

SAMMANFATTNING

Få fysioterapeuter skulle motsätta sig idén om att sätta patienten i centrum. Det är ju själva grunden i vårt förhållningssätt, att utgå från patientens problem och förutsättningar för att försöka hjälpa hen vidare. Men ser vi verkligen till patienten som person? Är en etisk reflektion över vårt förhållningssätt systematiskt integrerad i vår praktik eller tar vi, som vissa forskare menar, den för given? Vad innebär det egentligen att bemötas och bli stärkt som person i fysioterapi? Denna artikel tar upp begreppet personcentrering i relation till fysioterapi som diskurs och praktik. Artikeln exemplifierar med aktuell forskning vid Göteborgs universitet och föreslår avslutningsvis en riktning för fortsatt reflektion.

Personcentrering i fysioterapi

Självklar kunskap i ny förpackning eller en möjlighet till etisk reflektion?



LOUISE DANIELSSON

Med.dr, leg. sjukgymnast med specialistkompetens i mental hälsa vid Närhälsan Gibraltar rehabmottagning, Göteborg, samt vid enheten för socialmedicin och epidemiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

På senare tid har begreppet personcentrering diskuterats alltmer frekvent inom hälso- och sjukvården, inte minst mot bakgrund av den patientmaktutredning som har resulterat i en ny svensk patientlag (1).

Den senaste världskongressen för fysioterapeuter i Singapore i maj 2015 innehöll en paneldebatt med rubriken "Personalising practice" (2). Det har även argumenterats för behovet av en ökad etisk diskussion i en föränderlig fysioterapeutisk praktik (3–5).

Personcentrering inom hälso- och sjukvård handlar om en medveten etik som grund för handlingar och relationer som man som professionell ingår i (6). Detta innefattar olika nivåer, såväl mötet mellan patient, eventuella närstående och professionella, som interprofessionell samverkan och organisation. Denna artikel kommer att lyfta fram personcentrering i mötet mellan patient och fysioterapeut.

Vad – eller vem – är en person?

Begreppet personcentrering gränsar till, och sammanblandas ofta med, flera snarlika termer såsom patientcentrerad eller klientcentrerad vård. Benämningarna skiljer sig dock åt, och den främsta skilljedelaren är personcentreringens fokus på och förståelse av vad det innebär att vara person. De teoretiska rötterna kommer här från författare som knyter an till personfilosofiska strömningar, såsom Ricoeur, Mounier, Buber, Smith och Rentorff-Kemp (7).

En personcentrerad ansats genomsyras av att den som söker vård alltid i första hand är en hel person, med sin livshistoria och sitt sammanhang. En person har vilja, ansvar och möjligheter, men har samtidigt alltid också en sårbarhet. I denna komplexa förstå-

else av människan som kapabel är sårbarheten inte en defekt, utan en given del av att vara människa.

Termen person är inte synonymt med begreppet patient. Ordet patient är inte bannlyst inom personcentrerad vård, men det definierar en tillfällig roll som personen har (7). Jag är förälder när jag ringer förskolan och en medarbetare när jag talar med min arbetsgivare, men jag är naturligtvis samtidigt fortfarande min person. På samma sätt, när jag söker vård, är jag fortfarande min person, men jag antar dessutom en tillfällig roll som patient. Poängen med att intressera sig för personen i vård Situationen är att försöka *se bortom det som föranleder patientrollen*, bortom diagnosen, symptomen eller funktionsnedsättningen. Att öppna mot att se personen skapar dels förutsättningar för en bärande behandlingsrelation, men också för att som fysioterapeut få syn på symptomens innebörd i personens liv och få uppdrag till hur behandlingen kan anpassas och integreras i livssituationen.

Det generella om ett tillstånd, det som representerar en "sammahet" i det att exempelvis vara en 35-årig kvinna med småbarn, ha långvarig värk i axlarna och uppleva sig stressad, har fysioterapeuter ofta god kunskap om. Kunskapen byggs både teoretiskt och genom erfarenheter från kliniken. Men personcentreringen innefattar också – vilket vanligtvis inte accentueras vare sig i fysioterapeutisk teori eller praktik – att vara nyfiken på vem som finns där. Vem är denna någon, som jag som fysioterapeut just nu har i uppgift att försöka hjälpa? Denna person som i likhet med andra har ett visst hälsoproblem och därtill delar "bak-

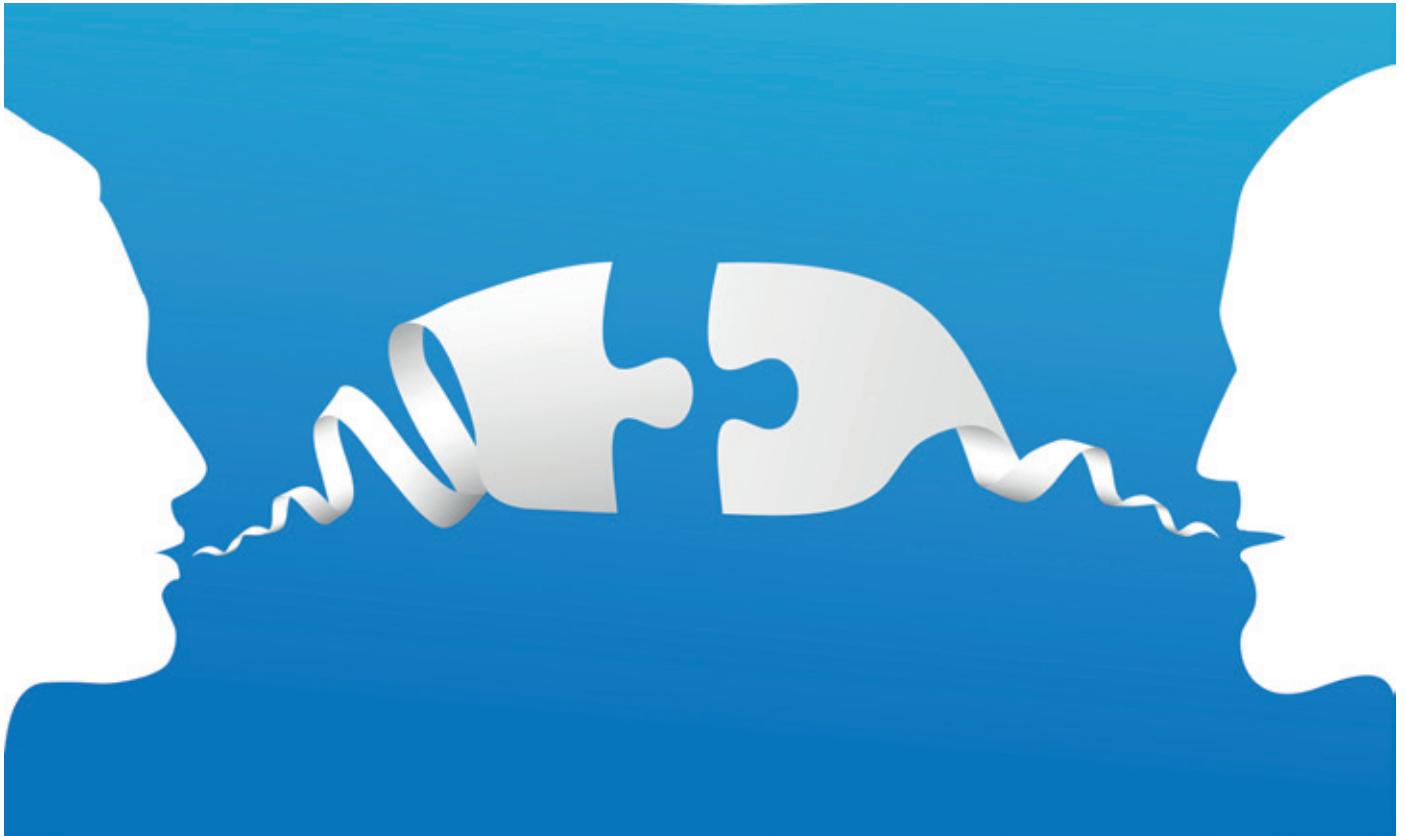


ILLUSTRATION: DREAMSTIME

När en person kan formulera personliga förväntningar och mål, är en gemensam planering med patienten som partner sällan ett problem. Men när patienten inte vill eller kan uttrycka sin målsättning, hur ser vi då till personen?

grundsvARIABLER” (kön, ålder, sysselsättning, utbildning, kultur) med andra men som också är unik, med sin egen historia, förutsättningar, svårigheter och sidor som inte framgår omedelbart i mötet?

Personcentrering är däremot inte detsamma som individualism. Att vara person innebär visserligen en unik dimension. Men i personfilosofins idéer betonas än mer det relationella och gemensamma *mellan* personer (8). ”Ingen människa är en ö, hel och fullständig i sig själv”, skrev den brittiske 1600-talspoeten John Donne. Vi *blir* personer i och genom mötet med andra och är på så sätt, som människor med vår sårbarhet och våra möjligheter, mer lika än olika. Detta är en viktig särskiljning från exempelvis de individualistiska strömningar som underbygger mycket av den moderna självhjälplitteraturen (9).

Personcentrering inom fysioterapi

De nyzeeländska forskarna Mudge, Stretton och Kayes (10) har analyserat personcentrering i fysioterapi. Deras analys är en träffande beskrivning av personcentreringens stötestenar för fysioterapi. Författarna lyfter fram fyra områden: målformule-

ring, hopp, fysioterapins paradig och praktikens tendens till paternalism. Att formulera mål tillsammans med patienten är en självklarhet för de flesta fysioterapeuter. Här ser vi oss många gånger som mer främjande av patientens egna resurser än andra mer medicinska eller omvårdnadsinriktade insatser. Våra behandlingar förutsätter ju vanligtvis att patienten är motiverad för att behandlingen överhuvudtaget ska kunna bli av. När en person är motiverad och kan formulera personliga förväntningar och mål, är en gemensam planering med patienten som partner sällan ett problem. Men när patienten inte vill eller kan uttrycka sin målsättning, hur ser vi då till *personen*? I den kliniska verkligheten är detta scenario ofta vanligare än välformulerade och ansvarsfulla målformuleringar.

En annan sida av problemet uppstår om patienten uttalar ett mål som fysioterapeuten uppfattar som oväsentligt eller orealistiskt. Vems idé om målet med behandling har tolkningsföreträde? Mudge och kollegor (10) förespråkar att fysioterapeuter behöver reflektera kring personen de möter på ett sätt som omfattar personens hela livssituation. Vidare menar ►

- de att fysioterapeuter av tradition är rädda för att väcka hopp om något man inte är övertygad om kommer att kunna infrias. Professionell försiktighet, att inte hoppas på stora, orealistiska förändringar, ses ofta som en dygd (10). Paradoxalt nog så visar forskning på det verksamma i att just få uttrycka och fostra ett hopp om förändring, oavsett om slutpunkten uppnås eller inte. Författarna pekar inte på en lösning, men menar att hoppets utrymme i den fysioterapeutiska behandlingen diskuteras i otillräcklig utsträckning, såväl för den enskilda patienten som inom det teoretiska paradigmet. Detta knyter således an till en problematisering av paradigmet.

Rötterna från ett positivistiskt, biomedicinskt perspektiv genomsyrar fortfarande fysioterapin (10, 11, 12, 13), vilket kan försvåra en helhetssyn på vad som är verksamt i behandlingen. Även då vi gärna säger att vi ser till hela människan, så har vi svårt att tillåta tid för att lyssna in och "bara" samtala med patienten, eller att dröja vid och ge utrymme för patienten att vara i sin kroppsliga upplevelse. Istället tenderar vi att känna oss otillräckliga som professionella när vi inte lyckas göra något för patienten (10).

Arvet från medicinen medför också att vi, ofta omedvetet, har en tendens att bli paternalistiska i relation till patienten (3, 10). Vi vill väl, och när vi vet vad som bör göras ger vi patienten direktiv. Detta kan visserligen fungera väl – men ibland kan denna tendens hindra utveckling i behandlingsprocessen. Fysioterapeuter behöver utveckla lyhördhet för att känna in och anpassa sitt sätt att interagera, med olika personer och i olika faser.

Göteborgs modell för personcentrerad

Med anslag från Vetenskapsrådet bildades 2010 *Centrum för personcentrerad vård* vid Göteborgs universitet. Detta forskningscentrum har i uppdrag att utveckla och utvärdera aspekter på personcentrerad vård i olika vårdkontexter och vid olika sjukdomstillstånd, främst sådana som innebär en långvarig funktionsnedsättning.

Nedan följer några exempel på fysioterapeutiska forskningsprojekt som bedrivs vid centrat:

- **Personcentrerad fysioterapi vid fibromyalgi:** Progressiv styrketräning med ett personcentrerat upplägg gav signifikanta förbättringar på fysisk förmåga, allmän hälsa, smärta, smärthantering och deltagande i dagliga aktiviteter, hos kvinnor med fibromyalgi (14).
- **Personcentrerad fysioterapi vid reumatoid artrit:** En randomiserad kontrollerad studie visade på minskad trötthet, minskade depressiva symtom

och ökad benstyrka hos deltagare som fick fysioterapi med en personcentrerad ansats (15).

- **Rehabilitering vid ryggmärgsskada:** Utveckling av ett utvärderingsinstrument belyser fem dimensioner av personcentrerad – respekt och integritet, planering och beslut, information och kunskap, motivation/uppmuntran samt involvering av anhöriga (16).
- **Personcentrerad vård i hemmet efter stroke:** Pågående studie av effekter av tidigt understödd återgång i hemmet, med hjälp av personcentrerad rehabilitering (17).

En grupp forskare knutna till centrumbildningen publicerade 2011 en artikel (6) i syfte att formulera principer för personcentrerad vård och omsorg. De nyckeltermerna som understryks, förutom själva personbegreppet, är berättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Det bör betonas att detta är principer som har utgjort en gemensam grund för centrumbildningen i Göteborg.

Berättelse

En personcentrerad ansats tar sin utgångspunkt i personens *berättelse*. Med berättelse menas personens uttryck, verbalt men också icke-verbalt, som visar på hälsoproblemet i personens vardagliga, levda sammanhang. Berättelsen är alltså inte främst medicinska bakgrundsfakta, utan den subjektivt levda ohälsan (6). Denna utgångspunkt skiftar fokus från sjukdom, "disease", till levd ohälsa, "illness". Berättelsen har också en terapeutiskt verksam innebörd i det att personen får sätta ord på sin situation vilket kan ge viss självinsikt eller åtminstone möjlighet att ge struktur åt hans eller hennes problem. På liknande sätt menar fysioterapeuten Bragée (18) att för att förstå patientens symtom behöver fysioterapeuten lyssna uppmärksamt till patientens egen berättelse, inte för att utröna en anamnestic "sanning" utan för att fånga innebörden i hur patienten förstår sina besvär integrerade i livet. Fysioterapeuten kan därutöver också få en ökad förståelse genom patientens kroppsliga aktivitet som ofta avspeglar sig under berättandet, såsom en nedslagen blick, en rodnad, en snabbare andning.

Berättelsen behöver inte ta formen av en utförlig skildring vid första besöket. Erfarenheter från kliniken är att den ofta kommer i mindre, men betydelsefulla glimtar, till exempel i reflektion över en rörelse eller i ett odramatiskt skede vid träningscykeln när fysioterapeuten intresserar sig för hur patienten haft det senast.

Den professionelles intresse för berättelsen förmedlar också på ett fundamentalt sätt att personen som söker vård har värdefulla kunskaper och erfaren-

”För att förstå patientens symtom behöver fysioterapeuten lyssna uppmärksamt till patientens egen berättelse.”

heter (6). Att betona berättelsen innebär dock inte en motsättning till de medicinska data som kan observeras, mätas och avbildas. De biologiska tecknen på ohälsa är ovärderlig information, men ses inom personcentrerad vård som komplement till patientens egen redogörelse. Den moderna tekniken ska användas och underlätta, men inte dominera i sådan utsträckning att patientens egna upplevelser åsidosätts eller bedöms vara av mindre värde för behandlingsupplägget.

Partnerskap

Den andra hörnstenen är det *partnerskap* som behöver byggas i relationen mellan personen som är där som patient och personen som är där som professionell. Partnerskapet är en förutsättning för gemensam målformulering och beslutsfattande i behandlingen, där patientens livsstil, tidigare erfarenheter, förväntningar och värderingar inkluderas (6). Kristensson och Ugglå (7) benämner detta partnerskap som en *asymmetrisk ömsesidighet*. Relationen kan aldrig bli helt jämbördig, såsom mellan två vänner. Det finns alltid en asymmetri som från start betecknar relationen och som oftast innebär ett trefaldigt underläge för patienten. Patienten är drabbad av ett lidande som påverkar livet och skapar en existentiell utsatthet, patienten har som regel mindre kunskap om det medicinska och om sjukvårdsorganisationen och patienten kan enbart via vårdgivaren få tillgång till sjukvårdens resurser (7). Det är alltså inte en idé om att man är helt lika som personcentreringens princip om partnerskap betonar. Det centrala är en ömsesidighet i och en ödmjukhet inför att respektera och försöka se den andres perspektiv. Ömsesidigheten innefattar ett empatiskt inkännande och en tillit till människors förmåga, men också deras svårigheter, att förmedla och ta ansvar för sin hälsa.

På senare tid har behandlingsrelationen uppmärksammas som en verksam faktor i fysioterapi mer generellt, exempelvis i interaktionen mellan fysioterapeut och patienter med ryggsmärta (19, 20).

Dokumentation

Ekman et al. (6) nämner även *dokumentationen* som en tredje princip, med syftet att säkra och förtydliga överenskommelsen i behandling. Dokumentationen innebär att den gemensamma planeringen, där även

patientens synpunkter på så sätt ges legitimitet, registreras. Detta blir också viktigt i överförandet av information, till exempel i vårdkontexter där patienten har flera vårdgivare med samma journal.

Erfarenheter av ett forskningsprojekt om fysioterapi vid depression

En studie av fysioterapi som tilläggsbehandling vid egentlig depression, visade att konditionsträning hos fysioterapeut med en personcentrerad ansats signifikant förbättrade deltagarnas depressiva besvär (21). Även då studien inte kan påstås utvärdera personcentreringen i sig, så tyder resultaten på att förhållningssättet är lämpligt vid träning för personer med depression. Den personcentrerade ansatsen innebar: a) att utgå från deltagarens berättelse, såsom tidigare erfarenheter av träning, behov och förväntningar och b) fokus på behandlingsrelationen och gemensam planering och ansvarstagande.

I intervjuer med deltagarna framkom att utöver en vitaliserande inverkan på den stumma, slutna kroppsupplevelsen som kännetecknar depression, så tillskrev deltagarna träningens omgivande faktorer, relationella och strukturella, stor betydelse. De betonade relationen med fysioterapeuten och ibland även relationer till de andra deltagarna. De menade att just detta att ”någon väntar på mig” och ”märker av och bryr sig om att jag är där” gjorde att de kände sig mer synliggjorda som personer. Detta kan tolkas i ljuset av en personcentrerad ansats, där synen på att vara en person delvis definieras av att vara relaterande; att behöva någon för att bli någon. Deltagarna beskrev ett behov av fysioterapeutens guidning, empatiskt inkännande för deras bristande ork och nedstämdhet, men också pragmatiskt inriktad på att tillsammans hitta möjligheter, till exempel arrangera om i programmet eller hitta en alternativ övning. Fysioterapeutens kreativitet, med utgångspunkt i hans eller hennes kunskapsbas, blev därmed viktig.

Den icke-verbala, närmast ”mellankroppsliga” kommunikationen är ett naturligt inslag i fysioterapi men, sannolikt just på grund av dess ordlösa natur, otillräckligt beskriven (22). I ovan nämnda studie syntes betydelsen av en sådan flerdimensionell dialog, då depressionen i sig också ofta försvårar verbal reflektion. ”Sjukgymnasten måste kunna läsa mellan raderna”, sa en kvinna i studien om sin träning, och ►

- menade att det är omöjligt för henne att *förklara* den tröghet och oförmåga hon känner och som ibland drabbar så fullständigt. Ett annat exempel kan ges från en kvalitativ studie av erfarenheter av basal kroppskänedom vid depression (23). En deltagare beskrev där hur hon kände sig respekterad och förstådd genom fysioterapeutens tysta lyhörddhet för när hon exempelvis behövde en extra kudde för att kunna vila bekvämt, eller hur fysioterapeuten instinktivt visste när en deltagare just idag behövde ett stöttande tryck på axeln.

Avslutande reflektion

Personcentrering i fysioterapi kan anses handla om att lyssna och känna in patientens ”vem” bortom de kliniska fynden, att söka träda in i dennes värld för att få inblick i hur besvären levs i sitt sammanhang. Det handlar om lyhörddhet för olika sätt till uttryck, inte minst det icke-verbala. Det handlar om fysioterapeutens etiska reflektion över sitt förhållningssätt i mötet med patienten, för att utveckla flexibilitet och dynamik.

Avslutningsvis knyter vi nu an till titelns frågeställning. Självklar kunskap eller en möjlighet till etisk reflektion? Ja, och ja. Personcentrering är ingen trendig modell eller egentlig ”ny” konceptualisering, dess teoretiska antaganden bygger på länge etablerade humanistiska idéer. Empatisk respekt för den andres värdighet och integritet finns naturligtvis redan i många behandlingssituationer. Likaså kan principer om att lyssna in berättelsen, involvera patienten som ”partner” och dokumentera den gemensamma planeringen, uppfattas som självklara. Det finns dock flera skäl till varför personcentrering har betydelse för modern fysioterapi

Dels förutsätter den ett växelspel mellan olika förståelsehorisonter – det subjektivt levda och det

objektivt observerade – där den snabba medicintekniska utvecklingen tenderar att ta allt större del av tolkningsutrymmet. Den möjliggör också en nyansering mellan gamla tiders hierarkiska, paternalistiska vårdstruktur, och en överdrivet kundorienterat ”patienten beställer” synsätt som kan anas i så kallad *public management* av sjukvården. Personcentreringen syftar till en dialektik mellan patient (expert på sitt liv, kropp och upplevelser) och professionell (expert på sin praxis och sjukdomstillståndens generella uttryck och behandlingsmöjligheter). För fysioterapeuten innebär det tilltro till patientens kunskap om sig själv, men också en respekt för det egna professionella kunnandet. På så sätt kan den personcentrerade ansatsen stärka professionaliteten. Personcentrering stimulerar också till etisk reflektion över hur vi möter och samarbetar med personen som för tillfället är patient. Och slutligen är personcentrering intressant i relation till de dimensioner av icke-verbal kommunikation som fysioterapin omfattar. Här kan personfilosofi ge ökad förståelse, men omvänt kan också vår levda praxiskunskap ge mer stoff åt personcentreringen som ett begrepp i utveckling. **F**

MISSA INTE

symposiet *Personcentrering i fysioterapi*, torsdag 22 oktober kl. 9.00-10.30 där Louise Danielsson och tre andra forskande fysioterapeuter (Caroline Feldthusen, Jeanette Lindberg, Åsa Nordin) vid *Centrum för personcentrerad vård* vid Göteborgs universitet presenterar resultat från sina doktorandprojekt för att belysa fyra centrala aspekter av personcentrering: Dialog, Partnerskap, Delaktighet och Målformulering. **Rum 35-36**

FYSIOTERAPI
2015
STOCKHOLM
WATERFRONT
21-23 OKTOBER

REFERENSER

1. SOU. Statens offentliga utredningar, SOU 2013:2. <http://www.regeringen.se/contentassets/93a9c6ee50fe49a183aab8389997b7f7/patientlag--delbetankande-av-patientmaktsutredningen-sou-20132>
2. Knox M, Meerhoff G, Bjorklund M, Raju R. Personalising practice. Paneldebatt, World Congress of Physical Therapy, Singapore, May 2, 2015. <http://www.wcpt.org/congress/panel/personalising-practice>
3. Praestegaard J, Gard G, Glasdam S. Practising physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Med Health Care Philos* 2013;16(3):555-64.
4. Praestegaard J, Gard. The perceptions of danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Med Ethics*. 2011;12:21. doi: 10.1186/1472-6939-12-21.
5. Hammond R, Cross V, Moore A. The construction of professional identity by physiotherapists: a qualitative study. *Physiother*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2015.04.002>.
6. Ekman I, Swedberg K, Taft C et al. Person-centered care – Ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10: 248-51.
7. Kristensson Ugglå B. Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: Ekman I (redaktör). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
8. Buber M. *Between Man and Man*. Routledge Classics: New York, 2002.
9. Aspelin J. *Suveränitetens pris: en kritisk studie av självhjälplitteratur*. Ludvika: Dualis Förlag, 2008.
10. Mudge S, Stretton C, Kayes N. Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? *Disabil Rehab*. 2014; 36(6): 457-63.
11. Wikström-Grotell C, Eriksson K. Movement as a basic concept in physiotherapy. A human science approach. *Physiother Theory Pract*. 2012;28(6): 428-38.
12. Bientzle M, Cress U, Kimmerle J. Epistemological beliefs and therapeutic health concepts of physiotherapy students and professionals. *BMC Med Edu*. 2014;14:208 doi:10.1186/1472-6920-14-208



REFERENSER

- 13. Nicholls DA, Gibson BE. The body and physiotherapy. *Physiother Theory Pract.* 2010;26(8):497-509.
- 14. Palstam A. Aspects of work and health in women with fibromyalgia, Institute of Medicine, University of Gothenburg. Avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet 2015.
- 15. Feldthusen C, Dean E, Forsblad-d'Elia H, Mannerkorpi K. Effect of Person-centered Physical Therapy on Fatigue-related Variables in Persons with Rheumatoid Arthritis. Konferensbidrag, Fysioterapi 2015, 21-23 oktober 2015, Stockholm Waterfront, Stockholm.
- 16. Lindberg J, Kreuter M, Persson LO, Taft C. Patient Participation in Rehabilitation Questionnaire (PPRQ)-development and psychometric evaluation. *Spinal Cord.* 2013;51(11):838-42.
- 17. Sunnerhagen KS, Danielsson A, Rafsten L, Björkdahl A, Axelsson ÅB, Nordin Å, Petersson CA, Lundgren-Nilsson Å, Fröjd K. Gothenburg very early supported discharge study (GOTVED) NCT01622205: a block randomized trial with superiority design of very early supported discharge for patients with stroke. *BMC Neurol.* 2013; 13: 66. doi: 10.1186/1471-2377-13-66
- 18. Bragée B. Vad uttrycker kroppen i behandlingsrummet? I: Biguet G, Keskinen-Rosenqvist R, Levy Berg A, redaktörer. Att förstå kroppens budskap – sjukgymnastiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 97-108.
- 19. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, Rashedi S, Magee DJ, Gross DP. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther.* 2014 Apr;94(4):477-89.
- 20. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther.* 2013 Apr;93(4):470-8.
- 21. Danielsson L, Papoulias I, Petersson E-L, Carlsson J, Waern M. Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment in major depression. *J Affect Disord.* 2014; 168: 98-106
- 22. Öberg GK, Normann B, Gallagher. Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiother Theory and Practice.* *Physiother Theory Pract.* 2015;31: 244-52
- 23. Danielsson L, Rosberg S. Opening for life: experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* 2015; 10: 27069 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.27069>