



Hvorfor gør vi ikke det, der er bedst for os?

Et adfærdsvidenskabeligt studie af patientadhærens i fysioterapi

Kandidatafhandling
Cand.merc.(psyk.)
15. maj 2020

Karen Staugaard Mejling (102182)
Meng Jing Christine Wang (102688)

Vejleder: Henrich Dahlgren
Antal tegn: 243.066 (106,8 normalsider)

Abstract

Background: Each year, muscular disease and arthropathy cost the Danish society 20 billion DKK which makes this area of disease the second most expensive in Denmark. The treatment of muscular disease and arthropathy often lies within the field of physiotherapists. Physiotherapy treatment generally involves an exercise program where the patient is asked to perform self-managed exercises outside of the consultation, which makes patient adherence an important determinant of the success of the treatment. In this context, research has shown that only approx. 50% of patients follow the physiotherapist's recommendations, and the number is even lower when it comes to unsupervised home exercises. Therefore, the purpose of this dissertation is to examine the influencing factors on the patients' exhibited degree of adherence in physiotherapy in order to come up with solution strategies for improving the treatment approach.

Methods: In order to do so, we have collected data from a survey as well as six interviews with physiotherapists and six interviews with patients. The purpose of the survey is to provide an overview of the problem area before conducting a more in-depth examination using the interviews. The purpose of the interviews is to investigate the experience with patient adherence more extensively and from the perspective of both health provider and patient.

Findings: Using a behavioral scientific perspective, this dissertation finds that patient adherence is affected by numerous patient factors including present bias, bounded cognitive capacity, experienced level of pain, level of self-efficacy, social influence, the relationship with the physiotherapist and ability to self-rationalize.

Conclusion: The analysis finds the dominant view within physiotherapy to have a fundamental assumption about human nature as being rational. However, the shown behavioral patterns of the patients indicate that they are more likely to be influenced by bounded rationality in their decision making in terms of whether or not they should exhibit patient adherence. In order to address this discrepancy between health provider and patient, this dissertation has arrived at four solution strategies aimed at the physiotherapist that take the patients' actual behavior and way of thinking into account. These strategies consist of linking the exercise program to an existing routine, using short-termed and specific goal setting, reducing the distance between the patient's current and future self, and utilizing their sense of cognitive dissonance associated with non-adherence.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	4
1.2 PROBLEMFORMULERING.....	6
2. AFHANDLINGENS STRUKTUR	7
3. FYSIOTERAPI SOM DISCIPLIN	7
4. AFGRÆNSNING	8
5. METODE.....	10
5.1 VIDENSKABSTEORETISK PERSPEKTIV	11
5.1.1 <i>Teori</i>	12
5.2 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE	13
5.2.1 <i>Databehandling</i>	15
5.3 INTERVIEW.....	16
5.3.1 <i>Fysioterapeutinterview</i>	18
5.3.2 <i>Patientinterview</i>	20
5.3.3 <i>Databehandling</i>	24
5.4 VALIDITET OG RELIABILITET	26
5.4.1 <i>Reliabilitet</i>	26
5.4.2 <i>Validitet</i>	27
6. EKSISTERENDE LITTERATUR	28
7. TEORI.....	30
7.1 ADFÆRDSVIDENSKAB	30
7.1.1 <i>Socialpsykologi</i>	31
7.1.2 <i>Kognitiv psykologi</i>	31
7.1.3 <i>Adfærdsøkonomi</i>	31
7.2 THE HEALTH BELIEF MODEL.....	33
7.3 FOGG BEHAVIOR MODEL	34
7.4 THE HABIT LOOP.....	36
7.5 SELF-EFFICACY.....	37
7.6 SAMMENHÆNGEN MELLEM TEORIERNE	39
8. ANALYSE.....	40
8.1 DEN DOMINERENDE TILGANG TIL FYSIOTERAPI	41
8.1.1 <i>De underliggende videnskabsteoretiske forståelser</i>	41
8.1.2 <i>Paradigmeskiftet</i>	43
8.1.3 <i>Delkonklusion</i>	44

8.2 FYSIOTERAPEUTERNES OPLEVELSE AF PATIENTADHÆRENS.....	45
8.2.1 Udfordringer med specifikke patientgrupper	45
8.2.2 Anvendte strategier	47
8.2.3 Delkonklusion	50
8.3 ADFÆRDSMØNSTRE HOS PATIENTERNE	50
8.3.1 Meningsfuldhed.....	50
8.3.2 Intertemporale valg	53
8.3.3 Rutiner	54
8.3.4 Smerter	58
8.3.5 Self-efficacy	60
8.3.6 Forpligtelse og social indflydelse	65
8.3.7 Forholdet mellem fysioterapeut og patient.....	68
8.3.8 Rationalisering	72
8.3.9 Delkonklusion.....	74
9. DISKUSSION AF LØSNINGSSTRATEGIER.....	75
9.1 RUTINER OG FOGG BEHAVIOR MODEL	78
9.2 MÅLSÆTNING OG SELVKONTROL.....	82
9.3 MINDRE AFSTAND MELLEM SELVERNE	86
9.4 UDNYTTELSE AF KOGNITIV DISSONANS.....	89
10. KONKLUSION.....	94
11. PERSPEKTIVERING.....	96
12. LITTERATURLISTE	102
13. BILAGSOVERSIGT	106

1. Indledning

Hvert år koster muskel- og ledsygdomme det danske samfund 20 mia. kroner, hvilket gør det til det næstdyreste sygdomsområde i Danmark - kun overgået af psykiske lidelser (Vidensråd for Forebyggelse, 2015). Disse samfundsøkonomiske udgifter indeholder både direkte og indirekte omkostninger for hhv. individet og samfundet. De direkte omkostninger relaterer sig til forbruget af sundheds- og socialsektorens ressourcer samt patienters og pårørendes egne omkostninger. De indirekte omkostninger, derimod, har at gøre med det produktionstab, der kan opstå grundet nedsat arbejdsevne, sygdomsrelateret fravær, arbejdsophør og tidlig død. Grundet disse store følger af muskel- og ledsygdomme på både samfunds- og individniveau er behandlingen på området derfor vigtig at belyse, da denne har en indflydelse på de samfundsøkonomiske omkostninger.

Behandlingen af muskel- og ledsygdomme falder ofte inden for fysioterapeuters kompetencefelt, idet de netop specialiserer sig inden for kroppens opbygning og funktioner (Bjørnlund, Sjöberg & Lund, 2017). Et standard førstegangsbesøg hos en fysioterapeut ender som oftest med, at der lægges en plan for patienten, som typisk vil involvere en form for øvelser, som patienten bliver anbefalet at udføre (Bilag 4; Bilag 5, Bilag 6; Bilag 7). Et succesfuldt fysioterapeutisk behandlingsforløb kræver derfor det, der kaldes patientadhærens. Patientadhærens dækker over, hvilken grad en patients adfærd lever op til de på forhånd aftalte anbefalinger fra en sundhedsfaglig person (Holden, Haywood, Potia, McLean, & Gee, 2014). I denne afhandling vil en høj grad af patientadhærens derfor henvise til, at patienter udfører de træningsøvelser, som de får anbefalet af fysioterapeuten. Med træningsøvelser menes der enhver form for fysisk aktivitet. Generelt set eksisterer der ofte en antagelse blandt sundhedsfaglige behandlere om, at patienterne er motiveret til at følge anbefalinger alene på baggrund af deres sygdom (WHO, 2003). Forskningen viser dog, at kun ca. 50% af patienter lever op til fysioterapeuternes anbefalinger, og tallene er endnu lavere, når det drejer sig om ikke superviserede hjemmeøvelser (Holden et al., 2014). Derfor ser vi et behov for at belyse årsagerne til denne lave grad af patientadhærens for på den måde at komme med løsningsstrategier til forbedringen af den fysioterapeutiske behandlingstilgang. Dette kan gøre behandlingen på sygdomsområdet mere effektiv, og kan dermed være med til reducere fornævnte omkostninger for både individet og samfundet.

Det anses for utopisk at antage, at patientadhærens kan øges til 100%, idet mennesker er forskellige og dermed har varierende behov og beslutnings- samt motivationsgrundlag. Dog kan der foretages en grov beregning på, hvor meget en forøgelse af patientadhærens ville kunne reducere

de samfundsøkonomiske omkostninger. Da træningsøvelser er blevet vist som det mest effektive middel mod muskuloskeletale lidelser (ibid.), kan der gives et rimeligt skøn om, at ca. en fjerdedel af de samlede 20 mia. kroner skyldes manglende adhærens. En generel stigning på bare 5% i patientadhærens ville derfor kunne spare samfundet op imod 250 mio. kroner om året.

Opnåelsen af patientadhærens er et relevant område for os at undersøge ud fra vores uddannelse, idet det kan sættes i relation til at udvikle og forbedre en forretningsproces. Idet cand.merc.(psyk.) netop fokuserer på den menneskelige faktor i sådanne processer (CBS, 2020), gør det os derfor i stand til at tilbyde psykologiske indsigter til forbedring af den fysioterapeutiske tilgang gennem udformningen af løsningsstrategier. Denne anerkendelse af psykologiens betydning for disciplinen er allerede et emne, som har fået stigende opmærksomhed inden for fysioterapifaget (Bjørnlund et al, 2017). Derfor ses det endnu mere relevant at gøre brug af vores uddannelsesmæssige baggrund til at videreudvikle denne kobling og undersøge, hvilken betydning det kan have for et emne som patientadhærens. At opnå patientadhærens kan sammenlignes med at opnå en adfærdsændring hos individet, hvorfor vi ser det relevant at undersøge førnævnte problemstilling med menneskelig adfærd som genstandsobjekt. Dette kan gøres ved at anlægge et adfærdsvidenskabeligt perspektiv.

Adfærdsvidenskab er en fælles betegnelse for discipliner, som beskæftiger sig med menneskelige handlinger, og som ønsker at forklare hvordan og hvorfor mennesker agerer, som de gør. Denne viden bruges efterfølgende til at skabe ønskelige ændringer i adfærd (Sauer, n.d.). Adfærdsvidenskab har som oftest til formål at generalisere omkring menneskelig adfærd i relation til samfundet, hvilket netop er et anvendeligt perspektiv i relation til det fremlagte problemfelt omkring patientadhærens inden for fysioterapi.

1.2 Problemformulering

Med afsæt i ovenstående har vi udformet følgende problemformulering:

Hvordan kan patientadhærens forklares og øges ud fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv?

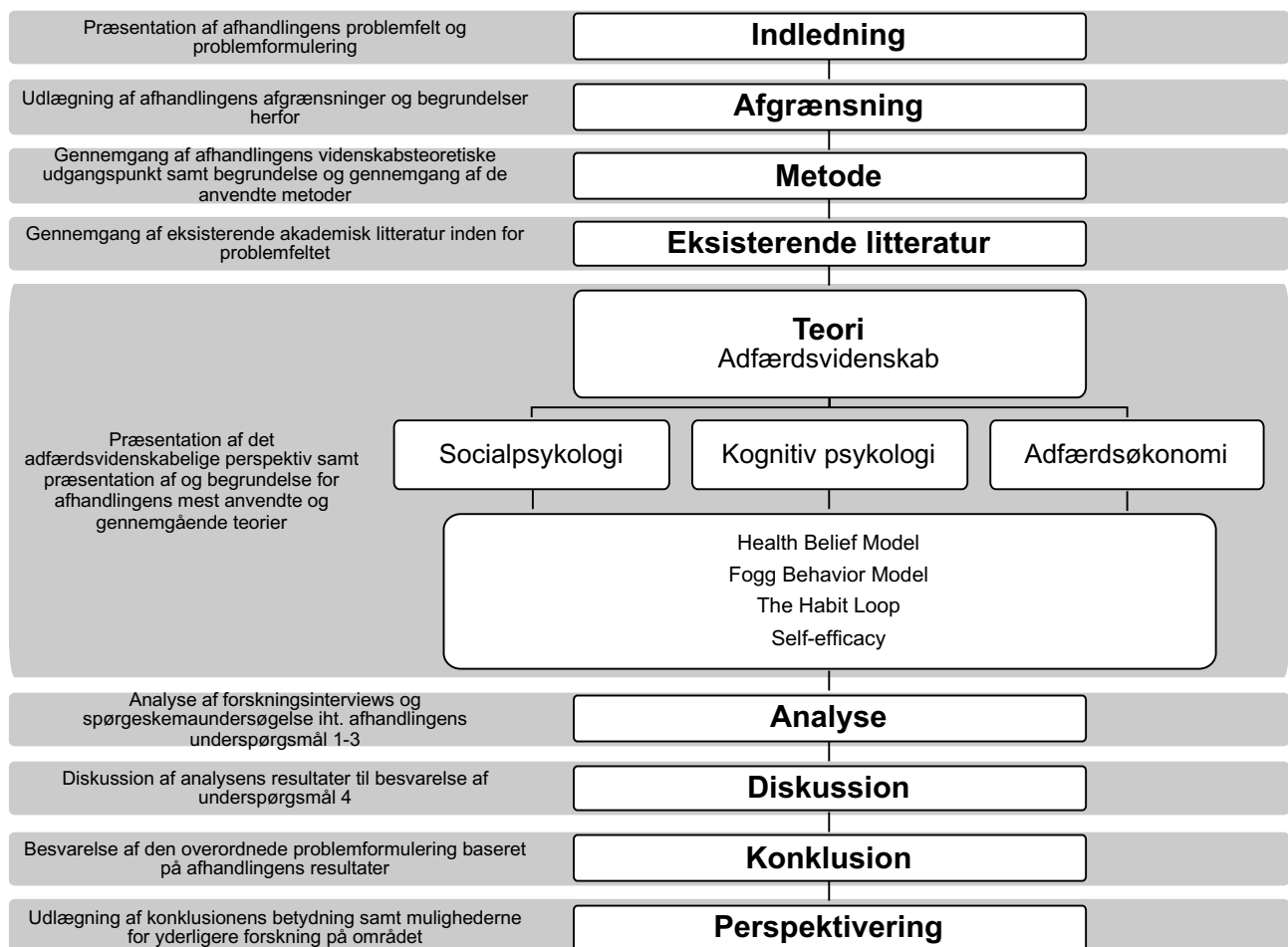
Til besvarelsen af denne har vi opstillet fire underspørgsmål, der ligeledes vil være med til at skabe strukturen for afhandlingen:

1. Hvad er den dominerende tilgang til fysioterapi i dag?
2. Hvordan oplever fysioterapeuter patientadhærens?
3. Hvilke adfærdsmønstre ses der hos patienterne?
4. Hvilke adfærdsvidenskabelige løsningsstrategier ses der til at øge patientadhærens i fysioterapi?

Det første underspørgsmål er nødvendigt til besvarelsen af problemformuleringen, idet det giver en indledende forståelse for fysioterapeuternes tilgang til patienter, og dermed de omstændigheder, som disse bliver mødt med i relation til patientadhærens. Andet underspørgsmål har til formål at give en forståelse for de erfaringer og oplevelser, som fysioterapeuter i forvejen har med patientadhærens. Da dette undersøger, hvad der allerede gøres inden for området, er dette relevant i relation til at komme med forslag til, hvordan patientadhærens kan øges fremadrettet. Det tredje underspørgsmål relaterer sig direkte til problemformuleringens formål om at belyse patientadhærens fra et adfærdsmæssigt perspektiv, da dette har direkte fokus på at udlede patienternes adhærensadfærd. Det fjerde og sidste underspørgsmål er afhandlingens diskussionsafsnit, som skal dække over problemformuleringens formål om at øge patientadhærens ved at samle op på resultaterne af den forudgående analyse og give løsningsstrategier til dette.

2. Afhandlingens struktur

I nedenstående figur ses der en oversigt over afhandlingens struktur:



Figur 1. Afhandlingens struktur

3. Fysioterapi som disciplin

Da denne afhandling beskæftiger sig med det fysioterapeutiske felt, vil der i dette afsnit gives en kort beskrivelse af fysioterapi som disciplin. Dette gøres for at skabe en baggrundsforståelse for, hvad fysioterapi er, således at der skabes et fælles udgangspunkt for resten af afhandlingen.

Fysioterapi er en funktion inden for sundhedsområdet med fokus på menneskets funktionsevne og bevægelse. Fysioterapeuter har til formål at få kroppen til at fungere optimalt ved at hjælpe de individer, der har en nedsat bevægelses- og funktionsevne grundet fx skader, smerter, sygdomme eller aldring. Hertil arbejder fysioterapeuter inden for områderne fremmelse, forebyggelse og behandling ved hjælp af både manuelle behandlingsteknikker samt træningsøvelser (Bjørnlund et al, 2017). Kort opsummeret skal en fysioterapeut have kompetencerne til at udføre en undersøgelse

af patienten samt evaluere resultaterne heraf for derefter at kunne stille en diagnose. På baggrund af dette skal de kunne udforme en implementerbar behandlingsplan samt give vejledning til selvbehandling (ibid.).

Fysioterapi er gennem de seneste 50 år gået fra at være erfaringsbaseret til at være forskningsbaseret med større akademisk fokus (ibid.). Dette har medført, at fysioterapi i dag er en autoriseret sundhedsfaglig profession, og at denne autorisation kræver en professionsbachelor i fysioterapi. Uddannelsen tager 3,5 år og består af både teoretiske og kliniske uddannelsesforløb (Uddannelsesguiden, 2020). Derudover er fysioterapi en profession, hvor der er mange muligheder for efteruddannelse, hvilket derfor fylder meget i faget (Danske Fysioterapeuter, n.d.). En uddannet fysioterapeut kan arbejde både i privat og offentligt regi, fx på hospitaler, i kommuner, på private klinikker eller i idrætsorganisationer (Uddannelsesguiden, 2019).

Borgere kan modtage fysioterapeutisk behandling både med og uden en henvisning fra lægen. Med en lægehenviisning til en fysioterapeut, der arbejder under overenskomst, kan borgeren få offentligt tilskud til behandling svarende til ca. 40%. Derudover er der flere forsikringer, bl.a. Sygeforsikringen Danmark, som også tilbyder tilskud til fysioterapibehandlinger (Sundhed.dk, 2019). Fra 2008-18 er antallet af borgere, der bruger fysioterapi med tilskud fra det offentlige, steget med 26%, og der ses derfor generelt en stigende efterspørgsel i samfundet på fysioterapeutiske behandlinger (Højgaard & Kjellberg, 2020). Dette understreger den tidligere pointe omkring vigtigheden af at undersøge patientadhærens i fysioterapi ift. at imødekomme problemstillingen omkring de samfundsøkonomiske omkostninger for stigningen i muskel- og ledsygdomme.

4. Afgrænsning

I det følgende vil afhandlingens afgrænsninger samt begrundelser herfor gennemgås. Samtlige tilvalg og fravalg er foretaget på baggrund af den opstillede problemformulering og afhandlingens omfang. Dette gøres for at fokusere besvarelsen af problemformuleringen.

For det første har vi i vores tilgang til undersøgelsen afgrænset os udelukkende til den danske befolkning. Det betyder, at afhandlingens resultater ikke efterstræber sig på umiddelbart at kunne blive generaliseret til andre lande, idet mulige forskelle i den forbindelse ikke belyses. Yderligere er der alene blevet indsamlet empiri fra fysioterapiklinikker, hvilket derfor afgrænser vores empiri fra de fysioterapeuter, der arbejder på bl.a. hospitaler og i kommuner. Dette har været et aktivt valg, da det først og fremmest blev antaget, at hospitaler ville være sværere at rekruttere fysioterapeuter fra, idet

rekrutteringsfasen foregik under COVID-19, som lagde en kæmpe belastning på det danske sygehusvæsen. Derudover vil man som fysioterapeut på en klinik typisk have flere patienter på en dag sammenlignet med en fysioterapeut på et hospital, idet sidstnævnte bruger meget tid på administrativt arbejde samt møder med fx læger (Uddannelsesguiden, 2019). Yderligere anses der en forskel på patienter på hospitaler frem for klinikker, idet førstnævnte har større sandsynlighed for at være påvirket af flere sygdomme, hvorfor deres adhærensadfærd også typisk vil dække mere end fysioterapeutens anbefalinger. Derfor vurderes det, at fysioterapeuter fra klinikker er mere brugbare til undersøgelsen af patientadhærens indenfor netop fysioterapiområdet, og derfor er denne afgrænsning med til at fokusere problemformuleringen.

Derudover har vi også geografisk afgrænset vores empiriindsamling ift. både fysioterapeuter og patienter til Storkøbenhavn. Dette begrundes med, at vi prioriterede muligheden for at mødes med dem fysisk over en højere grad af geografisk heterogenitet. Det valg tog udgangspunkt i, at vi antog, at fysioterapi ikke varierer i en signifikant grad på tværs af lokationer. Det begrundes bl.a. med, at alle fysioterapeuter modtager samme type af uddannelse, og at vores adfærdsanalyse tager udgangspunkt i generelle menneskelige tendenser, hvorfor det ikke anses som en barriere for afhandlingens generaliserbarhed.

Udover den geografiske afgrænsning er rekrutteringen af patienter også udelukkende blevet afgrænset til voksne mennesker, trods at børn også kan blive henvist til en fysioterapeut (FysioDanmark, n.d.). Det gøres, da der anses at være forskel på børn og voksne, hvor førstnævnte ikke vil have samme ansvarsrolle for at udvise patientadhærens som en voksen. Børn er ikke på samme måde ansvarlige for egen proces og fremgang, og har desuden typisk en anden tankeproces og ræsonnering end voksne (Giese, 2005). At øge patientadhærens hos børn ville derfor kræve en anden tilgang samt et andet perspektiv end for voksne, hvorfor afhandlingen har valgt at afgrænse sig til at fokusere på sidstnævnte. Dette valg begrundes desuden med at størstedelen af dem, der modtager fysioterapi, er voksne (Engmann, 2019), hvilket dermed gør denne patientgruppe mest relevant at fokusere på ift. de samfundsøkonomiske omkostninger, der blev fremhævet i indledningen.

I indledningen blev det også nævnt, at en høj grad af patientadhærens i denne afhandling vil henvise til, når patienter udfører de træningsøvelser, som fysioterapeuten har anbefalet. Her afgrænser vi dermed patientadhærens begrebet til kun at dække over anbefalinger i form af træningsøvelser og udelukker derfor andre mulige aspekter af fysioterapeutens anbefalinger. I praksis kan en

fysioterapeuts anbefalinger til deres patient netop indeholde mere end blot træningsøvelser, fx kostvejledning. Men da træningsøvelserne inden for disciplinen anses for at være kernen i patientens behandlingsplan, og dermed også den del, der fylder mest i anbefalingerne, afgrænser vi os hertil (Bjørnlund et al., 2017). Dette valg er taget, så patientadhærens bliver et mere afgrænset felt at undersøge i afhandlingen, og dermed gør besvarelsen af problemformuleringen mere dybdegående inden for denne indsnævring.

Yderligere har vi også afgrænset os fra at tage andre sundhedsmæssige enheder i betragtning i undersøgelsen af, hvordan patientadhærens i fysioterapi kan øges. Fysioterapien befinder sig inden for det sundhedsfaglige felt, hvor mange faktorer både afhænger af og påvirker hinanden, og dermed kræver samspil mellem flere sundhedsmæssige instanser. Et eksempel herpå er, når en patient har ondt i nakken. Her kan stress være en mulig årsag, hvilket derfor vil være relevant for fx både en fysioterapeut og en psykolog. Det kan derfor argumenteres, at det vil have en positiv effekt for patienters overordnede behandling, hvis sundhedsfagligt personale samarbejder på tværs af fagligheder. Dette kan ligeledes være gældende, når der er tale om patientadhærens og forøgelsen af denne. Vi vælger dog at afgrænse os til udelukkende at anskue fysioterapeuter i besvarelsen af problemstillingen, idet det igen muliggør en mere dybdegående analyse for dette perspektiv.

Til sidst afgrænser vi os ved, at de løsningsstrategier som afhandlingen munder ud i, udelukkende vil fokusere på, hvad fysioterapeuten kan gøre for at øge patientadhærens. Afgrænsningen består derfor af, at patienterne i afhandlingen ikke medtages som aktive aktører til forøgelse af patientadhærens. Uddybende undersøges der altså ikke, hvad patienter som individer selv kan gøre, for at blive bedre til at følge fysioterapeutens anbefalinger. I stedet fokuseres der i højere grad på, hvad fysioterapeuterne kan gøre for at opnå denne adhærensadfærd. Dette gøres, idet fysioterapeuterne anses som havende en større rolle ift. at reducere de førnævnte samfundsøkonomiske omkostninger i forbindelse med muskel- og ledsygdomme. Derudover, er dette valg taget for at fokusere besvarelsen af problemformuleringen samt den foreliggende analyse, således at undersøgelsen ligger inden for afhandlingens omfang.

5. Metode

Til besvarelsen af problemformuleringen anvendes der to metoder i form af hhv. en spørgeskemaundersøgelse og forskningsinterviews. Dette afsnit vil først komme med en udlægning af afhandlingens overordnede videnskabsteoretiske standpunkt og dets sammenhæng med afhandlingens andre delelementer, herunder både metode og teori. Dernæst vil de to valgte metoder

beskrives og begrundes, hvorefter den konkrete fremgangsmåde samt behandling af data vil gennemgås. Afsnittet vil slutte af med at diskutere dataenes pålidelighed og gyldighed ift. afhandlingens formål.

5.1 Videnskabsteoretisk perspektiv

Afhandlingens overordnede videnskabsteoretiske ståsted er hermeneutikken. Inden for hermeneutikken ønsker man at undersøge mennesket og dets opfattelse af fænomener samt begivenheder i specifikke kontekster. Hermeneutikkens forståelse af viden, dvs. dens epistemologi, er baseret på, at viden opnås gennem fremanalysering af meninger og betydninger ud fra fx menneskers udsagn. Fokus er derfor på de involverede aktørers opfattelser, hvor man ikke ønsker at forklare verdenen, men i stedet at fortolke den (Egholm, 2014). Vores tilgang til afhandlingen bærer netop præg af dette perspektiv, idet vi overordnet set ønsker at undersøge fænomenet patientadhærens for dermed at forstå, hvordan denne kan øges. Hertil er vi interesseret i fysioterapeuter og patienter, da disse anses som relevante aktører ift. at skabe en højere grad af patientadhærens. Derfor er det kvalitative forskningsinterview valgt som en af afhandlingens metoder, idet det netop hjælper os med at få et indblik i samt forståelse for de relevante aktørers oplevelser. Valget af denne metode til besvarelsen af problemformuleringen vil begrundes yderligere i afsnit 5.3.

I interviewene var fokus på at udlede fysioterapeuter og patienters meninger, betydninger og opfattelser af både fysioterapi og patientadhærens. Her anser vi, at aktørers meninger, betydninger og opfattelser eksisterer uafhængigt af os som forskere, hvilket er et udtryk for en realistisk ontologi, dvs. syn på eksistens, som kendetegner hermeneutikken. I forlængelse af dette videnskabsteoretiske perspektiv, vil interviewpersonernes udsagn desuden blive anset som værende sande, når der er kohærens, altså når udsagn ikke modsiger de resterende fortolkende udsagn (ibid.). Dette er netop et af vores kvalitetskriterier, hvorfor det har været vigtigt for os at interviewe flere fysioterapeuter og patienter, for at gøre det muligt at anskue de forskellige udsagn i relation til hinanden og dermed øge afhandlingens kvalitet. Hvis udsagn har været modstridende, er de derfor ikke blevet medtaget, idet de fra vores hermeneutiske perspektiv ikke anses for sande.

Interviewene bruges som materiale, vi som forskere kan basere fortolkning og udledning af tendenser omkring adfærden hos fysioterapeuter og patienter ud fra, hvilket er nødvendigt for besvarelsen af problemformuleringen. Disse fortolkninger og udledninger tager udgangspunkt i

vores i forvejen eksisterende adfærdsvidenskabelige forforståelser om, at individet er begrænset rationelt, hvilket vil afspejle sig i dettes adfærd. Denne forforståelse er dannet på baggrund af vores uddannelsesmæssige baggrund, hvor adfærdsøkonomi har været en central bestanddel, og dermed den viden vi i forvejen besidder (se afsnit 7.1.3 om de grundlæggende antagelser i adfærdsøkonomien). Derfor har vi taget en deduktiv tilgang, idet vi hovedsageligt har taget udgangspunkt i teori for derefter at teste det i empirien. Det påvirkede bl.a. udformningen af vores patientinterviewguide, hvor spørgsmålene blev udformet på baggrund af eksisterende hypoteser omkring, hvad der har en indvirkning på patientadhærens (se mere i afsnit 5.3.2). På samme tid har vi dog også arbejdet induktivt, herunder særligt ved brug af spørgeskemaet, da der i dette tilfælde blev taget udgangspunkt i den indsamlede empiri, før der blev truffet beslutninger omkring valg af teori (uddybelse af spørgeskema som metode se afsnit 5.2). Der kan derfor ses en vekselvirkning mellem det deduktive og induktive i tilgangen til afhandlingen, hvorfor afhandlingen overordnet set kan siges at være præget af den abduktive tilgang. Denne tilgang forener netop det deduktive og induktive (Egholm, 2014). Såfremt vi stødte på mønstre i empirien, som vores deduktive hypoteser ikke kunne svare på, gik vi altså tilbage til litteraturen, for på den måde at arbejde induktivt med at komme med nye, alternative forklaringer på mønstrene.

Vores eksisterende fordomme og forforståelser fra vores uddannelse er dog ikke styrende for hele afhandlingen, idet vi netop under hele processen har opnået ny viden, som vi derefter har arbejdet ud fra. Denne nye viden opstod bl.a. ved hvert interview, i behandlingen af spørgeskemaets resultater samt ved den løbende litteraturlæsning. Når vi ikke længere føler, at den nye viden ændrer på vores forforståelse, vil der opstå det, der indenfor hermeneutikken kaldes en horisontsammensmeltning. Dette henviser netop til, at vores forforståelser som forskere er i overensstemmelse med det undersøgte fænomen (ibid.). Dette er dermed en forudsætning for afhandlingens konklusion.

5.1.1 Teori

Hermeneutikkens realistiske ontologi kan også findes i afhandlingens anvendte teorier. Denne ontologi tager som nævnt udgangspunkt i, at fænomener eksisterer uafhængigt af menneskets erkendelse af dem (ibid.). Når vi fx gør brug af Fogg Behavior Model (Fogg, 2009), er der en forståelse om, at motivation og ability eksisterer uden indflydelse af vores egen forståelse af det. Modellen har derfor en grundlæggende antagelse om, at disse to faktorer er noget, individet objektivt besidder og dermed er noget, som kan afdækkes. Det samme gør sig gældende, når vi fx anvender

The Habit Loop jf. Duhigg (2012), hvor begrebet rutiner behandles. Hertil bliver individers udtalelser om deres rutiner også antaget til at eksistere i verdenen. Med afsæt i adfærdsvidenskaben og begrænset rationalitet, er menneskesynet på de udvalgte teorier baseret på, at individet ikke er en fuldt handlende aktør, men i stedet også påvirkes af de omkringliggende strukturer. Når individer vælger at indgå i lav grad af patientadhærensadfærd, kan det derfor ikke udelukkende forklares ud fra patienternes egne valg, men skal fx også ses i lyset af de sociale strukturer, de befinder sig i.

5.2 Spørgeskemaundersøgelse

Indledningsvis startede vi med at udføre en spørgeskemaundersøgelse. En spørgeskemaundersøgelse er en form for kvantitativ metode, der gør det muligt at indhente store mængder af data ved indsamling af besvarelser fra respondenter (AAU, n.d.A). Da alle respondenter ved en spørgeskemaundersøgelse udsættes for samme spørgsmål, vil de indsamlede data være strukturerede og direkte sammenlignelige (De Vaus, 2002). Denne metode anså vi derfor som brugbar til at danne et overblik over patienters generelle oplevelser og erfaringer med fysioterapi, da en fordel ved metoden netop er, at det gør det lettere at administrere og analysere de indsamlede data. Det ville bidrage til at give et indledende indblik i patienternes adfærdsmønstre, hvilket netop er relevant for problemformuleringen. I udformningen af spørgsmålene arbejdede vi deduktivt, idet eksisterende teori på området havde indflydelse på, hvilke spørgsmål der blev inddraget. I vores brug af spørgeskemaet arbejdede vi derimod overvejende induktivt, idet dennes resultater yderligere dannede grundlag for, hvilke emner samt teorier de kvalitative interview ville undersøge mere detaljeret. Dette viser netop den abduktive proces, som er afhandlingens overordnede tilgang. Formålet med metoden var at give et overblik samt indsigt i problemfeltet, inden det blev tilgået mere dybdegående gennem den kvalitative metode. Der blev derfor ikke foretaget statistisk analyse på resultaterne, idet det ikke blev vurderet, at det ville bidrage yderligere ift. spørgeskemaets formål i denne afhandling.

Vi udviklede et selvadministreret spørgeskema på online spørgeskemaplatformen Qualtrics. Spørgeskemaet bestod af i alt 16 spørgsmål, hvor de første 3 spørgsmål fungerede som baggrundsspørgsmål, der spurgte ind til hhv. køn, alder og højest gennemførte eller igangværende uddannelsesniveau. Disse muliggjorde identifikationen af respondenternes demografi, hvilket var særlig relevant for rekrutteringen af interviewpersoner, idet disse personer blev fundet gennem spørgeskemaet (se afsnit 5.3.2). Ud af de 16 spørgsmål var 4 åbne spørgsmål med en åben svarrubrik og 12 var lukkede spørgsmål med givne svarmuligheder. Hver respondent skulle besvare

5-16 spørgsmål alt efter deres angivne svar. Fx skulle respondenter, der ikke havde været til fysioterapi før eller ikke havde fået udleveret træningsøvelser ikke fuldføre hele spørgeskemaet, da disse ville være irrelevante for spørgeskemaets formål. Samtidigt var spørgeskemaet opstillet således, at respondenter ville blive sendt til forskellige spørgsmål afhængig af deres svar. Dette var gældende for spørgsmålet: "I hvilken grad fik du udført dine øvelser som anbefalet af fysioterapeuten?", hvortil hvis der blev svaret "Slet ikke", så ville man blive vist det åbne spørgsmål: "Hvad mener du er grundene til, at du ikke fik udført de anbefalede øvelser?". Hvis der derimod enten blev svaret "I lav grad" eller "I nogen grad", ville man blive sendt videre til: "Beskriv en episode, hvor du fik udført dine øvelser". Hvis ingen af de førnævnte svar blev valgt, blev man sendt forbi begge åbne spørgsmål (Bilag 1). De åbne spørgsmål muliggjorde, at vi kunne få et indblik i de faktorer, der kunne være på spil, når patienter indgår i enten adhærens eller manglende adhærensadfærd. Resultaterne var dermed med til at danne grundlag for udformningen af dele af vores interviewguide for patienterne, fx for identificeringen af de barrierer, der kan være for udvisning af patientadhærens. Dette uddybes i afsnit 5.3.2.

I første omgang blev spørgeskemaet delt på vores individuelle LinkedIn samt Facebook-profiler. Derudover blev det delt hos Niels Steensens Gymnasiets personale og lagt ud på diverse Facebook-grupper som fx "Spørgeskemaer DK", "Spørgeskemagruppe/surveygroup" og "Køge alt tilladt". Der blev altså gjort brug af convenience sampling, hvor respondenterne blev fundet gennem tilgængelighed og frivillighed (AAU, n.d.B). I forsøget på at opnå en større sample af patienter, tog vi aktivt kontakt til diverse fysioterapiklinikker i Danmark pr. mail, for at høre hvorvidt de kunne udsende spørgeskemaet til deres patienter. Dette var et forsøg på at gøre vores distribuering af spørgeskemaet mere målrettet på fysioterapipatienter. Denne fremgangsmåde var dog uden held, idet samtlige klinikker enten takkede nej eller ikke besvarede vores mail. Derfor blev spørgeskemaet udelukkende distribueret via de sociale medier og gennem vores eget netværk, hvilket har haft den betydning, at der er en overvægt af kvindelige respondenter samt en overvægt af respondenter i alderen 18-29 år. Da formålet med spørgeskemaet som nævnt blot er at give en indsigt i problemfeltet før de dybdegående interviews, vurderes fordelingen af respondenter til ikke at have betydning for resultatet, og empirien ses derfor stadig relevant og brugbar.

Spørgeskemaet bestod i høj grad af lukkede spørgsmål, hvorfor det satte en begrænsning på de svarmuligheder, som respondenterne gav. Dette blev imødegået ved at overveje hvert spørgsmål nøje, og forsøge at indtænke alle de mulige svarkategorier til hvert spørgsmål. Derudover valgte vi at indsætte et 'Andet'-felt ved de spørgsmål, hvor det blev vurderet, at det ikke var muligt at angive

alle de mulige svarkategorier. Hertil testede vi spørgeskemaet på to uafhængige personer, inden vi distribuerede det. Dette blev gjort med henblik på at undersøge, hvorvidt respondenterne følte, at svarkategorierne indsnævrede deres svarmuligheder, samt om spørgeskemaet var forståeligt. De lukkede spørgsmål vil dog stadig have den konsekvens, at besvarelsene ikke kan være lige så detaljerede som ved en kvalitativ metode, såsom et interview. Spørgeskemaet suppleres derfor med netop interviews af både fysioterapeuter og patienter, der kan give et mere detaljeret indblik i de fundne temaer, som spørgeskemaet udleder, og dermed bidrage til besvarelsen af problemformuleringen.

5.2.1 Databehandling

Spørgeskemaet var aktivt i 30 dage og fik i alt fik 165 respondenter, hvoraf 136 gennemførte hele spørgeskemaet. Da indsamlingen var foretaget, udformede vi en samlet rapport på besvarelsene inde i Qualtrics (se Bilag 1). Denne rapport gav os dermed et samlet overblik over besvarelsene, hvilket netop var brugbart ift. spørgeskemaets formål. Data blev dermed anvendt som deskriptiv statistik, idet det ønskes at opsummere på den samlede data frem for fx udførelsen af statistiske signifikanstests (De Vaus, 2002).

Rapporten samlede resultaterne i diverse tabeller, grafer og tal, der gjorde det lettere at udlede mønstre i empirien, som blev brugt efterfølgende til at finde tendenser, der kunne inddrages ved udformningen af de to interviewguides. De åbne spørgsmål afveg fra de lukkede, da disse hverken kunne visualiseres gennem tabeller, grafer eller tal. Disse resultater blev derfor behandlet systematisk efterfølgende, hvortil vi gennemlæste og kodede i det kvalitative data softwareprogram NVivo. Dette foregik ved at tildele specifikke kategorier eller kodninger til udsagnene for at gruppere dem i mønstre. Dette blev bl.a. gjort til besvarelsene af spørgsmålet: "Hvor hyppigt blev du anbefalet at lave dine træningsøvelser?", hvor vi kodede besvarelsene i kategorier som "Efter behov" og "Uspecifikt". For at være systematiske i vores proces, blev det på forhånd aftalt imellem os, hvilke kriterier der skulle være, før besvarelsen ville høre under denne kategori. På den måde blev det en mere objektiv kategorisering, således at vores individuelle subjektive holdninger ikke spillede en lige så stor rolle. Vores kodningsproces for spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interviews var ens, hvorfor denne bliver uddybet i afsnit 5.3.3.

5.3 Interview

Et kvalitativt forskningsinterview defineres som en samtale, hvor man forsøger at få indblik i interviewpersoners oplevelser og synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er derfor en supplerende metode til den mere kvantitative spørgeskemaundersøgelse, da det åbner op for mere dybdegående data. For at besvare problemformuleringen er det relevant både at få et indblik i, hvordan patientadhærens opleves af fysioterapeuter, samt hvordan det kommer til udtryk hos patienterne. Derfor blev der foretaget forskningsinterviews med begge grupper, for på den måde at få belyst problemet fra både behandlerens og patientens perspektiv. Interview er en fordelagtig metode til netop dette, idet den giver mulighed for indsamling af mere dybdegående data omhandlende områder såsom adfærd. Herunder muliggør interviewet netop opnåelsen af mere detaljerede beskrivelser af patienternes oplevelser og erfaringer, end det fx kan lade sig gøre ved et spørgeskema med et begrænset antal åbne spørgsmål. Samtidigt giver det plads til at kunne stille uddybende spørgsmål, samt at man som forsker kan skifte retning, alt efter hvad de forskellige interviewpersoner siger. Metoden muliggør derfor, at man kan tilpasse sig til de konkrete situationer.

Interview som metode har dog også sine begrænsninger. Det kan argumenteres, at man som interviewer påvirker den interviewede gennem fx individuelle karaktertræk, eller måden der stilles spørgsmål på. Vi forsøgte at mindske effekten af denne påvirkning ved, at vi skiftedes til at interviewe, og inden selve interviewene øvede formuleringerne på forhånd. Dette gjorde netop, at vi kunne opdage, hvis vi bl.a. brugte ladede ord eller ledende spørgsmål og tilpasse dette inden interviewene. Derudover valgte vi også på forhånd at udforme en interviewguide, således at der blev sørget for, at alle interviewene gennemgik samme temaer, og der derfor i højere grad kunne udledes tendenser og sammenlignes på tværs. Desuden var vi bevidste om, at interviewpersoner ikke altid er i stand til at gengive egen adfærd når adspurgt om denne, hvilket kan begrundes med, at der er tendens til at være en forskel mellem oplyst og faktisk adfærd (Darsø, 2018). Derfor var vi meget opmærksomme på at designe interviewspørgsmålene således, at der ikke blev spurgt direkte ind til fx årsager for deres adfærd, men i stedet blev spurgt ind til situationer, vi kunne udlede dette fra. Et eksempel herpå findes i vores udformning af interviewspørgsmål til patienter. I stedet for direkte at spørge patienterne om hvilke barrierer, de mente var til stede ift. patientadhærens, blev de bedt om hhv. at komme med eksempler på, hvornår det lykkedes og ikke lykkedes dem at følge fysioterapeuternes anbefalinger (Bilag 3). På denne måde blev det vores rolle som forskere at fortolke på interviewpersonernes udsagn og udlede barriere herfra. Dette underbygger netop vores hermeneutiske ståsted, hvor fortolkning er helt centralt. Effekten af disse metodevalg ift. afhandlingens kvalitetskriterier diskuteres senere i afsnit 5.4 om reliabilitet og validitet.

Samlet set blev der foretaget ti interviews, hvoraf fire var med praktiserende fysioterapeuter og seks var med fysioterapipatienter. Et af fysioterapeutinterviewene var et gruppeinterview med tre fysioterapeuter, hvorfor det samlede antal af interviewede fysioterapeuter var seks i alt. I gruppeinterviewet blev der anvendt samme fremgangsmåde som ved de individuelle interviews, på nær at de tre interviewpersoner blev bedt om selv at byde ind, når de havde noget at tilføje til et spørgsmål. Antallet af interviews for både fysioterapeuter og patienter var ikke blevet fastsat på forhånd, idet vi i stedet løbende vurderede, hvorvidt et ekstra interview ville tilføje noget nyt samt mere værdi til empirien. Mætningspunktet blev dermed fundet ved seks interviewpersoner for hhv. fysioterapeuterne og patienterne.

Vores interviews kategoriseres som semistrukturerede, idet de hverken var helt åbne eller lukkede samtaler. Der blev i stedet snakket ud fra et fastlagt emne, i form af patientadhærens i fysioterapi, hvor der var plads til løbende tilpasning afhængigt af de givne svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtlige fysioterapeutinterviews blev foretaget fysisk, hvorimod samtlige patientinterviews blev foretaget virtuelt. Sidstnævnte ændring i tilgang skyldtes restriktionerne i Danmark, som trådte i kraft marts 2020 grundet COVID-19. Vi vurderer ikke, at dette har haft indflydelse på kvaliteten af vores data. Interviewene tog 30-40 min, og de blev både optaget og efterfølgende transskriberet. Vores tilgang til transskriberingen vil blive uddybet i afsnit 5.3.3 omkring databehandling.

Vi var begge til stede til samtlige interviews på nær ved et enkelt patientinterview, idet den ene af os var utilgængelig på pågældende tidspunkt. Strukturen for interviewene var bygget op således, at vi skiftevis havde rollen som hhv. den primære interviewer og observatør, men at der stadig var åbent for, at begge havde mulighed for at stille opfølgende spørgsmål som observatør. Denne rollefordeling var valgt, idet vi ønskede at gøre det mere overskueligt for interviewpersonen ved at lade dem fokusere på én person frem for to. Samtidigt tillod det den primære interviewer at fokusere på de på forhånd aftalte tematikker og interviewspørgsmål, mens observatøren kunne have mere fokus på at lytte aktivt samt hjælpe intervieweren med at stille opfølgende spørgsmål. Dette var altså en imødekommelse af vores begrænsede mentale kapacitet ift. at fokusere på flere opgaver på samme tid (Kahneman, 1973). For at være transparente over for interviewpersonerne, startede vi med at introducere os selv og fortalte kort om vores uddannelse. Derudover oplyste vi dem om, at vi med vores afhandling ønskede at kigge nærmere på fysioterapi, mere specifikt høre om deres oplevelser og erfaringer ift. at udføre øvelser. Vi valgte at præsentere emnet således for at give interviewpersonerne en idé om vores interessefelt samt en forventningsafstemning ift.

spørgsmålenes karakter. I det følgende vil fremgangsmåderne for hhv. fysioterapeutinterview og patientinterview gennemgås mere detaljeret.

5.3.1 Fysioterapeutinterview

Interviewene med fysioterapeuterne blev som tidligere nævnt foretaget for at få indblik i den dominerende fysioterapeutiske tilgang samt til at få indblik i deres oplevelser og erfaringer med patientadhærens, som er relevant til besvarelsen af problemformuleringen. Fysioterapeuterne blev rekrutteret gennem vores eget netværk og ved at tage uopfordret kontakt til fysioterapeutiske klinikker i Københavnsområdet. For at skabe et så repræsentativt udsnit som muligt, udvalgte vi fysioterapeuter på baggrund af køn, alder og erfaring. Praksissektoren i fysioterapi består af ca. 42% mænd og 58% kvinder, og der er derfor en lille overvægt af praktiserende kvinder (Højgaard & Kjellberg, 2020). Dette begrundes antallet af interviewede kvinder og mænd i afhandlingen på hhv. fire og to. Derudover har vi valgt fysioterapeuter på tværs af alder og erfaringsniveau, idet der inden for praksissektoren er heterogenitet på disse karakteristika. Størstedelen af alle fysioterapeuter er mellem 25 og 64 år, hvorfor de valgte interviewpersoner også falder indenfor denne aldersgruppe (ibid.)

I de fire interviews blev der fokuseret på patientinteraktion og adhærens som emne, hvortil vi på forhånd udformede en interviewguide, der både indeholdt forskningsspørgsmål samt forslag til interviewspørgsmål. Forskningsspørgsmålet var formuleret i et mere teoretisk sprog, hvorimod interviewspørgsmålene blev tilpasset til dagligdagsproget, så det blev forståeligt for interviewpersonerne. Interviewspørgsmålene var styret af forskningsspørgsmålene, således at det blev muligt at få et overblik over interviewguiden, og se hvilken del af problemformuleringen, de kobledes sig til. På den måde blev det også muligt at sikre os, at vi fik indsamlet data, som kunne give os en fyldestgørende besvarelse af både den overordnede problemformulering og underspørgsmål. De tre forskningsspørgsmål repræsenterede de tre temaer, vi var interesserede i ift. netop problemformuleringen: Den dominerende tilgang indenfor fysioterapi, fysioterapeuternes oplevelser med patientadhærens og de underliggende antagelser i den fysioterapeutiske tilgang. De tre forskningsspørgsmål var derfor følgende:

1. Hvilken tilgang er den dominerende indenfor det fysioterapeutiske felt?
2. Hvilke barrierer er der i forbindelse med patientadhærens?
3. Hvad er de underliggende antagelser i den fysioterapeutiske tilgang?

Det første forskningsspørgsmål havde til formål at opnå baggrundsviden om det fysioterapeutiske felt, hvilket var nødvendigt ift. at forstå de omstændigheder, som patienterne generelt bliver mødt med på tværs af individuelle fysioterapeuter.

Det andet forskningsspørgsmål havde til formål at undersøge, hvilke årsager der kan være medvirkende til manglende patientadhærens. Dette er relevant, idet vi ønsker at undersøge, hvordan patientadhærens kan øges, hvorfor det så er nødvendigt at se hvilke barrierer, der på nuværende tidspunkt eksisterer for denne adfærd.

Det sidste forskningsspørgsmål tager udgangspunkt i, hvilke antagelser der ligger til grund for den fysioterapeutiske tilgang. Dette forskningsspørgsmål er relevant, idet vi vil undersøge, hvorvidt fysioterapeuternes tilgang passer til patienternes udviste adfærd, idet dette også kan påvirke patientadhærens.

Et udsnit af interviewguiden kan ses i Tabel 1, hvortil den fulde interviewguide for fysioterapeuter kan findes i Bilag 2.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
1. Hvilken tilgang er den dominerende indenfor det fysioterapeutiske felt?	• Har I en best practice skabelon for, hvordan I udfører jeres arbejde? Mere specifikt ift. interaktionen med patienten. <i>Hvis ja:</i> • Kan du sætte et par ord på den? <i>Hvis nej:</i> • Kan du så sætte nogle ord på, hvordan <u>du</u> gør? • Forestil dig at du får en ny patient, som har ondt i ryggen. Kan du beskrive hvordan den konsultation vil foregå ift. interaktion?

Tabel 1. Udsnit af fysioterapeuternes interviewguide

I nedenstående tabel ses der et overblik over de interviewede fysioterapeuter.

(Der er givet opdigtede navne for at bevare interviewpersonernes anonymitet)

Navn	Køn	Alder	Antal år som færdiguddannet	Bemærkninger
Britt	Kvinde	50 år	26 år	Medejer af sin nuværende klinik
Clara	Kvinde	27 år	2 år	- I gang med videreuddannelse som idrætsfysioterapeut - Arbejder primært med idrætsaktive eller sportsfolk
Noah	Mand	28 år	5 år	- Videreuddannet som idrætsfysioterapeut - Arbejder primært med livsstilsrelaterede problemstillinger
<i>Følgende tre fysioterapeuter arbejder på samme klinik og blev interviewet samtidigt</i>				
Christina	Kvinde	51 år	26 år	- Specialuddannet inden for mekanisk diagnostisk terapi - Har en mastergrad i Positiv Psykologi
Simon	Mand	56 år	27 år	- Specialuddannet indenfor flere områder af fysioterapi - Er i gang med en mastergrad i Positiv Psykologi
Mia	Kvinde	38 år	13 år	Er ved at specialisere sig inden for mekanisk diagnostisk terapi, hvorfor hun pt har en funktion i stil med en studerende

Tabel 2. Oversigt over de interviewede fysioterapeuter

5.3.2 Patientinterview

Interviewene med patienter blev foretaget for at kunne afdække deres generelle adfærdsmønstre ift. adhærens, hvilket derfor igen er relevant ift. afhandlingens formål. De seks patienter blev som nævnt rekrutteret gennem spørgeskemaundersøgelsen, hvor det var muligt for respondenterne at angive

kontaktoplysninger, såfremt de var villige til at blive kontaktet yderligere. Dette kan derfor kategoriseres som en convenience sample (AAU, n.d.B). De seks patienter blev udvalgt på baggrund af alder og køn, hvor vi ønskede et heterogent udsnit. Trods at fysioterapi er mest udbredt hos folk i alderen 30+, er det også en stigende tendens hos den resterende befolkning (Engmann, 2019). Derfor vurderede vi det relevant at vælge interviewpersoner, der var forskellige både ift. alder og køn, således at det var lettere at generalisere empirien til hele den danske befolkning.

For patientinterviewene blev der på samme måde som ved fysioterapeutinterviewene på forhånd udformet en interviewguide med tilhørende forsknings- og interviewspørgsmål. Ved interviewene startede vi først med at stille nogle baggrundsspørgsmål om patienterne samt afdække den erfaring, de havde haft med fysioterapibehandling. Derefter indeholdt interviewguiden tre forskningsspørgsmål, der repræsenterede tre temaer: Patienternes oplevelser af patientadhærens, patienternes oplevelser af fysioterapitilgangen som meningsfuld og patienternes mentale modeller om fysioterapi. Det første forskningsspørgsmål indeholdt yderligere seks underkategorier, der var udledt på baggrund af faktorer, vi anså kunne have indflydelse på patientadhærens. Fire af faktorerne blev valgt på baggrund af typiske barrierer, der i litteraturen er blevet vist som eksisterende i muskuloskeletal fysioterapi: Barriere ift. self-efficacy, træningsomstændigheder, social støtte og fysisk aktivitetsniveau (Jack, Mclean, Moffett & Gardiner, 2010). Denne tilgang til interviewguiden bærer præg af den deduktive tilgang, idet vi i forvejen havde hypoteser om fx, at jo højere fysisk aktivitetsniveau patienten besad i forvejen, des større patientadhærens udviste de. Hypoteserne blev dannet på baggrund af den i forvejen eksisterende litteratur, hvorfor de var teoretisk funderede.

De sidste to faktorer, ejerskab og feedback, blev valgt på baggrund af vores egne hypoteser om, hvad der kunne have indflydelse på patientadhærens. Disse antagelser er baseret på vores eksisterende viden indenfor adfærdsvidenskaben, og hvordan mennesker påvirkes ift. adfærdsændringer. Yderligere blev de seks faktorer, vi anså kunne have indflydelse på patientadhærens, udvalgt på baggrund af resultaterne fra spørgeskemaet. Fx skulle respondenter, der havde angivet, at de slet ikke fulgte fysioterapeuters anbefalinger bl.a. begrunde deres manglende adhærensadfærd. Hertil skriver en respondent: "Fik ikke ordentlig vejledning til, hvordan øvelser skulle udføres. Behandlerne viste mig øvelserne, og så snart jeg var hjemme, havde jeg glemt hvordan de skulle udføres" (Bilag 1, s. 23). Dette tyder netop på, at mulige barrierer for udvisning af patientadhærens kan være grundet manglen på social støtte, idet respondenterne ikke føler, at fysioterapeuten har vejledt ordentligt. Citatet viser også, at en manglende følelse af ejerskab

kan være på spil. Patienten tager netop ikke ejerskab over øvelserne, men fratager derimod eget ansvar for sin manglende adhærensadfærd og lægger ansvaret over på fysioterapeuten. Spørgeskemaet var derfor med til at udlede de to faktorer social støtte og ejerskab. Denne tilgang anses mere induktivt, idet vi lod empirien styre vores teorivalg.

De tre overordnede forskningsspørgsmål var formuleret på følgende måde:

1. Hvilke barrierer er der i forbindelse med patientadhærens?
 - a) Self-efficacy
 - b) Træningsomstændigheder
 - c) Social støtte
 - d) Fysisk aktivitetsniveau
 - e) Ejerskab
 - f) Feedback
2. Anses fysioterapeutens argumenter og anbefalinger som meningsfulde for patienten?
3. Hvilke mentale modeller har patienten for fysioterapeutisk behandling?

Det første forskningsspørgsmål havde til formål at undersøge de mulige årsager, der kan være til den lavere grad af patientadhærens. Dette adskiller sig fra fysioterapeutinterviewene i den forstand, at det undersøger samme fænomen, men fra et patientperspektiv. Det er derfor igen relevant for problemformuleringen, da det som nævnt er nødvendigt at se, hvilke eksisterende barrierer der findes for patientadhærens og for at udlede patienternes adfærdsmønstre, jf. underspørgsmål 3.

Det andet forskningsspørgsmål havde til formål at undersøge, hvorvidt patienterne kunne se meningen med fysioterapeutens anbefalinger. Ud fra et rationelt menneskesyn, antages det netop som havende indflydelse på, hvorvidt patienterne vælger at følge anbefalingerne og dermed deres udvisning af patientadhærens.

Sidste forskningsspørgsmål havde til formål at undersøge de mentale modeller samt forventninger, patienterne har til fysioterapi. Dette er relevant, idet vi vil undersøge, hvorvidt disse modeller og forventninger passer med fysioterapeuternes tilgang, idet vi har en antagelse om, at dette kan have en indflydelse på patientadhærens.

Et udsnit af interviewguiden kan ses i Tabel 3, hvortil den fulde interviewguide for patienter kan findes i Bilag 3.

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
1. Hvilke barrierer er der i forbindelse med patientadhærens?	- Hvordan gik det med at følge behandlingsplanen? - Eksempler på hvornår det lykkedes? - Eksempler på hvornår det ikke lykkedes? - Hvad så du som de største udfordringer ved at følge behandlingsplanen?
1.1 Ejerskab	- Hvordan blev din behandlingsplan udarbejdet? (Fx lavet på forhånd, lavet sammen med dig) - Hvordan havde du det med den måde, det blev gjort på? - Følte du, at planen var skræddersyet til dig?

Tabel 3. Udsnit af patienternes interviewguide

I nedenstående tabel ses et overblik over de interviewede patienter

(Der er givet opdigtede navne for at bevare interviewpersonernes anonymitet)

Navn	Køn	Alder	Nuværende beskæftigelse	Anvendelse af fysioterapi	Evt. bemærkninger
Allan	Mand	53 år	Skolelærer	Bruges med jævne mellemrum grundet problemer med nakke og skulder som en effekt af meget skrivebordsarbejde	Allan arbejdede tidligere som IT-konsulent, hvor hans problemer i nakke og skulder stammer fra
Kasper	Mand	26 år	Kandidatstuderende	6 måneders forløb ifm. problemer med det ene knæ	
Kit	Kvinde	34 år	Kandidatstuderende	Blev brugt i en årrække grundet piskesmæld efter en trafikulykke i 2014	

Lena	Kvinde	60 år	Skolelærer	Knæproblemer som følge af først skiulykke og senere artrose	Lena er oprindeligt fra England og er uddannet fysioterapeut. Hun nåede at praktisere 5 år i Danmark, inden hun skiftede karriere
Nina	Kvinde	24 år	Kandidatstuderende	Bruges et par gange om året, ved oplevelse af spændinger i nakke og skuldre	Ninas mor arbejder hos en fysioterapeut, hvorfor hun kan få hurtig adgang uden henvisning
Tobias	Mand	26 år	Kandidatstuderende	Har været i et fysioterapi-forløb det seneste halve år grundet en skade i foden	

Tabel 4. *Overblik for de interviewede patienter*

5.3.3 Databehandling

Vi arbejdede med en systematisk behandling af vores data efter indsamlingen var foretaget. Samtlige interviews blev transskriberet, hvilket blev gjort uden medtagelse af fyldord som “øhm” og “hm”. Dette valg begrundes med, at interviewene ikke har til formål at blive til genstand for en sproglig analyse, hvorfor vi konkluderede, at det ikke ville spille en faktor i interviewpersonernes fortællinger om deres oplevelser med patientadhærens. Derfor lavede vi dette trade-off mellem sproglig nøjagtighed og tidsbesparing. Materialet blev uddelt mellem os, således at ingen fulde interviews blev transskriberet af én person alene. Det gjorde vi ift., at vi begge fik en form for bekendtskab med samtlige af de indsamlede interviews. Transskribering af fysioterapeut- og patientinterviews kan findes i Bilag 4 til 13.

Efter transskribering blev materialet lagt ind i NVivo, hvor kodningen blev foretaget. Ligesom ved behandlingen af spørgeskemaundersøgelsen, foregik denne ved at tildele specifikke kategorier eller kodninger til udsagn for på den måde at gruppere dem inden for udvalgte temaer. Disse fulgte problemformuleringen, hvorfor vi havde særligt fokus på hhv. fremmere og hæmmere for patientadhærens. Vi arbejdede først med begrebsstyret kodning, hvor vi udviklede kategorier på forhånd på baggrund af vores førnævnte hypoteser. Derudover arbejdede vi dog også med en

løbende datastyret kodning, idet vi også udviklede nye kategorier i takt med, at vi gennemgik materialet (Kvale og Brinkmann, 2015). Kodningen havde besvarelsen af problemformuleringen for øje, hvorfor der særligt blev kigget på mønstre ift. patientadhærens. Vi fulgte systematisk følgende trin i vores kodningsproces, hvilket som tidligere nævnt dækker behandlingen af både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene:

- **Oprettelse af de første kategorier på baggrund af eksisterende hypoteser:** Det var fx kategorien “Self-efficacy”, som blev oprettet på baggrund af tidligere nævnte hypotese omkring dennes indflydelse på patientadhærens. Dette trin af kodningen blev foretaget i fællesskab
- **Oprettelsen af de yderligere kategorier ud fra en gennemlæsning af materialet:** Det var fx kategorier som “Barriere” i patientinterviewene og “Fysioterapeut tilgang” i fysioterapeutinterviewene. Dette blev gjort ved spørgeskemaet og ved samtlige interviews af hver af os individuelt
- **Revision af kodede udsagn:** Ved dette trin læste vi materialet igen og blev introduceret for hinandens kodninger. Dette blev gjort, idet kodning ikke er en objektiv tildeling, hvorfor vi arbejdede sammen for at blive enige om udsagnenes betydning og dertil passende kategorier
- **Revision af kategorierne og oprettelse af underkategorier:** Efter revideringen og diskussionen af de kodede udsagn i plenum, gav det mulighed for at lave ny kategorier samt mere specifikke underkategorier. Fx fik “Barriere” otte underkategorier heraf bl.a. “Prioritering” og “Smerte”, ligesom “Fysioterapeut tilgang” fik syv, heraf bl.a. “Dominerende tilgang” og “Strategier”
- **Kontrolgennemlæsning:** Efter at være blevet komfortable og fortrolige med de endelige kategorier gennemlæste vi materialet en sidste gang, for at se om nogle udsagn var blevet overset, ift. til de reviderede kategorier og de tilføjede underkategorier. Her delte vi materialet ligeligt ud, idet der på dette tidspunkt var en konsensus omkring kategorierne og deres betydning

Efter kodningsarbejdet for interviewene blev kodningerne brugt til at lave såkaldte nøglesætninger, som var med til at skabe strukturen for analysen. Nøglesætningerne bestod af udsagn, som var blevet synliggjort i materialet gennem kodningsarbejdet. Disse nøglesætninger byggede sig op omkring besvarelsen af specialets tre underspørgsmål. Nedenfor i Tabel 5 gives der et indblik i, hvordan vi har arbejdet med vores interviewdata fra indsamling til analyse.

METODE	Interview
Forskningsspørgsmål	Hvilke barrierer er der i forbindelse med patientadhærens?
Interviewspørgsmål	Hvordan gik det med at følge behandlingsplanen?
EMPIRI	Kasper: "Jamen det gik overraskende godt. Altså jeg fik gjort det sådan, at når jeg alligevel var oppe og træne" (Bilag 9, s. 3)
TEORI	Duhigg (2012): The Habit Loop
NØGLESÆTNING	Patienten har nemmere ved at udføre øvelserne, hvis det kan kobles på en eksisterende rutine
ANALYSE	Fra citatet udledes det, at Kaspers succes med at udvise patientadhærens kan begrundes med principperne fra The Habit Loop, hvortil han formåede at udvikle en ny rutine til sin eksisterende vane.

Tabel 5. *Eksempel på afhandlingens proces fra metode til empiri til teorivalg til analyse*

5.4 Validitet og reliabilitet

I følgende afsnit vil afhandlingens kvalitetskriterier diskuteres, og i hvilken grad forskningsresultaterne omkring øgningen af patientadhærens i fysioterapi kan overføres mere generelt som gældende på tværs af patienter og fysioterapeuter i Danmark. Dette vil gøres ved brug af begreberne reliabilitet og validitet.

5.4.1 Reliabilitet

Reliabilitetsbegrebet handler om pålidelighed og vedrører konsistensen og troværdigheden af afhandlingens metode. Nærmere bestemt anses viden fra de indsamlede data som pålidelig, hvis de samme svar kan reproducere af andre forskere. Med andre ord er data pålidelige, hvis samme person ville give samme svar på samme spørgsmål, men på et andet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). I spørgeskemaundersøgelsen forsøgte vi at øge reliabiliteten ved at afprøve det på to testpersoner inden udsendelse. På den måde blev det muligt at tjekke om formuleringerne af spørgsmålene var meningsfulde, og om de lagde op til flere fortolkninger, hvilket derved kunne give

forskellige svarmuligheder for samme person. Derudover var vi ligeledes grundige i formuleringen af spørgsmålene, så vi undgik værdiladning og ledende spørgsmål. Yderligere kan forskningsinterviewets reliabilitet svækkes i forlængelse af tidligere nævnte svagheder ved metoden, hvor interviewerens utilsigtet enten stiller ledende spørgsmål eller italesætter emner på en bestemt måde, som så påvirker de givne svar (ibid.). Som nævnt forsøgte vi at imødegå dette ved netop at udforme en interviewguide på forhånd, hvor det blev muligt at analysere vores forslag til spørgsmål for at undersøge, om disse lagde op til bestemte svar. Reliabiliteten blev yderligere forstærket af, at det ikke var den samme person, der var den primære interviewer gennem alle interviews. Ved at lade rollerne variere, var det altså en måde at sørge for, at resultaterne ikke var påvirket af vores individuelle karaktertræk samt spørgeteknikker, hvorfor det derved bliver lettere at reproducere for andre forskere. Selvom fokus på reliabilitet ses nødvendig for at undgå en for høj grad af subjektivitet, kan det også virke hæmmende for interviewerens improvisation ift. at følge op på fornemmelser ud fra de givne svar. Derfor holdt vi fortsat fast i den semistrukturerede struktur, hvor det var muligt at tilpasse sig situationen.

5.4.2 Validitet

Validitetsbegrebet handler om gyldighed af, hvorvidt afhandlingens metode undersøger det, den påstår, hvilket er patientadhærens i fysioterapi. Validitet her skal ikke forstås ud fra den positivistiske tilgang, hvor denne kun opnås gennem målinger. I spørgeskemaundersøgelsen forsøgte vi at øge validiteten ved fra start af at afgrænse spørgsmålene specifikt til anbefalede træningsøvelser fra fysioterapeuten og derudover nævne dette for respondenterne i spørgeskemaets indledning (Bilag 1). På denne måde var det nøjagtig patientadhærens, som respondenterne svarede ind til. Tidligere nævnte vi kohærens som kvalitetskriterium ift. interviewmetodens sandhedsværdi, hvilket også kan overføres til kvalitetskriterium for validiteten i netop forskningsinterviewene: Når udsagn har overlevet flere falsifikationsforsøg, dvs. at de ikke bliver modsagt andre steder i materialet, anses det som valid viden. For at sørge for en tilstrækkelig validitet i afhandlingen, foretog vi løbende kvalitetskontrol i dataindsamlingen. Denne kvalitetskontrol startede i udformningen af de to interviewguides, hvor vi startede med tre forskningsspørgsmål, som de resterende forslag til spørgsmål udsprang fra. På denne måde holdt vi problemformuleringen in mente, så vi fik svar på det, vi ønskede. En anden del af vores kvalitetskontrol ift. validitet var ved selve databehandlingen, hvor vi sørgede for at have en konsensus omkring transskriberingsstil samt sørgede for, at vi begge var inde over processen ved hvert interview. Derudover var der kodningsarbejdet, hvor vi, som tidligere nævnt, arbejdede systematisk med udformning af kategorier og kodningen af udsagn for på

den måde at sikre at overkomme en for høj grad af subjektivitet i denne proces. Derfor anses empirien som valid, idet dataindsamlingen var udformet således, at den passede med problemformuleringen, altså med udgangspunkt i patientadhærens i fysioterapi fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv.

Ud fra ovenstående udlægning af afhandlingens pålidelighed og gyldighed samt i forlængelse af vores hermeneutiske standpunkt, anser vi derfor vores empirigrundlag som generaliserbart til danske fysioterapeuter og patienter.

6. Eksisterende litteratur

Dette afsnit har til formål at gennemgå noget af den litteratur, som allerede eksisterer inden for afhandlingens problemfelt vedrørende patientadhærens. Dette gøres for at identificere, hvad afhandlingen kan bidrage med til feltet.

Som nævnt i indledningen kan patientadhærens defineres som det omfang en patients adfærd lever op til aftalte anbefalinger fra en sundhedsfaglig behandler (Holden et al., 2014). Begrebet patientadhærens blev for alvor etableret i 2003, da World Health Organization (WHO) udgav en rapport, som gennemgik eksisterende viden omkring patientadhærens for at bidrage til en debat vedrørende begrebet og dets betydning for sundhedssektoren. Denne rapport indeholdt også en adskillelse af patientadhærens fra compliance, hvor den største begrundelse for denne adskillelse lå i, at patientadhærens kræver en enighed fra patienten ift. anbefalingerne (ibid.).

Patientadhærens har i nyere tid primært fokuseret på medicinering, nærmere bestemt at få patienter til at tage deres angivne dosis af medicin (Bissonnette, 2008). Indenfor fysioterapi har der dog ikke været det samme niveau af forskning, hvorfor det endnu ikke fremgår af litteraturen, hvilke faktorer der er med til at påvirke patientadhærens (Jack et al., 2010). Derudover har tidligere forskning også fokuseret mere på patientfaktorer, og hvordan en ændring i patienternes adfærd kan skabe en højere adhærens. Hertil har de mest lovende strategier vist sig at være en kombination af patientuddannelse, adfærdsstrategier, selv-belønninger, social støtte og telefonisk opfølgning. Dog har de mest virkningsfulde patientfokuserede interventioner ikke vist sig at have en langsigtet effekt på den udviste grad af adhærens (WHO, 2003). Derfor peger litteraturen på et behov for en fokusering inden for feltet omkring, hvordan den sundhedsfaglige behandler, her fysioterapeuten, kan spille ind på øgningen af patientadhærens, hvilket netop er blevet udlagt tidligere som afhandlingens formål.

Et dominerende perspektiv i tilgangen til patientadhærens inden for den sundhedsfaglige verden generelt er The Biomedical Model of Health. I denne model bliver det antaget, at patienter primært er passive følgere af deres sundhedsfaglige behandlers anbefalinger. Derfor forklares den lave grad af patientadhærens i modellen ud fra karakteristika som patienternes personlighedstræk eller sociodemografiske status, og interventioner for øgningen af patientadhærens skal dermed målrettes til sådanne patientfaktorer (ibid.). Anvendelsen af denne model medtager dermed ikke faktorer såsom patienternes opfattelse af deres sygdom eller af behandlerens anbefalinger, hvorfor vi også ser det relevant, at denne afhandling bidrager til at udvide forskningen på feltet med en analyse af patienternes adfærdsmønstre. Samtidigt fralægger modellen den sundhedsfaglige behandler ansvaret i tilfælde af manglende patientadhærens, hvilket er endnu et belæg for, at der er brug for mere forskning omkring patientadhærens, der er fokuseret på behandleren.

Den eksisterende forskning inden for øgning af patientadhærens i fysioterapi peger på, at strategier såsom egen-kontrolmålinger af patienters aktivitetsniveau, nedskrivning af træningsinstruktioner, målsætninger og feedback-systemer alle kan være effektive til at fremme patienternes adhærensadfærd ift. træning. Dog ses der også utilstrækkelige data i litteraturen til at anbefale nogle specifikke interventioner som en del af klinisk praksis for fysioterapeuterne (Peek, Sanson-Fisher, Mackenzie & Carey, 2016). Dette understøtter derfor behovet for yderligere forskning på området, som kan være med til at understøtte eller videreudvikle på den eksisterende litteratur.

I litteraturen ses der desuden en række anvendte teorier, som er udviklet til at forudsige, forklare og ændre sundhedsadfærd. Begrebet sundhedsadfærd dækker over enhver adfærd hos mennesker, som menes at påvirke deres fysiske sundhed (Sutton, 2015). Derfor kan det sættes i forbindelse med patientadhærens, og hvordan en høj grad af denne kan opnås, idet patientadhærens netop handler om at indgå i en sundhedsmæssig adfærd. Meget forskning har i forvejen identificeret variable, der korrelerer og forudsiger patientadhærens samt mangel herpå (WHO, 2003). Men da mange af disse variable er statiske, fx varighed af behandling eller sociodemografi, og derfor er sværere at intervenere på, vil denne afhandling inddrage nogle mere dynamiske variable, der kan have betydning for patientadhærens.

Inden for litteraturen ses der derudover en række teorier, som hyppigt bliver anvendt til at komme med forudsigelser af sundhedsadfærd. Disse kan inddeles i to kategorier: Kontinuum- og stadieteorier. Kontinuumsteorier ser en stabil ligning for forudsigelsen af adfærd, mens stadieteorier

antager, at adfærdsændringer foregår via en bevægelse gennem en sekvens af stadier, hvor der er forskellige forudsigende faktorer på de forskellige stadier (Sutton, 2015). Ud fra disse kategorier ses der altså en overvægt af modeller med antagelser om kausale sammenhænge mellem veldefinerede faktorer og patientadhærens. Trods at disse teorier og modellers fremgangsmåde i forvejen har haft fokus på, hvordan patienterne opfatter sundhedstrusler samt vurderer barrierer for adhærens, inddrager de ikke altid patienternes faktiske kunnen ift. at ændre på deres adfærd (WHO, 2003). Derfor kan afhandlingen bidrage til feltet ved at analysere på patienternes faktiske adfærd gennem en undersøgelse af adfærds mønstre i form af tendenser, som kan have en indvirkning på deres tilgang til patientadhærens. Dette gøres ved at gå ud over undersøgelsen af kausale sammenhænge og i stedet tilbyde en alternativ måde at anskue patientadhærens på. På denne måde vil der ikke være en antagelse om veldefinerede faktorer til forudsigelsen af patientadhærens, men i stedet vil der tages en mere holistisk tilgang til feltet.

7. Teori

I det følgende afsnit præsenteres de mest anvendte og gennemgående teorier til besvarelsen af problemformuleringen. Yderligere begreber og teorier vil blive forklaret løbende i afhandlingens analyse i takt med, at de bliver brugt. Afsnittet vil starte med at gennemgå hhv. adfærdsvidenskab, The Health Belief Model, Fogg Behavior Model, The Habit Loop og self-efficacy. Hertil vil deres relevans for afhandlingen løbende begrundes. Afsnittet vil slutte af med at forklare sammenhængen mellem de forskellige teorier, og hvordan de tilsammen er med til at belyse vores problemfelt, patientadhærens.

7.1 Adfærdsvidenskab

Som nævnt i indledningen er adfærdsvidenskab en fælles betegnelse for de discipliner, som beskæftiger sig med menneskelige handlinger. Dog er der tre særlige discipliner, som adfærdsvidenskaben i særdeleshed baserer sig på: Social psykologi, kognitiv psykologi og adfærdsøkonomi (Sauer, n.d.). Derfor er det også inden for disse videnskaber, at afhandlingen vil fokusere sit valg af teori. I det følgende vil de tre discipliner blive uddybet for at skabe en bedre forståelse for afhandlingens adfærdsvidenskabelige perspektiv. Nærmere bestemt har afsnittet til formål at give indblik i, hvilke principper dette perspektiv åbner op for, og hvilke antagelser det bygger på i besvarelsen af problemformuleringen. Adfærdsøkonomi vil blive gennemgået mere dybdegående end de to andre discipliner, idet dette er en større del af vores uddannelsesmæssige kompetencefelt, og da det samtidigt også er her, vores primære interesse ligger.

7.1.1 Socialpsykologi

Socialpsykologi er en disciplin, som fokuserer på samspillet mellem individet og dets sociale omgivelser, og hvordan disse interagerer med hinanden. Mere specifikt er det studiet af, hvordan individets adfærd og tanker påvirkes af andres faktiske eller forestillede tilstedeværelse. Socialpsykologi gør brug af videnskabelige studier og forskning til at forklare komplekse og usikre situationer (Bordens & Horowitz, 2013). Dermed er socialpsykologi en disciplin, som kan belyse patienternes adhærensadfærd sat i relation til deres sociale kontekst.

7.1.2 Kognitiv psykologi

Kognitiv psykologi er studiet af sindet, nærmere bestemt inden for hovedområder som tænkning, ræsonnering, bevidsthed og perception. Grundtanken inden for kognitiv psykologi er, at sindet kan anses som en informationsproces, som vi kan opnå forståelse for gennem videnskabelige studier og eksperimenter (Coxon & Upton, 2012). På den måde er dette en disciplin, som tilbyder forklaringer på patienternes tankegang og beslutningstagning set i relation til deres adhærensadfærd.

7.1.3 Adfærdsøkonomi

I dette afsnit vil der gives en redegørelse for de grundlæggende principper i adfærdsøkonomi, og hvordan disse adskiller sig fra den klassiske økonomiske antagelse omkring mennesker og deres beslutningstagning. Inden for de standard økonomiske modeller eksisterer der nemlig visse forudsætninger for mennesket og dets måde at tage beslutninger på. Den første forudsætning omhandler ubegrænset rationalitet, hvilket går på, at mennesket ikke har en knaphed på beslutningsressourcer og derfor kan vurdere en ubegrænset mængde af alternativer. Den anden forudsætning er ubegrænset viljestyrke. Mennesket antages at opføre sig konsistent over tid og er derfor i stand til at holde sig til langsigtede planer. Til sidst eksisterer der også en forudsætning vedrørende menneskets interesse, hvilket for det økonomiske menneske er at maksimere sin egen nytte ud fra egen selvinteresse (Knudsen, 2011).

Adfærdsøkonomi afviger fra den klassiske økonomi, idet den inddrager psykologien til at forklare menneskets økonomiske beslutningstagningsproces. Som en modreaktion på ovenstående forudsætninger for det økonomiske menneske, arbejder adfærdsøkonomi med følgende tre begrænsninger hos beslutningstageren, hvoraf særligt den førstnævnte er en grundlæggende del af den adfærdsøkonomiske tankegang:

- **Begrænset rationalitet:** Individet har ikke den kognitive kapacitet til at vurdere og evaluere alle de forskellige muligheder for at kunne tage den mest nyttemaksimerende beslutning
- **Begrænset viljestyrke:** Vi har en tendens til at handle mere kortsigtet og har derved svært ved at følge langsigtede planer
- **Begrænset selvinteresse:** Sociale strukturer, såsom andre aktører, har også indflydelse på individets beslutning (ibid.)

Kahneman og Tversky' arbejde inden for adfærdsøkonomien var medvirkende til at gøre feltet og dettes tankegang accepteret inden for mainstream-økonomi, og i 2002 blev Kahneman tildelt Nobelprisen i økonomi på baggrund deres arbejde omkring heuristikker og biases (Knudsen, 2011). Denne teori vil blive introduceret i det følgende for igen at give et indblik i det perspektiv, som afhandlingen anvender.

Til grundlag for begreberne heuristikker og biases ligger dual process teorien, der tilbyder en forklaring på, hvordan den menneskelige hjerne arbejder i beslutningstagningsprocesser. Teorien siger, at hjernen bruger to systemer til dette formål, hhv. system 1 og 2. System 1 er kendetegnet ved at være automatisk og ubevidst, hvor system 2 derimod er kontrolleret og reflektivt. Da system 1 til en høj grad arbejder automatisk og uden for bevidstheden, tager disse typer af processer færre kognitive ressourcer. System 1 processer foregår i den ældre del af menneskehjernen, som bl.a. indeholder det limbiske system, hvor basale følelser er lokaliseret (ibid.). Denne del af hjernen baserer sig derfor i højere grad på instinkter, hvorfor processen er mere automatisk. System 2 processer er derimod både langsommere og mere analytiske, og foregår i den præfrontale cortex, hvilket er det område af hjernen, som varetager eksekutive funktioner såsom planlægning og selvkontrol.

Nedenfor ses en oversigtstabel over kendetegnene ved de to typer af processer.

System 1	System 2
• Intuitivt • Ubevidst • Automatisk • Hurtigt • Lav kognitiv indsats	• Refleksivt • Bevidst • Kontrolleret • Langsomt • Høj kognitiv indsats

Tabel 6. *Oversigt over system 1 og 2*

Et eksempel på en situation hvor system 1 er aktivt er ved cykling; når man først har lært det, sker handlingen relativt automatisk, hvorfor det er muligt at bruge kognitive kræfter på fx at lytte til radio eller at snakke i telefon på samme tid. En situation med et aktivt system 2 kan derimod være i en eksamenssituation, hvor eleven må koncentrere sig og bevidst tænke over de givne spørgsmål. Da system 1 processerne er både hurtigere og mindre krævende, bliver disse anvendt i høj grad i vores hverdag, ofte ganske ubevidst (ibid.). For at system 1 kan arbejde hurtigt, indeholder denne type af processer et netværk af beslutningsregler, som kan anvendes alt efter den givne situation. Disse beslutnings- eller tommelfingerregler kaldes for heuristikker. Disse kan anvendes som en mental genvej til at give hurtige beslutninger eller løsninger, også i en kompleks situation. Samtidig muliggør det også kognitive biases, hvilket kan karakteriseres som en beslutning, der afviger fra rationaliteten. Det er denne teori fra Kahneman og Tversky, vedrørende heuristikker og biases, som ændrede både psykologernes og økonomernes måde at anskue menneskelig beslutningstagning på. Afhandlingen vil løbende gøre brug af heuristikker og biases i analysen af adfærd hos både fysioterapeuter og patienter i forbindelse med patientadhærens.

7.2 The Health Belief Model

Health Belief Model (HBM) bruges i afhandlingen til at få indblik i, hvordan den dominerende tilgang inden for sundhedsprofessionen fysioterapi generelt anser opnåelsen af patientadhærens. Dette er relevant til besvarelsen af problemformuleringen, idet det adresserer underspørgsmålet vedrørende udlægningen af den dominerende tilgang inden for fysioterapi i dag. HBM ses anvendelig til dette formål, da det er en psykologisk model, som er blevet udviklet til at forklare sundhedsadfærd. Som tidligere nævnt, defineres dette som enhver adfærd, hvis udfald har en påvirkning på ens fysiske sundhed. Den er oprindeligt udviklet i 1950'erne som et forsøg på at forklare, hvorfor nogle mennesker benyttede sig af præventive sundhedstiltag, som screeninger, og hvorfor andre ikke

gjorde. Den er stadig en af de mest anerkendte modeller for sundhedsadfærd i dag, hvorfor den er relevant at inddrage til ovennævnte formål (Glanz & Bishop, 2010). Ifølge HBM er villigheden til at foretage en sundhedsmæssig adfærdsændring, hvilket kan relateres til fysioterapis patientadhærens, påvirket af individets opfattelse af egen risiko for at blive ramt af en sygdom samt af fordelene ved at ændre adfærd for at undgå denne. Modellen er opbygget omkring fire hovedkomponenter, som er med til at forudsige sundhedsadfærd. Disse fire er individets opfattelse af hhv.:

- **Modtagelighed:** Opfattelse af egen risiko for at få sygdommen, såfremt de fortsætter med deres nuværende adfærd
- **Alvorlighed:** I hvilken grad sygdommen og dens konsekvenser bliver opfattet som alvorlige
- **Fordele:** Den opfattede nytte af en adfærdsændring, bl.a. ift. at reducere risikoen og alvorligheden
- **Barrierer:** De opfattede ulemper og forhindringer ved at ændre adfærd

En intervention for at opnå en ændring i sundhedsadfærd skal ifølge HBM derfor målrettes en eller flere af disse determinanter, hvor de tre første komponenter skal opfattes som høje af patienten, og den sidste skal opfattes som lav (Sutton, 2015).

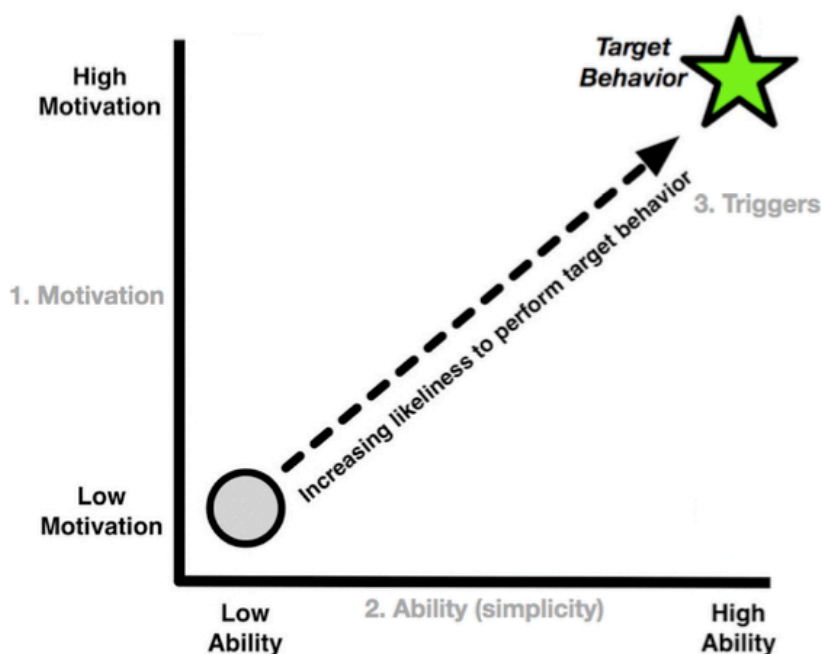
HBM kan kritiseres for at være forsimplet ift. sit valg af antal variable, som influerer sundhedsadfærd. Derudover ses der også et behov for større undersøgelse af variabelenes indbyrdes afhængighed ift. moderation og mediation (ibid.). Da vi ikke bruger modellen til at komme med løsningsforslag til adfærdsændringer ift. patientadhærens, ses modellen, trods disse kritikpunkter, derfor stadig anvendelig til førnævnte formål omkring indblik i det dominerende syn på patientadhærens inden for fysioterapi, da den som nævnt stadig er en af de mest anvendte modeller.

7.3 Fogg Behavior Model

Vi har valgt at inddrage Fogg Behavior Model (FBM) i analysen af patienternes adfærdsmønstre ift. adhærens, da den tilbyder en forklaring af, hvilke kræfter, der driver menneskelig adfærd, herunder hvordan en ønsket adfærd opnås (se Figur 2). Fogg nævner, at modellen særlig er relevant for studiet af metoden omkring motiverende design, hvilket defineres som læringsprocessen af en automatisk adfærdsændring (Fogg, 2009). Modellen er derfor givende for afhandlingens problemformulering, idet denne netop ønsker at undersøge, hvordan patientadhærens kan øges,

altså at opnå en ønsket adfærd fra patienterne. Det bliver derfor muligt gennem FBM at finde frem til konkrete faktorer, der kan have indflydelse på patientadhærens. Dette vil derfor både være relevant for undersøgelsen af patienters adfærdsmønstre samt i afhandlingens diskussionsafsnit, hvor der gives anbefalinger til løsningsstrategier, dvs. hhv. underspørgsmål tre og fire.

Fogg identificerer tre faktorer, der har indflydelse på, hvorvidt et individ vil udføre en adfærd. Disse er hhv. motivation, ability og triggers. Som Figur 2 omkring sandsynligheden for opnåelsen af en ønsket adfærd viser, er motivation placeret på y-aksen og ability placeret på x-aksen.



Figur 2. Grafisk afbildning af FBM (Kilde: Fogg, 2009: s. 2)

Den grønne stjerne skal ses som den ønskede adfærd, hvilket kan sættes lig med patientadhærens ift. denne afhandlings brug af teorien. Modellen siger, at der skal være en tilstrækkelig motivation samt ability hos individet, før den ønskede adfærd opnås. Begge faktorer skal altså være til stede, men skal anses som værende i et form for trade-off forhold, så hvis man fx har en lav grad af motivation, kræver det ligeledes, at handlingen er simpel at udføre, før man vil ændre adfærd. Samtidigt kræver adfærdsændringen, uanset niveauet af motivation og ability, også tilstedeværelsen af en af de tre typer af triggers, der minder individet om, at man skal indgå i den ønskede adfærd. Derudover er det vigtigt, at triggeren opstår på et tidspunkt, hvor man både er motiveret og har en ability til at indgå i adfærden. Hertil identificerer Fogg som nævnt tre typer af triggers, hvis anvendelse afhænger af graden af motivation og ability hos det pågældende individ.

Den første type trigger kaldes en *spark*, og bruges hvis individet har en tilstrækkelig grad af ability, men et lavt niveau af motivation. Derfor indeholder denne trigger et motiverende element for at opveje dette. Dette kan fx være en tekstbesked, der fremhæver den belønning, som den ønskede adfærd vil føre til.

Den anden type trigger kaldes en *facilitator*. Denne bruges, hvis individet besidder motivationen, men ikke har en tilstrækkelig ability til at udføre adfærden. Denne trigger indeholder derfor et faciliterende element, som skal gøre det lettere for individet at indgå i den ønskede adfærd. Et typisk eksempel på en facilitator-trigger ses ved visse softwareopdateringer, hvor individet får et faciliterende element i form af et automatisk pop-up vindue, hvor de blot skal klikke på en knap for at opdatere softwaren og dermed udføre den ønskede handling.

Den sidste type af trigger kaldes et *signal*, og bruges når individer både besidder et tilstrækkeligt niveau af motivation og ability ift. at indgå i en adfærdsændring. Derfor fungerer denne trigger blot som en påmindelse om, hvornår man bør indgå i adfærden. Et eksempel på dette er trafiklys, der enten viser rødt eller grønt. Her forsøger triggeren hverken at motivere eller facilitere individet, men blot at signalere hvornår adfærden kan indgås i (ibid.).

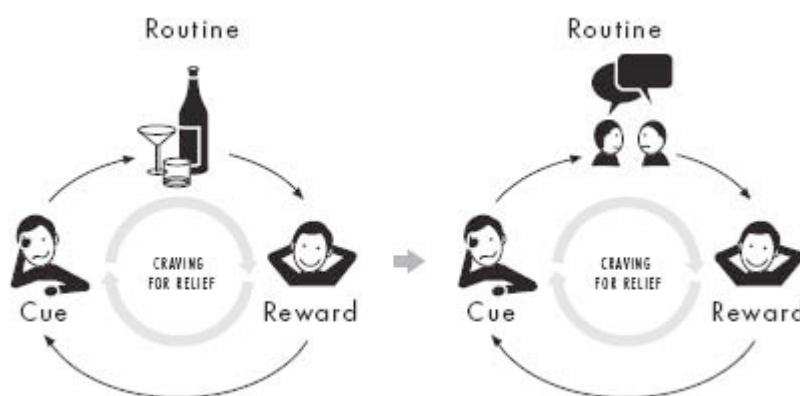
7.4 The Habit Loop

The Habit Loop bruges i afhandlingen til at belyse patientadhærens, idet det gennem empirien blev tydeliggjort, at rutiner havde en indflydelse på, hvorvidt patienterne fandt det svært at inkorporere anbefalingerne til deres hverdag (se afsnit 8.3.3). Dette teorivalg viser tegn på en induktiv tilgang, idet der tages udgangspunkt i empirien, og der derefter bliver udledt en teori til at forklare dette med. Den induktive tilgang har netop været med til at udvide vores for forståelse jf. hermeneutikken, og derfor muliggjort en dybere fortolkning af vores empiri og dermed besvarelsen af problemformuleringen. Teorien er valgt, idet Duhigg (2012) med The Habit Loop tilbyder en forklaring på, hvordan adfærdsvaner kan dannes. Dette vil være særligt relevant at anskue, når der skal gives anbefalinger til løsningsstrategier til øgning af patientadhærens, og den er dermed essentiel for underspørgsmål fire.

The Habit Loop består af tre steps:

- 1) **Et cue**, der fortæller hjernen hvilken automatisk tilstand, der skal aktiveres
- 2) **Selve den udførte rutine**, der både kan være fysisk, mental eller emotionel
- 3) **Belønningen**, der hjælper hjernen med at finde ud af, hvorvidt det specifikke loop er værd at huske til fremtiden

Over tid bliver loopet mere automatisk, og en vane bliver dermed dannet. En vigtig pointe er, at et cue og en belønning i sig selv ikke er nok til at danne en vane, det er også nødvendigt at individet besidder en trang til den pågældende belønning. Når en vane er dannet, vil hjernen bruge mindre kognitiv kapacitet, og adfærden vil dermed ikke indgå i bevidste beslutningstagningsprocesser. Dette forklarer netop, hvorfor vaner har så stor indflydelse på adfærd; vanen vil være indkodet i hjernens strukturer, og vil derfor altid være til stede, hvorfor det ikke er muligt blot at fjerne en dårlig vane fra disse strukturer. I stedet kan der ændres på den dårlige vane, ved at beholde det samme cue og belønning, men ændre på rutinen. Dette kaldes for The Golden Rule of Habit Change (ibid.). Et eksempel på dette kan ses i Figur 3, hvor man erstatter en eksisterende rutine med en ny. I stedet for at drikke alkohol (den eksisterende rutine), når man føler angst (cuet), vælges der at snakke med en person (ny rutine), idet dette stadig giver samme følelse af lettelse (belønning).



Figur 3. Illustration af The Golden Rule of Habit Change (Kilde: Duhigg, 2012)

7.5 Self-efficacy

Banduras (1977) self-efficacy begreb er valgt, da der i litteraturen er fundet belæg for, at denne har indflydelse på patientadhærens i fysioterapi (Jack et al, 2010). Dette valg er derfor præget af den deduktive tilgang i afhandlingen, idet denne teori blev udvalgt på forhånd med en hypotese om, at self-efficacy har en indflydelse på patientadhærens. Begrebet inddrages derfor i afhandlingen som

en mulig influerende faktor ift. den udviste grad af adhærens hos patienterne, hvilket er relevant for problemformuleringens underspørgsmål tre vedrørende adfærdsmønstre. Anvendelse af teorien til netop dette formål har altså opnået præcedens i litteraturen, hvilket også styrker validiteten af denne teori ift. afhandlingen.

Bandura skelner mellem outcome expectancy og efficacy expectancy. Førstnævnte henviser til et individs forventning om, hvorvidt en bestemt adfærd vil føre til et bestemt udfald. Sidstnævnte, som også er det, der kendes som self-efficacy, henviser derimod til individets forventning til egne kompetencer ift. at kunne udføre den nødvendige handling for at kunne influere udfaldet. Dog er det i højere grad self-efficacy frem for outcome expectancy, der vil have indflydelse på, hvorvidt et individ faktisk ændrer sin adfærd. Dette kan forklares ud fra, at selvom individer tror på, at en bestemt adfærd vil føre til et ønsket udfald, vil denne viden ikke ændre på adfærden, såfremt de tvivler på egen evne til at udføre aktiviteten (Bandura, 1977). Det betyder, at for at skabe en adfærdsændring er det nødvendigt, at individet føler, at de besidder kompetencerne til at udføre denne. Et individs self-efficacy bliver påvirket af fire informationskilder: Egne erfaringer, observerede erfaringer, sproglig overtalelse og oplevede følelser (ibid.). De fire informationskilder uddybes i det følgende.

Egne erfaringer er den kilde, der i højest grad påvirker et individs self-efficacy, idet den trækker på personlige erfaringer. Hvis man før i tiden har haft succes på et bestemt område, vil det styrke ens self-efficacy, hvorimod tidligere oplevelser af fiasko vil svække den. En generaliseringseffekt kan også opstå, når en forbedret self-efficacy er blevet etableret. Altså vil en stærkere self-efficacy indenfor én situation også kunne øge mestringsindsatsen i andre situationer, både lignende og helt anderledes. Samtidig vil individer med en stærk self-efficacy i mindre grad blive negativt påvirket af lejlighedsvis fiaskoer, men i stedet bruge erfaringen til at styrke deres vedholdenhed.

Observerede erfaringer er en kilde til self-efficacy, når individer overværer andre personer udføre en specifik aktivitet og derefter vurderer, hvorvidt de selv på samme vis kan udføre den pågældende aktivitet. Der er altså tale om social sammenligning, hvilket kan ses som en mindre pålidelig informationskilde end ved egne erfaringer, da det ikke på samme måde er et direkte bevis på personlig præstation. Dette betyder at en self-efficacy, der alene er fremkaldt på baggrund af observerede erfaringer vil være svagere og mere tilbøjelig til at ændre sig.

Ved **sproglig overtalelse** forsøger man at påvirke et individs self-efficacy, og dermed adfærd, gennem en overbevisningsproces. Dette er en let metode at anvende, men er også mindre effektiv

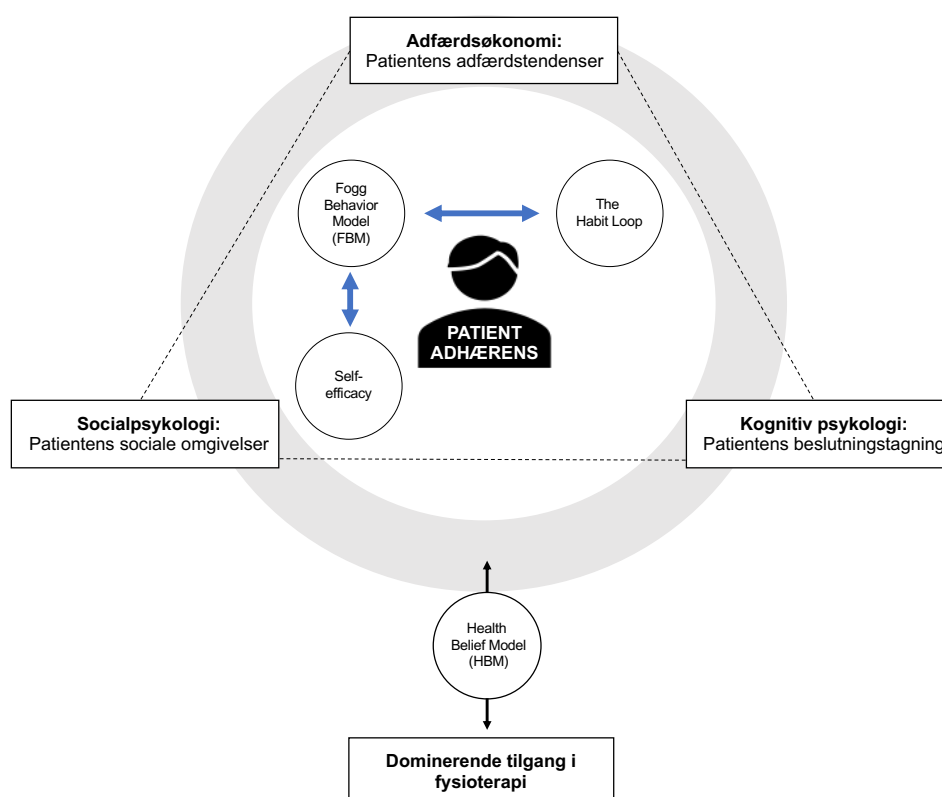
sammenlignet med egne erfaringer. At informere individer om, at de har evnerne til at udføre en aktivitet, behøver dog ikke nødvendigvis at betyde, at de tror på det. Dette er særligt gældende, hvis det modsiger deres personlige erfaringer.

Oplevede følelser er den sidste kilde, der kan influere individers self-efficacy. Den tilstand vi er i, vil have indflydelse på, hvordan vi vurderer vores egne evner. Fx vil følelser som stress og angst ofte være forbundet med situationer, hvor man ikke oplever succes, hvorimod positive følelser vil styrke tilliden til egne evner.

Den ovenstående korte gennemgang af de fire informationskilder til self-efficacy viser, at egne erfaringer har den stærkeste effekt, hvorfor det vil være nødvendigt at kombinere denne med de andre tre kilder, hvis man ønsker at influere et individs self-efficacy.

7.6 Sammenhængen mellem teorierne

Sammenhængen mellem de fremlagte teorier kan ses i nedenstående Figur 4.



Figur 4. Sammenhængen mellem teorierne

Her ses det, hvordan teorierne hver især og i samspil bidrager til belysningen af det undersøgte fænomen i midten af figuren, nemlig fysioterapipatienten og dennes udviste grad af adhærens. De adfærdsvidenskabelige discipliner i form af hhv. socialpsykologi, kognitiv psykologi og adfærdsøkonomi er repræsenteret ved den grå cirkel, og ligger uden om patienten og teorierne, idet dette er det overordnede perspektiv, som afhandlingen og dens teorier tager afsæt i. Disse discipliner tilbyder forskellige indgangsvinkler til at anskue patienten på, dog med fælles overlap i form af, at de alle er interesserede i at tilbyde forklaringer på patientens udviste adfærd. Dette overlap mellem de tre discipliner er repræsenteret i Figur 4 som de stiplede linjer. Nederst i figuren ses HBM, som fungerer som et referencepunkt ift. afhandlingens andre teorier, hvorfor den ligger uden for den hvide cirkel. Uddybende er formålet med HBM, som tidligere udlagt, at give en forståelse for den dominerende tilgang i fysioterapi særligt ift. patienten og dennes adhærensadfærd. HBM anvendes til at belyse den dominerende tilgang i fysioterapi, for derefter at blive analyseret ud fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv, hvorfor HBM placeres uden for cirklen, men med en pil pegende ind ad. Dette gør det muligt at sammenligne HBM med vores egen analyse af patienternes faktiske adfærd. The Habit Loop og FBM er begge teorier, som muliggør et syn på patientens adfærd i forbindelse med en ændring af denne, og er derfor placeret inden i cirklen sammen med patienten. Formålet med The Habit Loop er at undersøge adhærensadfærd ved at belyse effektiviteten af at inkorporere træningsøvelser i patienternes hverdag. Derfor er dens hovedformål at give blik for en kognitiv proces, nemlig rutinedannelse set ift. adfærdsændringer hos patienten. FBM supplerer derved The Habit Loop ved at tilbyde en forklaring på, hvordan man skaber en ønsket adfærdsændring med udgangspunkt i både en kognitiv proces (motivation) og en patients evner (ability). Sidstnævnte faktor vil yderligere suppleres af self-efficacy teorien, idet denne også giver indblik i, hvorfor patientens sociale omgivelser kan have indflydelse på både oplevet ability samt patientadhærens, hvilket også er en teori, der er blevet påvirket af afhandlingens brug af socialpsykologi.

8. Analyse

I det følgende afsnit vil den fremlagte empiri blive analyseret i henhold til afhandlingens problemformulering omkring at forklare og øge patientadhærens ud fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv. Dette vil blive foretaget ved at følge strukturen af underspørgsmålene.

8.1 Den dominerende tilgang til fysioterapi

For at kunne belyse patientadhærens, er det nødvendigt først at redegøre for den dominerende tilgang til fysioterapi i dag, for at udlægge de omstændigheder, patienter bliver mødt med. Afsnittet vil starte med at fremanalysere de underliggende videnskabsteoretiske forståelser, som eksisterer i fysioterapi. Herefter vil det paradigmeskifte, der har været inden for fysioterapifeltet, blive præsenteret, da dette har indflydelse på, hvordan fysioterapeuterne forsøger at ændre tilgangen og forholdet til patienten.

8.1.1 De underliggende videnskabsteoretiske forståelser

Basisbog i Fysioterapi er anvendelig til denne del af analysen, idet bogen er den første samlede præsentation af de emner, der kendetegner fysioterapien som profession, og er den eneste af sin art i Danmark. Ifølge denne er den fysioterapeutiske tilgang til sundhed og sygdom bygget op omkring en naturvidenskabelig forståelse af verden (Bjørnlund et al., 2017). Denne underliggende tilgang er også synlig ud fra de foretagne interviews med fysioterapeuter, fx i følgende citat fra Noah:

Jeg tror, det er vigtigt at kunne forstå selve problemet. Ikke sådan føle-føle agtigt, men at forstå, hvad der egentlig er galt. Men hvis man først kan finde ud af: Er der noget, der er gået i stykker, er der noget, der er belastet mere, end det kunne tåle (Bilag 6, s. 8)

Her ses der en antagelse om kausale sammenhænge, dvs. at alle effekter har en årsag, hvilket netop er et karakteristikum for den førnævnte naturvidenskabelige forståelse. Derfor bliver fysioterapeutens rolle at søge efter det ikke-fungerende element hos patienten, finde årsagen til dette problem for til sidst at behandle og følge op med patienten (Bjørnlund et al., 2017). Denne fremgangsmåde ses også tydeligt hos Clara, når hun fortæller om en typisk førstegangskonsultation hos hende:

Det er ud fra det, jeg finder i min undersøgelse, så forklarer jeg dem om, hvorfor de skal træne [...]: En gennemgang af, nu har jeg testet dig, jeg har fundet det og det og det i min undersøgelse, derfor skal vi have øvelser: Styrketræning, balance, strækøvelser, kondition [...] Og så gennemgår jeg alle øvelserne med patienten, og jeg tjekker igennem, at teknikken ser ud, som den skal være. Runder altid lige af med at spørge, om de har nogle spørgsmål ift. det, de nu lige har fået at vide og været igennem (Bilag 5, s. 9)

Her ses det, at hun har en antagelse om, at hendes undersøgelse vil give hende en årsag til det fremlagte problem, hvorefter en behandling af dette kan foretages. Dette citat viser også et rationelt menneskesyn, hvor mennesker anses som individer, der har ubegrænsede kognitive evner og

konstant søger efter at maksimere deres egen forventede nytte (Christofaro, 2017). Nærmere bestemt mener Clara, at information omkring øvelsernes fordele er tilstrækkeligt til at skabe en adfærdsændring hos patienten, da de nu er blevet klar over, at det er en løsning, der kan forventes at maksimere deres nytte. Denne tilgang til patienterne kan også kobles på Langlois' (1990) begreb *boundedly skillfull*. Langlois mener netop, at mennesket agerer fuldt rationelt med de ressourcer, de har. Mennesket er altså rationelt af natur, og det handler i stedet om, at vi ikke har fuld information, hvilket han kalder *imperfect knowledge*. Med citatet kan det ses, at Clara forsøger at mindske denne *imperfect knowledge* ved at give de nødvendige informationer om øvelserne, hvorefter hun forventer adhærens fra sine patienter, idet det ville være rationel adfærd.

Der kan findes yderligere belæg for fysioterapiens rationelle menneskesyn ved at kigge på antagelserne i HBM, som er én af de mest udbredte modeller, når det kommer til sundhedsadfærd. Som nævnt bygger denne model på en antagelse om, at et individs beslutning om at ændre adfærd påvirkes af, hvorvidt de tror, at det vil gavne dem i fremtiden. Britt siger fx: "Han skal jo selv gå hjem og lave noget, og jeg ved han gør det, fordi nu har han fundet ud af, at det faktisk hjælper" (Bilag 4, s. 8). Hun tror på, at viden omkring fordelene ved træning er tilstrækkeligt til at ændre patienternes adfærd. Opfattelsen af fordele er netop én af de fire hovedkomponenter, som HBM mener er centrale, hvis man ønsker at opnå sundhedsadfærd. Det ses også i resten af empirien, at de andre fysioterapeuter ligeledes trækker på nogle af de fire hovedkomponenter. Dette kan bl.a. ses, når Clara bliver spurgt ind til sin tilgang til patienter, der ikke får fulgt hendes anbefalinger. Hertil svarer hun:

Så siger jeg: Husk nu, hvad var det nu, dit mål var. Dit mål var at blive smertefri, så nytter det ikke noget. [...] Kan du huske da du kom, så sagde du, at jeg har simpelthen så ondt i mine fødder, at jeg kan ikke engang... Helt almindelige hverdagsting som at gå på trapper eller gå. Det er ikke der, vi skal hen igen. Du bliver nødt til at justere din træningsintensitet (Bilag 5, s. 4)

Ovenstående viser, at Clara forsøger at få patientens opfattelse af alvorlighed i spil, ved at fremhæve de konsekvenser der er ved ikke at følge hendes anbefalinger. Denne strategi samt fremhævelsen af fordele er begge nogle af de metoder, som de interviewede fysioterapeuter bruger, når de vil motivere deres patienter til at ændre adfærd og udvise adhærens (Bilag 4; Bilag 5; Bilag 6; Bilag 7). Altså kan det udledes, at der er overensstemmelse mellem antagelserne i HBM og fysioterapeuters tilgang til patientadhærens.

8.1.2 Paradigmeskiftet

Siden slutningen af 1980'erne er der kommet et mere neoliberalt paradigmeskifte omkring tilgangen til sundhed og sygdom i samfundet, hvilket også betød et tilsvarende paradigmeskifte inden for fysioterapi. Paradigmeskiftet tog udgangspunkt i en omlægning af rollerne for hhv. patienten og fysioterapeuten, hvor ansvaret i højere grad blev lagt over på patienten selv. Derudover blev der også skabt forventning om, at man som individ skal interessere sig for egen sundhed, så der opstår en forståelse for, at man gennem sin adfærd kan undgå en lang række sygdomme, særligt inden for livsstilsområdet (Bjørnlund et al., 2017). Paradigmeskiftet har påvirket den måde, som fysioterapeuter i dag praktiserer på, hvilket bl.a. kan findes ud fra følgende citat fra Christina:

Da jeg startede med at uddanne mig midt i 90'erne, jamen der var det sådan noget med, at jeg bestemmer, jeg dikterer, jeg synes, du skal gøre sådan, og patienten skulle vise tillid og parere ordrer. Nu bliver tingene måske sat lidt på spids, men bogstaveligt talt var det sådan, til vi kørte over i en kontekst nu, hvor vi begynder at kigge på at drage på patientens ressourcer og [...] ønsker, holdninger og forventninger til, hvad der skal ske. Så det kræver en rolleændring både for patienten, men også for terapeuten og også for interaktionen mellem de to parter i forhold til, hvad det var (Bilag 7, s. 6-7)

Her ses det, at patienten i højere grad end før har fået et ansvar for at tage del i sit forløb. Denne rolleændring, og paradigmeskiftet i det hele taget, har resulteret i en anden måde for fysioterapeuter at arbejde på, hvilket beskrives således af Britt:

Som helt ung, [...] der var det jo også mere kutyme, at patienter jo nærmest kom ind og lagde sig op på briksen med det samme. Jeg synes i dag, der har vi en hel anden tilgang, der står vi slet, slet ikke og giver massage og manuel behandling hele tiden. Jeg bruger lige så meget tid på at snakke med folk og give dem vejledning i, hvad de kan gøre selv (Bilag 4, s. 1)

Ud fra dette ses det, at omlægningen af ansvaret kommer til udtryk ved afstandtagen til den manuelle behandling og mere fokus på vejledning, hvilket Britt senere i interviewet betegner som "hjælp til selvhjælp" (ibid., s. 2). Samme holdning afspejler sig også hos Noah, som også italesætter ændringen inden for faget på trods af, at han er blevet uddannet næsten 25 år senere end både Britt og Christina:

Men vi vil gerne begynde at gå væk fra det her passiv behandling. Det er fysioterapifaget begyndt at gå væk fra, og det mere og mere bliver aktivt. Vi kan se, at det har nogle negative følgevirkninger, når vi passiviserer folk og afhængighedsgør dem. Og vi kan ikke med vores hænder heale noget overhovedet, vi kan gøre, at ting føles anderledes, men vi kan ikke ændre på kroppen (Bilag 6, s. 2)

Noah bruger ordet “aktivt”, hvilket også er et kendetegn på den nye arbejdstilgang, som fysioterapeuterne har fået til deres patienter efter paradigmeskiftet. Derfor er der i fysioterapi i dag også kommet fokus på træning frem for den førnævnte manuelle behandling, som jf. ovenstående citat, er blevet italesat som ineffektivt. Netop fokuset på træning er også en forventning, som de interviewede patienter har til fysioterapi ud fra deres egne oplevelse. Kit siger fx:

Jeg synes træning fylder meget mere hos en fysioterapeut, end det gør ved en kiropraktor fx. Det er lidt ligesom at størstedelen af de fysioterapeuter, som jeg har mødt, der er det træning, træning, træning og så kan vi behandle, hvis det er nødvendigt (Bilag 10, s. 14)

Det øgede fokus på træning inden for fysioterapi kan derudover forklares ved, at paradigmeskiftet også har skabt en ændring i relationen mellem patienten og fysioterapeuten, hvor sidstnævnte ikke længere kan anses som en behandler, men i højere grad som en facilitator. Denne facilitatorrolle indebærer, at fysioterapeuten skal give patienten kompetencerne til netop at kunne tage ansvar for egen sundhed (Bjørnlund et al., 2017). Det kan kobles sammen med Britts tidligere udtryk omkring hjælp til selvhjælp, og hun understreger også denne facilitatorrolle med følgende citat:

Jeg tror, at det aller, allervigtigste er, at der bliver lavet en fælles plan for, hvad man skal, og få kunden/patienten til at forstå, at de har et ansvar selv for at komme med på rejsen (Bilag 4, s. 3)

8.1.3 Delkonklusion

Opsummerende kan den dominerende tilgang til fysioterapi karakteriseres som havende en underliggende naturvidenskabelig forståelse, hvilket både blev udledt fra vores interviews med fysioterapeuter samt fra Basisbog i Fysioterapi. Dette indebærer en opfattelse af kausale sammenhænge, hvor tilgangen derved bliver at finde det, der ikke fungerer hos patienten og behandle det. Derudover eksisterer der også et rationelt menneskesyn inden for fysioterapi, hvor individer bliver antaget at gøre det, der er bedst for dem, hvilket stemmer overens med antagelserne i den dominerende model inden for sundhedsadfærd, HBM. Den dominerende tilgang til fysioterapi har desuden inden for de seneste 30 år undergået et paradigmeskifte, hvor fokus er kommet på træningsøvelser, og patienten har fået mere ansvar for egen sundhed. Derved har fysioterapeuten fået en rolle, som i højere grad kan karakteriseres som en facilitator frem for behandler.

8.2 Fysioterapeuternes oplevelse af patientadhærens

Efter kortlægningen af den dominerende tilgang i fysioterapi i dag rettes fokus tilbage på patientadhærens. Før vi kan besvare problemformuleringen omkring at forklare patientadhærens for dernæst at komme med forslag til, hvordan denne kan øges, er det nødvendigt at få en forståelse for, hvilke erfaringer fysioterapeuter har ift. netop dette. Derfor vil afsnittet starte med at fremsætte de udfordringer, som de adspurgte fysioterapeuter kom ind på ift. at opnå patientadhærens. Dernæst vil fysioterapeuternes mest udbredte strategier ift. at imødegå manglende patientadhærens belyses med relevant adfærdsvidenskabelig teori. Dette gøres grundet specialets formål om at komme med løsningsforslag til at øge patientadhærens, hvorfor det derfor er relevant at vide, hvad der allerede bliver gjort samt effekten af dette.

8.2.1 Udfordringer med specifikke patientgrupper

Inden for fysioterapibehandling drejer fysioterapeutens på forhånd aftalte anbefalinger til patienten sig oftest om træningsøvelser. Som nævnt vil det sige, at man kan snakke om patientadhærens inden for faget, når en patient udfører de øvelser, som fysioterapeuten tildeler dem. Ud fra interviewene er der bred enighed blandt fysioterapeuterne om, at der er udfordringer med netop dette. Nærmere bestemt svarede de alle klart ja, når adspurgte om de oplevede udfordringer med patienter, der ikke fulgte deres anbefalinger (Bilag 4; Bilag 5; Bilag 6; Bilag 7). Problematikken var dermed gældende på tværs af flere klinikker og klienteltyper. Det stemmer overens med vores forventning, da forskning, som tidligere nævnt, har peget på, at over halvdelen af alle patienter ikke får gennemført deres anbefalede træningsprogram (Holden et al, 2014). For mere specifikt at fremsætte de udfordringer, som fysioterapeuterne oplever ift. patientadhærens, vil der i følgende afsnit blive gennemgået forskellige patientgrupper, som fysioterapeuterne særligt havde vanskeligheder med, samt hvilke udfordringer de hver især stiller for fysioterapeuternes opnåelse af patientadhærens.

Blandt fysioterapeuterne var der enighed om, at patienter med et generelt lavt aktivitetsniveau var vanskelige at få til at udvise adhærens. Britt fortæller bl.a. følgende om sin udfordring med denne gruppe: "Det er nok mere dem, [...] hvor man kan mærke, at de ikke er så træningsvante. Der er det svært. Der får de ikke lavet så meget" (Bilag 4, s. 6). Denne udfordring kan også understøttes af tidligere forskning, som beskriver, hvordan en barriere for patientadhærens netop opstår, når en patient har et lavt fysisk aktivitetsniveau ved forløbets begyndelse (Jack et al., 2010).

Clara beretter om samme problematik i deres idrætsfysioterapeutiske klinik, hvor hun fortæller, at jo mindre aktive patienter er, des større risiko er der for, at de ikke får lavet deres øvelser (Bilag 5). I samme tråd introducerer hun en anden problemstilling omkring patientadhærens fra den del af deres klientel, som udøver idræt på højere niveau, hvor hendes anbefaling, ud over at skulle lave øvelser, også indeholder et andet punkt:

Den anden vej rundt for vores patientklientel, fordi de er idrætsaktive, og nogle lever også af deres sport, jamen de laver for meget. Og så kan det være den der med at holde dem tilbage, det kan faktisk nogle gange godt være den store udfordring her at skulle holde folk tilbage, i modsætning til andre steder inden for fysioterapi hvor det mere er den der aktivering, der kan være problemet (ibid., s. 2)

Det betyder, at trods hendes patienter har større tendens til at få udført de anbefalede træningsøvelser, oplever hun stadig et problem med patientadhærens fra denne gruppe, da de ofte i stedet vil lave for meget.

En anden patientgruppe, som fysioterapeuterne oplever udfordringer med ift. patientadhærens, er patienter med anden etnisk baggrund, hvilket fysioterapeuter begrundes med kulturforskelle (Bilag 4; Bilag 6). Kluckhohn, Murray, & Schneider (1954) definerer en kultur som kollektionen af overbevisninger, værdier, adfærd og holdninger, der adskiller et samfund fra et andet. Ud fra dette kan udfordringen med patientadhærens fra patienter med anden etnisk baggrund belyses ved brug af begrebet mentale modeller. Dette defineres som de billeder og forståelser af verden, som vi har i vores hoved, idet disse typisk varierer på tværs af netop kulturer (Forrester, 1971). Derfor kan denne patientgruppe have andre mentale modeller vedrørende sundhed og dermed andre overbevisninger om samt holdninger til, hvorvidt træningsøvelser fungerer som effektiv behandling. Denne forklaring stemmer også overens med Britts oplevelse: "De har heller ikke tradition for, selv at skulle gøre det, de vil helst bare have en pille" (Bilag 4, s. 6). Denne kulturforskel, samt den potentielle sprogbarriere, er altså de træk, som er medvirkende til, at patienter med anden etnisk baggrund opleves som en udfordring for fysioterapeuterne ift. at opnå en højere grad af patientadhærens.

Den sidste patientgruppe, som fysioterapeuterne italesætter udfordringer med ift. patientadhærens, er ældre patienter (Bilag 4; Bilag 5). Dette kan ses i relation til det paradigmeskifte, der har været inden for fysioterapifeltet jf. afsnit 8.1.2. Hertil fortæller fysioterapeuten Christina, at mange af hendes patienter fra 50 år og opefter allerede begyndte at gå i behandling, da de var i 15- til 30-årsalderen. Det betyder, at da disse patienter startede med fysioterapi, var det en tid, hvor faget var præget af

en mere passiv tilgang. Der kan dermed opstå rolle- og forventningsudfordringer med den ældre patientgruppe efter paradigmeskiftet, idet de har været vant til en anden arbejdstilgang. Denne modstand, og dermed lavere grad af patientadhærens, kan desuden også forklares ud fra status quo bias, som dækker over, at individer har tendens til at foretrække deres aktuelle tilstand frem for ændringer i denne (Kahneman Knetsch & Thaler, 1991). Altså vil den ældre patientgruppe foretrække den tilgang, de har været vant til før paradigmeskiftet.

Clara er ligeledes en af de fysioterapeuter, som italesætter en udfordring med at opnå adhærens fra den ældre patientgruppe. Dog begrundes hun i højere grad dette med en manglende motivation fra patienterne frem for udfordringer med deres forventninger. Denne oplevelse stammer primært fra hendes praktik på geriatriaafdelingen (afdelingen for aldersrelaterede sygdomme) på Rigshospitalet, som hun beskriver således:

Det synes jeg var svært, fordi det kan være svært med en dame på 80, der har brækket hoften og ikke kan gå, for hende at motivere sig selv og sige, jamen du skal igennem det her genoptræningsforløb. Hvis hun siger: Jamen prøv at hør, jeg er gammel og skal alligevel snart herfra, hvorfor skal jeg overhovedet? (Bilag 5, s. 8)

Af citatet kan det ses, at nogle ældre ikke har motivationen til at følge fysioterapeutens anbefalinger, idet de ikke finder forløbet hverken meningsfuldt eller relevant, hvilket dermed giver fysioterapeuterne en yderligere udfordring med patientadhærens fra denne patientgruppe.

Ud fra ovenstående ses det, at udfordringer med opnåelsen af patientadhærens er en udbredt oplevelse blandt fysioterapeuter i dag. Fysioterapeuterne oplever i højere grad udfordringer med patientadhærens blandt visse grupper af patienter, hvoraf den mest udtalte af disse består af patienter med et lavt aktivitetsniveau. Andre udtalte grupper består af patienter med meget højt aktivitetsniveau, patienter med anden kulturel baggrund samt ældre patienter.

8.2.2 Anvendte strategier

Som ovenstående afsnit har vist, er det ikke fremmed for fysioterapeuterne, at de bliver mødt med patienter, som ikke får udført deres øvelser som anbefalet. Desuden ses det også i empirien, at de har strategier til at forsøge at overkomme denne lave grad af patientadhærens. Senere i analysen vil effektiviteten af disse strategier kort blive behandlet.

En af de strategier, der bliver gentaget hos samtlige af de adspurgte fysioterapeuter, handler om tilpasning af træningsprogrammet til patienternes hverdag (Bilag 4; Bilag 5; Bilag 6; Bilag 7). Noah siger fx således:

Og der skal måske være meget mere fokus på den der anamnesedel, samtalen inden, hvor man prøver at kortlægge livet, personens liv, så jeg forstår, hvad laver den person mandag til mandag, fra morgen til aften. At man nærmest ligesom laver et skema, og så kan jeg se, der er hul her og her til, at jeg kan putte ting ind (Bilag 6, s. 13)

Herfra ses det, at Noah ønsker at forstå patienters rutiner, for på den måde efterfølgende at kunne koble træningsøvelserne ind på en uforstyrrende måde. Samme tilgang omkring at gøre det så praktisk som muligt ift. patientens hverdag ses i følgende citat fra Simon:

Så vi også forsøger at lave noget, som er funktionelt anvendeligt, så det ikke bliver sådan, at man skal tage en time ud af kalenderen, have en madras ud på gulvet og gøre et eller andet. Det er sådan en on-going proces, hvor de kan arbejde med det, om de sidder på kontoret, eller hvor de nu er henne (Bilag 7, s. 4)

Dette valg af strategi kan belyses ved hjælp af forbrugeradfærdsteori. Ifølge denne, så er forbrugernes beslutningstagningsproces påvirket af graden af involvering i det givne objekt. Involveringen defineres som personens opfattede relevans af produktet baseret på deres iboende behov, værdier og interesser (Solomon, 2015). Dette kan overføres til patienternes involvering i og motivation for at udføre deres træningsøvelser. Teorien siger yderligere, at jo mindre motiveret man er for at få fat i objektet, des mere bruger man såkaldt Habitual Decision Making. Dette defineres som beslutninger, som vi tager med lav grad af bevidst indsats, og som er en del af en rutine (ibid.). Derfor argumenteres det, at fysioterapeuternes strategi omkring at inkorporere træningsøvelserne i patienternes hverdag er en måde at forsøge at ramme de patienter med en lavere grad af motivation, som derfor i højere grad tager beslutningen omkring at udvise patientadhærens eller ej på baggrund af netop rutine og convenience.

En anden udbredt strategi hos fysioterapeuterne for at opnå patientadhærens er ved hjælp af målsætning. Det ses bl.a. ud fra følgende citat fra Clara:

Noget af det første vi spørger om, første gang vi ser patienten, er også: Hvad er din målforventning? Hvad vil du gerne? Skal du bare tilbage og være smertefri? Skal du løbe et maraton? Hvad skal du? Det mål og forventning bliver også en kontinuerlig drivkraft eller motivationsfaktor gennem hele forløbet (Bilag 5, s. 4)

Med sin udtalelse viser Clara også, hvordan hun bruger målsætning som et samtaleværktøj til at få patienterne til at følge hendes anbefalinger. Et andet eksempel på brugen af målsætningsstrategien ses hos Simon:

Så prøver vi at forankre det lidt dybere ved at snakke: Hvad er det du gerne vil? Så prøver vi at grave et lidt længere perspektiv frem. Fx ved at sige: [...] Hvad kunne du godt tænke dig? [...] Er det fint som det er nu, eller? Hvad har jeg tidligere gjort? [...] Jamen så skriv ned hvad du gerne vil, hæng det op på badeværelset, kig på det og så tænk: Gud, hvordan kommer vi derhen. Så hjælper vi dig med det (Bilag 7, s. 5-6)

Citaterne viser, at fysioterapeuterne typisk bruger den første konsultation til at forventningsafstemme med patienten, for derefter at opstille et mere langsigtet mål for dem. Såfremt patienten senere i forløbet udviser manglende adhærens, vil fysioterapeuten så vende tilbage til dette mål for at motivere patienten til at følge deres anbefalinger.

Til sidst findes der også en strategi blandt de adspurgte fysioterapeuter omkring at involvere patienterne i processen for at skabe en højere grad af patientadhærens. Denne involvering drejer sig i Simon, Christina, og Mias klinik om at få patienten til at være villig til at tage imod hjælpen og dertil selv tage aktive beslutninger omkring deres sundhed. Denne tilgang kan illustreres ud fra følgende citat fra Christina:

Det er værd at bringe dem med på spil, altså hvornår kan det lade sig gøre, hvordan kan det lade sig gøre, hvordan ser din dag ud, hvordan er det her muligt for dig osv. Så de hele tiden har den her egenrefleksion. De har pådraget sig et eller andet problem, som de gerne vil slippe af med, så er de også nødt til at yde en eller anden indsats for at slippe af med det [...] Sådant er der en adfærdsændring, men det er måden at tage folk med på. At de træffer beslutningerne selv, men vi prøver at skabe rammerne for, at de kan træffe de beslutninger (Bilag 7, s. 9)

Britt snakker om en lignende strategi ift. sine patienter, hvilket hun beskriver således:

Hvis nu jeg havde sagt, jamen du skal også tabe dig 20 kilo, og du skal lave så mange øvelser, og du skal komme her tre gange om ugen, så tror jeg ikke, at jeg havde fået hende med på rejsen. Det er jo meget bedre at få hende til at sige det selv (Bilag 4, s. 3)

Adfærdsvidenskabeligt kan effekten af sådan en involvering belyses ved hjælp af ejerskabseffekten. Denne beskriver den menneskelige tendens til at se mere værdi i objekter, når vi ejer dem, end når vi ikke gør. Det betyder, at vi vil være mere tilbøjelige til at ville holde fast i et objekt, vi ejer, end at anskaffe os det samme objekt, når vi ikke ejer det (Kahneman et al, 1991). Ejerskabseffekten siger

dermed, at når patienterne føler, at det er deres valg, idé eller proces, vil de anse det som mere værd, end hvis det blev givet til dem af fysioterapeuterne som instruktioner. Strategien understøtter også det tidligere nævnte paradigmeskifte, da fysioterapeuterne frem for udelukkende at behandle, forsøger at facilitere dette ejerskab, bl.a. som Clara beskriver det i nedenstående citat:

Det er en god idé at have nogle gode redskaber til hvordan, ikke at lægge ord i munden på folk og sige: Jamen kunne det ikke være dejligt, hvis du kom ud og gå, men i stedet sige: Jamen hvordan ville det få dig til at føle, hvis du kom ud og gå på den måde. Så prøve at få folk mere aktive ind i at lægge den plan eller finde den motivation, hvis de nu ikke har den i forvejen (Bilag 5, s. 8-9)

8.2.3 Delkonklusion

Opsamlende ses der en udbredt oplevelse af udfordringer med patientadhærens blandt de adspurgte fysioterapeuter. Dertil er det især patienter med lavt aktivitetsniveau, patienter som dyrker sport på højt niveau, patienter med en anden kulturel tilgang til sundhed samt ældre patienter, som fysioterapeuterne oplever som havende en tendens til at udvise manglende adhærens. For at skabe en højere grad af patientadhærens, er der især tre strategier, som går igen på tværs af de adspurgte fysioterapeuter: Tilpasning til patienternes hverdag, målsætning samt involvering af patienten i forløbet.

8.3 Adfærdsmønstre hos patienterne

Efter forudgående analyse er det nu muligt at vende vores perspektiv væk fra fysioterapeuterne og over til selve patienterne, samt hvordan de responderer på den dominerende tilgang og de anvendte strategier. I det følgende vil patientadhærens belyses ud fra patienternes adfærdsmønstre, der hovedsageligt udledes fra patientinterviewene. Adfærdsvidenskaben vil desuden også benyttes til at forklare disse mønstre, hvilket netop er specialets hovedformål.

8.3.1 Meningsfuldhed

Patienternes respons på den dominerende tilgang kan for det første belyses ud fra, hvorvidt de finder fysioterapeuternes anbefalinger meningsfulde. Derfor vil dette undersøges i det følgende, og hvilken effekt det har på patientadhærens. Dette bliver gjort ved brug af den tidligere beskrevne model HBM, som netop er blevet konkluderet som værende en dominerende indflydelse inden for fysioterapi og sundhedsadfærd generelt.

Ifølge HBM er der, som tidligere nævnt, fire hovedkomponenter, som har indflydelse på, hvorvidt individer vil indgå i sundhedsfremmende adfærd: Opfattelsen af hhv. modtagelighed, alvorlighed, fordele og barrierer. Ud fra disse kan det udledes, at modellen anser det som nødvendigt, at patienten skal se en form for mening og relevans for dem, før de vil ændre adfærd, altså udvise patientadhærens. Weick, Sutcliffe & Obstfeld (2005) definerer meningsskabelse som en løbende, retrospektiv proces, hvor der udvikles plausible forestillinger, der rationaliserer menneskers adfærd. Hertil argumenteres der for, at meningsskabelse er helt centralt at tænke ind, når man har med mennesker at gøre, da det er denne proces, der har en afgørende indvirkning på vores adfærd og en eventuel ændring af denne.

For at undersøge hvorvidt de anbefalede træningsøvelser gav mening for patienterne, stillede vi bl.a. i spørgeskemaet spørgsmålet: "I hvilken grad fandt du det legitimt, at du blev bedt om at udføre de pågældende træningsøvelser af din fysioterapeut?" Hertil svarede 80% enten "I høj grad" eller "I meget høj grad", og kun 3% svarede "I lav grad" eller "Slet ikke" (Bilag 1, s. 29). Det tyder dermed på, at patienter generelt finder fysioterapeutens anbefalinger meningsfulde, hvilket yderligere kan understøttes af de udførte patientinterviews. Alle seks patienter udtalte, at de kunne se meningen i de træningsøvelser, de havde fået anbefalet af fysioterapeuten (Bilag 8; Bilag 9; Bilag 10; Bilag 11; Bilag 12; Bilag 13). Nina udtaler bl.a.: "Jeg synes, de giver fin mening. Jeg kan jo godt se og mærke, at det er nogle muskelområder, som jeg har brug for bliver trænet" (Bilag 12, s. 8). Citatet viser samtidig, at hun også kan se gavnigheden bag øvelserne. Denne holdning omkring positiv opfattelse af øvelsernes gavnlighed var også synlig i spørgeskemaet, hvor blot 15% angav, at de "I lav grad" eller "Slet ikke" mente, at træningsøvelserne var gavnlige for dem (Bilag 1, s. 28).

Ifølge HBM bør patienternes høje opfattelse af både gavnlighed og mening betyde en høj grad af adhærens fra de adspurgte. Alligevel ses det, at over halvdelen i spørgeskemaet hverken svarede "I høj grad" eller "I meget høj grad" når adspurgte: "I hvilken grad fik du udført dine øvelser som anbefalet af fysioterapeuten?" (Bilag 1, s. 22). Det kan endvidere diskuteres, om dette tal i virkeligheden er endnu højere, idet spørgeskemaet var selvadministreret og dermed kunne være påvirket af et social desirability response bias. Dette defineres som respondents tendens til at overrapportere socialt foretrukne karakteristika og adfærd (Dalton & Ortegren, 2011). Belæg for denne overrapportering fra patienternes side kan samtidigt findes i hhv. fysioterapeuten Clara og Noahs interviews (Bilag 5; Bilag 6). Hertil udtaler Clara: "Fordi tit og ofte så kommer folk ind og siger: Jamen jeg har lavet dem. Men når man så tester dem, så kan man se jamen okay, det kan simpelthen ikke give mening" (Bilag 5, s. 2).

Ovenstående viser, at trods det at patienter kan se meningen med samt gavnligheden af de anbefalede øvelser, er det ikke ensbetydende med, at de rent faktisk udviser adhærens og får dem udført. Denne tendens til manglende adhærens kan belyses ud fra patienternes prioritering af de anbefalede øvelser.

I empirien ses der en tendens til, at patienter prioriterer fysioterapeuters anbefalinger lavt ift. andre elementer i deres hverdag, hvilket bliver nævnt i samtlige patientinterviews (Bilag 8; Bilag 9; Bilag 10; Bilag 11; Bilag 12; Bilag 13). Det kan bl.a. illustreres ud fra følgende citat fra Lena, som starter med at fortælle, at det sværeste ved øvelserne er at sætte tiden af til dem:

Jeg er bare en travl person, [...] og det jeg skal lave for mig selv, det kommer nok lidt i sidste række [...]. Og det gør det virkelig svært at gøre for mig selv. 'Ja, det får jeg lige lidt tid til senere hen', men den kommer aldrig, den tid (Bilag 11, s. 5)

Nedprioritering begrundes også med uoverensstemmelse mellem øvelserne og hverdagen, hvilket Kit beskriver på følgende måde: "For at få hverdagen til at hænge sammen så synes jeg, det var svært, at det skulle laves så mange gange på en dag" (Bilag 10, s. 8-9). Altså kan det siges at ud over en fysisk indsats, bliver øvelserne også italesat som noget, der kræver en kognitiv indsats, fx i form af at finde tid i en travl hverdag. Fysioterapeuternes øvelser kræver dermed en inddragelse af system 2 processer, hvilket er mere ressourcekrævende for patienterne rent kognitions-mæssigt, end det ville være tilfældet med en system 1 proces.

Den lave prioritering hos patienterne blev også nævnt som en faktor, fysioterapeuterne selv er klar over som en udbredt tendens. Det kan illustreres ud fra følgende historie fra Simon:

Jeg kan huske, at jeg havde en patient, hvor jeg syntes, det havde været et fantastisk forløb. [...] Men så havde han aflyst tre gange. Så tænkte jeg, jeg ringer og hører ham, hvad det er. Så siger han: Ved du hvad Simon... Vi har simpelthen fået skimmelsvamp [...] Jeg kan ikke lave det her lige nu. Og det er jo det, der nogle gange sker indenfor vores felt. Vi er jo ikke så vigtige forstået på den måde, at folk ikke dør af det her, så derfor har det ikke en høj samfundsmæssig prioritet. 'Så det går sgu nok, og det er også lige meget, fordi...' Så kommer der andre ting, som er vigtigere. Derfor ligger vi langt nede på prioritetslisten (Bilag 7, s. 13).

Nedprioriteringen af øvelserne kan bl.a. forklares ud fra det adfærdsvidenskabelige blik på menneskers tidspræferencer.

8.3.2 Intertemporale valg

Når mennesker skal tage intertemporale valg, dvs. valg, hvis konsekvenser udspiller sig over tid, er det generelt vanskeligt for et individ at vente på en fremtidig belønning, når der er et tilgængeligt alternativ, der kan give øjeblikkelig tilfredsstillelse. Dette hænger sammen med tidligere nævnte pointe fra adfærdsøkonomien omkring den menneskelige tendens til begrænset viljestyrke ift. langsigtede planer (Knudsen, 2011). Denne adfærd viser sig også i empirien. Dette ses bl.a., når Kasper siger følgende i forbindelse med at udføre fysioterapeutens øvelser frem for sit eget træningsprogram:

Så kunne det måske godt være, at det gjorde noget godt for mig på den lange bane, men jeg ville stadig være begrænset nu og her ift., at jeg ikke rigtig kunne rykke mig i min egen træningsrutine. Så jeg har nok bare tænkt, at der skulle være en balance (Bilag 9, s. 4).

Nina udviser samme tendens til at fokusere på øjeblikkelig belønning, hvilket kan ses ud fra følgende citat:

Når jeg havde været til fysioterapeuten, så synes jeg ofte, at det havde hjulpet, fordi jeg har været igennem en behandling, der har løsnet. Og så skal man jo fortsætte, for at det bliver bedre derhjemme, men man føler jo allerede, at det har hjulpet at være der og få løsnet op for det problem, man nu havde. Og så tror jeg, man bliver sådan lidt: Nå, så går det nok (Bilag 12, s. 3).

Dette citat viser, at Nina har vanskeligt ved at blive motiveret til adhærens af langsigtet belønning, idet hun allerede er blevet belønnet på den korte bane ved at have modtaget manuel behandling af fysioterapeuten. Ud fra både Kasper og Nina findes der altså belæg for nutidsbias hos patienterne, dvs. at foretrække det mindre, men umiddelbare gode, frem for det større gode, som først kan nydes længere ude i fremtiden (Knudsen, 2011).

En anden forklaring på patienternes tidsinkonsistente adfærd ift. patientadhærens kan findes i identitetsteori. Indenfor denne findes der en retning, som anser vores identitet som en samling af forskellige identiteter, der overlapper med hinanden hen over tid (Hershfield, 2011). Ud fra den antagelse argumenteres det, at menneskers intertemporale valg er påvirket af konflikter i mellem vores forskellige selver. Med andre ord har vi både et kortsigtet handlings-selv og et mere langsigtet planlægnings-selv, som ikke altid har de samme præferencer. Jo længere ude i fremtiden man kommer, des mindre grad identificerer man sig med ens fremtidige jeg indtil et punkt, hvor ens fremtidige jeg føles som en fremmed. Forskningen viser, at dette kan forekomme allerede måneder

snarere end år ude i fremtiden (ibid.). Det kan derfor være en supplerende forklaring på, hvorfor patienterne foretrækker nutidige belønninger, som manuel behandling, selvom de er mindre end den langsigtede belønning, som bedre funktionsevne. For hvis deres fremtidige selv på et følelsesmæssigt plan føles som en anden person, kan det argumenteres, at omkostningen for at lave øvelserne bliver vurderet som værende højere end det, patienterne er villige til at bruge på at gavne en uvedkommende. Omkostningen her fra patienternes synspunkt er tidligere blevet udlagt som værende i form af kognitiv såvel som fysisk indsats og ikke mindst tid.

Netop omkostningen ved at sætte tid af til øvelserne, blev tidligere illustreret gennem historien om Simons patient, som aflyste tre aftaler grundet praktiske problemer med skimmelsvamp i sit hjem. Denne historie illustrerer, hvordan det især er den kognitive indsats, som øvelserne kræver, der kan overvælde patienterne og få dem til at nedprioritere øvelserne. Det vidner om, at trods fysioterapeuternes tidligere nævnte strategi omkring at tilgodese patienternes hverdag, netop så det krævede mindre bevidst indsats, endnu er mangelfuld i praksis. Det ses altså fra empirien, at træningsøvelserne kræver en del system 2 processer for patienterne, hvilket kan være med til at forklare den lavere grad af patientadhærens.

Det adfærdsmønster omkring tidsinkonsistent adfærd, der er blevet fremanalyseret hos patienterne, opstiller altså en barriere for patientadhærens. Adfærden kan desuden sættes op imod en af de populære strategier, som fysioterapeuter bruger ift. at øge patientadhærens, netop målsætningsstrategien. Denne indebærer at sætte et mere langsigtet mål for patienterne, hvilket så bruges som et samtaleværktøj samt som en løbende motivationsfaktor, når patienter udviser manglende adhærens. Denne strategi strider dog imod patienternes adfærdsmønster, idet de prioriterer nutidige belønninger frem for de mere langsigtede. Altså kan målsætninger godt virke motiverende for patienten på tidspunkt A, hvor de sidder over for fysioterapeuten, men på tidspunkt B, hvor de faktisk skal udføre øvelserne, er der sket et præferenceskift, hvor patienter i stedet foretrækker at lave andre ting. Det betyder, at fysioterapeuternes strategi omkring målsætning ikke nødvendigvis vil have en direkte effekt på patienters udvisning af patientadhærens.

8.3.3 Rutiner

Endnu en barriere, der er medvirkende til, at patienterne ikke fik udført de anbefalede øvelser, drejer sig om de forudsætninger, eller krav, der er forbundet med øvelserne. Dette var noget, der kom til udtryk hos flere af de interviewede patienter (Bilag 8; Bilag 9; Bilag 12). Nina valgte fx ikke at udføre

visse af sine træningsøvelser, da det krævede, at hun skulle bruge en gymnastikbold. Hun mente ikke, at fysioterapeutens anbefalinger var vigtige nok til at få hende til at foretage denne investering (Bilag 12). Denne holdning kan ses i relation til den tidligere introducerede FBM, hvor Fogg (2009) nævner tre faktorer, der skal være til stede for at kunne opnå en ønsket adfærd: Motivation, ability og triggers. Herunder nævner han penge som ét af de seks elementer, der har indflydelse på et individs ability til at kunne udføre en adfærd. Det vil netop fungere som en barriere for at opnå den ønskede adfærd, hvis adfærden forudsætter en omkostning, hvilket særligt gør sig gældende for personer med begrænsede finansielle ressourcer. Ud fra hendes tidligere udtalelse, og det faktum at Nina er studerende, kan det antages, at hendes finansielle ressourcer er mere begrænsede. Tilmed kan det argumenteres, at hun ikke har den højeste motivation for at udføre alle de anbefalede træningsøvelser, da det netop kom frem i interviewet, at hun ikke prioriterede dem særligt højt og angav, at hun kun havde udført dem i lav grad (Bilag 12). Grundet den lave grad af motivation, vil det derfor ifølge FBM kræve, at den ønskede adfærd er meget simpel, før Nina vil indgå i den. Og effekten af netop simplicitet på Ninas patientadhærens kan understøttes af hendes beskrivelse af en af øvelserne, som hun faktisk lykkedes med at udføre:

Der er ikke mange trin, jeg skal igennem. [...] Så den er meget simpel, der er ikke så meget man kan gøre forkert i den [...] Jeg tror mest jeg kan huske den øvelse, som jeg nu stadigvæk fortsætter med at lave (ibid., s. 4)

Ifølge FBM er det altså naturligt, at Nina ikke får udført alle de anbefalede øvelser, da nogle af dem kræver en for høj ability ift. hendes grad af motivation.

Træningsøvelsernes krav viste sig også som en barriere for Kasper til trods for, at han generelt udviste en høj grad af adhærens (Bilag 9). Han nævner fx, at den største udfordring ved at gennemføre træningsplanen til tider havde at gøre med adgang til de nødvendige faciliteter. Følgende citat viser hans oplevelse af træningsprogrammets forudsætninger:

Den allerførste gang jeg var oppe i Sats i Gentofte, der tror jeg faktisk, at jeg stort set droppede hele mit program, fordi jeg kunne simpelthen ikke finde plads, og jeg kunne ikke finde noget spejl, og jeg brugte ret meget energi og ressourcer på at finde rundt [...] Normalt så går den jo bare på autopilot, når man er det samme sted hele tiden. Men her, der skulle jeg lige slå autopiloten fra og bruge tid og energi på at finde rundt og orientere mig [...] og så tænkte jeg bare: Ved du hvad, det må blive næste gang (ibid., s. 5)

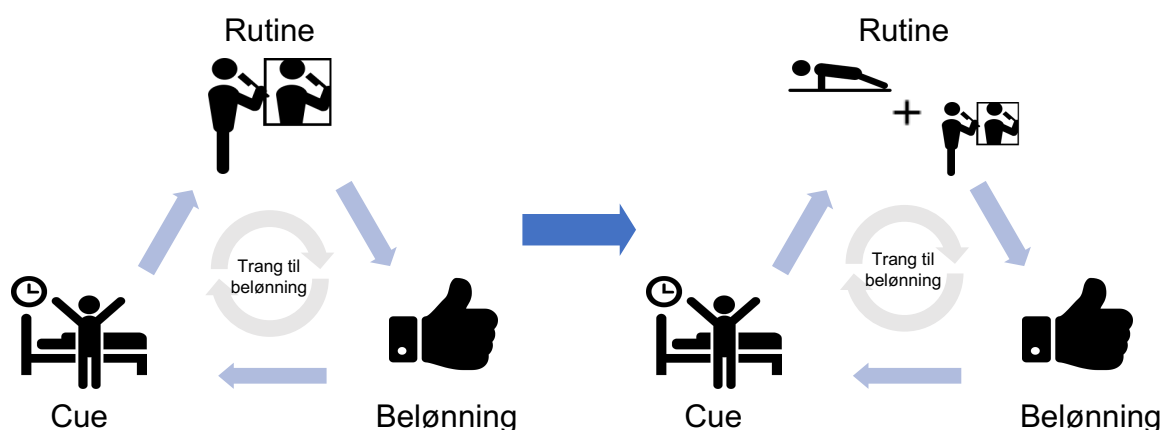
Omstændighederne har derfor været en barriere for ham ift. at udføre øvelserne, idet disse for det første krævede et fitnesscenter, og for det andet krævede bestemt udstyr. I relation til FBM er der i

Kaspers tilfælde også mangel på en tilstrækkelig ability til at indgå i den ønskede adfærd. Dette er derfor endnu et eksempel på, at der er uoverensstemmelse mellem patientens motivation og øvelsernes simplicitet, hvilket har indflydelse på patientens udvisning af adhærens, trods Kasper udviser en højere grundlæggende motivation end Nina. Ifølge Fogg kan det høje krav om ability for Kaspers træningsøvelser også belyses ud fra et af de andre seks elementer, nemlig ikke-rutine. Kaspers ovenstående citat er et eksempel på et tidspunkt, hvor den ønskede adfærd netop ikke var en del af hans eksisterende rutiner. Dette gør, at adfærden er mindre simpel at udføre, og dermed blev hans ability til at indgå i adfærden mindsket.

Rutiner har altså en vigtig rolle, når man ønsker at ændre en adfærd. Dette understøttes af Duhigg (2012), der fremhæver vanens magt på menneskets adfærd. Da vaner ikke kræver, at hjernen skal foretage arbejde i bevidstheden, er det system 1, der varetager disse processer. Vaner spiller derfor en stor rolle i vores adfærd, idet individet dermed vil indgå i en masse handlinger helt automatisk. Når patienter får træningsøvelser udleveret hos fysioterapeuten, vil det derfor ifølge Duhigg være en fordel at integrere disse med allerede eksisterende vaner. Patienten Lena nævner også selv, hvordan netop oprettelsen af rutiner har fungeret for hende ift. at følge træningsøvelserne:

Jeg havde det bedst ved at sætte et bestemt tidspunkt af. [...] Der skulle simpelthen være et stramt og meget bestemt tidspunkt, hvor jeg sagde okay, det er dér - og det hjalp. Det var noget af det, der hjalp med at få lidt rutine i. Så at det var en del af rutinen, en del af morgenrutinen. Lidt ligesom at børste dine tænder om morgenen. I stedet for at starte med at børste tænder, så at starte med at lave mine øvelser på siden af sengen (Bilag 11, s. 5)

Af citatet kan det ses at den strategi, der fungerede bedst for Lena, var at inkorporere øvelserne i sin eksisterende morgenrutine. Dette er et eksempel på, hvordan hun forsøgte at ændre sin vane jf. The Golden Rule of Habit Change. Hun beholder det samme cue, at stå op om morgenen, og samme belønning, at blive klar til dagen, men ændrer på rutinen ved at indsætte træningsøvelserne (se Figur 5). Samtidigt bibeholder hun også den samme trang til at blive klar til dagen, hvorfor hun stadig vil være motiveret til at indgå i vanen, trods at der er blevet tilføjet et nyt element. Ved at integrere det i en vane, blev det derfor lettere for hende at huske at udføre sine øvelser.



Figur 5. Selvudarbejdet illustration af Lenas Habit Loop og ændring i denne

Ud over Lena fremgår det også hos flere af de andre patienter, at de havde lettere ved at udføre træningsøvelserne, når det netop kunne kobles på en eksisterende vane (Bilag 8; Bilag 9; Bilag 11). Patienten Kasper var en af dem, der i højere grad fik udført sine træningsøvelser. Det kan forklares med, at han i forvejen trænede fire gange om ugen. Derfor kunne han integrere fysioterapeutens træningsprogram med sit eget, når han alligevel var oppe og træne. Han nævner netop selv, at han plejede først at gennemføre fysioterapeutens program og derefter sit eget (Bilag 9). Det kan derfor udledes, at hans succes med at følge fysioterapeutens anbefalinger, og dermed udvisning af patientadhærens, kan begrundes med, at han formåede at udvikle en ny rutine til sin eksisterende vane.

Vaner havde også en indflydelse på patienten Allans adhærens. Han nævner, at en af fysioterapeutens anbefalinger gik på, at han skulle forlade sin computer fem minutter i timen under arbejdstiden. Dette havde han udfordringer med at efterleve, hvilket han begrundes således:

Men det er jo stadig svært, hvis det ikke er firmaets officielle politik, at én gang i timen så gik man væk fra computeren, det er bare ikke noget... Det var noget, jeg prøvede at få indført i firmaet" (Bilag 8, s. 5)

For det første ses der endnu et eksempel på, at der er et behov for at integrere selve øvelsen i en eksisterende rutine, i dette tilfælde som en del af en almindelig arbejdsdag. Samtidig ses der også et behov fra Allans side om, at den anbefalede adfærd bliver gjort til et mål for hele virksomheden, hvorfor han nævner et ønske om en dertilhørende firmapolitik. Dette ønske stemmer også overens med Duhiggs påstand om, at individets chance for at ændre adfærd vil øges, hvis man forpligter sig til denne adfærdsændring som en del af en gruppe. Det kan derfor argumenteres, at både ved at

integrere øvelsen i en af Allans eksisterende arbejdsrutiner, men også at gøre det til en social opgave, ville ifølge Duhigg have hjulpet Allan med at udvise patientadhærens. Det sociale aspekt ved at udføre træningsøvelserne vil blive uddybet yderligere i afsnit 8.3.6.

Behovet for at integrere træningsøvelserne med allerede eksisterende vaner kan kobles til fysioterapeuternes anvendte strategi omkring tilpasning til patienternes hverdag. Som nævnt tidligere, er denne del af fysioterapeuternes strategi stadig mangelfuld i praksis. Dette understøttes også af ovenstående analyse, hvori det blev udlagt, at patienterne stadig oplever, forudsætningerne for øvelserne som for krævende ift. deres ability og motivation. Det kan derfor udledes, at det kræver stor kognitiv indsats, og dermed ikke bliver en beslutning, der kan tages på baggrund af tidligere nævnte Habitual Decision Making. Dette bliver derfor endnu en barriere for deres patientadhærens.

8.3.4 Smerter

Ud over intertemporale valg og rutiner, ses der også belæg for, at patienternes oplevelser af smerte har en indflydelse på deres adhærensadfærd. Uddybende, så ses der på tværs af patienterne en tendens til, at de er mest motiveret til at udføre deres øvelser, når de føler smerte (Bilag 8; Bilag 9; Bilag 11; Bilag 12). Dette kan illustreres ud fra følgende citater fra hhv. Nina og Allan: "Men ligesom når jeg kan mærke: Nu er det ved at blive slemt nok til, at jeg synes det bliver irriterende, så får jeg taget mig sammen og laver lige et par øvelser" (Bilag 12, s. 3) og: "Når man så er tilbage på arbejde, og man kan mærke smerterne i skulder og nakke, så er det nemmere at få motiveret sig selv" (Bilag 8, s. 11). Dette er også en oplevelse, som fysioterapeuterne nævner som gennemgående, hvilket Simon fx beskriver således: "De kommer jo, når de lider nok og har ondt nok (Bilag 7, s. 14). Dette adfærdsmønster kan forklares ud fra det adfærdøkonomiske begreb satisfiering. Dette defineres som en modsætning til det klassiske økonomiske maksimeringsbegreb, hvor mennesker anses at gå efter den bedste løsning. I stedet fremsættes det, at når en tilfredsstillende løsning er fundet, et aspirationsniveau, indstilles søgningen efter bedre alternativer (Knudsen, 2011). Ift. satisfiering ses det hos patienterne, at de netop kun fortsætter med at lave øvelserne, indtil smerterne er kommet ned til et acceptabelt niveau. Herefter mister de motivationen for at fortsætte mod et bedre alternativ ved at blive ved. Så først når smerteniveauet stiger, bliver de på ny motiveret til at satisfiere behovet ved at genoptage øvelserne.

Der findes samtidigt også belæg i empirien for, at patienterne er i stand til at vænne sig til smerterne. Det kan bl.a. ses ud fra følgende citat fra Lena:

Og så snart man har det godt, og man kan klare alle de normale daglige ting... Jo jeg kunne ikke gå op og ned ad trappen uden smerte. Men det er ligesom om, man accepterer det, smerterne, som en del af livet. Og så snart man er kommet til en relativt normal funktion i alle de dagligdagsting, man har gang i, så er det ligesom om, at så glider det ud. Og så tænker man: Nå ja, nu har jeg det bedre. Nu behøver jeg det ikke mere (Bilag 11, s. 4)

Patienternes evne til at vænne sig til smerterne, er også en oplevelse, som fysioterapeuten Simon fortæller om: "Vi er længere nede på behovspyramiden. Det gør ikke desto mindre, at folk lider meget mere, for det er den stille liden. Så man vænner sig til at lide" (Bilag 7, s. 13) Ud fra dette kan der argumenteres for, at patienter er i stand til at hæve deres smertetolerance og sænke deres aspirationsniveau, hvilket dermed gør dem nemmere at tilfredsstille, og mindre motiverede for at udføre deres øvelser i søgningen efter et bedre alternativ.

Denne tilvænning til smerter kan desuden også forklares ud fra Philips (1987) model omkring Chronic Pain Avoidance Behavior (CPAB). Denne er udviklet som en forklaring på undvigelsesadfærd hos kroniske smertepatienter. Undvigende adfærd defineres her som udskydelse af uønskede situationer, hvilket derfor kan dække over manglende adhærens fra patienterne. Uddybende bygger modellen på en antagelse om, at undvigelse er et udtryk for den menneskelige præference omkring at minimere ubehag. Derudover påvirkes vi af tanker og minder fra tidligere oplevelser, som kan skabe en forventning om, at gentagelsen af lignende oplevelser vil skabe smerte på ny. Det vil sige, at gennem manglende adhærens kan patienter lære, at undgåelse af situationer såsom krævende øvelser, der én gang har givet dem smerte, vil reducere sandsynligheden for at opleve smerte igen. Derfor bliver det til en selvforstærkende adfærd i det korte løb, til trods for, at det kan resultere i mere smerte igennem deres liv generelt. Uddybende kan det siges, at når først en patient har udvist undgående adfærd, leder det til en lavere grad af self-efficacy og en øget opfattelse af, at aktiviteter vil forværre smerten. Derfor bliver det en ond cirkel, hvor patienten fortsætter med at undgå aktiviteter, såsom fysioterapeutens anbefalinger (Asmundson, Norton & Norton, 1999). Kit er en af de patienter, som fortæller, at hun i meget lav grad fik udført de anbefalede øvelser, hvilket hun netop begrundede med sit smerteniveau. Denne forklaring kan derfor belyses ud fra den førnævnte CPAB-model, idet hun udviser undvigende adfærd netop på baggrund af tidligere oplevelser med smerterne:

Jeg var der [hos fysioterapeuten] hver uge, og vi prøvede at lave de der øvelser hver uge, og jeg kunne gå hjem, tage en morfinpille og gå i seng. Det var sådan en stensikker reaktion, der kom hver gang. Og der kunne jeg så ikke overskue, at jeg så oveni skulle lave det derhjemme selv, fordi jeg vidste, hvad det førte til (Bilag 10, s. 3)

Dette viser, hvordan hun har en klar forventning om smerte ved at følge fysioterapeutens anbefalinger. Ud fra modellen kan det derfor udledes, at hun er kommet ind i et mønster af undvigelse, som ikke vil blive brudt, så længe smerterne holder niveauet. Altså er der tale om en form for tilvænning til smerten i stil med tidligere fremhævede oplevelser fra Lena og Simon.

Kit siger desuden også følgende:

Nu vil jeg også gerne sige, jeg var heller ikke den, der var allerbedst til det [at lave øvelserne]. Fordi igen, det der med og motivere sig selv til at træne igennem smerte, den er ikke helt... Det var i hvert fald for mit vedkommende ikke noget, jeg kunne (ibid., s. 4)

Dette er endnu et belæg for den onde cirkel af undvigelse, og derved manglende adhærens, som Kit er kommet ind i grundet smerterne. Her fremstiller hun det vedvarende smerteniveau som en barriere for at opnå den motivation for patientadhærens, som ellers tidligere er blevet vist som sammenhængende med smerter. Tilvænnningen til smerter fremstiller samme motivationsbarriere for Nina, som siger således: "Det er ikke altid, at når jeg mærker behovet opstår, at jeg gør det [træningsøvelserne]" (Bilag 12, s. 3). Hun nævner efterfølgende, at det kun er, når det er rigtigt slemt, at hun følger fysioterapeutens anbefalinger omkring at udføre øvelserne efter behov. Dette er altså endnu et eksempel på, at hvis smerteniveauet ligger nogenlunde stabilt, vil den patient, som tidligere har udvist undvigende adfærd, kunne blive fanget i en ond cirkel af manglende adhærens, hvor smerter ikke længere virker motiverende.

8.3.5 Self-efficacy

I empirien er der desuden fundet belæg for, at patienternes self-efficacy også har indflydelse på, hvorvidt de får udført de anbefalede træningsøvelser og dermed får udvist patientadhærens. Som nævnt defineres self-efficacy som individets forventning til egne kompetencer. Bandura (1977) nævner i forlængelse af dette, hvor stor en rolle self-efficacy har, når det kommer til adfærdsændring. Dette er som før nævnt grundet, at man ikke blot skal vide, hvilken adfærd der ønskes, men også føle, at man besidder kompetencerne til at opnå denne. Ud fra dette er det derfor ikke nok for patienterne blot at vide, at det gavner dem at følge fysioterapeuternes anbefalinger, men de skal samtidigt føle, at de er i stand til at udføre dem. Hos Nina ses der et eksempel på en sådan situation, hvor det ikke lykkes at få skabt en adfærdsændring, netop grundet manglende self-efficacy. Hun

valgte bevidst kun at udføre de øvelser, hun syntes var simple og afveg dermed fra fysioterapeutens anbefalinger. Om nogle af de fravalgte øvelser siger hun bl.a.:

Det er meget nogle af de der tekniske ting, hvis man skal til at sidde i bestemte... Eller strække en meget bestemt muskel. Der synes jeg det bliver meget svært som patient at skulle vide: Er det den rigtige muskel, jeg får strukket eller den rigtige muskel, jeg får trænet? [...] Hvordan var det nu lige helt præcist, skulle jeg have armen op i 90 grader, eller var det 45 grader? Altså det kan godt blive meget hurtigt komplekst, at man skal huske flere forskellige ting (Bilag 12, s. 5)

Ud fra hendes usikkerhed fremgår det, at hun ikke har den største tro på sig selv, når det kommer til at udføre træningsøvelserne korrekt. Dette kan ses i relation til, at hun også beskriver sig selv som en inaktiv person, der ikke går i fitness (ibid.). Ninas self-efficacy vil, som tidligere nævnt, kunne påvirkes af fire informationskilder, hvoraf en af disse er hendes egne erfaringer. I Ninas tilfælde er de personlige erfaringer, hun har omkring træning, forbundet med negative associationer. Dette begrundes med, at hendes erfaring er forbundet med en afstandstagen til træning, hvilket ses i interviewet, når hun gennemgående italesætter sig selv som en person, der ikke er vant til træning. Hun udtaler fx: "Sådan en som mig, der ville det nok være sådan: Okay, vi kan godt se, du er ikke vant til at træne, du er ikke vant til at følge alle de her daglige rutiner og lave øvelser. Så det kan godt være, det kommer til at tage lidt længere tid med mig" (ibid., s. 10). De negative associationer skaber dermed en lavere grad af self-efficacy, når det kommer til træning, da det ikke er noget, hun er vant til at gøre. Dette havde en indflydelse på hendes patientadhærens, idet usikkerhed holdt hende tilbage fra at følge træningsprogrammet.

Et andet eksempel fra empirien, som viser self-efficacys indvirkning på patientadhærens, kan findes hos Kasper. Han var netop en af de patienter, der var bedre til at få udført sine øvelser, og dermed i højere grad udviste adhærens. I hans tilfælde identificeres en høj grad af self-efficacy, hvilket begrundes med, at han som nævnt tidligere, har været vant til at træne fire gange om ugen, og har samtidigt meget fokus på teknikken bag øvelserne (Bilag 9). Herfra udledes det, at det er et område, som han har både viden samt erfaring inden for. Der er derfor i dette tilfælde også tale om en påvirkning fra egne erfaringer på hans self-efficacy, men modsat Nina har det været positive associationer med træning, som har resulteret i en høj self-efficacy for Kasper. Belæg for udviklingen af self-efficacy hos Kasper gennem egne erfaringer ses yderligere i følgende citat:

Hvis jeg nu, sidste gang jeg lavede mit træningsprogram, at det var gået rigtig godt, og jeg kunne holde balancen rigtig godt hele vejen igennem, og jeg kunne holde teknikken rigtig godt hele vejen igennem, og jeg gjorde det i øvrigt hurtigt. [...] Så ville jeg lidt tage den fornemmelse med mig til næste session, hvor jeg skulle lave mine øvelse og tænke: Vi gør det på samme måde, jeg holder balancen lige så godt som sidst, og jeg holder teknikken lige så god som sidst, og jeg gør det lige så hurtigt som sidst” (ibid., s. 8)

Citatet viser meget eksplicit, at hans self-efficacy er blevet opbygget gennem de positive associationer med øvelser. Disse erfaringer udtrykker han også som en meget motiverende faktor for at fortsætte med at udføre øvelserne efterfølgende (ibid.). Fra Nina og Kaspers udtalelser bliver det dermed tydeliggjort, at patienternes oplevelse af egne kompetencer ift. træningsøvelser, dvs. deres self-efficacy, har en indflydelse på patientadhærens.

Vigtigheden af self-efficacy er noget, som fysioterapeuten Simon i forvejen er bevidst om. Han nævner netop, at udfordringen med patientadhærens tit er, at folk ikke føler sig dygtige nok eller i stand til at udføre øvelserne. Han understreger derfor, at det er vigtigt at få patienterne til at føle sig kompetente nok (Bilag 7). For at opnå patientadhærens, handler det altså også om at forsøge at øge graden af patienternes self-efficacy. Denne strategi kan kobles sammen med det, Bandura kalder for sproglig overtalelse, hvilket netop er en anden informationskilde til at påvirke self-efficacy. Metoden er lettere at anvende sammenlignet med påvirkning af patientens egne erfaringer, da strategien blot handler om at informere patienten om, at de besidder evnerne til at udføre øvelserne. Dog bliver den generelt anset som mindre effektiv, da patienten ikke nødvendigvis vil være overbevist af ord alene (Bandura, 1977). Dette kan der ses belæg for i empirien, hvor patienten Tobias i forbindelse med smerter ved en øvelse udtaler: “Og så spørger jeg så ham [fysioterapeuten]: Det gør sgu lidt ondt det her, er det meningen? Hvor han har den tilgang, at det er fordi, jeg skal udfordres. Så det er både positivt, men også sådan lidt nervepirrende, fordi jeg er bange for, at det går galt” (Bilag 13, s. 5) Det ses af citatet, at Tobias er usikker på egen evne, da han er “bange for, at det går galt”, trods at fysioterapeuten har kommunikeret, at han har kompetencerne og blot skal udfordres. Sproglig overtalelse alene argumenteres derfor som ikke nødvendigvis at være med til at øge patienters self-efficacy og dermed patientadhærens. Tobias’ citat kan også ses i relation til oplevede følelser, som er en tredje informationskilde til self-efficacy identificeret af Bandura. Hertil vil individers tilstand, når de indgår i en specifik adfærd, have indflydelse på deres self-efficacy indenfor dette område. Af citatet fremgår det, at Tobias har en følelse af frygt, når han udfører en af sine øvelser. Denne negative følelse kan netop mindske hans tro på sine egne evner og dermed føre til en lavere grad af self-efficacy, hvorfor det kan argumenteres, at den sproglige overtalelse i dette tilfælde vil være endnu mindre effektiv.

En anden faktor, der i empirien også viser at have indflydelse på patienternes self-efficacy, er når patienterne observerer og sammenligner sig selv med andre fx i form af andre patienter. Her bliver det relevant at tage fat i den sidste informationskilde, der har indflydelse på self-efficacy, nemlig observerede erfaringer. Dette dækker over, at individer overværer andre individer og derefter vurderer deres egne evner set i forhold til udførelsen af den pågældende aktivitet. Så ift. at opbygge en høj self-efficacy, er det derfor relevant, at man som patient får mulighed for at sammenligne sig med relaterbare individer, så patienterne ikke bliver for intimiderede og dermed vurderer deres egne evner lavt. Fysioterapeuten Britt nævner, at de netop forsøger at imødegå dette i deres klinik ved at skabe omgivelser, der er relaterbare for patienten, gennem deres træningscenter. Hun uddyber således: "Der er nogle som dig, der ikke er vant til at træne, og du har også mulighed for at spørge en af os, hvis du har udfordringer (Bilag 4, s. 7) Her argumenterer hun for træningscenterets relaterbarhed ved at sige, at det ikke er fyldt med udelukkende synligt trænede personer, hvilket ellers kan være tilfældet i et normalt træningscenter. På den måde kan patienter observere andre patienter, der er i samme situation eller på samme niveau som dem. Det er derfor en måde at forsøge at skabe patientadhærens på.

Alligevel ses det i vores patientinterviews, at blot selve mødet med fysioterapeuten, samt klinikken i sig selv, kan have en negativ effekt på patienters self-efficacy. Dette er især gældende, når det kommer til patienter, der ikke har meget erfaring med træning i forvejen. Det kan begrundes med, at når sådan en patient træder ind i en klinik, og som det første bliver mødt med et træningscenter samt en fysioterapeut, der fremstår som en træningsvant person, kan det allerede fra start virke fremmed for denne patient. Denne følelse går igen hos patienten Nina, med hendes fortælling omkring første gang hun skulle udføre sine øvelser med fysioterapeuten:

Selvfølgelig er det altid lidt underligt at skulle ligge der sammen med en, der jo netop er meget professionel og kender øvelserne. Og de ved jo, hvordan man udfører tingene korrekt første gang. [...] Der kan man godt føle sig lidt forkert i den måde, man udfører sine ting (Bilag 12, s. 5)

Det fremgår af citatet, at Ninas lave grad af self-efficacy også er blevet påvirket af, at en professionel person overværer hende, og hun dermed kommer til at udlede troen på sine egne kompetencer ud fra en sammenligning af, hvor lidt hun minder om dem. Denne oplevelse kan både kategoriseres som en form for egen erfaring, men også som en observeret erfaring, idet hun får øvelserne vist af fysioterapeuten. Da hendes egen erfaring er negativ og den observerede erfaring kommer ud fra et

møde med fysioterapeuten, en person hun ikke kan relatere til, er det naturligt, at Nina vil vurdere, at hun ikke kan udføre øvelserne. Dermed har hendes observerede erfaring, hvilket stammer fra miljøet hos fysioterapeuten, også en negativ effekt på hendes self-efficacy.

Yderligere kan det argumenteres, at de holdtræninger, som de fleste fysioterapiklinikker tilbyder (Bilag 14), også har en indflydelse på self-efficacy og dermed patientadhærens. Under disse træningssessioner bliver det netop muligt for patienterne direkte at observere hinanden, hvilket tilføjer til kilden observerede erfaringer. Ud fra hvad der observeres, kan holdtræningerne derfor påvirke self-efficacy både positivt og negativt. Hos Kit havde hendes observerede erfaringer netop en negativ effekt på hendes self-efficacy, da det hold hun deltog på hovedsageligt, bestod af patienter med en gennemsnitsalder på 60 år, hvor hun selv var i 30'erne (Bilag 10). Denne oplevelse beskriver hun således:

Og så tror jeg også, der er et eller andet, fordi jeg er så konkurrenceminded, så ville der ske et eller andet for mig, hvis jeg kunne se, der står en 70-årig gammel mand, der ligesom kunne tage flere kilo, end hvad jeg ville kunne håndtere. [...] Måske ikke lige det fedeste, der ligger en eller anden gammel mand, der dårligt nok kan gå, men han kan faktisk lave flere øvelser, end jeg kan. Det måtte jeg bare erkende, det var ikke lige succesoplevelsen (ibid., s. 7)

I dette tilfælde var den sociale sammenligning altså ikke en succes for hendes oplevelse af egne kompetencer. Dette kan begrundes med, at de ældre personer hun sammenligner sig selv med, er nogen, som hun på forhånd havde en forventning om ville have ringere træningskompetencer end hende. Da hun så observerer, at dette ikke er tilfældet med den 70-årige mand, bliver hendes self-efficacy ift. træning derfor mindsket.

Det, der taler for holdtræningernes positive effekt på patienternes self-efficacy er, at alle på holdet er fysioterapipatienter, hvilket derfor gør relaterbarheden større i den sociale sammenligningsproces. Patienten Lena beskriver netop dette i forbindelse med hendes udlægning af, hvorfor hun fandt holdtræning motiverende for sin egen adhærens:

Det er nok det der sociale samvær. Også at kigge lidt på andres fremgang såvel din egen. [...] Men det er måske også bare hyggen og have nogle andre at kigge på, imens du gør det og holde dig lidt motiveret (Bilag 11, s. 7)

Denne oplevelse adskiller sig fra Kits, hvilket kan forklares ud fra, at Lena får opbygget sin self-efficacy, idet hun fokuserer på at observere andre relaterbare personers fremgang og bruge dette til

at vurdere, at det også kan lade sig gøre for hende selv. Ud fra interviewene fremgik det også, at Lena udviser en markant højere grad af patientadhærens end Kit, hvilket netop skyldes hendes positive oplevelser med førnævnte hold.

Opsummerende kan det ud fra ovenstående udledes, at en patient med lav grad af self-efficacy ift. sine træningsøvelser vil udvise en lavere grad af patientadhærens, mens en patient med højere grad af self-efficacy vil tendere til at udvise en højere grad af patientadhærens. Self-efficacy hos patienterne bliver både påvirket af egne personlige erfaringer, og når de observerer samt sammenligner sig selv med andre individer i lignende situationer. Dette finder sted både i mødet med fysioterapeuten, men også på diverse holdtræninger, som patienterne kan deltage på. De positive effekter er til stede, når patienten kan relatere til dem, de sammenligner sig med, og samtidig vurderer, at de også selv har evnen til at udføre øvelserne. De negative effekter er derimod til stede, når patientens forventning om eget niveau sammenlignet med andres ikke bliver indfriet.

8.3.6 Forpligtelse og social indflydelse

Et andet aspekt, der viser sig at have indflydelse på patientadhærens er, når patienterne føler en forpligtelse til udførelsen af de anbefalede øvelser. En måde for patienter at forpligte sig på, kan være igennem ejerskab over processen. Dette kan forklares ud fra ejerskabseffekten, dvs. at mennesker er mere tilbøjelige til at ville holde fast i et objekt, de ejer, end de er villige til at anskaffe sig det samme objekt, når de ikke ejer det (Kahneman et al., 1991). Derfor argumenteres det, at hvis patienten føler et ejerskab over for deres forløb, vil de også føle sig mere forpligtede ift. at udføre deres øvelser. Denne effekt er understøttet af WHO's rapport (2003), som netop siger, at patienter, der ser sig selv som partnere i deres forløb, udviser høj grad af adhærens. Lige præcis strategien omkring involvering af patienten i forløbet er tidligere blevet udlagt som en hyppigt anvendt strategi hos fysioterapeuterne for at øge graden af patientadhærens. På trods af dette, findes der belæg i spørgeskemaundersøgelsen for, at patienterne generelt set ikke selv deler fysioterapeuternes opfattelse af deres involvering. Til spørgsmålet "I hvilken grad følte du, at du fik medbestemmelse da træningsøvelserne skulle planlægges?" svarede 77% af de adspurgte "Slet ikke", "I lav grad" eller "I nogen grad". Dertil var der kun 19% der svarede "I høj grad" eller "I meget høj grad" (Bilag 1, s. 31). Da ejerskabseffekten kan argumenteres primært at have gavn som en forpligtelsesanordning, såfremt patienter har en bevidst forståelse af ejerskabet, vidner disse tal om enten en generelt manglende udbredelse af strategien i faget eller mangelfuld implementering fra fysioterapeuternes side.

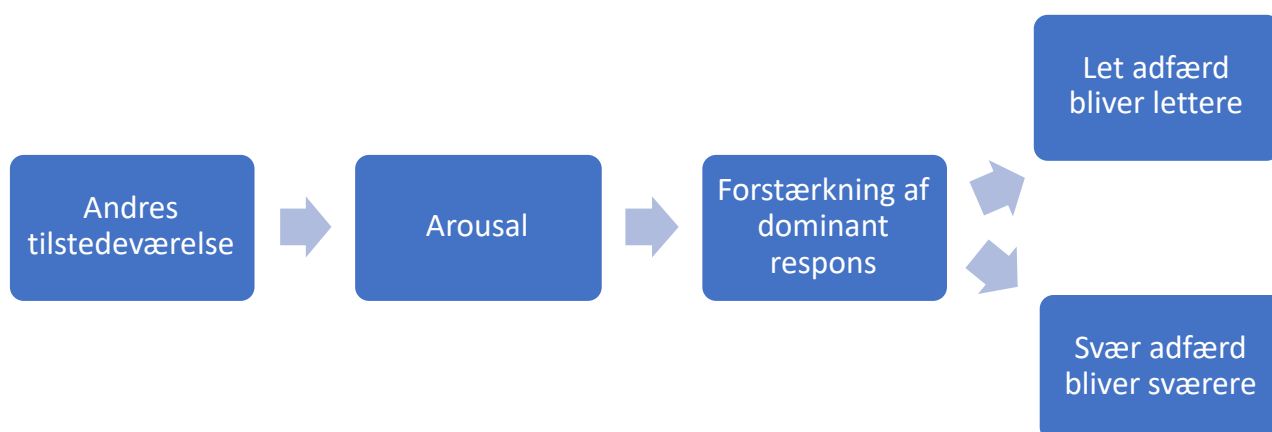
Af empirien bliver der desuden også fundet belæg for, at holdtræningen kan fungere som en anden form for forpligtelsesordning ift. patientadhærens. Fx beskriver Lena, hvordan hun kan have udfordringer med at finde selvdisciplin til at få udført øvelserne alene, hvorfor hun oplever holdtræning som både motiverende og hjælpsomt ift. netop dette. Belæg herfor kan ses i følgende citat:

Man danner et lille hold og lærer hinanden lidt at kende og holder hinanden rent psykisk lidt gående. Det giver en lidt... Ikke konkurrence, det ville jeg ikke kalde det, men lidt det der med at man skal kunne fortælle næste gang, man ser dem, at jeg har også fremgang. Så der på en måde spiller lidt konkurrence ind i det, måske. [...] Det hjælper motivationen (Bilag 11, s. 7)

Når Lena vælger at melde sig til holdtræningen, kan dette ses som en ekstrap psykisk selvkontrolsstrategi, idet hun forpligter sig til en ordning, et bestemt hold på et bestemt tidspunkt, der gør hende mere motiveret for at dukke op (Knudsen, 2011). Begrebet kognitiv dissonans kan være med til at forklare, hvorfor denne strategi har virket motiverende for Lena ift. at udvise patientadhærens. Begrebet defineres som det mentale ubehag, der kan opstå, når ens kognitive elementer er modstridende. Med andre ord indtræder det, når der er uoverensstemmelse mellem individets adfærd, og hvad de tror, er det rigtige at gøre (ibid.). Så når Lena på forhånd har taget en beslutning om, at holdtræning er en god løsning for hende, vil hun opleve kognitiv dissonans, såfremt hun vælger at skippe træningen, da hendes adfærd i dette tilfælde ikke ville stemme overens med hendes opfattelser. Fysioterapeuten Britts oplevelser med at tilbyde holdtræning til de patienter, der ikke udviser adhærens, understøtter også effektiviteten af denne ekstrap psykiske strategi (Bilag 4). Hun begrundede effektiviteten af strategien således: "Det er det der med, at man har en aftale, og der er nogle, der holder øje med en" (ibid., s. 7). Igen argumenteres der for, at såfremt patienter vælger ikke at deltage ved de tilmeldte holdtræninger, vil der opstå kognitiv dissonans. Derfor er forpligtelsen med til at skabe patientadhærens, idet deltagelse på holdet er en måde at reducere eller undgå ubehaget ved den kognitive dissonans på.

Udover at holdtræning fungerer som en forpligtelsesordning, fremgår det yderligere af Lenas tidligere citat, at det ikke kun er selve forpligtelsen til holdtræningen, der øger hendes udvisning af patientadhærens; den blotte tilstedeværelse af andre patienter skaber også en motivation hos hende til at fortsætte med øvelserne hjemme. I interviewet nævner hun, som tidligere påpeget, at hun har svært ved at finde samme motivation for at udføre sine øvelser, når hun skal gøre det selv (Bilag

11). Lenas motivation kan belyses ved hjælp af effekten af social indflydelse. Dette refererer til situationer, når individer påvirkes af interpersonelle processer, der ændrer deres følelser, tanker eller adfærd (Weiner, Tennen & Suls, 2012). Dette kan siges at være tilfældet med Lena, idet de interpersonelle forhold, der eksisterer på træningsholdet, er med til at påvirke hendes adfærd og få hende til at udvise højere grad af patientadhærens. Den sociale indflydelse, som Lena oplever, kan mere konkret beskrives ud fra begrebet social facilitering. Begrebet refererer til, at individers performance vil blive påvirket af den blotte tilstedeværelse af andre personer, idet denne skaber en arousal. Mere specifikt vil tilstedeværelsen af andre personer styrke den respons, der er mest dominerende hos individet i den specifikke situation. I Lenas situation vil det altså være den adfærd, der er mest fremherskende hos hende i en træningssituation, der vil opstå. Performance kan derfor både blive påvirket positivt og negativt, da det afhænger af, hvor svært individet mener, adfærden er at udføre. Hvis adfærden anses for let, vil det have en forstærkende effekt, hvorimod hvis den anses som svær, vil det have en svækkende effekt (Mikkelsen, 2016). Se Figur 6 for illustration.



Figur 6. *Selvudarbejdet model af social facilitering*

Når Lena får udført sine øvelser i tilstedeværelsen af andre, er det altså en forstærkning af hendes træningsadfærd, hvilket kan forklares ud fra, at hendes self-efficacy inden for træning er høj, og at hun dermed finder adfærden lettere. Hendes højere grad af self-efficacy understøttes både af, at hun benævner sig selv som en person, der altid har været aktiv, men også af det faktum, at hun tidligere har været praktiserende fysioterapeut (Bilag 11). Da adspurg om hvordan det gik, første gang hun skulle udføre øvelserne, siger hun desuden: “Det oplevede jeg som fint, jeg havde en god forståelse for det, jeg skulle lave. Jeg havde lavet dem mange gange sammen med fysioterapeuten” (ibid., s. 6). Hendes højere grad af self-efficacy er dermed med til at gøre holdtræningerne

motiverende for hende ift. at udvise patientadhærens, idet hendes dominante respons gør, at hun performer bedre ved tilstedeværelsen af andre.

I empirien findes der samtidigt også et eksempel hos patienten Kit på, at den sociale indflydelse på et hold kan medføre et dominerende respons, som resulterer i en svækkelse af performance. Som udledt af afsnit 8.3.5 omkring self-efficacy, blev hendes self-efficacy ift. træning mindsket, da hun deltog på holdtræning. Hendes lave grad af self-efficacy blev desuden også udviklet efter hendes trafikulykke, da det resulterede i, at hun ikke længere havde evnerne til at udføre samme aktiviteter som før (Bilag 10). I Kits tilfælde vil hendes lave grad af self-efficacy have en negativ indvirkning på hendes performance, hvilket begrundes med, at tilstedeværelsen af andre patienter vil minde hende om, at adfærden er svær for hende at indgå i, og hendes dominante respons vil dermed lede til en svækket træningsadfærd. Holdtræning vil i hendes tilfælde derfor have en negativ indflydelse på hendes patientadhærens. Altså, for at øge patientadhærens gennem holdtræningen må fysioterapeuten være opmærksom på patientens self-efficacy, idet tiltaget ellers kan føre til en svækkelse af patientens træningsadfærd.

8.3.7 Forholdet mellem fysioterapeut og patient

I dette afsnit vil det belyses, hvordan forholdet mellem fysioterapeut og patient også har en indflydelse på patientadhærens. Dette er et forhold, der er præget af asymmetrisk information, da fysioterapeuten som sundhedsfaglig behandler besidder mere information end patienten, hvilket kan være medvirkende til at skabe et ulige balanceforhold. Denne type af relation gør det nødvendigt for patienten at kunne stole på fysioterapeutens udmeldinger for at ville udvise adhærens, idet de ikke selv besidder den nødvendige ekspertise til at vurdere den bedste behandling. Et eksempel på en patients oplevelse med dette behov for tillid til fysioterapeuten som fagperson kan ses hos Tobias:

Jeg synes, jeg ved rigtig mange ting og forsøger ligesom at vide alting, så jeg slipper for at tro alt for meget på andre. Men lige hvad angår fysioterapi, fødder osv... Jeg ved rigtig rigtig meget om statistik, men sådan noget om kroppen, ved jeg ingenting om. Så der er jeg bare nødt til at stole på det, han [fysioterapeuten] siger. Det er lidt træls og grænseoverskridende, men sådan er det jo (Bilag 13, s. 6)

Ovenstående citat fremhæver også den ulige magtbalance, som patienten kan opleve ved ikke at besidde samme viden som fysioterapeuten. Til trods for denne betænkelighed, beretter Tobias igennem sit interview om en positiv oplevelse med sin fysioterapeut, hvilket han begrunder med en følelse af fysioterapeuten som en troværdig autoritet (ibid.). Denne oplevelse kan forklares ud fra

teori om social indflydelse, som afsnit 8.3.6 også berørte. Nærmere bestemt kan det belyses af begrebet informativ social indflydelse, hvilket henviser til, hvordan der findes mange informationskilder, når det kommer til at skulle træffe beslutninger omkring vores adfærd. Som individ kan man derfor vælge at kigge til andre individer for hjælp for herefter at følge deres eksempel. På den måde er det en form for konformitet, hvor individet vælger at acceptere andres opfattelser af virkeligheden (Deutsch & Gerard, 1995). Idet Tobias netop vælger at stole på sin fysioterapeut som en troværdig informationskilde, argumenteres det, at hans adfærdsmønster, og dermed patientadhærens, bliver påvirket af denne informative sociale indflydelse.

Når Tobias lader sig påvirke af sin fysioterapeut gennem informativ social indflydelse, viser det, at han har et tillidsfuldt forhold til sin fysioterapeut. Ifølge rapporten fra WHO omkring patientadhærens på langt sigt, har netop forholdet mellem en sundhedsfaglig person og dennes patient en direkte effekt på den pågældende patients adhærensniveau. Rapporten nævner, at der generelt ses bedre slutresultater hos patienter, hvis behandler har delt informationer, opbygget et involverende forhold samt udvist emotionel støtte sammenlignet med de patienter, som ikke har modtaget dette (WHO, 2003). Denne sammenhæng kan også findes hos Tobias. Interviewet igennem betegner Tobias sit forhold til fysioterapeuten som positivt og udtaler bl.a.: "Jeg synes, der er et godt personligt samarbejde med mig og fysioterapeuten. Så ja, jeg fortsætter nok længere tid, end jeg har brug for, men det er fordi, jeg kan mærke, at han vil mig det bedste" (Bilag 13, s. 2-3). Efter sit interview tog han selv initiativ til at åbne sig yderligere op ved at sende os en e-mail, hvori han fortalte mere omkring omstændighederne op til sit behandlingsforløb. Dette havde bl.a. indebåret en række personlige udfordringer, hvorom han fortalte:

Jeg har været utrolig inaktiv det sidste år, som jeg nævnte. Det har haft en masse følgeefferter såsom ringere kost, mindre motion [...] osv. Helt uformelt kan man sige, at jeg er blevet tyk. Det at jeg kom i kontakt med ham Jørgen her [fysioterapeuten], har virkelig hevet mig op. Det er ikke kun hans øvelser, der styrker min fod. Jeg er selv kommet i gang med træning og kost - plus jeg får læst mere. Min fedtprocent er på vej ned igen. Jeg synes faktisk, det er en smule bekræftende at gå hos ham, og han giver mig en tiltro på, at jeg kommer virkelig stærkt ud på den anden side og vende tilbage til min gamle livsstil (ibid., s. 17)

Her ses det, hvordan Tobias føler sig støttet på det personlige plan af sin fysioterapeut, og hvordan det overordnet set har motiveret ham til at følge fysioterapeutens anbefalinger. Dette stemmer altså overens med den eksisterende litteraturs fremhævnings af social støtte som et positivt element for patientadhærens samt med konklusionerne i WHO's rapport. Derfor vidner det om, hvor vigtigt et godt forhold til fysioterapeuten er for patientadhærens. Det tillidsfulde forhold, og anseelsen af

fysioterapeuten som en troværdig autoritet, skaber nemlig en grobund for informativ social indflydelse, hvilket gør det muligt for fysioterapeuten at øge patientens udvisning af adhærens.

Det kan være en udfordring, når fysioterapeuter så ikke formår at få skabt et tillidsfuldt forhold samt en troværdig autoritet. Ud fra interviewene med fysioterapeuterne ses der netop en tendens til, at deres niveau af erfaring har indflydelse på, hvorvidt patienterne opfatter dem som troværdige. Dette kan have en indvirkning på graden af patientadhærens, som fysioterapeuterne oplever. Fysioterapeuten Mia kalder sig selv for en "relativ nybegynder" inden for sin gren af fysioterapi og fortæller således om sine udfordringer i den forbindelse:

Så der kan det nogle gange være sværere, hvis man har en meget styrende person, der har en klar holdning til, hvad der skal ske. Og hvis man som terapeut ikke er god nok til at forklare, hvad det er, der skal ske eller lave en ordentlig forventningsafstemning [...] så kan det hurtigt blive en piskerundt i manegen, indtil man får stoppet op og talt om: Hvad er det, du forventer, og hvad er det jeg forventer, for jeg skal også komme i hus med min undersøgelse, og ikke lade mig diktere af, hvad de synes, der skal ske for meget (Bilag 7, s. 12)

Citatet viser, hvordan hun oplever udfordringer med at trænge igennem til patienter, hvilket hun tilskriver en manglende autoritet som mindre erfaren terapeut. Samme problemstilling blev bragt op af de to unge fysioterapeuter Noah & Clara. Clara fortæller bl.a.:

Nu er jeg 27 og som relativt stadig nyuddannet, så kan det nogle gange godt være en udfordring, at det er en, der kommer som direktør eller med en kæmpe høj stilling, som måske er 50 [...], dem som kommer og tænker: Okay, nu kommer jeg bare til sådan nærmest en 18-årig nyuddannet fys, og hvad bilder hun sig ind, det var i hvert fald ikke, hvad jeg havde tænkt mig' (Bilag 5, s. 11)

Altså ses det, at unge eller mindre erfarne fysioterapeuter oplever en lavere grad af tillid fra patienterne ift. dem som fagpersoner, hvilket også påvirker, i hvor høj grad patienterne vil følge deres anbefalinger. Dette understøtter hvor stor en indflydelse et tillidsfuldt forhold og opfattelsen af fysioterapeuten som en troværdig autoritet har på patienters udvisning af adhærens.

Ud over den positive indflydelse, som et tillidsfuldt forhold kan skabe for patientadhærens, kan den ulige magtbalance også skabe en negativ reaktion hos patienten, som derfor også påvirker forholdet negativt. I empirien ses der netop et eksempel på en sådan reaktion hos patienten Nina:

Hvis nu jeg spørger om et eller andet med hensyn til den her muskel, eller hvis jeg prøver at virke mere interesseret i den behandling, hun nu er i gang med at udføre, så kan det godt være meget sådan: Jamen, du ved jo godt bla bla bla, hvor det er: Nej jeg ved jo ikke noget om musklerne i ryggen. [...] Og så kan man godt blive lidt... Nå, så har man ikke rigtigt lyst til at spørge igen, fordi man måske føler sig lidt dum eller noget (Bilag 12, s. 12)

Her ses det, at fysioterapeuten med sin sundhedsfaglige baggrund i denne situation antager, at patienten besidder samme viden som hende. Citatet viser dermed, hvordan den asymmetriske information i fysioterapeut-patient forholdet kan skabe grundlag for den kognitive bias ved navn curse of knowledge. Denne bias referer til, at individer fejlagtigt vurderer, at andre besidder samme viden som dem selv (Kennedy, 1995). Ved at bruge sprog som "Jamen, du ved jo godt..." viser Ninas fysioterapeut tegn på at være påvirket af curse of knowledge. Dette tydeliggør ubalancen i forholdet for Nina og gør det sværere for hende at udvise den tillid, som tidligere er vist at øge patientadhærens. Hun nævner desuden, at fysioterapeutens væremåde, som hun beskriver som "belærende" og "bedrevidende" var medvirkende til, at hun ikke brød sig om at gå hos hende (ibid.).

Da Nina gik hos forskellige fysioterapeuter, kan hendes meget forskelligartede forhold være med til at understrege effekten af curse of knowledge på tilliden mellem de to parter. Om en anden fysioterapeut siger Nina nemlig:

Han formår at holde den positive stemning, men også at forklare og sige: Jamen det er sådan, fordi sådan og sådan. [...] Jamen han formår virkelig og få det ned på et niveau, sådan så man selv kan være med og forstå, hvad gavner det eller... Måske bare gøre det mere relaterbart. Og det gør også, at jeg automatisk bedre kan lide ham og ligesom gør, at jeg synes, han er bedre til at tage sig af den situation, jeg nu står i (ibid., s. 11)

Af citatet udledes det, at denne fysioterapeut ikke udviser curse of knowledge, idet han ikke tager sin egen viden for givet og i stedet forklarer tingene på en måde, som patienten Nina kan forstå. Dette var med til at skabe en positiv oplevelse for Nina, og kan samtidigt argumenteres for at øge hendes self-efficacy, idet han forsøger at gøre anbefalingerne mere relaterbare og dermed tilpasse dem, så de er i overensstemmelse med hendes opfattelse af egne evner. Denne type af forhold øger dermed sandsynligheden for patientadhærens, jf. afsnit 8.3.5.

Opsummerende kan tilstedeværelsen af asymmetrisk information have en positiv effekt på patientadhærens, såfremt patienten oplever fysioterapeuten som en troværdig autoritet og et tillidsfuldt forhold mellem dem er til stede. Det begrundes med, at det vil skabe konformitet hos patienten gennem effekten af informativ social indflydelse. Dette viser sig at være vanskeligere at

opnå for fysioterapeuter, der har mindre erfaring. Informationsasymmetrien kan også have en negativ effekt på fysioterapeut-patient forholdet, og dermed graden af tillid og patientadhærens, når fysioterapeuten er påvirket af curse of knowledge.

8.3.8 Rationalisering

Endelig kan patienternes adfærdsmønstre ift. af udvise adhærens også forklares ud fra begrebet rationalisering. Rationalisering er en forsvarsmekanisme hos individet, hvor deres modstridende handlinger eller følelser retfærdiggøres på en måde, så det fremstår mere logisk og rationelt (Cherry, 2020). Som tidligere vist, har patienterne en klar opfattelse af, at fysioterapeutens udleverede øvelser er legitime, og de kan samtidig se gavnligheden i disse. Så når patienter ikke får lavet øvelserne, kan det altså argumenteres at skabe kognitiv dissonans, idet de så gør noget, som ikke stemmer overens med, hvad de tror på. Ud fra interviewene med patienterne blev det tydeliggjort, at patienterne forsøger at mindske ubehaget ved kognitiv dissonans gennem en rationalisering af deres handlinger. Dette er et forsvar mod en oplevet irrationel eller forkert handling, som skal gøre den til mere acceptabel adfærd. Rationaliseringen kan både være vendt udad, altså henvendt mod andre individer, eller indad, henvendt til én selv. Sidstnævnte tilgang betegnes derfor som en selvrationalisering (ibid.). Et eksempel på en sådan selvrationalisering hos patienterne kan bl.a. ses hos Allan:

Så kan der være noget omkring ferier, hvor man også kan være mindre motiveret, men hvor der også kan være mindre behov for at gøre det. Så laver jeg meget havearbejde fx i min sommerferie. Så tænker jeg, så må havearbejdet være mit fitness (Bilag 8, s. 10)

Her ses det, at han begrundet sit valg om ikke at følge fysioterapeutens anbefalinger ved, at han stadig holder sig aktiv gennem havearbejde, hvilket for ham retfærdiggør handlingen. Et yderligere eksempel på rationalisering kan ses hos Nina:

Så det der med man skal ud og købe rekvisitter [træningsudstyr], og så havde jeg det lidt sådan, okay så kunne jeg måske godt lave to af øvelserne, for der skulle jeg ikke bruge rekvisitter. Men så blev det også sådan lidt halvhjertet alligevel at skulle lave det, følte jeg (Bilag 12, s. 3)

Her tilkendegiver Nina en modvilje mod at købe udstyr, og rationaliserer sig herefter frem til, at hvis hun ikke kan lave alle øvelserne, kan hun lige så godt lade helt være. Som citaterne viser, fremsætter patienter forklaringer, der skal gøre det mere rationelt for dem ikke at have udført øvelserne.

Patienten Tobias bruger også strategien til at forklare de episoder, hvor han udviser mere begrænset patientadhærens:

Jeg er jo i gang hver aften, men altså jeg tager de nemme af dem og måske ikke helt så grundigt, som han [fysioterapeuten] måske ønsker, at jeg skal, eller jeg burde. Jeg tænker, at det er lige meget, så fortsætter jeg bare i længere tid (Bilag 13, s. 3)

Herfra ses der en selvkonstrueret logik om, at det stadig vil være gavnligt for ham, trods han hverken laver alle øvelser eller udfører dem tilstrækkeligt grundigt ift. fysioterapeutens anbefalinger. Dette vil han blot opveje ved at fortsætte forløbet i længere tid.

Interviewet med Tobias viser også, hvordan selvrationalisering kan foregå inden den manglende adhærens overhovedet er opstået. I forbindelse med en kommende omlægning af hans træningsprogram siger han følgende:

Men her i løbet af de næste 2-3 uger kunne jeg forestille mig, at en udfordring bliver, at det bliver lidt mere tidskrævende øvelser, og jeg ved der også bliver travlt på arbejdet, og så skal specialet jo også afleveres (ibid., s. 4)

Herfra ses det, at han på forhånd har fremsat et argument for, hvorfor han ikke når at udføre de nye øvelser. Dette kan ses som en metode til at nedjustere forventningerne til, hvilken grad af patientadhærens han vil udvise, og dermed også mindske risikoen for den ubehagelige følelse, kognitiv dissonans medfører. Dette citat viser også, hvordan selvrationalisering kan hænge sammen med self-serving bias. Self-serving bias er individers tendens til at tilskrive succesoplevelser til deres egne evner, mens fiaskoer bliver tilskrevet ydre omstændigheder (Campbell & Sedikides, 1999). Så når patienter som Tobias siger, at hans udviste grad af adhærens vil blive påvirket af fx arbejde og studie, er det et signal om, at denne adfærd altså skal tilskrives hans omstændigheder og ikke hans personlige karakteristika.

Patienternes evne til at selvrationalisere deres valg omkring ikke at lave øvelser ses som en stor trussel mod patientadhærens, idet det hos flere af patienterne gjorde dem i stand til at udvise mindre grad af netop adhærens. Der ses dog også et belæg for, at selvrationaliseringsstrategi ikke fjerner al den kognitive dissonans. Det ses bl.a. hos Allan, idet han lige efter sin rationalisering tilføjer, at det nok ikke helt er det samme som træningsøvelserne (Bilag 8). Det samme ses hos Lena, når hun i samme stil, lige efter rationaliseringen, begynder at udvise tvivl på sin egen forklaring:

Når funktionen var nogenlunde normal, så var det ligesom om man tænkte: Nå ja, det er lige så godt at gå en tur, det er lige så godt, at ja... Gå op og ned ad trappen et par gange. I virkeligheden til en vis grad er det, men det er også godt at lave de rigtige øvelser (Bilag 11, s. 4)

Opsummerende bliver selvrationaliseringsstrategien brugt af patienterne til at undgå ubehaget ved kognitiv dissonans, når de ikke udfører deres anbefalede øvelser. På den måde har de lettere ved at udvise lav grad af adhærensadfærd, på trods af en generel og delt opfattelse af, at fysioterapeutens anbefalinger er gavnlige og legitime for dem at udføre. Samtidig ses der også et potentiale for, at selvrationaliseringsstrategien kan svækkes ved at styrke patientens eksisterende standard for, hvad et godt og fornuftigt menneske bør gøre i deres opfattelse. Derfor får de sværere ved at komme på smuthuller, som rationaliserer deres manglende adhærensadfærd. Ved at svække denne strategi kan ubehaget ved kognitiv dissonans udnyttes til at motivere patienter til at ændre adfærd, når de udviser manglende adhærens. Den positive mulighed ved kognitiv dissonans på patientadhærens understøttes desuden også af afsnit 8.3.6 omkring holdtræning, hvor kognitiv dissonans viste sig som en motivationsfaktor ift. at få patienterne til at dukke op. Derfor vil dette bl.a. blive uddybet i det senere afsnit vedrørende løsningsstrategier til at øge patientadhærens.

8.3.9 Delkonklusion

Ovenstående analyse af patienternes adfærdsmønstre ift. patientadhærens har for det første vist, at patienterne har nemt ved at se meningen med fysioterapeutens anbefalinger, men at disse alligevel bliver prioriteret lavt. Dette kan begrundes med patienternes tidsinkonsistente adfærd og påvirkning af nutidsbias. Derudover har patienter svært ved at blive motiveret gennem langsigtede mål, idet deres fremtidige jeg føles som en fremmed. Det ses også, at evt. forudsætninger for øvelserne kan opstille en barriere for patienternes adhærens, men til gengæld påvirkes denne i positiv forstand, såfremt øvelserne kan kobles på en eksisterende rutine.

Når det drejer sig om motivation til at udvise patientadhærens, er umiddelbar smerte en af patienternes største motivationsfaktorer. Denne motivation kan dog udlignes, hvis patienterne får mulighed for at vænne sig til niveauet af smerte. Patienternes adhærensadfærd kan også forklares ud fra patienternes grad af self-efficacy, hvor en lav grad af denne hører til lav grad af adhærens og omvendt. Der er også en social indflydelse på patienterne, som både kan skabe commitment og øge adhærens, men omvendt også kan skabe lavere self-efficacy, som dermed mindsker adhærens. En anden form for social indflydelse ses også i forholdet mellem fysioterapeut og patient, hvor førstnævnte har et grundlag for at blive påvirket af curse of knowledge, hvilket igen skader

adhærens. Til gengæld er et tillidsfuldt forhold en stor drivkraft ift. at skabe adfærdsændringer, og dermed adhærens hos patienterne. Når patienter alligevel indgår i manglende adhærens, kan det forklares ud fra, at de bruger rationalisering som forsvarsmekanisme.

9. Diskussion af løsningsstrategier

I det følgende afsnit vil problemet med patientadhærens blive diskuteret ud fra analysens resultater, hvilket vil munde ud i en fremlægning af mulige løsningsstrategier, der adresser dette.

Analysen startede med at vise, hvordan det er naturvidenskabelige forståelser samt et rationelt menneskesyn, som ligger til grundlag for den fysioterapi, vi ser i dag. Det kom bl.a. til udtryk i fysioterapeuternes brug af rationalerne i HBM til at skabe en adfærdsændring og dermed patientadhærens. Det rationelle menneskesyn kan eksemplificeres ud fra følgende citat fra Noah:

Og så synes jeg godt, at man kan kræve af folk, at ligesom når jeg går til lægen, så får jeg at vide [...], du skal spise de her to piller, og det skal du gøre i 14 dage. Det er ikke nogen diskussion, det gør man bare. Det samme, de kommer ind her, det er det her, der virker bedst til dig, det er de her to piller. Dvs. du skal komme to gange om ugen og lave styrketræning. Det gør du sammen med mig fast, indtil jeg har lært dig det, og så prøver vi at lave en plan for sammen, hvordan du kan vedligeholde det efterfølgende (Bilag 6, s. 13)

Herfra ses der altså en opfattelse af, at det handler om at få patienten til at forstå anbefalingerne og lære øvelserne godt at kende, hvorefter det antages, at de kan følge en plan for at lave disse derhjemme.

Senere viste analysen dog, hvordan patienterne har en tendens til at udvise en adfærd, der ikke lever op til denne ovenstående type af antagelser. Nærmere bestemt blev det synliggjort, at selvom langt de fleste af patienterne så meningen med og gavnligheden af de anbefalede øvelser, var dette ikke tilstrækkeligt til at skabe den ønskede adfærdsændring. I stedet udviste patienterne bl.a. en tendens til at tilfredsstille deres smerteniveau, en tendens til at blive påvirket af nutidsbias og præferenceskift samt en tendens til at bruge en selvrationiseringsstrategi som forsvar for deres beslutning om at udvise en lav grad af adhærens. Dermed ses der en uoverensstemmelse mellem patienternes begrænset rationelle adfærdsmønstre og fysioterapeuternes antagelser omkring deres adfærd, hvilket argumenteres som værende en overordnet barriere for opnåelsen af en højere grad af patientadhærens.

På den anden side, så fandt analysen også belæg for, at fysioterapeuterne ikke anser patienterne som fuldt ud rationelle, men at de tværtimod til en vis grad godt er bevidste om, at det kræver mere end et færdigudviklet træningsprogram for at opnå patientadhærens. Det ses bl.a. i deres mest hyppigt anvendte strategier, hvor de stræber efter at tilpasse deres anbefalinger til patienternes hverdag, at motivere patienterne gennem målsætninger samt at involvere patienterne mere i processen for deres forløb. Disse strategier tager mere udgangspunkt i en forståelse af mennesket som mindre rationelt og som havende behov for mere end blot information, før de er motiveret til at ændre adfærd. Det blev dog også klart fra analysen, at implementeringen af disse strategier i praksis enten ikke blev oplevet af patienterne eller ikke havde den ønskede effekt på patientadhærens. Dette kan begrundes med, at strategierne stadig bærer præg af et underliggende rationelt menneskesyn, fx når der i målsætningsstrategien primært blev anvendt langsigtede mål, hvilket ikke stemmer overens med patienternes tendens til nutidsbias og præferenceskift. Et andet belæg for det underliggende rationelle menneskesyn ses i det tidligere nævnte paradigmeskifte inden for fysioterapi. Her blev ansvaret for patientens sundhed i højere grad overført til patienten selv, idet paradigmeskiftet byggede på en forståelse af, at man gennem sin adfærd kan undgå en lang række sygdomme. Dette baserede sig på forestillingen om en nyttemaksimerende patient, som har ubegrænset viljestyrke. Hertil blev det fysioterapeuternes rolle at facilitere patienten til at indgå i den adfærd, som vil give dem mest nytte på den lange bane.

Det, at fysioterapeutens rolle er gået fra behandler til facilitator, er endnu et tegn på, hvordan paradigmeskiftet har betydet mere ansvar for patienten end førhen. Det fremgik af analysen, at fysioterapeuternes tilgang bl.a. er blevet påvirket af paradigmeskiftet ved, at fokus er gået fra den manuelle behandling til vejledning om træning i stedet. Dette har dog ikke fjernet udfordringen med patientadhærens, hvilket analysen viste som et fortsat udbredt problem hos fysioterapeuter i dag. Det kan derfor argumenteres, at udfordringen for patientadhærens opstår, både fordi paradigmeskiftet stadig har en antagelse om mennesket som fuldt rationelt, men også fordi paradigmeskiftet ikke er blevet indskrevet i patienternes mentale modeller i samme grad som hos fysioterapeuterne. Det betyder netop, at patienternes forventninger til deres behandling kan afvige fra det, de modtager hos fysioterapeuten i praksis. Et belæg for uoverensstemmelsen i mentale modeller kan bl.a. ses hos patienten Allan, der fortæller følgende om sine forventninger til manuel behandling hos fysioterapeuten:

Der er det jo sådan, at først så får man jo en halv time, når man kommer hos en fysioterapeut. Det er meget kort tid [...] Så man har måske 25 min. i alt. Og der ville jeg nok forvente at kunne nå og bruge et kvarter til tyve minutter på briksen. Det ville i hvert fald være min forventning ud af den halve time, som man egentligt betaler for (Bilag 8, s. 16)

Det fremgår, at Allan i en konsultation forventer overvejende manuel behandling, hvilket kan være modstridende med fysioterapeuternes forventninger om at skulle facilitere en hjælp til selvhjælp. Denne problematik underbygges yderligere af, at flere af de adspurgte fysioterapeuter gav udtryk for, at de har haft oplevelser med patienter, der netop forventer manuel behandling, hvor det som udgangspunkt gik imod deres praksis (Bilag 4; Bilag 5). Denne uoverensstemmelse i mentale modeller og dermed forventninger kan derfor være med til at forklare en af de eksisterende barrierer for patientadhærens.

Barrieren kan belyses yderligere ved at tage fat på en af fysioterapeuternes tidligere nævnte strategier om at involvere patienterne i processen. I analysen blev det udledt, at en involvering af patienterne ville skabe en ejerskabseffekt, hvorfor en succesfuld implementering af denne strategi kunne være medvirkende til at øge patientadhærens. Analysen argumenterer samtidigt for, at ejerskabsfølelsen ikke synligt var til stede hos patienterne, hvilket igen kan belyses af ovenstående uoverensstemmelser i forventninger: Når patienten ikke tager paradigmeskiftet til sig, og dermed ikke accepterer det større ansvar, medfører det et tilsvarende afslag til ejerskab over processen. Derfor vil ejerskabseffekten ikke nødvendigvis kunne udnyttes til at øge patientadhærens i de nuværende omgivelser for fysioterapi.

Forudsætningen for at kunne øge patientadhærens opstiller altså et krav om, at patienten tager imod deres tildelte rolle samt det medfølgende ansvar. Dette betyder også, at der er brug for en adfærdsændring hos patienten ikke bare ift. at få udført de anbefalede øvelser, men også ift. at indgå i den nye patient-fysioterapeut relation. Der argumenteres derfor for, at en øgning af patientadhærens kan opnås ved, at fysioterapeuter får en større viden om menneskelig adfærd. Dette begrundes med, at paradigmeskiftet har indebåret, at fysioterapeuter skal facilitere patienter til at behandle sig selv gennem træning, hvorfor udførelsen af træningsøvelserne er blevet langt det største aspekt af patientadhærens. For at opnå adhærens hos de begrænset rationelle patienter er det altså nødvendigt for fysioterapeuterne at være i stand til at skabe en adfærdsændring, der går ud over antagelsen om den nyttemaksimerende patient.

Derfor vil der som en del af denne diskussion blive fremlagt fire løsningsstrategier for, hvordan fysioterapeuterne kan benytte sig af adfærdsvidenskabelig viden til at øge patientadhærens. Med løsningsstrategi menes der en teoretisk udlægning af forskellige områder, som kan være relevante at arbejde videre med til netop dette formål. Løsningsstrategierne vil også indeholde forslag til metoder eller retningslinjer for patientbehandling, som adresserer nogle af de barrierer for adhærens, som blev klargjort i analysen. Derudover vil der også blive inddraget de tidligere nævnte mest hyppigt anvendte strategier fra fysioterapeuterne for på den måde at udfolde deres brug i praksis ved hjælp af adfærdsvidenskabelige perspektiver.

9.1 Rutiner og Fogg Behavior Model

Den første løsningsstrategi, der præsenteres i dette afsnit, bygger videre på fysioterapeuternes strategi omkring at inkorporere deres anbefalinger i patienternes hverdag. I analysen blev det udledt, at patienterne stadig oplever en mangel på dette, til trods for fysioterapeuternes eksisterende indsats på området. Dette har skabt en barriere ift. at få patienter til at udvise adhærens. Det vidner derfor om, at det i praksis er en større udfordring at få implementeret sådan en strategi, selvom fysioterapeuterne er bevidste om problemstillingen. Derfor vil der i det følgende forsøges at forbedre denne strategi ved anvendelse af adfærdsvidenskab.

Til dette formål vil der indledningsvist kigges nærmere på vaner. Som nævnt tidligere, har vaner en vigtig rolle, når det kommer til menneskelig adfærd. Dette forklares ud fra, at automatiserede handlinger bliver sværere at bryde med, idet hjernen kan arbejde på disse processer ubevidst (Duhigg, 2012). For at fysioterapeuternes strategi om at tilpasse anbefalingerne til patienternes hverdag skal fungere bedst muligt, fremsættes det, at de enten skal integreres i patienternes eksisterende vaner, eller også skal de facilitere dannelsen af nye vaner. Dette begrundes med, at patienterne i forvejen vil have en hverdag, og dermed en stor mængde af vaner, som de indgår i. Når de så får udleveret træningsøvelser af deres fysioterapeut, vil det derfor kræve flere kognitive ressourcer at få dem presset ind i hverdagen, hvis det bryder med disse. Det fremgik desuden af spørgeskemaundersøgelsen, at 39% af respondenterne blev anbefalet at udføre deres øvelser minimum én gang om dagen (Bilag 1, s. 17-21). Derfor bliver det netop essentielt at få inkorporeret øvelserne i allerede eksisterende vaner, hvis fysioterapeuterne ønsker at øge patientadhærens.

Analysens resultater understøtter denne slutning, idet det netop var lettere for patienterne Lena og Kasper at udvise adhærens, når de tilføjede øvelserne til deres eksisterende hhv. morgen- og

træningsrutine. Det fremgik dog på samme tid, at det i disse tilfælde var patienterne selv, der aktivt initierede og gennemførte denne integration. Når fysioterapeuterne udøvede deres strategi om at få øvelserne til at passe ind i hverdagen, har deres fokus ikke været på at få dem integreret i hverdagens rutiner. Fokus har i stedet været på de mere praktiske aspekter som tid og sted, fx hvor patienter havde et ledigt øjeblik i deres kalender, eller hvad deres fysiske omgivelser muliggjorde at opnå på en dag. Både Britt og Simon er eksempler på fysioterapeuter, der nævnte patienternes arbejde som en afgørende faktor, når de skulle bruge strategien og tilpasse øvelserne til hverdagen. Fx siger Britt:

Så jeg plejer at prøve at lytte, hvad er det for et type job, du har. Okay, du sidder meget på dit kontor. Det kan godt være at idealistisk set, så skulle du ned på gulvet og lave den her øvelse fire gange i døgnet, men det ved jeg godt ikke er realistisk. [...] Så du kan lave øvelsen sådan og sådan, eller du kan måske gå ind i et rum i løbet af dagen eller et eller andet. Så man ligesom prøver at lytte til, hvordan kan det her gøres (Bilag 4, s. 2)

Det ses, at Britt primært medtænker patientens ydre omgivelser, og får dermed ikke medregnet den høje grad af indflydelse, som de ubevidste system 1 processer har på rutiner og rutinedannelse. Når hun fx beder en patient om at gå ind i et andet rum på kontoret i løbet af dagen, bryder det højest sandsynligt med patientens arbejdsdag, og dermed bliver det gjort til en system 2 handling, der kræver kognitiv indsats at gennemføre. Det kan hertil argumenteres, at fysioterapeuter i deres tilpasningsstrategi skal medtænke hele rutineelementet allerede fra start, for at forbedre deres strategi og øge patientadhærens. I praksis kan dette gøres ved at gå ud fra Duhiggs teori om The Golden Rule of Habit Change. Denne handler som tidligere nævnt om, at hvis man ønsker at ændre på en adfærd, skal man beholde det samme cue og den samme belønning, men ændre på rutinen i The Habit Loop. Når fysioterapeuter anbefaler deres patienter at udføre træningsøvelser hver dag, vil det derfor være en fordel at identificere en allerede eksisterende rutine i patientens hverdag og tilføje træningsøvelserne til denne. Altså vil det være et forsøg på at gøre øvelserne til en system 1 handling frem for en system 2 handling. På samme måde som Lena fx tilføjede træningsøvelserne til sin morgenrutine, kan fysioterapeuten hjælpe den pågældende patient med at identificere en konkret rutine, som øvelsen kan integreres i. Dette kan fx være den rutine, patienten indgår i lige inden de går i seng, eller en rutine de har på deres arbejdsplads. Altså går løsningsstrategien på, at fysioterapeuter skal lære at hjælpe patienten med at synliggøre sidstnævntes Habit Loop, så strategien om tilpasning kan fokusere sig på at skabe en adfærdsændring i denne. På den måde kan øvelserne blive fastgjort i hverdagen uden tidligere krav om kognitiv indsats fra patientens side.

Udover forslaget om at indarbejde rutineelementet i fysioterapeuternes konsultationer, så kan forbedringen af fysioterapeuternes eksisterende strategi udfoldes yderligere ved brug af den tidligere nævnte FBM. Denne indebærer, at der skal være en tilstrækkelig grad af samt overensstemmelse i mellem individets motivation og ability for at opnå den ønskede adfærd samtidigt med, at der skal være en trigger tilstede for at udløse denne (Fogg, 2009). Ift. patienternes hverdag har FBM i højere grad fokus på patienternes indre faktorer for at opnå adfærdsændringer, da der netop er tale om individets motivation og ability. I analysen fremgik det, at en uoverensstemmelse imellem disse to faktorer hos patienterne var medvirkende til at skabe en lavere grad af udvist adhærens. Dette understøtter altså igen, at det ikke er tilstrækkeligt for fysioterapeuterne blot at tage stilling til de omkringliggende praktiske aspekter i deres strategi om at tilpasse programmet til patienternes hverdag, da indre aspekter netop også spiller en rolle for patientadhærens.

Et forslag til en forbedring af fysioterapeuternes strategi vil derfor først og fremmest være, at de udover at kortlægge patientens hverdag også skal forsøge at afdække hhv. patientens motivations- og ability-niveau, når de udformer øvelserne. Jo lavere en motivation patienten besidder, des simple skal fysioterapeuten altså udforme træningsprogrammet. Denne udredning er noget, som fysioterapeuterne i forvejen gør til en vis grad, idet det blev omtalt som almen praksis at overvære patienterne første gang, de skal udføre de anbefalede øvelser (Bilag 4; Bilag 5; Bilag 6). På denne måde gør fysioterapeuternes nuværende strategi dem allerede i stand til at vurdere, hvilken ability patienterne besidder. Det centrale er dog, at det er *både* motivation og ability, der skal afdækkes, før at der kan skabes en overensstemmelse mellem disse. Et forslag til afdækning af motivation kan fx tænkes at indgå som en del af den indledende samtale i fysioterapikonsultationen.

Den anden tilføjelse til fysioterapeuternes strategi går på, at der også skal være en trigger til stede, som minder patienten om, at de skal indgå i den ønskede adfærd. Som tidligere nævnt, skal denne trigger opstå på et tidspunkt, hvor patienten både er motiveret og har den nødvendige ability, før triggeren bliver effektiv på adhærens. Fysioterapeuten kan derfor i samarbejde med patienten udtænke en trigger, de kan placere i patientens omgivelser, der på de rette tidspunkter vil minde patienten om, at de skal udføre øvelserne. Dette kan fx være i form af alarmer på telefonen eller fysiske ting i deres omgivelser. Det ses også i spørgeskemaundersøgelsen, hvordan en patient netop havde succes med at øge sin adhærens ved at bruge en trigger. Da de blev bedt om at beskrive en episode, hvor de faktisk fik udført deres øvelser, svarede en af respondenterne følgende: "Jeg lod min yogamåtte ligge på gulvet i stuen, således at jeg blev konfronteret med træningen" (Bilag 1, s. 24). Yogamåtten fungerede i dette tilfælde som en trigger, da den mindede patienten om,

hvilken adfærd hun skulle indgå i. Samme strategi kan anvendes af fysioterapeuten i samspil med patienten, hvor de fx kunne komme frem til, at patienten typisk vil have en overensstemmelse mellem sin motivation og ability om morgenen, og at det dermed kan være en løsning at få patienten til at placere en påmindelse som en måtte eller en elastik på gulvet om aftenen. Patienten vil på den måde blive mødt af triggeren hver morgen, hvilket dermed vil øge chancen for at få udført øvelserne og dermed udvise patientadhærens.

Et andet eksempel på hvordan triggers kan bruges af fysioterapeuterne til at øge patientadhærens ses i interviewene. Hertil fortæller fysioterapeuten Simon, hvordan han foreslår patienter at hænge deres mål op på badeværelset, således at de bliver mindet om disse hver dag (Bilag 7). Denne type af trigger kan kategoriseres som det, Fogg kalder en *spark*, som er en trigger, der indeholder et motiverende element. Førnævnte tiltag med badeværelset indeholder netop dette, idet den vedvarende påmindelse om målet skal minde patienten om, hvorfor de har motivation til at udføre øvelserne. Denne type af trigger bør bruges af fysioterapeuter, når de står overfor patienter, som mangler motivation.

Hvis patienten derimod er meget motiveret, men ikke har en tilstrækkelig ability, kan det i stedet være en fordel for fysioterapeuterne at bruge typen af trigger ved navn *facilitator*. Målet her er at hjælpe individet med at indgå i den ønskede adfærd ved at gøre denne mere simpel, således at de besidder den nødvendige ability. Jf. afsnit 6, har eksisterende litteratur peget på, at nedskrivning af træningsprogrammer kan have en positiv effekt på patientadhærens. Derfor kan et eksempel på en facilitator-trigger være, at fysioterapeuten foreslår patienten at hænge en seddel op med vejledning til de øvelser, som de skal udføre. Det vil være en trigger, idet selve sedlen vil minde patienten om den ønskede adfærd, samtidig med at den også simplificere adfærden, idet den instruerer dem i, hvad de skal gøre. Det foreslås yderligere, at sådan en vejledning bør udarbejdes i fællesskab mellem fysioterapeut og patient, således at patienten får medbestemmelse ift. fx det brugte sprog, og hvad der i særdeles skal fokuseres på i forklaringerne. Dette ville også være medvirkende til at skabe en ejerskabseffekt hos patienterne, hvilket vi tidligere har nævnt som kunne have en positiv indflydelse på patientadhærens, såfremt denne bliver oplevet hos patienterne.

Den sidste type af Fogg's triggers, som kunne bruges af fysioterapeuterne for at øge patientadhærens, er den, der kaldes *signal*, hvilket er en påmindelse. Denne trigger kan benyttes af fysioterapeuterne, når patienter både besidder et tilstrækkeligt niveau af motivation og ability ift. at indgå i den ønskede adfærd, da signalet i sig selv blot skal fungere som en reminder. Et eksempel

herpå er, at patienten indstiller en fast alarm på telefonen hver dag. Denne type af trigger har derfor hverken et direkte motiverende eller faciliterende aspekt indbygget, men skal blot være med til at signalere, hvornår det er et passende tidspunkt for patienten at indgå i den ønskede adfærd, dvs. at udføre deres øvelser. Med de tre typer af triggers kan fysioterapeuten dermed tilpasse deres strategi for at øge patientadhærens specifikt til de enkelte patienter, alt efter hvilken motivation og ability patienten har omkring de anbefalede øvelser.

For at samle op på den første løsningsstrategi, kræver fysioterapeuternes eksisterende strategi om tilpasning til patienternes hverdag altså, at de ser på mere end blot patienternes fysiske omstændigheder såsom tid og sted. Da det netop er blevet udledt, at patienterne er begrænset rationelle, er der dermed også psykologiske faktorer, der spiller ind på patienternes hverdag og udviste grad af adhærens. Så fordi de har 10 minutter til rådighed, betyder det ikke, at de nødvendigvis vil bruge de 10 minutter til at indgå i den ønskede adfærd. Med begrænset rationalitet hører netop begrænsede kognitive ressourcer, hvorfor et forsøg på at gøre udførelsen af øvelserne til en system 1 handling vil være fordelagtigt for patientadhærens. Derfor er det første forslag til en forbedring af denne strategi, at fysioterapeuterne skal identificere en i forvejen eksisterende rutine i patientens hverdag og tilføje de anbefalede øvelser til denne. Derudover er det vigtigt, at fysioterapeuterne sørger for, at der er overensstemmelse mellem patientens motivation og ability til de pågældende øvelser. Hertil skal der ud fra en afdækning af disse to faktorer identificeres den mest effektive trigger for den pågældende patient, således at de får de bedst mulige forudsætninger for at opnå en adfærdsændring og udvise patientadhærens.

9.2 Målsætning og selvkontrol

Den anden løsningsstrategi, der præsenteres i det følgende, tager udgangspunkt i fysioterapeuternes tidligere nævnte strategi omkring målsætning, hvor de opstiller langsigtede mål for patienten ift. at øge patientadhærens. Disse mål bruger de som et løbende samtaleværktøj og motivationsfaktor, såfremt patienterne udviser lav grad af adhærens. Som analysen viste, passer denne nuværende strategi ikke til patienternes adfærdsmønster, idet de i høj grad bliver påvirket af nutidsbias og præferenceskift ift. de opstillede mål. Derfor vil denne løsningsstrategi bruge adfærdsvidenskabelig teori til at bygge videre på anvendelsen af målsætninger mellem fysioterapeuter og patienter, således at den bliver tilpasset patienternes adfærdsmønstre og får større sandsynlighed for at øge patientadhærens. Dette er yderligere med til at udbygge den

eksisterende litteratur, der i forvejen peger på, hvordan målsætning kan være et positivt værktøj til opnåelsen af patientadhærens, jf. afsnit 6.

Fra forskningens side ses det, at målsætning kan være en effektiv metode til at forbedre performance af en opgave på (Locke, Shaw, Saari & Latham, 1981). I vores tilfælde dækker målsætningen primært over at få patienterne til at udføre øvelserne som anbefalet, dvs. at udvise adhærens, hvor opgavens performance dermed bliver graden af denne. Forbedringen af performance er dog ifølge teorien forudsat, at målsætningerne for denne har nogle særlige egenskaber. Målsætning har nemlig størst sandsynlighed for at forbedre performance på en opgave, når de er specifikt formuleret, realistiske og udfordrende, samt når modtageren besidder de nødvendige kompetencer. De resterende egenskaber går på, hvorvidt der bliver givet feedback på ens fremskridt, om der er en belønning for at opnå målet, støtte fra opgavegiveren samt en accept af målet fra modtagerens side (ibid.).

For at overføre nogle af disse slutninger til fysioterapeuternes situation, startes der med at kigge på specificitet. I spørgeskemaundersøgelsen blev patienterne stillet spørgsmålet: "Hvor hyppigt blev du anbefalet at lave dine træningsøvelser?". Her ses det, at ca. en fjerdedel af besvarelsene var løse betegnelser såsom "Så ofte som muligt" eller "Efter behov" (Bilag 1, s. 17-21). Disse anbefalinger gør hyppigheden af øvelserne op til patienten at fortolke, hvorfor det på den måde bliver muligt at kunne udvise en meget lav grad af adhærens uden den tidligere diskuterede følelse af kognitiv dissonans. Dette begrundes med, at det bliver muligt for patienterne at vinkle anbefalingen til at passe med den adfærd, de udviser. Dermed er der en tendens til, at fysioterapeuternes anvendte målsætninger ikke lever op til egenskaben omkring specificitet. Dette kan yderligere understøttes af empirien, hvoraf det fremgik, at de opstillede mål typisk drejede sig om brede betegnelser som fx at få en bedre funktionsevne (Bilag 5; Bilag 7; Bilag 9; Bilag 12). Selv når fysioterapeuterne stillede mere konkrete mål, som at løbe et maraton eller at blive smertefri, var disse til gengæld ofte mere langsigtede, hvilket gør strategien mindre effektiv, idet det ikke stemmer overens med patienternes tidligere udledte tidsinkonsistente adfærd. Denne type af uspecificeret målsætning kan desuden have en negativ indflydelse på patientadhærens, hvilket understøttes af, at forskning har vist, hvordan mål som "Gør dit bedste" i 90% af tilfældene bliver outperformet af målsætninger, som var specifikke og tilpas udfordrende (Locke et al., 1981).

Ud over ikke at leve op til egenskaben omkring specificitet, ses der også en tendens til, at de opstillede mål ikke altid bliver lige realistiske for patienterne. Som nævnt, angav 39% af patienterne,

at de blev bedt om at lave deres øvelser mindst én gang om dagen, hvor Nina var en af disse. Hun fortalte, at der ikke havde været et slutpunkt for denne anbefaling, men at den bare gjaldt fra det pågældende tidspunkt af (Bilag 12). Det argumenteres derfor, at dette ikke er et opnåeligt mål, idet patienternes adfærdsmønstre ift. intertemporale valg gør dem sensitive overfor langsigtede handlingsplaner. Nærmere bestemt kan et mål uden slutdato blive anset som demotiverende og urealistisk, også qua at målet og belønningen i Ninas tilfælde ikke var defineret (ibid.). Derfor understreger Ninas eksempel også, at der er en mangel på den realistiske egenskab i fysioterapeuternes brug af målsætninger. Denne form for målsætning kan dermed have en negativ indflydelse på patientadhærens, idet de ikke imødekommer patienternes adfærdsmønstre.

Denne løsningsstrategi går derfor på, at fysioterapeuterne skal gøre deres anbefalinger mere specifikke og opnåelige, for på den måde at øge patientens opgave performance - altså deres adhærens. For også at imødekomme tidligere udlagte adfærdsmønstre hos patienterne i form af deres tidsinkonsistente adfærd, argumenteres det yderligere for, at målsætningerne også bør gøres kortsigtede for at have bedst chance for at øge patientadhærens. Den tidsinkonsistente adfærd bestod netop af patienternes tendens til at foretrække en mindre, men umiddelbar belønning såsom manuel behandling eller afslapning frem for den større belønning, som først kan nydes længere ude i fremtiden, såsom bedre funktionsevne. Eksempler på denne slags målsætning kan fx dreje sig om noget specifikt, en patient kan opnå allerede ugen efter.

Når målsætningsteorien snakker om, hvordan målene skal sættes, således at modtageren besidder de rette kompetencer, kan det kobles på analysens konklusioner omkring self-efficacy. Her blev det udledt, at patienternes udviste grad af patientadhærens er påvirket af denne. Derfor indebærer denne del af løsningsstrategien ikke blot, at fysioterapeuterne skal gøre målene passende ift. patienternes træningsniveau, men også ift. deres egen oplevelse af deres niveau. Dette kan inkorporeres som en del af den indledende samtale. Derudover bør fysioterapeuterne også være opmærksomme på den sociale indflydelse et hold kan have på en patients self-efficacy, hvilket kan være både positivt og negativt. Derfor bør de igen afstemme situationen med patienten for at sikre, at deres oplevelse af egne træningskompetencer ikke bliver svækket yderligere gennem anbefalinger om holdtræning, idet dette ligeledes vil svække de opstillede målsætninger og mindske patientens adhærens.

Ovenstående anvendelse af målsætningsteori kan altså være med til at skabe motivation hos patienter, men det kræver alligevel en vis grad af selvkontrol hos patienterne, før de kan efterleve

målene. Det skyldes, at målsætninger tager en bevidst indsats for at ændre patienternes tanker eller adfærd. Selvkontrol er en mekanisme, som trækker på en pulje af begrænsede mentale ressourcer, og derved kan blive overanstrengt i samme stil som en muskel (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998). Derfor indeholder denne løsningsstrategi også et element af selvkontrolsstrategier, for at imødekomme denne problematik og patientens tendens til præferenceskift, når det kommer til at udvise adhærens. Mere specifikke mål kan nemlig for det første tænkes at kombineres med en såkaldt intrapsykisk selvkontrolsstrategi, hvor man forsøger at binde sig til en fremtidig adfærd ved at opstille personlige handlingsregler for sig selv. Årsagen til effektiviteten af denne selvkontrolsstrategi kommer fra frygten for at skabe præcedens for adfærden, hvorfor ubehaget ved at miste troen på sig selv, den kognitive dissonans, skaber motivation for at modstå den kortsigtede handling (Knudsen 2011). For at øge patientadhærens skal disse mål eller handlingsregler opstilles binært, som noget patienten enten gør eller ej, hvor der ikke findes nogen acceptabel middelvej. Et eksempel på denne selvkontrolsstrategi kunne fx være, at inden patienten må tænde for fjernsynet om aftenen, så skal de have lavet deres øvelser.

Derudover kan fysioterapeuterne også gøre brug af ekstrap psykiske selvkontrolsstrategier, hvor de forsøger at finde forpligtende anordninger i patienternes omgivelser, der skal medføre en overensstemmelse mellem målet om patientadhærens og patienternes adfærd (ibid.). Denne anordning er tilsvarende tidligere nævnte triggers, der er til stede for at påminde individet omkring den ønskede adfærd. Behovet for en ekstrap psykisk selvkontrolsstrategi kan bl.a. udledes fra spørgeskemaundersøgelsen. Her ses det, at når bedt om at beskrive en episode, hvor patienterne fik udført deres øvelser, angav over en femtedel, at det var i perioden lige efter deres konsultation, hvorefter deres grad af adhærens faldt (Bilag 1, s. 24-26). Derfor kan der argumenteres, at en forpligtende anordning i patienternes omgivelser, altså en trigger, kan være med til at fastholde den motivation, som deres planlægnings-selv fik i starten. Dermed kan det være med til at fastholde deres patientadhærens, også når beslutningen om at indgå i adfærden ligger hos handlings-selvet.

Denne tendens til at være mere motiveret i starten kan desuden belyses ud fra overoptimisme bias, der henviser til, at individer har tendens til at overvurdere egne evner ift. deres fremtidsudsigter (Knudsen, 2011). Patienters planlægnings-selv kan netop siges at overestimere sandsynligheden for, at deres handlings-selv rent faktisk vil få udført de anbefalede øvelser. Denne bias hænger altså sammen med patientens behov for en ekstrap psykisk selvkontrolsstrategi for at udvise en høj grad af adhærens. Tidligere nævnte eksempel med en patients brug af en yogamatte kan netop karakteriseres som både værende en trigger og en ekstrap psykisk strategi, idet den fungerede som

et signal i hendes omgivelser til træning. Det ville derfor på den måde blive svært at undgå den kognitive dissonans, såfremt hun var nødsaget til at pakke måtten sammen igen uden at have trænet. Derfor indeholder denne løsningsstrategi en anbefaling om, at fysioterapeuterne skal udnytte tidspunktet under konsultationen, hvor patienterne har anerkendt meningen med anbefalingerne, og motivationen samt optimismen er høj. Her skal de sørge for at samarbejde med patienterne om at planlægge strategier for de tidspunkter, hvor denne motivation er faldet, og der er behov for at udvise selvkontrol.

Opsummerende drejer denne løsningsstrategi sig om at forbedre fysioterapeuternes brug af målsætning overfor patienterne. Det indebærer, at de skal gøre deres opstillede målsætninger så specifikke som muligt, samt sørge for at de er realistiske og passer til de kompetencer, som patienterne besidder. Derudover bør disse også i højere grad være kortsigtede for at imødekomme patienternes tendens til nutidsbias. Dette kan kombineres med en hjælp fra fysioterapeuterne om at tilbyde patienterne selvkontrollstrategier. Disse kan både være intrapsyiske, hvor fysioterapeuten hjælper patienten med at lave personlige handlingsregler for at binde deres adfærd, eller ekstraspyiske, hvor fysioterapeuten hjælper patienten med at finde eller opstille forpligtende anordninger i deres omgivelser. Denne del af den fremlagte løsningsstrategi adresserer også tidligere udlagte problem med selvrationalisering fra patienternes side, idet den forstærker deres tro på den rigtige adfærd, hvorfor kognitiv dissonans bliver sværere at undgå ved lav grad af adhærens. Sidstnævnte vil yderligere blive berørt i den fjerde løsningsstrategi. Som sagt tilgodeser strategien også den tidsinkonsistente adfærd hos patienterne, idet den fokuserer på at skabe kortsigtede mål. Dog findes der også en løsningsstrategi, som kan gøre patienterne mere motiveret for at indgå i patientadhærens mod langsigtede mål, hvilket vil blive berørt i den følgende løsningsstrategi.

9.3 Mindre afstand mellem selverne

I analysen blev der gjort brug af identitetsteori til at forklare patienternes nutidsbias. Nærmere bestemt blev det argumenteret, at der findes en distance mellem patientens nutidige og fremtidige selver, hvorfor de er mindre motiverede til at yde en indsats for at opnå langsigtet gevinst, idet de føler, at denne primært gavner en fremmed. Der kan ses yderligere belæg for denne adfærd hos patienten Lena, som havde et langsigtet mål omkring at undgå kunstige knæ:

Da jeg mødte en fysioterapeut i begyndelsen af forløbet, fik jeg de her øvelser givet, [...]. Og så skulle jeg lige om et år blive videre vurderet. Så det var meget mere langsigtet, og det var meget mere for at styrke muskulaturen rundt om knæleddene, så at min artrose i knæene ikke blev værre med alderdommen. For jeg personligt vil gøre alt, jeg kan for at undgå et nyt knæ. Jeg har ikke lyst til at få kunstige knæ (Bilag 11, s. 8)

Her ses der en stærk motivation hos patienten om at opnå det langsigtede mål, men alligevel berettede hun også om manglende selvdisciplin til at få lavet øvelserne på egen hånd (ibid.). Dette kan netop forklares ved, at hendes motivation alligevel falder hurtigt igen, fordi hun har svært ved at identificere sit nutidige selv med det fremtidige selv, som skal betale prisen i form af nye knæ for hendes manglende adhærens. Derfor argumenteres der i den følgende løsningsstrategi for, at fysioterapeuterne skal forsøge at mindske denne distance for på den måde at øge patientadhærens. Dette kan gøres ved at give patienterne en stærkere følelse af, at det er dem selv, deres adfærd gavner, for på den måde at gøre adfærden endnu mere meningsfuld og motiverende at indgå i.

Et studie fra 2011 har vist, at en måde at mindske denne afstand mellem selverne på er ved at gøre brug af virtuelle hjælpemidler. Nærmere bestemt viste det, at personer som havde fået muligheden for at interagere med realistiske computerskabte gengivelser af dem selv som ældre, var i bedre stand til at allokere ressourcer til fremtiden. Derudover sås der også i denne gruppe en øget tendens til at acceptere en senere pengemæssig belønning frem for en umiddelbar belønning (Hershfield et al., 2011). Trods dette studie havde fokus på at øge folks opsparing til pension, kan dets principper overføres til fysioterapeuterne i den forstand, at de også har et behov for, at patienterne tager beslutninger, der først bliver belønnet flere år ude i fremtiden. Der argumenteres derfor for, at fysioterapeuterne kan motivere patienterne til at udvise adhærens frem mod langsigtede mål ved at benytte samme strategi. Der findes flere apps til formålet, bl.a. FaceApp, hvis resultat kan ses nedenfor i Figur 7.



Figur 7. Aldring ved brug af appen FaceApp (Kilde: Google Play, n.d.)

Ved at vise patienterne de to billeder side om side kan fysioterapeuterne bruge dette som et omdrejningspunkt ved samtalen, fx ved at spørge hvad patienten forestiller sig, at den ældre version af dem godt kunne tænkte sig ift. bl.a. funktionsevne. Dette kunne dermed være med til at reducere afstanden mellem patientens nutidige og fremtidige selv og på samme tid mindske barrieren omkring nutidsbias hos patienter, der står i vejen for deres adhærens. På den anden side kan det også diskuteres, om denne strategi er for kontroversiel, ift. hvordan eksisterende praksis på nuværende tidspunkt ser ud. I og med en konsultation primært består af indledende samtaler og øvelser, ville brugen af personlige billeder skille sig meget ud og kunne endda fremstå som mere useriøs end faglig. Yderligere ville sådan en app koste et vis beløb om året at anskaffe, og det ville også kræve en vis oplæring hos fysioterapeuterne i dens brug både rent praktisk, men også ift. den tilhørende samtale. Det kan muligvis også virke grænseoverskridende for nogle patienter at blive bedt om at få taget et billede, hvilket også kan ses som en ulempe ved denne strategi for patientadhærens.

Der findes dog også nyere forskning, som viser, at distancen mellem selverne også kan mindskes gennem tekstbaseret påvirkning. Deres studie, som igen fokuserede på at øge indbetaling til pensionsopsparing, viste, at det ikke var nok i sig selv at blive gjort opmærksom på aldring generelt, men at en reduktion af distancen mellem selverne krævede en kombination med tænkning på fremtidsscenaer, der var relevante for dem personligt, hvilket de gjorde ud fra tekst (Marques, Mariano, Lima & Abrams, 2018). Igen kan det argumenteres, at resultaterne fra dette studie også kan overføres til en fysioterapikonsultation, idet der ligesom i en pensionsopsparingssituation ønskes, at der sættes flere ressourcer af til fremtiden.

I empirien fremgik det, at der var et udbredt brug af spørgeskemaer på fysioterapiklinikkerne (Bilag 4; Bilag 5; Bilag 13), hvorfor det her ses som en mulig kanal til at få patienterne til at indgå i en personlig relevant tænkning på fremtidsscenarier. I studiet blev dette gjort ved at bede personen om at evaluere diverse udsagn på en skala fra 1-7, hvor 1 var "rigtig meget" og 7 var "slet ikke" (Marques et al, 2018). Derfor argumenteres det, at fysioterapeuterne kan bruge deres spørgeskemakanal til at bede patienterne bedømme udsagn omkring fremtidsscenarier, såsom: "Der venter mig mange muligheder ude i fremtiden", "Det meste af mit liv ligger stadig foran mig", "Jeg har en følelse af, at tiden løber ud" og "Min fremtid virker uendelig for mig". Her gøres det relevant for patienten selv, idet de promptes til at tænke på deres eget liv, uanset deres angivne svar. Udsagnene fungerer også som en påmindelse om aldring generelt, hvorfor det derved bliver en simpel måde at mindske tidligere nævnte distance mellem selverne. Forskning viser, at effekten af tænkning på fremtidige episoder er stærkere, jo mere livagtige disse forestillinger om fremtidige begivenheder er (ibid.). Dette bør derfor indtænkes i formuleringerne af udsagnene, hvilket fx kunne gøres ved benyttelse af mere konkrete situationsbeskrivelser såsom: "Når jeg som 70-årig nyder aftensolen i mit hjem, ser jeg mig selv bo på landet". Denne strategi anses som mere realistisk for fysioterapeuterne end brug af virtuel aldring, idet den kan trække på eksisterende systemer og praksisser, hvorfor det også argumenteres at opleves som mere naturligt for patienterne.

Opsamlende går denne løsningsstrategi på, at patientadhærens kan øges ved at mindske patienternes opfattelse af afstand mellem deres nutidige og fremtidige selver. Hos fysioterapeuterne kan dette gøres på to måder. Den første er gennem brugen af virtuelle hjælpemidler, fx gennem en app, hvor patienten ser et realistisk billede af sig selv som gammel. Den anden måde er ved at integrere selvrelevant fremtidstænkning ind i spørgeskemaer, hvilket vurderes som en mindre omkostningsfuld strategi for fysioterapeuterne.

9.4 Udnyttelse af kognitiv dissonans

Den sidste løsningsstrategi adresserer den tidligere fremanalyserede udfordring omkring patienternes tendens til at retfærdiggøre manglende adhærens ved brug af selvrationalisering. I analysen blev det netop udledt, at trods patienterne anså øvelserne for legitime og meningsfulde, var det stadig muligt for dem at bortforklare deres valg om ikke at udføre disse. Denne strategi hos patienterne medvirkede til at fjerne den ubehagelige følelse, der ellers ville opstå i sådanne tilfælde grundet kognitiv dissonans. Da det i forvejen er vist, at dette kan bruges til at øge patientadhærens ifm. fx holdtræning, vil der i det følgende afsnit foreslås en løsningsstrategi, der baserer sig på, at få

patienterne til i lavere grad at ville indgå i en selvrationaliseringsmekanisme. Dette gøres, så potentialet af kognitiv dissonans' effekt på patientadhærens kan udnyttes yderligere.

Den ubehagelige følelse hos individet, som kognitiv dissonans medfører, kan reduceres på to måder; ved at ændre adfærden eller ved at ændre holdningen. En ændring af et af disse elementer skal således medføre, at der opstår overensstemmelse mellem individets handling og overbevisning (Knudsen, 2011). Af analysen fremgik det, at der var tendens til, at patienter reducerer den kognitive dissonans ved at ændre på deres overbevisninger frem for handlinger, hvorfor det bliver lettere for dem at udvise en lav grad af patientadhærens. Den anbefalede løsningsstrategi skal derimod få patienterne til at ændre på deres adfærd i stedet, da formålet er at få dem til at holde fast i deres holdning omkring legitimiteten af at følge fysioterapeutens anbefalinger. Det handler derfor om at mindske muligheden for, at patienterne selv kan fortolke på anbefalingerne, således at de ikke kan komme med begrundelser for, at en lav grad af patientadhærens er acceptabel adfærd uden også at opleve ubehag ved beslutningen. Dette kan gøres ved, at den ønskede adfærd bliver defineret meget entydigt (ibid.). Dermed bliver det sværere for patienter at opretholde et positivt syn på dem selv, hvis de fx erstatter træningsøvelserne med havearbejde. Dette er dermed medvirkende til at motivere dem til at udvise patientadhærens. Det kan ses i relation til strategien vedrørende målsætning jf. afsnit 9.2, hvor det netop blev udledt, at det er sværere for patienter at fortolke på mål, når de er meget specifikke.

En konkret måde, som fysioterapeuterne kan definere den ønskede adfærd entydigt på, er ved at få patienterne til at føre dagbog over, hvorvidt de får udført deres øvelser på daglig basis. Det kan begrundes med, at når individer tvinges til at skulle føre dagbog over deres succeser såvel som fiaskoer, vil det typisk mindske chancen for, at de vil bryde med deres personlige handlingsregler (ibid.). Når patienten så skal føre dagbog og har en handlingsregel om, at de skal udføre de anbefalede øvelser, vil det derfor kun føles som en succes, hvis de rent faktisk indgår i denne specifikke adfærd. Når de fx i stedet har gået på trapper, bliver det altså ikke muligt for dem at notere dette i dagbogen som en succes, hvorfor det bliver sværere at bruge selvrationalisering til at mindske den kognitive dissonans. Hvis selvrationalisering ikke længere fungerer som en strategi, bliver patienterne dermed nødt til at ændre deres adfærd frem for deres overbevisning, hvis ikke de ønsker at opleve ubehaget forbundet med netop kognitiv dissonans. Det er altså en løsningsstrategi, der skal motivere patienter til at ændre adfærd og udvise patientadhærens. Samtidigt kan dagbogen anses som en ekstrapsykisk strategi og trigger, da det er et fysisk cue i omgivelserne, der er med til at påminde patienterne om den adfærd, de bør indgå i.

En anden del af løsningsstrategien, der ligeledes kan hjælpe med at svække patienters selvrationaliseringsstrategi, handler om forpligtelsesordninger. Holdtræning har allerede i analysen vist sig at kunne have en positiv effekt på patientadhærens, idet forpligtelsen til holdene skaber mulighed for kognitiv dissonans, hvis patienten vælger ikke at dukke op. Effektiviteten af forpligtelsen til et hold kan forklares ud fra, at patienterne gennem denne signalerer overfor omverdenen, hvad de anser som det rigtige, og dermed hvilken overbevisning de har. For at reducere ubehaget ved kognitiv dissonans bliver det derfor sværere at skulle ændre på deres overbevisning frem for deres adfærd. Et forslag vil derfor være, at fysioterapeuten også skaber en form for forpligtelse til udførelsen af øvelserne derhjemme, således at patienterne får sværere ved at undgå den kognitive dissonans uden at skulle ændre deres adfærd. Dette forslag er relevant, idet patienter ofte udfører øvelserne alene derhjemme. Det understøttes netop af spørgeskemaundersøgelsen, hvor 65% af respondenterne angav, at de primært selv stod for at udføre øvelserne (Bilag 1, s. 15). Inspiration til hvordan en fysioterapeut kan skabe sådan en forpligtelse, kan findes hos Clara, som fortæller om en af sine anvendte strategier, når hendes patienter har svært ved at følge anbefalingerne:

Nogle gange for dem, der har rigtig svært ved det, [...] der har jeg sagt til dem: Jamen send mig en mail og lad mig være din træningsmakker. Bare sig: Hej Clara, jeg har trænet i dag, det var fedt, eller det var forfærdeligt. Men bare det der med at vedkommende vidste, at jeg sidder og venter på, at der kommer en eller anden form for respons tilbage (Bilag 5, s. 3)

Af citatet fremgår det, at patienten kan føle sig forpligtet til at udvise patientadhærens, idet de ved, at fysioterapeuten forventer en besked, efter de har udført øvelserne. Ved at indgå i denne aftale med fysioterapeuten, har patienten altså signaleret, hvad deres overbevisning om acceptabel adfærd er og dermed mindsket chancen for at ændre deres overbevisninger gennem selvrationalisering.

Opsummerende forsøger den sidste løsningsstrategi at imødegå den udfordring, der opstår, når patienter bruger selvrationalisering til at undgå at udføre deres øvelser. Dette var muligt, da de reducerede kognitiv dissonans ved at ændre på deres overbevisninger. Den foreslåede løsningsstrategi skal i stedet forsøge at få patienter til at ændre adfærd ved at mindske muligheden for fortolkning af, hvad acceptabel adfærd indebærer. Dette kan fx gøres ved at få dem til at føre dagbog over, hvorvidt de får udført de specifikke øvelser. Herved bliver det netop ikke muligt for

patienten at erstatte øvelserne med anden adfærd, hvorfor selvrationalisering har mindre sandsynlighed for at finde sted. En anden måde at mindske muligheden for fortolkning på er ved at skabe en forpligtelse til hjemmeøvelserne. Her vil forpligtelsen fungere som en signalering til omverdenen om, hvad patienten mener er acceptabelt adfærd. Derfor bliver det sværere at afvige fra denne adfærd og dermed udvise lav grad af patientadhærens.

På næste side ses Tabel 7, som opsummerer de fire gennemgåede løsningsstrategier for øgning af patientadhærens. Yderste kolonne til højre viser eksempler på konkrete handlingspunkter, som fysioterapeuter kan benytte ift. at implementere strategien i deres konsultation.

LØSNINGSSTRATEGI	ADRESSEREDE BARRIERER	HANDLINGSPUNKTER
Tilkobling af træningsprogrammet på en eksisterende rutine	- Nedprioritering af øvelser - For høje forudsætninger for øvelserne	- Afdæk patientens motivation og ability inden udformning af deres træningsprogram: - Brug den indledende konsultation til at snakke med patienten om dette og overvær dem udføre angivne øvelser - Udvælg den trigger, der passer bedst til den pågældende patient for at sørge for overensstemmelse mellem motivation og ability. Hvis der er en manglende motivation, vælges en <i>spark</i>, hvis der er en manglende ability, vælges en <i>facilitator</i>, og hvis der er tilstrækkelig af begge dele vælges en <i>signal</i> - Identificer en eksisterende vane hos patienten, fx deres aftenrutine - Snak med patienten om at tilføje øvelserne i en rutine i denne vane
Benyttelse af kortsigtede og specifikke målsætninger	- Patienternes tidsinkonsistente adfærd - Patienternes begrænsede viljestyrke - Lav grad af self-efficacy	- Opstil specifikke og realistiske mål, som patienten fx allerede kan opnå ugen efter - Snak med patienten om hvad der er realistiske for dem - Tag patienternes oplevelser med egne kompetencer (deres self-efficacy) med i betragtningen - Samarbejd med patienten på et tidspunkt i konsultationen, hvor de er optimistiske og motiverede om at opstille én af to former for selvkontrolsstrategier: - Intrapsykisk - opstil en personlig handlingsregel, fx at patienten først må tænde fjernsynet om aftenen, når de har lavet deres øvelser - Ekstrapsykisk - benyt ydre forpligtende anordninger, fx at patienten skal lægge en yogamåtte frem hver aften, således at de mindes om øvelserne morgenen efter

Reducering af afstanden mellem patienternes nutidige og fremtidige selver	• Patienternes tidsinkonsistente adfærd	• Mindsk afstanden mellem patienternes nutidige og fremtidige selver, ved at gøre dem opmærksomme på aldring og deres personlige fremtid. Kan gøres på to måder: 1. Lad patienterne interagere med virtuelle realistiske computerskabte gengivelser af dem selv som ældre, hvilket fx kan gøres ved hjælp af en app. Dette kan bruges som samtaleværktøj til den indledende samtale 2. Integrer selvrelevant fremtidstænkning i patientspørgeskemaer, ved at opstille livagtige udsagn om fremtidige scenarier om patienten selv, som de så skal evaluere
Udnyttelse af patienternes kognitive dissonans ved manglende adhærens	• Selvrationalisering af lav grad af adhærens	• Gør det entydigt for patienterne, hvad der ønskes af dem, og mindsk dermed deres mulighed for fortolkning af anbefalingerne ved fx at: - Få patienterne til at føre en dagbog over deres øvelser, hvor det kun kan noteres som succes, såfremt disse er udført som anbefalet - Bede patienterne om at give besked, når de har udført øvelserne og gør det klart, at de afventer respons

Tabel 7. Løsningsstrategier til at øge patientadhærens

10. Konklusion

Fysioterapipatienter har ikke problemer med at skabe mening i de øvelser, som fysioterapeuterne anbefaler dem at udføre, men alligevel ses der en udbredt tendens på tværs af patienter til at nedprioritere øvelserne og dermed udvise manglende adhærensadfærd. Fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv kan denne adfærd for det første forklares ud fra den menneskelige tendens til tidsinkonsistent adfærd. Herunder ses patienter som påvirket af nutidsbias, hvilket medfører et præferenceskift. Dette består af, at patienterne typisk er opsat på at udvise patientadhærens, i momentet de får uddelt øvelserne af fysioterapeuten, hvorimod de går over til en præference for anden adfærd i det moment, de faktisk skal udføre øvelserne. Indflydelsen af nutidsbias kan derudover også forklares ved, at patienter oplever en afstand mellem deres nutidige og fremtidige selv, hvorfor sidstnævnte kan føles som en fremmed. Derved er patienterne mindre motiveret for at udvise adhærens, hvis fordelene ved denne adfærd først gavner dem på lang sigt.

Der ses også en adfærdsbarriere for adhærens i de tilfælde, hvor patienterne anser øvelserne, eller forudsætningerne for disse, som for krævende og dermed nødvendiggør et højere niveau af kognitiv indsats fra deres side. Dette taler netop ind i adfærdsøkonomiens antagelse vedrørende begrænset kognitiv kapacitet hos mennesket.

Patienternes oplevelse af smerte er desuden en influerende faktor på deres udviste grad af adhærens. Umiddelbar smerte motiverer patienter, fordi de ofte mærker, at øvelserne hjælper på dette, hvorimod vedvarende smerte over tid kan blive en barriere for adhærensadfærd. Dette kan belyses af satisfieringsprincippet, hvor patienterne bliver i stand til at hæve deres smertetolerance for på den måde at sænke deres aspirationsniveau for adhærens. Patienternes grad af self-efficacy inden for træning ses også som en forklarende faktor på patienternes adhærensadfærd, hvortil det er vist, at en lav grad af self-efficacy typisk skaber lav grad af adhærens og omvendt.

Derudover åbnede det adfærdsvidenskabelige perspektiv også op for en forklaring af social indflydelse som en påvirkende faktor på patienternes adhærensadfærd. En positiv effekt af den sociale indflydelse ses, når der ved holdtræning skabes en forpligtelse hos patienterne til at indgå i den ønskede adfærd. Dog kan de sociale omgivelser ved holdtræning også have en negativ effekt på patientadhærens, såfremt patienternes observerede erfaringer giver dem en lavere grad af self-efficacy, hvilket dermed mindsker sandsynligheden for, at de følger fysioterapeutens anbefalinger.

Den sociale indflydelse i fysioterapeut-patient forholdet blev også vist som værende i stand til at påvirke patientadhærens både positivt og negativt. Den positive indflydelse er til stede, når patienterne oplever en tillidsfuld relation, hvorimod en fysioterapeut, som udviser curse of knowledge, har en tendens til at påvirke patientens adhærensadfærd negativt. Til sidst ses der yderligere en forklaring på den lavere grad af patientadhærens, nemlig patienternes tendens til at benytte en selvrationaliseringsstrategi som forsvarsmekanisme for deres adfærd. Dette gjorde patienterne i stand til at reducere den kognitive dissonans, der fulgte med manglende adhærensadfærd, hvilket gjorde denne handling mere acceptabel for dem.

For at øge patientadhærens hjælper det adfærds-mæssige perspektiv for det første med at få øje på, at der er en uoverensstemmelse mellem de grundlæggende antagelser om mennesket som rationelt i den dominerende tilgang til fysioterapi og den måde, som patienterne rent faktisk agerer på. Dertil er afhandlingen kommet frem til fire løsningsstrategier, som baserer sig på patienternes udledte adfærds-mønstre iht. adhærens samt adfærdsvidenskabelig teori:

Tilkobling af træningsprogrammet på en eksisterende rutine: Fysioterapeuterne skal inkorporere træningsprogrammet i en allerede eksisterende rutine for at gøre det til en system 1 handling. Herunder skal de sørge for overensstemmelse mellem patienternes motivation og ability til niveauet af de pågældende øvelser jf. Fogg Behavior Model.

Benyttelse af kortsigtet og specifik målsætning: Fysioterapeuterne skal sørge for, at de giver patienterne mål, som er specifikke og realistiske samt tage hensyn til deres kompetencer og self-efficacy. Derudover skal målene være kortsigtede, hvilket kan kombineres med enten intra- eller ekstraspsykiske selvkontrolsstrategier.

Reducering af afstanden mellem patienternes nutidige og fremtidige selv: Fysioterapeuterne skal mindske afstanden mellem patientens nutidige og fremtidige selv for at skabe motivation for langsigtede mål. Dette kan gøres ved: 1) At lade patienterne interagere med virtuelle realistiske computerskabte gengivelser af dem selv som ældre eller 2) ved at integrere selvrelevant fremtidstænkning i patientspørgeskemaer.

Udnyttelse af patienternes kognitive dissonans ved manglende adhærens: Fysioterapeuterne skal reducere muligheden for selvrationalisering og dermed patienternes mulighed for at fortolke på, hvad acceptabel adfærd indebærer. Dette kan gøres ved, at patienten skal føre dagbog over deres udførelse af øvelserne samt ved at skabe en følelse af forpligtelse til hjemmeøvelserne.

Ud fra vores analyse af den nuværende patientadfærd ift. at udvise høj eller lav grad af adhærens, kan de ovenstående løsningsstrategier ud fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv være med til at øge patientadhærens i fysioterapi.

11. Perspektivering

I afhandlingen er patientadhærens i fysioterapi blevet udfoldet fra et adfærdsvidenskabeligt perspektiv gennem en analyse af patienternes adfærdsmønstre. Forud for dette blev den dominerende tilgang i fysioterapi samt de nuværende oplevelser med patientadhærens også fremanalyseret, hvilket har muliggjort en sammenligning mellem disse områder. Gennem analyserne blev der givet en større forståelse for, hvornår patienterne udviser hhv. en høj og lav grad af patientadhærens og hvilke dynamiske variable, der er til stede, som fysioterapeuten kan gå ind og påvirke. Disse resultater har bidraget til en udformning af adfærdsvidenskabeligt funderede løsningsstrategier. I dette afsnit vil implikationerne for afhandlingens konklusioner blive diskuteret.

Derudover vil der også blive udlagt hvilke muligheder for yderligere forskning inden for problemfeltet patientadhærens, som afhandlingen åbner op for.

Grundet afhandlingens omfang har konklusionerne hovedsageligt baseret sig på udledninger fra forskningsinterviews med fysioterapeuter samt patienter. I forlængelse heraf har afhandlingens brug af spørgeskemaundersøgelsen haft til formål at give et overordnet indblik i problemfeltet inden den mere dybdegående analyse af interviewdata samt at understøtte slutninger fra disse. For at undersøge det fremlagte problemfelt yderligere gennem fremtidig forskning, ville det for det første kunne argumenteres at være en fordel, med et større datagrundlag end omfanget i denne afhandling var til. Afhandlingen baserede, som tidligere nævnt, sit omfang af interview på baggrund af et mætningspunkt ift. om et yderligere interview ville give ny viden. Såfremt fremtidig forskning alligevel vælger et større datagrundlag, bliver det dermed muligt at vurdere, om vores antagelse om mætningspunktet var korrekt, eller om der var mere viden at hente ift. at få problemfeltet nuanceret i så høj grad som muligt. Et større datagrundlag ville også give stærkere argumenter for generalisering til den resterende population, idet mulige outliers ville have større chance for at blive identificeret gennem modsigelser jf. kohærensbegrebet. Det større datagrundlag kunne dække både flere interviews samt flere respondenter til spørgeskemaet. Yderligere og større undersøgelser er særligt relevant, idet problemfeltet er relativt nyt, og der er derfor brug for mere empiri og forskning på området (Jack et al., 2010). Derudover kan det ved fremtidige undersøgelser også være givende at bygge videre på afhandlingens anvendte metoder, ved at anvende disse på alternative måder, hvilket vil blive diskuteret neden for.

Spørgeskemaundersøgelsen som metode kan ved fremtidig forskning anvendes mere kvantitativt, end det var tilfældet i denne afhandling. Ved at gøre brug af statistisk analyse kunne det dermed blive muligt at teste korrelationer mellem variable, såsom fx patienters aktivitetsniveau samt grad af patientadhærens. Dermed bliver det i højere grad muligt for denne type af studier at opstille og undersøge yderligere hypoteser omkring indvirkende faktorer på patientadhærens. Dette kunne supplere resultaterne fra denne afhandling, der bevidst valgte at anlægge en mere kvalitativ tilgang, og dermed bidrage yderligere til feltet.

Interviewmetoden kan ved fremtidig forskning udnyttes yderligere ved at målrette rekrutteringen af interviewpersoner. Uddybende kunne det være interessant at danne interviewpar som en del af rekrutteringsprocessen, hvilket står i kontrast til afhandlingens rekruttering, hvor de interviewede fysioterapeuter og patienter blev valgt tilfældigt baseret på demografi og convenience. Med

interviewpar henvises der til en fysioterapeut samt en af dennes patienter, hvilket ville muliggøre en undersøgelse af oplevelserne og erfaringerne med patientadhærens fra både behandlers og patients perspektiv i denne relation. Dette åbner dermed op for en mere dybdegående undersøgelse af kontrasterne mellem fysioterapeutens opfattelse og patientens adfærd, idet der ikke blot kigges på de mere generelle tendenser på tværs af fysioterapeuter og patienter, men på de specifikke situationer. Det kan dermed åbne op for flere perspektiver til at anskue patientadhærens på samt muligheden for at identificere flere konkrete faktorer, der kan influere denne. Derudover kunne sådanne studier også give indsigt i, hvordan sammenhængen mellem patienternes oplyste grad af adhærens og deres faktiske adhærens ser ud. Dette kunne være en måde at overkomme den menneskelige tendens til social desirability bias på, hvor der gives svar, som fremstiller én selv bedre over for forskerne (Dalton & Ortegren, 2011).

I forlængelse heraf kunne afhandlingens metoder i fremtidige studier også suppleres af den kvalitative observationsmetode. Denne imødegår netop nogle af de ulemper, der findes ved metoderne spørgeskemaundersøgelse samt forskningsinterview, hvilket hhv. er, at individer kan være påvirket af social desirability response bias, og at de ikke altid er i stand til at gengive egen adfærd korrekt. Ved observationer bliver det derfor muligt at observere fysioterapeuter og patienters faktiske adfærd. Brugen af denne metode kan anvendes på to måder: Enten til at følge fysioterapeuten, og hermed observere deres tilgang gennem diverse konsultationer, eller til at observere de enkelte patienter og deres adhærensadfærd uden for fysioterapikonsultationen. Sidstnævnte kan være mere udfordrende at udføre i praksis, idet der er tale om observation af patienters privatliv, hvorfor der fx kunne gøres brug af en metode som mobiletnografi for at imødekomme dette.

Ud over at fremtidig forskning kan supplere afhandlingen fra et metodemæssigt perspektiv, kan der også ses mulighed for studier, som tester afhandlingens løsningsstrategier gennem eksperimenter udført i praksis. På den måde ville det blive muligt at undersøge, hvordan disse teorifunderede strategier tager sig ud i praksis, og hvordan de eventuelt kunne justeres for at imødekomme omstændighederne herfor. Et sådant eksperiment kunne fx bruges til at sammenligne to patientgrupper, hvoraf den ene udsættes for en konsultation, der gør brug af de udlagte strategier, og den anden fungerer som kontrolgruppe. Herefter vil det være muligt at sammenligne patienternes grad af udvist adhærens på tværs af de to grupper, og dermed se hvorvidt der er en signifikant forskel på disse. På den måde ville denne forskning kunne bidrage til feltet ved at teste, hvorvidt afhandlingens udlagte strategier har en målbar effekt på patienternes adhærensadfærd.

Eksperimenterne kunne også anvendes til teste de fire strategiers interkorrelation. Da strategierne i afhandlingen netop er blevet udformet uafhængigt af hinanden, kunne det derfor være interessant at undersøge, hvorvidt en kombination af visse eller alle af strategierne kunne skabe en endnu større effekt på patientadhærens. Fx kan der undersøges en eventuel sammenhæng mellem de to strategier "Tilkobling af træningsprogrammet på en eksisterende rutine" og "Benyttelse af kortsigtede og specifikke målsætninger". Dette potentiale for sammenhæng begrundes med, at når der ved førstnævnte strategi anbefales, at fysioterapeuten sammen med patienten skal identificere en passende trigger jf. FBM, kan dette også ses som relevant ift. sidstnævnte strategis anbefaling om udviklingen af en ekstrap psykisk selvkontrolsstrategi, hvor der skal placeres en forpligtende anordning i patienternes miljø i relation til det opstillede mål. Derfor ses der en mulighed for, at disse to strategier med fordel kan blive kombineret. Fysioterapeuten kan i opstillingen af en trigger eller ekstrap psykisk selvkontrolsstrategi både kortlægge patientens motivations- og ability-niveau, og samtidigt også sørge for, at målene er kortsigtede. Der er dog i høj grad brug for yderligere forskning og studier inden for strategiernes potentiale for sammenspil både teoretisk og praktisk.

Derudover ses det relevant, at fremtidig forskning fortsætter med at undersøge mulige faktorer, der har indflydelse på patientadhærens i fysioterapi. Dette kan begrundes med, at der i denne afhandling er blevet identificeret de faktorer, vi anså som de mest fremtrædende ud fra adfærdsvidenskabelige teorier samt fra empirien generelt. Men da det ikke har været muligt at afdække eller behandle alle potentielle faktorer, er der brug for flere undersøgelser, der kan inddrage flere perspektiver, for på den måde at nuancere patientadhærensproblematikken yderligere. Et interessant aspekt kunne bl.a. være undersøgelsen af, hvorvidt en patients personlighed spiller ind på deres udvisning af adhærens og i såfald hvordan. Da der i forvejen eksisterer litteratur på korrelationen mellem personlighedstræk og fysisk aktivitet (Burgos-Garrido, Gurpegui & Jurado, 2011), kunne dette derfor være interessant at undersøge mere dybdegående set i relation til netop dette problemfelt vedrørende patientadhærens i fysioterapi.

I analysen af fysioterapeuternes oplevelse af patientadhærens blev det fremlagt, at fysioterapeuterne særligt oplever udfordringer med patientadhærens fra specifikke patientgrupper herunder ældre patienter, patienter med lavt aktivitetsniveau, patienter der dyrker sport på højt niveau samt patienter med en anden kulturel baggrund. Løsningsstrategierne i afhandlingen har i midlertidig været mere generelle. Derfor ses der en mulighed for, at fremtidig forskning kan gøre brug af afhandlingens metoder og resultater til at foretage mere dybdegående analyse af adfærdsmønstrene hos en specifik patientgruppe. Dette ville muliggøre et grundigere indblik i

behovene hos disse særligt udfordrede grupper hver især og dermed en udformning af mere skræddersyede løsningsstrategier. Ved at kombinere sådanne studier med konklusionerne fra afhandlingen, vil det derfor kunne argumenteres i højere grad at kunne bidrage til forøgelsen af patientadhærens i fysioterapi. Dette kan begrundes med, at sådan forskning tilgodeser eventuelle forskelle i adfærdsmønstre på tværs af patientgrupper med fokus på dem, der på nuværende tidspunkt opleves de største udfordringer med fra fysioterapeuternes side.

Som tidligere nævnt har afhandlingen desuden afgrænset sig fra at tage andre sundhedsmæssige enheder i betragtning i behandlingen af, hvordan patientadhærens i fysioterapi kan øges. Det er dog et område, som der kunne være interessant at undersøge nærmere. Dette kan for det første begrundes med, at Basisbog i Fysioterapi fremhæver vigtigheden af et tværprofessionelt samarbejde særligt omkring patienter med flere eller kroniske sygdomme (Bjørnlund et al., 2017). Derudover var det også en problematik, som blev synliggjort i både et fysioterapeut- og patientinterview, hvor der i begge tilfælde blev italesat, at et bedre samarbejde internt i sundhedsvæsenet kunne være gavnligt for patienterne ift. at få en mere holistisk behandling (Bilag 4; Bilag 11). Derfor ses der et potentiale for at foretage yderligere forskning inden for det tværprofessionelle samarbejde og en undersøgelse af hvilke adfærdsmønstre og barrierer, der eksisterer inden for patientadhærens på dette område. Dette ville også give en generel bredere belysning af manglen på patientadhærens overordnet set, idet sådanne undersøgelser ikke ville være afgrænset til fysioterapeutens anbefalinger, men også andre sundhedsfaglige anbefalinger i form af fx medicinering.

I forlængelse af mere inddragelse af sundhedsvæsenet generelt kunne det desuden være relevant for fremtidig forskning at undersøge, hvordan opbygningen af et sundhedsvæsen ift. bl.a. egenbetaling og offentligt tilskud påvirker patientadhærens inden for fysioterapifeltet. Fysioterapibehandling i Danmark i dag dækkes typisk kun i fuld grad af det offentlige eller forsikringen, såfremt der er tale om en varig lidelse som fx et svært handicap (Sundhed.dk, 2017). I empirien blev det pengemæssige aspekt af fysioterapi da også bragt på bane i både fysioterapeut- og patientinterview omend i forskellige sammenhænge (Bilag 5; Bilag 6; Bilag 9; Bilag 10; Bilag 13). Fx siger fysioterapeuten Clara, at hun forventer en højere grad af patientadhærens på hendes klinik end fx på hospitalet, idet hendes patienter netop selv betaler for hver behandling (Bilag 5). Derfor ses dette som et relevant område at belyse yderligere i fremtidig forskning, idet dette ville give et supplerende perspektiv på patientadhærensproblemfeltet i fysioterapi.

Slutteligt blev det nævnt i indledningen, at afhandlingens begrundelse for valget af problemfeltet patientadhærens bundede i et ønske om at reducere de samfundsøkonomiske omkostninger, som den lave grad af adhærens medfører. Afhandlingen har i midlertidig fokuseret på de patienter, som aktivt tilvælger fysioterapeutisk behandling. Dermed kan det fremsættes at perspektiveret fra de borgere, som medfører indirekte omkostninger fra muskel- og ledsygdomme for dem selv og samfundet, fx i form af nedsat arbejdsevne, ikke er medtaget i undersøgelsen. Dette åbner derfor op for supplerende forskning inden for problemfeltet, som også forsøger at belyse denne adfærd. Denne problematik beskrives rammende af fysioterapeuten Britt, som siger følgende: "Barriererne ligger hos dem, vi ikke altid ser" (Bilag 4, s. 4).

12. Litteraturliste

- AAU (n.d.A). *Surveys*. Hentet fra: <https://metodeguiden.au.dk/surveys/> [sidst set 27/04/20]
- AAU (n.d.B). *Sampling*. Hentet fra: <https://metodeguiden.au.dk/sampling-revised/> [sidst set 27/04/20]
- Asmundson, G, Norton, P, & Norton, G. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 97-119.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baumeister, R., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. (1998). Ego Depletion: Is the Active Self a Limited Resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265.
- Bissonnette, J. (2008). Adherence: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 63(6), 634-43.
- Bjørnlund, I. B., Sjöberg, N. E. & Lund, H. (2017). *Basisbog i fysioterapi* (2nd ed.). København: Munksgaard.
- Bordens, K. S. & Horowitz, I. A. (2013). *Social Psychology* (2nd ed.). n.p.: Psychology Press.
- Burgos-Garrido, E., Gurpegui, M. & Jurado, D. (2011). Personality traits and adherence to physical activity in patients attending a primary health centre. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 539-547.
- Campbell, W., & Sedikides, C. (1999). Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Review of General Psychology*, 3(1), 23-43.
- CBS (2020). *Cand.merc.(psyk.) - erhvervsøkonomi og psykologi*. Hentet fra: <https://www.cbs.dk/uddannelse/kandidat/candmercpsyk-erhvervsøkonomi-psykologi> [sidst set 11/05/20]
- Cherry, K. (2020). *20 Common Defense Mechanisms Used for Anxiety*. Hentet fra: <https://www.verywellmind.com/defense-mechanisms-2795960> [sidst set 08/03/20]
- Cristofaro, M. (2017). Herbert Simon's bounded rationality: Its historical evolution in management and cross-fertilizing contribution. *Journal of Management History*, 23(2), 170-190.
- Coxon, M. & Upton, D. (2012). *Cognitive psychology*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Dalton, D. & Ortegren, M. (2011). Gender differences in ethics research: The importance of controlling for the social desirability response bias. *Journal of Business Ethics*, 103(1), 73-93.
- Danske Fysioterapeuter (n.d.). *Efteruddannelse*. Hentet fra: <https://www.fysio.dk/kurser-uddannelse/karriere-og-uddannelse/efteruddannelse> [sidst set 29/04/20]
- Darsø, L. (2018). *Sådan undgår du de 3 hyppigste fejl i spørgeskemaer*. Hentet fra: <https://kl7.dk/saadan-undgaar-du-de-3-hyppigste-fejl-i-spoergeskemaer/> [sidst set 27/04/20]
- De Vaus, D. (2002). *Surveys in social research*. London: Taylor & Francis Books.

- Deutsch, M., & Gerard, H. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51(3), 629-636.
- Duhigg, C. (2012). *The power of habit: Why we do what we do and how to change*. London: Random House Books.
- Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori: Perspektiver på organisationer og samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Engmann, T. S (2019). *Flere danskere går til fysioterapeut*. Hentet fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/bagtal/2019/2019-04-11-flere-danskere-gaar-til-fysioterapeut> [sidst set 26/04/20]
- Fogg, B. (2009). A behavior model for persuasive design. *Proceedings of the 4th International Conference on Persuasive Technology*, 350, 1-7.
- Forrester, J. (1971). Counterintuitive Behavior of Social Systems. *Theory and Decision*, 2(2), 109-140.
- FysioDanmark (n.d.). *Børnefysioterapi*. Hentet fra: <https://fysiodanmark.dk/boernefysioterapi/> [sidst set 01/05/20]
- Giese, N. (2005). *Adult and child brains perform tasks differently*. Hentet fra: <https://source.wustl.edu/2005/05/adult-and-child-brains-perform-tasks-differently/> [sidst set 09/05/20]
- Glanz, K. & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health*, 31, 399-418
- Google Play (n.d.). *FaceApp*. Hentet fra: <https://play.google.com/store/apps/details?id=io.faceapp&hl=da> [sidst set 06/05/20]
- Hershfield, H. (2011). Future self-continuity: How conceptions of the future self transform intertemporal choice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1235(1), 30-43.
- Hershfield, H. E., Goldstein, D. G., Sharpe, W. F., Fox, J., Yeykelis, L., Carstensen, L. L., & Bailenson, J.N. (2011). Increasing saving behavior through age-progressed renderings of the future self. *Journal of Marketing Research*, 48, 23-37
- Højgaard, B. & Kjellberg, J. (2020). *Fysioterapi i Danmark: Analyse af praksissektoren*. Hentet fra: <https://www.vive.dk/media/pure/14708/3802663> [sidst set 01/05/20]
- Holden, M. A., Haywood, K. L., Potia, T., McLean, S., & Gee, M. (2014). Recommendations for exercise adherence measures in musculoskeletal settings: A systematic review and consensus meeting (protocol). *Systematic Reviews*, 3(1), 10.
- Jack, K., Mclean, S., Moffett, J., & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*, 15(3), 220-228.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L. & Thaler, R. H. (1991). Anomalies: The endowment effect, loss aversion, and status quo bias. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 193-206.
- Kennedy, J. (1995). Debiasing the curse of knowledge in audit judgment. *Accounting Review*, 70(2), 249-273.

- Kluckhohn, C., Murray, H. A & Schneider, D. M. (1954). *Personality in nature, society, and culture*. New York: Alfred A. Knopf.
- Knudsen, C. (2011). *Økonomisk psykologi: Adfærdøkonomiske perspektiver på virksomhedens organisering, økonomiske grænser og identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk (3rd ed)*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Langlois, R. N. (1990). Bounded rationality and behavioralism: A clarification and critique. *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 146, 691-695.
- Locke, E., Shaw, K., Saari, L. & Latham, G. (1981). Goal setting and task performance: 1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90(1), 125-152.
- Marques, S., Mariano, J., Lima, M. & Abrams, D. (2018). Are you talking to the future me? The moderator role of future self-relevance on the effects of aging salience in retirement savings. *Journal of Applied Social Psychology*, 48(7), 360-368
- Mikkelsen, E. N., (2016). Socialpsykologi: HA (psyk.) 2. sem. (Custom ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Peek, K., Sanson-Fisher, R., Mackenzie, L., & Carey, M. (2016). Interventions to aid patient adherence to physiotherapist prescribed self-management strategies: A systematic review. *Physiotherapy*, 102(2), 127-135.
- Philips, H. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 273-279.
- Sauer, P. (n.d.). *Adfærdsvidenskab: Et puf i den rigtige retning*. Hentet fra: <https://www.coi.dk/fakta-og-cases/hvad-er-offentlig-innovation/innovationstilgange/adfaerdsvidenskab/> [sidst set 27/4/20]
- Solomon, M. (2015). *Consumer behavior: Having, buying, being* (11th ed.). Harlow, Essex: Pearson Education Limited.
- Sundhed.dk (2017). *Fysioterapi*. Hentet fra: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/behandling/fysioterapi/> [sidst set d. 17/02/2020]
- Sundhed.dk (2019). *Fysioterapi - henvisning, tilskud mv.* Hentet fra: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/social-ydelser/social-ydelser/behandling/fysioterapi/> [sidst set 29/04/20]
- Sutton, S. (2015). Health behavior, psychosocial theories of. In: Wright, J. D. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*: 2nd ed. (pp. 577-581). Oxford: Elsevier.
- Uddannelsesguiden (2019). *Artikel: Fysioterapeut*. Hentet fra: https://www.ug.dk/interviews/fysioterapeut?fbclid=IwAR0amV7ZP2c-cTg9yFhyccixYO_fOFdHjtGBvazanVUkQxBOXIUnaR1060 [sidst set 30/04/20]
- Uddannelsesguiden (2020). *Professionsbacheloruddannelse: Fysioterapeut*. Hentet fra: <https://www.ug.dk/uddannelser/professionsbacheloruddannelser/socialogsundhedsuddannelser/fysioterapeut> [sidst set 06/05/20]

- Uddannelsesguiden (n.d.). *Fysioterapeut*. Hentet fra:
<https://www.ug.dk/uddannelser/professionsbacheloruddannelser/socialogsundhedsuddannelser/fysioterapeut> [sidst set 29/04/20]
- Vidensråd for Forebyggelse (2015). *Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led*.
Hentet fra: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensrad_for_forebyggelse_forebyggelse_af_skader_og_sygdomme_i_muskler_og_led_2015.pdf
- Weick, K. E., Sutcliffe, K.M & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of Sensemaking.
Organization Science, 16(4), 409–421.
- Weiner, I. B, Tennen, H. & Suls, J. M. (2012). Handbook of psychology, personality and social psychology - Volume 5: Personality and social psychology (2nd ed.). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- World Health Organisation (2003). *Adherence to long term therapies - Evidence for action*.
Geneva: World Health Organisation.

13. Bilagsoversigt

Bilag 1: Spørgeskemarapport

Bilag 2: Fysioterapeutinterviewguide

Bilag 3: Patientinterviewguide

Bilag 4: Transskribering - Britt

Bilag 5: Transskribering - Clara

Bilag 6: Transskribering - Noah

Bilag 7: Transskribering - Simon, Christina og Mia

Bilag 8: Transskribering - Allan

Bilag 9: Transskribering - Kasper

Bilag 10: Transskribering - Kit

Bilag 11: Transskribering - Lena

Bilag 12: Transskribering - Nina

Bilag 13: Transskribering - Tobias

Bilag 14: Udbud af holdtræning