



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete
15 hp
Hösten 2021

Uppfattningar om ländryggsmärta och kroppen bland individer med och utan vårdutbildning - en tvärsnittsstudie

Författare

Armin Linnius,
Oskar Sällström
Fysioterapeutprogrammet

Lunds universitet
armin.linnius@gmail.com
sallstrom.oskar@gmail.com

Handledare

Frida Eek

Institutionen för
hälsovetenskaper, box 157
221 00 Lund
frida.eek@med.lu.se

Examinator

Caroline Larsson
Institutionen för
hälsovetenskaper, box 157
221 00 Lund
Caroline.larsson@med.lu.se

Titel: Uppfattningar om ländryggsmärta och kroppen bland individer med och utan vårdutbildning - en tvärsnittsstudie.

Nyckelord: ländryggsmärta, uppfattningar, föreställningar, Back-PAQ

Sammanfattning

Bakgrund: Ländryggsmärta är en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i västvärlden. Uppfattningar och tidigare erfarenheter som den drabbade har kring ländryggsmärta påverkar smärtupplevelsen. Uppfattningarna och språkbruket som vårdgivare använder i mötet med en patient kan vara grunden till en, för patienten, positiv placeboeffekt eller en negativ noceboeffekt.

Syfte: Syftet med studien var att kartlägga uppfattningar kring ländryggsmärta och kroppen hos vuxna individer, samt att jämföra uppfattningarna mellan de inom och utanför vårddyrket och kön.

Studiedesign: Kvantitativ tvärsnittsstudie.

Metod och material: Undersökningen är genomförd som en kvantitativ tvärsnittsstudie bestående av en enkätundersökning i form av ett digitalt nätbaserat frågeformulär baserat på Back-PAQ. Det delades ut via sociala medier (Facebook och Twitter) och var tillgängligt mellan 10/3-19/3 2021. Enkäten innehöll påståenden och beskrivningar av ländryggsmärta.

Resultat: Totalt svarade 1301 personer på enkäten. Medelåldern var 40.6 år [SD \pm 12.8] och 903 (69.4%) av deltagarna identifierade sig som kvinnor. Utav samtliga deltagare så arbetade eller studerade 734 (56.4%) inom vården. Det totala medeltalet för deltagarnas Back-PAQ score var 56.4 [SD \pm 12.9]. Jämförelse mellan könen visade att kvinnor hade ett medelvärde på 56.0 [SD \pm 13] och män ett på 57.2 [SD \pm 12.7] ($p=0.213$). Bland de som inte arbetade/studerade inom vården var medelvärdet för Back-PAQ score 59.0 [SD \pm 11.4] och för de inom vården 54.3 [SD \pm 13.6] ($p=0.05$). En klar majoritet av deltagarna instämmer med påståendet att ”Ryggsmärta är orsakat av dålig hållning när man sitter, står eller lyfter” (73.9%) samt ”Ryggsmärta är orsakat av en svag bål” (73.9%). En signifikant större andel kvinnor instämde i att ryggsmärta är orsakat av hållning ($p<0.002$), svag bål ($p<0.000$) och att ”Det är viktigt med röntgen för att hitta orsaken till ryggsmärta” ($p<0.006$).

Slutsats: Resultaten indikerade att det fanns flertalet ohjälpsamma synsätt kring ländryggsmärta bland studiens deltagare. Kvinnor ansåg i något högre grad än män att ryggsmärta orsakas av dålig hållning, svag bål och att röntgen är av vikt för att hitta orsaken till smärtan. Vårdpersonal hade jämförelsevis något mindre ohjälpsamma föreställningar kring ländryggsmärta än de utanför vården. Emellertid så finns det grund för att förbättra föreställningarna hos vårdpersonal då de kan påverka patienternas uppfattning. Mer forskning om skillnader mellan regioner, åldersgrupper, yrken och vårdgivare beträffande synen kring ländryggsmärta behövs.

Title: ‘Beliefs about low back pain and the body among individuals with and without medical education - a cross-sectional study.’

Keywords: low back pain, beliefs, attitudes, perception, Back-PAQ

ABSTRACT

Background: Low back pain is one of the most common causes of disability in the western world. Beliefs and previous experiences of low back pain can affect the pain experience. The beliefs and language used by caregivers with a patient can be the basis for a positive placebo effect for the patient or a negative nocebo effect.

Purpose: The purpose of the study was to map beliefs and attitudes of low back pain and the own body in adult individuals, and to compare these beliefs between those within and outside the care profession and gender.

Study design: Quantitative cross-sectional study

Method and materials: The survey was conducted as a quantitative cross-sectional study consisting of a questionnaire survey in the form of a digital web-based questionnaire based on Back-PAQ. It was distributed via social media (Facebook and Twitter) and was available between 10/3-19/3 2021. The questionnaire contained claims and descriptions of low back pain.

Results: In total 1301 persons responded to the survey. The mean age was 40.6 years [SD ± 12.8] and 903 (69.4%) of the participants identified themselves as women. Of all participants, 734 (56.4%) worked or studied in healthcare. The total mean of the participants' Back-PAQ score was 56.4 [SD ± 12.9]. Comparison between the sexes showed that women had a mean value of 56.0 [SD ± 13] and men one of 57.2 [SD ± 12.7] ($p = 0.213$). Among those who did not work / study in health care, the mean value of their Back-PAQ score was 59.0 [SD ± 11.4] and for those in health care 54.3 [SD ± 13.6] ($p = 0.05$). A clear majority of the participants agree with the statement that "*Back pain is caused by poor posture when sitting, standing or lifting*" (73.9%) and "*Back pain is caused by a weak core*" (73.9%). A significantly larger portion of the women believed that back pain is caused by poor posture ($p < 0.002$), weak core ($p < 0.000$) and that "*It is important to x-ray the back to find the cause of back pain*" ($p < 0.006$).

Conclusion: The result indicated that there were several unhelpful beliefs about low back pain among the participants. Women believed to a slightly higher degree than men that low back pain is caused by poor posture, weak core and that imaging are important in order to find the cause of pain. Healthcare personnel had comparatively against other professions somewhat less unhelpful beliefs, however there is reason to improve those beliefs for the sake of them negatively influencing patient beliefs. More research is needed on differences between regions, age groups, occupations and caregivers regarding the view of low back pain.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Bakgrund	4
Smärta	4
Biopsykosociala modellen vid smärta	4
Ländryggssmärta	4
Kroppsuppfattningar	5
The Common-Sense Model.....	6
Placebo och nocebo	7
Språket och nocebo	8
Negativt är starkare än positivt	9
Syfte	10
Metod.....	10
Resultat	12
Demografi	12
Back-PAQ.....	13
Påståenden om ländryggssmärta (O’Sullivan).....	13
Beskrivning av ländryggssmärta (Setchell)	15
Diskussion	15
Vården som ett första led i mötet med ländryggssmärta.....	16
Studiens begränsningar	18
Framtida forskning	18
Konklusion.....	19
Referenser.....	20
Bilaga 1.....	25

Bakgrund

Smärta

Termen smärta definieras av International Association for the Study of Pain (IASP) så som:

“An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.” (1, s.2)

Smärta är en subjektiv upplevelse av obehag vars ursprung samt orsak kan vara komplex. Oftast beskrivs smärta som antingen akut eller långvarig vid olika diagnoser och tillstånd. Akut smärta varar mindre än tre månader och uppträder ofta plötsligt, men kan även komma gradvis. När smärtupplevelsen pågått i mer än 3–6 månader efter den förväntade läkningstiden talar man om att smärtan är långvarig eller kronisk. Att beskriva smärta är komplext eftersom smärtan beror på en rad olika faktorer och erfars av olika individer på olika sätt. Något förenklat går det att tala om en sensorisk, emotionell, kognitiv, kulturell, fysiologisk och mekanisk smärta för att nämna några exempel (2, 3).

Biopsykosociala modellen vid smärta

Den biopsykosociala modellen presenterades 1977 av George L. Engel (4). Engel utmanade den biomedicinska modellen genom att argumentera för att sjukvården behöver inkludera fler faktorer, som det sociala, det psykologiska och beteende, snarare än att enbart fokusera på vilka kroppsliga mekanismer och strukturer som påverkar en individs tillstånd (4). Ett arbete utifrån en biopsykosocial modell innebär inte att det biomedicinska avskrivs, utan snarare att de psykosociala faktorerna integreras in i den. Tanken med modellen är att vårdgivare och patient tillsammans ska arbeta fram de mål som patienten vill uppnå. Utöver en patients fysiska förutsättningar för att uppnå målet skall även omgivningsfaktorer, de psykologiska/mentala och de sociala faktorerna tas i beaktning (5). Vad som bland annat ledde till utvecklingen av den biopsykosociala modellen var bristerna som PSB-modellen (postural, structural and biomechanical) uppvisade. Den har ofta ett ideal om den symmetriska kroppen och använder benämningar så som muskulär obalans, bålstabilitet och förslitningsskador (6). PSB-modellens syn på kroppen innebär att man problematiserar asymmetrier och andra avvikelser som något som behöver fixas. Exempelvis så har ländryggsmärta ingen tydlig korrelation mellan PSB faktorerna och den smärtproblematik som patienter kan uppleva (6). Människors ofullkomlighet och asymmetrier torde närmast vara att betrakta som normala variationer och inte som något patologiskt som behöver behandlas (6). Eller som Lederman uttrycker sig, *“Humans are capable of experiencing pain and suffering; something a washing machine cannot do (yet)”* (6, s.7).

Ländryggsmärta

Ländryggsmärta är en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i västvärlden (7). Under 2015 uppskattades 540 miljoner människor vara påverkade och alla åldersgrupper är drabbade, även barn (7). Majoriteten av fallen med ländryggsmärta är komplexa och kan sällan knytas till en specifik orsak, därför benämns fenomenet ofta som *“ospecifik ländryggsmärta”* (7). Detta är något de flesta människor kommer att uppleva, med en livstidsprevalens på 84%, och en ett-års prevalens på 37% och förekommer i högre grad hos kvinnor än män i medelåldern. (7, 8). De flesta episoder av ländryggsmärta förbättras markant inom 6 veckor (7), medan

livstidsprevalensen för långvarig ländryggsmärta, längre än 12 veckor, är ca 23% och för 11–12% leder det till rörelsehinder (8).

Även om ländryggsmärta i sig inte är något livshotande tillstånd så har den en stor inverkan på hur de drabbade upplever sin livskvalitet (8). Smärtupplevelsen kan leda till svårigheter att utöva vardagliga aktiviteter, att mängden sociala interaktioner minskar, sjukskrivning etc. En dansk studie gjordes 2015 visade att av de som har akut ländryggsmärta upplever många även andra symptom utöver smärta. Katastroftankar, ångest, oro och nedstämdhet är några av de vanligaste symtomen som beskrivs av de drabbade (9). Dessa tankar är något mer förekommande bland kvinnor än män (10).

Hur prognosen ser ut har i hög grad att göra med hur patienten hanterar ländryggsmärtan (10). Patienter med katastroftankar har oftare, även efter att ursprungsskadan läkt, mer smärta och smärtekänslighet än de som inte har katastroftankar (10). Det är visat att ohjälpsamma uppfattningar vid ländryggsmärta, exempelvis att undvika fysisk aktivitet, påverkar övergången från akut till långvarig smärta negativt, samt till viss del även förutspår incidensen för framtida smärta hos personer utan besvär (11). Exempel på en ohjälpsam uppfattning är att smärtupplevelser alltid indikerar en vävnadsskada som behöver utredas och lagas eller att bilddiagnostik behövs för att identifiera en skada (12). Patienter som beskriver ökad psykosocial stress i samband med akut ländryggsmärta löper större risk att utveckla långvarig ländryggsmärta (13). Baird et al. beskriver ländryggsmärta som sjukvårdens största misslyckande i att hjälpa patienter genom användandet av ett biomedicinskt förhållningssätt (14). Kliniker med en biomedicinsk syn på smärta avviker oftare från behandlingsriktlinjer, vilket kan ta sig uttryck i råd som att ta tid från arbete, vila samt att referera till bilddiagnostik och kirurgi (11).

Kroppsuppfattningar

Engelskans ”belief”, översatt här till svenska som ”uppfattning” eller ”föreställning” och kan definieras som ”en fundamental sanning som styr beteenden” enligt J. Canerio et al (11). Uppfattningen om kroppen är en viktig del av den biopsykosociala modellen (11). Individens syn på kroppen skapas tidigt och influeras av föräldrar, miljö, kontexter och beteenden. Den kan också förändras över tid, men kvalitativa studier visar att många ofta ser på den smärtande kroppen som en skadad maskin som behöver lagas (12). Uppfattningen om kroppen som en maskin sträcker sig tillbaka till filosofen René Descartes 1644 och är djupt rotad i samhället. Det är den modell som dominerat inom medicinen i över 350 år (11). Descartes menade att mängden smärta var direkt proportionell till graden av vävnadsskada, och grundas i hans dualistiska och konceptuella uppdelning av människan i kropp och sinne, där smärta är en del av kroppen (15).

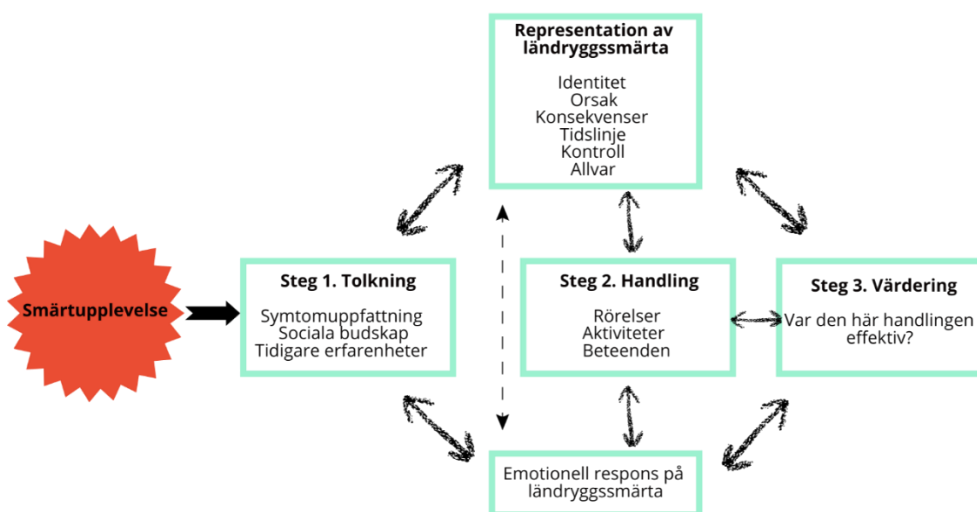
Uppfattningar om smärta påverkar beteenden och emotioner i relation till smärtupplevelsen, och det är visat att uppfattningar och beteenden kan förutse hur långvarig och begränsande smärtan kommer vara (11). Kliniska riktlinjer rekommenderar att felaktiga och ohjälpsamma uppfattningar hos patienten skall adresseras och korrigeras som en förstahandsbehandling vid muskuloskeletal besvär (11). Emellertid kan negativa uppfattningar vara svåra att identifiera och behandla då de kan vara irrationella och motståndskraftiga mot fakta och en individ kan ha flera motsägelsefulla uppfattningar samtidigt. Uppfattningarna kan dessutom vara explicita eller implicita, där de sistnämnda innebär att vårdtagaren ej är medveten om dess uppfattningar, eller uttrycker dem exempelvis genom beteenden (11). Vårdgivares uppfattningar kring ländryggsmärta varierar och

påverkar avsevärt hur de önskar behandla sina patienter. Detta kan ha stor inverkan på hur en patient upplever behandlingen samt dess resultat (16).

Hur vårdpersonalens uppfattningar påverkar de råd och interventioner som de ger patienterna undersöktes i en studie av Darlow et al. (17). De kunde i sin systematiska översiktsstudie påvisa medelhög evidens för att vårdpersonal med övervägande biomedicinska uppfattningar rekommenderar patienter med ländryggsmärta begränsad fysisk aktivitet och sjukskrivning. Vidare såg man även stark evidens för att vårdpersonals uppfattningar om ländryggsmärta i hög grad påverkade patienters uppfattningar om ländryggsmärta. (17).

The Common-Sense Model

The Common-Sense Model (CSM) kan användas för att beskriva hur individens uppfattningar, emotioner och förväntningar påverkar upplevelser och handlingar (18). CSM har använts för att förklara meningsskapande processer vid kroniska sjukdomar likt diabetes och osteoartrit, och kan appliceras på till exempel ländryggsmärta för att förstå patientens situation bättre. Modellen ämnar förklara en smärtupplevelse genom att förstå hur den tolkas genom perception av symptom, sociala meddelanden, tidigare erfarenheter samt hur upplevelsen representeras genom vissa frågor. Vad är det för smärta? Vad orsakar smärtan? Vilka konsekvenser har den? Hur kan man kontrollera den, och hur länge kommer den vara? Svaren på dessa frågor är unika för varje patient och influeras av bland annat kulturella och sociala kontexter samt individens tidigare erfarenheter och upplevelser. Detta influerar i sin tur en emotionell reaktion och därefter vilka beteenden eller handlingar som utförs för att förbättra sin situation. Om handlingarna leder till en förbättring av situationen eller lindring av symptomen kommer representationen förbli densamma för att den ses som gynnsam. Om situationen och symptom istället förvärras så kan representationen samt beteenden komma att förändras (18). Ett exempel på detta kan vara om en individ tror att smärta är farligt och signalerar skada, så att undvikande beteenden uppmuntras och förstärks. Detta är en kontinuerlig process som uppdateras och förändras över tid för individer som illustreras i figur 1.



Figur 1: Schematisk skiss över "Common-sense model", baserad på Bunzli S et al. (18).

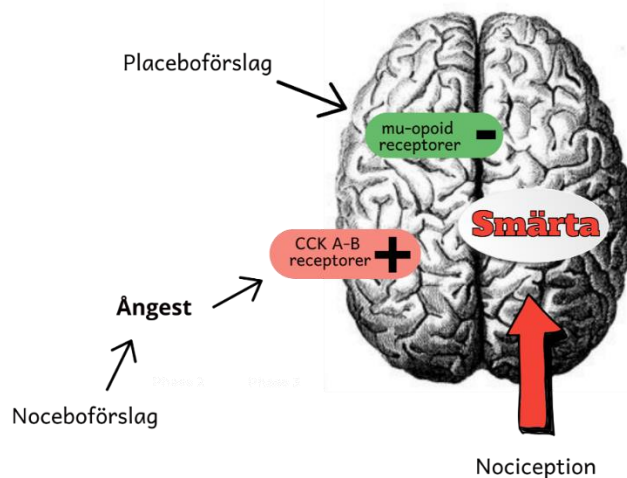
Placebo och nocebo

Placebo, som kan översättas från latin till "jag ska behaga", är en positiv fysiologisk, beteendemässig, emotionell eller kognitiv förväntanseffekt (19). Nocebo, från latinets "jag ska skada", är motsatsen till placebo och ger en negativ inverkan på förväntanseffekten (20).

Vad exakt placebo är och vilka effekter av den som kan förväntas är fortfarande under diskussion (21). Hur placebo påverkar en individ beror till största del av kontexten (22). Såväl externa som interna faktorer startar en process där signaler skickas till hjärnan vilket leder till att signalsubstanser frisätts såsom exempelvis dopamin och endorfin. Denna frisättning leder till antingen en förväntan eller en betingning, som är när hjärnan har blivit invand vid att förknippa ett visst stimuli med ett visst resultat (22, 23). Det kan exempelvis röra sig om att man får minskad smärtupplevelse vid migrän av just medicin "X" (24). Med förväntan förstås att individen har förhoppningar kring en viss effekt. Det kan vara att personen har läst sig till eller fått höra att behandling A leder till resultat B (25).

Nocebo beskrivs av bland annat Benedetti et al. som placebos negativa spegelbild (21). Där placebo generellt beskrivs ge en positiv effekt hos patienten är nocebo att betrakta som motsatsen. Man har sett att individer upplever negativa symptom vid låtsasbehandlingar samt att individen kan uppleva negativa förväntningar vid en aktiv terapiform (26, 27).

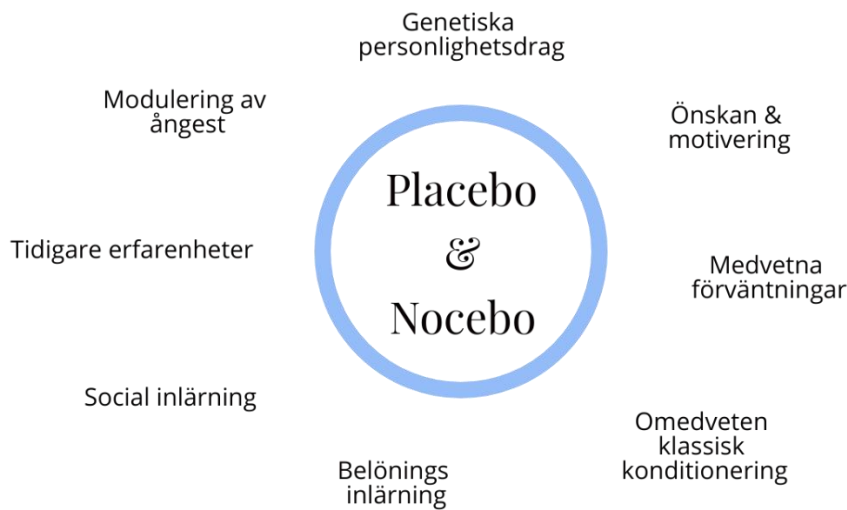
Forskningsunderlaget kring nocebo är inte lika omfattande som för placebo. En förklaring till detta är att prövningar av noceboeffekten kan anses vara oetiska, eftersom man aktivt försöker framkalla en negativ påverkan hos patienter (28). Figur 2 visar hur ett placebo påstående aktiverar kroppens mu-opiod receptor vilket leder till hypoalgesi (minskad smärtupplevelse). Ett nocebopåstående kan leda till ångest, vilket i sin tur leder till aktivering av bland annat CCK-A- och/eller CCK-B-receptorerna, något som leder till hyperalgesi (ökad smärtupplevelse) (20)



Figur 2: En illustration av hur placebo och nocebo antingen kan minska smärtupplevelsen eller öka den, baserad på Benedetti F et al. (19).

Vad som kan leda till en betingning och förväntan är väldigt brett. Det kan vara alltifrån kommunikation mellan människor, intryck från miljö, sociala interaktioner, intryck av symboler eller bilder, tidigare händelser etc. (25). Även genetik kan ha en viss påverkan kring hur mottaglig en individ är för placebo/nocebo (21). Sannolikt har det funnits en evolutionär fördel att påverkas av exempelvis en placeboeffekt då det ökar sannolikheten att få tillhöra en grupp (22).

Sett till relationen vårdgivare och vårdtagare så kan ett möte påverka den senares förväntan och därigenom ge en placebo- eller noceboeffekt. Det kan exempelvis ske antingen kognitivt genom att man ger information kring behandlingen, eller emotionellt genom att vårdgivaren försöker minska oro, ger uppmuntring och stöd (29). En studie visade att utformningen av lokalerna där patientmötena sker kan stärka relationen mellan vårdpersonal och patient, vilket i sin tur kan leda till ökad placeboeffekt och minskad nocebo effekt (30). Vidare påverkar även kontextuella faktorer så som hur professionell vårdgivaren upplevs och klär sig eller hur entusiastisk vårdgivaren är och hur stor egen tilltro den har på valda behandlingsformen (30). Även patientens tidigare erfarenhet, sociala inlärning, konditionering och betingning har visats spela roll i huruvida det framkallas en placebo eller nocebo-respons (30), vilket visas i figur 3.



Figur 3: Faktorer som influerar huruvida ett möte, eller intervention bidrar till en placebo eller nocebo-effekt, baserad på Testa M et al. (30).

Språket och nocebo

Att ge en patient en noceboeffekt genom ett samtal är mycket enklare än att skapa en placeboeffekt (31). Det är också av vikt att förstå att olika vårdprofessioner kan påverka en patients förväntan negativt och därigenom försvåra den förväntande effekten hos patienten (32). Att som patient få höra att vårdgivaren inte hittar någon fysiologisk förklaring till smärtan utan att beröra de psykosociala aspekterna, kan leda till att patienten känner sig missuppfattad, förminskad, eller inte betrodd (31). En publikation från 2018 av Stewart et al. belyser språkbrukets påverkan sett till rehabiliteringen av muskuloskeletala besvär. Författarna framhäver att vissa ordval kan ge en mer negativ uppfattning kring besvär och att det i många fall går att använda mer neutrala synonymer eller formuleringar för att undvika att patienten får en negativ syn kring sitt tillstånd (33). Exempelvis kan vårdgivaren i stället för att säga: "*degenerativ förändring*" säga "*normal åldersrelaterad förändring*", "*lordos/kyfos*" använda "*normal ryggkurvatur*", "*sjukdom*" tala om "*tillstånd*" "*instabilitet*" uttrycka det som "*behöver mer stryka och kontroll*" (33).

I en annan studie från 2011 diskuteras vilka metaforer som används vid smärta och hur de kan påverka patienten. Som exempel nämns att uttrycket "*kroppen som en maskin*" kan vara användbar

i den akuta fasen av en skada (34). Tanken att smärta uppstår till följd av att något mekaniskt har påverkats gör att metaforen ligger i linje med de kroppsliga besvären. Det kan då för patienten upplevas som att denne lämnar över sin kropp till vårdgivaren för att lösa det kroppsliga problemet. Emellertid kan samma fras för en patient som haft besvär med smärta en längre tid ge motsatt effekt. Att tänka att kroppen är som en maskin gör att patienten tänker att det är något biomedicinskt som är fel och torde då gå att lösa. När så inte är fallet och det inte går att lösa, så kan negativitet och frustration uppstå hos såväl patienten som hos vårdgivaren. Metaforer som används bör spegla vilken syn som man har på patienten och uppkomsten till besvären; en biomedicinsk eller en bredare psykosocial syn (34).

Negativt är starkare än positivt

Negativitet har inom flera områden visats vara starkare än positivitet (35). Förlusten av pengar ger exempelvis en större negativ reaktion än vad en vinst ger positiva reaktioner. Detsamma kan ses vad gäller sensoriska upplevelser, sexuella trauman, barnuppfostran osv. (35). Samtliga negativa upplevelser producerar större affekter och beteenden, samt att de kvarstår längre än motsvarande positiva upplevelser (35). Negativ information processas även till en högre grad, ges mer uppmärksamhet och ett större behov av att hitta en mening eller förklaring till det. En förklaring till att negativitet ger starkare respons är att det är en evolutionärt adaptiv styrka att reagera starkare på obehag och negativitet m.m., eftersom det ger upphov till reaktioner och beteendeförändringar som ökar chansen till överlevnad (35).

En randomiserad kontrollstudie (RCT) studie från 2021 delade in patienter i två grupper. En grupp patienter fick sina Magnetresonanstomografi (MRI) resultat rapporterade i detalj, och en grupp fick höra att deras MRI resultat var normalt med normala åldersrelaterade fynd (36). Den sistnämnda gruppen fick efter sex veckor bättre resultat i form av lägre smärta, bättre perception av sitt tillstånd, och högre funktion. (36).

En annan RCT studie såg på träningsinducerad hypoalgesi (smärtreducering) i grupper som delgavs positiv, neutral eller negativ information om effekterna av träning (37). Ingen större skillnad sågs mellan gruppen som fick positiv och neutral information. Bägge grupperna upplevde hypoalgesi och en ökad smärtröskel både i den tränade muskeln och icke-tränade muskler. Gruppen som fick negativ information upplevde däremot ingen träningsinducerad hypoalgesi, där negativ information verkar påverka smärtinhiberande mekanismer negativt och de upplevde ingen förhöjd smärtröskel (37).

Eftersom smärta är komplext och individer blir påverkade av sina och andras tankar, budskap och uppfattningar kring smärta, är det av vikt att vårdgivaren är noga med ordval och medveten om sina egna föreställningar. Vårdgivares egna uppfattningar avgör i hög grad valet av behandlingsform samt vad för information som ges till patienten; något som i sin tur påverkar patientens egna uppfattningar (38). Det finns en korrelation mellan en biomedicinskt orienterad fysioterapeut och högre grad av sjukskrivning, passivitet hos patienterna och ohjälpsamma uppfattningar kring fysisk aktivitet (38). Det vore av intresse att undersöka och beskriva vårdpersonalens uppfattningar om ländryggssmärta och se om de skiljer sig från de med yrken utanför vården, samt undersöka om det finns någon skillnad i synen på ländryggssmärta mellan män och kvinnor.

Syfte

Syftet med studien är att kartlägga uppfattningar kring ländryggssmärta och kroppen hos vuxna individer, samt att jämföra uppfattningarna mellan de inom och utanför vårdförhållanden och kön.

Frågeställningar

1. Hur ser uppfattningarna kring ländryggssmärta ut hos vuxna individer i Sverige?
2. Hur ser uppfattningar kring ländryggssmärta ut inom olika vårdförhållanden?
3. Föreligger det skillnader avseende uppfattningarna kring ländryggssmärta mellan;
 - Kvinnor och män?
 - Individer inom och utanför vårdförhållanden?

Metod

Design

Undersökningen genomfördes som en kvantitativ tvärsnittsstudie bestående av en enkätundersökning i form av ett digitalt nätbaserat frågeformulär.

Urval och undersökningsgrupp

Enkäten riktade sig till individer över 18 år med grundläggande förståelse för det svenska språket.

Enkäten/Mätinstrument

Enkäten skapades genom "Aidaform.com" som är en internetbaserad mjukvara för att skapa frågeformulär och sammanställa data. Enkäten delades ut via sociala medier (Facebook och Twitter) och var tillgänglig mellan 10/3-19/3 2021. Den bestod av en inledande informationssida med samtyckesangivelse samt fyra undersökningsdelar; en del innehållande demografiska uppgifter så som könstillhörighet, ålder, högsta utbildningsnivå, om deltagaren arbetar eller studerar inom vården och om så är fallet, i vilken yrkesgrupp de tillhör. Slutligen fanns det tre delar innehållande frågor om uppfattningar kring ländryggssmärta och påståenden om kroppen. För att få delta i studien krävdes fullständiga svar på enkätens två första delar. Det var inte möjligt att lämna in enkäten om dessa delar hade ofullständiga svar. Vid slutet av enkäten fanns även en hyperlänk där deltagarna, om de så ville, kunde sprida länken till andra.

Den andra delen avseende ländryggssmärta bestod av 19 frågor från "Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ) 20"-frågeformuläret. Detta formulär är baserat på "Back-PAQ 34" som togs fram 2012–2014 på Otagouniversitetet i Wellington, Nya Zeeland, av Darlow et al (39). Back-PAQ formuläret utvecklades för att kartlägga uppfattningar kring ländryggssmärta hos en bredare population. Back-PAQ 20 frågorna besvaras på en femgradig skala med svarsalternativ som sträcker sig från 1-"Falsk" till 5-"Sant" med mellanvalen 2-"Möjligen falskt", 3-"Osäker", 4-"Möjligen sant". Vid inlämnat frågeformulär görs en hopräkning av poängen, med min-max mellan 19–95. Emellertid går det också att lyfta fram en enskild fråga för att bilda en mer detaljerad insikt kring deltagarnas uppfattningar om ryggen (39). Ett högt poäng enligt formuläret tyder på att deltagarna har "ohjälpsamma uppfattningar" kring ländryggen, alltså uppfattningar som är förknippade med sämre copingstrategier och med förhöjda nivåer av smärta samt kan ha en negativ

inverkan på återhämtningen vid ländryggsmärta (40). För att sammanställa vårt resultat med liknande studier gjorda i Nya Zeeland och Argentina så summerades ”Sant” och ”Möjligen sant” till ”Instämmer” med varje enskilt påstående.

Back-PAQ 20 har validerats med slutsatsen att den korrelerar starkt med Back-PAQ 34 (41). Originalspråket är på engelska och framtagandet till en preliminär (Pre-Final version) svensk översättning som har gjorts av Patrik Numanovic vid Göteborgs Universitet (42). Vid implementeringen av formuläret till aidaform.com uteblev fråga 18 från formuläret på grund av den mänskliga faktorn.

Den andra delen avseende ländryggsmärta, även den obligatorisk, bestod av fyra påståenden från Peter O’Sullivan et al. (43) som översattes fritt till svenska. I den presenteras tio vanliga myter kring ländryggsmärta och av dessa påståenden valdes fyra stycken:

”Ryggsmärta är orsakat av dålig hållning när man sitter, står eller lyfter.”

”Ryggsmärta är orsakat av en svag bål.”

”Det är viktigt att röntga ryggen för att hitta orsaken till ryggsmärta.”

”Behandlingar som medicinering, injektioner och kirurgi är effektiva och nödvändiga för att behandla ryggsmärta”

I enkäten fick deltagarna svarsalternativ på en 1–5 likert-skala där 1-”Falsk” och 5-”Sant”.

Sista delen var frivillig i sin helhet och bestod av fyra beskrivningar om hur man ser på kroppen och ländryggsmärta, fritt översatta från Setchell J et al. (44), samt ett femte alternativ *”ingen förklaring stämmer in bra”*. Deltagarna i studien fick i denna del välja det alternativ som de tyckte stämde bäst överens med deras synsätt. Slutligen ställdes en öppen fråga där deltagare kunde lämna egna kommentarer om vad de tror har påverkat sin syn på ländryggsmärta.

Databearbetning och analys

Deskriptiv statistik och statistisk analys beräknades och utfördes i SPSS V.27.0 för Windows operativsystem (SPSS, Inc, Chicago, Illinois, USA).

För Back-PAQ så inverterades fråga 1 samt 17 innan beräkning. Den summerade poängen beräknades som procent av maxpoäng vilket blev 100% (95 poäng) och minimumpoängen 20% (19 poäng) (39). Poängen omvandlades till procent av totalen för att förenkla eventuella jämförelser med andra studier som använt sig av Back-PAQ 34 formuläret. Resultaten från Back-PAQ presenterar den summerade skalan med medelvärde och standardavvikelse. Resultatet för varje enskild fråga presenteras i bilaga 1.

Svarsalternativen ”Sant” och ”Möjligen sant” på O’Sullivan et al. myter om ländryggsmärta grupperades ihop till ”instämmer” och presenteras som procent av de som instämmer med respektive påstående. Från Setchell et al. så presenteras enbart de som instämmer med förklaringen att *”Kroppen är som en maskin”* i procent. Detta då det är det svarsalternativ som starkast avviker från övriga och som skulle kunna visa på ett biomekaniskt synsätt (44).

Resultaten jämfördes mellan män och kvinnor, individer med respektive inte med utbildning/verksamma inom vård och omsorg, samt olika grupper inom vård och omsorg (där såväl individer inom utbildning och de yrkesverksamma inom samma område slås samman till en grupp). Eventuella skillnader mellan kön samt mellan individer med och utan vårdyrken analyserades. Könstillhörigheten “annat” exkluderades från den statistiska analysen då deltagarantalet bedömdes vara för lågt. Gränsen för signifikanta P-värden sattes vid <0.05. För de fyra frågorna från Peter O’Sullivan et al utfördes ett icke-parametriskt Chitvå test för jämförelse avseende andelen som svarat på påståendena i respektive grupp, detta för att det icke var en normalfördelning på datan. För Back-PAQ:s summerade poäng gjordes jämförelser genom ett parametriskt ANOVA-test där både kön och yrke inom vård och omsorg respektive icke-vård och omsorg inkluderades som oberoende variabler, med ytterligare justering för ålder. Tester utfördes inte gällande jämförelsen mellan olika vårdyrken, då antalet grupper var så pass många, och antalet deltagare inom vissa vårdyrken var få.

Etiska ställningstaganden

Samtliga deltagare i enkäten informerades skriftligt om bakgrunden med enkäten, att deltagandet var frivilligt, anonymt samt att deltagandet kunde avslutas när som helst. Alla deltagare var myndiga (över 18 år) och gav sitt samtycke att delta genom att godkänna samtyckeskravet och svara på den webbaserade enkäten online. Enkäten avslutades med att deltagaren fick ange mailadress om den ville ta del av studiens resultat. Denna datainsamling var separerad från resterande enkätinnehåll, och angivna mailadresser kunde därmed inte kopplas till den insamlade datan.

Resultat

Demografi

Totalt svarade 1303 individer på enkäten. Två deltagare exkluderades från studien på grund av ålder. De deltagare som hade haft ländryggsmärta någon gång de senaste 12 månaderna var 40.7% (n=530). De deltagare som aldrig har haft någon erfarenhet av smärta i ländryggen utgjordes av 6.7% (n=87) (tabell 1 och 2).

Tabell 1. Deltagare: demografisk karaktäristiska vid undersökning uppdelat på kön.

Demografiska variabler	Alla	Kvinnor	Män	Annat
Antal % (n)	100 (1301)	69.4 (903)	30.2 (393)	0.4 (5)
Ålder medel ± SD (min-max)	40.6 ± 12.8 (18-80)	42 ± 13.0 (18-80)	37.2 ± 11.8 (18-79)	37.4 ± 3.1 (34-40)
Högsta utbildningsnivå % (n)				
Gymnasium, folkhögskola	25.8 (349)	27.8 (251)	24.9 (98)	-
Universitet ≤ 3år (kandidat)	40.6 (528)	41.7 (377)	37.7 (148)	60 (3)
Universitet >3 år (master)	26.1 (340)	24.5 (221)	30 (118)	20 (1)
Forskarutbildning	5.2 (68)	4.7 (42)	6.6 (26)	
Grundskola, folkskola	1.2 (15)	1.2 (11)	0.8 (3)	20 (1)
Erfarenhet av ländryggsmärta % (n)				
Ont nu	29.7 (387)	31.2 (282)	26.2 (103)	40 (2)
Ont senaste 12 mån	40.7 (530)	39.1 (353)	44.8 (176)	20 (1)
Ont för längre än 12 mån sedan	22.8 (297)	23.1 (209)	22.1 (87)	20 (1)
Aldrig	6.7 (87)	6.5 (59)	6.9 (27)	20 (1)
Arbetar/studerar inom vård & omsorg % (n)				
Ja	56.4 (734)	66.6 (601)	33.6 (132)	20 (1)
Nej	43.6 (567)	33.4 (302)	66.4 (261)	80 (4)

SD = Standardavvikelse.

Tabell 2. Deltagare: demografisk karaktäristika vid undersökning uppdelat på vårddycken.

Demografiska variabler	Arbetar/Studerar inom vård		Vårddycken					
	Nej	Ja	FT/SJG	USK	SSK	Läkare	AT	Andra vårddycken
Antal % (n)	43.6 (567)	56.4 (734)	(207)	(152)	(48)	(63)	(141)	(123)
Ålder medel ± SD (min-max)	41.3 ± 13.3 (18-79)	40 ± 12.3 (19-80)	37.5 ± 11.6 (19-80)	47.6 ± 10.9 (21-66)	40.5 ± 13.1 (20-69)	30.1 ± 10.8 (20-62)	38.4 ± 11.0 (20-69)	41.3 ± 13.3 (21-72)
Kön % (n)								
Kvinnor	53.3 (302)	81.9 (601)	77.3 (160)	95.4 (145)	77.1 (37)	60.3 (38)	93.6 (132)	72.4 (89)
Män	46 (261)	18 (132)	22.7 (47)	4.6 (7)	22.9 (11)	39.7 (25)	6.4 (9)	26.8 (33)
Annat	0.7 (4)	0.1 (1)	-	-	-	-	-	0.8 (1)
Högsta utbildningsnivå % (n)								
Gymnasium, folkhögskola	27 (153)	26.7 (196)	5.8 (12)	89.5 (136)	4.2 (2)	22.2 (14)	2.8 (4)	22.8 (28)
Universitet ≤ 3 år (kandidat)	30.5 (173)	48.4 (355)	67.6 (140)	7.2 (11)	62.5 (30)	11.1 (7)	85.1 (120)	38.2 (47)
Universitet >3 år (master)	32.6 (185)	21.1 (155)	22.7 (47)	1.3 (2)	31.3 (15)	55.6 (35)	10.6 (15)	33.3 (41)
Forskarutbildning	8.1 (46)	3 (22)	3.9 (8)	-	2.1 (1)	11.1 (7)	1.4 (2)	3.3 (4)
Grundskola, folkskola	1.8 (10)	0.7 (5)	-	2 (3)	-	-	-	1.6 (2)
Erfarenhet av ländryggsmärta % (n)								
Ont nu	30 (170)	29.6 (217)	12.1 (25)	49.3 (75)	29.2 (14)	20.6 (13)	38.3 (54)	29.3 (36)
Ont senaste 12 mån	41.4 (235)	40.2 (295)	48.3 (100)	34.9 (53)	35.4 (17)	25.4 (16)	41.1 (58)	41.5 (51)
Ont för längre än 12 mån sedan	22.6 (128)	23 (169)	30.4 (63)	15.1 (23)	25 (12)	33.3 (21)	16.3 (23)	22 (27)
Aldrig	6 (34)	7.2 (53)	9.2 (19)	0.7 (1)	10.4 (5)	20.6 (13)	4.3 (6)	7.3 (9)

SD = Standardavvikelse. FT/SJG = Fysioterapeut/Sjukgymnast. USK = Undersköterska. SSK = Sjuksköterska. AT = Arbetsterapeut.

Back-PAQ

Medelvärdet för Back-PAQ-score i hela gruppen var 56.4 [SD ±12.9]. Jämförelse mellan könen kunde inte påvisa någon statistisk signifikant skillnad ($p=0.213$) (tabell 3). Svaren på samtliga frågor kan ses i bilaga 1.

Gruppen som studerade eller arbetade inom vården hade signifikant lägre medelpoäng på back-PAQ än de som inte gjorde det ($p=0.05$).

Påståenden om ländryggsmärta (O'Sullivan)

En klar majoritet av deltagarna instämde med påståendet att ”Ryggsmärta är orsakat av dålig hållning när man sitter, står eller lyfter” samt ”Ryggsmärta är orsakat av en svag bål”. Vid könsjämförelsen instämde kvinnorna i signifikant högre utsträckning på de ovan nämnda påståendena och att ”Det är viktigt att röntga ryggen för att hitta orsaken till ryggsmärta” (tabell 3).

Jämförelsen mellan vårddycken visade att en majoritet inom samtliga yrkeskategorier instämde i att ryggsmärta orsakas av dålig hållning och av svag bål. Emellertid förekom inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna vård och icke-vård beträffande andelen som instämde med påståendet (tabell 4).

Tabell 3. Resultat: Påstående 1–4 anges i % av hur många deltagare som instämmer med det.

	Könsjämförelse			
	Alla <i>n</i> = 1301	Kvinna <i>n</i> = 903	Man <i>n</i> = 393	P-värde ¹ -
1. Ryggsmärta är orsakat av dålig hållning när man sitter, står eller lyfter (%)	73.9	76.3	68.2	0.002
2. Ryggsmärta är orsakat av en svag bål (%)	73.9	78.2	64.1	0.000
3. Det är viktigt att röntga ryggen för att hitta orsaken till ryggsmärta (%)	19.3	21.4	14.8	0.006
4. Behandlingar som medicinering, injektioner och kirurgi är effektiva och nödvändiga för att behandla ryggsmärta (%)	10.8	10.5	11.7	0.529
Back-PAQ Score* <i>medel ± SD</i>	56.4 ± 12.9	56.0 ± 13	57.2 ± 12.7	0.213

*Max 100 poäng, hög poäng motsvarar mer ohjälpsamma föreställningar om ländryggssmärta.

¹ Chitvå test användes för statistisk analys för fråga 1–4. För Back-PAQ score användes ANOVA-test. P-värde <0.05 anses som signifikant.

Tabell 4. Resultat: Påstående 1–4 anges i % av hur många deltagare från respektive kategori som instämmer med det.

	Arbetar/studerar inom vård			Jämförelse mellan vårdyrken					
	Nej <i>n</i> = 567	Ja <i>n</i> = 734	P-värde ¹ -	FT/SJG <i>n</i> = 207	USK <i>n</i> = 152	SSK <i>n</i> = 48	Läkare <i>n</i> = 63	AT <i>n</i> = 141	Andra vårdyrken <i>n</i> = 123
1. Ryggsmärta är orsakat av dålig hållning när man sitter, står eller lyfter (%)	76.2	72.1	0.094	52.7	87.5	72.9	73	84.4	70.7
2. Ryggsmärta är orsakat av en svag bål (%)	75.8	72.3	0.155	51.7	76.3	81.3	77.8	88.7	77.2
3. Det är viktigt att röntga ryggen för att hitta orsaken till ryggsmärta (%)	19.4	19.2	0.931	5.8	46.1	22.9	9.5	13.5	18.7
4. Behandlingar som medicinering, injektioner och kirurgi är effektiva och nödvändiga för att behandla ryggsmärta (%)	10.8	10.9	0.935	6.3	17.8	10.4	9.5	11.3	10.6
Back-PAQ Score* <i>medel ± SD</i>	59.0 ± 11.4	54.3 ± 13.6	<0.05	42.5 ± 10.8	66.9 ± 9.4	58.3 ± 10.3	54.4 ± 11.1	56.6 ± 9	54.6 ± 12.4

*Max 100 poäng, hög poäng motsvarar mer ohjälpsamma föreställningar om ländryggssmärta.

FT/SJG = Fysioterapeut/Sjukgymnast. USK = Undersköterska. SSK = Sjuksköterska. AT = Arbetsterapeut.

¹ Chitvå test användes för statistisk analys för fråga 1–4. För Back-PAQ score användes ANOVA-test. P-värde <0.05 anses som signifikant.

Beskrivning av ländryggsmärta (Setchell)

Av totalt 1301 deltagare i studien valde 1012 deltagare att svara på den frivilliga delen beträffande vilket påstående som beskriver ländryggssmärter. Av de fem alternativ som fanns att välja på så har det första alternativet ”kroppen som en maskin” presenterats i tabell 5.

Tabell 5. Resultat: Andel inom olika grupper (kön, vårdyrke) som instämmer med att kroppen är som en maskin.

	Alla <i>n</i> = 1012	Kvinnor <i>n</i> = 721	Män <i>n</i> = 287	Arbetar/studerar inom vård & omsorg		Vårdyrken					Andra vårdyrken <i>n</i> = 98
				Ja <i>n</i> = 573	Nej <i>n</i> = 439	FT/SJG <i>n</i> = 157	USK <i>n</i> = 112	SSK <i>n</i> = 36	Läkare <i>n</i> = 55	AT <i>n</i> = 115	
Kroppen är som en maskin, bäst beskriven som biomekanisk eller anatomisk. Likt en maskin kan kroppen gå sönder och ibland lagas. Ryggsmärta upplevs för att något är trasigt. % (<i>n</i>)	11.2 (113)	10.1 (73)	13.9 (40)	8 (46)	15.3 (67)	0.6 (1)	20.5 (23)	16.7 (6)	3.6 (2)	6.1 (7)	7.1 (7)

Diskussion

Deltagarnas uppfattningar kring ländryggssmärta visar att de generellt fanns få skillnader mellan gruppernas Back-PAQ poäng, undantaget fysioterapeuter och undersköterskor. Där de förstnämnda hade ett generellt lägre poängsnitt och undersköterskor ett högre. Det fanns däremot en signifikant skillnad i poäng mellan de som arbetade/studerade inom vården och de som inte gjorde det. De inom vården hade en lägre poäng än övriga vilket indikerar att mindre ohjälpsamma föreställningar fanns inom gruppen. Beträffande skillnaden mellan män och kvinnor fanns det en signifikant skillnad i O'Sullivan's påståenden kring ländryggsmärta. Kvinnor instämde i högre utsträckning på påståendena om att ryggsmärta orsakades av dålig hållning, svag bål och att röntgen var viktigt för att hitta orsaken till ryggsmärtan.

Att ryggsmärta skulle vara orsakad av dålig hållning i sittande, stående och vid lyft saknar i dagsläget evidens (45, 46). Det har visats att dessa föreställningar leder till ökad rörelserädsla, oro, lägre självständighet samt kan leda till en högre grad av funktionsnedsättning (47). Vidare finns det en rad studier gällande att det inte går att säkerställa ett orsak- och verkanssamband mellan hållning och ryggsmärta (46, 48-50). Beträffande bålstabilitet har det inte heller kunnat visats att det finns ett direkt orsakssamband mellan stabilitet och ländryggsmärta, och att träna bålstabilitet är inte effektivare än annan träning när det gäller smärtlindring (6, 51-54).

Påståendet i enkäten att röntgen skulle vara nödvändigt för att hitta orsaken till ländryggsmärtan saknar även det evidens (55, 56). Bilden som produceras vid exempelvis slätröntgen stämmer dåligt överens med patientens symtombild och ger ingen förklaring kring orsaken av ryggsmärtan (55). En sådan röntgen visar skelettets uppbyggnad samt struktur och bör endast användas om det föreligger misstankar om någon allvarligare typ av sjukdom eller att sedvanlig behandling inte gett något önskvärt resultat. Röntgen bör inte användas som någon generell intervention för att hitta orsaken till ospecificerade ländryggssmärta (55, 56). Utöver röntgen går det även att använda

annan bilddiagnostik, tex MR-kamera. Emellertid behöver eventuella fynd vid sådan diagnostik inte innebära en kausalitet mellan fyndet och symtomen. Exempelvis gjordes en systematisk litteraturöversikt där 90% av de äldre och 50% av yngre vuxna som granskades hade degenerativa strukturer med stora variationer i hur deras respektive ländrygg såg ut. Gemensamt för samtliga var dock att de var helt symptomfria trots fynd vid bilddiagnostik (57).

Vården som ett första led i mötet med ländryggssmärta

Av de som i studien identifierade sig som fysioterapeuter/sjukgymnaster (207 stycken) ansåg drygt hälften att ryggsmärta orsakas av hållningen och/eller att ryggsmärta orsakas av en svag bål (52.7% respektive 51.7%). Bland läkare var det 73% respektive 77.8% som instämde i detta påstående, men med ett mindre deltagarantal på 63 stycken. En studie på en australiensk population visade att 89% av patienter fick sitt synsätt på smärtan från sin vårdgivare (44). Det är inte helt otänkbart att vårdgivare i Sverige skulle kunna ha liknande påverkansgrad hos vårdtagare. En Svensk studie visade att av 271 fysioterapeuter rapporterade 94% att de gav råd om hållning vilket också var den vanligaste behandlingen som gavs (58). I Grekland uppgav 93.9% av 544 fysioterapeuter att hållning hade stor betydelse för deras kliniska arbete (59). Få fysioterapeuter följer evidensbaserade riktlinjer vad gäller behandlingen av ländryggssmärta; enbart 35% av de behandlingar som ges följer kliniska riktlinjer, medan 44% av de behandlingar som ges är sådana som inte rekommenderas, och 72% av behandlingarna är helt utan rekommendation (60). Graden av följsamhet till evidensbaserade riktlinjer gällande ländryggssmärta har inte heller förändrats sedan 1990 (61).

Det är av stor betydelse att fysioterapeuten/sjukgymnasten förmedlar en uppfattning som är förankrad i vetenskap. I Sverige har det tidigare inte funnits några nationella riktlinjer för fysioterapeuter avseende ländryggssmärta. Ett projekt vid Linköping Universitet har lett fram till ett vårdprogram "BättreRygg" som syftar till att skapa riktlinjer kring ländryggssmärta (62). Dessa riktlinjer är skapade efter de nationella riktlinjer som finns i Danmark (63) och England (64). Det som graderas ha högst evidens och som torde vara den primära interventionen är rådgivning om positiv prognos, uppmuntran till fysisk aktivitet och undvika sängliggande (65).

Back-PAQ har använts i liknande studier i andra länder, och med varierande resultat. Ser vi på specifika påståenden från Back-PAQ så finns det en skillnad mellan olika populationer. I vår studiegrupp från Sverige så instämmer 78.8% med att det är bra att böja på sin rygg, medans i Nya Zeeland (66) och Argentina (40) var det 59.3% respektive 56.1%. I Sverige såg vi också att enkom 30.8% instämmer med att man bör undvika en aktivitet eller rörelse som orsakar ryggsmärta, medans det var 58.9% och 57.3% i Nya Zeeland och Argentina. Generellt så hade vår studiegrupp en större andel med hjälpsamma föreställningar relativt till de andra studierna, men det är inte att säga att det är hjälpsamma föreställningar över lag. Tex instämde 50.1% av deltagarna med påståendet att ryggen slits ut av överansträngning, jämfört med 51.8% i Nya Zeeland och 29.9% i Argentina. Fler skillnader kan ses i tabell 6.

Tabell 6. Hur många som svarat "Sant" eller "Delvis sant" på Back-PAQ, uttryckt i %.

Back-PAQ frågor	Sverige N = 1301	Nya Zeeland N = (..)	Argentina N = 1092
1. Att böja din rygg är bra för den	78.8	59.3 (589)	56.1
2. Det är lätt att skada din rygg	59	89.3 (597)	69.6
3. Om du överanstränger din rygg kommer den att slitas ut	50.1	51.8 (598)	29.9
4. Om en aktivitet eller rörelse orsakar ryggsmärta bör du undvika den i framtiden	30.8	58.9 (594)	57.3
5. Du skulle kunna skada din rygg om du inte är försiktig	77	94.9 (592)	94.7
6. Ryggsmärta innebär att man har skadat sin rygg	15.4	56.5 (598)	26.5
7. En plötslig skarp smärta i ryggen kan vara det första tecknet på en allvarlig skada	56	63.9 (598)	64.9
8. Att ha ryggsmärta gör det svårt att njuta av livet	85.4	94.1 (595)	87.5
9. Det är värre att ha ont i sin rygg än i sina armar eller ben	56.3	72.1 (595)	64.2
10. Det är svårt att förstå hur det är att ha ont i ryggen om man aldrig haft det själv	82.7	92.9 (592)	76.3
11. Om din rygg gör ont bör du ta det lugnt tills smärtan går över	25.9	69.3 (590)	34.2
12. Om du ignorerar ryggsmärta kan du skada din rygg	63.1	89.3 (598)	87.9
13. Det är viktigt att söka vård när du har ont i ryggen	45.6	84.8 (593)	94.8
14. För att kunna behandla ryggsmärta effektivt behöver du veta exakt vad som är fel	44.6	86.2 (594)	92.1
15. Om du har ont i ryggen bör du undvika träning	5.4	24.9 (595)	27.5
16. När du har ont i ryggen är risken med intensiv träning större än nyttan	40.2	55.1 (593)	64.7
17. Om du har ont i ryggen bör du försöka fortsätta vara aktiv	88.1	80 (595)	65.3
18. Har du en gång haft ont i ryggen finns alltid en svaghet ¹	-	51.8 (597)	30.2
19. Det finns en stor risk att när du väl har fått ont i ryggen så kommer det inte gå över	15.5	43.5 (596)	40.9
20. När du har fått ett ryggproblem finns det inte mycket du kan göra åt det	2.9	15.9 (596)	5.7

¹ Fråga 18 uteblev från undersökningen.

Studiens begränsningar

Det finns en del begränsningar avseende denna studie som bör lyftas fram. Det går inte med säkerhet räkna ut någon svarsfrekvens för enkäten, då den delades via de sociala plattformarna Facebook och Twitter. Det går inte att få någon data på hur många som såg enkäten och hur många som därefter valde att genomföra den.

Avseende själva ämnet som enkäten belyste, så är det sannolikt personer som har eller tidigare har haft erfarenheter av ländryggsmärta som i högre grad varit benägna att delta. Något som kan tala för att så var fallet är att våra deltagare låg något över snittet beträffande prevalensen för ländryggsmärta (7, 8). Även det faktum att enkäten delades via sociala medier kan ha orsakat en selektionsbias. Deltagarnas svar visar på en livstidsprevalens på 93.2% och en årsprevalens på 63.5%. Några kommentarer bör också nämnas kring ordvalet "ländryggsmärta". Som en del av deltagarna påpekade via epost så kan det betyda mycket olika saker, vilket kan göra det svårt att välja något alternativ som passar in. Några av deltagarna uttryckte ett önskemål att kunna få möjlighet till ett "det beror på..." alternativ. Vi valde dock att låta huvuddelen av enkäten bestå av Back-PAQ 20 frågorna som är validerade även om just den svenska översättningen ännu inte är fullt validerad.

Några aspekter bör även beaktas gällande grupperingen av de olika vårdyrkena. Då såväl studerande som yrkesverksamma slogs samman så kan det innebära att resultatet präglats av individer med skilda erfarenheter och kunskap. Någon åtskillnad gjordes inte heller över hur långt någon är gången i sin utbildning eller hur länge någon arbetat inom sin yrkeskår. Någon närmare redogörelse för eventuella skillnader mellan vart i landet deltagarna är yrkesverksamma eller vid vilken fakultet de utbildar sig, har inte heller gjorts i denna studie. Man har exempelvis kunnat se att det föreligger skillnader bland fysioterapeuter beroende på vilken inriktning som utbildningen valt att ta (67, 68).

Framtida forskning

En av lärdomarna som kan dras från studien är att det fortfarande förekommer en del ohjälpsamma uppfattningar kring ländryggsmärta. Det hade varit av intresse att fördjupa sig inom detta område med olika ingångsvinklar. Först och främst vore det intressant att göra en liknande studie på en bredare population. En sådan studie skulle också kunna ta in parametrar såsom vilken region deltagarna kommer ifrån, hur länge de varit yrkessamma inom vård eller hur långt de är i sin utbildning. Ytterligare information om vilken typ av yrke personer utanför vården har, om det är fysiskt eller mer stillasittande arbete och om de speglar någon föreställning mer eller mindre.

Denna studie kan vidare ge en fingervisning om att många föreställningar som inte är förankrade i vetenskap, troligtvis, fortfarande förekommer hos många människor. Möjligen kan studien fungera som ett typ av underlag för att aktivt arbeta med att informera människor kring ämnet och ta håll på myter som cirkulerar. Några sådana kampanjer har genomförts i andra länder såsom Australien, Norge, Kanada och Skottland med blandade resultat (69-73). Av dessa olikriktade kampanjer, i syfte att ändra folks uppfattning, så gavs bäst resultat framförallt i det som genomfördes i Australien. Att göra något liknande i Sverige vore därför inte alltför långsökt. Även om en sådan medial kampanj skulle kunna vara kostsam så skulle en mer riktad kampanj kunna ske för exempelvis vårdpersonal. Inom vården är det eftersträfvansvärt att första kontakten vid ländryggsmärta antingen är ett möte hos en fysioterapeut/sjukgymnast eller en läkare (74). Den

uppfattning som vårdgivaren har kring ländryggsmärta påverkar valet av behandling samt i hög grad vilken uppfattning som patienten kommer att få (38, 44, 75). Då vårdpersonal i hög grad kan påverka patienterna så vore det att föredra att vårdgivarna inte sprider vidare ohjälpsamma föreställningar (44).

Det behövs även vidare forskning på var uppfattningarna kring ländryggsmärta primärt kommer ifrån, om de är en följd av information från vården, utbildning, anhöriga, böcker, tv osv, detta för att ge ökad kunskap om var en riktad informationskampanj kan ha störst effekt. För en djupare undersökning utav hur uppfattningar påverkar en individs liv, upplevelse och beteenden hade det även varit av intresse att utföra kvalitativ forskning med stöd utav The Common-Sense model.

Konklusion

Resultaten indikerade att det fanns flertalet ohjälpsamma synsätt kring ländryggsmärta bland studiens deltagare. Kvinnor ansåg i något högre grad än män att ryggsmärta orsakas av dålig hållning, svag bål och att röntgen är av vikt för att hitta orsaken till smärtan. De som var yrkesverksamma utanför vården hade något högre Back-PAQ poäng. Vårdpersonal hade jämförelsevis något mindre ohjälpsamma föreställningar kring ländryggsmärta än de utanför vården. Emellertid så finns det grund för att förbättra föreställningarna hos vårdpersonal då de kan påverka patienternas uppfattning.

Referenser

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*. 2020;161(9):1976-82.
2. Alcock MM. Defining pain: past, present, and future. *PAIN*. 2017;158(4):761-2.
3. Khera T, Rangasamy V. Cognition and Pain: A Review. *Front Psychol*. 2021;12:673962.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
5. Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Physical therapy*. 2011;91(5):804-19.
6. Lederman E. The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: exemplified by lower back pain. *J Bodyw Mov Ther*. 2011 Apr;15(2):131-8.
7. 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*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-67.
8. Balague F, Mannion AF, Pellise F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):482-91.
9. Christensen J, Fisker A, Mortensen EL, Olsen LR, Mortensen OS, Hartvigsen J, et al. Comparison of mental distress in patients with low back pain and a population-based control group measured by Symptoms Check List–A case-referent study. *Scandinavian journal of public health*. 2015;43(6):638-47.
10. Meints S, Edwards R. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018;87:168-82.
11. Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2021 2021/01/01;25(1):17-29.
12. Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther*. 2021 Jan-Feb;25(1):17-29.
13. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27(5):E109-E20.
14. Baird A, Sheffield D. The Relationship between Pain Beliefs and Physical and Mental Health Outcome Measures in Chronic Low Back Pain: Direct and Indirect Effects. *Healthcare (Basel)*. 2016 Aug 19;4(3).
15. Sullivan MJ. Toward a biopsychomotor conceptualization of pain: implications for research and intervention. *Clin J Pain*. 2008 May;24(4):281-90.
16. Stenner R, Swinkels A, Mitchell T, Palmer S. Exercise prescription for patients with non-specific chronic low back pain: a qualitative exploration of decision making in physiotherapy practice. *Physiotherapy*. 2016 Dec;102(4):332-8.
17. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012 Jan;16(1):3-17.
18. Bunzli S, Smith A, Schütze R, Lin I, O'Sullivan P. Making sense of low back pain and pain-related fear. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2017;47(9):628-36.

19. Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2008;48:33-60.
20. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience.* 2007 Jun 29;147(2):260-71.
21. Benedetti F. Placebo effects: from the neurobiological paradigm to translational implications. *Neuron.* 2014;84(3):623-37.
22. Colloca L, Miller FG. How placebo responses are formed: a learning perspective. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences.* 2011;366(1572):1859-69.
23. Kaptchuk TJ, Miller FG. Placebo effects in medicine. *N Engl J Med.* 2015;373(1):8-9.
24. Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley JM, Kirsch I, Hoaglin DC, Kaptchuk TJ, et al. Labeling of medication and placebo alters the outcome of episodic migraine attacks. *Science translational medicine.* 2014;6(218):218ra5.
25. Lucassen P, Olesen F. Context as a drug: some consequences of placebo research for primary care. *Scandinavian journal of primary health care.* 2016;34(4):428-33.
26. Planès S, Villier C, Mallaret M. The nocebo effect of drugs. *Pharmacology research & perspectives.* 2016;4(2):e00208.
27. Symon A, Williams B, Adelasoye QA, Cheyne H. Nocebo and the potential harm of 'high risk' labelling: a scoping review. *Journal of advanced nursing.* 2015;71(7):1518-29.
28. Dieppe P, Goldingay S, Greville-Harris M. The power and value of placebo and nocebo in painful osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage.* 2016;24(11):1850-7.
29. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet.* 2001;357(9258):757-62.
30. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Manual therapy.* 2016;24:65-74.
31. Greville-Harris M, Dieppe P. Bad is more powerful than good: the nocebo response in medical consultations. *Am J Med.* 2015 Feb;128(2):126-9.
32. Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *The Journal of Pain.* 2015;16(9):807-13.
33. Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018 Jul;48(7):519-22.
34. Loftus S. Pain and its metaphors: a dialogical approach. *J Med Humanit.* 2011 Sep;32(3):213-30.
35. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is Stronger than Good. *Review of General Psychology.* 2001;5(4):323-70.
36. Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajoy Prasad S, Rishi MK. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of 'clinical reporting': results from an RCT and blinded trials. *Eur Spine J.* 2021 Mar 21.
37. Vaegter HB, Thinggaard P, Madsen CH, Hasenbring M, Thorlund JB. Power of Words: Influence of Preexercise Information on Hypoalgesia after Exercise-Randomized Controlled Trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2020 Nov;52(11):2373-9.
38. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother.* 2017 Jul;63(3):132-43.

39. Darlow B, Perry M, Mathieson F, Stanley J, Melloh M, Marsh R, et al. The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open*. 2014 May 23;4(5):e005251.
40. Pierobon A, Policastro PO, Soliño S, Andreu M, Novoa G, Raguzzi I, et al. Beliefs and attitudes about low back pain in Argentina: A cross-sectional survey using social media. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2020 10/01/October 2020;49.
41. Krägeloh C, Medvedev ON, Dean S, Stanley J, Dowell A, Darlow B. Rasch analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *Disability and Rehabilitation*. 2020:1-8.
42. Numanovic P. Översättning, kulturell anpassning, validets- och reliabilitetsprövning av svenska Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). 2020.
43. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Sullivan K, Lin I, Bunzli S, Wernli K, et al. Back to basics: 10 facts every person should know about back pain. *Br J Sports Med*. 2020 Jun;54(12):698-9.
44. Setchell J, Costa N, Ferreira M, Makovey J, Nielsen M, Hodges PW. Individuals' explanations for their persistent or recurrent low back pain: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Nov 17;18(1):466.
45. Saraceni N, Kent P, Ng L, Campbell A, Straker L, O'Sullivan P. To Flex or Not to Flex? Is There a Relationship Between Lumbar Spine Flexion During Lifting and Low Back Pain? A Systematic Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020 Mar;50(3):121-30.
46. Swain CTV, Pan F, Owen PJ, Schmidt H, Belavy DL. No consensus on causality of spine postures or physical exposure and low back pain: A systematic review of systematic reviews. *J Biomech*. 2020 Mar 26;102:109312.
47. Slater D, Korakakis V, O'Sullivan P, Nolan D, O'Sullivan K. "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2019 Aug;49(8):562-4.
48. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational sitting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010 Mar;10(3):252-61.
49. Richards KV, Beales DJ, Smith AL, O'Sullivan PB, Straker LM. Is Neck Posture Subgroup in Late Adolescence a Risk Factor for Persistent Neck Pain in Young Adults? A Prospective Study. *Phys Ther*. 2021 Mar 3;101(3).
50. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of awkward occupational postures and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010 Jan;10(1):89-99.
51. Mannion AF, Caporaso F, Pulkovski N, Sprott H. Spine stabilisation exercises in the treatment of chronic low back pain: a good clinical outcome is not associated with improved abdominal muscle function. *Eur Spine J*. 2012 Jul;21(7):1301-10.
52. Vasseljen O, Unsgaard-Tøndel M, Westad C, Mork PJ. Effect of core stability exercises on feed-forward activation of deep abdominal muscles in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012 Jun 1;37(13):1101-8.
53. Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 Dec 9;15:416.
54. Lederman E. The myth of core stability. *J Bodyw Mov Ther*. 2010 Jan;14(1):84-98.
55. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020 Jan;54(2):79-86.

56. Cuff A, Parton S, Tyer R, Dikomitis L, Foster N, Littlewood C. Guidelines for the use of diagnostic imaging in musculoskeletal pain conditions affecting the lower back, knee and shoulder: A scoping review. *Musculoskeletal Care*. 2020 Dec;18(4):546-54.
57. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015 Apr;36(4):811-6.
58. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsen P, Larsson ME. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *J Eval Clin Pract*. 2015 Dec;21(6):1169-77.
59. Korakakis V, O'Sullivan K, O'Sullivan PB, Evagelinou V, Sotiralis Y, Sideris A, et al. Physiotherapist perceptions of optimal sitting and standing posture. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019 Feb;39:24-31.
60. Zadro J, O'Keefe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open*. 2019 Oct 7;9(10):e032329.
61. Zadro JR, Ferreira G. Has physical therapists' management of musculoskeletal conditions improved over time? *Braz J Phys Ther*. 2020 Sep-Oct;24(5):458-62.
62. Paul E, Fredrik E, Allan A, Karin S, Maria F, Birgitta Ö. Patients' experiences of the BetterBack model of care for low back pain in primary care – a qualitative interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*. 2021 01/01;16(1).
63. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2016. [citerad 28 november 2021]. Hämtad från: <https://www.sst.dk/da/%20Feeds/~~/media/1277E613BE4443EB85B16EB254E27633.ashx>
64. National Guideline C. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK) Copyright © NICE, 2016.; 2016.
65. Linköpings Universitet. Vårdprogrammet: BättreRygg [Internet]. Linköping: Linköpings Universitet. [citerad 28 november 2021]. Hämtad från: <https://liu.se/forskning/battre-rygg>
66. Darlow B, Perry M, Stanley J, Mathieson F, Melloh M, Baxter GD, et al. Cross-sectional survey of attitudes and beliefs about back pain in New Zealand. *BMJ open*. 2014;4(5):e004725.
67. Leysen M, Nijs J, Van Wilgen P, Demoulin C, Dankaerts W, Danneels L, et al. Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education: A cross-sectional study. *Braz J Phys Ther*. 2021 May-Jun;25(3):319-28.
68. Svantesson, K., & Söderberg, S. Fysioterapeutstudenters attityder till behandlingsmetoder för patienter med långvarig ospecifik ländryggssmärta [examensarbete på Internet] .Eskilstuna; Mälardalens Högskola, 2016 [citerad 1/12-2021] . Hämtad från:<https://mdh.diva-portal.org/smash/get/diva2:1086018/FULLTEXT01.pdf>
69. Rachele B, Damien J, Mary W. Population Based Intervention To Change Back Pain Beliefs And Disability: Three Part Evaluation. *BMJ: British Medical Journal*. 2001 06/23;322(7301):1516-20.
70. Suman A, Bostick GP, Battié MC, Gross DP, Schopflocher D, Russell AS, et al. Long-term evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *European Spine Journal*. 2017 09 / 01 /;26(9):2467-74.

71. Gross DP, Battié MC, Russell AS, Ferrari R, Schopflocher D, Hu R, et al. Evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Spine*. 2010 04 / 01 /;35(8):906-13.
72. Werner EL, Ihlebæk C, Lærum E, Wormgoor MEA, Indahl A. Low back pain media campaign: No effect on sickness behaviour. *Patient Education and Counseling*. 2008 01/01/January 2008;71(2):198-203.
73. Waddell G, O'Connor M, Boorman S, Torsney B. Working backs Scotland: A public and professional health education campaign for back pain. *Spine*. 2007 09 / 01 /;32(19):2139-43.
74. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*. 2012 Jun;98(2):131-7.
75. Christe G, Nzamba J, Desarzens L, Leuba A, Darlow B, Pichonnaz C. Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskelet Sci Pract*. 2021 Jun;53:102382.

Bilaga 1

Resultat: medelvärden för samtliga frågor från Back-PAQ för olika kategorier.

Back-PAQ frågor	Arbetar/Studerar inom vård									
	Män		Kvinnor		Annat		Ja		Nej	
	<i>n = 393</i>		<i>n = 903</i>		<i>n = 5</i>		<i>n = 734</i>		<i>n = 567</i>	
	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev
1. Att böja din rygg är bra för den	1.81	1.05	1.88	1.17	2.00	0.71	1.84	1.21	1.89	1.03
2. Det är lätt att skada din rygg	3.38	1.40	3.48	1.41	3.40	0.89	3.39	1.49	3.52	1.28
3. Om du överanstränger din rygg kommer den att slitas ut	3.17	1.46	3.09	1.45	2.80	0.84	2.97	1.50	3.30	1.35
4. Om en aktivitet eller rörelse orsakar ryggsmärta bör du undvika den i framtiden	2.72	1.33	2.55	1.33	2.60	0.55	2.45	1.35	2.79	1.27
5. Du skulle kunna skada din rygg om du inte är försiktig	4.12	1.22	3.91	1.32	3.80	0.45	3.84	1.41	4.14	1.11
6. Ryggsmärta innebär att man har skadat sin rygg	2.02	1.11	1.96	1.16	1.60	0.55	1.92	1.16	2.05	1.11
7. En plötslig skarp smärta i ryggen kan vara det första tecknet på en allvarlig skada	3.39	1.24	3.30	1.25	3.00	1.00	3.29	1.30	3.38	1.16
8. Att ha ryggsmärta gör det svårt att njuta av livet	4.32	0.98	4.16	1.11	4.80	0.45	4.05	1.15	4.42	0.92
9. Det är värre att ha ont i sin rygg än i sina armar eller ben	3.77	1.27	3.48	1.29	3.80	1.30	3.39	1.33	3.80	1.20
10. Det är svårt att förstå hur det är att ha ont i ryggen om man aldrig haft det själv	4.10	1.00	4.25	0.94	4.20	1.10	4.19	0.97	4.22	0.94
11. Om din rygg gör ont bör du ta det lugnt tills smärtan går över	2.43	1.33	2.30	1.26	2.40	1.14	2.16	1.24	2.56	1.30
12. Om du ignorerar ryggsmärta kan du skada din rygg	3.60	1.26	3.48	1.24	3.60	0.55	3.43	1.30	3.63	1.17
13. Det är viktigt att söka vård när du har ont i ryggen	3.00	1.25	3.12	1.28	3.20	0.84	3.06	1.29	3.11	1.25
14. För att kunna behandla ryggsmärta effektivt behöver du veta exakt vad som är fel	2.96	1.44	3.04	1.47	3.80	0.45	2.88	1.51	3.21	1.36
15. Om du har ont i ryggen bör du undvika träning	1.70	0.94	1.55	0.82	1.60	0.55	1.45	0.76	1.78	0.93
16. När du har ont i ryggen är risken med intensiv träning större än nyttan	3.01	1.30	3.01	1.25	3.40	0.89	2.84	1.27	3.23	1.22
17. Om du har ont i ryggen bör du försöka fortsätta vara aktiv	1.36	0.61	1.29	0.56	1.40	0.89	1.21	0.47	1.43	0.68
18. Har du en gång haft ont i ryggen finns alltid en svaghet ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Det finns en stor risk att när du väl har fått ont i ryggen så kommer det inte gå över	2.14	1.15	2.05	1.13	3.20	1.30	1.95	1.13	2.25	1.14
20. När du har fått ett ryggproblem finns det inte mycket du kan göra åt det	1.35	0.73	1.35	0.72	1.40	0.55	1.30	0.70	1.41	0.75
Back-PAQ Score*	57	13	56	13	59	3	54	14	59	11

Resultaten är medel på en likert-skala från 1-5. Där högre värde instämmer med påståendet. *Max 100 poäng, hög poäng motsvarar mer ohjälpsamma föreställningar om ländryggsmärta. ¹ Fråga 18 uteblev från undersökningen.

Resultat: medelvärden för samtliga frågor från Back-PAQ för olika kategorier.

Back-PAQ frågor	Fysioterapeut		Undersköterska		Sjuksköterska		Läkare		Arbetsterapeut		Annat vårdyrke	
	n = 207		n = 152		n = 48		n = 63		n = 141		n = 123	
	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev	Medel	Std. Dev
1. Att böja din rygg är bra för den	1.40	0.95	2.44	1.41	2.21	1.40	1.94	1.15	1.82	1.14	1.70	0.98
2. Det är lätt att skada din rygg	2.25	1.42	4.54	0.77	3.69	1.22	3.00	1.34	3.89	1.10	3.39	1.46
3. Om du överanstränger din rygg kommer den att slitas ut	1.98	1.35	3.89	1.24	3.48	1.20	3.06	1.46	3.13	1.31	3.07	1.46
4. Om en aktivitet eller rörelse orsakar ryggsmärta bör du undvika den i framtiden	1.94	1.19	3.09	1.41	2.83	1.33	2.49	1.26	2.48	1.33	2.33	1.27
5. Du skulle kunna skada din rygg om du inte är försiktig	2.79	1.55	4.72	0.62	4.31	1.09	4.03	1.15	4.13	1.19	3.94	1.24
6. Ryggsmärta innebär att man har skadat sin rygg	1.55	0.98	2.51	1.41	2.04	1.13	1.59	0.80	1.96	1.14	1.87	1.00
7. En plötslig skarp smärta i ryggen kan vara det första tecknet på en allvarlig skada	2.73	1.40	3.78	1.07	3.35	1.10	3.65	1.15	3.46	1.22	3.20	1.30
8. Att ha ryggsmärta gör det svårt att njuta av livet	3.41	1.29	4.70	0.63	4.08	1.05	4.19	0.93	4.05	1.15	4.22	1.02
9. Det är värre att ha ont i sin rygg än i sina armar eller ben	2.86	1.27	3.98	1.27	3.52	1.30	3.71	1.08	3.29	1.34	3.46	1.25
10. Det är svårt att förstå hur det är att ha ont i ryggen om man aldrig haft det själv	3.78	1.14	4.74	0.50	4.31	0.85	4.10	0.93	4.25	0.86	4.15	0.96
11. Om din rygg gör ont bör du ta det lugnt tills smärtan går över	1.66	1.00	2.84	1.40	2.52	1.32	2.03	1.20	2.14	1.12	2.14	1.10
12. Om du ignorerar ryggsmärta kan du skada din rygg	2.74	1.36	4.08	1.05	3.52	1.15	3.63	1.18	3.74	1.14	3.32	1.20
13. Det är viktigt att söka vård när du har ont i ryggen	2.65	1.33	3.66	1.17	3.13	1.27	2.86	1.24	3.18	1.21	2.97	1.18
14. För att kunna behandla ryggsmärta effektivt behöver du veta exakt vad som är fel	1.84	1.21	4.07	1.13	3.02	1.41	2.29	1.26	3.16	1.32	3.07	1.49
15. Om du har ont i ryggen bör du undvika träning	1.13	0.43	1.77	0.98	1.58	0.79	1.59	0.93	1.45	0.67	1.47	0.71
16. När du har ont i ryggen är risken med intensiv träning större än nyttan	2.03	1.08	3.47	1.17	3.21	1.20	2.75	1.03	3.23	1.12	2.88	1.30
17. Om du har ont i ryggen bör du försöka fortsätta vara aktiv	1.09	0.38	1.34	0.59	1.21	0.46	1.27	0.48	1.19	0.41	1.25	0.45
18. Har du en gång haft ont i ryggen finns alltid en svaghet ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Det finns en stor risk att när du väl har fått ont i ryggen så kommer det inte gå över	1.45	0.83	2.45	1.29	2.00	1.13	2.11	1.14	1.96	0.97	2.07	1.21
20. När du har fått ett ryggproblem finns det inte mycket du kan göra åt det	1.12	0.51	1.52	0.83	1.31	0.72	1.41	0.82	1.23	0.59	1.35	0.76
Back-PAQ Score*	43	11	67	9	58	10	54	11	57	9	55	12

Resultaten är medel på en likert-skala från 1-5. Där högre värde instämmer med påståendet. *Max 100 poäng, hög poäng motsvarar mer ohjälpsamma föreställningar om ländryggsmärta. ¹Fråga 18 uteblev från undersökningen.