



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

**Patienters upplevelse av arbetsterapeutiska  
interventioner inom multimodal smärtrehabilitering  
i specialistvård och primärvård**

Författare: Tove Ihre

Handledare: Elisabeth Persson

Maj 2016

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157,  
S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Maj 2016

## Patienters upplevelse av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering i specialistvård och primärvård

Tove Ihre

**Bakgrund:** Många individer lever med svår långvarig smärta. För behandling av komplex smärtproblematik har multimodal rehabilitering (MMR) utvecklats. Arbetsterapeutiska interventioner fokuserar på förhållningssätt och strategier som möjliggör ett aktivt liv, trots smärta. I dagsläget saknas studier som utvärderar arbetsterapeutiska interventioner i MMR för patienter med långvarig smärta. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka och jämföra patienters upplevelse av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering i specialistvård respektive primärvård. **Metod:** En egenkonstruerad enkät användes som kvantitativ datainsamlingsmetod och analyserades genom deskriptiv statistik. Textinnehåll från en öppen enkätfråga bearbetades med manifest innehållsanalys. En jämförelse av ordinaldata från enkätsvar mellan de två patientgrupperna utfördes genom icke-parametrisk analys med Mann-Whitney U test. **Resultat:** Övervägande positiva upplevelser framkom, högst skattade patienterna samarbetet med arbetsterapeuten och lägst skattades interventionernas bidrag till bättre sömn. Patienterna i specialistklinik skattade generellt mer positivt. Signifikanta skillnader framkom. **Slutsats:** Upplevelsen av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering är huvudsakligen positiv. De arbetsterapeutiska interventionerna inom primärvården kan utvecklas ytterligare.

Nyckelord: Långvarig smärta, arbetsterapi, multidisciplinär behandling, smärtrehabilitering

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



**LUND UNIVERSITY**  
Faculty of Medicine  
Occupational Therapy Programme

May 2016

## Patients' experience of occupational therapy interventions in multimodal pain rehabilitation in specialist and primary care

Tove Ihre

**Background:** Many people are living with chronic pain. Multimodal pain rehabilitation programme (MMR) have been developed to treat patients with complex pain problems. Occupational therapy interventions focus on approaches and strategies that enable an active life, despite the pain. Research that evaluates occupational therapy interventions in MMR for patients with chronic pain is missing. **Objective:** The objective was to investigate and compare the patient's experiences of occupational therapy interventions in multimodal pain rehabilitation programme among primary care and specialist care. **Method:** A self-designed questionnaire was used as quantitative data collection method and the answers were analyzed by descriptive statistics. Text content from an open survey question was processed with manifest content analysis. A comparison of ordinal data between the two patient groups was performed by non-parametric analysis with the Mann-Whitney U test. **Result:** Mostly positive experiences emerged. The interaction with the occupational therapist was estimated mostly positive and least positive was the contribution to better sleep. The patients in specialist care estimated generally more positive. Significant differences emerged. **Conclusion:** The experiences of the occupational therapy interventions in multimodal pain rehabilitation programme are mostly positive. In primary care the occupational therapy interventions can be further developed.

Keywords: Chronic pain, Occupational Therapy, Multidisciplinary treatment, Pain rehabilitation

Bachelor thesis  
Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157,  
S-221 00 Lund

## *TACK*

*Jag vill först och främst tacka alla respondenter som tagit sig tid att besvara enkäten och de arbetsterapeuter som ställt upp som mellanhand i studien.*

*Jag vill även rikta ett stort tack till min handledare Elisabeth Persson för ditt engagemang, stöd och vägledning!*

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
Bakgrund .....	1
<b>Långvarig smärta</b> .....	1
<i>Långvarig smärta och aktivitet</i> .....	2
<b>Multimodal smärtrehabilitering</b> .....	2
<i>Olika vårdnivåer i multimodal rehabilitering</i> .....	3
<b>Arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering</b> .....	4
<b>Teoretisk referensram - Model of Human Occupation</b> .....	4
<b>Problematisering</b> .....	5
Syfte .....	6
<b>Frågeställningar</b> .....	6
Metod .....	6
<b>Design</b> .....	6
<b>Urval</b> .....	7
<b>Datainsamling</b> .....	8
<b>Procedur</b> .....	9
<b>Dataanalys</b> .....	10
<b>Etiska överväganden</b> .....	11
Resultat .....	12
<b>Beskrivning av kategorier i den kvalitativa analysen</b> .....	12
<b>Beskrivning av kvantitativa resultat med citat från den kvalitativa analysen</b> .....	13
<b>Beskrivning av enkätfrågor med signifikanta skillnader och likheter</b> .....	17
Diskussion .....	19
<b>Resultatdiskussion</b> .....	19
<i>Vikten av bra bemötande</i> .....	19
<i>Aktivitetsstrategier och hjälpmedel i dagliga aktiviteter</i> .....	20
<i>Aktivitetsbalans</i> .....	20
<i>Sömn</i> .....	21
<i>Jämförelse mellan MMR1 och MMR2</i> .....	21
<i>Frågor med signifikanta skillnader och högt internt bortfall</i> .....	22

<b>Metoddiskussion</b> .....	24
<b>Slutsats</b> .....	27
Referenslista .....	28
Bilaga 1 .....	31

## Introduktion

Av den svenska och europeiska befolkningen beräknas ca 20 % ha svår långvarig smärta (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Långvarig smärta är en av de vanligaste orsakerna till varför patienter söker vård inom primärvården och utgör en stor del av långvariga sjukskrivningar vilket orsakar stora samhällskostnader. Även om det är ett vanligt problem har både vårdgivare och patienter uttryckt frustration över situationen. Många patienter har upplevt att omhändertagandet i vården har varit otillfredsställande (Bergman, 2006). Tidigare studier visar att denna patientgrupp inte alltid är nöjd med erhållen smärtrehabilitering. En anledning kan vara att patienten och vårdgivaren har olika förväntningar på behandlingen (Jos, 2004). För att behandla patienter med större komplexa behov har multimodal rehabilitering (MMR) utvecklats där arbetsterapi är en del av programmet. Arbetsterapeutens roll i MMR är utöver bedömningar även att tillämpa arbetsterapeutiska interventioner med fokus på aktivitetsträning och aktivitetsstrategier för att kompensera, utveckla eller bibehålla aktiviteter som är meningsfulla för patienten. Fokus ligger även på ergonomisk tillämpning i aktivitet och att finna balans mellan aktivitet och vila (Sveriges kommuner och Landsting [SKL], 2013). Idag bedrivs MMR både inom specialistvård och primärvård. Avsikten med denna studie är att ta reda på och jämföra hur patienter upplever multimodal smärtrehabilitering inom respektive vårdnivå, med fokus på de arbetsterapeutiska interventionerna.

## Bakgrund

### Långvarig smärta

Definitionen av smärta enligt International Association for the Study of Pain (IASP) är ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada” (SBU, 2010). Det finns fyra huvudtyper av smärta; *nociceptiv smärta* som uppstår genom aktivering av nociceptorer, *neuropatisk smärta* som uppstår som en direkt konsekvens av en skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet, *psykogen smärta* som orsakas av psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa och *smärta av oklar orsak* som inte har någon känd neurobiologisk orsak (Lundeberg, 2010). När smärtan är ihållande eller periodvis återkommande och varar mer än tre månader räknas

den som långvarig (NMI, 2011). Upplevelsen av smärta är alltid subjektiv och kan därför aldrig bli ifrågasatt även om orsaken till dess uppkomst ibland är okänd (Mårtensson, Marklund & Fridlund, 1999). Orsaken till långvarig smärta är oftast mångfacetterad och ett resultat av interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Robinson, Kennedy & Harmon, 2011).

### *Långvarig smärta och aktivitet*

Långvarig smärta kan innebära stor inverkan på en individs subjektiva hälsa och livskvalitet och kan få betydande konsekvenser för vardagsliv, lönearbete, hemarbete, familj, psykiskt välbefinnande och självkänsla (Bergman, 2006; NMI, 2011). Smärtan kan inverka på individens möjlighet att utföra dagliga aktiviteter och kan även leda till att individen förändrar sitt beteende och sociala liv. Smärtan kan ta överhand och individen kan då bli mer passiv och överge eller undvika dagliga aktiviteter liksom tidigare goda vanor och sociala kontakter (Mårtensson, et al., 1999; Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002). Enligt en studie av Persson, Lexell, Rivano-Fischer och Eklund (2013) är hushållsarbete, lönearbete, sömn och sittande de aktiviteter som smärtpatienter anser vara mest problematiska. Van Huet, Innes och Whiteford (2009) uppger även att smärtpatienter ofta upplever problem med att organisera sin tid och att uppnå aktivitetsbalans i vardagen.

### **Multimodal smärtrehabilitering**

För att behandla smärta på bästa sätt bör smärtbehandling samordnas så att olika dimensioner av problemet möts vilket kan göras genom multimodal smärtrehabilitering (Bergman, 2006). Denna rehabiliteringsform används vid förhållandevis stora och komplexa behov och syftar till att lindra smärtupplevelsen, öka den allmänna funktionsförmågan samt öka aktivitetsförmåga och arbetsförmåga för personer i yrkesverksam ålder. Studier visar att det finns vetenskapligt stöd för att multimodala rehabiliteringsinsatser minskar tiden som patienter är sjuk-skrivna och i större omfattning leder till återgång till arbete (Norlund, Ropponen och Alexanderson (2009). En indikation för deltagande i MMR är att smärtan och dess konsekvenser i hög grad påverkar patientens dagliga liv med avseende på symtom, interaktion med andra, aktivitetsförmåga och delaktighet i livet. Tidigare utfördes MMR huvudsakligen inom den sjukhusanslutna specialistvården (MMR 2) i de flesta landsting, men allt fler multimodala team byggs upp som en mindre intensiv och komplex variant även inom primärvården (MMR 1) (Nationella Medicinska Indikationer [NMI], 2011). Att initiera teambaserad verksamhet i



primärvården för bedömning och rehabilitering av smärtpatienter kan dock enligt Hällgren och Fahlström (2011) vara svårt eftersom det finns andra arbetsuppgifter som behöver prioriteras då verksamheten inte är planerad för teambaserad rehabilitering. En stor satsning har dock gjorts efter att MMR visat sig vara den mest effektiva arbetsformen vid rehabilitering av långvarig smärta enligt utredning gjord av SBU (2010).

Rehabiliteringen utgår från en *biopsykosocial modell* vilken bildar basen för modern diagnostik, behandling och rehabilitering vid långvariga smärtor. Denna modell inkluderar somatiska, psykologiska, sociala, omgivnings och personlighetsmässiga aspekter (SBU, 2010). Det är först när specialister med olika kompetens arbetar med en och samma individ som en *helhetsyn* på människan uppnås, vilket är av stor vikt i vården av smärtpatienter (Brattberg, 1995). Professionerna arbetar i ett fast team under en bestämd tid och patienten är en del av teamet. Åtgärderna riktas mot gemensamt uppsatta mål som definierats tillsammans med patienten och patienten deltar aktivt i utformandet av sin rehabiliteringsplan (SBU, 2006). Patientens aktiva deltagande är grunden i behandlingen vilket kräver motivation och potential att genomföra ett aktivt förändringsarbete och därigenom bryta tidigare negativa hanteringsmönster (NMI, 2011). Det krävs struktur i behandlingen för att involvera patienten i sin rehabiliteringsprocess, öka egenansvaret och förhindra att individen intar en passiv roll (Mårtensson & Dahlin-Ivanoff, 2006). Patienten ska ges möjlighet att förstå och hantera smärtan på bästa sätt, samt fokusera på hälsa snarare än sjukdom (Mårtensson et al., 1999). Rehabilitering är ofta en långvarig process för individen. Målsättningen är inte att bli smärtfri utan snarare att utveckla en bättre förmåga att hantera smärtan och på det sättet kunna leva ett aktivt liv. Detta i sin tur kan bidra till högre livskvalitet (SBU, 2006).

#### *Olika vårdnivåer i multimodal rehabilitering*

De flesta patienter med långvarig smärta behandlas i primärvården, men vid en mer komplex problematik kan det finnas behov av bedömning och rehabilitering vid specialistklinik (Hällgren & Fahlström, 2011). Primärvårdens rehabiliteringsteam omfattar vanligtvis läkare, sjukgymnast och kurator och vid behov arbetsterapeut och psykolog. På smärtkliniker finns mer specialiserade team oftast bestående av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och sjuksköterska. Desto mer komplex smärtproblematik patienten har ju större krav på bred kompetens ställs på rehabiliteringsteamet. Detta har lett till en gradering av multimodal reha-

bilitering i två nivåer; MMR 1 och MMR 2. Vanligtvis erbjuds MMR 1 inom primärvården och MMR 2 inom den sjukhusanslutna specialistvården (SBU, 2006).

### **Arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering**

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) delar in faktorerna som påverkar hälsa i funktionsnivå respektive aktivitet och delaktighetsnivå (World Health Organization [WHO], 2008). Eftersom personer med långvarig smärta ofta har problem på aktivitets- och delaktighetsnivå och funktionsnedsättningen, smärta, inte är påverkbar så är aktivitet och delaktighet enligt Persson et al. (2013) de komponenter som är mest relevanta att fokusera på under ett smärthanteringsprogram. Arbetsterapeutens roll i teamet är att stödja och vägleda patienten så att aktiviteter kan utföras på ett, för individen tillfredsställande sätt, att önskade och nödvändiga aktiviteter kan bibehållas och att individen kan vara delaktig i personliga och sociala sammanhang (SKL, 2013). Genom pedagogiska interventioner kan arbetsterapeuten även öka patientens kunskap och motivation att utföra dagliga aktiviteter och minska rädslan att utföra dem på grund av smärta. Aktivitetsutföranden kan främjas genom rehabiliterande interventioner såsom tempohållning, energibesparande arbetsätt och avspändhet (SKL, 2013). Enligt Strong et al. (2002) kan arbetsterapeuten möjliggöra för individen att fortsätta utföra meningsfulla aktiviteter. Genom att stötta individen att upprätta fungerande vanor och rutiner i vardagen kan ett nytt aktivitetsmönster utvecklas med en rimlig aktivitetsnivå och tid för pauser och vila. Brattberg (1995) betonar vikten av att individen lyssnar till kroppens signaler och hittar sina gränser i aktivitetsutförandet för att kunna undvika smärttoppar och finna aktivitetsbalans i vardagen. Målet med de arbetsterapeutiska interventionerna är att patienten ska utveckla och använda förhållningssätt och strategier som gör det möjligt att leva ett aktivt liv efter de behov och önskemål individen har, trots sin smärta (SKL, 2013). Förutom att tillämpa rätt interventioner till rätt patient menar även Oosterhof, Dekker, Sloots, Bartels och Dekker (2014) att interaktionen mellan patient och vårdgivare är av stor betydelse för att ett positivt behandlingsresultat ska kunna uppnås.

### **Teoretisk referensram - Model of Human Occupation**

Den generella praxismodellen Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2012) är en arbetsterapeutisk modell med fokus på mänsklig aktivitet. Modellen ger ett stöd för arbetsterapeutisk yrkesutövning som är aktivitetsfokuserad, klientcentrerad och evidensbaserad. Den beskriver det dynamiska sambandet mellan person, miljö och aktivitetsutförande där

människan består av de tre relaterade komponenterna viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet. Alla aspekter av människan liksom all aktivitet har enligt modellen inverkan av den miljö som individen befinner sig i. Modellen omfattar tre områden: hur aktiviteter motiveras och organiseras i vardagliga aktivitetsmönster i specifik miljö, hur människan hanterar förändringar (exempelvis skador som resulterar i problem att utföra aktiviteter) och hur arbetsterapi kan hjälpa människor att utföra och vara delaktiga i aktiviteter.

Enligt MOHO inbegriper framgångsrik arbetsterapi ofta en kombination av terapeutiska strategier för att förbättra eller återställa en individs förmågor. Faktorer såsom värderingar, intressena, uppfattning om den egna förmågan, roller, vanor, utförandekapacitet och miljö bidrar till en individs aktivitetsdynamik. Dessa faktorer ska beaktas under behandlingen för att se klientens helhetssituation och för att uppnå ett optimalt behandlingsresultat. De faktorer som individen anser viktigast ska prioriteras och arbetsterapeuten bör hjälpa sin klient att förstå hur olika faktorer kan påverka aktivitetsutförandet. För att skapa ett nytt positivt mönster i klientens aktivitetsliv och upprätthålla aktiviteter i en stödjande miljö bör arbetsterapeuten uppmuntra klienten att ägna sig åt nya former av görande, tänkande och kännande som kan omorganisera viljekraft, vanebildning, utförandekapacitet och miljö till en ny positiv dynamik. Denna process fortsätter även efter att behandlingen är avslutad (Kielhofner, 2012).

### **Problematisering**

Mårtensson et al. (1999) menar att det finns många studier på effektiviteten av multidisciplinära behandlingsprogram på smärtkliniker som visar att multidisciplinär behandling ger positiva resultat för patienter med långvarig smärta. En studie av Rydstad, Schult och Löfgren (2010) indikerar att patienter efter genomgången smärthanteringsprogram vid specialistklinik insåg att det finns sätt att kontrollera sin smärta, återuppta dagliga aktiviteter och återvända till arbete. Ett år efter programmet hade de börjat acceptera sin situation och återupptagit sina dagliga aktiviteter samt livsroller. Mårtensson et al. (1999) påpekar dock att primärvårdens ansvar för rehabilitering har ökat och idag har de ett grundläggande ansvar för patienter med utdragen smärtproblematik, därav efterfrågar de mer forskning på effektiviteten av smärthanteringsprogram inom primärvården. Liksom van Huet, Innes och Stancliffe (2013) efterlyser de även fler studier som specifikt utvärderar arbetsterapeutiska interventioner i gruppbaseprogram för patienter med långvarig smärta. Då inte heller författaren till denna studie har hittat litteratur som utvärderar effekten av arbetsterapeutiska interventioner inom MMR i pri-

märvård, motiverar detta genomförandet av denna studie. En jämförelse mellan specialistvård och primärvård var också relevant för att ta reda på om patienternas upplevelser av de arbetsterapeutiska interventionerna skiljer sig åt mellan vårdnivåerna.

## Syfte

Syftet med studien var att undersöka och jämföra patienters upplevelse av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering i specialistvård respektive primärvård.

### Frågeställningar:

- Hur upplever patienter som genomgått MMR de arbetsterapeutiska interventionerna inom programmet?
- Vilka skillnader och likheter föreligger i upplevelsen av de arbetsterapeutiska interventionerna mellan patienter som genomgått MMR inom respektive vårdnivå?

## Metod

### Design

Studien genomfördes som en deskriptiv tvärsnittsstudie där en viss population beskrevs vid ett visst tillfälle (Kristensson, 2014). Detta för att kunna kartlägga och få en bild av hur verkligheten såg ut vid det tillfälle då studien utfördes. För att besvara studiens syfte användes en kvantitativ ansats där datainsamlingen genomfördes med hjälp av en egenkonstruerad enkät (Bilaga 1). Med en kvantitativ ansats kunde studien omfatta ett större urval och möjliggjorde jämförelser mellan patienternas upplevelser av arbetsterapeutiska interventioner inom MMR i specialistvård respektive primärvård. Studien hade även ett kvalitativt inslag då den sista enkätenfrågan inte hade fasta svarsalternativ. På detta sätt fick deltagarna möjlighet att ge en öppen redogörelse av sina upplevelser, med syftet att skapa en djupare förståelse (Kristensson, 2014).

## Urval

I studien användes bekvämlighetsurval som urvalsmetod vilket innebar att lättillgängliga individer valdes ut utifrån ett specifikt sammanhang vid en specifik tidpunkt (Kristensson, 2014). Metoden är användbar vid begränsade tids- och ekonomiska resurser (Hartman 1998). En totalundersökning på samtliga individer som genomgått och avslutat ett smärthanteringsprogram var ej möjlig att utföra inom ramen för denna kandidatuppsats. Urvalet för att uppnå syftet med studien bestod av patienter som genomgått och avslutat ett smärthanteringsprogram inom primärvård eller specialistklinik, där arbetsterapi varit en del av programmet. Inklusionskriterierna var desamma som för antagande till smärthanteringsprogrammet inom respektive verksamhet, det vill säga män och kvinnor diagnostiserade med långvarig icke-malign smärta och arbetsför ålder (18-65 år vid specialistklinik, 16-70 år inom primärvård). Deltagarna skulle även ha avslutat smärthanteringsprogrammet under det senaste året. Socio-demografisk data över undersökningsgruppen återges i Tabell 1.

Fyra specialistkliniker och sju vårdcentraler i södra Sverige kontaktades för förfrågan om deltagande i studien. En verksamhet inom varje vårdnivå kontaktades åt gången fram till att två verksamheter från vardera vårdnivå samtyckt till studien. Genom att rekrytera från flera enheter ökade sannolikheten att generera ett representativt urval, eftersom deltagarna kom från olika sammanhang (Kristensson, 2014). Två specialistkliniker och fem vårdcentraler avstod från att delta i studien på grund av tidsbrist, semestrar, sjukdom, föräldraledighet eller att verksamheten i nuläget inte bedrev MMR. Urvalet från två verksamheter från respektive vårdnivå antogs vara tillräckligt för att kunna uppnå trovärdiga slutsatser av studien. 37 patienter från specialistkliniker och 37 patienter från vårdcentraler erhöll skriftlig information och förfrågan om deltagande. Totalt besvarade 42 patienter enkäten varav 24 patienter från specialistkliniker och 18 patienter från vårdcentraler. Det externa bortfallet uppgick till 32 patienter, det inkluderade de individer som informerats om studien på utvald vårdenhetsmeny men som valde att inte delta. Som internt bortfall betraktades antalet patienter som svarade ”Vet ej/Ej aktuellt” på respektive enkätfråga med fast svarsalternativ. Det interna bortfallet på varje fråga varierade från som lägst noll och som högst 13, av totalt 42 patienter.

**Tabell 1** Sociodemografisk data över undersökningsgruppen (n = 42)

	Primärvård	Specialistklinik	Totalt
<b>Antal</b>	n = 18	n = 24	n = 42
<b>Ålder</b>			
Medelålder	53	43	48
SD	7,5	10,7	10,6
Min – max	34 - 68	22 - 66	22 - 68
<b>Kön</b>			
Man	4	3	7
Kvinna	14	21	35
<b>Boende</b>			
Lägenhet	7	9	16
Villa/radhus	11	11	22
Annat <sup>a</sup>	0	4	4
<b>Sysselsättning</b>			
Arbetar	9	6	15
Studerar	1	3	4
Sjukskriven	3	6	9
Annat <sup>b</sup>	5	9	14
<b>Ansvar för barn under 7 år och/eller sjuk äldre släkting</b>			
Ja	1	7	8
Nej	17	17	34

<sup>a</sup> Som annat boende har deltagarna uppgett gård (n = 3) och hästgård (n = 1).

<sup>b</sup> Som annan sysselsättning har deltagarna uppgett förtidspensionär (n = 1), pensionär (n = 2), arbetsprövar (n = 3), arbetslös (n = 4) samt arbete och deltids sjukskrivning (n = 4).

SD = Standardavvikelse

### Datinsamling

För datinsamling användes en egenkonstruerad enkät med totalt 26 frågor (Bilaga 1). Enkäten utformades utifrån syftet att fånga patienternas upplevelser av de arbetsterapeutiska interventionerna inom programmet. Frågorna konstruerades efter de komponenter i ICF (WHO, 2008) som berör arbetsterapi inom multimodal smärtrehabilitering, såsom aktivitet, delaktighet, personfaktorer och omgivningsfaktorer. Genom att täcka in alla delområden med frågor kunde en högre nivå av standardisering och strukturering uppnås (Patel & Davidson, 2011).

Även skriftlig information angående innehåll i smärthanteringsprogram låg som grund för frågornas utformning. Enkäten inleddes med sex neutrala bakgrundsfrågor om vårdinstans, kön, ålder, boende, nuvarande sysselsättning och ansvar över mindre barn och/eller sjuk äldre släkting. Därefter följde 20 frågor angående upplevelsen av de arbetsterapeutiska interventionerna i smärthanteringsprogrammet. Samtliga frågor förutom fråga 20 hade fasta svarsalternativ, individerna fick skatta på en ordinalskala bestående av sex skalsteg där 1 = I mycket låg grad, 2 = I låg grad, 3 = I ganska låg grad, 4 = I ganska hög grad, 5 = I hög grad och 6 = I mycket hög grad. Alternativet ” Vet ej/Ej aktuellt” fanns också att välja då interventionen exempelvis inte förekommit under programmet eller inte varit aktuell för individen. Fasta svarsalternativ användes för att uppnå en hög grad av standardisering och strukturering och gav möjligheten att göra en kvantitativ analys (Patel & Davidson, 2011). Genom att använda ett jämnt antal svarsalternativ behövde individerna ta ställning till att skatta ett positivt eller negativt svar (Ejlertsson, 2014). Fråga 20 var en öppen fråga där patienterna med egna ord kunde beskriva sina upplevelser av smärthanteringsprogrammet. Detta ger enligt Patel och Davidson (2011) individen möjlighet att lägga till sådant som upplevs som betydelsefullt.

För att kontrollera kvalitén på enkäten utfördes en pilotstudie. Vid användande av enkät som datainsamlingsmetod är det enligt Olsson och Sörensen (2007) svårt att kontrollera tillförlitligheten i förväg. Att utföra en pilotstudie ger dock möjlighet att se om individerna uppfattar enkäten som man tänkt sig. Under pilotstudien prövades enkäten av sex personer utvalda av författaren. Deltagarna hade olika bakgrund och ingick i författarens sociala nätverk. De fick enkäten via mail och hade tre dagar på sig att återkomma med synpunkter. Då deltagarna återkopplat till författaren justerades frågorna och svarsalternativen avseende innehåll och antal. Frågorna omformulerades och förtydligades med syfte att enkäten skulle fungera så bra som möjligt under datainsamlingen.

## **Procedur**

Inför datainsamling undersöktes vilka verksamheter som aktivt bedriver multimodal smärtehabilitering och där arbetsterapeut ingår i teamet. Arbetsterapeuter på de utvalda verksamheterna kontaktades via telefon för att fråga om intresse fanns att vara mellanhand i studien och om deltagande vore möjligt baserat på nuvarande arbetsbelastning och patienttillgång. Arbetsterapeuterna erhöll även informationsbrev och projektplan via mail och vid samtycke till studien kontaktades aktuell verksamhetschef. Verksamhetscheferna informerades om studien och

erhöll projektplan och informationsbrev med medgivandeblankett som vid godkännande skickades till författaren.

Inför datainsamlingen skickade författaren kuvert, informationsbrev, enkäter, frankerade svarskuvert och instruktioner till mellanhänder på tre av verksamheterna. Materialet skickades därefter ut av mellanhänderna till alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna inom deras verksamhet. Svarskuverten var kodade och aktuell mellanhänder uppförde en lista över deltagare och deras respektive kodnummer. Listan sparades till dess att påminnelser skickats ut. Då patienterna läst informationen och beslutat om de ville delta ombads de skicka tillbaka enkäten i bifogat svarskuvert inom en vecka. När svarskuverten anlände prickades varje kodnummer av. Direkt efter avprickning skildes enkät och svarskuvert åt och kuvertet kastades. På detta sätt kunde enkäten vara anonym, trots att den svarande var avprickad. Deltagaren fick därmed inte någon påminnelse hemskickad (Ejlertsson, 2014). De patienter som valde att inte delta kunde fylla i en ruta för detta i enkäten och skicka tillbaka den för att undvika påminnelse. Efter ca 1,5 vecka kontaktade författaren mellanhänderna och uppgav vilka kodnummer som svar sänkades från, mellanhänderna skickade då påminnelser och en ny uppsättning med enkät och svarskuvert till dessa patienter. Totalt skickades 30 påminnelser.

På den fjärde verksamheten fanns enbart möjlighet att dela ut informationsbrev till de patienter som besökte verksamheten för programavslut eller uppföljning, vilket utfördes av mellanhänder. Sju informationsbrev delades ut och patienterna ombads att själva ta kontakt med författaren om intresse fanns av att delta i studien och få enkäten hemskickad till sig. Inga påminnelser skickades ut till dessa deltagare.

### **Dataanalys**

Insamlad data matades in för analys i det statistiska analysprogrammet *IBM SPSS Statistics 22*. Deskriptiv statistik användes för att analysera svaren på frågorna och i siffror kunna ge en beskrivning av insamlad data på ordinalskalenivå utifrån median, min- och maxvärde (Patel & Davidson, 2011). För att jämföra ordinaldata mellan de två patientgrupperna i primärvård respektive specialistvård utfördes även icke-parametrisk analys med Mann-Whitney U test (Kristensson, 2014). Analysen resulterade i p-värden för varje fråga. Signifikansnivån sattes till  $p < 0.05$  vilket innebär att p-värden under 0.05 troligtvis inte beror på slumpen (ibid.).



Textinnehållet från den öppna enkätfrågan transkriberades och bearbetades med manifest innehållsanalys. Analysenheten lästes igenom för att skaffa en övergripande känsla av vad texten handlade om. Därefter identifierades och kodades meningsbärande enheter, relaterade till studiens syfte. Likheter och skillnader identifierades i koderna, de som hörde samman sammanfattades i en gemensam kategori. Kategoriseringen jämfördes och justerades med hjälp av handledare (Kristensson, 2014). I resultatredovisningen valdes relevanta meningsbärande enheter ut och illustrerades med citat i anslutning till de kvantitativa resultaten.

### **Etiska överväganden**

Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer för individskydds krav beaktades i studien, dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). I enlighet med *informationskravet* fick alla patienter information om studien i ett brev som skickades tillsammans med enkäten. Syftet med studien presenterades och de fick information om vad resultaten kunde förväntas bidra med. De informerades om att deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta studien när som helst utan att ange någon orsak. Patienterna informerades även om att deras beslut att delta, avböja eller avbryta studien inte skulle påverka deras kontakt med vårdgivaren. I enlighet med *samtyckeskravet* inhämtade forskaren samtycken från mellanhänder, verksamhetschefer och patienter. Enligt *konfidentialitetskravet* upprättades en kodlista av aktuell mellanhänder för att underlätta utskick av påminnelsebrev, författaren hade därmed inte tillgång till deltagarnas personuppgifter. Genom att skilja svarskuvert från enkät efter avprickning och kasta samtliga svarskuvert kunde författare eller obehöriga inte identifiera vem som lämnat enkätsvaren. Alla enkätsvar förvarades så att enbart författaren hade tillgång till dem, de behandlades så att inte obehöriga kunde ta del av dem och resultaten av studien redovisades så att enskilda individer inte kunde identifieras. För att uppfylla *nyttjandekravet* användes insamlad data enbart i arbetet med denna studie och förstördes då arbetet var avslutat.

Enkäten granskades av handledare och visades för mellanhänder och verksamhetschefer innan samtycke gavs att utföra studien. En kritisk etisk granskning rekommenderas till den som ska genomföra en enkätundersökning och som inte har så stor erfarenhet av metoden enligt Ejlertsson (2014). Det är även viktigt att värdera relationen mellan risk och nytta med den aktuella undersökningen. Risken att utföra en studie på denna urvalsgrupp kan vara att individens känsla av utsatthet förstärks, att individen upplever obehag vid besvarandet av enkätfrå-

gor och anser att frågorna gör intrång i den personliga integriteten. Vinsten med studien är ökad kunskap om hur individer med långvarig smärta upplever de arbetsterapeutiska interventioner de tagit del av under ett multimodalt smärthanteringsprogram. Då resultaten jämförs mellan vårdnivåerna ger det även en indikation på vilka interventioner som skulle kunna utvecklas och förbättras.

## Resultat

Totalt deltog 42 patienter i studien, varav 18 hade genomfört ett smärthanteringsprogram inom primärvård (PV) och 24 på specialistklinik (SK). Inga patienter från den fjärde verksamheten kontaktade författaren för deltagande i studien.

Inledningsvis presenteras en beskrivning av de kategorier som framkom i den kvalitativa analysen av den öppna enkätfrågan. Därefter presenteras resultat från den kvantitativa analysen genom ett urval av patienternas självskattade upplevelser av de arbetsterapeutiska interventioner som de tagit del av under smärthanteringsprogrammet. Resultaten kompletteras med citat från den kvalitativa analysen av den öppna enkätfrågan. Slutligen presenteras resultaten av de enkätfrågorna med signifikanta skillnader mellan patienterna i primärvård och specialistklinik. Alla deltagare svarade på samtliga enkätfrågor med fasta svarsalternativ.

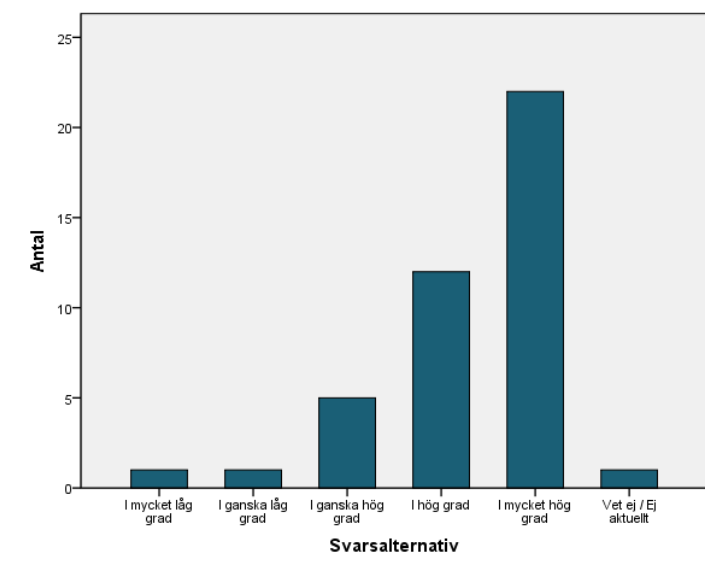
### **Beskrivning av kategorier i den kvalitativa analysen**

Den kvalitativa analysen resulterade i sju kategorier: Förutsättningar för MMR, behov av arbetsterapi i MMR, ny kunskap, förändringar, bemötande, omdöme av arbetsterapeutiska interventioner och arbetsterapeutiska interventioner som saknades. Kategorin ”Förutsättningar för MMR” inkluderar tidigare kunskaper, erfarenheter och mental inställning som inverkar på hur patienterna upplevde de arbetsterapeutiska interventionerna under smärthanteringsprogrammet. Exempel på detta var att en patient hade undersköterskeutbildning och därmed upplevde att interventioner gällande ergonomi och hjälpmedel inte var nya. Kategorin ”Behov av arbetsterapi i MMR” beskriver i vilken grad patienterna upplevde sitt behov av arbetsterapeutiska insatser under programmet. Exempelvis upplevde en patient att arbetsterapi varit viktig och en annan ansåg att behovet av fysioterapi var större. ”Ny kunskap” inkluderar de teoretiska och praktiska kunskaper som patienterna upplevde att de erhållit under programmet,

exempelvis övningar, prioriteringar av aktiviteter i vardagen och nya insikter. Kategorin ”Förändringar” inkluderar patienternas förändringar i sitt sätt att tänka och känna men även de förändringar som skett i patienternas aktivitetsmönster. Patienterna beskrev exempelvis att de är mindre oroliga för sin smärta, att de tog tag i sitt liv och att de vågar lita på sig själva igen. ”Bemötande” inkluderar patienternas upplevelse av arbetsterapeutens bemötande under smärthanteringsprogrammet. Här beskrev de till exempel att arbetsterapeuten varit förstående, delaktig, lyssnade och tog sig tid. Flera upplevde också att de blivit ”sedda” av arbetsterapeuten. ”Omdöme av arbetsterapeutiska interventioner” inkluderar patienternas generella åsikter om hur de upplevde programmet, exempel på kommentarer var ”positivt” och ”genomtänkt”. ”Arbetsterapeutiska interventioner som saknades” inkluderar de arbetsterapeutiska interventioner som patienterna saknade under programmet, exempelvis ergonomi, praktiska övningar, hygien och hjälpmedel inom arbetet.

### Beskrivning av kvantitativa resultat med citat från den kvalitativa analysen

Av de 19 enkätfrågorna med fasta svarsalternativ hade 18 av frågorna en median (Md) på fyra eller högre. Patienterna skattade Md = 6 på en fråga, Md = 5 på fem frågor, Md = 4 på 12 frågor och Md = 3 på en fråga. Den fråga som patienterna skattat mest positivt (Md = 6) var om samarbetet med arbetsterapeut fungerat bra under smärthanteringsprogrammet. Majoriteten av deltagarna (22 av 42 patienter) upplevde att samarbetet med arbetsterapeut fungerat bra ”i mycket hög grad” (figur 1).



**Figur 1** Resultat för fråga 2: ”Har samarbetet med arbetsterapeut fungerat bra under smärthanteringsprogrammet?”

I den kvalitativa analysen framkom också positiva resultat angående arbetsterapeutens bemötande under programmet. Två exempel på detta var:

*”Det har varit fantastiskt att få träffa experter som verkligen förstår, har känts som en riktig trygghet” (PV)*

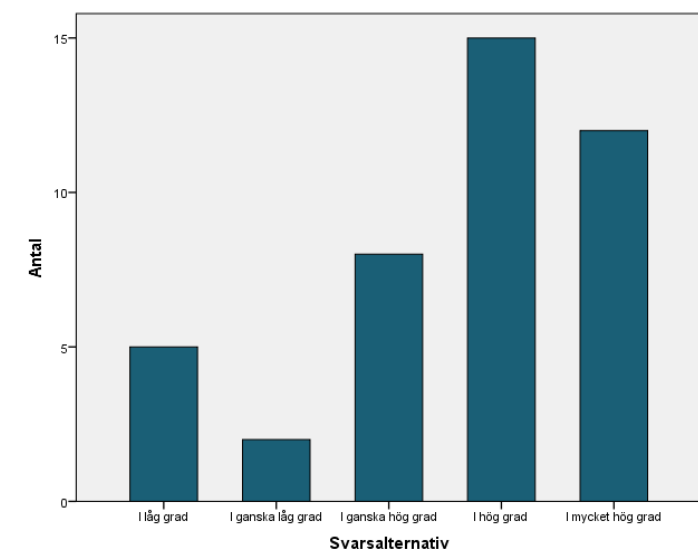
*”Underbar arbetsterapeut som verkligen såg mig!” (SK)*

En aspekt som dock framkom i den kvalitativa analysen och kan kopplas till samarbetet var att en av patienterna önskade mer tid tillsammans med arbetsterapeuten:

*”Vill gärna ha mer tid med arbetsterapeuten” (SK)*

Som figur 2 visar skattade 12 av 42 patienter att de ”i mycket hög grad” och 15 av 42 patienter att de ”i hög grad” (Md = 5) erhållit kunskap om hur de kan lyssna på kroppens signaler på smärta när de utför en aktivitet. Detta framgick även i den kvalitativa analysen där en patient beskrev det så här:

*”Smärtrehab gav en bra syn på vad som sker i kroppen och hur man kan hantera det” (SK)*



**Figur 2** Resultat för fråga 8: ”Har du fått kunskap om hur du kan lyssna på kroppens signaler på smärta när du utför en aktivitet?”

Tre andra områden som deltagarna skattade positivt (Md = 5) var på frågan ”Har du lärt dig alternativa sätt att utföra hushållsarbete på?” där 15 av 42 patienter skattade ”i mycket hög grad” och 13 av 42 patienter skattade ”i hög grad”. På frågan ”Har du fått tips om redskap/hjälpmiddel som kan underlätta för dig i din vardag?” skattade 33 av 42 patienter ”i ganska hög grad” eller högre och på frågan ”Har du fått ergonomiska råd (exempelvis arbetsställningar, kroppshållning, lyftteknik, ljud/ljus) som kan hjälpa dig att klara av din vardag på ett bättre sätt? skattade 16 av 42 patienter i mycket hög grad” i mycket hög grad” och 11 av 42 patienter ”i hög grad”.

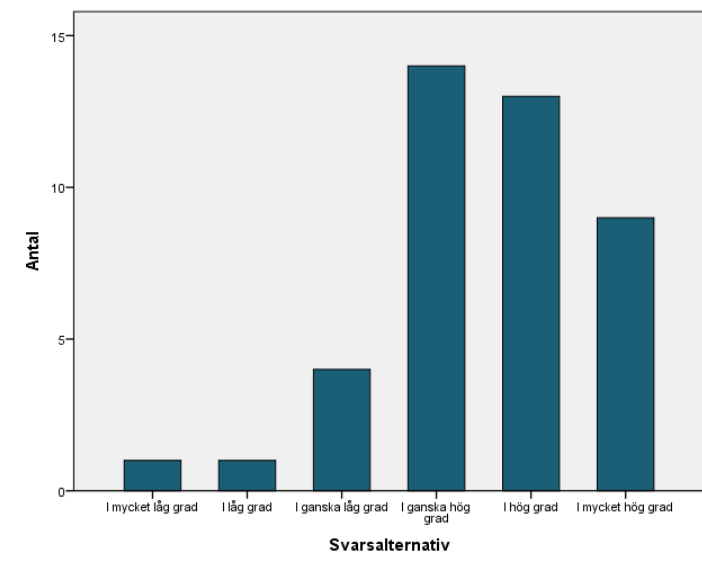
*”Man har fått en hel del tips och förståelse för saker och ting” (PV)*

Det framkom dock skillnader i den kvalitativa analysen mellan patienterna i primärvården i anknytning till dessa frågor. Några patienter efterfrågade praktiska övningar och andra påpekade att det var ganska bra med övningar och att övningarna även utfördes efter att programets avslutats. En patient önskade mer av ergonomi och rörelser i hemmet, samtidigt som en annan individ uppgav att kunskapen om ergonomi och hjälpmedel inte var ny på grund av att individen hade undersköterskeutbildning.

Deltagarna skattade även övervägande positivt (Md = 5) på frågan om de funnit bättre balans mellan aktivitet och vila i sin vardag (figur 3), 36 av 42 patienter skattade ”i ganska hög grad” eller högre. Deltagarna uppger i den öppna enkätfrågan att de lärt sig att prioritera mellan dagliga aktiviteter och att dagarna tack vare detta blivit mer jämna.

*”Bra med prioriteringar mellan olika aktiviteter i vardagen” (PV)*

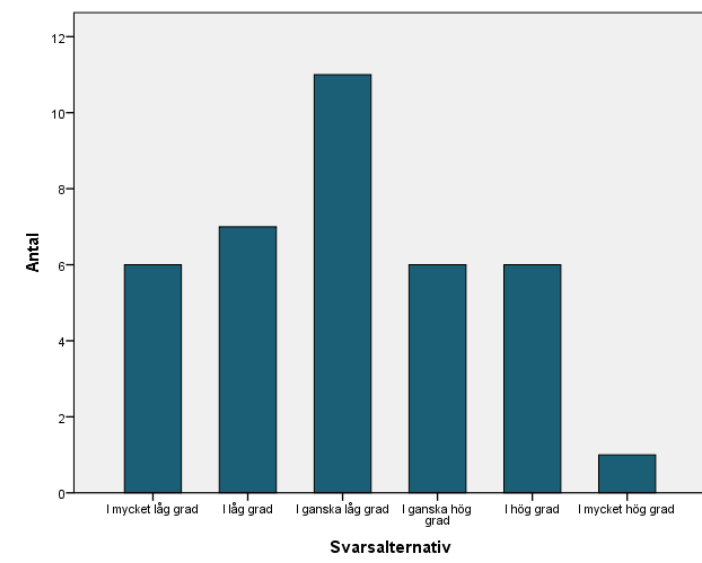
*”Prioriteringar så dagen ser ganska jämn ut” (PV)*



**Figur 3** Resultat för fråga 11: ”Har du funnit balans mellan aktivitet och vila i din vardag?”

Den fråga där deltagarna skattade lägst (Md = 3) var ”Har arbetsterapin bidragit till att du sover bättre på nätterna?” där 11 av 42 patienter skattade ”i ganska låg grad” och enbart en av 42 patienter skattade ”i mycket hög grad”, se figur 4. I den öppna frågan påpekade en patient att sömnen är ett bekymmer.

*”Jag personligen har väl mest haft problem med värk och sömn,  
inga rörelsehinder i ett vardagligt liv” (SK)*



**Figur 4** Resultat för fråga 12: “Har arbetsterapin bidragit till att du sover bättre på nätterna?”

Det interna bortfallet för samtliga deltagare var högst på frågorna "Känner du dig mer delaktig i arbete/utbildning/annan sysselsättning än innan du deltog i smärthanteringsprogrammet?" (n = 13), "Har du fått råd om hur du kan anpassa din hemmiljö för att underlätta dina dagliga aktiviteter?" (n = 12) och "Har du lärt dig alternativa sätt att utföra din personliga hygien på?" (n = 11).

*"Vill gärna ha fler råd angående hjälpmedel inom arbetet" (SK)*

### **Beskrivning av enkätfrågor med signifikanta skillnader och likheter**

På fem av frågorna framkom signifikanta skillnader ( $p < 0.05$ ) mellan patienterna i primärvård och specialistklinik. En beskrivning av dessa frågor framgår i tabell 2. Patienter i specialistvården skattade högre angående sina upplevelser av de arbetsterapeutiska interventionerna inom multimodal smärtherehabilitering på samtliga frågor utom tre, där patienterna från primärvård och specialistvård skattade lika högt. De frågor där patienterna skattade lika högt var "Kan du idag lättare umgås med andra människor?" (Md = 4), "Kan du idag delta i dina fritidsintressen på ett mer tillfredsställande sätt?" (Md 4) och "Har arbetsterapin bidragit till att du sover bättre på nätterna?" (Md = 3). Några av patienterna inom specialistvården beskrev sin upplevelse av arbetsterapin i smärthanteringsprogrammet så här:

*"Allt var bara så bra" (SK)*

*"Alla eller många bitar föll på plats" (SK)*

Deltagare från specialistklinikerna uppgav även att de såg smärthanteringsprogrammet som en nystart och påpekade att programmet hade kommit när individen kände sig redo. De uppgav också att det krävdes motivation för att kunna tillgodose sig programmet. Deltagare från primärvården uttryckte också positiva kommentarer såsom:

*"Jag tyckte mycket om programmet" (PV)*

*"För mig var MMS ett riktigt lyft" (PV)*

Det interna bortfallet för patienterna i primärvården var högst på frågan ”Har du fått råd om hur du kan anpassa din hemmiljö för att underlätta dina dagliga aktiviteter?” (n = 7) och det högsta interna bortfallet för patienterna på specialistklinikerna var på frågan “Har du lärt dig alternativa sätt att utföra din personliga hygien på?” (n = 8), se tabell 2. Även i den kvalitativa analysen framkom att denna fråga varit svår att ta ställning till.

*”Vill gärna ha fler råd angående hygien” (SK)*

**Tabell 2** Resultat för de enkätfrågor med signifikanta skillnader mellan patienterna i primärvård och specialistvård

Fråga	Verksamhet	Resultat		
		Median	Min-Max	p-värde
Har samarbetet med arbetsterapeut fungerat bra under smärthanteringsprogrammet?	PV (n = 18)	5	1-6	0.004
	SK (n = 23)	6	5-6	
Har du lärt dig alternativa sätt att utföra din personliga hygien på?	PV (n = 15)	3	1-5	0.010
	SK (n = 16)	5	1-6	
Känner du dig mer delaktig i arbete/utbildning/annan sysselsättning än innan du deltog i smärthanteringsprogrammet?	PV (n = 12)	3	1-5	0.049
	SK (n = 17)	4	2-6	
Har du fått råd om hur du kan anpassa din hemmiljö för att underlätta dina dagliga aktiviteter?	PV (n = 11)	3	1-5	0.008
	SK (n = 19)	5	3-6	
Har du fått ergonomiska råd (exempelvis arbetsställningar, kroppshållning, lyfteknik, ljud/ljus) som kan hjälpa dig att klara av din vardag på ett bättre sätt?	PV (n = 18)	4	1-5	0.000
	SK (n = 23)	6	3-6	

PV = Primärvård  
SK = Specialistklinik



## Diskussion

### Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka och jämföra upplevelsen av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering i primärvård respektive specialistvård hos patienter med långvarig smärta. Resultaten i studien visade att upplevelsen av de arbetsterapeutiska interventionerna var övervägande positiv. I 18 av 19 enkätfrågor med fasta svarsalternativ svarade patienterna så att medianen blev fyra eller mer (av svarspoäng 1= sämst till 6=bäst). Några av resultaten utmärkte sig både mot mer positiva och mot mer negativa svar. Jämförelser visade att patienterna från specialistklinik generellt skattade mer positivt än vad patienterna från primärvården gjorde, utom på tre av frågorna där de skattade lika högt. Signifikanta skillnader förekom på fem av frågorna. Resultaten stärker tidigare studier som i flera fall visar att multidisciplinär behandling på smärtkliniker ger positiva resultat för patienter med långvarig smärta (Mårtensson et al., 1999). Det överensstämmer även med statistik från NRS (SKL, 2015) där patienter rapporterat att smärtupplevelsen minskar efter rehabilitering och förmågan att hantera livssituationen i stort ökar efter en rehabiliteringsperiod. För primärvården tyder studiens resultat på att de satsningar som gjorts på multimodal rehabilitering av smärtpatienter har gett ett positivt utfall. De arbetsterapeutiska interventionerna skulle dock kunna utvecklas ytterligare för att behandlingen ska upplevas lika positivt som inom specialistvården.

#### *Vikten av bra bemötande*

Samarbetet med arbetsterapeuten i programmet var den fråga som besvarades mest positivt. Bemötande är en viktig faktor för en god patientallians, särskilt eftersom många patienter med långvarig smärta har en påfrestande och komplex livssituation (SKL, 2015) och ofta känner sig kränkta och misstrodda i sina kontakter med både vården och samhället (Newton, Southall, Raphael, Ashford & LeMarchand, 2013). Vikten av ett bra bemötande beskrivs även i MOHO där ett klientcentrerat arbetssätt är kärnan i samarbetet mellan arbetsterapeut och klient (Kielhofner, 2012). Resultaten i denna studie bekräftar att en god interaktion mellan patient och vårdgivare upplevts av patienterna. Detta är viktigt för att ett positivt behandlingsresultat ska kunna uppnås enligt Oosterhof et al. (2014). För att uppnå ett optimalt behandlingsresultat menar även Kielhofner (2012) att arbetsterapeuten måste se till individens helhetssituation, beakta alla faktorer som bidrar till individens aktivitetsdynamik under behandlingen och prioritera de faktorer som individen anser viktigast. De resultat som framkommit i studien

tyder på att arbetsterapeuterna haft en god behandlingsallians och överlag har arbetat klientcentrerat, lyssnat till patienten och visat förståelse.

#### *Aktivitetsstrategier och hjälpmedel i dagliga aktiviteter*

De tre frågor som deltagarna också skattade positivt var ”Har du lärt dig alternativa sätt att utföra hushållsarbete på?” ”Har du fått tips om redskap/hjälpmedel som kan underlätta för dig i din vardag?” och ”Har du fått ergonomiska råd (exempelvis arbetsställningar, kroppshållning, lyftteknik, ljud/ljus) som kan hjälpa dig att klara av din vardag på ett bättre sätt? Positiva resultat på dessa enkätfrågor bekräftas av Kielhofner (2012) som menar att arbetsterapeuten genom att uppmuntra till nya former av görande, tänkande och kännande kan hjälpa patienten att upprätthålla dagliga aktiviteter. Genom pedagogiska åtgärder både enskilt och i grupp kan patienternas kunskap om faktorer som främjar eller hindrar aktivitet öka. Pedagogiska åtgärder är en viktig del av arbetsterapeutens arbetsuppgifter enligt SKL (2013). Arbetsterapeuten ska även medvetandegöra olika förhållningssätt och strategier som ökar patientens motivation och förmåga till att utföra dagliga aktiviteter. Patienterna har dock olika förutsättningar och behov då de påbörjar smärthanteringsprogrammet vilket visades i den kvalitativa analysen. Inom primärvården efterfrågade en av deltagarna praktiska övningar samtidigt som en annan påpekade att det var ganska bra med övningar. En patient önskade mer ergonomi och kunskap om rörelser i hemmet, samtidigt som en av deltagarna uppgav att det inte var så mycket nytt om ergonomi och hjälpmedel. Detta belyser vikten av att tillämpa rätt interventioner till rätt patient vilket också Oosterhof et al. (2014) påpekar som en framgångsfaktor i rehabiliteringsprocessen.

#### *Aktivitetsbalans*

Frågan om deltagarna funnit bättre balans mellan aktivitet och vila i sin vardag besvarades också positivt. Deltagarna uppger i den öppna enkätfrågan att de lärt sig att prioritera mellan dagliga aktiviteter. Genom att prioritera bland sina aktiviteter har också ett jämnare aktivitetsmönster i vardagen kunnat uppnås. Enligt van Huet et al. (2009) kan det vara ett problem att organisera tiden och uppnå aktivitetsbalans för smärtpatienter. Resultaten tyder dock på att individen genom att prioritera mellan sina dagliga aktiviteter kunnat skapa ett nytt aktivitetsmönster med nya vanor och rutiner och har på så sätt uppnått bättre balans i sin vardag. I MOHO framhålls att vanor spelar en särskilt viktig roll för individer med funktionsnedsättning. Vanor strukturerar hur vi utnyttjar vår utförandekapacitet under aktiviteter i den omgi-

vande miljön och kan antingen förstärka funktionsnedsättningen eller kompensera för svårigheter på ett effektivt sätt (Kielhofner, 2012). För att finna bättre aktivitetsbalans är det även viktigt att individen lyssnar till kroppens signaler och hittar sina gränser i utförandet av aktiviteter (Brattberg, 1995). Då deltagarna skattat positivt på frågan om de fått kunskap om hur de kan lyssna på kroppens signaler på smärta när de utför en aktivitet, bekräftar även det att de genom att tillämpa den kunskapen kunnat uppnå en bättre aktivitetsbalans i sin vardag.

### *Sömn*

Det område som patienterna skattat minst positivt var huruvida arbetsterapin bidragit till bättre sömn på nätterna. Detta överensstämmer inte med resultat från studien av Mårtensson et al. (1999) där arbetsterapeutiska interventioner inom smärthanteringsprogram hade en positiv effekt på sömnen. Sömn är ett av de områden som smärtpatienter enligt Persson et al. (2013) anser vara mest problematiskt. Enligt SKL (2013) framgår inte att sömn är en del av arbetsterapeutens arbetsuppgifter i MMR-program. Persson et al. (2013) menar dock att rehabilitering indirekt kan påverka sömnen och de framhåller att sömnråd ofta ges under smärtherehabilitering. Strategier som bidrar till struktur och rutiner i dagliga aktiviteter kan bidra till bättre sömn (van Huet et al., 2013). Även om patienterna skattade lägre på denna fråga skulle det därmed kunna antas att individer som upplever sömnproblem på sikt kan ha bättre förutsättningar till god sömn genom att fokusera på att uppnå bättre aktivitetsbalans i vardagen.

### *Jämförelse mellan MMRI och MMR2*

Vid jämförelse av resultaten från primärvård respektive specialistklinik framkom att patienterna från specialistklinik överlag skattade högre i sin upplevelse av de arbetsterapeutiska interventionerna inom multimodal smärtherehabilitering, förutom på tre av frågorna där patienterna på de olika verksamheterna skattade lika högt. En förklaring till att resultaten skiljer sig åt kan vara arbetsterapeuternas krav på kompetens och arbetsuppgifter, som ser något olika ut i primärvård och specialistvård (SKL, 2013). Arbetsterapeuter på specialistklinik kan därför antas vara mer specialiserade och ha mer smärtspecifik kunskap. Inom primärvården bedrivs MMR av team som ofta även arbetar med annat än enbart smärta. Enligt NRS bör resultat av genomgången smärthanteringsprogram vägas mot den svårighetsgrad av smärtproblematik patienterna har. Verksamheter där patienterna har en lägre svårighetsgrad, beroende av exempelvis verksamheternas strategier för urval eller patienternas karakteristiska, förväntas få högre resultat än de verksamheter som rehabiliterar patienter med en högre grad av smärtpro-

blematik (SKL, 2015). Detta går dock inte att dra någon slutsats av i denna studie eftersom det inte finns ett utgångsläge innan programstart att jämföra med, vilket kan ses som en brist.

Vidare uppges i NRS (SKL, 2015) att de flesta remisser till specialistklinikerna (ca 68% - 70%) skickas från primärvården. Väntetider kan variera kraftigt mellan olika specialistenheter, liksom tidsangivelse för patienternas smärtdebut. Specialistklinikerna har även en medveten urvalsprocess som innebär att patienter som blir erbjudna smärtherehabilitering bedöms kunna tillgodose sig denna insats. Detta kan tänkas vara bidragande faktorer till att patienterna från specialistklinikerna generellt skattar högre på enkätfrågorna än patienterna från primärvården. En individ som levt länge med smärta, haft många vårdkontakter och väntat länge på att bli antagen till smärthanteringsprogrammet kan eventuellt ha högre motivation och ett större engagemang i programmet vilket kan bidra till att individen tillgodogör sig programmet på ett bättre sätt. Resultat från den kvalitativa analysen i studien bekräftar resonemanget eftersom några av deltagarna uttryckte att kursen kom när personen kände sig redo och att motivation var grundläggande för att kunna tillgodose sig kunskaperna på programmet.

#### *Frågor med signifikanta skillnader och högt internt bortfall*

På fem av frågorna framkom signifikanta skillnader i analyserna mellan patienter på primärvård respektive specialistklinik. På tre av dessa frågor, vilka diskuteras nedan, var det interna bortfallet för samtliga deltagare högst.

Den första frågan handlade om individen känner sig mer delaktig i arbete/utbildning/annan sysselsättning än innan deltagande i smärthanteringsprogrammet. På denna fråga var det 13 patienter som svarade "Vet ej/Ej aktuellt", högst var bortfallet inom specialistklinikerna. En anledning till det interna bortfallet skulle kunna vara att en av deltagarna från specialistklinikerna uppgav att det saknats information om hjälpmedel inom arbetet. Av den anledningen kanske individen inte kunnat återgå till sitt arbete. Frågan kan ha varit svår för deltagarna att svara på beroende på vad individen har för huvudsaklig sysselsättning, hur lång tid efter programavslut individen besvarade enkäten och om det hunnit bli aktuellt med återgång till arbete, studier eller annan sysselsättning. De sociodemografiska bakgrundsfrågorna visade att en större andel (50%) av patienterna inom primärvården arbetade än inom specialistklinikerna där enbart 25% arbetade. Anledningen till att en lägre andel av deltagarna från specialistklinikerna arbetar kan även bero på smärthanteringsprogrammets intensitet. I primärvården ges en

större möjlighet att arbeta samtidigt eftersom programmet inte är lika intensivt. Enligt NRS årsrapports beskrivning av patienter som avslutat smärthanteringsprogram 2014 uppger dock 81% av patienterna att arbetet har stor eller mycket stor betydelse utöver betydelse som inkomstkälla. I rapporten framkommer även att 63% av patienterna tror att det kommer att bli svårt att återgå till arbete/studier eller utöka arbetstiden (SKL, 2015). Ett fokus vid MMR inom specialistklinik är att de patienter som är i arbetsför ålder ska kunna återgå till sitt arbete. Det är arbetsterapeutens uppgift att utreda och analysera aktivitetsutförandets betydelse för patienternas hälsa och att arbeta mot individernas uppsatta mål kring arbete/studier eller annan sysselsättning under rehabiliteringen (SKL, 2013). Samtidigt som bortfallet var högt skattade deltagarna en median på fyra. Resultatet överensstämmer därmed delvis med tidigare studier som visar god evidens för att multimodala rehabiliteringsinsatser har en positiv effekt på återgång till arbete efter avslutad rehabilitering (Norlund et al., 2009). För att undvika det höga bortfallet skulle eventuellt frågan formulerats annorlunda.

På den andra frågan ”Har du fått råd om hur du kan anpassa din hemmiljö för att underlätta dina dagliga aktiviteter?” var det interna bortfallet 12 patienter. Högst var det interna bortfallet inom primärvården. Som Kielhofner (2012) beskriver är förhållandet mellan människan och hennes miljö nära och ömsesidigt. Miljön påverkar vad människan gör och hur de gör det, den kan vara både stödjande och hindrande och spelar en central roll för hur ett funktionshinder upplevs. Vidare förklarar Kielhofner att människan ständigt försöker förändra sina miljöer för att uppnå sina mål. Detta belyser vikten av arbetsterapeutiska interventioner som optimerar omgivningsfaktorer i patienternas boende så att omgivningen möjliggör och gynnar individens aktivitetsutförande och delaktighet, vilket är en av arbetsterapeuternas arbetsuppgifter i MMR2 (SKL, 2013). Inom primärvården är denna arbetsbeskrivning inte fullt lika utpräglad vilken kan vara en förklaring till bortfallet och att patienterna skattar olika högt inom de olika vårdnivåerna. En annan förklaring kan vara att patienterna har olika lätt för att omsätta den kunskap de erhåller på smärthanteringsprogrammet till sin hemmiljö, eller att boende- och familjesituationen ser olika ut för olika individer och därmed behovet av denna kunskap.

Den tredje frågan ”Har du lärt dig alternativa sätt att utföra din personliga hygien på?” hade ett internt bortfall på elva patienter, högst var det interna bortfallet inom specialistklinikerna. I MOHO framhålls att människans utförandekapacitet, med dess enastående och komplexa organisation, kan speglas i de mest vardagliga aktiviteterna. En individs utförandekapacitet in-

kluderar förmågan att göra saker och innefattar både objektiva och subjektiva aspekter (Kielhofner, 2012). Det interna bortfallet i frågan kan eventuellt bero på att individerna inte upplever ett behov av att lära sig alternativa sätt, utan att deras utförandekapacitet är tillräcklig för uppgiften ur objektiva och/eller subjektiva perspektiv. I den kvalitativa analysen framkommer dock en efterfrågan av fler råd angående personlig hygien vilket snarare bekräftar att ämnet inte berörts i tillräcklig omfattning.

### **Metoddiskussion**

I studien valdes kvalitativa intervjuer bort för att istället använda en kvantitativ ansats och därigenom nå ut till ett större antal patienter som genomgått ett smärthanteringsprogram. På detta sätt blev resultaten mer representativa och det möjliggjorde en jämförelse mellan grupperna som genomgått programmet inom primärvård respektive specialistklinik. En kvantitativ ansats lämpar sig bra för att täcka in flera olika områden enligt Eliasson (2013). Nackdelen med metoden är dock att det är svårt att gå in på djupet i hur deltagarna upplever de arbetsterapeutiska interventionerna. Av denna anledning valde författaren att ha ett kvalitativt inslag i studien i form av en avslutande öppen fråga. På denna fråga fick deltagarna möjlighet att uttrycka sina upplevelser med egna ord och lägga till sådant som inte fångats in i frågorna med fasta svarsalternativ. Svaren möjliggjorde en djupare förståelse och bidrog till att stärka studiens kvantitativa resultat. Att kombinera olika metoder var därmed ett sätt att täcka in olika infallsvinklar och tillföra studien olika slags information. Detta ger enligt Eliasson (2013) ofta en mer fullständig bild än vad en enda metod skulle ha gjort. Ett ännu större antal tillfrågade deltagare kunde ha gett en ännu högre svarsfrekvens och ett annat resultat, detta rymdes dock inte inom tidsramen för denna uppsats.

Vid studiens planeringsfas var det tänkt att en webenkät skulle användas, men av sekretesskäl och på grund av avsaknad av mailadresser till deltagarna bestämdes det senare att ett bättre alternativ var att skicka ut enkäten med post via mellanhänder på MMR enheterna. Genom att använda en egenkonstruerad enkät gick det att ta reda på specifik information relaterad till studiens syfte. En beprövad enkät har en högre grad av validitet och reliabilitet (Kristensson, 2014), men genom att utföra en pilotstudie innan den egenkonstruerade enkäten skickades ut till patienterna kunde frågorna kontrolleras och förtydligas. Frågornas utformning och relevans för ämnet kunde diskuteras, liksom svarsalternativens antal och utformning. Deltagarna i pilotstudien gav även viktiga synpunkter angående enkätens disposition, layout och omfattning.

Redigeringar kunde därefter göras för att göra den överskådlig och inbjudande att svara på. Eventuellt hade andra synpunkter framkommit om pilotstudien utförts på individer som tidigare genomgått ett smärthanteringsprogram. Då hälften av individerna var yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård ansågs de dock kunna bidra med viktiga synpunkter inom ämnet. De frågor som hade ett stort internt bortfall kan trots genomförd pilotstudie bero på att frågorna varit otydligt formulerade eller inte varit relevanta för patienterna. Att använda sex fasta svarsalternativ underlättade vid resultatanalys och det bidrog också till en högre grad av standardisering (Patel & Davidson, 2011). Det sjunde alternativet ”Vet ej/Ej aktuellt” valdes att ha med då frågorna var av olika stor betydelse beroende på patienternas smärtproblematik. Det kunde även väljas om ämnet inte berörts under programmet. Om detta svarsalternativ uteslutits skulle det troligtvis medfört en felaktigt låg skattning och därmed missvisande resultat. En svårighet för deltagarna vid besvarandet av enkäten kan ha varit att teamarbetet inom olika verksamheter skett i olika stor utsträckning. I de verksamheter som präglats av ett nära teamarbete kan patienterna ha haft svårt att urskilja vad som varit specifika arbetsterapeutiska interventioner varmed frågorna kan ha varit svåra att ta ställning till. Då de tillfrågade patienterna valde att ge sitt samtycke till studien fanns även en risk att det huvudsakligen var individer som var nöjda med smärthanteringsprogrammet som valde att delta i studien, vilket kan ha påverkat resultaten och bidragit till att svaren blev övervägande positiva.

Urvalet i studien gjordes genom bekvämlighetsurval. Då det enbart rymmer ett begränsat antal deltagare i varje grupp på smärthanteringsprogrammen krävdes det fler verksamheter än planerat för att uppnå ett godtagbart deltagarantal utifrån riktlinjerna för detta uppsatsarbete och för att uppnå ett så representativt urval som möjligt i studien. Studien skulle även passa in tidsmässigt eftersom deltagarna skulle ha genomfört och avslutat programmet under det senaste året. Att vända sig till flera personer i olika sammanhang och verksamheter var även ett sätt att minska risken för skevhet. Det finns alltid en risk att ett bekvämlighetsurval blir skevt enligt Kristensson (2014), detta innebär att de personer som väljs ut från det specifika sammanhanget vid den specifika tidpunkten inte är representativt. I denna studie kan resultaten ha påverkats genom att deltagarna gått smärthanteringsprogram inom samma verksamheter, under samma tidsperiod och träffat samma arbetsterapeuter. Hade fler verksamheter deltagit i studien skulle risken för skevhet minskat ytterligare vilket troligen gett en mer rättvis bild eftersom urvalet då bestått av individer från flera olika sammanhang.

Majoriteten av deltagarna i studien var kvinnor (83%) vilket överensstämmer med statistik från det nationella registret över smärtherehabilitering [NRS] där andelen kvinnor som avslutat ett smärthanteringsprogram inom specialistvården 2014 uppgick till 76 % (SKL, 2015). Detta styrker att urvalsgruppen i denna studie var representativ. Även medelåldern i denna studie, 43 år, överensstämmer med dem som genomgått smärthanteringsprogram på specialistklinik i statistik från NRS. Medelåldern för deltagarna inom primärvården i denna studie var tio år högre, 53 år. Den högre medelåldern i primärvården kan delvis förklaras av att verksamheterna hade något olika inklusionskriterier.

Det externa bortfallet uppgick till 32 individer. Enkätundersökningar förväntas få färre svar jämfört med intervjuundersökningar, förmodligen på grund av den direkta mänskliga kontakten saknas (Eliasson, 2013). Att använda mellanhand kan dock ha varit en fördel eftersom deltagarna då har en relation till den person som skickat ut studiematerialet. Genom att även skicka ut en påminnelse relativt snabbt kunde risken för bortfall minskas ytterligare, vilket bekräftas av Kristensson (2014). Studien sammanträffade med julen vilket kan ha påverkat svarsfrekvensen negativt. I den verksamhet där mellanhand delade ut informationsbrev till patienterna och ombad dem att kontakta författaren för deltagande i studien, förväntades en lägre svarsfrekvens än på övriga verksamheter. Sju patienter informerades men ingen av dem valde att kontakta författaren för deltagande. Den främsta anledningen till detta antas vara att de inte fick se enkäten samtidigt som de erhöll informationen och att de själva aktivt var tvungna att kontakta författaren. Andelen deltagare med utländsk bakgrund i denna verksamhet uppgavs även vara hög. Detta kan också vara en bidragande orsak till bortfall, då en nackdel med enkätstudier enligt Ejlertsson (2014) är att det kan finnas problem att förstå språket.

Eftersom mellanhänder användes för att nå ut till patienterna krävdes mycket planering för att på bästa sätt utföra studien med hänseende till konfidentialitetskravet. Samtidigt skulle det vara enkelt och inte för tidskrävande för mellanhänderna. Tydliga instruktioner gavs muntligt och skriftligt för att underlätta arbetet och öka tillförlitligheten. Nackdelen att använda mellanhänder i studien var att det var svårt att kontrollera process och urval då de skötte all kontakt med deltagarna.

Beroende av studiens syfte krävdes analyser av både kvantitativ och kvalitativ data. Resultaten från den kvantitativa analysen skulle haft en högre grad av statistisk validitet om ett be-



prövat mätinstrument med hög grad av validitet och reliabilitet använts i studien (Kristensson, 2014). Detta valdes dock bort med anledningen att författaren ville ta reda på specifik information relaterad till studiens syfte. För att göra en gruppjämförelse behövde även Mann Whitney U test utföras vilket visade på signifikanta skillnader ( $p < 0.05$ ) på fem av frågorna. Resultaten på dessa frågor kan därför betraktas som statistiskt signifikanta varmed skillnaden mellan patienternas skattning i specialistvård respektive primärvård troligtvis inte beror på slumpen (Kristensson, 2014). Den öppna enkätfrågan analyserades dessutom med manifest innehållsanalys. Genom att jämföra och justera kategoriseringen med handledare var ett sätt att stärka trovärdigheten i den kvalitativa analysen, liksom att använda citat från flera deltagare i resultatredovisningen (Kristensson, 2014). Resultatanalysen blev därmed relativt omfattande för nivån på denna uppsats, vilket kunde ha undvikits om syftet inte varit att jämföra patientgrupperna. Av intresse och för att få en djupare förståelse av patienternas upplevelse valde författaren trots detta att behålla studiens syfte och analysmetod.

### **Slutsats**

Studien visar att patienterna upplevde de arbetsterapeutiska interventionerna inom MMR som övervägande positiva. Patienter från specialistklinikerna skattade generellt sina upplevelser mer positivt än patienterna i primärvården, signifikanta skillnader framkom på fem av frågorna. Resultaten bekräftar vikten av ett gott samarbete. De ger även insikt i vilka arbetsterapeutiska interventioner som skulle kunna utvecklas eller förbättras, i synnerhet interventioner riktade mot att patienterna ska sova bättre. Resultaten tyder på ytterligare behov av att utveckla arbetsterapeutiska interventioner inom MMR i primärvården, vilket är av stor vikt eftersom primärvården idag har ett grundläggande ansvar över patienter med långvarig smärtproblematik. Om utveckling av en komplex smärtproblematik kan undvikas genom tidig och relevant behandling inom primärvården skulle behovet av specialistvård troligtvis minska.

Det vore intressant att undersöka om det skiljer sig mellan män och kvinnors upplevelser av arbetsterapeutiska interventioner inom MMR, vilket inte gjorts i denna studie. Fortsatta studier behövs för att utreda orsaker till varför patienterna skattade lägst på arbetsterapins bidrag till bättre sömn. Intervjuer av patienter som genomgått MMR skulle även kunna bidra till en djupare förståelse för deras upplevelser av de arbetsterapeutiska interventionerna.

## Referenser

- Bergman, S. (2006). *Studiebrev - metoder för behandling av långvarig smärta: Inledning*. Hämtad 3 april, 2014, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Studiebrev/Behandling-av-langvarig-smarta/>
- Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Hartman, J. (1998) *Vetenskapligt tänkande – från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hällgren, S. & Fahlström, M. (2011). Specialistteam och primärvård i glesbygd – ett smärtfritt samarbete: Teambaserat arbetssätt prövat för patienter med långvarig smärta. *Läkartidningen*, 108 (34), 1560-1563. Hämtad från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=16814>
- Jos, V. (2004). Patient expectations of treatment for back pain: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine (03622436)*, 29(20), 2309.
- Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: Teori och tillämpning*. (C. Falk, K. Falk., & H. Stedman, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2008).
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundeberg, T. (Red.). (2010). *Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Mårtensson, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2006). Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. *Disability & Rehabilitation*, 28(16), 985-995.

- Mårtensson, L., Marklund, B. & Fridlund, B. (1999). Evaluation of a biopsychosocial rehabilitation programme in primary healthcare for chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 157–165.
- Nationella Medicinska Indikationer (2011). *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* (Rapport 2011:02). Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting. Hämtad 12 Maj, 2014, från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/indikation-for-multimodal-rehabilitering-vid-langvarig-smarta.html>
- Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. H., Ashford, R. L., & LeMarchand, K. (2013). Review article: A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Management Nursing*, 14161-171. doi:10.1016/j.pmn.2010.09.001
- Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, (3), 115. doi:10.2340/16501977-0297
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Oosterhof, B., Dekker, J. M., Sloots, M., Bartels, E. C., & Dekker, J. (2014). Success or failure of chronic pain rehabilitation: The importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals. *Disability & Rehabilitation*, 36(22), 1903-1910. doi:10.3109/09638288.2014.881566
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (2a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Persson, E., Lexell, J., Rivano-Fischer, M., & Eklund, M. (2013). Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 20(4), 306-314. doi:10.3109/11038128.2013.79373
- Robinson, K., Kennedy, N., & Harmon, D. (2011). Review of occupational therapy for people with chronic pain. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(2), 74-81. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00889.x

- Rydstad, M., Schult, M., & Löfgren, M. (2010). Whiplash patients' experience of a multimodal rehabilitation programme and its usefulness one year later. *Disability & Rehabilitation*, 32(22), 1810-1818 9p. doi:10.3109/09638281003734425
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta – en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Strong, J., Unruh, A. M., Wright, A., & Baxter, G. D. (2002). *Pain: A textbook for therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Kompetenser och uppgifter. Hämtad 8 mars, 2016, från [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida37674/multimodal\\_rehabilitering\\_uppgifter\\_kompetens\\_2013.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida37674/multimodal_rehabilitering_uppgifter_kompetens_2013.pdf)
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015). Nationella registret över smärtrehabilitering. Hämtad 10 mars, 2016, från <http://www.ucr.uu.se/nrs/index.php/arsrapporter>
- van Huet, H., Innes, E., & Stancliffe, R. (2013). Occupational therapists perspectives of factors influencing chronic pain management. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(1), 56-65. doi:10.1111/1440-1630.12011
- van Huet, H., Innes, E., & Whiteford, G. (2009). Living and doing with chronic pain: Narratives of pain program participants. *Disability & Rehabilitation*, 31(24), 2031-2040. doi:10.3109/09638280902887784
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- World Health Organization (2008). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.

## Bilaga 1

Frågeformulär till studien:

### ”Patienters upplevelse av arbetsterapeutiska interventioner inom multimodal smärtrehabilitering”

Jag samtycker till att delta i ovanstående studie:

- JA
- NEJ

*Jag har tagit del av information och är införstådd med att mina enkätsvar kommer att behandlas och förvaras så att inte obehöriga har tillgång till dem. Informationen jag lämnar kommer att hållas strikt konfidentiell. Inga personuppgifter kommer att anges och resultatet av studien kommer att redovisas så att jag inte kan identifieras. Mitt deltagande i studien är helt frivilligt, det medför inga konsekvenser för min behandling/kontakt med smärtrehabiliteringen och jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.*

- Jag har läst och förstått informationen (kryssa i rutan)

Inom vilken verksamhet har du genomfört och avslutat ett smärthanteringsprogram?

- Vårdcentral
- Specialistklinik

Ålder: \_\_\_\_\_

- Kön:
- Man
  - Kvinna

- Boende
- Lägenhet
  - Villa/radhus
  - Annat. Vad? \_\_\_\_\_

- Nuvarande sysselsättning
- Arbetar
  - Studerande
  - Sjukskriven
  - Annat. Vad? \_\_\_\_\_

- Har du ansvar för barn under 7 år och/eller sjuk äldre släkting
- Ja
  - Nej

På kommande sidor följer ett antal frågor som handlar om din upplevelse av arbetsterapi under smärthanteringsprogrammet. De handlar även om hur arbetsterapi har påverkat din nuvarande förmåga att utföra och vara delaktig i dagliga aktiviteter samt din relation till omgivningen.

*Var vänlig och kryssa i den ruta som BÄST beskriver dina upplevelser.*

	I mycket låg grad	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ ej aktuellt
1. Bidrog arbetsterapin till att du uppnådde de målsättningar som du formulerade i början av smärthanteringsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har samarbetet med arbetsterapeut fungerat bra under smärthanteringsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har arbetsterapin bidragit till att du fått högre livskvalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har arbetsterapin bidragit till att du ökat tilltron till din förmåga att klara av dagliga aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du lärt dig alternativa sätt att utföra hushållsarbete på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du lärt dig alternativa sätt att utföra din personliga hygien på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du lärt dig nya strategier för att förflytta dig på ett tillfredsställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du fått kunskap om hur du kan lyssna på kroppens signaler på smärta när du utför en aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Utövar du någon ny aktivitet som presenterats under programmets gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du idag lättare att prioritera mellan olika aktiviteter i din vardag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du funnit bättre balans mellan aktivitet och vila i din vardag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I mycket låg grad	I låg grad	I ganska låg grad	I ganska hög grad	I hög grad	I mycket hög grad	Vet ej/ ej aktuellt
12. Har arbetsterapin bidragit till att du sover bättre på nätterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kan du idag lättare umgås med andra människor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Känner du dig mer delaktig i arbete/utbildning/annan sysselsättning än innan du deltog i smärthanteringsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kan du idag delta i dina fritidsintressen på ett mer tillfredsställande sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Har du idag lättare att prata med andra människor om konsekvenserna av din smärta för att öka deras förståelse för din situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har du fått tips om redskap/hjälpmiddel som kan underlätta för dig i din vardag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har du fått råd om hur du kan anpassa din hemmiljö för att underlätta dina dagliga aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har du fått ergonomiska råd (exempelvis arbetsställningar, kroppshållning, lyfteknik, ljud/ljus) som kan hjälpa dig att klara av din vardag på ett bättre sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har du några egna kommentarer om hur du upplevt arbetsterapin under smärthanteringsprogrammet?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						

Ett stort tack för din medverkan!