



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete 15 hp
Hösten 2016

Följsamhet till hemträningsprogram: En enkätstudie

Författare

Oskar Persson, Filip Qvist,
Kuntong Hou
Sjukgymnastutbildningen
Lunds universitet
Oskar.persson93@gmail.com
Filipqvist@gmail.com
Kuntong.hou@gmail.com

Handledare

Frida Eek, Dr med vet
Sjukgymnastik,
Institutionen för Hälsa
Vård och samhälle
Health Sciences Centre
Baravägen 3, Lund.
frida.eek@med.lu.se

Examinator

Amanda Lundvik Gyllensten
Universitetslektor, Docent,
Med Dr, Leg. sjukgymnast
Health Sciences Centre
Baravägen 3, Lund
Amanda.lundvik_gyllensten@med.lu.se

1. BAKGRUND	1
1.1 SKADOR OCH SJUKDOMAR I DET MUSKULOSKELETALA SYSTEMET	1
1.2 HEMTRÄNINGSPROGRAM.....	1
1.3 FÖLJSAMHET TILL HEMTRÄNINGSPROGRAM.....	1
1.4 FAKTORER SOM PÅVERKAR FÖLJSAMHET	2
1.5 FYSISK AKTIVITETSNIVÅ	3
1.6 SYFTE	3
1.7 FRÅGESTÄLLNINGAR	3
2. METOD	4
2.1 STUDIEDESIGN.....	4
2.2 URVAL	4
2.3 GENOMFÖRANDE.....	5
2.4 ENKÄT	6
2.5 BEARBETNING AV DATA.....	6
2.5.1 Följsamhet.....	6
2.5.2 Kön.....	7
2.5.3 Ålder.....	7
2.5.4 Träningsfrekvens.....	7
2.5.5 Antal hemövningar.....	8
2.5.6 Fysisk aktivitetsnivå.....	8
2.5.7 Bidragande orsaker till bristande följsamhet.....	8
2.5.8 Analys av data	8
2.6 ETISKA STÄLLNINGSTAGANDE.....	8
3. RESULTAT	9
3.1 FÖLJSAMHET	9
3.2 KÖN.....	9
3.3 ÅLDER	9
3.4 TRÄNINGSFREKVENS	10
3.5 ANTAL HEMÖVNINGAR.....	10
3.6 AKTIVITETSNIVÅ	11
3.7 BIDRAGANDE ORSAKER TILL BRISTANDE FÖLJSAMHET	11
4. DISKUSSION	13
4.1 METOD	13
4.2 MÄTINSTRUMENT	14
4.3 RESULTAT.....	14
4.3.1 Följsamhet.....	15
4.3.2 Kön.....	15
4.3.3 Ålder.....	15
4.3.4 Träningsfrekvens.....	15
4.3.5 Antal hemövningar.....	16
4.3.6 Aktivitetsnivå	16
4.3.7 Bidragande orsaker till bristande följsamhet.....	17
4.4 KLINISK RELEVANS	17
4.5 KONKLUSION.....	18
5. REFERENSER	19

BILAGA 1	22
BILAGA 2	26
BILAGA 3	27

Sammanfattning

Följsamhet till hemträningprogram: En enkätstudie

Bakgrund: Skador och sjukdomar leder till besvär i det muskuloskeletala systemet, ett behandlingsalternativ för skadorna är ett ordinerat hemträningprogram av en fysioterapeut. En viktig del för att ett hemträningprogram skall få effekt är att följsamheten hos patienterna är god.

Syfte/frågeställningar: Det övergripande syftet med undersökningen var att beskriva följsamhet till hemträningprogram som rekommenderats i syfte att rehabilitera skador och sjukdomar i muskuloskeletala systemet, i den undersökta gruppen. Ett ytterligare syfte var att undersöka om det kunde ses några skillnader i nivå av följsamhet mellan olika faktorer såsom kön, ålder, träningsfrekvens, antal hemövningar och fysisk aktivitetsnivå samt vilka orsaker som uppgavs till bristande följsamhet.

Studiedesign: Tvärsnittsstudie, med retrospektivt perspektiv.

Material och metoder: Datan samlades in genom enkäter. Enkäterna besvarades av patienter som blivit tilldelade ett hemträningprogram av fysioterapeuter verksamma i primärvården. Totalt deltog 75 patienter, 31 män och 44 kvinnor.

Etik: Då undersökningen inte behandlar känsliga personuppgifter beslutade vi i samråd med vår handledare att inte genomföra en VEN-ansökan.

Resultat: 77,3 % av patienterna påvisade en god följsamhet och 22,7 % en bristfällig följsamhet. I relation till kön och följsamhet visade resultatet att följsamheten för både män och kvinnor låg på 77 %. Patienterna över 65 år påvisade den högsta följsamheten, följt av patienterna i åldern 18-40 år och patienterna i åldern 41-64 år. Resultatet för följsamhet och träningsfrekvens visade att följsamheten ökade med ökad träningsfrekvens i den undersökta gruppen. Gruppen med lägst antal hemövningar var gruppen med högst följsamhet, följt av gruppen med flest antal hemövningar och gruppen med hemövningar mellan de två andra. Följsamheten till hemträningprogrammet var högre ju högre aktivitetsnivån var hos de undersökta.

Slutsats: En bit över tre fjärdedelar av patienterna i undersökningen var följsamma till sitt hemträningprogram. Följsamheten ökade med ökad träningsfrekvens och med ökad aktivitetsnivå. Patienter som utfört under fem hemövningar och patienter över 65 år visade på den högsta följsamheten medan inga skillnader kunde ses mellan män och kvinnor. Rapporterad smärta var en frekvent återkommande orsak till bristande följsamhet i vårt urval. Vad som orsakar dessa skillnader är inte undersökt.

Nyckelord: Patientföljsamhet, hemträningprogram, fysioterapi, muskuloskeletal smärta, enkäter.

Abstract

Följsamhet till hemträningsprogram: En enkätstudie

Background: Injuries and diseases can lead to disorders in the musculoskeletal system, one treatment to the disorders can be a home-based exercise program prescribed by a physiotherapist. An important part for a successful rehabilitating is the compliance of the patient to the home-based exercise program.

Purpose: The overall purpose of this examination was to describe the patient's compliance to a home-based exercise program recommended in order to improve a disorder in the musculoskeletal system. A further purpose was to investigate if we could find any connection between different factors and level of compliance and what patients reported to deficient compliance.

Study design: Cross-sectional study with retrospective perspective.

Method: The data was collected by a self-reported questionnaire. 75 participants, 31 men and 44 women participated.

Ethics: The study is not processing any sensitive personal data, we decided in consultation with our mentor not to implement an VEN-application.

Results: The results showed that 77,3% of the patients showed a high compliance and 22,7% a lack of compliance, in the studied group. 77% of both men and women showed a high compliance. The patients over 65 years of age showed the highest compliance, followed by the patients between 18-40 years old and then by the patients between 41-64 years old. The compliance increased with increasing training frequency in the studied group. The group with the lowest amount of exercises was the group with the highest compliance, followed by the group with the highest amount of exercises and then by the group with in between. The compliance for home-based exercises was higher for those studied patients with higher activity level.

Conclusion: A bit over three-quarters of the patients in our study showed high compliance to their program. Compliance increased with increased training frequency, and with increased level of activity. Patients who performed under five home exercises and patients over 65 years of age showed the highest compliance while no differences were seen between men and women. Reported pain was a frequently recurring cause of poor adherence by the patients in our study. What causes this difference is not examined.

Key words: Patient compliance, home-based exercise, physiotherapy, musculoskeletal pain, questionnaires.

1. Bakgrund

1.1 Skador och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet

Ett flertal av olika skador och sjukdomar kan leda till besvär i det muskuloskeletala systemet. Skadorna eller sjukdomarna kan påverka olika vävnader bland annat muskler, senor, ligament, brosk, nerver och skelett. Skadorna eller sjukdomarna kan uppkomma akut eller utvecklas över tid och leda till smärta och nedsatt funktion [1]. Smärta och värk från muskuloskeletala systemet är vanligt förekommande. Omkring 70% av alla människor kommer någon gång drabbas av smärta och värk i nacke och ländrygg enligt en rapport från SBU [2]. Fysioterapeuter har en viktig roll i det rehabiliterande och förebyggande arbetet vid skador och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet [1].

Fysioterapi, eller sjukgymnastik som det tidigare benämndes har som syfte att lindra och bota skador och sjukdomar, främja hälsa, förebygga ohälsa samt att uppnå eller bevara optimal funktionsnivå. Per Henrik Ling, den svenska gymnastikens fader anses vara föregångaren till sjukgymnastiken när han under början av 1800-talet började behandla och rehabilitera skador och sjukdomar via gymnastikens rörelser samt massage och andra manuella behandlingar [3]. Sjukgymnastikens interventioner har sedan dess utvecklats till att idag ofta inkludera aktiva övningar, ett exempel är att patienten utför ett hemträningsprogram designat av fysioterapeuten [4,5,6,7].

1.2 Hemträningsprogram

Hemträningsprogram som intervention har i vissa studier visat sig vara en lika effektiv rehabiliteringsmetod som övervakad träning [8,9,10]. En studie visade att hemträning gav mindre effekt än övervakad träning på vissa funktioner men på lång sikt verkade metoderna inte skilja sig åt i studien [11]. I syfte att minska smärta och förbättra funktion vid olika skador och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet kan hemträningsprogram vara en effektiv intervention [4,5,6,7]. Hemträningsprogram bygger på patientens följsamhet till interventionen, vilket kan vara avgörande för om hemträningsprogrammet ger önskad effekt eller inte [12,13].

1.3 Följsamhet till hemträningsprogram

World health organization WHO definierade ordet compliance, (på svenska ofta översatt till följsamhet) år 2003 som “the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” [14]. Det vill säga i vilken utsträckning en persons beteende - att ta medicin, efter en diet, och/eller verkställande livsstilsförändringar, motsvarar överenskomna rekommendationer från en vårdgivare.

Följsamheten till hemträningsprogram kan mätas med hjälp av olika självskattningsmetoder. Patienten kan bland annat skriva träningsdagbok hemifrån eller skatta sin egen följsamhet genom ett formulär [15]. Studier gjorda genom olika självskattningsformulär visar på att

följsamheten till hemträningsprogram kan vara låg. I vissa studier har det visat sig att upp emot 50-70% av patienterna inte gör sina hemövningar i den rekommenderade träningsmängden [16,17,18]. Detta trots att patienter tenderar till att överrapportera mängden träning gällande frekvens, duration och intensitet vid självskattningsmetoder [19,20].

Ett annat sätt att mäta följsamhet är med en objektiv mätmetod. I en studie mätte man tid under muskelspänning med hjälp av en stretch sensor som fästes på ett elastiskt träningsband, ett Thera-band. Stretch sensorn mäter sedan hur mycket Thera-bandet blivit använt. Även då visade sig följsamheten till interventionen vara låg. patienterna i studien utförde färre repetitioner än rekommenderat, längden i de olika faserna på repetitionerna var även den kortare än rekommenderat hos patienterna. [21].

Enligt Bollen et.al finns det idag inget validitet- och reliabilitetstestat självskattningsformulär som tittar på följsamheten av hemträningsprogram, som dessutom är av god kvalitet [22]. Istället används flera olika tidigare otestade självskattningsmetoder för att bedöma följsamhet till hemträning vid olika studier [15]. Självskattningsformulär som bedömer följsamhet till mediciner är däremot mer utvecklade [23]. Ett självskattningsformulär som är väl använt är *Medicational Adherence Questionnaire (MAQ)*, som är ett instrument som bedömer följsamheten till ordinerade mediciner [24].

1.4 Faktorer som påverkar följsamhet

Locus of control, det vill säga patientens uppfattning om vem som har kontrollen över situationen samt övervakning och uppföljning av träningen är faktorer som visat sig påverka följsamheten hos patienter med kronisk ländryggsmärta [25]. Hos patienter med olika muskuloskeletal smärta har låg följsamhet visat sig vara förknippat med olika barriärer. Barriärerna kan delas in i psykologiska barriärer, sociodemografiska barriärer, fysiska barriärer och kliniska barriärer [26].

Psykologiska barriärer som påverkar följsamheten har visat sig vara låg self-efficacy det vill säga tilltron till den egna förmågan, hög nivå av depression, ångest, känsla av hjälplöshet, låg motivationsnivå [26].

Ökad smärta under träning verkar påverka följsamheten, det är den kliniska barriär som har starkast evidens. Längden på träningsperioden verkar även vara en klinisk barriär som påverkar patienternas följsamhet. En längre träningsperiod associeras med en lägre nivå av följsamhet. Det har publicerats motstridiga resultat om hög smärta vid start av behandlingen påverkar följsamheten [26]. Om antalet hemövningar i träningsprogrammet samt om träningsfrekvensen korrelerar med nivå av följsamhet verkar inte vara väl undersökt, då det i två stora systematiska review artiklar inte nämns som en undersökt faktor [25,26].

De sociodemografiska barriärerna som påverkar följsamheten har visat sig vara lågt socialt eller familjärt stöd och högre upplevda barriärer till träning. Tidigare har motstridiga resultat publicerats på om patientens kön och ålder påverkar följsamheten till hemträningsprogrammet [26].

Låg följsamhet till övningarna under behandlingen, låg nivå av följsamhet till träningen den senaste veckan och låg fysisk aktivitetsnivå har alla visat sig vara fysiska barriärer som

påverkar följsamheten. Även tävlande idrottare verkar generellt ha en högre följsamhet än motionärer [26].

1.5 Fysisk aktivitetsnivå

Fysisk aktivitet minskar bland annat risken för kardiovaskulära sjukdomar och för mortalitet, det vill säga risken att dö i förtid [27]. Personers fysiska aktivitetsnivå kan bedömas med hjälp av många olika självskattningsformulär [28]. Ett självskattningsformulär som bedömer fysiska aktivitetsnivån det senaste året är *Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale* (SGPALS) [29]. Låg aktivitetsnivå har i tidigare studier visat sig vara associerat med en låg nivå av följsamhet till fysioterapeutiska interventioner [26].

1.6 Syfte

Det övergripande syftet med undersökningen var att beskriva följsamhet av hemträningsprogram som rekommenderats i syfte att rehabilitera skador och sjukdomar i muskuloskeletala systemet, i den undersökta gruppen. Syftet var även att undersöka om det ses någon skillnad i följsamhet mellan män och kvinnor, mellan personer i olika åldrar, mellan olika rekommendationer i träningsfrekvens, mellan olika rekommendationer i antal hemövningar samt mellan personer med olika fysisk aktivitetsnivå det senaste året innan skadan, i den undersökta gruppen. Ett ytterligare syfte var att undersöka vad patienterna i den undersökta gruppen anser bidra till bristande följsamhet.

1.7 Frågeställningar

1. I vilken utsträckning följs hemträningsprogram som rekommenderats av fysioterapeut i syfte att rehabilitera skador och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, i den undersökta gruppen?
2. Ses det någon skillnad i följsamhet mellan män och kvinnor, mellan personer i olika åldrar, mellan olika rekommendationer i träningsfrekvens, mellan olika rekommendationer i antal hemövningar eller mellan personer med olika fysisk aktivitetsnivå det senaste året innan skadan, i den undersökta gruppen?
3. Vad anser patienterna i den undersökta gruppen bidra till bristande följsamhet?

2. Metod

2.1 Studiedesign

Frågeställningarna besvarades genom en kvantitativ metod, närmare bestämt en enkätundersökning. I denna tvärsnittsstudie besvarade patienterna enkäten efter en genomförd period av hemträning, en tvärsnittsstudie med retrospektivt perspektiv.

2.2 Urval

Undersökningsgruppen bestod av patienter som behandlats för skador och sjukdomar i det muskuloskeletala systemet. Hemträningsprogrammen har blivit ordinerade av fysioterapeuter arbetande på en av de sex vårdcentraler som deltagit i studien. Exakta antalet fysioterapeuter som samlat in data är okänt. Urvalet av patienter var personer som blivit valda utifrån våra inklusion- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier:

- Patienten rekommenderades att utföra sitt hemträningsprogram minst fyra hemträningstillfälle mot skador och sjukdomar i muskuloskeletala systemet, i hemmet eller oövertvakat på andra platser.
- Patienten följdes upp hos sjukgymnast/ fysioterapeut.
- Patientens hemträningsprogram var pågående eller nyligen genomfört, dvs inom två veckor från sista rekommenderade hemträningstillfället.
- Patienten var över 18 år

Exklusionskriterier

- Patienten hade ingen uppföljning hos sjukgymnast/ fysioterapeut.
- Patientens rekommenderades hemträning vid färre än fyra tillfällen.
- Patienten rekommenderas att utföra sitt sista hemträningstillfälle för över två veckor sedan.
- Patienten hade endast blivit rekommenderad promenader.
- Patienten var under 18 år

Totalt deltog 75 patienter i vår undersökning. 31 män och 44 kvinnor. Patienterna var mellan åldrarna 20 till 78 år med en medelålder på 49,7 år (SD=15,9) och en medianålder på 48 år (20-78). Patienternas skaldelokalisationer var fördelade enligt tabell 1. Patienternas hemträningsperiod pågick från mindre än en vecka till över fyra veckor, där 67 % av patienternas träningsperiod pågått i över fyra veckor (tabell 1).

Tabell 1. Träningsperiodens längd samt skadelokalisationer hos undersökningsgruppen.

Träningsperiod (antal veckor)	Antal n=75
Under 1	1 (1%)
1	7 (9%)
2	5 (7%)
3	7 (9%)
4	5 (7%)
Över 4	50 (67%)

Skadelokalisation	Antal n=75
Axel	10 (13%)
Fot	13 (17%)
Nacke, rygg	17 (23%)
Knä	12 (16%)
Höft	3 (4%)
Lår	1 (1%)
Armbåge	2 (3%)
Inga uppgifter	4 (5%)
Mer än en skadelokalisation	13 (17%)

2.3 Genomförande

För att komma i kontakt med patienter som genomfört hemträningsprogram kontaktades fysioterapeuter som arbetar i primärvården. Vårdcentralerna kontaktades via mail och telefonsamtal för att sedan träffa de ansvariga och informera om vårt arbete. De fick även se vår enkät som den såg ut vid det tillfället för att kunna ta ställning till om enkäten skulle vara relevant till deras patienter. Slutligen bestämde sig sex olika vårdcentraler för att dela ut vår enkät till sina patienter. Datainsamlingen pågick under sex månader mellan den 22/4-2016 till och med den 22/9-2016.

Enkäterna överlämnades utskrivna till fysioterapeuterna i primärvården tillsammans med patientinformation (bilaga 2) och en skriftlig information till fysioterapeuterna om bland annat vår undersökning, kontaktuppgifter och om inklusions- och exklusionskriterier (bilaga 3).

Fysioterapeuterna delade sedan ut vår enkät i pappersform tillsammans med patientinformationen och ett kuvert till patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. Patienterna fyllde sedan i enkäten på plats på vårdcentralen efter uppföljningen hos fysioterapeuten, förslöt enkäten i ett kuvert och lämnade den till sin fysioterapeut. Syftet med kuvertet var att patienterna skulle kunna svara så ärligt som möjligt utan att bli påverkade av tanken att "min fysioterapeut kommer kunna se detta". Vi samlade sedan upp de ifyllda enkäterna regelbundet under de månaderna datainsamlingen pågick.

2.4 Enkät

Datan för att besvara våra frågeställningar samlades in genom en egenutarbetad enkät (bilaga 1). Enkäten grundades på en redan existerande enkät MAQ (Medication Adherence Questionnaire) [24]. MAQ är ett självskattningsinstrument som används till att bedöma följsamhet till ordinerade mediciner. Instrumentet är reliabilitets- och validitetstestat [K,L]. Vi modifierade och anpassade MAQ för att vara relevant i relation till fysioterapi istället för medicinering och även för att den skulle besvara våra frågeställningar. Detta gjorde vi genom att översätta frågorna till svenska, formulera om frågorna så att de skulle kunna svara på våra frågeställningar. Frågorna i instrumentet som berör orsaker komprimerade vi till en fråga med olika alternativ. Detta gjorde att vi inte längre kan överföra reliabiliteten och validiteten i instrumentet till vår enkät.

För att undersöka den fysiska aktivitetsnivån hos patienterna har vi använt oss av ett instrument som kallas *Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale* (SGPALS). SGPALS publicerades ursprungligen år 1968 [29]. Sedan dess har formuläret genomgått mindre förändringar och är idag ett väl använt självskattningsformulär för att bedöma aktivitetsnivån på fritiden under det senaste året [30]. Originalenkäten användes i så stor utsträckning som möjligt då den är testad för reliabilitet och validitet [30]. Frågorna i originalenkäten är formulerade i realtid medan vår frågeställning syftade mot att undersöka aktivitetsnivån innan skadan uppstod. Därför formulerades frågorna om till perfekt, innan skadan uppstod. I övrigt är vår version av instrumentet identiskt med originalet.

Ett utkast av enkäten som den såg ut vid tidpunkten pilot-testades på fem personer som nyligen genomfört ett hemträningsprogram de fått av en fysioterapeut. Dessa fem personer fick frågan om de kunde tänka sig fylla i vår enkät och gav feedback muntligt, samtidigt som vi observerade deras reaktioner. Syftet med detta test var att observera om dessa fem personer förstod alla ord som stod i enkäten och undersöka om enkätfrågorna var tydligt formulerade och att personerna uppfattade frågorna på samma sätt.

Efter att enkäten pilot-testats och efter samråd med handledare och de fysioterapeuter i primärvården som skulle dela ut enkäten genomfördes vissa ändringar. Slutligen formades enkäten till den version som delades ut (bilaga 1).

2.5 Bearbetning av data

Första steget i processen var att sammanställa enkätsvaren digitalt. Till detta användes datorprogrammet Excel. Variablerna bearbetades enligt rubrikerna nedan.

2.5.1 Följsamhet

Följsamheten hos patienterna undersöktes genom tre frågor. Vid hur många tillfällen patienten utförde sitt hemträningsprogram jämfört med hur många tillfällen den blivit rekommenderad att utföra det, enkätfråga 5 (bilaga 1). Vid hur många tillfällen patienten utförde sitt hemträningsprogram i den rekommenderade träningsmängden eller mer, enkätfråga 6 (bilaga 1) samt till vilken grad patienten anser sig ha följt sitt hemträningsprogram, enkätfråga sju (bilaga 1). Svaren på enkätfråga 5 och 6 bildade ett

gemensamt mått på följsamhet där patienterna delades in i två grupper, patienter med god följsamhet och patienter med bristande följsamhet.

God följsamhet: Till gruppen med god följsamhet räknades de patienter som svarade att de utfört sitt hemträningsprogram vid varje tillfälle eller de flesta av tillfällena de blivit rekommenderade att utföra det, enkätfråga 5 (bilaga 1). Samt att de svarade att de vid varje tillfälle eller de flesta av tillfällena utfört sitt hemträningsprogram i den rekommenderade träningsmängden eller mer, enkätfråga 6 (bilaga 1).

Bristande följsamhet: Till gruppen med bristande följsamhet räknades de patienterna som svarade att de utfört sitt hemträningsprogram något fler än hälften av tillfällena, eller ett färre antal, enkätfråga 5 (bilaga 1). Eller att de svarade att de utfört sitt hemträningsprogram något fler än hälften av tillfällena, eller ett färre antal, enkätfråga 6 (bilaga 1). Det vill säga att patienten svarat att de på en av eller på både enkätfråga 5 och 6 (bilaga 1) utfört hemträningen fler än hälften av tillfällena, eller ett färre antal.

Utifrån svaren på enkätfrågan som undersökte till vilken grad patienterna själv ansett sig ha följt sitt hemträningsprogram, enkätfråga 7 (bilaga 1) delades patienterna in i två grupper, god följsamhet och bristande följsamhet på samma sätt som vid indelningen av det gemensamma måttet på följsamhet från enkätfråga 5 och 6. När dessa två mått på följsamhet ställdes mot varandra visade det sig att åtta svar inte överensstämde med varandra. I sex av fallen delades patienterna, enligt det gemensamma måttet på följsamhet från enkätfråga 5 och 6 in i gruppen bristande följsamhet medan de i fråga 7 uppgav att de ansåg sig själva som följsamma. I två av fallen var det på andra hållet, patienterna delades enligt det gemensamma måttet på följsamhet från fråga 5 och 6 in i gruppen med god följsamhet medan de i fråga 7 uppgav att de ansåg sig själva brustit i följsamheten.

Då det gemensamma måttet på följsamhet från enkätfråga 5 och 6 är även det ett mått på hur patienterna själv ansett sig ha följt sitt hemträningsprogram. Därför används det gemensamma måttet på följsamhet utifrån enkätfråga fem och sex vidare i resultatredovisningen.

2.5.2 Kön

Utifrån angivet kön på enkäten (bilaga 1) delades patienterna in i två olika grupper, män och kvinnor.

2.5.3 Ålder

Utifrån angivet födelseår på enkäten (bilaga 1) delades patienterna in i tre olika grupper. 18 till 40 år, 41 till 64 år och 65 år och äldre. Patienterna delades in utifrån hur gamla de är eller kommer att bli i år, år 2016.

2.5.4 Träningsfrekvens av hemträningsprogram

Utifrån angiven träningsfrekvens, enkätfråga två (bilaga 1) delades patienterna in i tre olika grupper. De som blivit rekommenderade att träna flera gånger om dagen, en gång om dagen och varannan dag eller ett färre antal gånger/vecka.

2.5.5 Antal hemövningar

Utifrån angivet antal hemövningar per träningstillfälle, enkätfråga tre (bilaga 1) delades patienterna in i tre grupper, en till fem övningar/hemträningstillfälle, sex till nio övningar/hemträningstillfälle och tio eller fler övningar/hemträningstillfälle. På de svar som angavs som ett intervall av antalet hemövningar beräknades ett medelvärde av intervallet. Om patienten till exempel uppgav att de rekommenderats att utföra fem till tio hemövningar beräknades medelvärdet (7,5) och patienten kategoriserades in i gruppen sex till nio övningar, ett halvt antal övningar avrundades uppåt.

2.5.6 Fysisk aktivitetsnivå

Utifrån angiven aktivitetsnivå sammanställdes patienternas aktivitetsnivå. Där aktivitetsnivå ett innebar en stillasittande fritid, aktivitetsnivå två innebar någon fysisk aktivitet på fritiden under minst fyra timmar per vecka, aktivitetsnivå tre innebar regelbunden måttlig fysisk aktivitet och träning under minst två till tre timmar per vecka, aktivitetsnivå fyra innebar regelbunden hård träning och tävlingsidrott (aktivitet med hög intensitet) under minst två till tre timmar per vecka, sista enkätfrågan (bilaga 1).

2.5.7 Bidragande orsaker till bristande följsamhet

Utifrån angivna bidragande orsaker till bristande följsamhet delades patienterna in i de olika svarsalternativen. Glömt att utföra hemträningsprogrammet, besvären förvärrades av hemträningsprogrammet, besvären blev bättre utförde därför inte hemträningsprogrammet, känt mig tveksam till om hemträningsprogrammet kommer att hjälpa och andra orsaker förklara gärna kort vilka, enkätfråga åtta (bilaga 1).

2.5.8 Analys av data

Andelen patienter med god respektive bristande följsamhet inom respektive grupper av kön, ålder, träningsfrekvens, antalet hemövningar och fysisk aktivitetsnivå jämfördes för att beskriva eventuella skillnader mellan grupperna i vårt urval.

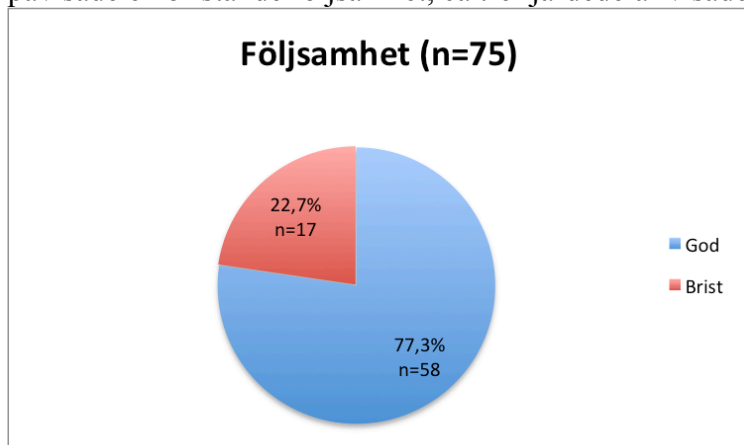
2.6 Etiska ställningstagande

Enkäterna som användes var anonyma och datan som samlades in behandlades endast på gruppnivå. Enkäterna förvarades inlåsta med tillgång endast av oss tre författare samt vår handledare. När undersökningen är avslutad kommer de ifyllda enkäterna att förstöras för att upprätthålla en god sekretess. Då undersökningen inte behandlar känsliga personuppgifter beslutade vi i samråd med vår handledare att inte genomföra en VEN-ansökan.

3. Resultat

3.1 Följsamhet

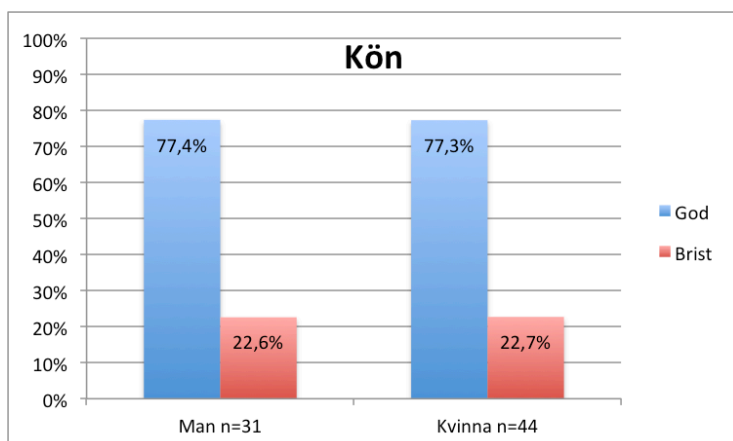
Resultatet för följsamheten visade att ca en fjärdedel av patienterna i undersökningen påvisade en bristande följsamhet, ca tre fjärdedelar visade på en god följsamhet.



Figur 1. Diagram över följsamhet för alla patienter (figur 1).

3.2 Kön

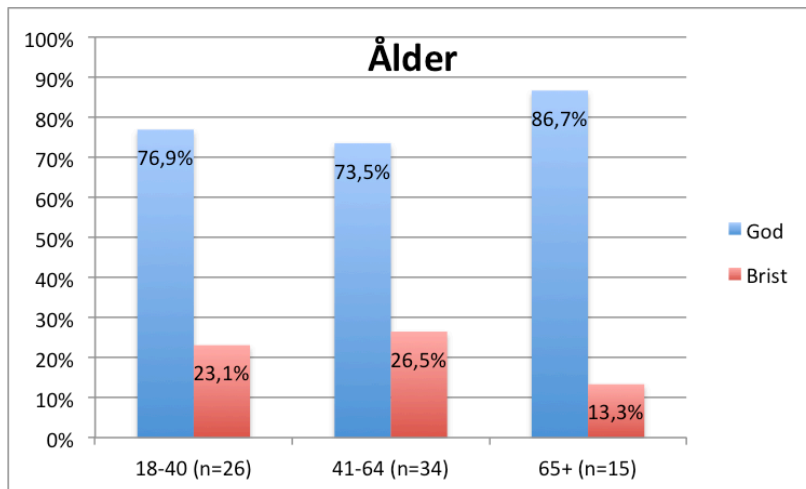
Resultatet för följsamheten i relation till kön visade att en lika stor andel kvinnor som män visade en god följsamhet procentuellt.



Figur 2. Diagram över följsamhet uppdelat i kön.

3.3 Ålder

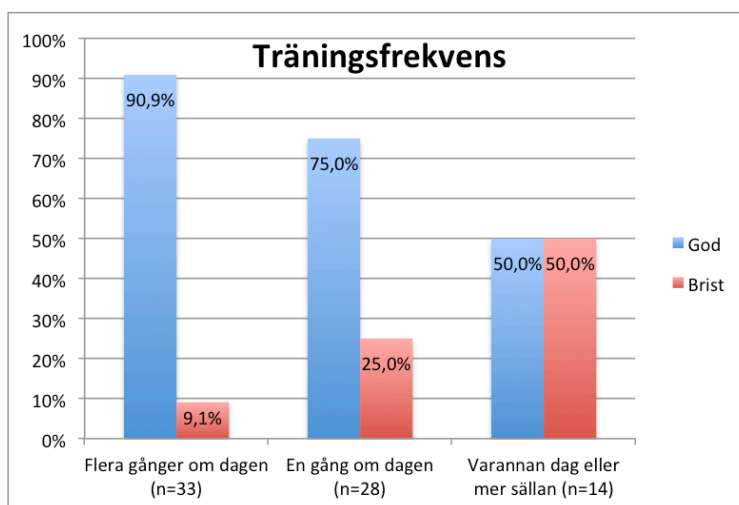
Resultatet för följsamheten i relation till olika åldrar visade att patienterna i åldrarna 65 år och äldre hade högst andel god följsamhet procentuellt. Lägst följsamhet hade gruppen med en ålder mellan 41 och 64 år. Mittemellan de två hamnade gruppen med åldrarna 18 till 40 år.



Figur 3. Diagram över följsamhet uppdelat i ålder.

3.4 Träningsfrekvens av hemträningsprogram

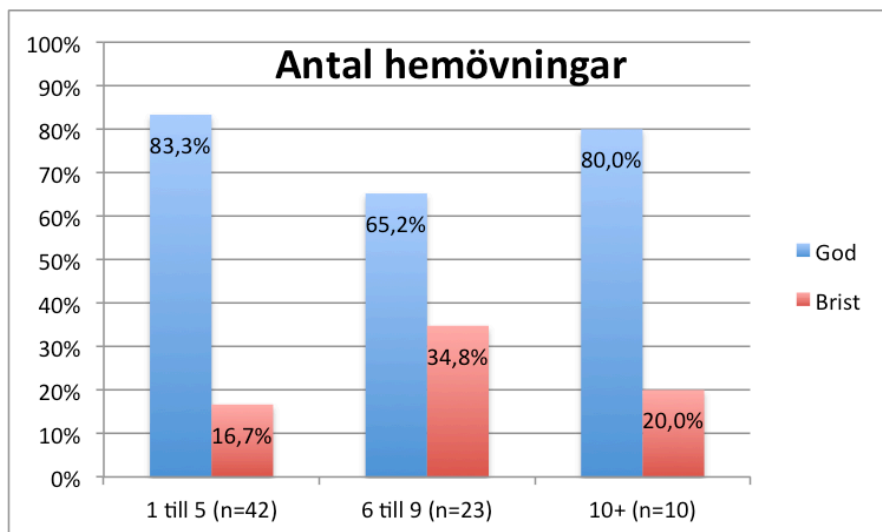
Resultatet för följsamhet i relation till träningsfrekvens visade att gruppen som fått ett program att utföra flera gånger om dagen hade den högsta procentuella andelen som visade en god följsamhet. Näst högst följsamhet hade gruppen som skulle utföra sitt hemträningsprogram en gång om dagen. Lägst andel som hade en god följsamhet fanns i gruppen som skulle utföra sitt program varannan dag eller mer sällan.



Figur 4. Diagram över följsamhet uppdelat i träningsfrekvens.

3.5 Antal hemövningar

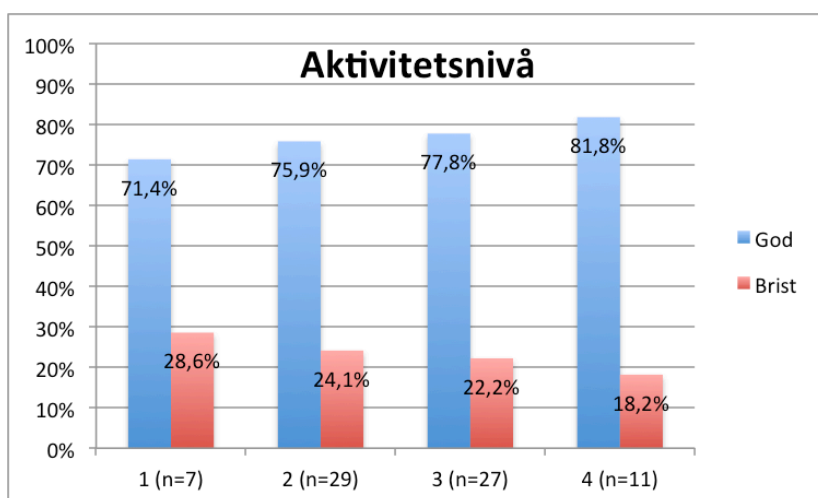
Resultatet för följsamhet i relation till antal hemövningar visade att gruppen med patienter som blivit tilldelade en till fem övningar var den gruppen med högst följsamhet. Gruppen med sex till nio övningar var den grupp som visade lägst följsamhet. Mittemellan dessa två kom gruppen som hade tio eller fler övningar.



Figur 5. Diagram över följsamhet uppdelat i antal hemövningar.

3.6 Aktivitetsnivå

Resultatet för följsamhet i relation till aktivitetsnivå visade att ju högre aktivitetsnivå gruppen hade innan skadan, desto högre visade sig följsamheten vara.



Figur 6. Diagram över följsamhet uppdelat i aktivitetsnivå innan skadan.

3.7 Bidragande orsaker till bristande följsamhet

De bidragande orsakerna som patienterna angav till bristande följsamhet är presenterade i (tabell 3). Totalt uppgavs 49 olika orsaker till bristande följsamhet då patienterna kunde kryssa i fler än en orsak. 37 patienter uppgav att de följt sitt hemträningsprogram enligt rekommendationerna i denna enkätfråga, fråga åtta (bilaga 1). Som övriga orsaker uppgavs ökad smärta sju gånger, tidsbrist tre gånger, bristande energi två gånger, resa två gånger och

arbete två gånger. Orsaker som nämndes en gång var bakfylla, planering, sjukdom, stelhet, ta sig till gym, tränat gym istället och ökade besvär av arbetet (tabell 3).

Tabell 3. Tabell över orsaker till bristande följsamhet (n=49)

Orsaker	Antal n=49
Glömt	14 (28,6%)
Besvären förvärrades	8 (16,3%)
Besvären blev bättre	3 (6,1%)
Tveksam till nyttan	2 (4,1%)
Övrigt	22 (44,9%)

4. Diskussion

I vår undersökningsgrupp visade 77 % av patienterna upp en god följsamhet och 23 % på en bristande följsamhet till sitt hemträningsprogram. Vi kunde inte observera några skillnader mellan nivå av följsamhet hos män och kvinnor. Patienterna över 65 år visade den högsta följsamheten följt av patienter i åldrarna 18-40 år och sedan av patienter i åldrarna 51-64 år. I vårt urval var hälften av patienterna följsamma till hemträningsprogrammet om de blivit rekommenderade att utföra det varannan dag eller mer sällan medan de som blivit rekommenderade att träna flera gånger om dagen var mest följsamma. Patienter som utfört en till fem hemövningar var mer följsamma än de patienterna som blivit rekommenderade att utföra sex till nio eller över tio hemövningar. Följsamheten till hemträningsprogrammet ökade med ökad aktivitetsnivå där de patienterna som tränade regelbunden hård träning varje vecka var de mest följsamma. Att smärtan förvärrades av hemövningarna var den vanligaste orsaken till bristande följsamhet följt av glömska och att besvären blev bättre.

4.1 Metod

Undersökningen gjordes med en kvantitativ metod där vi samlade in data via enkäter för att besvara våra frågeställningar. Detta gjorde vi för att vi behövde en relativt stor mängd data för att kunna se eventuella skillnader. Där finns nackdelar med en enkätundersökning. Dels vet vi sedan tidigare att personer generellt tenderar till att överskatta sin träningsvolym gällande frekvens, duration och intensitet vid självskattningsmetoder [19,20]. Vilket skulle kunna medverka till att andelen följsamma i vår undersökning är fler än i praktiken. Det behöver samtidigt inte innebära att skillnaderna mellan de olika grupperna påverkas. En enkätundersökning ger heller inte patienterna så stor möjlighet att förklara sina svar djupare då alternativen måste vara ganska så strikta för att datan ska kunna bearbetas senare. På frågan kring orsaker till bristande följsamhet, enkätfråga åtta (bilaga 1) försökte vi lösa detta med en möjlighet att kort förklara. Problemet blir då hur man ska använda den datan. I detta fall valde vi att endast presentera de olika förklaringarna kort i resultatet då det hade krävts en helt egen metod för att bearbeta den datan vidare.

För att vi skulle kunna få tillgång till patienter var vi tvungna att kontakta fysioterapeuter som arbetar i primärvården, eftersom vi är studenter. Detta ledde till att en tredje part involverades som vi inte kunde kontrollera fullt ut. Teoretiskt kunde fysioterapeuterna välja patienter de trodde hade god följsamhet för att få ett resultat de själva ville se. Detta försökte vi komma undan genom att informera om vikten att alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna skulle bli tillfrågade. Vi är dock väl medvetna om att så inte blev fallet då datainsamlingen blev så utdragen. Vår upplevelse var dock att det berodde på att fysioterapeuterna hade så mycket annat att göra och helt enkelt glömde bort enkäterna snarare än att de väntade in patienter de trodde hade god följsamhet.

Vid databearbetningen av måttet på följsamhet valde vi att ställa upp de två olika måtten av följsamhet mot varandra (2.5.1 sida 7) och såg då vissa skillnader i hur patienterna uppgav

sin följsamhet, enkätfråga 5 och 6 jämfört med hur de själva ansåg sig ha följt rekommendationerna, enkätfråga 7. Vi valde där att gå vidare med det gemensamma måttet på följsamhet från enkätfråga 5 och 6 då patientens egen definition på vad som anses vara en god eller bristande följsamhet kan variera. Till exempel ansåg sig sex patienter vara följsamma trots att de uppgav en bristande följsamhet utifrån det gemensamma måttet på fråga 5 och 6. Därför bearbetades inte fråga 7 vidare i resultatet.

4.2 Mätinstrument

Då det idag saknas ett självskattningsinstrument som är testat för reliabilitet och validitet och som dessutom är av god kvalitet [22] valde vi att utarbeta vår egen enkät. Fördelen med det var att vi kunde formulera frågorna så att de direkt svarade mot våra frågeställningar och vårt syfte. Nackdelen är att vårt instrument inte är testat för reliabilitet och validitet. Vi försökte i så stor utsträckning som möjligt använda oss av enkäten vi utgick ifrån, MAQ [25] men ganska snabbt märkte vi att stora förändringar behövde göras då vi ansåg det viktigare att frågorna i vår enkät svarade mot våra frågeställningar än att de var formulerade så likt MAQ som möjligt.

Vår enkät tycker vi själva kunde i högsta grad användas till att svara på våra frågeställningar samt till viss del att beskriva undersökningsgruppen. Om vi skulle gjort om den idag hade vi på frågan om hur ofta patienten blivit rekommenderad att utföra sitt hemträningsprogram, enkätfråga två (bilaga 1) utökat svarsalternativen då 33 patienter, 44 % svarade att de blivit rekommenderade att träna flera gånger om dagen. Kanske fanns där skillnader som vi inte kunde se i följsamhet om de blivit rekommenderade att träna två gånger om dagen eller till exempel fyra gånger om dagen. Även på frågan om hur länge hemträningsperioden pågått/pågick, enkätfråga fyra (bilaga 1) var våra svarsalternativ snedfördelade då 67 % av patienterna (tabell 2) uppgav att de tränat i över fyra veckor. Denna fråga bearbetades dock inte vidare i resultatet utan användes endast till att beskriva urvalet.

4.3 Resultat

Det är viktigt att poängtera att vårt resultat genomgående undersökt skillnader mellan olika grupper inom olika faktorer såsom kön ålder, träningsfrekvens etc samt nivå av följsamhet i vårt urval. Vi har inte undersökt kausaliteten till dessa skillnader och kan inte säga om skillnaderna beror på den undersökta faktorn eller om skillnaden beror på andra orsaker. För att undersöka kausaliteten till skillnaderna hade vi behövt randomisera och kontrollera undersökningsgruppen eller på något sätt justera för andra tänkbara orsaker till dessa skillnader, så kallade confounders. Detta hade till exempel behövts för att kunna säga att skillnaderna i följsamhet mellan äldre och yngre patienter beror på åldern och inte andra faktorer som är vanligare bland äldre, som i sig påverkar följsamheten. Hur resultatet går att överföra på befolkningen i stort kan denna studie inte påvisa.

4.3.1 Följsamhet

Resultatet visar att ca 77 % av de patienterna som gjorde vår undersökning skattade att de hade en god följsamhet, medan de resterande, ca 23 % skattade en bristande följsamhet. I relation till tidigare studier, där mellan 50- 70 % [16,17,18] visat på en bristande följsamhet har vår undersökningsgrupp en god följsamhet. Anledningen till detta kan bero på hur indelningen av god och bristande följsamhet har sett ut. Att ha gjort sitt hemträningsprogram nästan alla gånger och att ha gjort nästan alla övningar de gånger som träningsprogrammet utförts har klassats som god följsamhet i denna undersökning. Att välja vart gränserna går för vad som är en god följsamhet, spelar stor roll på hur resultatet kommer att se ut. Om vi klassat god följsamhet som att man utför all träning som programmet säger hade resultatet sett annorlunda ut, då patienter med god följsamhet hade varit betydligt färre.

4.3.2 Kön

Resultatet på vår undersökning visar att följsamhet hos män och kvinnor inte skiljer sig nämnvärt. Hos män var det 77,4 % som uppvisade en god följsamhet och hos kvinnor var denna siffra 77,3 %. Något som bör vara med i beräkningarna är att andelen kvinnor som deltog i undersökningen var något högre än andelen män. Något som innebär att tillförlitligheten blir något större i denna undersökning hos kvinnorna än hos männen. Detta resultat stämmer även väl överens med tidigare studier, där motstridiga resultat publicerats på om det kan ses skillnader mellan män och kvinnor [26].

4.3.3 Ålder

Resultatet på vår undersökning visar att åldern i vår undersökningsgrupp hade en viss betydelse för patienternas nivå av följsamhet. 86,7 % av patienterna i åldern 65+ visade sig vara följsamma medan 73,5% av patienterna i åldern 41-64 år och 77 % av patienterna i åldern 18-40 år visade sig vara följsamma till sitt hemträningsprogram. Detta är relativt små skillnader men framförallt var undersökningsgrupperna av lite olika storlek. Det är trots detta intressant att de äldsta patienterna i undersökningen hade på gruppnivå en något högre följsamhet. Tidigare studier har visat motstridiga resultat [26], så det är svårt att spekulera kring hur detta kan komma sig eller om det endast beror på slumpen i vår undersökning.

4.3.4 Träningsfrekvens av hemträningsprogram

Resultatet för vår undersökning visar att de patienterna som fått ett program som skulle utföras oftare var de personerna som hade bäst följsamhet. De patienterna som hade fått ett program som skulle utföras varannan dag eller än mer sällan, var det lika många som hade bristande följsamhet som de som hade en god följsamhet. Även om undersökningsgrupperna även här är relativt små och dessutom olika stora är det ett resultat som får oss att fundera. Tidigare studier verkar inte undersökt om det finns något samband mellan träningsfrekvens och nivå av följsamhet [25,26] vilket gör det lite intressant för oss att spekulera kring. Kanske kan detta bero på att de personer som får ett program som skall utföras ofta dels blir påmind om programmet oftare och dels för att det kanske är lite enklare övningar som tar lite kortare tid om det ska utföras varje dag. En annan spekulativ aspekt på orsaken till sambandet mellan

en lägre träningsfrekvens och en lägre följsamhet i undersökningsgruppen är att träning som ska utföras varannan dag eller mer sällan troligtvis är mer fysiskt krävande än träning som ska utföras flera gånger om dagen, vilket kanske kan leda till att träningen uteblir oftare. Vi vill dock poängtera att skillnaderna mellan undersökningsgrupperna är relativt små samtidigt som undersökningsgrupperna är av lite olika storlekar. Det är med andra ord möjligt att skillnaderna i vår undersökning beror på slumpen.

4.3.5 Antal hemövningar

Resultatet i vår undersökning visar att de patienter i vår undersökning som har fått en till fem hemövningar har en högre följsamhet än de patienterna som har fått sex till nio hemövningar och de som har fått fler än tio hemövningar. Tidigare studier verkar inte ha undersökt om det finns något samband mellan antal hemövningar och nivå av följsamhet [25,26] vilket gör det intressant för oss att spekulera kring. Att inte ge patienterna för många hemövningar är något vi upplever oss höra frekvent i vår yrkeskår och därför hade vi inför vår undersökning en hypotes om att gruppen med lägst antal hemövningar skulle ha bäst följsamhet, vilket visade sig stämma i vår undersökningsgrupp. Noterbart var även att patienterna med över tio hemövningar per hemträningstillfälle nästan visade en lika god följsamhet som de med en till fem hemövningar. Viktigt att ha med i tolkningen av resultatet är dock att skillnaderna mellan undersökningsgrupperna är relativt små, även att grupperna är av olika storlek kan spela en roll. Det vill säga att skillnaderna i vår undersökning kan bero på slumpen.

4.3.6 Aktivitetsnivå

Utifrån resultatet på vår undersökning kan man se tendenser mot att följsamheten till hemträningsprogrammet ökar med ökad aktivitetsnivå där de med högst aktivitetsnivå hade högst följsamhet och de med lägst aktivitetsnivå hade lägst följsamhet. I tidigare studier har man funnit stark evidens för att personer med låg aktivitetsnivå den senaste veckan också har en lägre följsamhet till hemträningsprogrammet. I vår undersökning har dock aktivitetsnivån mätt från året innan skadan uppstod vilket inte fullt kan likställas med aktivitetsnivån den senaste veckan då rehabträningen kan anses vara en form av aktivitet. Där såg man också att det var mer sannolikt att atleter som tävlar inom sin sport följde sitt hemträningsprogram jämfört med personer som tränar på en lägre nivå [26]. Det är intressant att vi kan se dessa tendenser på vår undersökningsgrupp. Man kan tänka sig att anledningen till detta kan vara att personer som tidigare varit vana vid att träna eller utföra någon form av fysisk aktivitet finner det enklare att anpassa sig till ett program som inkluderar träning eller någon fysisk aktivitet. Det skulle kunna göra att personerna följer programmet till en högre grad, då träning och fysisk aktivitet är sedan tidigare inräknat i vardagen. Det är även här viktigt att poängtera att grupperna i detta fallet var olika stora där till exempel endast sju personer skattade sig själva som aktivitetsnivå ett medan 29 stycken till aktivitetsnivå två. Med andra ord, slumpen kan varit en bidragande orsak till resultatet.

4.3.7 Bidragande orsaker till bristande följsamhet

Att undersöka vad patienterna i den undersökta gruppen ansåg bidra till bristande följsamhet genom vald metod har sina begränsningar. Endast en enkätfråga kanske inte får patienterna till att reflektera kring vad som egentligen påverkar följsamheten då orsakerna till varför de svarat som de gjort inte framkommer. Kanske finns det andra faktorer bidrar till att man glömt att utföra sitt hemträningsprogram än endast glömska, faktorer som tidigare studier visat till exempel psykologiska barriärer så som locus of control, self-efficacy, hög nivå av depression, ångest, känsla av hjälplöshet och låg motivationsnivå [26]. Därför finns försiktighet kring tolkningen av resultatet av denna frågeställning.

I resultatet över orsaker till varför hemträningen uteblev för patienterna i vår undersökningsgrupp visade det sig att de två största orsakerna var att patienterna glömt att utföra hemträningsprogrammet eller att de av övriga orsaker inte utfört hemträningsprogrammet. Som förklaring till bristande följsamhet i kategorin övrigt uppgav sju personer att ökad smärta var anledningen till bristande följsamhet. Det finns sedan tidigare stark evidens för att ökad smärta av övningarna kan ge lägre följsamhet [26] vilket alltså stämmer väl överens med vår undersökningsgrupp.

4.4 Klinisk relevans

Då våra resultat delvis stämmer överens med tidigare studier kan man ändå spekulera kring att följsamheten till hemträningsprogram många gånger kan vara bristande. Det är något som i kliniken kan spela stor roll för hur patienten svarar på behandlingen med hemträningsprogram [12,13]. Genom vår undersökning och genom tidigare studier kan vi även belysa vissa orsaker som kan leda till en minskad följsamhet, där ökad smärta av hemträningsprogrammet var den orsak som nämndes flest gånger av patienterna i vår undersökning. Denna orsak till bristande följsamhet kan i kliniken vara väldigt intressant där det kan vara av stor vikt att fysioterapeuten försöker kontrollera för att övningarna inte ökar smärtan om man vill att patienten ska utföra sina hemövningar enligt rekommendationerna. Det kan också vara viktigt att som fysioterapeut prata kring hur patienten ska tänka om smärta uppkommer vid övningarna, det kanske får göra lite ont under tiden övningarna utförs men att den efter en viss tid bör minska.

I vår undersökning kan man se att olika faktorer kan spela roll för i vilken utsträckning patienterna följer sitt hemträningsprogram, i vårt urval. Detta är något man även sett i tidigare studier [26]. Detta är något som är av klinisk relevans då det är viktigt att försöka förutse riskfaktorer så att man i tid kan upptäcka vilka patienter som riskerar att ha en lägre följsamhet. Vissa av faktorerna som till exempel antal hemövningar och träningsfrekvens är något fysioterapeuten själv kan styra över. Det kan då vara av stor vikt att känna till att ett lägre antal övningar och en högre träningsfrekvens eventuellt kan ha några samband med nivå av följsamhet.

4.5 Konklusion

I vår undersökningsgrupp kan det ses att nästan en fjärdedel av patienterna har haft en bristande följsamhet till sina hemträningsprogram. Man kan också se att det i undersökningsgruppen finns vissa samband mellan olika faktorer och nivå av följsamhet. I vår undersökningsgrupp sågs inget samband mellan kön och nivå av följsamhet. Visst samband mellan ålder och nivå av följsamhet där patienterna över 65 år visade högst följsamhet. Visst samband mellan träningsfrekvens och nivå av följsamhet där framförallt patienterna som blivit rekommenderade att utföra hemträningsprogrammet varannan dag eller mer sällan tydligt visade på en lägre följsamhet. Visst samband mellan antalet hemövningar och nivå av följsamhet där patienterna som blivit rekommenderade att utföra sex till nio övningar per hemträningstillfälle visade på lägst följsamhet. Visst samband mellan aktivitetsnivå och nivå av följsamhet där de med lägst aktivitetsnivå visade på lägst följsamhet och de med högst aktivitetsnivå på högst. Vi såg även att ökad smärta av hemträningsprogrammet var en frekvent rapporterad orsak till bristande följsamhet i vår undersökningsgrupp.

5. Referenser

1. Holmström E, Moritz U. Rörelseorganens funktionsstörningar klinik och sjukgymnastik. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2007.
2. SBU. Ont i ryggen, ont i nacken. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2000. SBU-rapport nr 145/1. [citerad 2016-04-27] Hämtas från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/ont-i-ryggen-ont-i-nacken/>
3. Legitimerade sjukgymnasternas riksförbund. Sjukgymnastik som vetenskap och profession [Internet]. Stockholm: Legitimerade sjukgymnasternas riksförbund; 2009. [citerad 2016-04-26]. Hämtad från: [http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20\(nytt%202014\)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf](http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20(nytt%202014)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf)
4. Alvarez RG, Marini A, Schmitt C, Saltzman CL. Stage I and II posterior tibial tendon dysfunction treated by a structured nonoperative management protocol: an orthosis and exercise program. *Foot & ankle international*. 2006;27(1):2-8.
5. Holmgren T, Björnsson Hallgren H, Oberg B, Adolfsson L, Johansson K. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2012;344:e787.
6. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2011;20(1):19-39.
7. Ben Salah Frih Z, Fendri Y, Jellad A, Boudoukhane S, Rejeb N. Efficacy and treatment compliance of a home-based rehabilitation programme for chronic low back pain: a randomized, controlled study. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2009;52(6):485-96.
8. Kuhn JE. Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al]*. 2009;18(1):138-60.
9. Handoll HH, Elliott J. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015;9:Cd003324.
10. Hohmann E, Tetsworth K, Bryant A. Physiotherapy-guided versus home-based, unsupervised rehabilitation in isolated anterior cruciate injuries following surgical reconstruction. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy : official journal of the ESSKA*. 2011;19(7):1158-67.

11. Feger MA, Herb CC, Fraser JJ, Glaviano N, Hertel J. Supervised rehabilitation versus home exercise in the treatment of acute ankle sprains: a systematic review. *Clinics in sports medicine*. 2015;34(2):329-46.
12. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of internal medicine*. 2005;142(9):776-85.
13. Pisters MF, Veenhof C, Schellevis FG, Twisk JW, Dekker J, De Bakker DH. Exercise adherence improving long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Arthritis care & research*. 2010;62(8):1087-94.
14. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: World Health Organization Scientific Group; 2003. [Citerad 2016-04-20]. Hämtad från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
15. Hall AM, Kamper SJ, Hernon M, Hughes K, Kelly G, Lonsdale C, et al. Measurement tools for adherence to non-pharmacologic self-management treatment for chronic musculoskeletal conditions: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2015;96(3):552-62.
16. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2003.
17. Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Gascon-Canovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, Collins SM. Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2009;10:155.
18. Alexandre NM, Nordin M, Hiebert R, Campello M. Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2002;12(2):86-94.
19. Sallis JF, Saelens BE. Assessment of physical activity by self-report: status, limitations, and future directions. *Research quarterly for exercise and sport*. 2000;71(2 Suppl):S1-14.
20. Yore MM, Ham SA, Ainsworth BE, Kruger J, Reis JP, Kohl HW, 3rd, et al. Reliability and validity of the instrument used in BRFSS to assess physical activity. *Medicine and science in sports and exercise*. 2007;39(8):1267-74.
21. Faber M, Andersen MH, Sevel C, Thorborg K, Bandholm T, Rathleff M. The majority are not performing home-exercises correctly two weeks after their initial instruction-an assessor-blinded study. *PeerJ*. 2015;3:e1102.
22. Bollen JC, Dean SG, Siegert RJ, Howe TE, Goodwin VA. A systematic review of measures of self-reported adherence to unsupervised home-based rehabilitation exercise programmes, and their psychometric properties. *BMJ Open*. 2014;4(6):e005044.

23. Clifford S, Perez-Nieves M, Skalicky AM, Reaney M, Coyne KS. A systematic literature review of methodologies used to assess medication adherence in patients with diabetes. *Current medical research and opinion*. 2014;30(6):1071-85.
24. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.
25. Beinart NA, Goodchild CE, Weinman JA, Ayis S, Godfrey EL. Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain: a systematic review. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*. 2013;13(12):1940-50.
26. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Manual therapy*. 2010;15(3):220-8.
27. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2006;174(6):801-9.
28. Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al. Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;128(20):2259-79.
29. Saltin B, Grimby G. Physiological analysis of middle-aged and old former athletes. Comparison with still active athletes of the same ages. *Circulation*. 1968;38(6):1104-15.
30. Grimby G, Borjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2015;25 Suppl 4:119-25.

Bilaga 1

Är du Man eller Kvinna

Vilket år är du född? _____

Vid dessa frågor finns inga rätt eller fel svar, vänligen besvara frågorna utifrån din personliga upplevelse av din nyligen genomförda eller pågående hemträningsperiod.

1. Var på kroppen uppstod besvären som var anledningen till att du sökte dig till din sjukgymnast/fysioterapeut?

2. Hur ofta rekommenderades du av din sjukgymnast/fysioterapeut att utföra ditt hemträningsprogram?

- Flera tillfällen om dagen
- Ett tillfälle om dagen
- Varannan dag
- Enstaka tillfällen i veckan
- Ett tillfälle i veckan eller mindre
- Vid behov
- Vet inte

3. Hur många olika hemövningar rekommenderades du att utföra av din sjukgymnast/fysioterapeut vid varje hemträningstillfälle?

Antal hemövningar _____

Vet inte

4. Hur länge har din hemträningsperiod pågått/pågick?

- Mer än 4 veckor
- ca 4 veckor
- ca 3 veckor
- ca 2 veckor
- ca 1 vecka
- mindre än 1 vecka
- Vet inte

5. Vid hur många tillfällen utförde du ditt hemträningsprogram jämfört med hur många tillfällen du blivit rekommenderad att utföra det?

- Vid varje tillfälle
- De flesta av tillfällena
- Något fler än hälften av tillfällena
- Cirka hälften av tillfällena
- Färre än hälften av tillfällena
- Nästan inga tillfällen alls

6. Vid hur många tillfällen utförde du ditt hemträningsprogram i den rekommenderade träningsmängden (eller mer), t.ex. antal övningar och antal upprepningar av övningarna?

- Vid varje tillfälle
- De flesta av tillfällena
- Något fler än hälften av tillfällena
- Cirka hälften av tillfällena
- Färre än hälften av tillfällena
- Nästan inga tillfällen alls

7. Till vilken grad anser du dig ha följt ditt hemträningsprogram?

- Jag har följt mina rekommendationer fullt ut
- Jag har nästan följt mina rekommendationer fullt ut
- Jag har följt mina rekommendationer till och från
- Jag har knappt följt mina rekommendationer
- Jag har inte följt mina rekommendationer över huvud taget

8. Har du under din hemträningsperiod inte gjort ditt hemträningsprogram på grund av någon/några av följande orsaker?

Du kan välja flera alternativ

- Jag har följt mitt hemträningsprogram enligt rekommendationerna
- Glömt att utföra hemträningsprogrammet
- Besvären förvärrades av hemträningsprogrammet
- Besvären blev bättre, utförde därför inte hemträningsprogrammet
- Känt mig tveksam till om hemträningsprogrammet kommer att hjälpa
- Andra orsaker, förklara gärna kort vilka

Fysisk aktivitet och motion, kryssa endast i en ruta!

**Hur mycket rörde och ansträngde du dig kroppsligt på fritiden innan besvären?
Om din aktivitet varierar mycket mellan t ex sommar och vinter, så försök att ta ett
genomsnitt. Frågan gäller det senaste året innan dina besvär uppstod.**

1. Stillasittande fritid

Du är nästan helt fysisk inaktiv: läser, ser på TV och film, använder dator eller har annan stillasittande sysselsättning på fritiden

2. Någon fysisk aktivitet på fritiden under minst 4 timmar per vecka:

Du cyklar eller promenerar exempelvis till arbetet, promenerar eller åker skidor med familjen, trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling etc

3. Regelbunden måttlig fysisk aktivitet och träning under minst 2 till 3 timmar per vecka

Du ägnar dig åt t ex tungt trädgårdsarbete, löpning, simning, motionsgymnastik, tennis, badminton eller liknande aktiviteter.

4. Regelbunden hård träning och tävlingsidrott (aktivitet med hög intensitet)

Du ägnar dig åt löpning, orientering, skidåkning, simning, fotboll, handboll etc. flera gånger i veckan

Tack för din medverkan

Bilaga 2

Följsamhet av hemträningprogram: en enkätstudie.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Vi har valt att fokusera på patienter som rekommenderats ett hemträningprogram av en sjukgymnast/fysioterapeut i primärvården mot olika skador och sjukdomar i muskuloskeletal systemet.

I denna studie undersöker vi följsamhet av hemträningprogram. Hemträningprogram är ett vanligt förekommande tillvägagångsätt som många sjukgymnaster/ fysioterapeuter använder sig av för att rehabilitera olika skador och sjukdomar. Vill därför med hjälp av denna enkät undersöka i vilken utsträckning hemträningprogram utförs och undersöka om det ses något samband mellan faktorer som kön, ålder och tidigare träningserfarenhet och graden av följsamhet, i den undersökta gruppen.

Deltagandet i denna studie innebär att du kommer fylla i en enkät skriftligt vilket beräknas ta 5 minuter. Enkäten är anonym och om du vill delta ber vi dig fylla i enkäten och lämna den till din sjukgymnast/fysioterapeut försluten i kuvertet du fått med dig. Din sjukgymnast/fysioterapeut kommer alltså inte att läsa dina svar av enkäten.

Detta deltagande är inte förenat med några uppenbara risker eller obehag för dig som medverkande.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Enkäterna kommer att behandlas anonymt, ingen obehörig kommer att få tillgång till dem. Resultaten kommer endast att presenteras på gruppnivå.

Materialet kommer att förvaras inlåst, med tillgång endast av oss tre författare och vår handledare.

Studien ingår som ett examensarbete för Fysioterapeutprogrammet i Lund.

Oskar Persson, Kuntong Hou, Filip Qvist

Studierande termin 5 på fysioterapeutprogrammet i Lund.

Kontakt:

oskar.persson93@gmail.com

filipqvist@gmail.com

kuntong.hou@gmail.com

Bilaga 3

Följsamhet av hemträningsprogram: en enkätstudie. **Information till sjukgymnaster/ fysioterapeuter**

Vi är tacksamma för att ni vill hjälpa oss med enkätutdelningen till vår kandidatuppsats. I vår uppsats undersöker vi i vilken utsträckning patienter följer sitt hemträningsprogram de fått av er sjukgymnaster/fysioterapeuter. Vi undersöker även om det ses några samband mellan nivå av följsamhet och faktorer som kön, ålder, frekvens, volym på hemträningsprogrammet och tidigare träningserfarenhet i den undersökta gruppen.

Enkäten riktar sig till patienter i primärvården som blivit rekommenderade att utföra ett hemträningsprogram mot skador och sjukdomar i muskuloskeleta systemet. Hemträningen kan ske i hemmet eller på andra platser så länge den är oövervakad, till exempel på ett gym. Vi vill alltså inkludera så många patienter som möjligt med muskuloskeletala skador och sjukdomar.

Inklusionskriterier:

- Patienten rekommenderas hemträning vid minst fyra tillfällen mot skador och sjukdomar i muskuloskeletala systemet, i hemmet eller oövervakat på andra platser.
- Patienten följs upp hos sjukgymnast/ fysioterapeut.
- Patientens hemträningsprogram är pågående eller nyligen genomfört, dvs inom 2 veckor från sista rekommenderade hemträningstillfället.
- **Patienten är över 18 år**

Exklusionskriterier

- Patienten har ingen uppföljning hos sjukgymnast/ fysioterapeut.
- Patientens rekommenderas hemträning vid färre än fyra tillfällen.
- Patienten rekommenderades att utföra sitt sista hemträningstillfälle för över 2 veckor sedan.
- Patienten har endast blivit rekommenderad promenader.
- **Patienten är under 18 år**

Vår tanke är att patienterna som uppfyller inklusionskriterierna fyller i enkäten på vårdcentralen direkt efter eller under besöket hos er. Försluter det sedan i ett kuvert och lämnar kuvertet antingen direkt till er eller i en låda eller liknande där ni sedan samlar upp dem. Det är alltså tänkt att ni inte ska kunna läsa vad era patienter svarat på enkäten. Vi kommer att ha kontakt med er under tiden och när ni samlat in enkäter under en viss tid (lite olika beroende på olika omständigheter) kommer vi och hämtar upp alla ifyllda enkäter.

Ni kommer att få ta del av resultatet av vår uppsats så fort den är publicerad. Vi tänker oss att det är ett relevant resultat för er, oavsett vad det säger. Kontakta oss gärna om ni har några frågor.

Oskar Persson, Kuntong Hou, Filip Qvist

Studerande termin 5 på fysioterapeutprogrammet i Lund.

Kontakt: oskar.persson93@gmail.com filipqvist@gmail.com kuntong.hou@gmail.com