



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete
15 hp
Hösten 2016

***Hur upplever och värderar personer med ångest- depression och psykossjukdom sin empowerment och vårdkvalitet vid fysioterapeutisk behandling?
-En kvantitativ tvärsnittsstudie om arbete med psykisk ohälsa i Region Skånes öppenvård***

Författare

Andrijana Bekic Mrsic
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
andrijana.mrsic.808@student.lu.se

Carina Mårtensson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
carina.martensson.473@student.lu.se

Maria Hill
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
maria.hill.107@student.lu.se

Handledare

Lena Hedlund
Leg. fysioterapeut
Dr. med.Vet. Adjunkt vid
Fysioterapiprogrammet,
Lunds universitet
HSC Baravägen 3, Lund
lena.hedlund@med.lu.se

Examinator

Gunvor Gard
Professor i fysioterapi
Lunds universitet
HSC Baravägen 3, Lund
gunvor.gard@med.lu.se

Sammanfattning

Titel: *Hur upplever och värderar personer med ångest- depression- och psykossjukdom sin empowerment och vårdkvalitet vid fysioterapeutisk behandling?*

-En kvantitativ tvärsnittsstudie om arbete med psykisk ohälsa i Region Skånes öppenvård.

Bakgrund Diagnos inom psykisk ohälsa är den vanligaste sjukdomen för kvinnor i Sverige och näst vanligast för befolkningen i övrigt. Psykisk ohälsa kan ha många orsaker och återhämtningsprocessen är ofta komplex. Många studier har beskrivit återhämtning från psykisk ohälsa men få har fokus på fysioterapi. Av de studier som gjorts beskrivs god vårdkvalitet och empowerment som viktiga komponenter för en god återhämtning.

Syfte/frågeställningar Att beskriva upplevd vårdkvalitet och självskattad empowerment då patienter med psykos-, ångest- och depressionssjukdom behandlas hos fysioterapeut. Att beskriva skillnader i upplevd vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment. Att undersöka om det finns aspekter inom vårdkvalitet man särskilt bör beakta som behandlande fysioterapeut åt denna patientkategori.

Studiedesign Kvantitativ enkätstudie.

Material och metoder Patienter som behandlas inom Region Skånes öppenvård med diagnoser inom depression-, ångest- och psykossjukdomar svarade på en enkät innehållande KUPP (kvalitet ur patientens perspektiv) och empowermentskalan "Att fatta beslut".

Etik Studien är godkänd av etikprövningsnämnden i Lund.

Resultat 40 personer inkluderades i studien. Patienterna var nöjda med sin vårdkvalitet och skattade sin medempowerment som högre än mitten av skalan. Aspekter som delaktighet, information och respektfullt bemötande skattades högre än tidigare utvärdering.

Slutsats Patienter med ångest-, depression- och/eller psykossjukdomar som behandlas inom Region Skåne av fysioterapeuter är nöjda med sin vård och empowered. De behöver behandlas med respekt och ett holistiskt synsätt där de tillåts vara ledare för sin egen återhämtning.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, fysioterapi, återhämtning, vårdkvalitet, empowerment.

Abstract

Title: *How do persons with anxiety, depression or psychosis disorders experience and value their empowerment and quality of care when treated with physiotherapy.*

-A quantitative cross sectional study on working with mental illness in Region Skåne's primary care.

Background Mental illness is the most common diagnosis among women and the second most common among the whole population in the Swedish health care. Mental illness may have many causes and the recovery process is often complex. There are many studies focusing on recovery from mental illness but few exclusively on physiotherapy. Many studies highlight high quality of care with a holistic view and patient empowerment as important factors in the process of recovery.

Aim The aim of this study was to describe how patients diagnosed with anxiety-, mood-, and/or psychosis disorders in the southern part of Sweden (Region Skåne) treated by physiotherapist in the outpatient care, evaluated the quality of the care given. To investigate whether there are differences in the perceived quality of care depending on level of empowerment, and to find out if there are certain aspects in the care that one has to consider as a treating physiotherapist in this group of patients.

Method and study design The study was a quantitative study consisting of a questionnaire including the Swedish version of quality of care from a patient's perspective (KUPP) and the empowerment scale "to make decisions".

Ethics The study was approved by The Regional Ethical Board in Lund.

Results 40 persons were included in The study. They rated their quality of care high and their mean empowerment was higher than the midline on the empowerment scale. The quality of care was far better than a comparing study.

Conclusion Patients with mood-, anxiety- and/or psychosis disorders treated by physiotherapists within the open care in region Skåne are empowered and satisfied with the quality of care. They need to be treated with respect and with a holistic approach where they are allowed to be the leaders of their treatment and their journey towards a healthy life.

Key words: Mental illness, physiotherapy, recovery, empowerment, quality of care.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Psykisk ohälsa	1
1.2 Faktorer som påverkar sjukdomsbilden vid psykisk ohälsa.....	1
1.3 Empowerment.....	2
1.4 Vårdkvalitet.....	2
1.5 Återhämtning och dess relation till vårdkvalité och empowerment.....	3
1.6 Fysioterapeutens roll i återhämtningsprocessen.....	3
2. Syfte	4
3. Frågeställning	4
4. Etik	4
5. Metod	4
5.1 Material.....	4
5.2 Urvalsgrupp.....	5
5.3 Procedur.....	6
5.4 Statistik.....	8
5.5 Sekretess.....	8
6. Resultat	8
6.1 Hur skattar personer med psykos- ångest och depressionssjukdom sin empowerment?.....	8
6.2 Finns det någon subskala av empowerment som skattas högre eller lägre än de andra?.....	8
6.3 Hur upplevs vårdkvaliteten, och finns det skillnader i upplevelsen av vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment?.....	9
6.3.1 Väntetid.....	9
6.3.2 Hälsa och tillfredsställelse med behandling, råd och regim.....	9
6.3.3 Flervalsdel.....	11
6.4 Vilka aspekter av vårdkvalitet anses speciellt värdefulla?.....	15
6.5 Öppna frågor.....	15
7. Diskussion	16
7.1 Huvudsakliga fynd.....	16
7.2 Metod.....	16
7.3 Urvalsgruppen.....	17
7.4 Resultat.....	17
7.4.1 Hur skattar personer med psykos- ångest och depressionssjukdomar sin empowerment?.....	17
7.4.2 Finns det någon subskala av empowerment som skattas högre eller lägre än andra?.....	18
7.4.3 Hur upplevs vårdkvaliteten, och finns det skillnader i upplevelsen av vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment.....	18
7.4.3.1 Väntetider.....	18
7.4.3.2 Hälsa och tillfredsställelse med behandling, råd och regim.....	18
7.4.3.3 Flerval.....	19
7.4.4 Vilka aspekter av vårdkvalitet anses speciellt värdefulla?	19
7.5 Sammanfattning.....	19
7.6 Framtida forskning.....	20
8. Betydelse/klinisk relevans	20
Referenser.....	21

Bilagor

Bilaga 1 Samtliga diagnoser inkluderade i studien

Bilaga 2 Enkäten

Bilaga 3 Vårdkvalité flerval i tabellform

Bilaga 5 Informationsbrev fysioterapeut

Bilaga 6 Informationsbrev deltagare

1. Bakgrund

1.1 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett växande problem i hela världen och så är fallet även i Sverige. Idag är psykisk ohälsa den vanligaste diagnosgruppen för kvinnor och näst vanligast för befolkningen i stort. Definitionen av psykisk hälsa är enligt World Health Organisation (1).

“Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community”

I denna bemärkelse är den psykiska hälsan beroende av välmående (inte endast avsaknad av symptom/sjukdom), individen och individens förhållande till sammanhanget hen lever i. Definition av psykisk ohälsa blir således en brist på någon av dessa nivåer vilket hindrar personens välmående. Återhämtning efter psykisk ohälsa har beskrivits av Withley & Drake som bestående av fem dimensioner; Klinisk (symptomfri), Funktionell (återgång till tidigare sysselsättning), Fysisk (ökad aktivitet, träning och näringsriktigt matintag), Socialt (goda relationer till familj, släkt och vänner, deltagande i sociala aktiviteter) samt Existentiell (empowerment, andlig) (2). Därför måste vården inte bara vara inriktad på gott medicinskt kunnande och bra utrustning (som främst adresserar den kliniska dimensionen) utan ska vara en ansats i att arbeta med samtliga dimensioner.

Av de personer som diagnostiserats med psykisk ohälsa hade över 90 % ångest eller depressionstillstånd (3). Den stora Lundbystudien visar att 22,5% av alla män respektive 30,7% av kvinnorna får depression någon gång i livet (4). 25% av befolkningen får någon gång i livet ångest (5). Livstidsrisk för schizofreni är 1% (5, 6).

Förutom att den psykiska ohälsan drabbar personen och dess närstående hårt, genererar den stora kostnader för både individer och samhället. I Sverige beräknas kostnaden per år i form av vård, utebliven produktion, utbetalning av sjuklön etc vara 69 miljarder kronor (7). Det är vanligt att personer i arbetsför ålder drabbas, vilket kan medföra svårigheter att få arbete, behålla detta eller komma tillbaka till arbetsplatsen/marknaden (8).

1.2 Faktorer som påverkar sjukdomsbilden vid psykisk ohälsa

Det finns enskilda orsaker och kombinationer av orsaker som kan bidra till utveckling av psykisk ohälsa. För ångest- och depressionssjukdomar är individuella faktorer som att vara av kvinnligt kön, ålder (medelålder), ärftlighet, livsstil och negativa livshändelser faktorer som påverkar utveckling av sjukdom. Ser man till sammanhanget personen lever i har faktorer som dåliga hemförhållanden, ensamstående, fler antal barn, frånvaro av sociala nätverk och att bo i tätort påverkan. Socioekonomiska faktorer som långvarig arbetslöshet, att vara lågutbildad, ha låg inkomst, lågstatusyrke, samt dålig psykosocial arbetsmiljö också anses vara riskfaktorer (3, 9). Boschloo och medarbetare visade att låg grad av fysisk aktivitet var en enskild riskfaktor för att utveckla depression och/eller ångest (10). Till skillnad från ångest- och depressionssjukdomar drabbar schizofreni och vanföreställningar ofta yngre personer i 20-30 års ålder. Män blir sjuka något tidigare och är något fler i antal än kvinnor. Graviditets- och förlossningskomplikationer, att bruka cannabis eller att vara migrant är olika riskfaktorer man funnit stöd för i forskning (6, 11).

Samsjuklighet är vanlig vid psykisk ohälsa både i psykiska sjukdomar och somatiska sjukdomar, där de icke smittsamma folksjukdomarna står för majoriteten av samsjukligheten. På samma vis är det många med somatisk ohälsa som utvecklar psykisk ohälsa (8, 12). Mortaliteten bland personer med psykisk ohälsa är betydligt högre än resten av befolkningen. Personer som har schizofreni har en förkortad förväntad livslängd på 18-20 år (13). Även personer med depressionstillstånd har liknande siffror vad gäller kortare förväntad livslängd

(8, 14). Sextio procent av mortaliteten tillskrivs somatisk samsjuklighet, där kardiovaskulära sjukdomar står för merparten (13).

Socialstyrelsens utvärdering av vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni lyfter förebyggande och hälsofrämjande insatser som viktiga komponenter i arbetet att undvika för tidig död, öka livskvalitet och minska risken för komorbiditet. I utvärderingen framkommer att vårdkvalitet brister i behandlingen av patienter med ångest, depression och schizofreni. I den psykiatriska öppenvården tyckte endast 57% av patienterna att de fått tillräckligt med information, 46% att de fick ett respektfullt bemötande och 47% uppgav att de fick vara tillräckligt delaktiga i vården, vilket är betydligt lägre än vården i övrigt (8). I en annan studie från Myndigheten för vårdanalys påpekar brukar- och patientorganisationer samma brister och efterlyser även vårdens hjälp med verktyg för att stärka empowerment (15).

Just empowerment och vårdkvalitet är aspekter, vilka lyfts fram som viktiga delar vid återhämtning efter psykisk ohälsa (16, 17, 18, 19) och är i fokus i denna studie. Liksom Socialstyrelsens ovan nämnda utvärdering kommer denna studie att omfatta diagnoser inom schizofreni och vanföreställning, depression- och ångestsyndrom. Studien inkluderar personer som har diagnostiserats med ICD-koder som börjar med F2, F3 och F4, för fullständig lista se bilaga 1 (20).

1.3 Empowerment

Som nämnts ovan är en viktig del i återhämtningsprocessen är att öka personens empowerment (21). Empowerment beskrivs ibland som “en medveten process, där en person som förlorat värdefulla personliga resurser återfår kontroll över dessa” (22). I en kvalitativ studie som behandlade återhämtning efter psykosjukdom beskrev patienterna empowerment som “att sitta i förarsätet på sitt eget livs bilresa” och att bli empowered att “bli respekterad som föraren på denna resa” (23).

I denna studie definieras empowerment som bestående av två dimensioner; *en psykologisk del bestående av framtidstro, självkänsla, självförtroende och tilltro till den egna förmågan. Den andra dimensionen är socialorienterad och omfattar faktorer som makt, social delaktighet samt kontroll över det egna livet* (24).

1.4 Vårdkvalitet

En annan viktig aspekt för återhämtningsprocessen är god vårdkvalitet. Det innefattar patienternas möjlighet att vara delaktiga i sin vårdplan samt personalens förmåga att utbilda och informera patienten om tillstånd, behandlingar och resultat på dessa. Detta byggs på samarbete, där en allians skapas mellan vårdpersonal och patient (25). Alliansen ska vara fri från maktstrukturer och patienten ska få tillåtas vara experten på sitt liv (26). Personalen ska respektera patientens autonomi och i så stor utsträckning som möjligt understödja patientens personliga återhämtning (19, 27). I återhämtningsprocessen ska patienten ges utrymme att välja den vård som denne anser vara värdefull (28).

Vårdkvalitet beskriven på detta sätt brukar benämnas personcentrerad vård (29). WHO har arbetat fram ett ramverk för personcentrerad vård genom International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (30). ICF bygger på att man ser hela människan i sin kontext, både dess begränsningar och resurser på individ, omgivning och samhällsnivå. Förutom implementering av ICF har utvärderingar av vårdkvalitet i Sverige lett till en ny lag, patientlagen. Patientlagen trädde i kraft i januari 2015. Patientlagen behandlar ämnen som vårdens tillgänglighet, vårdgivaren har skyldighet att informera patienten om behandlingar/behandlingsalternativ, undersökningar och hjälpmedel. Vårdgivarens skyldighet att respektera patientens rätt till självbestämmande och delaktighet genom att involvera

patienten i dess vård. Patienten har rätt till en fast vårdgivare, dess integritet ska respekteras och vid klagomål ska patienten få hjälp att vända sig till rätt instans (31).

1.5 Återhämtning och dess relation till empowerment och vårdkvalitet

Sambandet mellan empowerment och vårdkvalitet är viktiga delar i återhämtningen från psykos, ångest och depressionssjukdomar och finns beskrivet i många artiklar.

Green menar att det just är fokus på patientens helhet som bidrar till patientens bild av god vårdkvalitet. En vård med personen i centrum har visat sig bidra till högre grad av återhämtning (27). Patienter som anses svårbehandlade i den psykiatriska slutenvården har varit de som haft bäst behandlingsresultat av att bli en del av sin återhämtningsprocess (32). Medan dåligt interagerande med patienten genererar låg grad av återhämtning (23, 33, 34).

Personer med hög grad av empowerment har högre psykosocial funktion, större sociala nätverk och livskvalitet samt minskat vårdbehov. Den självrapporterade svårighetsgraden av symptom minskar (35). Personer med hög empowerment har en negativ association till ångest- och depressionssjukdomar och vice versa har låg grad av empowerment visats hos personer med depression (36). Även hos personer med psykosjukdom har empowerment och att bli empowered av vårdpersonal visat sig vara av stor vikt (37). Tidigare har man sett psykosjukdomar som kroniska men genom att återfår makten över sin livssituation och sin vård har det visat sig att så inte alltid är fallet (38).

Vad gäller den psykologiska delen av empowerment är låg tilltro till egen förmågan, känsla av hopplöshet och lågt självförtroende mediatorer, vilka kan leda till depression och även bibehåller denna (39). Det har man också sett när det gäller de socialorienterade dimensionerna som makt, social delaktighet och kontroll över livet (40). Att ha låg grad av kontroll och social delaktighet motverkar återhämtning från schizofreni (23, 41).

Trots att man påvisat goda resultat genom att arbeta personcentrerat har det visat sig vara svårt för vårdpersonal att anamma detta arbetssätt (15, 16, 32, 42, 43). Andra studier där man undersökt fysioterapeuters arbete indikerar på liknande svårigheter att arbeta fullt personcentrerat (44, 45, 46).

1.6 Fysioterapeutens roll i återhämtningsprocessen

En genomgång av svenska fysioterapeuters interventioner vid olika former av psykisk ohälsa visade att mest frekvent behandling oavsett diagnos var i fallande ordning, basal kroppskännedom, fysisk aktivitet, massage, olika former av avspänning samt somatisk sjukgymnastik (47). Basal Kroppskännedom har dokumenterat god effekt vid behandling av psykisk ohälsa (48,49,50). Fysisk aktivitet har visats ha effekt dels som förebyggande åtgärd både mot psykisk ohälsa och den somatiska samsjukligheten, dels som behandlande insats. Här finns starkare evidens vid depression och psykostillstånd samt panikångestattacker men svag evidens vid andra former av ångest (51, 52, 53). Tuffare styrketräning och konditionsträning har visat sig effektivt vid depression (50, 54). Evidens för massage som en intervention är mindre dokumenterad men kan ha effekt vid depression (55). När det gäller psykisk ohälsa beskriver litteraturen bäst resultat om aktiviteten är professionellt ledd av exempelvis fysioterapeut (56). Progressiv muskelavslappning är effektivt för personer med schizofreni (57) och för äldre med depression och ångest (58). Att fysioterapeuter jobbar med patientens kropp som ett redskap har visat sig kunna vara en nyckel till bättre psykisk hälsa och ökad empowerment (59).

Fysioterapeuter har strategier att både behandla och förebygga psykisk ohälsa. Mot bakgrund av hur vanligt det är med psykisk ohälsa kommer fysioterapeuter oavsett arbetsuppgift i

kontakt med denna patientkategori och kan därmed spela en viktig roll i deras återhämtning till hälsa. De flesta studier som analyserar vårdkvalitet och psykisk ohälsa har fokuserat på läkare och sjuksköterskors roll (60). På samma vis finns artiklar om empowerment men inte direkt kopplade till patienternas perspektiv (61). Denna studie är en ansats att undersöka hur personer med ångest, depression eller psykossjukdom, som träffar fysioterapeut, skattar sin empowerment och upplever sin vårdkvalite. Författarna hoppas bidra med kunskap som kan vara värdefull för framtida arbete med personer som drabbats av psykos, ångest och depressionssjukdom.

2. Syfte

Att beskriva hur personer med psykos-, ångest- och depressionssjukdom upplever och värderar empowerment och vårdkvalitet då de behandlas hos fysioterapeut i Region Skånes öppenvård.

3. Frågeställning

Hur skattar personer med psykos-, ångest- och depressionssjukdom sin empowerment?
Finns det någon subskala av empowerment som skattas högre eller lägre än de andra?
Hur upplevs vårdkvalitet och finns det skillnader i upplevelse av vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment?
Vilka aspekter av vårdkvalitet anses speciellt värdefulla?

4. Etik

Ansökan godkändes av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) innan den planerade studien genomfördes. Vi kontaktade verksamhetschefer på Region Skånes olika vårdinstanser för bifall och skriftligt godkännande att få genomföra vår studie i deras verksamhetsområde. I informationsbrevet, skrivet efter mall från Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet, bifogade vi vår projektplan och en medgivandeblankett. Tre olika informationsbrev fanns till: verksamhetschef, behandlande fysioterapeut och till deltagare (bilaga 4,5,6).

5. Metod:

5.1 Material

Arbetet är en kvantitativ tvärsnittsstudie. Två frågeformulär användes dels "Att fatta beslut" (24) och dels KUPP-sjukgymnastik (62).

Frågeformuläret "Att fatta beslut" är en skala som skattar grad av empowerment och består av 28 frågor kring hur en person upplever sig kunna vara delaktig i samhället och det egna livet (24). Personen får ange om de instämmer helt, delvis, inte eller inte alls med de olika påståendena. Skalan har fem huvudteman:

Självförtroende/tilltro till sin förmåga (påstående nr 5-6, 9, 12,14,18-19 24, 26)

Upplevelse av makt/maktlöshet (påstående nr 7-8, 10, 16-17, 21-23)

Samhällsdeltagande (påstående nr 3, 11, 20, 25, 27-28)

Rättmätig ilska (påstående nr 4, 7, 10, 15)

Optimism och kontroll över framtiden (påstående nr 1-2, 13, 27)

Kupp (kvalitet ur patientens perspektiv) är en enkät som ofta används för utvärdering av vårdkvalitet. Formuläret utvecklades från en kvalitativ 'grounded theory'-studie där fokus låg på patienternas egna perspektiv avseende vårdkvalitet. Utifrån studien resulterade vårdkvalite i dessa fyra aspekter för detaljerad uppdelning, se bilaga 2:

1. Personalens medicinsk-tekniska kompetens (påstående nr 7-10, 14, 27-28)
2. Vårdmiljöns fysisk-tekniska förutsättningar (påstående nr 25)
3. Personalens identitetsorienterade förhållningssätt (påstående nr 11-13, 15-21, 23)
4. Vårdmiljöns socio-kulturella atmosfär (påstående nr 22, 24, 26)

Enkäten innehåller 36 påståenden och är vetenskapligt validerad och reliabel. Första delen behandlar socioekonomiska faktorer som ålder, kön, boende, bakgrund, utbildning och sysselsättning. Andra delen innehåller påståenden där man ska besvara "så här var det för mig" och "så här betydelsefullt var det för mig". Den tredje delen där patienten får skatta fysisk och psykisk välmående, tillfredsställelse med behandling, råd och regim. Det ger en extra dimension till upplevelsen att patienten både svarar på en reell fråga samt hur pass stort subjektivt värde de satte på den aspekten. De tre sista frågorna är öppna frågor (62).

5.2 Urvalsgrupp

Inklusionskriterier:

- Personer över 18 år.
- Förstår svenska i tal och skrift.
- Besökt fysioterapeut i Region Skånes öppenvårdsavdelningar (vårdcentraler, sjukhusens öppenvård samt psykiatrisk specialistöppenvård), under mars/april 2016.
- Diagnostiserade med depression, ångest eller psykossjukdomar, dvs ICD-koder som börjar med F 2, F 3 eller F 4 (bilaga 1).
- Sjukdomarna behövde inte vara huvuddiagnos och syftet med den fysioterapeutiska behandlingen behövde inte vara den psykiska ohälsan.

Tjugoåtta kvinnor och 12 män deltog i studien. Medelålder 46,25 år och spridningen var 25-76 år. Majoriteten var födda i Sverige och det var nästan lika många som hade ensamhushåll, som bodde samboende (21-19 personer). Sjutton personer hade gått på högskola/universitet, 19 gymnasium/yrkesskola och 4 personer hade gått grundskola/folkskola. Två personer studerade, 14 arbetade och 24 uppgav 'annat' som sysselsättning (tabell 1).

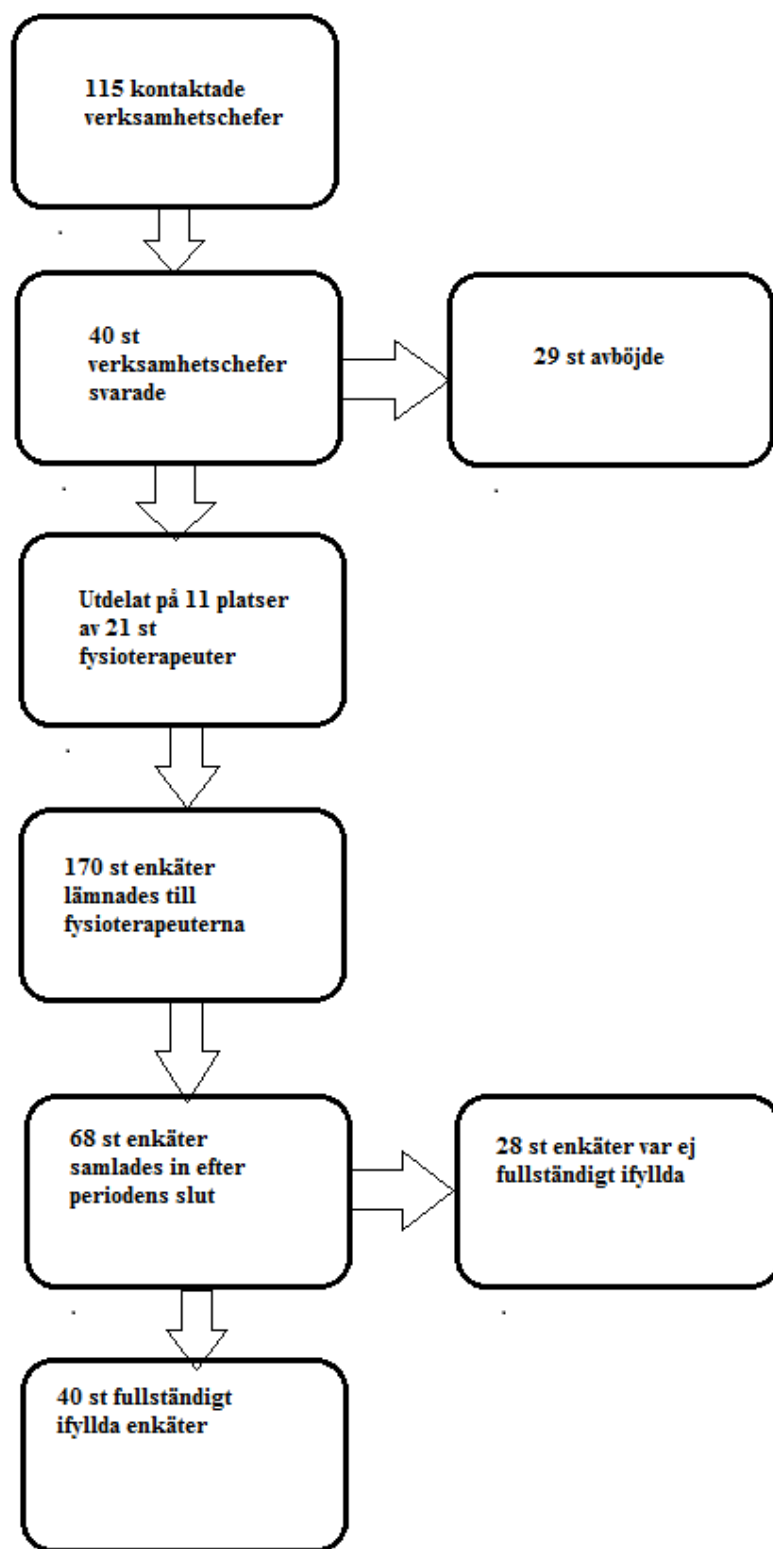
Två grupper erhöles genom att dela in personerna beroende på värderad empowerment (Se 5,4 Statistik för ytterligare information) I gruppen EMP 3,43-2,86 var medelåldern något lägre 44,8 mot 47,7 år och spridningen var mindre 33-72 år mot 25-76 år i gruppen med EMP 2,82-2,04. Det var fler utrikesfödda i EMP 3,43-2,86. Utbildningsgraden var högre hos gruppen EMP 3,43-2,86 och de var färre som uppgav 'annat' som sysselsättning i denna grupp (se tabell 1).

Tabell 1 urvalsgrupp.

	Totalt (n=40)	EMP 3,43-2,86 (n=20)	EMP 2,82-2,04 (n=20)
Ålder	År	år	år
Medel	46,25	44,8	47,7
Spridning	25-76	33-72	25-76
Kön	Antal	antal	antal
Kvinnor	28	14	14
Män	12	6	6
Boende	Antal	antal	antal
Sammanboende	19	9	10
Ensam	21	11	10
Ursprung	Antal	antal	antal
Sverige	32	14	18
Norden	1	1	0
Annat land Europa	4	3	1
Annat land utanför Europa	3	2	1
Utbildning	Antal	antal	antal
Folkskola/Grundskola	4	1	3
Yrkesskola/Gymnasium	19	9	10
Högskola/Universitet	17	10	7
Sysselsättning	Antal	antal	antal
Studerande	2	2	0
Yrkesverksam	14	8	6
Annat	24	10	14

5.3 Procedur

Efter godkännande från VEN kontaktades, via e-mail, 115 verksamhetschefer i Region Skånes öppenvård, för godkännande av enkätstudien. Vi erhöll 40 svar och 11 verksamhetschefer godkände vår förfrågan. Anledning till att 29 verksamhetschefer avböjde var: inga patienter som passade inklusionskriterierna, resursproblem eller avsaknad av fysioterapeuter. Verksamhetscheferna hjälpte till med förmedling av kontaktuppgifter till fysioterapeuter på deras vårdenhet. Enkäterna levererades (av författarna) utskrivna till 21 fysioterapeuter. Under 4 veckor delade de ut enkäter tillsammans med deltagarinformation och ett kuvert att lägga svaren i till patienter som inkluderades i studien. Efter insamlingsperioden var slut hämtades enkäterna hos fysioterapeuterna. Nedan visas ett flödesschema på tillvägagångssätt.



Figur 1. Flödesschema över enkätutskick

5.4 Statistik

68 personer lämnade in enkäten varav 40 st var fullständigt ifyllda och inkluderades i studien. De frågor som behandlade teknisk utrustning samt sjukgymnastbiträde/assistent ströks då majoriteten av patienterna inte svarat eller valt 'ej aktuellt' som svar.

Materialet bearbetades med deskriptiv statistik. Alla svar fördes in i ett exceldokument. Empowerment beräknas genom att varje svar kan få poäng 1-4, där ett poäng är lägst empowerment. Poängen summeras och divideras med antalet frågor. Samma tillvägagångssätt finns för subskalorna. Medelvärde och standardavvikelse beräknades och presenteras i resultatet. Efter nivå av empowerment rangordnades svaren på KUPP från högre grad till lägre grad. Därefter dikotomiserades grupperna med en cut off på medianvärdet i två lika stora grupper 20 personer/grupp. Frågorna i KUPP beräknades beroende på hur många personer som valt samma alternativ på påståendet.

5.5 Sekretess

Alla enkäter besvarades anonymt. Svaren lades i det bifogade kuvertet och förslöts av deltagaren själv. Materialet förvarades i låst, för ändamålet avsett skåp på Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lund. Bearbetning av data skedde endast av författare och handledare. Efter analys förstördes materialet och lämnades i en sekretesstunna på Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lund.

6. Resultat:

6.1 Hur skattar personer med psykos-, ångest- och depressionssjukdom sin empowerment?

Medelvärdet på empowermentskalan för samtliga personer var 2,78, spridning 2,04-3,43. Empowermentsskalans subskalor presenteras i tabell 2.

Tabell 2 Empowerment

Subskala	Totalt medelvärde 2,78 (SD±0,86)	EMP 3,43-2,86 medelvärde 3,04 (SD±0,84)	EMP 2,82-2,04 medelvärde 2,54 (SD±0,81)
<i>Självförtroende, tilltro till sin förmåga</i>	2,73 (SD ±0,87)	3,17 (SD ±0,68)	2,29 (SD ±0,80)
<i>Upplevelse av makt/maktlöshet</i>	2,59 (SD ±0,88)	2,73 (SD ±0,92)	2,46 (SD ±0,83)
<i>Rättmätig ilska</i>	2,44 (SD±0,79)	2,45 (SD ±0,84)	2,44 (SD ±0,74)
<i>Samhällsdeltagande</i>	3,32 (SD ±0,65)	3,53 (SD±0,66)	3,12 (SD ±0,58)
<i>Optimism och kontroll över framtiden</i>	2,75 (SD ±0,82)	3,01 (SD ±0,85)	2,49 (SD ±0,73)

Uppdelningen visar skillnad mellan grupperna på alla nivåer utom rättmätig ilska där grupperna skattade relativt lika. Störst skillnad grupperna emellan återfinns på självkänsla, tilltro till sin egen förmåga.

6.2 Finns det någon subskala av empowerment som skattas högre eller lägre än de andra?

I tabell 2 redovisas resultatet av de fyra subskalorna av empowerment, både hur de skattas av samtliga personer och uppdelade i grupperna EMP 3,43-2,86 och EMP 2,82-2,04. I den totala gruppen skattades rättmätig ilska lägst: 2,44 och samhällsdeltagande högst: 3,32.

Uppdelningen visar skillnader mellan grupperna på alla nivåer utom rättmätig ilska där grupperna skattade relativt lika. Störst skillnad grupperna emellan återfinns på självkänsla, tilltro till sin egen förmåga där gruppen med högre skattad empowerment skattar 3,17 jämfört

med 2,29 för gruppen med lägre empowerment. Självkänsla och tilltro till sin egna förmåga var den subskala som skattades lägst av den sistnämnda gruppen.

6.3 Hur upplevs vårdkvalitet och finns det skillnader i upplevelse av vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment?

6.3.1 Väntetid

Tjugosju personer fick vård inom en månad, 11 personer inom 1 till 6 månader och 2 fick vänta över 6 månader för en tid. Tjugosex uppgav att väntan var mycket lätt-lätt, 10 personer ganska lätt och 4 personer ansåg att väntetiden var svår. Väntetiden var längre och upplevdes svårare hos de med lägre självskattad Empowerment.

Tabell 3 Väntetid

Påstående:	Totalt (n=40)	EMP 3,43-2,86 (n=20)	EMP 2,82-2,04 (n=20)
<i>Väntetid från kontakt till besök</i>	Antal	antal	antal
0-7 dagar	16	12	4
Mer än en vecka till en månad	11	5	6
Mer än en månad till tre månader	8	2	6
Mer än tre månader till sex månader	3	1	2
Mer än sex månader	2	0	2
<i>Hur upplevdes väntetiden?</i>	Antal	antal	antal
Mycket lätt	16	11	5
Lätt	10	3	7
Ganska lätt	10	3	7
Svår	4	3	1
<i>Fick du komma in på avtalad tid</i>	Antal	antal	antal
Ja	40	20	20
Nej	0	0	0

6.3.2 Hälsa och tillfredsställelse med behandling, råd och regim

Totalt sett var det ganska stor spridning i gruppen vad gäller upplevd psykisk och fysisk hälsa men man skattade den psykiska hälsan lägre än den fysiska (diagram 1-2). Patienterna var nöjda med insatsen från fysioterapeuterna och många kunde tänka sig att återkomma till samma vårdinstans. Vid uppdelning syns att gruppen EMP 3,43-2,86 skattade både sin psykiska och fysiska hälsa högre, verkade i något högre grad fått den behandling de väntade sig och verkade något mer positivt inställda att följa råd som sjukgymnasten gett dem än gruppen EMP 2,82-2,04. Vad gäller viljan att återkomma till vårdinstansen vid framtida behov verkade EMP 2,82-2,04 något mer benägen till det även om skillnaden inte var så stor (Tabell 4).

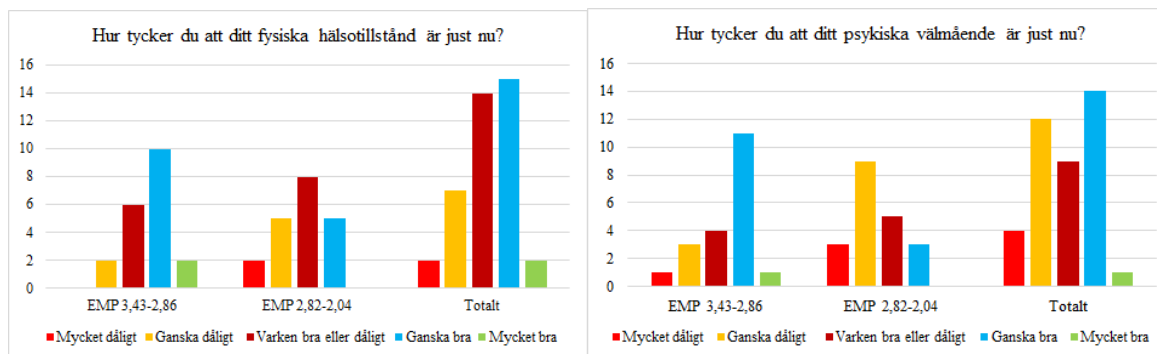


Diagram 1. Patienternas fysiska hälsotillstånd

Diagram 2. Patienternas psykiska välmående

Tabell 4 Tillfredsställelse med behandling, råd och regim

Påstående:	Totalt (n=40)	EMP 3,43-2,86 (n=20)	EMP 2,82-2,04 (n=20)
Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av sjukgymnasten?	antal	antal	antal
<i>Ja helt och hållet</i>	20	13	7
<i>Ja delvis</i>	19	7	12
<i>Nej</i>	0	0	0
<i>Vet ej</i>	0	0	0
<i>Har ej fått råd</i>	1		1
I vilken utsträckning uppfylldes dina förväntningar på behandlingen?	antal	antal	antal
I mycket stor utsträckning	15	11	4
I stor utsträckning	24	9	15
I liten utsträckning	1		1
Kan du tänka dig att söka denna mottagning vid framtida vårdbehov?	antal	antal	antal
<i>Ja, utan tvekan</i>	34	16	18
<i>Ja, med viss tvekan</i>	4	2	2
<i>Nej</i>	1	1	
<i>Vet ej</i>	1	1	

6.3.3 Flervalsdel

I tabell 5 presenteras hur personerna totalt sett skattat samtliga flervalsfrågor. Datan indikerar på en god vårdkvalitet, det var övervägande, 86% (472/550) 'instämmer helt' och 'instämmer till stor del', mot 10% (55/550) som instämmer delvis eller inte alls. Man uppfattade också påståendena som relevanta, 87% (481/550) 'av allra största betydelse' och 'av stor betydelse'. De frågor och svar som ingick i KUPP:s flervalsdel presenteras i diagram 3-8 (tabell återfinns i bilaga 3). Först visas den faktiska upplevelsen och därefter vilken betydelse patienterna tyckte påståendet hade. De som ingick i gruppen EMP 3,43-2,86 var mer benägna att välja 'instämmer helt' och 'av allra största betydelse' än gruppen EMP 2,82-2,04 som däremot hade fler 'instämmer inte alls'.

Tabell 5 sammanlagda resultatet av flervalsdelen

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt
Av allra största betydelse	272	50	14	2	
Av stor betydelse	61	64	14	4	
Av ganska stor betydelse	16	13	12	1	
Av liten eller ingen betydelse	5	1	6	2	
Ej aktuellt					23

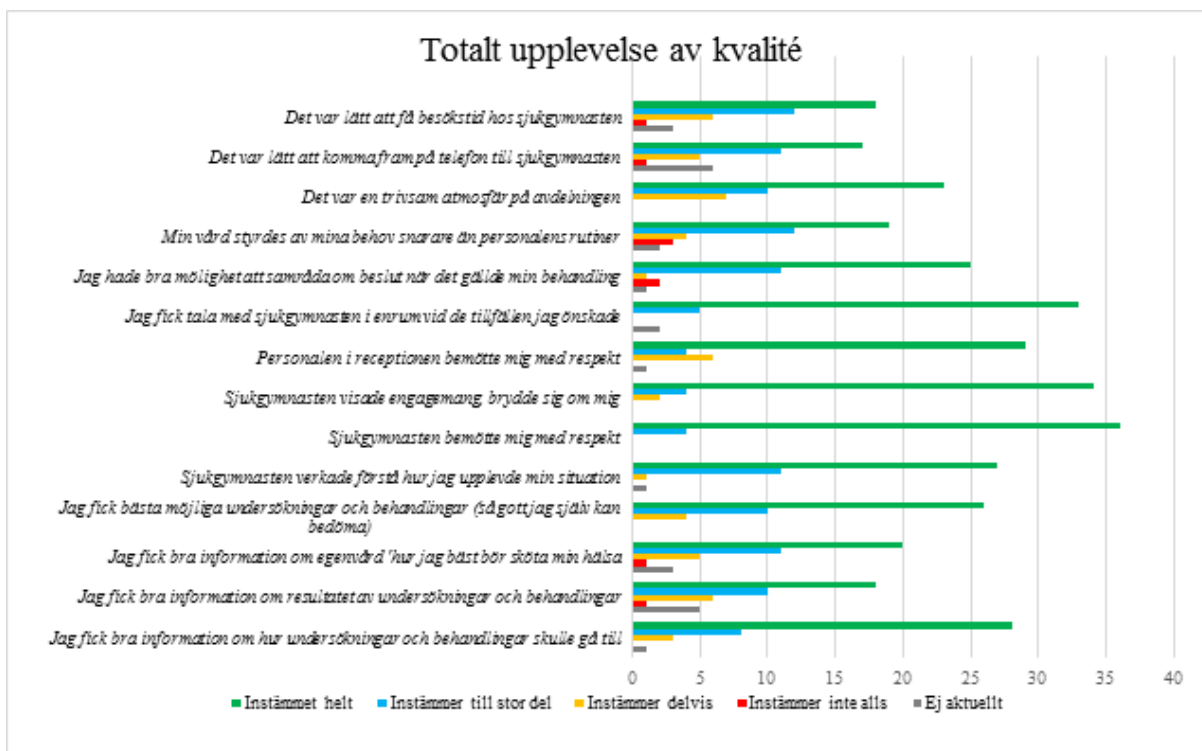


Diagram 3. Total upplevelse av kvalité

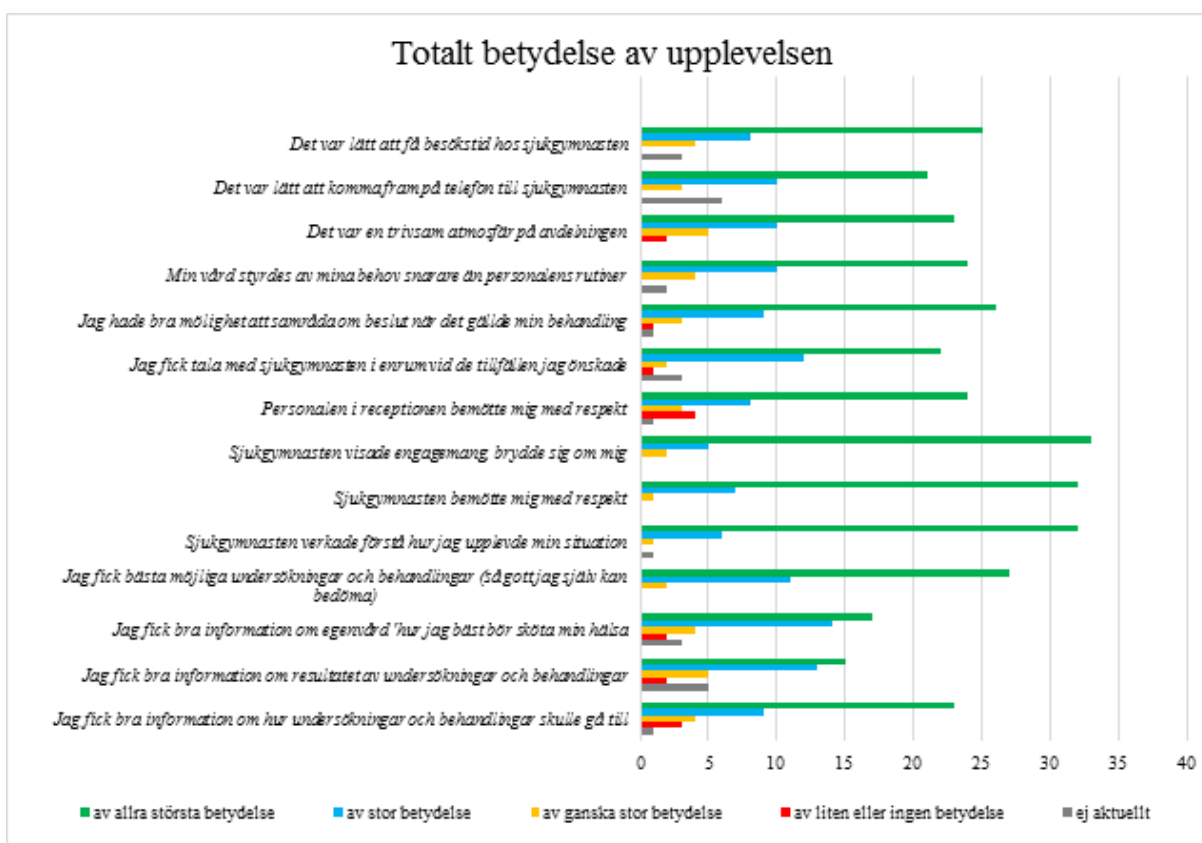


Diagram 4. Totalt betydelse av upplevelsen

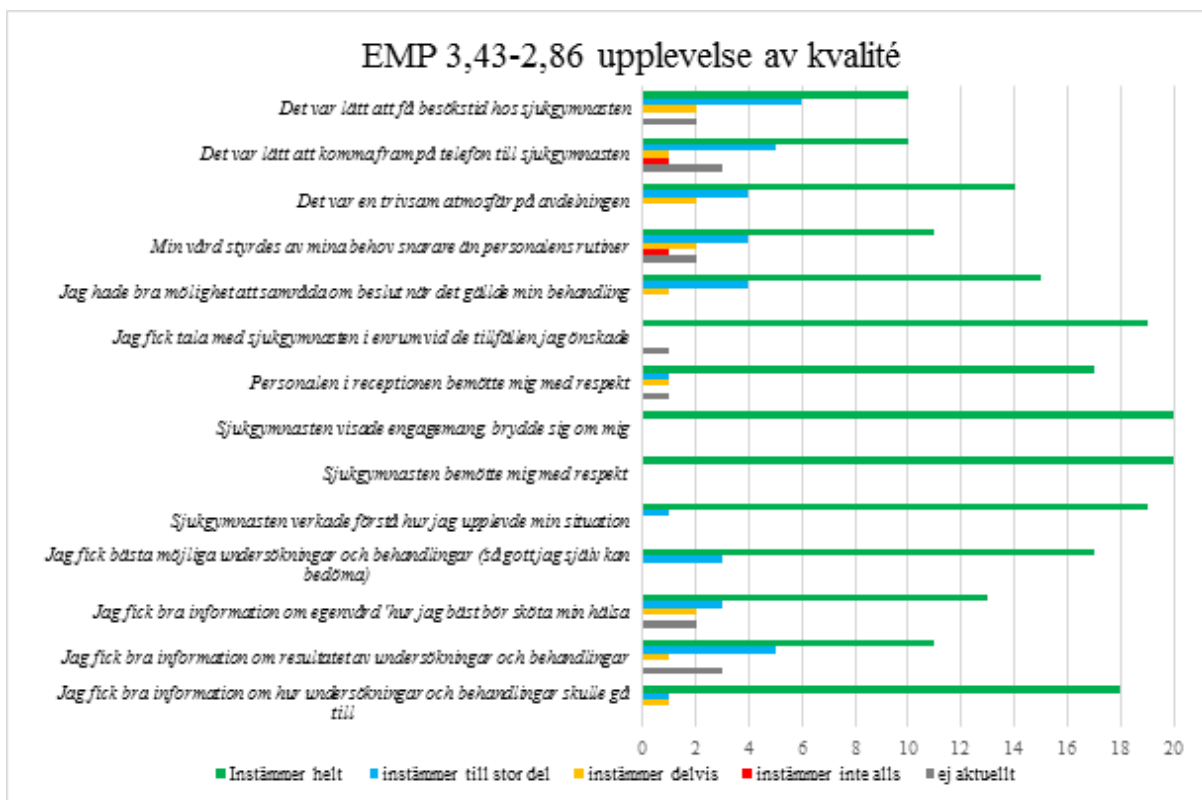


Diagram 5. EMP 3,43-2,86 upplevelse av kvalité

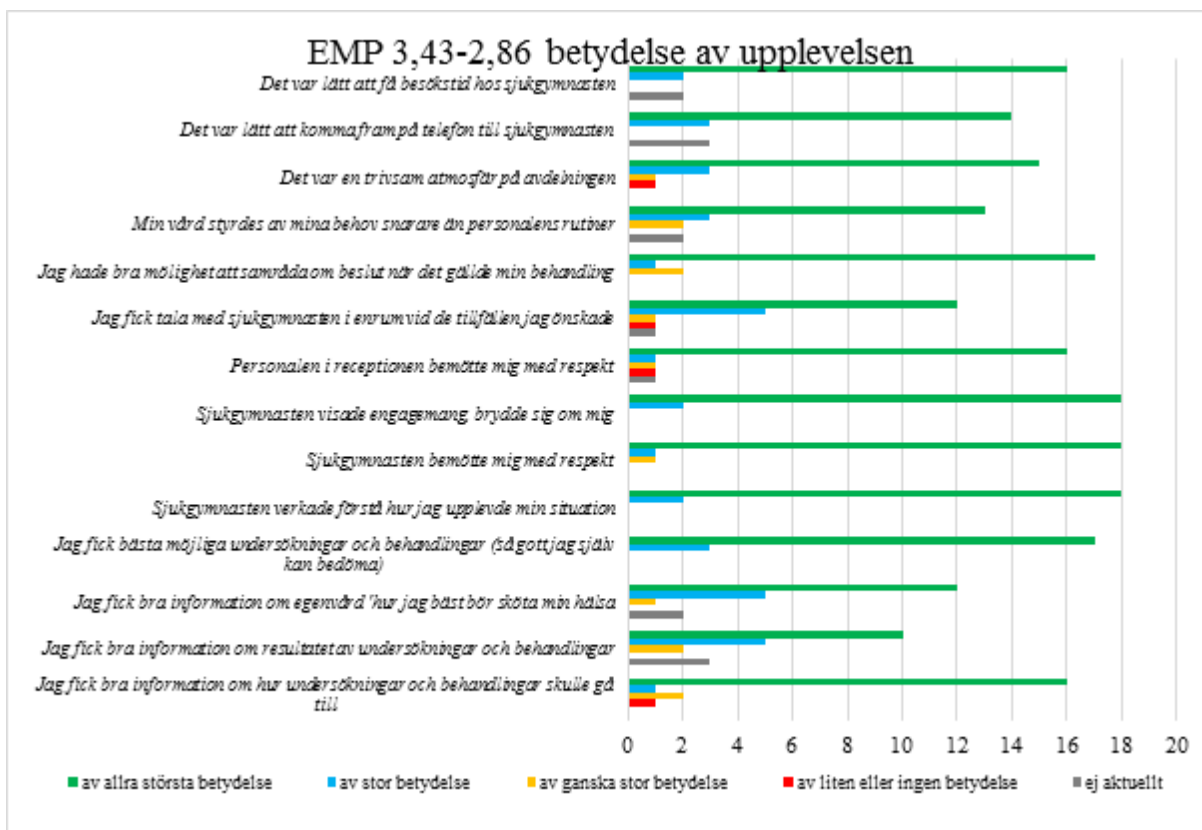


Diagram 6. EMP 3,43-2,86 betydelse av upplevelsen

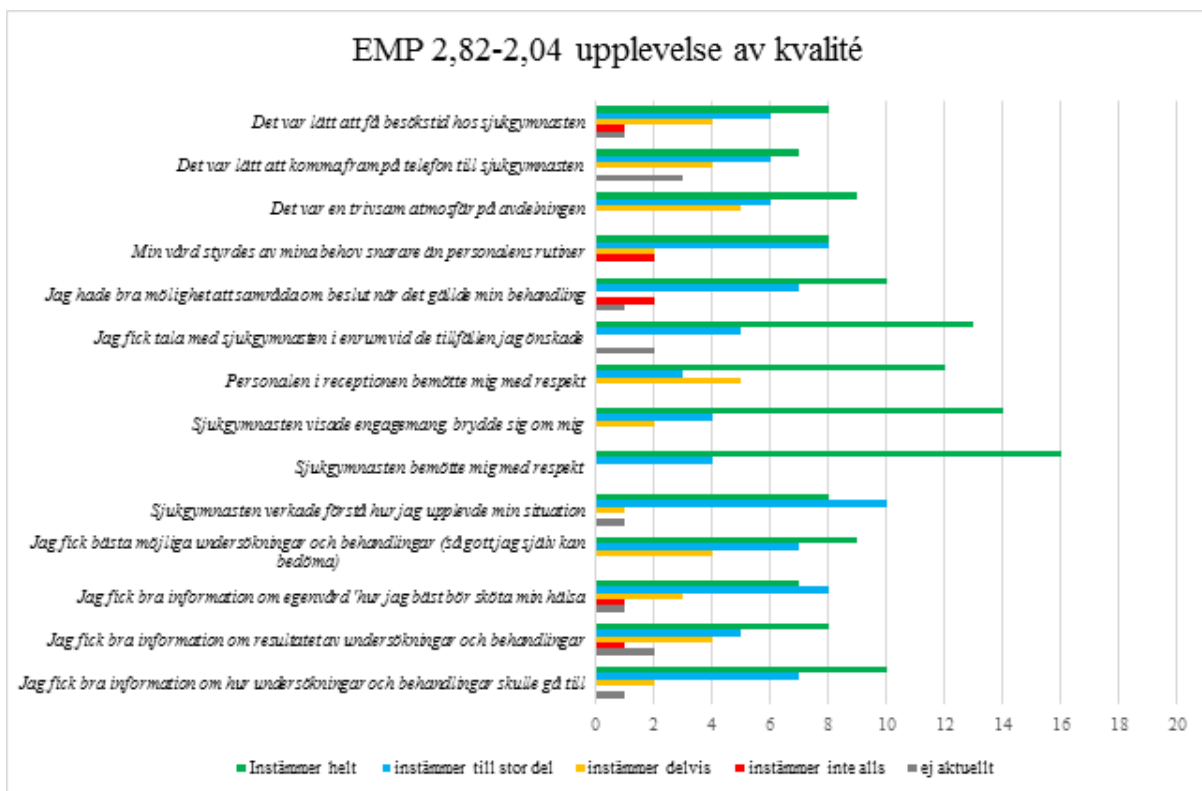


Diagram 7. EMP 2,82-2,04 upplevelse av kvalité

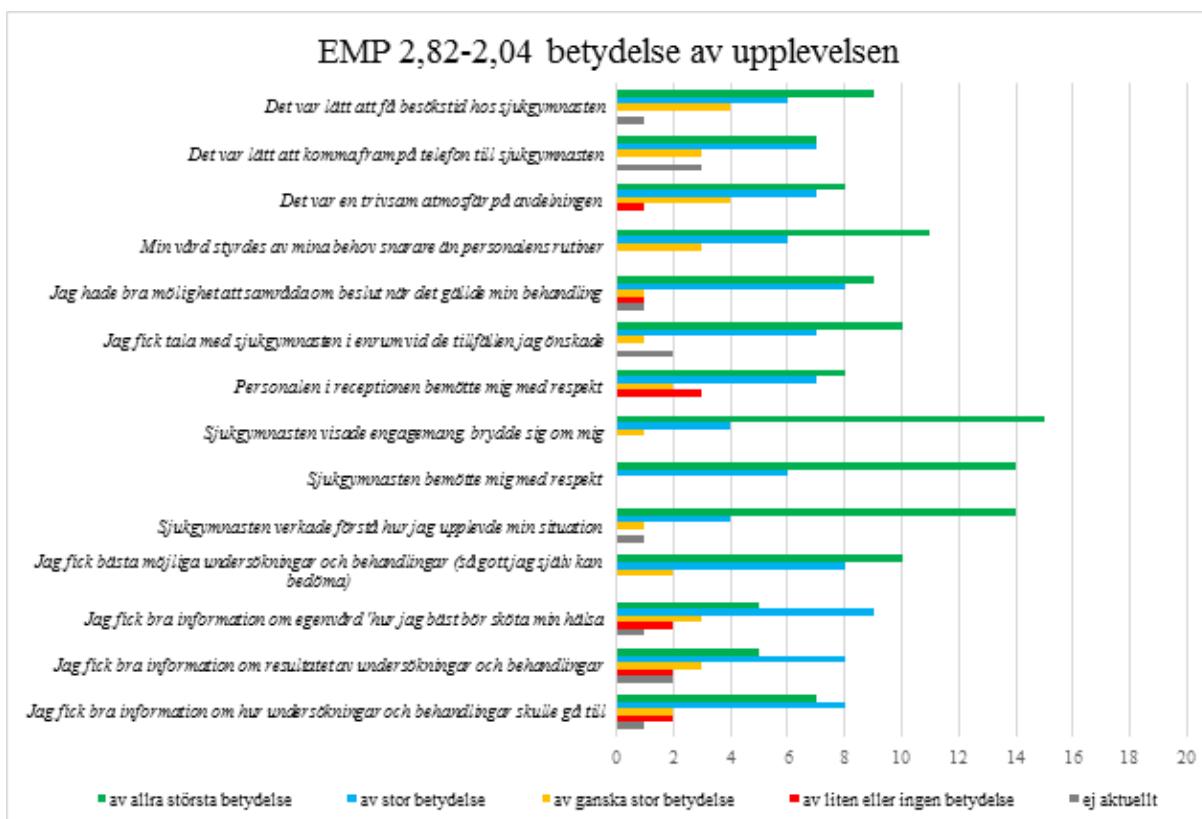


Diagram 8. EMP 2,82-2,04 betydelse av upplevelsen

6.4 Vilka aspekter av vårdkvalitet anses speciellt värdefulla?

I tabell 6 presenteras hur många procent av patienterna som skattade 'av allra största vikt' och 'av stor vikt' samt 'instämmer inte alls' då flervalfrågorna delades in i aspekter. Den sociokulturella aspekten var den aspekt patienterna värdesatte mest, följt av den identitetsorienterade aspekten och slutligen den medicinsk-tekniska kompetensen.

Tabell 6. Hur patienterna skattade de olika aspekterna av vårdkvalité

Aspekt	Procent patienter som angett 'av allra största betydelse' och 'av stor betydelse'	Procent patienter som angett 'instämmer helt' och 'instämmer till stor del'
Sociokulturell	96%	88%
Identitetsorientering	92%	83%
Medicin-teknisk kompetens	86%	82% (justerat med påståenden som ej är flerval 83%)

6.5 Öppna frågor

Egenskaper som nämns som särskilt bra med fysioterapeuten:

8 st Bemötandet

5 st Alltid tid för mig och lugnet

5 st Individanpassad (Anpassar vården efter mina behov, flexibilitet, valmöjlighet, meningsfulla övningar)

4 st Kunskap

4 st Förstående

3 st Engagemang

2 st Närvaro

2 st Respektfull

'Metoder' patienterna lyfte som de var särskilt nöjda med:

3 st Yoga

2 st Lugnet i rörelserna

2 st Gruppträning

2 st Akupunktur

1 st Mindfulness

1 st Hållningsövningar

1 st BK

Förslag på förbättringar:

“Att man få gå i grupp fler gånger för att komma in i övandet.”

“Finns inga behöver bara börja en ny period så jag kommer in i det.”

“Lite mer information första gången om vad man kan uppnå med BK.”

“På X borde utöka inom massage pga alla spänningar en människa kan ha. Det gör mycket i ett mående.”

“Lite tid att få utvärdering under tidens lopp + nya tips.”

”Varmare i rummen. Möjlighet att avboka online.”

“Möjlighet att duscha efter behandling”.

“Mysigare miljö.”

“Lokalen skulle ligga i vackrare miljö. X är tråkig.”
“Bättre soffa/stolar i väntrum”.

7. Diskussion

7.1 Huvudsakliga fynd

Personer med ångest, psykos och depressionsdiagnoser vilka behandlas med fysioterapi i den psykiatriska öppenvården i Skåne är nöjda med sin vård, det är klar skillnad med tidigare utvärdering av öppenvården (8). Personernas medel empowerment är högre än snittvärdet på skalan. De personer med högre grad av empowerment verkar vara mer nöjda med sin vård men antalet personer är för få och skillnaderna för små för att kunna dra säkra slutsatser av detta.

7.2 Metod

Vi har använt oss av reliabla och valida enkäter. “Att fatta beslut” används för att undersöka personers empowerment och använts i flera studier och är utvecklad för personer med psykisk ohälsa (24, 35, 63, 64). I Sverige är KUPP det utvärderingsinstrument Socialstyrelsen förespråkar som utvärdering av vårdkvalitet och 70-100 000 enkäter fylls i årligen (65). Enkäterna fångar både vårt syfte och frågeställning. Det finns vissa forskare som hävdar att man inte kan mäta empowerment då det är en inneboende process och därför inte är mätbar (66). Vi kan hålla med om att empowerment blir svåratt mäta, då empowerment handlar om känslor en person har för stunden, skalan är utformad med generella frågor snarare än direkt känslomässiga aspekter (se bilaga 1). “Att fatta beslut” är utvärderad mot andra reliabla och valida instrument och skalan har visat sig följsam när man utvärderat arbete med att stärka empowerment, således anser vi den användbar i denna studie (24, 35, 63, 64.).

En svaghet med denna studie är att vi fick ihop få fullständigt ifyllda enkäter, endast 40 stycken och då vi delat upp grupperna endast 20/grupp. Det gör det svårt att uttala sig säkert om resultaten (67) vilket vi också kunde se då urvalsgruppen inte visade normalfördelning. Vad som framförallt hindrade antalet insamlade enkäter var dels bristen på kontaktuppgifter till verksamhetschefer, dels att många tackade nej till att medverka för att de inte upplevde att de hade personer som matchade våra inklusionskriterier. Det var framförallt på sjukhus och vårdcentraler man upplevde att det inte fanns personunderlag. Då det är så pass vanligt med psykisk ohälsa och samsjukligheten är stor undrar vi om det verkligen är så att det inte skulle finnas personer. Det finns vissa indikationer att läkare drar sig från att ställa diagnoser inom psykisk ohälsa (68) och att fysioterapeuter ibland väljer att inte fråga hur det är med den psykiska hälsan (13).

Att man drar sig för att tala om psykisk ohälsa var något vi märkte då vi lämnade ut enkäterna. Fysioterapeuterna undrade hur de skulle tillfråga om studien och på vilket sätt man skulle närma sig frågan för att inte trampa personerna på tårna.

Att sätta ihop två frågeformulär till en enkät resulterade i många frågor som krävde mycket tid och uppmärksamhet från deltagarna. Fysioterapeuterna fick respons från några personer att frågeformulären blev för omfattande. Studier visar att för många frågor i ett formulär minskar antalet fullständigt ifyllda enkäter, kvalitén på svaren blir sämre med fler ‘vet ej’ eller att personerna kryssar uniformt i samma svarsalternativ på varje fråga (69, 70). KUPP- enkäterna (som har ett standardiserat format) var dåligt utformade. Enkäten bestod av horisontella och vertikalt skrivna påståenden vilket gjorde att man var tvungen att vända på pappret hela tiden. Det var framförallt denna del av enkäten som inte var korrekt ifylld.

I denna studie lät vi fysioterapeuterna avgöra hur de ville gå tillväga med in- och utlämning. Vissa lät deltagarna ta med formuläret hem och vissa ville att de fyllde i dem på plats. Vidare upplevde vissa fysioterapeuter att det var svårt att komma ihåg att dela ut enkäterna. Av de som lät deltagarna ta med sig enkäterna hade flertalet glömt fylla i eller ta med sig enkäten till

nästa besök. Några personer hade inte hunnit komma på återbesök hos sin fysioterapeut innan vi hämtade in svaren. Sammantaget gjorde det att det blev svårt att analysera bortfallet, eftersom vi inte vet hur många personer som blivit tillfrågade att delta och hur många som besökte fysioterapeut men inte blev tillfrågade att delta.

Skulle vi göra om studien hade vi använt färdigfrankerade kuvert med ifylld adress eller eventuellt haft ett webb-baserad enkät. Det hade nog varit en bra idé att be fysioterapeuterna att anteckna varje gång de frågat om deltagande och/eller delat ut en enkät så hade man kunnat ha bättre kontroll över bortfallet.

7.3 Urvalsgrupp

Urvalsgruppen stämde till viss del överens med de riskfaktorer som den stora gruppen med psykisk ohälsa (personer med depression och ångest) visat. Det var fler kvinnor än män, och många av personerna var i medelåldern och fler uppgav 'annat' som sysselsättning (10). Däremot var utbildningsgraden högre än medelnittet i Skåne län (71) vilket är en klar motsats till tidigare studier som pekar på att vara lågutbildad är en riskfaktor att drabbas av psykisk ohälsa (72). Av de som svarat på enkäten var det lika många som bodde själv som var sammanboende, vilket inte heller stämmer överens med tidigare nämnda riskfaktorer (10). Vad gäller andel utrikes födda (i denna studie 20% av totala mängden) är det färre än för hela regionen som 2015 var 25,7%. Det kan ha att göra med att vissa av dessa personer inte inkluderades i studien pga svårigheter med språket. På en klinik var det så många personer som inte klarade språket att man valde att avstå att delta i studien. Det kan även ha att göra med att deltagarantalet var så lågt att studien inte nådde normalfördelning. Den senare teorin stärks då endast en person kom från annat nordiskt land och danskar är den största gruppen invandrare i Skåne (73). Tidigare studier har visat resultatet att personer som migrerat löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa (9). Att så många faktorer i urvalsgruppen inte stämmer överens med tidigare studier bör kunna förklaras med att deltagarantalet var få och som tidigare nämnts därför inte nådde normalfördelning, När man delar upp urvalsgruppen efter skattad empowerment är trenden att fler har annan sysselsättning än arbete och att utbildningsgraden sjunker något hos de som har lägre empowerment. Enkäten har bara 'annat' som sysselsättning och man kan därmed inte veta om personen är sjukskriven, arbetslös eller pensionär. Det finns flera studier som tyder på att långtidssjukskrivning, leder till låg rapporterad empowerment och en sämre upplevelse av vårdkvalitet (35, 60, 74).

7.4 Resultat

7.4.1 Hur skattar personer med psykos-, ångest och depressionssjukdomar sin empowerment?

Medelvärde på empowermentsskalan totalt sett var 2,78 vilket är högre än skalans mittvärde på 2,5 och således har personerna god empowerment (75). I Rogers et al studie undersöktes tre grupper. Den ena gruppen innehöll personer som varit inlagda på psykiatrisk slutenvård under lång tid. Denna grupp skattade sin empowerment till 2,29. I grupp två fanns friska studenter som skattade sin empowerment till 3,16 och i den sista gruppen psykiatriska öppenvårdspatienter vilka ingick i ett självhjälpsprogram. De skattade sin empowerment till 2,8 (24). 2,8 skattade även Vauth et al hos personer med schizofreni i öppenvården (64). I en tredje studie där en intervention syftade till att öka personens inflytande och beslutsfattande i den psykiatriska öppenvården höjdes värdet från 2,21 till 2,88 under interventionstiden (63). Det indikerar att ökat personinflytande leder till högre empowerment, något som även Clarke et al rapporterat (76). I denna studie ter det sig som att de med högre empowerment har haft större inflytande och beslutsfattande i sin vård och det kanske är därför de har högre grad av empowerment. Trots att personerna i vår studie anses ha god empowerment når de inte upp

till de friska studenternas 3,16 (24). Eftersom deltagarna fortfarande är under behandling har de kanske inte återhämtat sig fullt ut och därför inte nått sin fulla potential.

7.4.2 Finns det någon subskala av empowerment som skattas högre eller lägre än de andra?
Rättmätig ilska och upplevelse av makt/maktlöshet fick lägst snitt på empowermentskalan och låg i närheten av mittvärdet. Att arbeta med dessa delar för att stärka personerna blir således viktigt. Självförtroende/self efficacy och samhällsdeltagande hade högre värden. I mitten låg optimism och kontroll över framtiden. Trots att värdena skiljer sig åt går de in i varandra, stärker man en del kommer antagligen de andra att ökas.

Delar man upp grupperna är det skillnad i alla subskalor utom rättmätig ilska där de skattade i princip lika och nära mitten på skalan. Liknande resultat sågs i Marchinko & Clarkes studie där rättmätig ilska inte förändrades trots att det övriga resultatet blev bättre (10).

Störst skillnad, nästan ett helt skalsteg var det mellan självförtroende och tilltro till sin förmåga. En studie menar att ha goda tankar om sig själv är en större friskfaktor än att ha negativa föreställningar om detsamma, något som kanske kan stämma i denna grupp (39). Flera studier tar upp att stigmatisering kan vara en faktor som sänker självförtroende och tilltro till förmåga vilket dessutom leder till sämre resultat av behandlingar. Stigmatisering kan dels komma från personens egna tankar om sig själv, dels från vårdpersonal och det sociala sammanhanget patienten befinner sig i. Stigmatisering och sämre självkänsla har även kopplats till social isolering och känsla av makt- och hopplöshet (35, 49, 60, 77, 78).

7.4.3 Hur upplevs vårdkvalitet och finns det skillnader i upplevelse av vårdkvalitet beroende på självskattad empowerment?

7.4.3.1 Väntetider

Av våra deltagare var det 5/40 (12,5%) som väntade mer än 3 månader på påbörjad behandling vilket strider mot vårdgarantins 90 dagar från första kontakt (79). Av dem var 4 personer i EMP 2,82-2,04. Personer som får vänta länge på vård får ökade symptom och sämre empowerment. Kortare vårdtid har associerats till högre tillfredsställelse av vårdkvalitet (60, 74, 80, 81), något som vi kan se i dessa resultat.

7.4.3.2 Hälsa och tillfredsställelse med behandling, råd och regimen

Totalt sett ter sig psykiska hälsan som en normalfördelning medan den fysiska hälsan är högerförskjuten med fler som skattat hälsan som ganska bra/mycket bra. Gruppen med bäst självskattat empowerment (EMP 3,43-2,86) hade både ett bättre fysiskt och psykiskt hälsotillstånd än gruppen med lägre skattat empowerment vilket Lundberg et al 2009 rapporterat. Psykisk ohälsa kan ge kroppsliga symtom och vice versa kan somatiska problem ge psykisk påverkan. Genom att arbeta med kroppens resurser kan fysioterapeuten även nå ökat psykiskt välmående (82). Att gruppen med bäst empowerment skattade högre kan kanske bero på att desto mer en persons symtom och funktion förbättras, desto bättre förväntas personen uppleva hopp, optimism, empowerment, självkänsla och nöjdhet med livet vilket Yildiz beskrev (19). Ju mer komplex en sjukdomsbild är desto större krav ställs på rehabiliteringen och desto mer komplicerad kan den bli. Kanske kan detta påverka upplevelsen av vården och behovet av god rehabilitering?

Personerna är nöjda med sin behandling och kan tänka sig komma tillbaka i stor utsträckning. Förväntningar på behandling, tilltron till sin sjukgymnast och råden följs aningens bättre av den gruppen med högre empowerment. Som terapeut är det viktigt att veta att om man arbetar med att höja en persons empowerment så är chansen större att råden följs och att tilltron till person och behandling ökar. Som tidigare studier visar och som även brukarorganisationer efterfrågar är det viktigt med information, delaktighet och bemötande (8, 15). Inte minst är det

viktigt att komma ihåg att låg grad av kontroll och låg social delaktighet kan motverka återhämtningen för denna patientgrupp (25).

7.4.3.3 Flerval

På det stora hela var personerna väldigt nöjda, 86% 'instämmer helt' eller 'instämmer till stor del' mot endast 10% som valt 'instämmer delvis' eller 'instämmer inte alls'. Stor del anser påståendena relevanta, 88% anser att frågorna har 'allra största betydelse' eller 'stor betydelse'. Störst betydelse tyckte personerna fysioterapeutens bemötande hade såsom respekt engagemang, respekt och förståelse för situationen, något tidigare studier också tagit upp som viktigt för denna patientkategori (19, 25, 27). Den lilla kritik personerna framförde var framförallt på påståenden om tillgänglighet, delaktighet och information.

Det som skiljde grupperna åt var att gruppen med bättre empowerment valde 'av allra största betydelse' och 'instämmer helt' i större grad medan EMP 2,82-2,04 delade upp svaren 'till instämmer helt' och 'instämmer till stor del' samt 'av allra största betydelse' och 'av stor betydelse'. Det var även fler som valde 'instämmer inte alls' i denna grupp (3% mot 1%) men båda grupperna är nöjda med sin vård. Kanske är personer med lägre empowerment mer obeslutsamma eller så upplevs inte vården lika värdefull och bra för dem. Att personer med lägre empowerment upplever en obeslutsamhet har visats av Vauth et al (36).

I tabell 9 jämförs Socialstyrelsens resultat för Region Skåne med vårt resultat. Det är en klar skillnad mellan resultaten. Patienterna i vår studie har fått bättre vård hos fysioterapeuter i Region Skåne än i öppenvården i stort (det är oklart vilka yrkeskategorier som inkluderats i Socialstyrelsens studie).

Tabell 9. Jämförelse mellan psykiatriska öppenvården och vår studie

Påstående	Socialstyrelsen 2013	Vår studie
Vårdgivaren bemötte mig med respekt	57%	98%
Jag fick tillräckligt med information	46%	76%
Jag fick vara delaktig i planeringen	47%	86%

7.4.4 Vilka aspekter av vårdkvalitet anses speciellt värdefulla?

Deltagarna tyckte att de tre aspekterna som inkluderades var mycket betydelsefulla. De sociokulturella och identitetsorienterade aspekterna var de som personerna tyckte var viktigast men även den medicintekniska aspekten skattades högt.

De fysisk-tekniska aspekten togs bort då få personer fyllt i frågorna korrekt/kryssat ej aktuellt. En förklaring till att få skattade denna kan vara att de fysioterapeutiska behandlingsmetoder som används för denna patientkategori inte kräver så mycket avancerad utrustning, vikt läggs på personens egna resurser samt terapeutens förhållningssätt och förmåga att utbilda.

7.5 Sammanfattning

Personerna är betydligt mer nöjda med vården än tidigare studier av psykiatrisk öppenvård. Fysioterapeuterna arbetar med samtliga dimensioner i rehabiliteringsprocessen och personerna tycker att denna typ av vård är meningsfull. För att stärka empowerment hos dessa personer måste fysioterapeuten ha ett respektfullt bemötande, vara lyhörd, ha ett empatisk förhållningssätt och se på personen som en helhet. De behandlingsstrategier fysioterapeuter använder är i stort sett biverkningsfria och kostnadseffektiva då de inte kräver dyr apparatur eller mediciner. Våra resultat visar att fysioterapeuten kan spela en viktig roll i återhämtning och en resurs man bör ta tillvara på.

7.6 Framtida forskning

Det vore intressant att undersöka om de tendenser vi sett i denna studie när det gäller skillnad i vårdkvalitet beroende på empowerment har signifikans i ett större urval. Vi valde att använda oss av fler än en diagnos då vårt mål var att se bredden av hela öppenvården och hur fysioterapin fungerar i stort för personer med varierande grad av psykisk ohälsa. Kanske hade det varit en idé att personerna/mellanhand fått fylla i vilken diagnos personen hade? Det hade gett ytterligare en dimension till arbetet. Ett annat alternativ hade varit att välja ut en diagnos och fördjupat sig i den men det hade lite tagit oss bort från målet; att få en uppfattning om vad denna patientgrupp har bäst nytta av för insatser från oss fysioterapeuter.

8. Betydelse/klinisk relevans

Psykisk ohälsa ökar i samhället och är en stor utmaning vad gäller sjukskrivningar och behandlingsframgång. I denna studie har vi försökt undersöka vad som krävs av behandlande fysioterapeut. Det är viktigt att tänka på att terapeuten och patienten gör rehabiliteringsresan tillsammans och att relationen dem emellan har stor betydelse.

Slutord:

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Lena Hedlund samt till våra fantastiska familjer som stöttat oss genom hela denna process och underlättat arbetet.

Referenser:

- (1) World Health Organisation Mental Health. *Strengthening our response*. Genève: WHO; 2016 [uppdaterad april 2016; citerad 2016-10-10]. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- (2) Withley R. Drake R. *Recovery and severe mental illness: Description and analysis*. Canadian Journal of Psychiatry. 2014;59(5) 236-241
- (3) Försäkringskassan. *Sjukfrånvaron i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år*. Stockholm: Försäkringskassan Analys och prognos; 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:4; ISSN 1654-8574. [citerad 2016-01-27] hämtad från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/03dcfe19-c989-4f46-a7f5-760d573b8d1f/socialforsakringsrapport_2014_04.pdf?MOD=AJPERES
- (4) Mattsson C. *Depression in the Lundby Study 1947-1997 Incidence, course and risk-factors*. Lund. Lund University Sweden, Department of Clinical Sciences Division of Psychiatry. 2008
- (5) Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård vid ångest och depression*. Stockholm: Socialstyrelsen 2010-3-4 [citerad 2016-10-12] Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- (6) Svenska psykiatriska föreningen. *Schizofreni Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Förlag; 2009 ISBN 978-91-7205-664-0. [citerad 2016-10-12]. Hämtad från http://www.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/rp_schizofreni_tryck.pdf
- (7) OECD. *Assessment and recommendations- Mental health and work: Sweden*. OECD 2013. Citerad [2016-01-30] hämtad från: http://www.oecd.org/els/emp/MHW_SwedenAR.pdf
- (8) Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*. Stockholm: Socialstyrelsen 2013-6-27 [citerad 2016-10-12] Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>
- (9) Lejtzen N. Sundquist J. Sundquist K. Li X. *Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence and risk factors*. Eur Arch Psychiatry Neurosci. 2014;4(264) 235-245
- (10) Boschloo L. Reeuwijk K.G. Shoewerts R.A. W.J.H. Pennix B. *The impact of lifestyle factors on the 2-year course of depressive and/or anxiety disorder*. Journal of affective disorders. 2014;159 73-79
- (11) McGrath J. Saha S. Welham J. El Saadi O MacCauley C, Chant D. *A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology*. BMC Med. 2004;2(13) 1-22
- (12) Nousen E.K. Franco J.K. Sullivan E.L. *Unraveling the mechanisms responsible for the comorbidity between metabolic syndrome and mental health disorders*. Neuroendocrinology. 2013;98(4):254-66
- (13) Doherty A.M. Gaughran F. *The interface of physical and mental health*. Soc Psychiatr Epidemiol. 2014;49 673-682
- (14) Mattisson C, Bogren M, Brådvik L, Horstmann V. *Mortality of subjects with mood disorders in the Lundby community cohort: A follow-up over 50 years*. Journal of Affective Disorders. 2015;178;98-106
- (15) Vårdanalys. *Möjligheter till delaktighet och inflytande för personer med psykisk ohälsa*. Stockholm. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016 [citerad 2016-01-27] hämtad från: <http://www.varदानalys.se/Global/Bilagor%20till%20rapporter/M%C3%B6jligheter%20till%20delaktig>

het%20och%20inflytande%20f%C3%B6r%20personer%20med%20psykisk%20oh%C3%A4lsa%20.pdf

- (16) Cleary A. Dowling M. *The road to recovery*. Mental Health Practice. 2009;12(5) 28-31
- (17) Kidd S. Kenny A. McKinstry C. *The meaning of recovery in a regional mental health service and action research study*. Jan. 2014. 181-193
- (18) Gordon S.F. Ellis P.M. Siegert R.J. Walkey F.H. *Core dimension of recovery: A psychometric analysis*. Adm Policy Ment Health. 2014;41 535-542
- (19) Yildiz M. *Recovery as a process in severe mental illness*. Arch Neuropsychiatry. 2015;52 1-3
- (20) World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO; 1993. [citerad 2016-10-26] Hämtad från <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- (21) Leamy M. Bird V. Le Boutillier C. Williams J. Slade M. *Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis*. BjpPsych. 2011;199 445-452
- (22) Van Daele T. Van Audenhoeve C. Hermans D. Van Den Berg O. Van Den Broucke S. *Empowerment implementation: Enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention*. Health Promotion international. 2012;29(2) 212-222
- (23) Eriksen-Ådnoy K. Arman M. Davidsson L. Sundfor B. *Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental health illness*. Internationaional Journal of Mental Health Nursing. 2014;23 110-117
- (24) Rogers S. Chamberlin J. Ellison M. Crean T. *A consumer-constructes scale to measure empowerment among users of mental health services*. Psychiatrc services 1997;48(8) 1042-1047
- (25) Klockmo C. Marnetoft S-U. Selander J. Nordenmark M. *Important components to create personal working alliances with clients in the mental health sector to support the recovery process*. International Journal of rehabilitation Research. 2014;37(1) 40-47
- (26) Jespersson M. Larsson I. *Sjukgymnastik ur ett pedagogisk perspektiv-en litteratur studie*. 2005 I Nordisk Fysioterapi 9 (2). P.54-63
- (27) Green C. A. Perrin N.A. Leo M.C.Janoff S.L, Yarborough B.J.H. Paulsson R.L. *Recovery in serious mental illness: Trajectories Characteristics and the role of mental health care within STARS study*. Psychiat Serv. 2013;64(12) 1203-1210
- (28) Epstein RM. Richard L. Street Jr. *The Values and Value of Patient-Centered Care*. Ann Fam Med 2011;9:100-103.
- (29) Pulvirenti M. McMillan J. Lawn S. *Empowerment, patient centred care and self-management*. Health expectations 2011;17 303-310
- (30) World Health Organisation. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Genève: WHO; 2002: [citerad 2016-05-26] Hämtad från: <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>
- (31) *Patientlagen* (SFS 2014:821). Stockholm: Socialdepartementet

- (32) Haron Y. Tran D. *Patients' perceptions of what makes a good doctor and nurse in an Israeli Mental health hospital*. Informa Health Care 2014;35 672-679
- (33) Beck R.S. Daughtridge R. Sloane P.D. *Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review*. JABFP. 2002;15(1) 25-38
- (34) Graham C. Rollings C. de Leeuw S. Anderson L. Griffiths B. Long N. *A qualitative study exploring for improved health behaviour programs: Mental health service User's perspective*. The Scientific World Journal. 2014 1-7
- (35) Hansson L. Björkman T. *Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale*. Scand J Caring Sci. 2005;19 12-38.
- (36) Vauth R. Klein B. Wirtz M. Corrigan P.W. *Self efficacy and empowerment as outcomes of self stigmatizing and coping in schizophrenia*. Psychiatry Research. 2007;150 71-80
- (37) McCabe R. Saidi M. Priebe S. *Patient-reported outcomes in schizophrenia*. BjPsych 2007;191(50) 21-28
- (38) Jana A.K. Ram D. Praharaj S.K. *Empowerment and its association in Schizophrenia: A cross sectional study*. Community Ment Health J. 2014;50 697-701
- (39) Nima A.A. Rosenberg P. Archer T. Garcia D. *Anxiety, Affect, Self esteem and stress: Mediation and moderation effects on depression*. plosone 2013;8(9) 1-8
- (40) Link B.G. Rahav M. Phealan J.C. Nuttbrock L. *On stigma and its consequences: Evidens from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. Journal of health and social behavior 1997;38 177-190
- (41) Withley R. Drake R. *Recovery: A dimensional approach*. psychiatric services 2010;61(12) 1248-1250
- (42) Olsson L-E. Jakobsson E. Swedberg K. Ekman I. *Efficacy of person centred care in controlled trials-a systematic review*. Journal of clinical nursing 2012;22 436-465
- (43) Grealish A. Tai S. Hunter A. Morrison A.P. *Qualitative exploration of empowerment from the perspective of young people with psychosis*. Clin Psychol, Psychother. 2013;20 136-148
- (44) Wikman-Melander A. Fältbom Y. *Patient empowerment in rehabilitation_ "Somebody told me to get rehabilitated"*. Advances of Physiotherapy 2006;8 23-32
- (45) Rosewell C. *Patient-centered practice in physiotherapy: Linking professional identity and learning*. International journal of therapy and rehabilitation 2009;15(5) 246-247
- (46) Johannesson M. Wiik J. *Behandlingsmetoder inom psykiatrisk sjukvård*. Luleå: Luleå Tekniska Universitet; 2010 2010;098. [citerad 2016-10-20]. Hämtad från: <http://publ.ltu.se/1402-1773/2010/098/LTU-CUPP-10098-SE.pdf>
- (47) Hedlund L. Lundvik-Gyllensten A. *The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia..* j.jbmt. 2009;14 245-254
- (48) Danielsson L. Rosberg S. *Opening toward life: Experiences of basic body awareness in persons with major depression*. Int J Qualitative Stud Health Well-being 2015;10 1-13

- (49) Danielsson L. Papoulias I. Petersson E-L. Carlsson J. Waern M. *Exercise or basic body awareness as a add-on treatment for major depression: A controlled study*. Journal of affective disorders 2014;168 98-106
- (50) US department of health and human services. *Physical activity guidelines advisory comitee report:To the secretary of health and human services*. 2008: Office of Public Health and Science ; 2008. 20201. [2016-10-01]. Hämtad från: <https://health.gov/paguidelines/report/pdf/CommitteeReport.pdf>
- (51) Vera-Garcia E. Mayoral-Cleries F. Vancampfort D. Stubbs B. Cuesta-Vargas A.I. *A systematic revies of the beneficts of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with Schizophrenia: An update*. Physical Research. 2015;229 828-839
- (52) Sabourin B.C. Stewart S.H.Sherry S:B. Watt M.C. Walde J. Grant V.V. *Physical Exercise as Interoceptive Exposure Within a Brief Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety-Sensitive Women*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 2008;22(4) 303-320
- (53) Andersson E. Hovland A. Kjellman B. Taube J. Martinsen E.W. *Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression*. Läkartidningen 2015;112:DP4E 1-4
- (54) Field T. *Touch for socioemotional and physical well-being: A review*. Developmental review 2010;30 367-383
- (55) Chu A.H.Y. Koh D. Moy. F.M. Müller-Reimenschneider F. *Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes?* Occupational Medicine. 2014;64 235-245
- (56) Vancampfort D. Correll C.U. Scheewe T.W: Probst M, Herdt A.D. Knapen J. De Hert M. *Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: A systematic review of randomized controlled trials*. Clinical Rehabilitation 2012;27(4) 291-298
- (57) Klainin-Yobas P. Nuang Oo W. Yew P.Y.S. Lau Y. *Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review*. Aging and Mental Health. 2015;19(12) 1043-1055
- (58) Ottosson H. Ottosson J-O. *Psykiatriboken*. 1:a upplagan: Stockholm: Liber; 2007.
- (59) Mudge S, Stretton C. Kayes N. *Are Physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autogenic insight*. Disabil Rehabil. 2014;36(6) 457-463
- (60) Kilian R. Linden I. Lobig U. Uhle M. Petscheleit A. Angermeyer MC. *Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis*. Soc Sci Med 2003 september, 57 (6): 1127-1142
- (61) Gard G. *Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: a qualitative study*. Physiother Theory Pract, 2007;23(1):47-55.
- (62) Wilde-Larsson B. Larsson G. *Development of a short form of the Quality from the patients perspective (QPP) Questionnaire*. Journal of cilnical nursing. 2002;11 681-687
- (63) Marchinko S. Clarke D. *The wellnes planner: Empowerment, quality of life, and continuity of care in mental illness*. Archives of psychiatric nursning. 2011;25(4) 284-293
- (64) Vauth R. Kleim B. Wirtz M. Corrigan PW. *Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2007;28 (150) 71-80

- (65) Wilde-Larsson .B. Larsson G. Larsson M. Starrin B. *KUPP.Kvalitet Ur Patientens Perspektiv*. Fjärde upplaga Stockholm, Vårdförbundet 2001.
- (66) Thomas KW. Velthouse BA. *Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation*. Academy of Management Review, 1990. Vol. 15, No. 4. 666-681.
- (67) Djurfeldt G. Larsson R. Stjärnhagen O. *Statistisk verktygslåda* Andra upplagan Lund: Studentlitteratur AB; 2012
- (68) Åsbring N. Dal H. Ohrling M. Dalman C. *Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa men bara 7 procent fick psykiatrisk diagnos, visar databasstudie i Stockholm*. Läkartidningen. 2014;111(41) 1-7
- (69) Gaelesic M. Bosnjak M. *Effects of questionair length on participation and indicators of response quality in a web survey*. Public Opinion Quarterly. 2009;73(2) 349-360
- (70) Scholte M. Calsbeek H. Nijhuis-van der Sanden MWG. Braspenning J. *Quality of physical therapy from a patient's perspective; factor analysis on web-based survey data revealed three dimensions on patient experiences with physical therapy*. BMC Health Services Research 2014.14:266
- (71) SCB. *Befolkningens utbildning: SCB 2015* [citerad 2016-10-12] Hämtad från: http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Utbildning-och-forskning/Befolkningens-utbildning/Befolkningens-utbildning/#c_undefined
- (72) Camerini L. Schultz PJ. Nakamoto K. *Diferential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes. A cross-sectional evaluation*. Patient education and counselling 2012;89:337-44.
- (73) SCB. *Utrikes födda efter region, ålder, kön, tabellinnehåll och år*. Stockholm: SCB 2015 [citerad 2016-10-12] Hämtad från: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101E/UtrikesFoddaTotNK/table/tableViewLayout1/?rxid=141262bd-deee-4d25-87e9-eaac4a608253
- (74) Reveley K. Ciclitira K. *Life on the psychiatric ward: a qualitative study*. British Journal of Wellbeing, Vol. 2 No. 7 October 2011
- (75) Corrigan P.W., Faber D., Rashid F. & Leary M. *The construct validity of empowerment among consumers of mental health services*. Schizophrenia Research. 1999:38 77-84.
- (76) Clarke E. Puschner B. Jordan H, Williams P. Konrad J. Kawohl W. et al. *Empowerment and satisfaction in multinational study of a routine clinical practice*. Acta Psychiatr Scand 2015;131 369-378
- (77) Lundberg B. Hansson L. Wentz E. Björkman T. *Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Vol.16, 2009: 516-522
- (78) Lundberg B. *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund University, Faculty of Medicine, Department of Health Sciences, Publisher, Lunds universitet, 2010
- (79) Sveriges Kommuner och Landsting. *Överenskommelsen för psykisk hälsa 2016*. Publicerad: 15 augusti 2016.
Hämtad:https://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b82376/1450686340497/St%C3%B6d+till+riktade+insatser+inom+omr%C3%A5det+psykisk+h%C3%A4lsa+2016_1.pdf

- (80) Roper MJ. RN. Phd.,Manela J. Rn, Bsn., *Psychiatric Patients Perceptions of waiting time in the psychiatric emergency service*, Journal of Psychosocial nursing, Vol. 38; No. 5; 2000.
- (81) Lundqvist L.O. Ahlström G.Wilde-Larsson B. Schröder A. *The patient's view of quality in psychiatric outpatient care*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012 september, 19 (7): 629-37. Epub 2012 5 mars.
- (82) Lundvik-Gyllensten A., Skoglund K. Wulf I. *Basal Kroppskänedom. Den levda kroppen*. Lund: Studentlitteratur 2015

Bilagor

Bilaga 1 Samtliga diagnoser inkluderade i studien

Denna lista är direkt kopierad från WHO:s lista och hämtad från denna källa:

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

F20 Schizophrenia

F20.0 Paranoid schizophrenia

F20.1 Hebephrenic schizophrenia

F20.2 Catatonic schizophrenia

F20.3 Undifferentiated schizophrenia

F20.4 Post-schizophrenic depression

F20.5 Residual schizophrenia

F20.6 Simple schizophrenia

F20.8 Other schizophrenia

F20.9 Schizophrenia, unspecified A fifth character may be used to classify course: .x0 Continuous .x1 Episodic with progressive deficit.x2 Episodic with stable deficit .x3 Episodic remittent .x4 Incomplete remission .x5 Complete remission.x8 Other .x9 Course uncertain, period of observation too short

F21 Schizotypal disorder

F22 Persistent delusional disorders

F22.0 Delusional disorder

F22.8 Other persistent delusional disorders

F22.9 Persistent delusional disorder, unspecified

F23 Acute and transient psychotic disorders

F23.0 Acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia

F23.1 Acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia

F23.2 Acute schizophrenia-like psychotic disorder

F23.3 Other acute predominantly delusional psychotic disorder

F23.8 Other acute and transient psychotic disorders

F23.9 Acute and transient psychotic disorder, unspecified A fifth character may be used to identify the present or absence of associated acute stress: .x0 Without associated acute stress.x1 With associated acute stress

F24 Induced delusional disorder

F25 Schizoaffective disorders

F25.0 Schizoaffective disorder, manic type

F25.1 Schizoaffective disorder, depressive type

F25.2 Schizoaffective disorder, mixed type

F25.8 Other schizoaffective disorders

F25.9 Schizoaffective disorder, unspecified A fifth character may be used to classify the following subtypes:.x0 Concurrent affective and schizophrenic symptoms only.x1 Concurrent affective and schizophrenic symptoms, plus persistence of the schizophrenic symptoms beyond the duration of the affective symptoms

F28 Other nonorganic psychotic disorders

F29 Unspecified nonorganic psychosis

F30-F39 Mood [affective] disorders

F30 Manic episode

F30.0 Hypomania

F30.1 Mania without psychotic symptoms

F30.2 Mania with psychotic symptoms.20 With mood-congruent psychotic symptoms.21 With mood-incongruent psychotic symptoms

F30.8 Other manic episodes

F30.9 Manic episode, unspecified

F31 Bipolar affective disorder

F31.0 Bipolar affective disorder, current episode hypomanic

F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms

F31.2 Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms.20 With mood-congruent psychotic symptoms.21 With mood-incongruent psychotic symptoms

F31.3 Bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression.30 Without somatic syndrome.31 With somatic syndrome

F31.4 Bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms
 F31.5 Bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms.50 With mood-congruent psychotic symptoms.51 With mood-incongruent psychotic symptoms
 F31.6 Bipolar affective disorder, current episode mixed
 F31.7 Bipolar affective disorder, currently in remission
 F31.8 Other bipolar affective disorders
 F31.9 Bipolar affective disorder, unspecified
 F32 Depressive episode
 F32.0 Mild depressive episode.00 Without somatic syndrome.01 With somatic syndrome
 F32.1 Moderate depressive episode.10 Without somatic syndrome.11 With somatic syndrome
 F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms
 F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms.30 With mood-congruent psychotic symptoms.31 With mood-incongruent psychotic symptoms
 F32.8 Other depressive episodes
 F32.9 Depressive episode, unspecified
 F33 Recurrent depressive disorder
 F33.0 Recurrent depressive disorder, current episode mild .00 Without somatic syndrome .01 With somatic syndrome
 F33.1 Recurrent depressive disorder, current episode moderate .10 Without somatic syndrome.11 With somatic syndrome
 F33.2 Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms
 F33.3 Recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms .30 With mood-congruent psychotic symptoms .31 With mood-incongruent psychotic symptoms
 F33.4 Recurrent depressive disorder, currently in remission
 F33.8 Other recurrent depressive disorders
 F33.9 Recurrent depressive disorder, unspecified
 F34 Persistent mood [affective] disorders
 F34.0 Cyclothymia
 F34.1 Dysthymia
 F34.8 Other persistent mood [affective] disorders
 F34.9 Persistent mood [affective] disorder, unspecified
 F38 Other mood [affective] disorders
 F38.0 Other single mood [affective] disorders.00 Mixed affective episode
 F38.1 Other recurrent mood [affective] disorders.10 Recurrent brief depressive disorder
 F38.8 Other specified mood [affective] disorders
 F39 Unspecified mood [affective] disorder
F40 - F48 NEUROTIC, STRESS-RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS
F40 PHOBIC ANXIETY DISORDERS
 F40.0 Agoraphobia
 F40.00 Agoraphobia without panic disorder
 F40.01 Agoraphobia with panic disorder
 F40.1 Social phobias
 F40.2 Specific (isolated) phobias
 F40.8 Other phobic anxiety disorders
 F40.9 Phobic anxiety disorder, unspecified
F41 OTHER ANXIETY DISORDERS
 F41.0 Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety
 F41.01 Panic disorder - severe
 F41.1 Generalized anxiety disorder
 F41.2 Mixed anxiety and depressive disorder
 F41.3 Other mixed anxiety disorders
 F41.8 Other specified anxiety disorders
 F41.9 Anxiety disorder, unspecified
 F42.0 Predominantly obsessional thoughts and ruminations
 F42.1 Predominantly compulsive acts
 F42.2 Mixed obsessional thoughts and acts
 F42.8 Other obsessive-compulsive disorders
 F42.9 Obsessive-compulsive disorder, unspecified
F43 REACTION TO SEVERE STRESS, AND ADJUSTMENT DISORDERS
 F43.0 Acute stress reaction
 F43.1 Post-traumatic stress disorder
 F43.2 Adjustment disorders
 F43.20 Brief depressive reaction.

F43.21 Prolonged depressive reaction.
F43.22 Mixed anxiety and depressive reaction.
F43.23 With predominant disturbance of other emotions.
F43.24 With predominant disturbance of conduct.
F43.25 With mixed disturbance of emotions and conduct.
F43.28 With other specified predominant symptoms.
F43.8 Other reactions to severe stress
F43.9 Reaction to severe stress, unspecified
F44 DISSOCIATIVE [CONVERSION] DISORDERS
F44.0 Dissociative amnesia
F44.1 Dissociative fugue
F44.2 Dissociative stupor
F44.3 Trance and possession disorders
F44.4 Dissociative motor disorders
F44.5 Dissociative convulsions
F44.6 Dissociative anaesthesia and sensory loss
F44.7 Mixed dissociative [conversion] disorders
F44.8 Other dissociative [conversion] disorders
F44.80 Ganser's syndrome (approximate answers)
F44.81 Multiple personality disorder
F44.82 Transient dissociative [conversion] disorders occurring in childhood
F44.88 Other specified dissociative [conversion] disorders
F44.9 Dissociative [conversion] disorder, unspecified
F45 SOMATOFORM DISORDERS
F45.0 Somatization disorder
F45.1 Undifferentiated somatoform disorder
F45.2 Hypochondriacal disorder
F45.3 Somatoform autonomic dysfunction
F45.30 Heart and cardiovascular system (includes: cardiac neurosis, neurocirculatory asthenia, Da Costa syndrome).
F45.31 Upper gastro-intestinal tract (includes: psychogenic aerophagy, hiccough, gastric neurosis).
F45.32 Lower gastro-intestinal tract (includes: psychogenic irritable bowel syndrome, psychogenic diarrhoea, gass syndrome)
F45.33 Respiratory system (includes: hyperventilation)
F45.34 Genitourinary system (includes: psychogenic increase of frequency of micturition and dysuria).
F45.38 Other organ or system
F45.4 Persistent somatoform pain disorder
F45.8 Other somatoform disorders
F45.9 Somatoform disorder, unspecified
F48 OTHER NEUROTIC DISORDERS
F48.0 Neurasthenia
F48.1 Depersonalization - derealization syndrome
F48.8 Other specified neurotic disorders
F48.9 Neurotic disorder, unspecified

Bilaga 2. Enkäten

1. Ålder

Jag är År

2. Kön

- Man
- Kvinna

3. Boende

- Sammanboende
- Bor ensam

4. I vilket land är du född?

- Sverige
- Norge, Danmark, Island eller Finland
- I ett annat land i Europa
- I ett annat land utanför Europa

5. Utbildning

- Folkskola/Grundskola (motsvarande)
- Yrkeskola/Gymnasium (motsvarande)
- Högskola/Universitet

6. Sysselsättning

- Yrkesarbetande
- Studerande
- Annat

7. Från det att du kontaktade sjukgymnastikmottagningen – Hur lång tid fick du vänta innan du fick komma till mottagningen?

- 0 – 7 dagar
- Mer än 1 vecka – 1 månad
- Mer än 1 månad – 3 månader
- Mer än 3 månader – 6 månader
- Mer än 6 månader

8. Hur upplevde du väntetiden?

- Mycket lätt
- Lätt
- Varken svår eller lätt
- Svår
- Mycket svår

9. På sjukgymnastiken – Fick du komma in på avtalad tid?

- Ja
- Nej

10. Om Nej på föregående fråga – Hur länge fick du vänta?

- 0 – 15 minuter
- 16 – 30 minuter
- 31 – 60 minuter
- Mer än 60 minuter

A
SÅ HÄR VAR DET
FÖR MIG

B
SÅ HÄR
BETYDELSEFULLT
VAR DET FÖR MIG

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** (☐) och **B** (○) för varje fråga.

	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Jag fick bra information om...										
11. hur undersökningar och behandlingar skulle gå till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. resultatet av undersökningar och behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. egenvård; "hur jag bäst bör sköta min hälsa"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag fick...										
14. bästa möjliga undersökningar och behandlingar (så gott som jag själv kan bedöma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukgymnasten...										
15. verkade förstå hur jag upplevde min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. bemötte mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. visade engagemang; "brydde sig om mig"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukgymnastbiträdet/assistenten...										
18. verkade förstå hur jag upplevde min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. bemötte mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. visade engagemang; "brydde sig om mig"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalen i receptionen...										
21. bemötte mig med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag fick tala med...										
22. sjukgymnasten i enrum vid de tillfällen som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag hade bra möjlighet...										
23. att samråda om beslut när det gällde min behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min vård styrdes...										
24. av mina behov snarare än av personalens rutiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Markera ditt svar med ett kryss (X) i **A** (□) och **B** (○) för varje fråga.

A
SÅ HÄR VAR DET
FÖR MIG

B
SÅ HÄR
BETYDELSEFULLT
VAR DET FÖR MIG

Instämmer helt

Instämmer till stor del

Instämmer delvis

Instämmer inte alls

Ej aktuellt

Av allra största betydelse

Av stor betydelse

Av ganska stor betydelse

Av liten eller ingen betydelse

Ej aktuellt

Jag hade...

25. tillgång till den apparatur och utrustning som var nödvändig för min vård (så gott som jag själv kan bedöma)
- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Det var...

26. en trivsamt atmosfär på mottagningen
- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Det var lätt att...

27. komma fram på telefon till sjukgymnasten
- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
28. få besökstid hos sjukgymnasten
- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

29. Hur tycker du att ditt fysiska hälsotillstånd är nu?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

30. Hur tycker du att ditt psykiska välbefinnande är nu?

- Mycket bra
- Ganska bra
- Varken bra eller dåligt
- Ganska dåligt
- Mycket dåligt

31. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av sjukgymnasten?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vet ej
- Har inte fått råd och anvisningar av sjukgymnasten

32. I vilken utsträckning uppfylldes dina förväntningar på behandlingen?

- I mycket stor utsträckning
- I stor utsträckning
- I liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning
- Inte alls

33. Kan du tänka dig att på nytt söka denna mottagning vid framtida vårdbehov?

- Ja, utan tvekan
- Ja, med viss tvekan
- Nej
- Vet ej

34. Om Nej på föregående fråga – Vad är anledningen till att du inte kan tänka dig att på nytt söka denna mottagning?

35. Det här var jag särskilt nöjd med:

36. Förslag till förbättringar:

ATT FATTA BESLUT

Instruktioner: Nedan finns ett antal påståenden som har att göra med hur man ser på livet och att fatta beslut. Sätt en cirkel runt siffran ovanför det svar som ligger närmast hur du ser på påståendet. Tänk på hur du känner det just nu. Ditt första intryck ger oftast det bästa svaret. Lägg inte ner mycket tid på något enskilt påstående. Försök vara ärlig mot dig själv så att dina svar visar vad du verkligen tycker.

SVARA PÅ ALLA FRÅGOR
GENOM ATT SÄTT EN CIRKEL RUNT DEN SIFFRA SOM BÄST BESKRIVER HUR DU KÄNNER
DET.
SÄTT BARA EN CIRKEL RUNT **EN** SIFFRA..

1. Jag kan i stort sett bestämma vad som skall hända i mitt liv

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

2. Människor begränsas bara av vad de tror är möjligt.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

3. Människor har mer makt om de förenar sig i en grupp.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

4. Att bli arg för någonting hjälper aldrig.

1	2	3	4
---	---	---	---

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

12. Jag klarar ofta av att övervinna hinder.

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

13. Jag är i allmänhet optimistisk om framtiden

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

14. När jag gör upp planer är jag nästan alltid säker på att de fungerar.

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

15. Att bli arg på någonting är ofta första steget till att förändra det.

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

16. Jag känner mej vanligtvis ensam.

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

17. Experter har bäst förutsättningar att bestämma vad folk skall göra eller lära sig.

1 2 3 4

Instämmer helt Instämmer Instämmer inte Instämmer inte alls

18. Jag kan klara av saker lika bra som de flesta andra.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

19. Jag uppnår vanligtvis vad jag bestämmer mej för att göra.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

20. Människor borde försöka leva sitt liv på det sätt som de själva vill.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

21. Det är inte lönt att slåss med myndigheter.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

22. Jag känner mej för det mesta maktlös.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

23. När jag är osäker på någonting gör jag i regel som andra.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

24. Jag tycker att jag är en värdefull person, åtminstone lika värdefull som andra.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

25. Människor har rätt att fatta sina egna beslut, även om de är dåliga.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

26. Jag tycker att jag har en rad positiva egenskaper.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

27. Ett problem kan mycket ofta lösas genom att man gör någonting aktivt åt det.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

28. Att arbeta tillsammans med andra kan förändra saker i samhället till det bättre.

1	2	3	4
Instämmer helt	Instämmer	Instämmer inte	Instämmer inte alls

Tack för Din medverkan!

Bilaga 3 Vårdkvaliet flerval i tabellform

<i>Det var lätt att få tid hos sjukgymnasten</i>	instämmer helt	instämmer till stor del	instämmer delvis	instämmer inte alls	ej aktuellt
av allra största betydelse	19st	4st	1st		1st
av stor betydelse	5st	4st			
av ganska stor betydelse	3st				
av ingen eller liten betydelse	1st		2st		
<i>Det var lätt att komma fram på telefon till sjukgymnasten</i>					
av allra största betydelse	11st	3st	1st		5st
av stor betydelse	6st	6st	1st		
av ganska stor betydelse	1st	1st	2st	1st	
av ingen eller liten betydelse	1st		1st		
<i>Det var en trivsamt atmosfär på avdelningen</i>					
av allra största betydelse	13st	2st	2st		3st
av stor betydelse	5st	9st	3st		
av ganska stor betydelse	1st				
av ingen eller liten betydelse	1st			1st	
<i>Min vård styrdes av mina behov snarare än personalens rutiner</i>					
av allra största betydelse	22st	3st	2st		
av stor betydelse	4st	7st	1st		
av ganska stor betydelse			1st		
av ingen eller liten betydelse					
<i>Jag hade bra möjlighet att samråda om beslut när det gällde min behandling</i>					
av allra största betydelse	24st	8st			
av stor betydelse	3st	3st			
av ganska stor betydelse			1st		
av ingen eller liten betydelse					
<i>Jag fick tala med sjukgymnasten i enrum vid de tillfällen jag önskade</i>					

av allra största betydelse	31st	1st			
av stor betydelse	4st	3st			
av ganska stor betydelse	1st				
av ingen eller liten betydelse					
<i>Personalen i receptionen bemötte mig med respekt</i>					
av allra största betydelse	27st	1st			
av stor betydelse	6st	3st	1st		
av ganska stor betydelse	1st	3st			
av ingen eller liten betydelse			1st		
<i>Sjukgymnasten visade engagemang, brydde sig om mig</i>					
av allra största betydelse	21st	1st	1st		1st
av stor betydelse	4st	2st	1st		
av ganska stor betydelse	3st		3st		
av ingen eller liten betydelse	1st	1st	1st		
<i>Sjukgymnasten bemötte mig med respekt</i>					
av allra största betydelse	21st	1st			2st
av stor betydelse	10st	3st			
av ganska stor betydelse	1st	1st			
av ingen eller liten betydelse	1st				
<i>Sjukgymnasten verkade förstå hur jag upplevde min situation</i>					
av allra största betydelse	20st	6st			
av stor betydelse	4st	4st		1st	
av ganska stor betydelse	1st	1st	1st		
av ingen eller liten betydelse				1st	
<i>Jag fick bästa möjliga undersökningar och behandlingar (så gott jag själv kan bedöma)</i>					
av allra största betydelse	17st	4st	2st	1st	2st
av stor betydelse	1st	8st		2st	
av ganska stor betydelse	1st		2st		

av ingen eller liten betydelse					
<i>Jag fick bra information om egenvård 'hur jag bäst bör sköta min hälsa</i>					
av allra största betydelse	19st	3st	1st		
av stor betydelse	4st	4st	2st		
av ganska stor betydelse		3st	2st		
av ingen eller liten betydelse			1st		
<i>Jag fick bra information om resultatet av undersökningar och behandlingar</i>					
av allra största betydelse	12st	6st	2st		6st
av stor betydelse	4st	3st	3st	1st	
av ganska stor betydelse	1st	2st			
av ingen eller liten betydelse					
<i>Jag fick bra information om hur undersökningar och behandlingar skulle gå till</i>					
av allra största betydelse	15st	7st	2st	1st	3st
av stor betydelse	1st	5st	2st		
av ganska stor betydelse	2st		2st		
av ingen eller liten betydelse					

Bilaga 4 Informationsbrev Verksamhetschef



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV

2016-02-22

Till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien:

Hur upplever personer med depression, ångest eller psykosjukdomar sin vårdkvalité i förhållande till empowerment vid fysioterapeutisk intervention.

-En kvantitativ enkätstudie på patienter under behandling hos fysioterapeut inom Region Skåne.

Syftet:

I vårt arbete vill vi undersöka:

- 1) Hur personer med depression, ångest och psykos upplever vårdkvalitén vid behandling hos fysioterapeuter i Skåne.
- 2) Undersökningsgruppens självskattade empowerment.
- 3) Finns det någon koppling mellan empowerment och upplevelsen av vårdkvalité?

Vi använder oss av två validerade och reliabla instrument, KUPP-sjukgymnastik som värderar vårdkvalité ur patientens perspektiv och 'Att fatta beslut' som handlar om upplevelsen av egenmakt (empowerment)

Vi önskar samla in ca 100 patientenkäter fördelat på öppenvårdsinstanser i Skåne.

Inklusionskriterier: Personer över 18 år. Förstår svenska i tal och skrift. Besökt fysioterapeut i Region Skånes öppenvårdsavdelningar, mars/april 2016 med ICD-koder som börjar på; F 2, F 3 och F 4 diagnoserna är beskrivna närmre i bifogat dokument.

Exklusionskriterier: Personer under 18 år.

Vi kommer att tillhandahålla enkäter och kuvert samt hämta dem efter avslutad studie. Vi önskar få Era fysioterapeuters hjälp att tillhandahålla patienter enkäter enligt ovan beskrivna kriterierna samt samla in enkäterna på ett för Er mottagning lämpligt ställe. Tillsammans med enkäten finns ett informationsbrev till patienterna om studiens utförande.

Bearbetning av patientenkäten behandlas med deskriptiv statistik, korrelationsanalys.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande och enkätstudien är godkänd enligt yttrande VEN 26-16.

Enkätsvaren läggs i ett förslutet kuvert. Materialet förvaras i låst, för ändamålet avsett skåp på Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lund. Bearbetning av data kommer endast ske av författare och handledare. Efter godkänd examination kommer allt material att förstöras.

Om Du har några frågor eller vill veta mer kontakta gärna oss eller vår handledare.
Med vänlig hälsning/

AndrijanaMrsic
andrijana.mrsic.808@student.lu.se

Lena Hedlund
Lena.hedlund@med.lu.se

Carina Mårtensson
carina_eva_maria.martensson.473@student.lu.se

Titel: leg. fysioterapeut
Dr. med. Vet.

Maria Hill
maria.hill.107@student.lu.se
Studerande på fysioterapiprogrammet
Handledare

Läkarkandidat
Adjunkt fysioterapiprogrammet
Tfn: 046-222 19 04

Studien:

Hur upplever personer med depression, ångest eller psykossjukdomar sin vårdkvalité i förhållande till empowerment vid fysioterapeutisk intervention.

-En kvantitativ enkätstudie på patienter under behandling hos fysioterapeut inom Region Skåne.

Er anhängan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde

Bilaga 5 Informationsbrev fysioterapeut



INFORMATIONSBREV

2016-02-25

Institutionen för hälsovetenskaper

LUNDS UNIVERSITET Till mellanhand, behandlande fysioterapeut.
Medicinska fakulteten

Vi skulle uppskatta om du ville vara behjälplig med att genomföra studien:

Hur upplever personer med depression, ångest eller psykossjukdomar sin vårdkvalité i förhållande till empowerment vid fysioterapeutisk intervention.

-En kvantitativ enkätstudie på patienter under behandling hos fysioterapeut inom Region Skåne

Syftet:

I vårt arbete vill vi undersöka:

- 1) Hur personer med depression, ångest och psykos upplever vårdkvalitén vid fysioterapeutisk intervention i Skånes öppenvård.
- 2) Undersökningsgruppens självskattade förmågan att kunna fatta egna välgrundande beslut, empowerment.
- 3) Om det finns någon koppling mellan empowerment och den upplevda vårdkvalitén.

Vi använder oss av två validerade och reliabla instrument, KUPP-sjukgymnastik som värderar vårdkvalité utifrån patientens perspektiv och 'Att fatta beslut' som handlar om upplevelsen av egenmakt (empowerment)

Vi önskar samla in ca 100 patientenkäter fördelat på öppenvårdsinstanser i Skåne.

Inklusionskriterier: Personer över 18 år. Förstår svenska i tal och skrift. Besökt fysioterapeut i Region Skånes öppenvårdsavdelningar, mars/april 2016 med ICD-koder som börjar på; F2, F3 och F4.

Exklusionskriterier: Personer under 18 år.

Vi tillhandahåller Er med enkäter och kuvert och hämtar dessa efter avtalad tid. Vi önskar få Er hjälp att dela ut dem till patienter enligt ovan beskrivna kriterier samt samla in enkäterna på ett, för Er mottagning, lämpligt ställe. Tillsammans med enkäten finns ett informationsbrev till patienterna om studiens utförande.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande och är godkänd att utföras enligt VEN26-16.

Svaren läggs i ett förslutet kuvert och förvaras i låst, för ändamålet avsett skåp på Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lund. Detta för att ingen obehörig kan komma åt materialet. Bearbetning av data kommer endast ske av författare och handledare. Efter godkänd examination kommer allt material att förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeut programmet, Lunds Universitet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, ta gärna kontakt med oss eller vår handledare
Med vänlig hälsning/

Andrijana Mrsic
andrijana.mrsic.808@student.lu.se

Carina Mårtensson
carina.martensson.473@student.lu.se

Maria Hill
maria.hill.107@student.lu.se
Studerande fysioterapiprogrammet

Handledare:
Lena Hedlund

lena.hedlund@med.lu.se

Titel: leg. fysioterapeut Dr. med. Vet. Läkarkandidat
Adjunkt fysioterapiprogrammet
Tfn: 046-222 19 04

Bilaga 6 Informationsbrev Patienter



INFORMATIONSBREV

2016-03-04

Institutionen för hälsovetenskaper

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Du tillfrågas som deltagare i nedanstående enkätstudie:

Hur upplever personer med depression, ångest eller psykosjukdomar sin vårdkvalité i förhållande till empowerment vid fysioterapeutisk intervention.

-En kvantitativ enkätstudie på patienter under behandling hos fysioterapeut inom Region Skåne.

Vi söker efter personer som behandlas av fysioterapeut i Skåne och som därtill har diagnostiserats med depression, ångest eller psykosjukdomar. Syftet med behandlingen behöver inte vara den psykiska ohälsan och det behöver inte heller vara Din huvuddiagnos..

Deltagandet innebär att fylla i ett frågeformulär, vilket tar max 20 min. Om Du accepterar att delta ber vi Dig att besvara frågorna i bifogat formulär så fullständigt som möjligt och lämna på anvisad plats på Din mottagning.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill Du inte medverka behöver Du inte förklara varför.

Syftet med studien är att undersöka patienters upplevelse av vårdkvalité och deras självskattade förmåga att kunna fatta egna välgrundade beslut i sin vardag (sk. empowerment).

Du besvarar frågorna fullständigt anonymt, d.v.s. ingen kommer att kunna veta att det är du som besvarat dem.

De besvarade enkäterna lägger du i bifogat kuvert som du försluter och lämnar till den du fått enkäterna av – eller där denne anvisar att de skall lämnas. Materialet kommer att förvaras i låst, för ändamålet avsett skåp på Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lund. Bearbetning av data kommer endast ske av författare och handledare. Efter godkänd examination kommer allt material att förstöras

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeutprogrammet, Lunds Universitet.

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

Med vänlig hälsning/

AndrijanaMrsic

andrijana.mrsic.808@student.lu.se

Carina Mårtensson

carina_eva_maria.martensson.473@student.lu.se

Maria Hill maria.hill.107@student.lu.se

Studerande på fysioterapiprogrammet

Handledare Lena Hedlund

lena.hedlund@med.lu.se

Titel: leg. fysioterapeut Dr. med. Vet.

Läkarkandidat

Tfn: 046-222 19 04

