

Linköpings universitet | Masterprogrammet i arbetsterapi/folkhälsovetenskap/fysioterapi/  
logopedi/medicinsk pedagogik/omvårdnadsvetenskap | Institutionen för medicin & hälsa  
Examensarbete magister, 15 hp | Fysioterapi  
Vårterminen 2019

# Upplevelser av BättreRygg☺ vårdprogram

– En intervjustudie bland patienter med  
ländryggsbesvär inom primärvård

---

*Experiences of the BetterBack☺ Model of Care  
– A Interview Study Among Patients with Low Back  
Pain in Primary Care*

**Fredrik Årneby**

Handledare: Paul Enthoven, leg. sjukgymnast, Med dr., universitetslektor

## Omnämmande

Uppsatsen har finansierats av FoU-medel från Närsjukvården i Västra Östergötland (NSV).

**Titel:** Upplevelser av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram – En intervjustudie bland patienter med ländryggsbesvär inom primärvård

**Författare:** Fredrik Årneby

**Handledare:** Paul Enthoven, leg. sjukgymnast, Med dr., universitetslektor

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Ländryggsbesvär är väldigt vanligt och mycket kostsamt både för individen och samhället. Många initiativ till att ta fram behandlingsåtgärder har tagits, men det finns ännu ett behov av att utveckla kostnadseffektiva och specifika behandlingsstrategier. Nationella riktlinjer saknas idag i Sverige vid behandling av ländryggsbesvär. Därför har vårdprogrammet BättreRygg<sup>®</sup>, baserat på internationellt utvecklade riktlinjer, implementerats i Östergötland. Effekterna har utvärderats men en viktig del i patientcentrerad vård är att ta del av patienternas önskemål och upplevelser av behandlingen, vilket inte har undersökts ännu.

**Syfte:** Att beskriva hur patienter med ländryggsbesvär som fått behandling enligt BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram i primärvården upplevde programmet.

**Metod:** Enskilda intervjuer med semistrukturerade frågor användes för att undersöka patienternas upplevelser av vårdprogrammet. Intervjuerna genomfördes på män och kvinnor mellan 18-65 år, som fått sin behandling på två olika enheter och som deltagit i olika stora delar av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram. Totalt intervjuades 15 patienter.

**Resultat:** Bland annat grupputbildningen, träningen i grupp samt informationen patienterna fick om sina besvär upplevdes positivt. Patienterna upplevde även att de fick redskap att hantera sina besvär på egen hand och att de på olika sätt fick vara delaktiga i sin behandling. Det framkom även flera förslag på ändringar av vårdprogrammet, framför allt gällande grupputbildningen och uppföljning av besvär efter avslutad behandling.

**Konklusion:** Många delar av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram upplevdes positivt men det finns även delar som forskargruppen och vårdenheterna kan jobba vidare med för att förbättra behandlingen av ländryggsbesvär i primärvården ytterligare.

**Nyckelord:** BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram, ländryggsbesvär, upplevelser, intervjuer.

**Title:** Experiences of the BetterBack☺ Model of Care – *A Interview Study Among Patients with Low Back Pain in Primary Care*

**Author:** Fredrik Årneby

**Supervisor:** Paul Enthoven, leg. sjukgymnast, Med dr., universitetslektor

**ABSTRACT**

**Introduction:** Low back pain (LBP) is very common and costly for both the individual and society. Many initiatives to develop treatments have been undertaken, but there is still a need to develop cost-effective and specific treatment strategies. National guidelines for the treatment of lumbar spine disorders are currently lacking in Sweden. Therefore, the BetterBack☺ model of care (MOC), based on internationally developed guidelines, has been implemented in Östergötland and the effects have been evaluated. An important part of patient-centred care is to study patients' experiences of the treatment, and this has not yet been investigated.

**Purpose:** To describe how patients with LBP who received treatment according to the BetterBack☺ MOC in primary care experienced the programme.

**Method:** Individual interviews employing a semi-structured questionnaire examined the patients' experiences of the care programme. The interviews were conducted in men and women between 18 and 65 years of age, who received their treatment at two different units and participated in different large parts of the BetterBack☺ MOC. A total of 15 patients were interviewed.

**Results:** Among other things, group education, group training and the information patients received about their LBP were experienced positively. The patients also felt they were given the tools to handle their complaints on their own and were allowed to participate in their treatment in various ways. There were also several proposals for changes to the care programme, in particular concerning group training and follow-up of post-treatment complaints.

**Conclusion:** Many parts of the BetterBack☺ MOC were perceived positively, but there are also aspects that the research group and healthcare units can work on to further improve the treatment of LBP in primary care.

**Keywords:** BetterBack☺ MOC, low back pain, experiences, interviews.

# Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Epidemiologi vid ländryggsbesvär .....	1
Riskfaktorer .....	1
Definition & klassificeringar .....	2
Behandling vid ländryggsbesvär .....	3
<i>Specifika behandlingsmetoder</i> .....	3
Rörelserådsla och undvikandebeteende .....	4
Patientfokuserad hälso- & sjukvård .....	4
BättreRygg <sup>©</sup> vårdprogram .....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>Metod</b> .....	<b>6</b>
Design .....	6
Urval .....	6
Intervjuguide .....	7
Genomförande .....	7
Analys .....	7
Etiska ställningstaganden .....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>9</b>
Upplevelser av olika delar av BättreRygg <sup>©</sup> vårdprogram .....	9
<i>Generella upplevelser av behandlingen</i> .....	9
<i>Broschyr</i> .....	10
<i>Grupputbildning</i> .....	10
<i>Träningsprogram</i> .....	11
<i>Träning i grupp</i> .....	12
<i>Hemträning</i> .....	12
Effekter av deltagandet .....	13
<i>Hantering av besvären</i> .....	13
<i>Påverkan på arbete och fritid</i> .....	13
Patientens delaktighet i behandlingen .....	14
<i>Kommunikation med fysioterapeut</i> .....	14
<i>Förklaring av besvär och behandling</i> .....	15
<i>Målsättning</i> .....	15
<i>Möjlighet att påverka övningarna</i> .....	16
<i>Uppföljning av besvären</i> .....	16

Förslag på ändringar av vårdprogrammet.....	16
<i>Grupputbildningen</i> .....	16
<i>Information</i> .....	17
<i>Samspelet med fysioterapeut</i> .....	17
<i>Uppföljning efter avslutad behandling</i> .....	18
<b>Diskussion</b> .....	<b>19</b>
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	21
<i>Upplevelser av olika delar av BättreRygg☺vårdprogram</i> .....	21
<i>Effekter av deltagandet</i> .....	22
<i>Patientens delaktighet i behandlingen</i> .....	23
<i>Förslag på ändringar av vårdprogrammet</i> .....	24
<b>Konklusion</b> .....	<b>25</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilagor</b> .....	
Bilaga 1, Patientinformation.....	
Bilaga 2, Intervjuguide .....	
Bilaga 3, Samtyckesformulär.....	

## Introduktion

I Region Östergötland har BättreRygg<sup>☺</sup> vårdprogram (BättreRygg<sup>☺</sup>) implementerats i primärvård, vilket innefattar diagnostisering av ländryggsbesvär av en fysioterapeut samt ett individuellt behandlingsupplägg med möjlighet till träning i grupp, grupputbildning samt patientinformation. Arbetet påbörjades 2017 och syftet var att implementera och studera dessa lokalt framtagna riktlinjer för bedömning och behandling av ländryggsbesvär i primärvården som baseras på internationellt utvecklade riktlinjer (1). Nationella riktlinjer saknas idag i Sverige men nyligen har sådana riktlinjer tagits fram av den Danska "Sundhetsstyrelsen" samt Storbritanniens "National Institute for Clinical Excellence (NICE)" (2–4). Dessa internationella riktlinjer används som underlag för den svenska modellen som utvecklats vid Linköpings Universitet i Östergötland (1). Trots att det tagits många initiativ till att ta fram behandlingsåtgärder finns ett behov av att utveckla kostnadseffektiva och specifika strategier för behandling av ländryggsbesvär (5). Detta anses viktigt eftersom att ländryggsbesvär är så pass vanligt (6,7) samt är mycket kostsamt både för individen och samhället (8–10). BättreRygg<sup>☺</sup> vårdprogram syftar till stor del till att ge patienterna redskap att kunna hantera episoder med ländryggsmärta bättre själva samt minska risken för återinsjuknande (1). En viktig del i patientcentrerad vård är att på bästa möjliga sätt ta hänsyn till patienternas egna önskemål och upplevelser av vården (11), i det här fallet BättreRygg<sup>☺</sup>.

## Bakgrund

### *Epidemiologi vid ländryggsbesvär*

Prevalensen för ländryggsbesvär under en livstid i Sverige har visats vara 69,6 % medan årsprevalensen var 47,2 %. Följden av detta var många sjukskrivningsdagar med och utan behov av läkarintyg (6). Ländryggsbesvär förekommer i alla åldrar och finns i både låg-, medel- och höginkomstländer, varav de flesta vuxna drabbas någon gång i livet. Mest förekommande är det hos personer i arbetsför ålder i låg- och medelinkomstländer (5). Således är ländryggsbesvär en vanlig åkomma som skapar stora påfrestningar på samhället framför allt på grund av höga indirekta kostnader samt negativ påverkan på individers livskvalitet (8). Den totala kostnaden för ländryggsbesvär i Sverige under ett år har beräknats vara 1 860 miljoner euro, varav 84 % var indirekta kostnader till följd av minskad produktivitet (9). Bland olika muskuloskeletala funktionsnedsättningar har ländryggsbesvär nyligen visat sig vara den vanligaste orsaken till sjukskrivningsdagar i Sverige (10).

Världshälsoorganisationen (WHO) har studerat hur många "years lived with disability" (YLWD) var och en av 328 olika typer av sjukdomar och skador i 195 olika länder har orsakat. Av dessa är ländryggsbesvär den största orsaken till funktionsnedsättning i världen och det har sett ut så sedan år 1990 (7). YLWD för ländryggsbesvär i sig har globalt ökat med 54 % från 1990 till 2015 (5). Recidiv är även vanligt, ungefär 33 % av de med ländryggsbesvär får återfall inom ett år efter återhämtning från tidigare besvär (12).

### *Risikfaktorer*

En vanligt förekommande orsak till ländryggsbesvär är ansträngande arbete (13) och olika mekaniska påfrestningar som blir för stora över tid, såsom överdrivet sittande, stående, gående, puttande, lyftande, böjande, bärande samt dålig hållning (14). Det är dock konstaterat att dessa faktorer högst osannolikt är den enskilda orsaken till

smärtan (14). Överviktighet eller fetma ökar risken för ländryggsbesvär med eller utan utstrålade smärta, så kallad radikulopati (13,14). Dessa personer söker i större utsträckning för sina besvär än icke överviktiga och har en ökad risk för långvarig smärtproblematik. Rökning verkar ha ett visst samband med ökad risk för ländryggsbesvär (13,14) och det finns även genetiska prediktorer som ökar risken (14). Förekomsten av ländryggsbesvär med/utan radikulopati tenderar att vara högre hos kvinnor (13). Att exempelvis promenera eller cykla till arbetet har visat sig minska risken för ländryggsbesvär (13). Den vanligaste riskfaktorn till att drabbas av ländryggsbesvär är dock att det finns en tidigare historik av ländryggsmärta (15).

### *Definition & klassificeringar*

Ländryggsmärta definieras som värk och obehag mellan nedre revbenen och glutealveckan med eller utan smärta i ben (5,16), där vissa även har neurologiska symptom i benen (5). Besvär som har en duration på mindre än 6 veckor definieras som akut ländryggsmärta, besvär mellan 6-12 veckor som subakut och besvär mer än 12 veckor som kronisk ländryggsmärta (16). En triage för diagnostisering av ländryggsbesvär rekommenderas, vilken delar in besvären i specifik ryggsjukdom, ländryggsbesvär med nervrotspåverkan eller ospecifik ländryggsmärta (17). Genom patientens historia och klinisk undersökning observeras eventuella röda eller gula flaggor. Med röda flaggor menas tecken på allvarlig patologi och med gula flaggor menas psykologiska faktorer som kan öka risken för kronisk smärta och långvarig funktionsnedsättning. Exempel på gula flaggor är: överdriven oro över att smärtan är skadlig, rädsla för rörelse, låg arbetsmoral eller emotionella besvär såsom stress, nedstämdhet och socialt undvikande beteende (17). Eftersom ländryggsbesvär är en så heterogen grupp saknas evidens för specifika behandlingar, som är effektiva vid en viss typ av ländryggsproblematik. Utifrån evidens och klinisk erfarenhet finns en klassificering för subgruppering av ländryggsbesvär, med syfte att ge olika typer av besvär rätt behandling. Klassificeringen delar in ländryggsbesvären i olika subgrupper utifrån symptom, ålder, undersökning och utslag av vissa tester. Subgrupperna är lämpade för olika behandlingsmetoder, däribland manipulation, stabilisering, specifik övning och traktion (18). Avseende fynd via skelettröntgen, datortomografi eller magnetröntgen på ländryggar kan många liknande fynd hos patienter med ländryggsbesvär återfinnas hos symptomfria personer. Röntgenfynd kan sällan vara en hjälp för prognos av besvären och kommer inte minska symptomen, därmed bör större restriktivitet gällande röntgenutredning tas (5).

Den stora delen av ländryggsmärtor, ungefär 85 %, bedöms som ospecifik ländryggsmärta eftersom att en klar orsak sällan kan identifieras (17). Detta beror på att det finns många olika fysiska, psykiska och sociala faktorer som kan vara en del av smärtan. En mindre del av ländryggsbesvären har en mer allvarlig orsak som behövs identifieras och kräver specifik behandling, såsom malignitet, spinal fraktur, infektion eller inflammatoriska sjukdomar såsom ankyloserande spondylit. Vid kronisk ländryggsmärta kan smärta kvarstå trots saknad av vävnadsskada, eller att smärtan är oproportionerlig i förhållande till vävnadsskadans storlek. Detta beror på neurofysiologiska processer i det centrala nervsystemet som skapat en central sensitisering, med en ökad känslighet för yttre stimuli, vilket kräver en annan inriktning på behandlingen (19–21). Omkring 10-15 procent av alla med ospecifika ländryggsbesvär utvecklar en kronisk ländryggsmärta. Detta är en svårhanterad men viktig grupp att prioritera eftersom prognosen vid kroniska besvär är sämre samt då dessa besvär är väldigt kostsamma för samhället och för individen själv (14).



## *Behandling vid ländryggsbesvär*

Evidensbaserade europeiska riktlinjer för behandling av ländryggsbesvär har tagits fram genom granskning av systematiska reviews samt baserat på kliniska riktlinjer. Utifrån detta är rekommendationerna för åtgärd vid akut/subakut ospecifik ländryggssmärta att: ge adekvat och lugnande information om besvären, ej ordinera sängliggande som behandling, rekommendera aktivitet och rörelse, överväga att ta smärtstillande under en kort period, överväga manipulation av ryggraden samt vid några veckors duration fundera på om multidisciplinär behandling med fokus på återgång till arbete är aktuellt (16). Rekommendationer för konservativa åtgärder vid kronisk ospecifik ländryggssmärta är: kognitiv beteendeterapi, övervakad träning, patientutbildning, multidisciplinär (biopsykosocial) behandling, ryggskola och korta episoder av mobilisering (17). Patienter med orsaker till smärtan som delvis beror på mekanismer i centrala nervsystemet såsom sensitisering eller emotionella faktorer (gula flaggor) kan minska lidandet genom att få hjälp att ändra sin övertygelse om smärtan samt få utbildning om smärtsystemet (19–21). Kognitiv beteendeterapi och fysisk träning är också rekommenderade behandlingar (19). Patientutbildning ska främja egenhantering av besvären samt återgång till aktivitet och träning. Således är icke-farmakologisk behandling den initiala rekommendationen och eftertänksamhet bör tas gällande medicinering, röntgen och kirurgi (22).

### *Specifika behandlingsmetoder*

*Manipulation:* Det har visat sig att patienter med kortare besvärduration samt frånvaro av bensmärta lämpar sig bättre för denna metod. Det finns ingen forskning som pekar på att någon specifik manipulation eller mobilisering är bättre än någon annan. Förutom att fastställa vilka som bör behandlas utifrån manipulation är det också viktigt att identifiera patienter som inte är lämpade för denna metod, exempelvis patienter över 60 år, vid tecken på nervrotspåverkan samt de som diagnostiserats med spondylolisthes, osteoporos eller liknande (18).

*Stabilisering:* Enligt tidigare klassificeringssystem från år 1995 har de som bedömts ha en instabilitet i columna fått en behandling riktad mot immobilisering. Senare forskning har däremot visat att muskulatur kring columna spelar en viktig roll i stabilisering av denna. Därmed har fokus mer riktats mot övningar som ökar stabiliteten och kontrollen av columna. Några variabler som är mer förekommande hos denna patientkategori är en ålder under 40 år, avvikande rörelsemönster vid rörelser i sagittalplanet samt positiva svar på vissa tester för instabilitetsbesvär (18).

*Specifik övning:* Behandlingen går ut på att hitta en rörelse i ländryggen som vid upprepade tillfällen till ändläget minskar symptom och ökar rörligheten. McKenzie beskrev detta för flera årtionden sedan. Smärtan ska ha en utstrående karaktär och nå glutealt eller längre ner i extremiteten. Vid undersökning letar terapeuten efter en rörelse som centraliserar smärtan, det vill säga får smärtan att minska i utbredning sett från ländryggen. Ofta ger motsatt rörelse en periferisering av smärtan, det vill säga ett större utbredningsområde och försämring av symptom (18).

*Traktion:* Det vetenskapliga stödet för traktion som behandling vid ländryggsbesvär är svagt. Faktum är dock att studier som undersökt detta har använt mixade grupper med varierande typer av besvär istället för en homogen grupp med kriterier för trolig effekt av traktion. Därmed vet vi inte om det finns vissa personer som skulle kunna dra nytta av denna behandling. Förslag på kriterier för patienter lämpade för denna

behandling är utstrålade smärta i nedre extremitet, tecken på nervrotspåverkan samt frånvaro av centralisering vid rörelseundersökning (18).

### *Rörelserädsla och undvikandebeteende*

En akut muskuloskeletal smärta såsom vid akut lumbago kan ofta gå över ganska snabbt. För vissa blir smärtan dock kvarstående eller mer besvärande än för andra. Detta kan bero på annat än biomedicinska aspekter av smärtan (23). Orsak till smärta kan vara komplex och multifaktoriell och även påverkas av psykosociala faktorer såsom beteende, känslor, förväntningar, kultur, värderingar, socialt stöd och socioekonomisk status. Patienter kan tolka smärtan på olika sätt, antingen som hotande eller icke-hotande. De som tolkar smärtan som icke-hotande återgår i större utsträckning till sitt vardagliga liv och fritidsaktiviteter när den akuta smärtan lagt sig (23). Studier har visat att olika psykosociala faktorer är viktigare prediktorer för utvecklandet av långvarig ländryggssmärta än fysiska begränsningar (24). Vid tolkning av smärtan som hotande kan det finnas katastroftankar såsom att detta är en allvarlig sjukdom eller att individen inte upplever sig ha någon kontroll över smärtan. Detta brukar leda till överdriven rädsla för smärta och skada vilket skapar en rörelserädsla som hindrar dem från att utföra olika fysiska aktiviteter. Undvikandebeteendet kan på kort sikt vara sunt för att inte få större vävnadsskada men på längre sikt skapar det istället fysiska nedsättningar och psykiska påfrestningar som ökar risken för mer smärta och ohälsa (23). Detta samband har visats på patienter med ländryggssmärta, där risken för kronisk ländryggssmärta med fler sjukskrivningsdagar är högre hos de som har större rädsla för smärtan och i högre grad undviker aktiviteter i dagliga livet (23–25). Genom att utbilda patienterna i detta och hjälpa dem minska rädslan för smärtan ges de större möjlighet till att delta vid olika aktiviteter, vilket kan öka deras fysiska funktion och psykiska välmående (23). Tidig behandling inriktad mot rädsla för smärtan och undvikandebeteenden kan påskynda återhämtningen samt bidra till undvikandet av kroniska besvär (25).

### *Patientfokuserad hälso- & sjukvård*

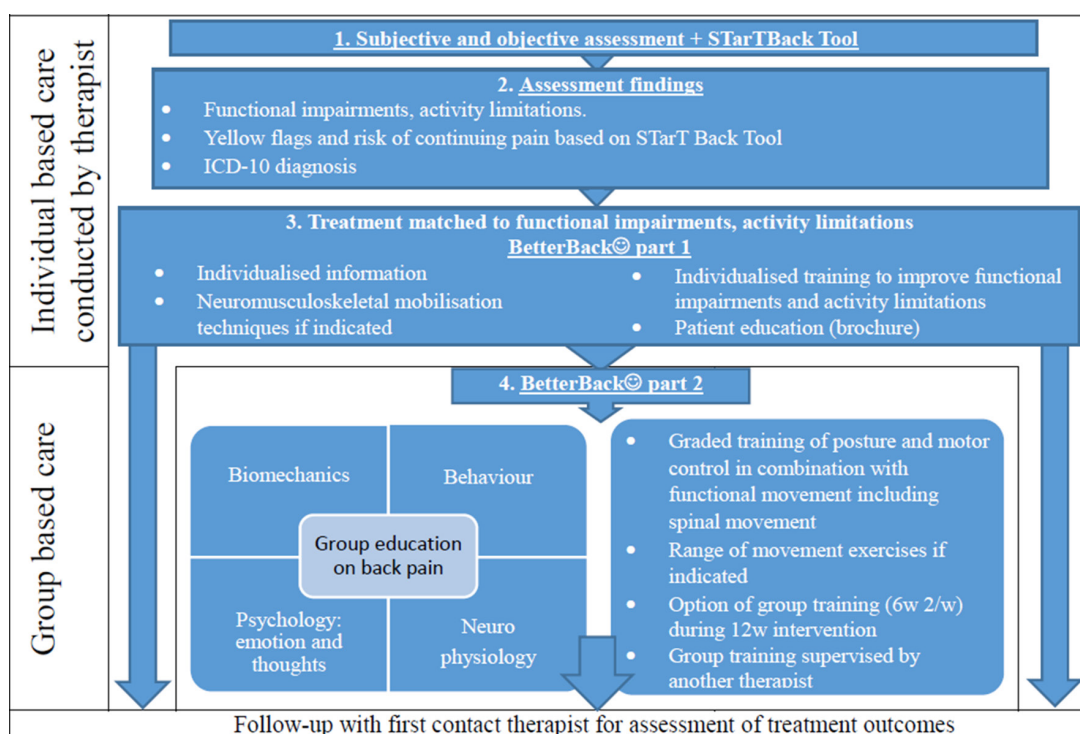
Inom Socialstyrelsen finns lagar om ”god vård” och däribland ingår patientfokuserad hälso- och sjukvård (11). Vården ska bedrivas med respekt och lyhördhet för individen, som i mötet med vården befinner sig i en beroendeposition, det vill säga är i underläge i att kunna förstå och påverka sin sjukdom. Därför anses det viktigt att lyssna på patienternas önskemål och uppfattning av vården som bedrivs. Kommunikation och information till patienten är mycket viktig och större delaktighet av patienten i sin vård har visats ge bättre effekt av behandlingar (11). Informationen till patienten är också viktig för att öka deras möjlighet att hantera besvären på egen hand (11). Riktlinjerna vid behandling av ländryggsbesvär är att jobba med personcentrerad vård som fokuserar på egenhantering av besvär samt främja ett gott leverne med bibehållen fysisk funktion och delaktighet i samhället trots ländryggssmärta (26).

### *BättreRygg☺vårdprogram*

BättreRygg☺vårdprogram har utvecklats efter önskemål från vårdenheter om att få tydligare riktlinjer för behandling av ländryggsbesvär i primärvården, för att kunna erbjuda patienterna en mer jämlik vård. Motstridig information ges till patienten av olika vårdgivare, viss behandling sker trots avsaknad av evidens och patienten hamnar hos specialistkliniker trots att möjligheter till behandling inom primärvården

inte har uttömts. Med ett tydligare vårdprogram ökar möjligheten att patienterna får rätt behandling och vården kan bli mer kostnadseffektiv. Under implementeringen av vårdprogrammet BättreRygg<sup>©</sup> i Östergötland inkluderades patienter mellan 18-65 år, med förstagångsdebut eller återkommande episoder av godartad ländryggssmärta med eller utan radikulopati. Exklusionskriterier var: malignitet under de senaste 5 åren, spinal fraktur, infektion, cuada equina-syndrom, ankyloserande spondylit eller systemisk reumatisk sjukdom, pågående graviditet eller graviditet mindre än 3 månader innan inklusion, patienter med kriterier för multimodal rehabilitering för komplex långvarig smärta och svår psykiatrisk diagnos (1).

Efter att en fysioterapeut bedömt en patients symptom som orsakade av ländryggsbesvär fick denne individuell behandling och information utifrån typ av besvär. I BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram erhöll patienten även en broschyr med information om ryggbesvär, orsaker till smärtan samt en del generella råd kring egenvård. Patienterna kunde även erbjudas ett grupputbildningstillfälle på 90 minuter som hölls av en fysioterapeut, där de tillsammans med andra patienter med ländryggsbesvär fick djupare information kring ländryggsbesvär, smärta och hur man kan hantera sina besvär i vardagen (1). BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram innehöll även ett träningsprogram med övningar i stegrande svårighetsgrader som kunde anpassas individuellt utifrån patientens besvär och förmåga. Övningarna var framför allt inriktade på hållning, bålkontroll och samtidig koordination av funktionella rörelser. Patienterna fick möjlighet att utföra detta program under övervakad träning av fysioterapeut, tillsammans med andra patienter, 2 gånger i veckan under 6 veckor. De patienter som avstod den övervakade träningen fick genomföra programmet hemma med regelbundna uppföljningar av sin behandlande fysioterapeut. Således har patienter som deltagit i vårdprogrammet BättreRygg<sup>©</sup> fått olika stora insatser i sin behandling. Patienterna följdes upp av sin behandlande fysioterapeut för utvärdering av behandlingsresultat innan avslut (1). Figur 1 sammanfattar de åtgärder fysioterapeuterna kunde ge utifrån BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram.



**Figur 1.** Åtgärder för fysioterapeuter utifrån BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram (1).

De patienter som behandlats enligt BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram fick fylla i frågeformulär gällande deras besvär vid första besöket samt efter 3, 6 och 12 månader (1). Formulären fångade dock inte patienternas upplevelse av behandlingen eller av de olika delarna av vårdprogrammet. Att involvera patienterna mer i sin vård är en viktig del i att förbättra ett vårdprogram (11). För att kunna ge en vård av bästa möjliga kvalitet vid ländryggsbesvär bör därför patienternas upplevelser av vårdprogrammet beskrivas. I dagsläget finns ingen forskning som beskriver patienternas upplevelser av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram.

## Syfte

Att beskriva hur patienter med ländryggsbesvär som fått behandling enligt BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram i primärvården upplevde programmet.

## Metod

### *Design*

Detta var en delstudie i det forskningsprojekt som studerar implementering av vårdprogrammet BättreRygg<sup>®</sup> i primärvården. Projektet genomförs i samarbete med universitetet i Odense i Danmark där ett liknande vårdprogram (GLA:D<sup>®</sup> Back) implementeras. Den aktuella delstudien genomfördes med kvalitativ metod i form av intervjuer.

### *Urval*

Totalt 200 patienter inkluderades i forskningsprojektet, implementeringen av BättreRygg<sup>®</sup> i primärvård, i Östergötland mellan april 2017 och mars 2018. Till den här studien genomförde BättreRygg<sup>®</sup> forskargrupp ett strategiskt urval bland dessa patienter. Strävan var att inkludera både kvinnor och män i olika åldrar, som hade fått behandling på någon av två olika behandlingsorter, med både patienter som hade fått en lättare form av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram samt en mer intensiv form (med träning i grupp). Ett brett urval bör göras för att öka trovärdigheten och belysa frågeställningarna utifrån olika perspektiv (27). För att veta om patienterna hade deltagit i en mer eller mindre omfattande del av BättreRygg<sup>®</sup>, delade forskargruppen i efterhand in omfattningen av behandlingen i grupp 1-4, där del 1 motsvarade den minst omfattande delen av BättreRygg<sup>®</sup> och 4 den mest omfattande.

1 = Broschyr och hemträning

2 = Grupputbildning och hemträning med/utan broschyr

3 = Träning i grupp med/utan broschyr

4 = Träning i grupp och grupputbildning

Utifrån det strategiska urvalet fick omkring 30 patienter information om intervjustudien samt förfrågan om deltagande via brev (bilaga 1). Ungefär tio dagar efter att de fått brevet kontaktades de via telefon för förfrågan om de ville delta. Totalt 26 patienter kontaktades via telefon och av dessa tackade 15 stycken (58 %) ja och bokades in för en intervju.

Av de 15 patienter som intervjuades hade tio patienter fått hemträning medan fem patienter hade deltagit vid träning i grupp. Nio patienter hade deltagit vid undervisningstillfället. Medelåldern för deltagarna var 52 år, medianåldern var 47 år

medan spridningen var 25-62 år. Nedanstående tabell sammanfattar deltagarna utifrån det strategiska urvalet:

**Tabell 1.** Studiedeltagarna.

Behandlingsort		Kön		Del av BättreRygg <sup>©</sup>			
A	B	Man	Kvinna	1	2	3	4
8	7	6	9	5	5	1	4

### *Intervjuguide*

Semistrukturerade enskilda intervjuer användes för kvalitativ datainsamling (28). Ett induktivt förhållningssätt tillämpades, det vill säga att inget förutfattat antagande om utfallet togs (29). Däremot fanns vissa förvalda delar av BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram som ville belysas. En intervjuguide med öppna och semi-strukturerade frågor utvecklades (bilaga 2). Frågor gällande följande delar fanns med för att fånga upp intressanta och relevanta delar av vården som getts: patientens kunskap kring besvär, patientens förmåga att hantera besvär och recidiv, syn på fysisk aktivitet, upplevelse av broschyr, grupputbildning, träningsprogram, träning i grupp, hemträning, patientens delaktighet i behandlingen, målsättning, fysioterapeutens bemötande, kommunikation med vården samt övriga reflektioner. Varje intervju inleddes med en öppen fråga: vilka är dina upplevelser av behandlingen för dina ryggbesvär?

### *Genomförande*

Intervjuerna genomfördes några få månader upp till ett år efter avslutad behandling. De hölls på någon av de behandlande enheterna eller på Linköpings Universitet, vilket var okej för alla patienterna. Intervjuerna leddes av författaren (FÅ) och handledaren (PE) (intervjuerna), ingen av dem hade varit inblandade i patientens behandling. Intervjuerna satte sig noggrant in i intervjuguiden innan genomförandet för att bli trygga med materialet. FÅ och PE turades om att hålla i intervjuerna. Den som inte höll i intervjun satt med och ställde relevanta frågor vid behov för att se till att ingen viktig information missades. Intervjuerna spelades in via ljudupptagning. Intervjuerna hade ett kort prat om deras intryck efter varje intervju. De första intervjuerna sågs som pilotintervjuer för att testa intervjuguiden (30), men eftersom inga större ändringar i intervjuguiden skedde inkluderades samtliga intervjuer i analysen. Intervjuer fortsatte tills information med tillräckligt rika, relevanta och diverse uppgifter samlats in (31). Detta ansågs vara uppnått efter 15 intervjuer, eftersom få nya upplevelser tillkom under de sista intervjuerna. Total tid för intervjuerna var 7 timmar och 55 minuter, ca 32 minuter i snitt per intervju.

### *Analys*

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (27). Texten från några intervjuer lästes först igenom, därefter togs koder (kärnfulla meningar och ord) ut ifrån meningsbärande enheter (förkortad del av texten). PE läste också igenom texterna och kompletterade med koder. Genom detta arbetssätt skapades en samsyn kring kodningen, en så kallad triangulering (32). FÅ fortsatte sedan med kodning och kategorisering av resterande intervjuer. Liknande koder delades in i subkategorier, vilka sedan fördelades mellan några huvudkategorier som visade det centrala i intervjun. Huvudkategorierna ska gå att särskilja, det vill säga att liknande data inte

ska återfinnas i flera kategorier (29). Kategorierna diskuterades mellan intervjuerna för att även här skapa en samsyn av innehållet. Med hjälp av datorprogrammet Open Code 4.03 från Umeå Universitet skapades en god översyn av materialet. Intervjuerna öppnades som en textfil i programmet medan koder samt kategorier kunde föras in bredvid aktuella meningar från intervjun (33). Citat som tydligt beskrev subkategorin togs ut. Både citat som speglade återkommande uppfattningar hos patienterna samt citat från uppfattningar som var mer unika presenteras i resultatdelen (34). I tabellen nedan följer några exempel på hur indelningen i analysprocessen kunde se ut.

**Tabell 2.** Analysprocessen

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
Ja, men de såg ju om man gjorde nånting lite fel till exempel, så hjälpte de ju att rätta till det, så att man gör på rätt sätt.	Fysioterapeut såg om man gjorde fel och rättade till det.	Träning i grupp	Upplevelse av olika delar av BättreRygg <sup>©</sup> vårdprogram
Fysioterapeuten kanske sa att det berodde på att jag hade svaga muskler, ryggmuskler.	Besvären berodde på svaga muskler.	Förklaring till besvären	Patientens delaktighet i behandlingen
Så länge det kändes bra i ryggen så fortsatte jag bara följa fysioterapeutens råd och de övningar som jag har fått.	Följde råd så länge det kändes bra.	Hantering av besvär	Upplevelser om vad behandlingen medfört

### *Etiska ställningstaganden*

Det är viktigt med ett informerat samtycke för att bekräfta att deltagaren blivit informerad och är tillräckligt införstådd i vad studien innebär, utan att ha blivit olämpligt påverkad i beslutet att delta (35). Informerat samtycke inhämtades skriftligen före datainsamlingen påbörjades från varje deltagare (bilaga 3). Deltagandet var helt frivilligt och de kunde närsomhelst välja att avbryta sitt deltagande utan att lämna en orsak om varför. Insamlad data från intervjuerna avkodades i samband med utskrift för att anonymisera deltagarna. Ljudinspelningarna och kodlistan förvaras inlåsta i skilda skåp i minst 10 år. Allt material som samlats in kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det. Personuppgifter kommer att hanteras enligt personuppgiftslagen (1998:204), som gällde när projektet påbörjades. Uppgifter som tillkommit efter att dataskyddsförordningen (GDPR) trätt i kraft har hanterats utifrån denna. Etikansökan för ursprungliga projektet "Utveckling av en bäst praxis vårdmodell för ländryggssmärta i primärvården" är godkänd (Dnr 2017/35–31). För aktuellt projekt genomfördes en ändringsansökan som godkändes innan patientinformationen skickades ut. Andra etiska överväganden som togs var att deltagarna inte skulle utsättas för några oacceptabla risker, fysiskt, socialt, ekonomiskt eller psykiskt (36). I denna studie hade exempelvis intervjuerna inte haft någon av deltagarna under

behandling i BättreRygg<sup>®</sup> då detta skulle kunna ställa dem i en beroendeposition att känna sig tvingade att svara på ett visst sätt. Deltagarna behövde inte heller åka några längre sträckor för att delta i intervjun. Studien innefattade inte några fysiska påfrestningar och deltagarna ställdes inte inför några andra personer än intervjuledarna. Därmed bedömdes risken att deltagarna skulle utsättas för någon skada eller kränkning vara minimala. Alla deltagare bemöttes likvärdigt.

## Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier: *Upplevelser av olika delar av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram*, *Effekter av deltagandet*, *Patientens delaktighet i behandlingen* samt *Förslag på ändringar av vårdprogrammet*, med totalt 17 subkategorier som presenteras nedan i figur 2. Dessa presenteras sedan i löpande text.



Figur 2. Kategorier & subkategorier.

### *Upplevelser av olika delar av BättreRygg<sup>®</sup> vårdprogram*

Kategorin innehåller både övergripande upplevelser av vårdprogrammet samt upplevelser av de olika delarna i det, nämligen broschyr, grupp utbildning, träningsprogram, träning i grupp och hemträning.

#### *Generella upplevelser av behandlingen*

På den öppna frågan om patienternas upplevelse av behandlingen framkom endast positiva upplevelser, i större eller mindre grad. Patienterna beskrev att de fått mer och bättre information om deras besvär och mer behandling än vad man fått tidigare. De upplevde också att de blivit bemötta på ett bra sätt och haft en god kontakt med sin fysioterapeut vilket skapat en trygghet hos patienten. De upplevde att detta bidrog till en god effekt av behandlingen.

*”När jag började behandlingen var jag väldigt orolig och ledsen, för jag hade fortfarande ont i ryggen och visste inte riktigt vad jag kunde och inte kunde göra eller om jag skulle jobba och så där. Då fick jag en fysioterapeut som fick leda mig igenom som jag kunde lita på verkligen, som var jättebra tyckte jag, så jag kände trygghet med fysioterapeuten och ja, det gick ju bra.” (intervju 8)*

Vidare upplevde patienterna att de fått redskap för att kunna hantera sina besvär, oavsett om det blivit helt symptomfria eller inte. Dessa redskap kunde vara i form av att göra vissa övningar eller få råd kring hur de ska utföra eller anpassa olika aktiviteter i vardagen. De upplevde att instruktionen från fysioterapeuten var tydlig vilket var till god hjälp. De upplevde även att det var enkelt att komma i kontakt med fysioterapeuterna för att få rådgivning.

*”Jag har fått både den hjälp och stöd som jag behöver, dels här på sjukgymnastiken där jag har gjort övningar och dels hemma där jag gör övningar och gör dem fortfarande, för jag funkar inte utan dem, faktiskt, så det har varit mycket positivt... Om det var någonting så kunde jag bara ringa och kanske rådgöra... så det har bara varit positivt.” (intervju 15)*

*”Jag är jättenöjd, är jag faktiskt, det har hjälpt mig jättemycket. Även fast jag inte är helt bra så har jag verktyg till att ja, lindra faktiskt... Jag skulle rekommendera alla som har ont i ryggen att gå igenom en sådan här grej.” (intervju 11)*

### *Broschyr*

Få patienter hade någon konkret upplevelse av innehållet i broschyren. Detta berodde delvis att det var många papper och frågeformulär att fylla i vid första besöket, vilket gjorde att broschyren hamnade i mängden av alla papper. Flera av patienterna kom inte ihåg exakt vad som stod i broschyren men tyckte ändå att den var bra och gav info som ”sitter någonstans i ryggraden”. Vilken information som var bra kunde de flesta inte redogöra för. Information som upplevdes bra var att man fick en djupare förståelse för ryggen och varför man kan få ont. Någon upplevde informationen som negativ och tolkade det som att man aldrig kommer bli riktigt bra i ryggen. Patienterna beskrev att broschyren gav både en repetition kring saker som de redan visste samt bra information om sådant de inte visste. Sammantaget gav den en djupare förståelse kring hur saker hänger ihop och påverkar ryggen. Informationen var även till hjälp för patienten att kunna visa och förklara besvären för sin omgivning. Detta ökade förståelsen hos omgivningen vilket kunde underlätta för personen med ryggbesvär.

*”Den sa rätt mycket och den satte fingret på de här sakerna som man både visste och inte visste och hur saker och ting litegrann hänger ihop. Så den var bra... Framför allt att man har ett underlag, så att man kan prata med omgivningen, förklara för dem hur saker och ting hänger ihop, för det är ju egentligen ingenting som syns på en... värk syns ju inte.” (intervju 12)*

### *Grupputbildning*

Flera upplevelser av grupputbildningen handlade inte om innehållet i själva undervisningsmaterialet, utan om utbytet mellan patienterna. Att få träffa andra med liknande besvär upplevdes positivt då de insåg att de inte var ensamma om att ha ländryggsbesvär och att det fanns de som hade det värre. För vissa gav detta hopp om att kunna bli bättre och för vissa var det en motivation till att inte få mer besvär. Patienterna tog emot tips från hur andra hanterade sina besvär och insåg vad som kanske krävdes för att minska smärtan, eftersom andra hade gjort det och hade lyckats. Gällande innehållet i undervisningsmaterialet var upplevelsen att det var bra information, en del nytt och annat man redan visste men att det var ett bra tillfälle att



sammanfatta det hela. Någon upplevde dock att informationen var ganska grundläggande och att man inte fick med sig så mycket ny kunskap.

*”Det var bra för man märkte att man inte är själv, ibland känns det som man är själv med det här besväret, men sen finns det många andra som har lika besvär, det finns andra som har värre.” (intervju 2)*

*”Man fick mycket information och mycket bra ifrån den och vi var några stycken som satt och pratade och det hjälpte ju nästan alla.” (intervju 4)*

*”Jag tyckte den stora behållningen med kursen var att man såg och hörde de andra och vad de gjorde för att få smärtlindring och att man delade med sig.” (intervju 6)*

*”Man vet mycket men inte allt och sen får man det förpackat på något sätt som är väldigt bra, som gör att det blir väldigt tydligt.” (intervju 12)*

Information under grupputbildningen som upplevdes givande var vetskapen om varför man kan få smärta, vad det finns för bakomliggande orsaker till det. En ökad förståelse för detta upplevdes ge en bättre möjlighet att kunna hantera sina besvär. Annan information som upplevdes givande var insikten om att smärta inte behöver vara farligt, utan att det är kroppens sätt att signalera att det kan ha blivit för mycket av något. Patienterna upplevde att informationen som gavs under grupputbildningen underlättade deras förmåga att hantera besvären genom att de fick kunskap om att förebygga eller lindra smärtan på olika sätt.

*”Man fick höra saker som man inte visste innan, som muskelminne eller smärtminne... det har jag tagit med mig lite i efterhand... så det var väldigt informativt och bra... nästan så jag skulle kunna tänka mig att gå flera sådana. Det var nog mer vetskapen om att få veta mer om varför du kanske har ont eller hur det fungerar i kroppen och hur det reagerar, så det har väl mest med hela ryggen att göra, alltså all information överlag bara... ju mer man vet desto bättre.” (intervju 10)*

*”Tog med mig att det inte är farligt att ha ont, det är kroppens sätt bara att tala om att det är lite för mycket, att man i många fall kan förebygga och att man också kan lindra genom att träna eller göra på rätt sätt och att det gäller att lära sig leva med det man har.” (intervju 12)*

### *Träningsprogram*

Upplevelsen av träningsprogrammet var att det var bra övningar som var smidiga att genomföra. Detta tack vare att övningarna inte krävde så mycket redskap, man behövde inte gå till ett gym för att genomföra träningen.

*”Jag behöver inte apparater eller så utan programmet kan jag göra hemma och på jobbet, var som helst... Det funkar jättebra.” (intervju 4)*

Patienterna upplevde det positivt att det fanns möjlighet att individanpassa programmet utifrån deras förutsättningar. Om någon övning var svår att utföra fanns andra som fungerade bättre. En styrka med programmet var även att det fanns möjlighet att progrediera träningen när övningarna blev för lätta.

*”Den där övningen kanske jag inte kan göra, då kanske vi kollade efter en annan som var lite lättare och då gjorde vi så istället.” (intervju 5)*

*”Ifrån början, då när jag hade ont, då var det färre olika övningar och färre antal gånger man gjorde sakerna. Men sen byggdes det på, när man kände att man blev starkare i ryggen och det här så byggde fysioterapeuterna på med mera övningar och lite mer avancerade övningar.” (intervju 11)*

Patienterna upplevde att träningsprogrammet innehöll tydliga instruktioner och bilder. Detta ökade chansen att träningen utfördes på ett korrekt sätt och var till god hjälp om man tränade hemma och hade glömt bort någon övning.

*”De här bilderna var väldigt genomtänkta och tydliga, det var enkelt att hänga med och förstå hur tanken var, så det var jättebra... det var svårt att göra fel om man säger så.” (intervju 13)*

### *Träning i grupp*

Patienterna som deltagit på övervakad träning i grupp upplevde det positivt då de fick hjälp att korrigera utförande av övningar samt fick tips på alternativa övningar om någon inte fungerade, vilket har skapade en trygghet i utförandet av träningen. En del tyckte att det var lättare att få träningen gjord när man hade en tid för träning bokad, några hade önskat få fortsätta med det efter avslutad behandling. Under den övervakade träningen upplevdes det som en fördel att olika fysioterapeuter var på plats, då de kunde komma med lite olika tips. Patienten kunde då använda sig av de tips som fungerade bäst för dem.

*”När man gjorde övningarna såg fysioterapeuten om man gjorde rätt och ja, man fick ju hjälp att göra rätt, så det tyckte jag var bra.” (intervju 9)*

*”Det fanns alltid någon man kunde fråga, om man inte kände sig säker, det var lite olika fysioterapeuter varje gång men det var rätt bra för de hade lite olika tips.” (intervju 11)*

### *Hemträning*

Av de som tränade hemma valde vissa detta på grund av att det passade bättre i deras vardag med jobb och pendlande. Då vissa inte hade möjlighet att ta sig till en träningsanläggning passade träningen bra att utföra hemma eftersom det inte krävdes några redskap för att utföra den. En anledning till att vissa tränade hemma var också att de kände att det gick bra att hantera sina besvär själv och inte behövde den stöttning som erbjöds vid träning på fysioterapin. Någon funderade dock kring om följsamheten på träningen hade varit bättre vid träning på fysioterapienheten.

*”Istället för att gå hit och göra övningarna så fick jag göra dem hemma. Jag kände att... det gick bättre in i vardagen att kunna göra det hemma utan att behöva åka hit och göra dem. Det funkade rätt bra första halvåret... sen tappade man av det och motivationen försvann... det är väl nackdelen, om man hade kört här hade fysioterapeuterna kunnat säga om man kanske skulle prova något annat eller sådana här grejer, så det hade väl kanske varit en fördel i sig att vara här istället.” (intervju 10)*

*”Jag kände att jag hade kommit så pass långt själv, så jag kunde köra på själv, så jag upplevde inte att det behövdes någon mer kontakt, utan det finns nog de som kanske behöver ha någon extra träningskompis för att kunna förmå sig själva att börja eller ja, hålla i.” (intervju 13)*

### *Effekter av deltagandet*

Denna kategori tar upp upplevelser kring vad behandling medfört. Den delas upp i två subkategorier, hur patienternas förmåga att hantera deras besvär påverkats samt hur behandlingen påverkat deras fritidsaktiviteter och arbetsförmåga.

#### *Hantering av besvären*

Patienterna upplever att de fått hjälp med hur de ska hantera sina besvär av sin fysioterapeut och att det ökat deras förmåga att hantera besvären på egen hand. På vilket sätt de lärt sig hantera besvären skiljde sig från person till person beroende på vad för typ av besvär de hade och hur deras vardagsituation såg ut. Ett sätt kunde vara att anpassa vardagsaktiviteter genom att säga ifrån till sig själv och anhöriga när något riskerade att förvärra symptomen.

*”Hade jag inte sökt hit alls, då hade jag inte fattat överhuvudtaget vad jag skulle göra med ryggen.” (intervju 11)*

*”Hur man ska förhindra att det kommer tillbaka eller kunna förebygga det, det pratade vi mycket om.” (intervju 14)*

Andra sätt att hantera sina besvär kunde vara genom att göra specifika övningar som var bra för just den personens ryggbesvär, använda hjälpmedel i vardagen eller dela upp olika aktiviteter så det inte blev för mycket belastning på en och samma gång. Patienterna upplevde att denna hjälp skapade en självständighet, att de visste hur de skulle hantera sina besvär innan de uppstod eller när de uppstod, och att det minskat oron för att besvären skulle försämrats.

*”Står jag och gör ett visst moment väldigt länge så försöker jag tänka till och stanna upp och försöka stretcha lite eller ja, bryta av lite så att man inte gör samma monotona grej hela tiden, för då vet jag att jag får problem sen. Så det är ju sådana saker som man tagit med sig härifrån.” (intervju 10)*

*”Jag kan hantera det väldigt bra... för varje dag försöker jag göra den här rygg... alltså det är en övning som vi fick lära oss och det gör jag varje dag... och det här likaså i bilen så har jag, jag hade inte svankgrejen i min bil förut... så jag har aldrig kommit tillbaka till de jättebesvären längre... hade jag inte fått de här grejerna att gå efter, då hade jag liksom blivit bra och sen hade det kommit tillbaka, men jag kan stoppa det... jag är inte ett dugg orolig att jag får tillbaka det... får jag ont så vet jag vad jag gör.” (intervju 11)*

#### *Påverkan på arbete och fritid*

Flera upplevelser kring hur behandlingen påverkat individens förmåga att arbeta samt utföra aktiviteter på fritiden har lyfts fram. Dels nämns att behandlingen bidragit till livsstilsförändringar såsom att börja träna och röra på sig mer samt att de

klarar av arbetet bättre och orkar mer saker på fritiden. Detta upplevs ha lett till ett ökat välmående.

*”Förut gjorde jag ingenting av typ träning eller någonting, nu kör jag mycket träning och såna saker för jag känner att det är bättre att göra för min egen hälsa, det är hälsan som är viktig så jag mår bra också med det och då tycker jag det är skönt. Behandlingen har bidragit till det.” (intervju 5)*

*”Nu orkar man ju ut och gå på kvällar och ge sig ut när man inte har någon smärta och förut när jag gick på jobbet efter 6-7 timmar... jag bara väntade tills jag kom hem, få vila. Nu kan jag till och med jobba över lite utan.. det känns bättre. Det är guld värt att få bort smärtan.” (intervju 3)*

### *Patientens delaktighet i behandlingen*

Delaktighet i behandlingen kan inkludera flera olika variabler, därmed har kategorin delats upp i fem subkategorier som beskriver hur patienterna upplevt kommunikationen med fysioterapeuten, om de fått någon förklaringen till deras besvär och behandling och hur de upplevt den, om man diskuterat vad patienten haft för målsättning, vilken möjlighet patienterna haft att påverka sina övningar samt hur upplevelsen gällande uppföljning av besvären varit.

#### *Kommunikation med fysioterapeut*

Samspelet mellan patient och fysioterapeut benämndes på många olika sätt. Fysioterapeuterna upplevdes kunniga samt att de förklarade på ett bra och tydligt sätt. Patienterna kände även att de hade möjlighet att diskutera upplägget i deras behandling.

*”Vi hade diskuterat hur vi skulle lägga upp en plan. Fysioterapeuten förklarade bra och vi hade bra kommunikation, så det var perfekt.” (intervju 5)*

*”Fysioterapeuterna är kunniga, de lyssnar, alltså de har inte en färdig uppfattning om hur saker och ting är, utan de lyssnar och tar in och de visar på bilder och förklarar och... jag tycker att de är rent allmänt väldigt bra att ha omkring sig, trevliga.” (intervju 12)*

Fysioterapeuterna upplevdes som förstående samt att de lyssnade på patienten om det fanns några önskemål eller funderingar. Patienterna kände att de kunde fråga vad som helst utan att känna sig dumma. De upplevde att deras enskilda behov kunde tillgodoses samt att fysioterapeuten var duktig på att hitta rätt väg i behandlingen. Patienterna kände även att de blev uppmuntrade under träningstillfällena.

*”Allt de gjorde förklarade de på så sätt och som sagt de var väldigt tillmötesgående och trevliga och man kände sig välkommen som sagt så fort man kom hit och presenterade sig. Så det kändes att de ville hjälpa en och att man inte var jobbig.” (intervju 10)*

*”Jag tror förståelsen, att man lyssnar på patienten, att man tar del av det och vilket behov jag har, tyckte jag kändes väldigt bra.. och sen, fysioterapeuten som jag hade*

*var väldigt duktig att hjälpa rätt så att säga, så man hittar rätt väg... jag var liksom aldrig rädd för att fråga eller så och hon förklarade väldigt bra.” (intervju 15)*

### *Förklaring av besvär och behandling*

En del patienter upplevde att fick en bra förklaring till varför de hade ont. Detta skapade bland annat ett lugn hos vissa individer då de hade oroat sig för att de drabbats av någon mer allvarlig sjukdom. Patienterna upplevde att förklaringen inte varit slumpmässig utan att den var individuell utifrån vad för besvär de hade. För att skapa en tydlig bild av besvären för patienten hade fysioterapeuter använt sig av pedagogiska verktyg såsom tavlor och anatomiska modeller, vilket patienterna upplevde öka deras förståelse. Det fanns dock även upplevelser om att förklaringen var mindre tydlig eller att man inte hade fått någon förklaring till sina besvär.

*”De visade mig på tavlor och grejer vad det kunde vara... så jag fick ju mer information än vad jag hade innan om det... Man blir ju lite lugnare, för man tror ju alltid att det är något jättefarligt i ryggen, för det tänkte jag först. Jag tänkte ”nu har jag fått cancer i ryggen” men det insåg jag sen att det var det inte utan det var säkert en nerv, eftersom jag blev bra när jag höll på med behandlingen blev jag bättre och bättre och det och då tänkte jag att då kan det inte vara det utan då måste det vara en nerv som sitter i kläm helt enkelt.” (intervju 11)*

Flera patienter upplevde också att de fått en förklaring till varför de skulle träna på ett visst sätt eller göra någon specifik övning. Vissa tyckte att förklaringen var bra och tydlig medan andra inte hade reflekterat kring om förklaringen var bra, men man hade förstått den och accepterat att det kunde vara så som fysioterapeuten sa.

*”Hon kanske sa att det berodde på att jag hade svaga muskler, ryggmuskler, att det kunde bero på det... att de behövdes tränas helt enkelt för att de ska bli starkare... det var rimligt, att det kan vara så förstås.” (intervju 8)*

*”Fysioterapeuten förklarade jättebra så att jag förstod vad hon menade, att man ska jobba in den är bubblan, man behöver ju inte operera, helst vill man ju inte göra det, utan går det med andra övningar så.. det tycker jag att hon förklarade bra, så att jag förstod.” (intervju 15)*

### *Målsättning*

Patienternas upplevelse var att de själva och fysioterapeuten inte hade pratat så mycket om målsättning, i alla fall inte konkret. Vissa patienter menade att målen var underförstådda då deras förväntningar var att minska sina besvär. Några upplevde att mer konkreta mål inte hade behövts. Andra tyckte vid lite eftertanke att det kanske hade varit bra att ha. Det fanns dock patienter som hade uppmärksammat att man pratat om målsättning. Målen kunde vara gällande vilka övningar eller vilka saker i vardagen som patienten skulle klara av framöver. I dessa fall upplevde patienten antingen att det var deras egna mål som fysioterapeuten tyckte var rimliga eller att det var mål som man gemensamt kommit fram till.

*”Ja, att jag skulle bli bättre i ryggen, det var mitt mål eller vårt mål förstås och att jag kunde jobba på ett säkert sätt eller hur jag ska säga, det var målet. Jag kommer inte ihåg om vi pratade om något mål egentligen, men det var säkert det som... mål*

*är också så stora ord... ibland säger man inte "vad har du för mål?" men vi pratade om det, arbetet och att kunna jobba." (intervju 8)*

### *Möjlighet att påverka övningarna*

Patienterna upplevde att övningarna de fick göra och doseringen av dessa anpassades efter deras individuella förmåga i samråd med fysioterapeuten. Om någon övning gjorde för ont eller av annan anledning inte fungerade bra upplevde de att fysioterapeuten lyssnade på det och hittade en annan lämplig övning istället. Detta kunde ske i början av träningen eller senare när det var dags att progrediera träningen alternativt när patienten hade en sämre period i sina besvär.

*"Vissa övningar kanske var lite för svåra i början och när vi gjorde de tillsammans så märkte vi kanske båda två att vi kanske måste börja ett steg längre ner. Så vi kunde ändå prata om vad som passade mig, det tyckte jag var jättebra." (intervju 14)*

### *Uppföljning av besvären*

Patienterna upplevde att det fanns ett gemensamt beslut att avsluta behandlingen. I de flesta fall upplevde de att de var tillräckligt bra i sina besvär eller hade tillräckligt med kunskap för att kunna fortsätta hantera sina besvär på egen hand. Därmed kände dessa patienter inget behov av vidare uppföljning. Patienterna hade även alltid fått möjligheten att höra av sig igen vid behov, vilket upplevdes bra. I vissa fall fanns olika önskemål om hur vidare uppföljning hade kunnat se ut och vad det hade kunnat tillföra, detta presenteras senare i texten under subkategorin "Uppföljning av besvär efter avslutad behandling".

*"Vi tyckte inte att det var någon mening för mig att åka hit längre utan jag hade hela tiden möjlighet att ringa hit om det var så att det brakade ihop, då hade jag fått ringa så jag hade fått komma hit direkt." (intervju 1)*

*"Det var fysioterapeuten väldigt öppen med, att om du har några frågor eller något med övningarna så får du gärna höra av dig... då hade jag inte haft direkt ont på ett tag.. så då kändes det ändå som ett bra tillfälle att avsluta." (intervju 14)*

### *Förslag på ändringar av vårdprogrammet*

Den sista kategorin tar upp saker i behandlingen som patienter upplevde kunde gjorts annorlunda samt deras förslag på vad som kunde gjorts istället. Kategorin är indelad i fyra subkategorier, nämligen grupputbildningen, information, samspelet med fysioterapeut samt uppföljning efter avslutad behandling.

#### *Grupputbildningen*

Ett förslag som kom fram var att ha grupputbildningen i början av behandlingen. Anledningen till förslaget var att det skulle vara bra att lära sig mer om sina ryggbesvär innan exempelvis en träningsperiod. Det skulle öka förståelsen för varför övningarna skulle göras, vilket skulle kunna öka motivationen till att träna. Ett annat förslag var att ha två grupputbildningar, ett tidigt och ett senare i behandlingen. Tanken med det var att kunna ta upp frågeställningar som uppstått under behandlingen vid uppföljningen samt att få höra hur det gått för de andra patienterna, vilket troddes kunna öka motivationen till olika åtgärder.

*”Det kanske skulle varit bra att ha föreläsningen från början innan man började med de här.. träningen. Om man hade det innan där så fick man lite kött på benen varför det är såhär, för då kanske man är mer.. alltså nu var jag motiverad ändå, men det kan vara sådana som blir mer motiverade att göra saker om man vet varför det är så och så. Och sen skulle man kunna ha en grupp mot slutet och kanske ha en sammanställning... då kan man sitta och prata lite vad det har gett också, och då kanske man kan sporra varandra... och sen... att man tar upp de frågor som man.. undrar, för man kanske kommer på under vägens lopp här att ”det där skulle jag frågat om egentligen.”” (intervju 11)*

Ytterligare förslag var att ha mer utrymme för diskussion och ha ett större utbyte mellan patienterna. Man menade att detta skulle kunna ske genom att patienterna skulle få diskutera i grupper, antingen genom frågor som de skulle få på plats eller som skulle fått innan tillfället. Om grupputbildningen skulle vara uppdelad på två tillfällen skulle det kunna finnas frågor som man fick fundera kring till nästa tillfälle.

*”Man kanske skulle öppna upp mer för diskussion och kunna ge varandra tips ”så här tänker jag, den här träningsövningen tycker jag funkar jättebra för mig”... nu var det mer katederundervisning... Egentligen ska man kanske flagga upp innan mer tydligt att det kommer finnas tid ”ni kommer sitta ner i grupp och ni kommer att diskutera de här frågorna”, man kanske till och med ska skicka ut frågorna innan så att man får fundera i lugn och ro. Då kan man få än mer interagerande och kanske större meningsutbyte mellan patienterna, om man nu vill ha det, det vet jag inte, är det katederundervisning så bara fortsätt. Alternativt att man skulle ha haft bara som ännu kortare.. och sen två tillfällen.. och en liten hemläxa att fundera på.” (intervju 13)*

### *Information*

Det framkom önskemål om att få mer information kring hur vissa saker påverkar ländryggsbesvär. En av dessa saker var vilken betydelse kosten har på ländryggsbesvär. En önskan var att det skulle var smidigt att få hjälp med kosten om det behövdes. Annan information som eftersöktes var att få veta mer hur psykiska och sociala faktorer påverkar smärtan. Då det skiljer sig mycket i vilka sociala förutsättningar olika individer har ville man att man pratade mer om detta. Till sist fanns även önskemål om att få mer information om graviditet och ländryggsbesvär och vad personer i denna situation kan göra för att minska besvären.

*”Kosten är ju viktig och det tycker jag borde få ett större utrymme i de här sammanhangen kan jag tycka. Man kanske är mycket överviktig eller rent av för mager ”ja, men då kan du ta kontakt med en dietist” men det skulle man velat ha här och nu och fått den hjälpen samtidigt, så man inte behöver springa dit och dit och dit.” (intervju 12)*

*”Man kan få lite mer information när man är gravid med sådana här ryggbesvär och vad man kan göra... det skulle vara en hjälp till många. Det är jättesvårt att ha ont i ryggen och sen blir man större, som sagt, man blir tyngre.” (intervju 2)*

### *Samspelet med fysioterapeut*

Patienterna hade en fysioterapeut som var ansvarig för deras behandling. Om en patient återkom för samma besvär flera månader efter avslutad behandling kunde

patienten, på grund av olika omständigheter, få träffa en annan fysioterapeut än tidigare. En synpunkt var att det hade känts tryggare att få komma tillbaka till samma fysioterapeut då denne hade mer bakgrundsfakta kring patientens besvär. Det fanns även omständigheter som gjorde att patienten under behandling fick träffa en annan fysioterapeut, exempelvis om ansvarig fysioterapeut inte var i tjänst. Om det hade varit möjligt hade patienten velat träffa samma fysioterapeut hela tiden. Om det inte var möjligt fanns önskemål om att ha en bättre plan för uppföljningarna när ordinarie fysioterapeut var borta.

*”Jag fick ju träffa olika personer, det tyckte jag väl var lite såhär hattigt kanske, man hade väl gärna kanske velat ha en och samma... det gick väl ett halvår däremellan tror jag nästan innan jag hörde av mig igen, för besvären försvann ju inte och då fick jag träffa en helt annan kille.. och sen kom jag en tredje gång och då fick jag träffa en annan... om man kommer tillbaka till samma person som ändå kanske har lite hum om.. kommer ihåg det lite bättre... det känns lite bättre att ha samma person, lite tryggare bas eller vad man ska säga.” (intervju 10)*

Som nämnt tidigare under ”förklaring till besvär och behandling” var upplevelsen att man fått en tydlig och bra förklaring av sin fysioterapeut. Det fanns dock även upplevelse om att man hade velat få en bättre och djupare förklaring till varför vissa moment skulle utföras. Som nämnt under ”hantering av besvären” upplevde patienterna att de hade fått tips och råd av fysioterapeuten som kunde hjälpa dem att minska symptom i vardagen. Det framkom dock även upplevelse om att man hade önskat att fysioterapeuten pratat mer om hur man kan hantera saker som blir ett hinder i vardagen, såsom hushållsarbete eller trädgårdsarbete.

*”Jag kan tycka, om det finns saker som man ska tänka på när man gör vissa saker i hemmet framförallt, hem och trädgård och så där, alltså hur ska man tänka.. det hade inte varit fel.” (intervju 12)*

### *Uppföljning efter avslutad behandling*

Det fanns patienter som hade önskat mer uppföljning av deras besvär. Uppföljningen under tiden för behandlingen upplevdes bra men det fanns önskemål om att följa upp besvären senare. En anledning till detta var att man hade velat få hjälp med vidare utredning om besvären kvarstod. En annan anledning var att man hade velat utveckla sitt träningsprogram vidare samt få en utvärdering av hur ryggen var. Det hade ökat motivationen till att fortsätta träna för att undvika försämring av besvären. Patienterna var medvetna om att de själva kunde ta den kontakten men de hade upplevt det lättare om de hade haft en uppföljning planerad.

*”Det jag skulle önskat var väl egentligen att man hade.. fått komma tillbaka någon gång... kanske var tredje månad, att man hade fått komma tillbaka på ett återbesök och fått lite nya övningar, så att man hade hållit igång det... det blir inte att man fortsätter köra såna övningar när det inte blir någon återkoppling... man kan ju mäta en utveckling på ett annat sätt kanske än vad man själv gör. Om man fick vidare besvär så kunde man ta kontakt igen och boka in en ny tid... jag har ju själv inte hört av mig hit heller eller frågat om det har funnits möjlighet. Så det kan ju lika gärna vara jag.” (intervju 7)*



Det fanns även de som hade velat träna vidare på fysioterapienheten då det upplevdes tryggt samt gav möjlighet att ställa frågor till fysioterapeuten när det behövdes. För de som hade svårt att motivera sig till att genomföra träningen hemma troddes chansen till att träna öka om man hade en bokad tid för träning. Bland dessa patienter fanns även ett behov av att någon återkommande skulle fråga hur det gick för att komma ihåg att träna. Ett alternativ menade man hade varit att få träna på fysioterapienheten under en längre tid så att träningen blev till en rutin innan man fortsatte den på egen hand. Ett annat alternativ som nämndes var att ha regelbundna uppföljningar under en längre tid, vilket man trodde kunde öka motivationen till att utföra träningen.

*”När du är här en timme då gör du alla övningar... det gör jag ju inte hemma, men det är ju upp till mig, jag kan ju gå och träna själv också. Det är en trygghet på något vis att ha de här och man kan fråga om det blir jätteont eller händer något. Fast som sagt var, det går ju att ringa till dem, dem är väldigt trevliga att prata med.” (intervju 9)*

## Diskussion

### *Metoddiskussion*

Tillförlitligheten i kvalitativa studier brukar beskrivas genom begreppen credibility, dependability och transferability vilket kan översättas till trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (27). För att kunna belysa frågeställningarna ur olika aspekter är det en styrka att välja deltagare med olika upplevelser. Detta kan uppnås genom att inkludera deltagare med olika kön, åldrar och perspektiv (27), vilket man gjort i denna studie. Genom att visa citat från den transkriberade datan ökar trovärdigheten i studien (27), därmed rekommenderas hellre för många citat än för få (37). Citaten som presenteras i denna studie fångar upp det väsentliga från intervjuerna, det som varit återkommande uppfattningar hos patienterna samt uppfattningar som varit mer sällan förekommande. Detta är viktigt för att resultatet ska kunna motsvara de olika upplevelser som kommit fram under intervjuerna (34). Dialogen som fanns mellan intervjuerna om innehållet i intervjuerna stärker trovärdigheten eftersom detta ger en möjlighet att bekräfta rimligheten i materialets indelning och benämning (27). Intervjuerna höll sig till samma intervjuguide och upplägg genom alla intervjuer, vilket stärker pålitligheten i studien. Överförbarhet handlar om huruvida resultatet kan överföras till andra, liknande, grupper (27). Variationen av deltagare i denna studie var bred. Både män och kvinnor i olika åldrar deltog. De har även haft olika typer av besvär och besvärssduration som krävt behandling med olika delar av BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram. Denna bredd på materialet ökar överförbarheten av resultatet till andra primärvårdsenheter, i Sverige eller internationellt.

Inom hälsoforskning används även fokusgruppsintervjuer. Detta används för att beskriva personers upplevelser om ett gemensamt ämne. Interaktionen som sker mellan personerna vid intervjun kan vara viktig för vilka upplevelser som beskrivs, om personerna även i den verkliga situationen interagerar med varandra. Personerna kan vid intervjun lyssna på vad de andra säger och därmed ändra sitt sätt att tänka och uttrycka sig. Det kan vara positivt att skapa nya sätt att se på en situation men det kan även hindra personerna från att delge deras individuella åsikter (32). Den behandling som patienterna fått i BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram har för vissa delvis skett i grupp men huvudsakligen har behandlingen och kontakten skett individuellt

med deras fysioterapeut. Därmed är det viktigt att patienten inte påverkas av vad andra tycker, utan att de fick uttrycka sina egna upplevelser genom individuella intervjuer.

Av flera anledningar genomfördes alla intervjuer i studien av två personer. Den som inte höll i intervjun hade möjlighet att ställa följdfrågor ifall något behövdes förtydligas eller fördjupas, vilket är en styrka. Den personen kunde även se till att ingen väsentlig fråga i intervjun missades. En annan styrka var att intervjuarna hade möjlighet att diskutera deras uppfattningar av intervjun efteråt och att FÅ i analysprocessen kunde diskutera kodningen och kategoriseringen med PE som också var insatt i materialet (37). Denna triangulering gör att beskrivningen av upplevelserna kan bli mer objektiv och sann än om analysen endast genomförts av en person, därmed ökar trovärdigheten (32). Nackdelen med flera intervjuare är att det är mer resurskrävande. Detta ansågs dock inte hade någon betydelse i denna uppsats då deltagandet var givande för båda intervjuarna. Det finns också en risk i att vara fler som intervjuar då det kan sätta den som blir intervjuad i en minoritet. Denna känsla blir dock mer påträngande först när det är tre eller fler som håller i intervjun samt om intervjun innehåller mer känsliga ämnen (37).

FÅ hade jobbat kliniskt med vårdprogrammet BättreRygg<sup>©</sup>, vilket anses vara en styrka då en djupare förståelse i ämnet bör öka möjligheten att relevanta frågor ställs under intervjuerna samt att väsentliga delar väljs ut i analysprocessen. Vidare hade inte någon av deltagarna fått sin behandling hos FÅ, som under tiden för deras behandling inte varit verksam på den enheten förutom i något enstaka fall där de kan ha mötts i träningshallen under den övervakade träningen. Därmed fanns det en viss risk i att någon deltagare kände igen FÅ vid intervjutillfället, vilket kan ha påverkat deras berättelse. Risken att deltagaren hamnade i en beroendeposition anses dock varit liten, till skillnad från om dennes egna behandlare hade intervjuat. PE är delaktig i det stora forskningsprojektet BättreRygg<sup>©</sup> men har inte deltagit ute i verksamheterna vid implementeringen av projektet för att inte påverkas av upplevelser till denna intervjustudie. Sett till möjligheten att ställa rätt frågor samt ha en djupare förståelse för innehållet anses det vara en styrka att även PE varit mycket insatt i vårdprogrammet. En risk med intervjustudier är att personerna som intervjuas påverkas av hur de känner och mår för stunden. Vid retrospektiva intervjustudier som denna är risken att personerna har glömt hur de upplevde vissa saker eller att de har ändrat sin upplevelse på grund av händelser som skett efteråt. Detta är svårt att påverka men viktigt att ha i åtanke vid analys av materialet (37). Intervjuerna i denna studie skedde några få månader upp till ett år efter avslutad behandling. Om intervjuerna hade skett i anslutning till avslutad behandling hade deltagarna kanske haft större chans att minnas vissa delar. Det de hade svårt att minnas var innehållet i broschyren samt innehållet i föreläsningmaterialet från grupputbildningen. Å andra sidan fångade intervjuerna upp viktiga aspekter kring vad deltagarna tyckte om längre tids uppföljning av besvären, vilket inte hade varit möjligt om intervjuerna hade ägt rum i anslutning till avslutad behandling.

Det finns inga tydliga riktlinjer kring hur många intervjuer som ska genomföras i en intervjustudie men man föreslår att omkring 10-15 intervjuer behövs för att få en bredd i materialet. Om man jämför olika grupper behövs lika många intervjuer i båda grupper (32). I denna studie finns ingen sådan jämförelse mellan grupper utan alla patienter tillhörde samma grupp som fått behandling enligt BättreRygg<sup>©</sup>

vårdprogram. När information med tillräckligt rika, relevanta och diverse uppgifter har samlats in indikerar det att mängden intervjuer som genomförts är tillräcklig. Detta anses vara uppnått när liknande svar återkommer i flera intervjuer samt när känslan är att ytterligare intervjuer inte skulle tillföra någon helt ny, väsentlig kunskap (32). När det närmade sig 15 intervjuer i denna studie infann sig denna känslan.

## *Resultatdiskussion*

### *Upplevelser av olika delar av BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram*

Vid intervjuerna framkom många positiva upplevelser av vårdprogrammet. Patienterna upplevde att de fick tydliga instruktioner i träningen vilket ökade chansen att träningen utfördes korrekt. Patienter som tidigare genomfört träningsprogram för ospecifik ländryggssmärta har ansett det värdefullt att kunna utföra träningen korrekt (38). Deltagarna i BättreRygg<sup>©</sup> upplevde även att träningsprogrammet var bra då det innehöll övningar som man kunde utföra nästan var som helst samt att det gick att individanpassa och progrediera träningen. Detta skapar en möjlighet att få ut det bästa av träningen utifrån varje individs förutsättningar. Det är inte alltid så är fallet vid behandling av ospecifik ländryggssmärta, i en annan studie upplevde patienter att de fick standardiserad och icke individuell behandling vilket skapade en frustration (39). En återkommande upplevelse gällande grupputbildningen var att utbytet mellan patienterna var mycket givande men att det inte fanns så mycket utrymme för detta. Därmed borde det ges mer utrymme för diskussion mellan patienterna vid detta tillfälle. Grupptillfället borde kanske ligga i början av behandlingen då patienterna trodde att kunskapen och utbytet man fick där skulle kunna öka följsamheten, förståelsen och motivationen till den kommande behandlingen. De som deltog vid grupputbildningen fick med sig kunskap om hur de kunde hantera sina besvär samt fick en ökad förståelse för vad deras besvär. Detta får anses viktigt då en större delaktighet hos patienter i sin vård generellt har visats ge en bättre effekt av olika behandlingar (11). En ökad förmåga att hantera sina besvär borde även leda till mindre behov av vård. Vinsterna i detta är stora eftersom att ländryggsbesvär skapar stor negativ påverkan på individens livskvalitet, många sjukskrivningsdagar samt stora ekonomiska påfrestningar på samhället (8).

Då det finns flera positiva upplevelser av grupputbildningen som skulle kunna öka effekten av behandlingen samt kanske öka patientens självständighet i hantering av besvären, bör man motivera så många som möjligt med ländryggsbesvär att gå den. Något att fundera kring är dock om tillfället passar alla patienter med ländryggsbesvär, eller om det är patienter med en längre besvärsduration eller återkommande besvär som har större hälsovinst i att delta. Eftersom att den vanligaste riskfaktorn till att drabbas av ländryggsbesvär är att man haft en tidigare historik av ländryggssmärta (15) samt att risken för recidiv inom ett år är ungefär 33 % från att man återhämtat sig från sina ländryggsbesvär (12) kan det finnas en vinst i att alla erbjuds gå på grupputbildningen. Vid kronisk ospecifik ländryggssmärta är patientutbildning och ryggskola en lämplig åtgärd (17). Utbildning i smärta har visat sig vara viktigt för patienter som har gula flaggor eller har utvecklat en långvarig smärta med sensitisering i centrala nervsystemet (19–21) och ju tidigare behandlingen sätts in desto större är chansen att patienten återhämtar sig och undviker kroniska besvär (25). Även de som har akut smärta tenderar att i större grad återgå till sina vardagliga liv och fritidsaktiviteter när de tolkar smärtan som icke-hotande (23), vilket styrker påståendet om att alla patienter med ländryggsbesvär bör

erbjudas grupputbildningen. Att materialet i BättreRygg<sup>©</sup> grupputbildning har ett biopsykosocialt perspektiv kan vara värdefullt då forskning har visat att det gett större sjukdomskunskap, fysisk aktivitetsnivå samt nöjdhet hos patienterna vid långtidsuppföljning (12 månader) i jämförelse med föreläsningmaterial med ett biomedicinskt innehåll (40).

Det fanns önskemål från någon patient att innehållet i utbildningen skulle vara på en djupare nivå då den upplevdes grundläggande och inte tillförde någon ny kunskap. Det skulle kanske vara bra att anpassa utbildningen utifrån att patienter har olika behov, både utifrån hur stora besvär de har men kanske även utifrån vilken förkunskap de har. Eftersom så stor del av alla ländryggsbesvär är ospecifik ländryggssmärta (17), tror dock författaren att det kan bli svårt att ha grupputbildningstillfällen utifrån orsak eller diagnos, utan det behövs i så fall en bredare uppdelning så det tydligt går att särskilja de olika inriktningarna.

Flera patienter upplevde att de fick mer information och hjälp med sina besvär nu än vad man fått när man sökt för samma besvär tidigare. De upplevde också att behandlingen medfört att de blivit bättre på att hantera sina besvär i vardagen samt att de fått tips på saker som de inte visste innan eller som de aldrig hade kommit på själva. Detta är en styrka med BättreRygg<sup>©</sup>, att patienterna utbildas i större grad kring sina besvär, tack vare broschyren, gruppstillfallet och träningstillfällena. Någon enstaka patient upplevde att informationen kring smärta i broschyren var nedslående. Patienten fick känslan av att smärtan är något man alltid kommer att ha. Patienter har olika sätt att tolka information beroende på sinnesnärvaro och besvärstillstånd men när någon har tolkat informationen på det viset kan det vara aktuellt att se över den och se om informationen kan vinklas på ett annat, tydligare sätt.

Flera hade svårt att minnas vad som stod i broschyren. Till viss del kan det ha att göra med att stora frågeformulär delades ut samtidigt som broschyren när patienterna inkluderades i implementeringen av BättreRygg<sup>©</sup>. När broschyren används i den kliniska vardagen framöver kan man kanske lägga mer fokus på den i mötet med patienten för att de ska få ut mer av den. Ett förslag kan vara att ha en sida där patienten tillsammans med fysioterapeuten kan skriva ned individuella sätt att hantera besvären på, för att göra broschyren mer personlig och användbar.

De patienter som deltog vid träning i grupp upplevde att de fick god stöttning av fysioterapeuten. Detta gjorde att kvaliteten på träningen upplevdes bättre än om de skulle tränat hemma. Vissa patienter valde att träna hemma på grund av personliga och logistiska skäl men med tanke på upplevelserna som kommit fram gällande fördelar att träna under övervakning av fysioterapeut, kan det kanske vara bra att motivera fler till att delta vid träning i grupp.

### *Effekter av deltagandet*

Patienterna upplevde att behandlingen hjälpt till att underlätta vardagsaktiviteter samt bidragit till ökad fysisk aktivitet. Detta är positivt då undvikande av aktiviteter ökar risken för mer smärta och ohälsa (23). Riktlinjerna vid behandling av ländryggsbesvär är bland annat att jobba med personcentrerad vård för att hjälpa patienterna bli mer självständiga, kunna hantera sina besvär samt bli mer fysiskt aktiva och delaktiga i samhället (26). Flertalet patienter upplevde att de fick hjälp med hur de kunde hantera sina besvär i vardagen. Vid intervjuerna framkom dock

någon upplevelse kring att man hade önskat mer hjälp med detta. Därför är det viktigt att påpeka att alla patienter bör få något konkret råd för att kunna hantera sina besvär. I en annan studie har patienter med ländryggsbesvär beskrivit att de förstått vikten av råd och övningar för att kunna hantera deras besvär över tid. Dock har de på grund av vissa misslyckade behandlingsförsök, återkommande besvär och otydligt ställd diagnos inte haft så bra följsamhet till dessa råd och övningar. Effekten av egna strategier för hantering av besvären har då minskat (41). Därmed är det en styrka i BättreRygg<sup>©</sup> att patienterna upplevde att de fick en bra förklaring till deras besvär samt att de fick hjälp med hur de kunde hantera sina besvär.

### *Patientens delaktighet i behandlingen*

Ett sätt att se till att patienterna är delaktiga i sin behandling är att ha god kommunikation med dem (11). Många patienter upplevde att de blev bra bemötta och att de alltid hade möjlighet att få tag i sin fysioterapeut för rådgivning. Några tyckte detta bidrog till att behandlingen gav bra effekt. Ett annat sätt att få patienten delaktig i sin behandling kan vara att förklara för patienten så att den förstår vad orsaken till dennes besvär är eller vad syftet med behandlingen är. Patienter med ospecifik ländryggssmärta förväntar sig få en tydlig förklaring till deras besvär samt få mer kunskap om deras ryggsmärta (39), vilket patienterna som deltog i BättreRygg<sup>©</sup> upplevde att de fick. I en annan intervjustudie har patienter med ospecifik långvarig ländryggssmärta beskrivit att de velat ha en aktiv roll i deras behandling. De upplevde dock en frustration kring att de inte fick adekvat utbildning eller förklaring till deras besvär samt att de inte blev lyssnade på (42). Patienterna som deltog i BättreRygg<sup>©</sup> upplevde inte detta.

Orsaken till ländryggsbesvär är ofta ospecifik (17), vilket kan försvåra för fysioterapeuten att förklara orsaken till besvären, trots att man kan hitta en behandling som har god effekt (18). Patienter med ospecifik ländryggssmärta har i en annan intervjustudie beskrivit att de kan sakna en förklaring till deras besvär, som bland annat kan vara en försäkring om att det inte är något allvarligt tillstånd (39). Eftersom att några patienter i BättreRygg<sup>©</sup> inte upplevde att de fick någon förklaring till deras besvär eller att förklaringen var mindre bra är det viktigt att se till att patienten fått den förståelsen. Författaren tror även att det är viktigt att patienterna förstår syftet med övningar eller annan behandling för att öka deras motivation till att verkställa råd och övningar som fysioterapeuten ger. Då ökar säkerligen deras möjlighet att kunna hantera sina besvär. Det är nog viktigt att man som fysioterapeut ser till att få återkoppling från patienten om vad de tror är orsaken till deras besvär eller varför de exempelvis tror att de ska göra vissa övningar. Först då ökar fysioterapeutens insikt kring hurvida patienten förstår förklaringarna eller inte. Detta skulle kunna bidra till en bättre kommunikation och att patienten blir mer följsam i behandlingen då förståelsen av den ökar. Sällan upplevde patienterna att de pratat om konkreta mål med sin fysioterapeut. Detta upplevdes dock inte som ett problem men för att få patienten mer delaktig i sin behandling och kanske bli mer motiverad till att följa vissa råd kan det vara bra att patienten får formulera några tidsbestämda, konkreta mål med fysioterapeutens vägledning så att målen blir rimliga.

Patienterna upplevde sig på många sätt delaktiga i behandlingen, dels genom deras möjlighet att påverka övningarna, genom gemensamma beslut att avsluta behandlingen, genom att fysioterapeuterna var lyhörda samt att de ofta fick tydliga

förklaringar för deras besvär. Patienter med ospecifika ländryggssmärta har i tidigare intervjustudie beskrivit att de värdesätter att fysioterapeuter är motiverande, stöttande samt förklarar orsaker till deras besvär och behandling (38). Effekten av olika behandlingar tycks även öka om patienten är mer delaktig (11). Att patienterna ska vara delaktiga överensstämmer även med riktlinjerna om personcentrerad vård vid ländryggsbesvär (26) samt Socialstyrelsens lagar om ”god vård” (11).

### *Förslag på ändringar av vårdprogrammet*

Generellt var patienterna nöjda med uppföljningen av deras besvär. En trygghet vid avslut av behandling var att patienterna alltid kände att de hade möjlighet att höra av sig igen vid behov. De flesta behövde inte göra det men det fanns några patienter som hade fått höra av sig igen efter ett antal månader på grund av kvarstående besvär eller hade velat ha uppföljning längre fram men inte hade tagit tag i att söka hjälp igen. Risken när patienter har ett behov av att söka igen för samma besvär är att det kan resultera i nya eller längre behandlingsperioder. Som tidigare nämnt är det vanligt med recidiv av ländryggsbesvär (12,15). Patienter med ländryggsbesvär kan ha kvarstående smärta eller återkommande besvär flera år efter behandling som de även tenderar att söka vård för igen (43). Om man i viss mån kan undvika detta genom att ha någon eller några uppföljningar en tid efter den tänkta avslutade behandlingen, kan det vara värdefullt, då ländryggsbesvär är lidande både för patient och samhälle (8–10). Om behandlande fysioterapeut avsätter tid till ytterligare någon uppföljning minskar troligtvis även risken att en patient söker vård igen, får träffa en annan fysioterapeut och börja om lite från början. Så hade någon patient upplevt situationen när denne sökte vård igen.

Flera patienter kände även att tiden för behandlingen inte var tillräcklig för att träningen de fått genomföra skulle hunnit bli till en vana. Träningsmängden minskade successivt när de inte hade någon kontakt med sin fysioterapeut längre. Om dessa patienter hade fått någon eller några uppföljningar till, längre fram i tiden, hade de kanske hunnit bli mer självständiga i sin träning. Då hade kanske behovet av att återkomma minskat.

Patienter som deltog vid träning i grupp upplevde det lättare att få träningen gjord än om de skulle fått träna hemma. Om det finns en möjlighet till ökad följsamhet i träningen hos patienter som tränar på fysioterapienheten kan det finnas en vinst i att undersöka huruvida patienterna skulle kunna fortsätta träningen där. Det kan på sikt minska belastningen på vården då patienten blir mer självständig i att hantera sina besvär.

Det framkom förslag på information som skulle kunna vara en del i BättreRygg<sup>©</sup> vårdprogram. Det som nämndes var önskemål om mer information kring kost, psykiska och sociala förutsättningar samt graviditet kopplat till ländryggsbesvär. Om större delen av patienter med ländryggsbesvär har nytta av denna information kan man tänka sig att den delen läggs in i grupputbildningen, i broschyren eller som en separat informationsdel. Annars är detta mer specifika delar som en fysioterapeut vid varje enskilt fall får bedöma om patienten behöver mer information eller stöttning kring och i så fall via vilken enhet eller profession detta kan erbjudas. Med tanke på att överviktighet eller fetma ökar risken för ländryggsbesvär samt att risken för långvarig smärtproblematik är större hos dessa (13,14), kan det vara ett förslag att lägga till information kring detta i vårdprogrammet. I samband med önskemålet om

mer information kring kost efterfrågades även lättare tillgänglighet till en dietist. Med tanke på detta finns det kanske en efterfrågan på bättre samarbete mellan vårdprofessioner och en större helhetssyn på patientens problematik.

## Konklusion

Många delar av BättreRygg☺ vårdprogram upplevdes positivt. Bland annat grupputbildningen och träningen i grupp utmärkte sig som givande delar av behandlingen. Utbytet med andra patienter upplevdes positivt och träningen i grupp ansågs värdefull eftersom att det alltid fanns en fysioterapeut på plats som hjälpte till på olika sätt. Möjligheten att individanpassa behandlingen upplevdes som en stryka då alla patienter hade olika förutsättningar och möjligheter till att delta i olika delar av vårdprogrammet. Patienterna upplevde att de fick mer information om sina besvär än vad de fått tidigare, att de fick hjälp med hur de kan hantera sina besvär på egen hand samt att de på andra sätt fått vara delaktiga i deras behandling. Det framkom även flera förslag på ändringar av vårdprogrammet, framför allt gällande grupputbildningen och uppföljning av besvär efter avslutad behandling. Dessa delar av vårdprogrammet kan forskargruppen och vårdenheter jobba vidare med för att förbättra behandlingen av ländryggsbesvär i primärvården ytterligare. Framtida forskning skulle kunna jämföra behandlingseffekten och förekomsten av recidiv efter träning i grupp eller hemträning, för att se om patienternas positiva upplevelse av övervakad träning korrelerar med minskade symptom. Utifrån det kan fysioterapeuternas resurser fördelas på lämplig åtgärd för att uppnå en kostnadseffektiv vård.

## Referenser

1. Abbott A, Schröder K, Enthoven P, Nilsen P, Öberg B. Effectiveness of implementing a best practice primary healthcare model for low back pain (BetterBack) compared with current routine care in the Swedish context: an internal pilot study informed protocol for an effectiveness-implementation hybrid type 2 trial. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Apr 24 [citerad 2019 Jan 31];8(4):e019906. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29691246>
2. NKR: Behandling af nyopståede lænderygsmarter [Internet]. [citerad 2019 Jan 31]. Hämtad från: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-laenderygsmarter>
3. NKR: Ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati) [Internet]. [citerad 2019 Jan 9]. Hämtad från: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/lumbal-nerverodspaaavirkning-ikke-kirurgisk-behandling>
4. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management | Guidance and guidelines | NICE. [citerad 2019 Jan 31]; Hämtad från: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/history>
5. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* [Internet]. 2018 Jun 9 [citerad 2019 Jan 31];391(10137):2356–67. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573870>
6. Ihlebæk C, Hansson TH, Lærum E, Brage S, Eriksen HR, Holm SH, et al. Prevalence of low back pain and sickness absence: A “borderline” study in Norway and Sweden. *Scand J Public Health* [Internet]. 2006 Oct 5 [citerad 2019 Jan 31];34(5):555–8. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16990167>
7. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators G 2016 D and II and P. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2017 Sep 16 [citerad 2018 Apr 18];390(10100):1211–59. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919117>
8. Jonsson E, Olafsson G, Fritzell P, Hägg O, Borgström F. PMS32 - Costs And Quality of Life of Low Back Pain: A Multi-Register Based National Treatment Pathway Model In Sweden. *Value Heal* [Internet]. 2016 Nov;19(7):A536–A536. Hämtad från: <http://10.0.3.248/j.jval.2016.09.1099>
9. Ekman M, Johnell O, Lidgren L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. *Acta Orthop* [Internet]. 2005 Apr [citerad 2019 Jan 31];76(2):275–84. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16097556>
10. Hubertsson J, Englund M, Hallgärde U, Lidwall U, Löfvendahl S, Petersson IF. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders – a study of doctor prescribed sick leave. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2014 Dec 24 [citerad 2019 Jan 31];15(1):176. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24886568>
11. Nationella indikatorer för God vård [Internet]. [citerad 2019 Jan 31]. Hämtad



från:

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/nationellaindikatorerforfordvard>

12. da Silva T, Mills K, Brown BT, Herbert RD, Maher CG, Hancock MJ. Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sport Phys Ther* [Internet]. 2017 May [citerad 2019 Jan 31];47(5):305–13. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355981>
13. Shiri R, Falah-Hassani K, Heliövaara M, Solovieva S, Amiri S, Lallukka T, et al. Risk factors for low back pain: A population-based longitudinal study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [Internet]. 2018 Jul 25 [citerad 2018 Sep 11]; Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30044543>
14. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2012 Feb 4 [citerad 2018 Mar 25];379(9814):482–91. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982256>
15. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J* [Internet]. 2014 Oct 1 [citerad 2018 Sep 11];14(10):2299–319. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24462537>
16. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* [Internet]. 2006 Mar [citerad 2019 Jan 31];15 Suppl 2(Suppl 2):S169-91. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550447>
17. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* [Internet]. 2006 Mar [citerad 2019 Jan 31];15 Suppl 2(Suppl 2):S192-300. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550448>
18. Fritz JM, Cleland JA, Childs JD. Subgrouping Patients With Low Back Pain: Evolution of a Classification Approach to Physical Therapy. *J Orthop Sport Phys Ther* [Internet]. 2007 Jun [citerad 2018 Mar 25];37(6):290–302. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17612355>
19. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, Baert I, Meeus M. Treatment of central sensitization in patients with ‘unexplained’ chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2014 Aug 15 [citerad 2019 Jan 31];15(12):1671–83. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24930805>
20. Nijs J, Meeus M, Cagnie B, Roussel NA, Dolphens M, Van Oosterwijck J, et al. A Modern Neuroscience Approach to Chronic Spinal Pain: Combining Pain Neuroscience Education With Cognition-Targeted Motor Control Training. *Phys Ther* [Internet]. 2014 May 1 [citerad 2019 Jan 31];94(5):730–8. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24481595>
21. Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coluzzi F, Dahan A, et al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2013 Sep [citerad 2019 Jan 31];29(9):1127–35. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23786498>
22. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain : evidence, challenges, and

- promising directions. 2018; Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=edsbas&AN=edsbas.C809E94D&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
23. Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JWS, Karoly P. Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Clin J Pain* [Internet]. 2012 Jul [citerad 2019 Jan 31];28(6):475–83. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22673479>
  24. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain* [Internet]. 2001 Oct [citerad 2018 Sep 11];94(1):7–15. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11576740>
  25. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J* [Internet]. 2014 May 1 [citerad 2018 Sep 11];14(5):816–836.e4. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24412032>
  26. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet* [Internet]. 2018 Jun 9 [citerad 2019 Jan 31];391(10137):2384–8. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573871>
  27. Graneheim U., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2004 Feb [citerad 2019 Jan 31];24(2):105–12. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>
  28. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion. [Internet]. Lund : Studentlitteratur, 2014; 2014. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.766322&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  29. Fejes A, Thornberg R. Handbok i kvalitativ analys. [Internet]. Stockholm : Liber, 2015; 2015. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.780317&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  30. Bell J, Waters S. Introduktion till forskningsmetodik. [Internet]. Lund : Studentlitteratur, 2016; 2016. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.821067&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  31. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. 2007 Dec 16 [citerad 2019 Jan 31];19(6):349–57. Hämtad från:  
<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzm042>
  32. Handbok i kvalitativa metoder [Internet]. Malmö: Liber; 2011. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=edsswe&AN=edsswe.oai.DiVA.org.su.62755&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  33. Ladda ner Open Code [Internet]. [citerad 2019 Jan 31]. Hämtad från:

- <https://www.umu.se/institutionen-for-epidemiologi-och-global-halsa/forskning/open-code/>
34. Dalen M. Intervju som metod. [Internet]. Malmö : Gleerups utbildning, 2015; 2015. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.786067&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  35. Helgesson G. Forskningsetik. [Internet]. Lund : Studentlitteratur, 2015; 2015. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.803537&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  36. Helgesson G. Forskningsetik för medicinare och naturvetare. Lund: Studentlitteratur; 2006.
  37. Repstad P, Nilsson B. Närhet och distans : kvalitativa metoder i samhällsvetenskap. [Internet]. Lund : Studentlitteratur, 2007; 2007. Hämtad från:  
<https://login.e.bibl.liu.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.485225&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
  38. Slade SC, Molloy E, Keating JL. People with non-specific chronic low back pain who have participated in exercise programs have preferences about exercise: a qualitative study. *Aust J Physiother* [Internet]. 2009 [citerad 2019 Mar 18];55(2):115–21. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19463082>
  39. Stenner R, Swinkels A, Mitchell T, Palmer S. Exercise prescription for non-specific chronic low back pain (NSCLBP): a qualitative study of patients' experiences of involvement in decision making. *Physiotherapy* [Internet]. 2016 Dec [citerad 2019 Mar 14];102(4):339–44. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26549600>
  40. Meng K, Peters S, Faller H. Effectiveness of a standardized back school program for patients with chronic low back pain after implementation in routine rehabilitation care. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 Jun [citerad 2019 Mar 14];100(6):1161–8. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110954>
  41. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2007 Jan 7 [citerad 2019 Mar 14];29(24):1899–909. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852259>
  42. Slade SC, Molloy E, Keating JL. 'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clin Rehabil* [Internet]. 2009 Mar [citerad 2019 Mar 14];23(3):270–80. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19218301>
  43. Enthoven P, Skargren E, Oberg B. Clinical course in patients seeking primary care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2004 Nov 1 [citerad 2019 Jan 31];29(21):2458–65. Hämtad från:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507811>

## Bilagor

### *Bilaga 1, Patientinformation*



## Patientinformation avseende Din upplevelse av behandlingen du fått för dina ryggbesvär i primärvården

Hej!

Du får detta brev eftersom att du deltagit i en forskningsstudie för dina ryggbesvär och behandlats enligt vårdprogrammet BättreRygg<sup>©</sup> hos din fysioterapeut/sjukgymnast. Det är första gången detta vårdprogram används och för att kunna få en vård med så god kvalitet som möjligt är det viktigt för oss att veta hur Du som patient har upplevt behandlingen. Vi vill därför göra en intervjustudie där Du får svara på frågor om detta.

Vi är två personer som kommer att hålla i intervjun och den beräknas ta 30-60 minuter. Intervjun kommer att äga rum på en tid och plats som passar dig. Intervjun kommer att spelas in via ljudupptagning för att underlätta analys av intervjuarmaterialet. All data och information behandlas under sekretess och avidentifieras. Du kan inte identifieras i någon av de sammanställningar som kommer göras. Ditt deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan någon förklaring.

Om Du är intresserad av att delta i studien får Du gärna höra av dig. Om vi inte hör något från dig kommer vi försöka nå dig via telefon cirka 10 dagar från att du fått detta brev för att se om intresse för deltagande finns.

Om Du har frågor eller funderingar, kontakta gärna oss!

Med vänliga hälsningar,

*Fredrik Årneby*  
Leg. Fysioterapeut  
Region Östergötland  
Rehab Väst  
Burensköldsvägen 24  
595 32 Mjölby  
fredrik.arneby@regionostergotland.se  
Telefon: xxx – xxx xx xx

*Paul Enthoven*  
Universitetslektor  
Avdelning Fysioterapi  
IMH, Medicinska fakulteten  
Linköpings Universitet  
581 83 Linköping  
paul.enthoven@liu.se

## Bilaga 2, Intervjuguide

Idag är det den ....., vi befinner oss i ..... och detta är patientintervju nummer .....

*Vi ska prata om behandlingen du fått för dina ryggbesvär. När vi pratar om behandlingen menar vi all typ av behandling du fått, inklusive din träning och information du fått om dina besvär.*

1. Vilka är dina upplevelser av behandlingen för dina ryggbesvär?
2. Vad pratade du och din sjukgymnast om kring dina besvär?
  - Vad tyckte du om förklaringen du fick kring dina ryggbesvär?
  - Har du ändrat din syn på dina besvär, på vilket sätt?
3. Fick du en förklaring för varför du fick den behandling du fick?
  - Vad tyckte du om förklaringen?
  - Hur upplevde du din behandling (innehållet, upplägget, nyttan mm.)?
4. Hur upplever du att du kan hantera dina besvär på egen hand?
  - Upplever du att du fått någon hjälp med detta under behandlingsperioden? På vilket sätt?
  - Har du någon strategi om besvären skulle komma tillbaka? Har behandlingen bidragit till (ändring i) strategin? Om ja, kan du berätta mer (VAD i behandlingen)?
5. Hur fungerar det att vara fysiskt aktiv idag?
  - Hur ser det ut i vardagen med ex. trädgårdsarbete, promenader etc?
  - Har du förändrat ditt sätt att vara fysiskt aktiv och vad har bidragit till det (behandling hos fysioterapeut/sjukgymnast, smärtminskning, annat)? (under- och överaktiva)
6. Fick du en broschyr om ryggbesvär? Om ja, vad tyckte du om den?
  - Använder du den? (i vardagen?)
7. Deltog du vid undervisningstillfället om ryggbesvär? Om ja, vad tyckte du om det?
  - Vad var bra/mindre bra?
  - Vad tog du med dig från undervisningstillfället?
8. Deltog du vid träning i grupp med stöd av fysioterapeut/sjukgymnast? Om ja, vad tyckte du om den?
  - Upplägget? Antal deltagare?
  - Övningarna och förändring av övningarna under behandlingstiden? Stöttning av fysioterapeut/sjukgymnast?
  - Träningstiderna, övrigt?
9. Hade du möjlighet att påverka din behandling något? (dina övningar etc)
  - Lyssnade din behandlare på dig om du ville ändra något?
  - Hade du velat påverka mer/mindre?

10. Satte ni upp mål för behandlingen? Gjorde ni det tillsammans? Ge förslag på tänkbara mål för att patienten ska förstå vad vi syftar på (kunna jobba, promenera en viss sträcka, få mindre ont...)
- Tycker du att målen var rimliga?
11. Hur upplevde du sjukgymnastens bemötande?
- Nöjd/inte nöjd – varför/varför inte? (grupp/individuell behandling)?
  - Hur upplevde du kontakten med din(a) behandlare? På vilket sätt?
  - Hur ofta hade du kontakt med din behandlare? Tycker du det var för ofta/för sällan?
12. Är det något mer du vill tillägga gällande behandlingen av dina ryggbesvär?
- Kunde något gjorts annorlunda?

## SAMTYCKE

Undertecknad samtycker till deltagande i intervjustudie avseende behandling av ryggbesvär enligt vårdprogrammet BättreRygg<sup>©</sup> i primärvården enligt vad som anges nedan.

1. Jag har tagit del av den skriftliga patientinformationen och erbjudits möjlighet att ställa frågor. Jag samtycker till att delta i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt samt att jag när som helst utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.
2. Jag samtycker till att insamlade personuppgifter behandlas och överförs i enlighet med Personuppgiftslagen (PUL).

Genom undertecknande av detta samtycke bekräftar jag ovanstående.

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patientunderskrift

# Personuppgifter enligt personuppgiftslagen (1998:204), PUL

<u>Personuppgiftsansvarig</u>	Linköpings universitet
<u>Personuppgifter som samlas in</u>	Namn, personnummer, kön, adress och telefonnummer.
<u>Behandling av personuppgifter</u>	Insamlade uppgifter avidentifieras och kodas, Linköpings Universitet lagrar uppgifterna i låst kassaskåp.
<u>Ändamålet med behandlingen</u>	Forskning avseende uppföljning av behandling av ryggbesvär i primärvården Östergötland.
<u>Överföring av personuppgifter</u>	De kodade personuppgifterna kommer inte att föras vidare annat än att resultaten rapporteras i vetenskapliga sammanhang.
<u>Information och rättelse</u>	Du har rätt till information respektive rättelse enligt vad som anges i 26 § respektive 28 § PUL. Vid ansökan om information och begäran om rättelse kontaktas personuppgiftsansvarig.