



HÖGSKOLAN  
DALARNA

## **Examensarbete**

Magisteruppsats i Fysioterapi

### **Upplevelser av bemötande inom vården.**

---

**En kvalitativ intervjustudie med patienter med långvarig ländryggsmärta.**

**Patients' experiences of healthcare treatment: a qualitative interview study with patients with long-term low-back pain.**

Författare: Andrea Lindström, Emma Lundqvist

Handledare: Annie Palstam

Examinator: Elena Tseli

Ämne/huvudområde: Fysioterapi

Kurskod: MC3028

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 220519

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Ja

Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

## **Abstrakt**

**Bakgrund:** Ländryggssmärta är den globalt ledande orsaken till levda år med funktionsnedsättning. Långvarig ländryggssmärta (LLRS) är ett komplext tillstånd där patienterna har ett behov av att bemötas utifrån ett biopsykosocialt perspektiv. Det finns kvalitativa studier som undersökt patienters upplevelser av att leva med LLRS men få som utforskat hur dessa patienter upplever bemötandet inom vården.

**Syfte:** Att på två olika primärvårdsmottagningar i Sverige undersöka hur patienter i arbetsför ålder med LLRS upplevde att de i vårdmötet blivit bemötta av vårdpersonal när de sökt vård för sin LLRS.

**Metod:** Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tio informanter i arbetsför ålder intervjuades med en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med tematisk semantisk analys.

**Resultat:** Analysen resulterade i två huvudteman: *Det personliga mötet* och *Vårdens premisser*. Dessa kännetecknades av patienternas önskemål om att få berätta sin historia, få en förklaring, bli kliniskt undersökta och möta vårdpersonal som respekterar och bekräftar dem. Tidsbrist, en känsla av att vara i underläge samt önskan om ökad delaktighet, samarbete och planering var ytterligare upplevelser som belystes.

**Slutsats:** Denna studie visar att vårdpersonalens bemötande påverkar patienterna i stor utsträckning vilket belyser vikten av ett gott bemötande i vårdmötet samt nödvändigheten av att arbeta personcentrerat och utifrån ett biopsykosocialt perspektiv.

**Nyckelord:** biopsykosocial, fysioterapi, långvarig smärta, personcentrerad vård, primärvård

## **Abstract**

**Background:** Low back pain is the globally leading cause of years lived with disability. Long-term low back pain (LLBP) is a complex condition where patients have a need of being treated from a biopsychosocial perspective. There are qualitative studies which examine patients' experiences of living with LLBP, but only a few exploring how these patients experience the treatment in healthcare.

**Purpose:** To investigate at two different primary health care clinics in Sweden how patients of working age with LLBP experienced that they were treated in the healthcare meeting by the healthcare professional when seeking healthcare for their LLBP.

**Method:** A qualitative interview study with inductive approach. Ten men and women of working age were interviewed using a semi-structured interview guide. The interviews were transcribed literally and analysed with thematic semantic analysis.

**Results:** The analysis resulted in two main themes: "The personal meeting" and "The premises of healthcare". These were characterised by the patients' desire to be able to tell their story, get an explanation, be clinically examined, and meet healthcare professionals who respect and acknowledge them. Lack of time, a feeling of being at a disadvantage and the desire for increased participation, cooperation, and planning were additional experiences highlighted.

**Conclusion:** This study shows that the treatment by healthcare professionals affects patients widely which highlights the importance of a good treatment in healthcare and the necessity of working person-centred and from a biopsychosocial perspective.

**Keywords:** biopsychosocial, chronic pain, person-centred care, physiotherapy, primary health care

# Förord

*“I speak to everyone in the same way, whether he is the garbage man  
or the president of the university”*

- Albert Einstein

Studieförfattarna vill rikta ett stort tack till vår handledare Annie Palstam för  
ovärderlig vägledning genom hela detta arbete. Vi vill också tacka alla  
informeranter som bidragit med sina upplevelser och erfarenheter och därmed  
gjort denna studie möjlig.

# Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund</b>	7
1.1 Etiologi och patofysiologi	7
1.1.1 Ländryggssmärta	7
1.1.2 Långvarig ländryggssmärta	7
1.2 Prevalens	8
1.3 Riskfaktorer och prognostiska faktorer	8
1.4 Diagnostik	8
1.5 Rehabilitering vid ländryggssmärta	9
1.6 Hållbarhet	9
1.7 Modeller och förhållningssätt inom vården	10
1.7.1 Den biopsykosociala modellen	10
1.7.2 Personcentrerad vård	10
1.8 Möten med vården	11
1.9 Nyttan av vår undersökning	12
<b>2. Syfte</b>	12
<b>3. Metod</b>	12
3.1 Studiedesign	12
3.2 Förförståelse	12
3.3 Rekrytering och deltagarantal	13
3.4 Inklusions- och exklusionskriterier	13
3.5 Datainsamling	13
3.5.1 Konstruktion av intervjuguide	13
3.5.2 Genomförande av individuella intervjuer	14
3.5.3 Datahantering	14
3.6 Dataanalys	14
<b>4. Etiska överväganden</b>	15
<b>5. Resultat</b>	16
5.1 Det personliga mötet	17
5.1.1 Värdefullt att som patient få berätta sin historia samt att möta vårdpersonal som lyssnar och ställer personliga frågor	17
5.1.2 Klinisk undersökning av vårdpersonalen var essentiellt för ett lyckat vårdmöte	18
5.1.3 Förklaring gav trygghet och ökad förståelse för upplevda besvär och behandling	18
5.1.4 Den sympatiske vårdpersonalen som bekräftar och respekterar patienten	19
5.2 Vårdens premisser	20

5.2.1	<i>Tidsbrist minskade chansen för ett lyckat vårdmöte</i>	20
5.2.2	<i>Att vara i underläge som patient och att själv behöva ta ansvar</i>	20
5.2.3	<i>Önskemål om delaktighet, samarbete och planering</i>	21
<b>6.</b>	<b>Diskussion</b>	22
6.1	Resultatdiskussion	22
6.1.1	<i>Sammanfattning av huvudresultatet</i>	22
6.1.2	<i>Det personliga mötet</i>	22
6.1.3	<i>Vårdens premisser</i>	23
6.2	Metoddiskussion	25
6.2.1	Reflexivitet	25
6.2.2	Validitet	26
6.2.3	Relevans	28
6.3	Klinisk tillämpbarhet	28
6.4	Rekommendationer för vidare forskning	28
<b>7.</b>	<b>Konklusion</b>	29
	<b>Referenser (enligt Vancouver)</b>	30
	<b>Bilagor</b>	34
	Bilaga 1: Initial information	34
	Bilaga 2: Informationsbrev	35
	Bilaga 3: Skriftligt samtycke	37
	Bilaga 4: Intervjuguide	38
	Bilaga 5: Demografisk data	39

# 1. Bakgrund

Ländryggssmärta (LRS) är ett mycket vanligt problem världen över och den ledande orsaken globalt till levda år med funktionsnedsättning (eng. 'years lived with disability') (1,2). LRS definieras av smärtans lokalisering som vanligen är mellan nedre revbenen och glutealveckan och även kan vara åtföljd av smärta i ena eller båda benen. Upp mot 80 % av alla människor drabbas någon gång under sin livstid av LRS och endast en, relativt sett, liten andel av dessa utvecklar en långvarig smärtproblematik (3). LRS är ett symptom, och inte en sjukdom, som förekommer i alla åldrar, hos både kvinnor och män samt i höginkomst-, medelinkomst- och låginkomstländer (4). Sällan kan en specifik nociceptiv orsak till smärtan urskiljas varför de flesta, åtminstone initialt, får diagnosen ospecifik LRS (4). Personer med långvarig ländryggssmärta (LLRS) har ett stort behov av att bemötas utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, där interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala aspekter tas i beaktande (2, 5, 6). Långvarig smärta definieras enligt International Association for the Study of Pain (IASP) som smärta vilken kvarstår eller återkommer i mer än tre månader (7).

## 1.1 Etiologi och patofysiologi

### 1.1.1 Ländryggssmärta

De möjliga bakomliggande orsakerna till LRS är många men genom anamnes, fysisk undersökning och i vissa fall även radiologi, kan möjligen en förklaring till smärtan ringas in (8). Myofascial smärta, facettledssmärta, diskogen smärta, spondylos, spondylolistes, spondylolys, sakroiliacaledssmärta, spinal stenos och misslyckad ryggkirurgi är alla exempel på potentiella muskuloskeletala orsaker till LRS (3, 8).

### 1.1.2 Långvarig ländryggssmärta

Det finns sällan en tydlig orsak till vad som framkallar smärta hos en person med LLRS då det ofta saknas patoanatomiska förändringar som överensstämmer med symtombilden hos den drabbade individen. Många får därför diagnosen ospecifik LLRS istället för en specifik diagnos. En tänkbar patofysiologisk förklaring till ospecifik LLRS som växt fram under de senaste åren är central sensitisering (9). Central sensitisering innebär att det sker en ökad neuronal signalering inom det centrala nervsystemet som framkallar en ökad känslighet för nociception i sekundärneuronet i ryggmärgens bakhorn, både för normalt smärtsamma och icke-smärtsamma stimuli (9, 10). Utöver detta aktiveras kringliggande neuron vilket ger större receptoriska fält, gliavävnad och nervceller interagerar vilket leder till frisättning av pro-nociceptiva ämnen. Även sekundärneuronets aktivitet påverkas av de descenderande systemen och förändras aktiviteten i dessa kan det ytterligare öka retbarheten (9, 10). Överfört till en person med LLRS kan dessa fysiologiska processer till exempel ge ökad förståelse om varför den upplevda smärtintensiteten inte stämmer överens med patoanatomien och varför

smärtutbredningen är irrationell (9). Denna förklaringsmodell är enligt vissa forskare accepterad bland individer med långvarig smärta då den redogör för hur individen kan uppleva smärta trots avsaknad av till exempel biomarkörer eller bilddiagnostiska fynd överensstämmande med symtombilden (11).

## **1.2 Prevalens**

I en systematisk översikt beskrivs prevalensen för LLRS öka linjärt från 30 års ålder till ungefär 60 års ålder och variera mellan ungefär 4 till 20 % i åldersgruppen 20-59 år (12). I Sverige beräknas cirka 15-30 % av populationen lida av LRS (13). LLRS förekommer i ca 50 % högre utsträckning hos kvinnor än hos män (12) men könsfördelningen skiljer sig åt mellan olika länder, delvis på grund av det aktuella områdets socioekonomiska status (4).

## **1.3 Riskfaktorer och prognostiska faktorer**

Faktorer som kan bidra till utvecklandet av LRS och LLRS är exempelvis stillasittande arbete, fysiskt tungt arbete, vibration, övervikt, rökning och ålder, där högre ålder anses vara en av de vanligast förekommande riskfaktorerna (3). Tidigare ryggkirurgi nämns också som en riskfaktor till LLRS (8) tillsammans med så kallade 'gula flaggor' (psykosociala och emotionella faktorer) samt låg socioekonomisk status (3). Gula flaggor anses vara starka prediktorer för utvecklandet och vidmakthållandet av långvarig smärta (3, 8). I en systematisk översikt fann de att personer som tidigare drabbats av LRS hade större risk för att drabbas igen samt att personer med kroniska diagnoser som astma och diabetes också hade större risk att drabbas av LRS jämfört med personer utan kroniska sjukdomar (14).

## **1.4 Diagnostik**

Undersökning av personer med LRS innefattar anamnes, uteslutandet av röda flaggor (exempelvis fraktur, malignitet, infektion), klinisk inspektion och undersökning där de fynd som framkommer vid undersökningen senare kan ligga till grund för den slutliga bedömningen av individens besvär (8). En del studier har visat på svårigheten med att särskilja vad de olika fynden egentligen betyder och att det därmed också kan vara svårt att sätta en specifik diagnos (4, 15). Det finns sällan behov av bilddiagnostik i ett akut skede av LRS, bortsett från om det föreligger uttalade neurologiska bortfall då bilddiagnostik i form av förslagsvis magnetresonanstomografi (MRT) bör utföras (8). Utöver detta är flertalet forskare överens om att radiologiska undersökningar ska utföras sparsamt och ej rutinmässigt när det handlar om patienter med LRS och LLRS (3, 8, 9). Detta eftersom undersökningarna dels inte tycks förbättra de drabbade individernas utfall och dels för att avvikande fynd på MRT har setts hos både symtomatiska och asymtomatiska personer, vilket gör att det är svårt att dra någon slutsats kring huruvida dessa abnormaliteter har betydelse eller ej (3, 8, 9). Hos personer under



50 år verkar dock avvikande fynd på MRT ha större korrelation med symtombild jämfört med hos äldre personer (4).

### **1.5 Rehabilitering vid ländryggssmärta**

De senaste decennierna har många länders nationella kliniska riktlinjer för omhändertagande av patienter med LRS förändrats väsentligt och idag rekommenderas den biopsykosociala modellen för både bedömning och behandling (2, 16, 17). Detta har lett till utvecklingen av multidisciplinär biopsykosocial rehabilitering, vilket är ett paraplybegrepp för ett biopsykosocialt synsätt på både långvarig smärta och rehabilitering (2, 18). Inom den biopsykosociala behandlingsmodellen läggs stor tonvikt på utbildning som främjar självhanteringsstrategier och på aktiva fysiska och psykologiska behandlingar som adresserar psykosociala faktorer och fokuserar på funktionsförbättring, eventuellt tillsammans med någon form av kompletterande läkemedelsbehandling. Lägre tonvikt läggs på rent farmakologiska och kirurgiska behandlingar (17, 19). Multidisciplinär biopsykosocial rehabilitering verkar på lång sikt ge bättre effekt i form av minskad smärta och funktionsnedsättning i jämförelse med passiva behandlingar. Behandlingsmetoden verkar vara lika effektiv som kirurgi men innebär färre risker för negativa följd effekter (2). Som en del i behandlingen av LLRS rekommenderas successivt stegrad aktivitet eller träning med mål att uppnå funktionsförbättring eller motverka ökad funktionsnedsättning. Enligt en översiktsartikel från 2018 finns ingen evidens för att en viss typ av träning skulle vara överlägsen någon annan, varför individanpassning med hänsyn till individuella behov, preferenser och kapacitet rekommenderas vid val av träningsform (17). Även en nätverksmetaanalys från 2019 förespråkar individanpassning av träning för att förbättra fysisk funktion och mental hälsa hos personer med ospecifik LLRS (19).

### **1.6 Hållbarhet**

LRS är förutom den globalt ledande orsaken till levda år med funktionsnedsättning även den vanligaste orsaken till sjukskrivning och förtidspensionering i Europa (1, 2, 4). Bara i Sverige har den totala årliga kostnaden för LRS beräknats uppgå till 740 miljoner euro, vilket innefattar både direkta kostnader (exempelvis vårdbesök) och indirekta kostnader (sjukskrivning och förtidspensionering) (13). Det är därför inte förvånande att de globala kostnaderna kopplade till LRS är enorma, både på individ- och samhällsnivå (4, 20). Omhändertagandet av denna patientgrupp är därmed mycket viktigt för att främja individens förmåga till fortsatt arbete. Detta kan kopplas till FNs globala hållbarhetsmål, "Globala målen", mål åtta som handlar om arbetstagares rättigheter till anständiga arbetsvillkor då detta "främjar en hållbar ekonomisk tillväxt och är en positiv kraft för hela planeten" (21). Kostnaderna och samhällsörden kopplade till LRS tilltar årligen på grund av jordens växande och åldrande befolkning. Mest påverkas låg- och medelinkomstländer, vilka har sämre sjukvårds- och sociala system och inte är

rustade för att hantera detta utan snarare behöver prioritera exempelvis bekämpandet av infektionssjukdomar (4, 6). I dessa länder har människor i snitt lägre utbildningsnivå och lägre socioekonomisk status vilket i sig är en riskfaktor för LRS och pekar på behovet av att öka utbildningsnivån (4, 11). Enligt globala målen 4.3 har alla människor rätt till lika tillgång till yrkesutbildning och högre utbildning av god kvalitet (21). Att höja utbildningsnivån kan därmed tänkas både minska förekomsten av LRS samt, om vårdpersonal får en god yrkesutbildning, även leda till ett bättre omhändertagande och bemötande av patienter med LRS. Mål 3.8 handlar om att tillgängliggöra sjukvård för alla (21). I riktning med detta, och i linje med idéer från den biopsykosociala modellen, menar Buchbinder et al. (6) att LRS måste börja ses som “icke-separerbart från den sociala och ekonomiska kontexten i människors liv samt från personliga och kulturella föreställningar om ryggsmärta” (6). Om hälso- och sjukvården blir bättre på att möta behoven hos patienter med LLRS kan detta potentiellt leda till färre vårdtillfällen, minskad sjukskrivning och läkemedelsanvändning och därmed minskad samhällskostnad och ökad hållbarhet.

## **1.7 Modeller och förhållningssätt inom vården**

### ***1.7.1 Den biopsykosociala modellen***

Den biopsykosociala modellen lanserades av psykiatrikern George Engel 1977 (5). Engel ville bredda det då rådande biomedicinska synsättet på sjukdomar till att även inkludera psykologiska och sociala aspekter. Han menade att dessa tre faktorer och hur de samspelar måste tas i beaktande för att förstå en sjukdoms determinanter och för att välja behandling. I modellen tas även hänsyn till den sociala kontexten runt patienten och till vårdpersonalens och hälso-och sjukvårdens påverkan (5). Den biopsykosociala modellen har haft stort inflytande på området långvarig smärta (16). Modellen betraktar smärta som ett resultat av ett komplext dynamiskt samspel mellan de biologiska, psykologiska och sociala faktorerna, som både kan vidmakthålla och förvärra symtomen. Varje individs upplevelse av smärta är unik och en rad psykologiska och sociala faktorer kan interagera med biologisk patologi för att påverka hur individen rapporterar symptom och funktionsnedsättning (16).

### ***1.7.2 Personcentrerad vård***

Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård är en värderingsfilosofi som grundar sig i att en patient är en person med behov, men också en person som besitter förmågor, tankar, erfarenheter samt kunskap, värderingar och vilja. Personcentrerad vård innehåller tre nyckelbegrepp: partnerskap, patientberättelse och dokumentation där partnerskap anses vara det mest centrala (22). Ordet patient kommer från latinets ‘pati’ som betyder lida eller tåla (23). Begreppet ‘patient’ har beskrivits bidra till att skapa ett strukturellt underläge i mötet mellan vårdpersonal och vårdtagare som vidare försvårar ett gynnsamt jämbördigt partnerskap, vilket anses vara en central del i lyckad personcentrerad vård (23). Sveriges Kommuner

och Regioner (SKR) beslutade på en kongress år 2015 att vård i Sverige ska bedrivas utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Att ta sig tid och lyssna samt att tillsammans med patienten komma överens om en hälsoplan har i forskning om personcentrerad vård visat sig betala tillbaka mångfald i form av kortare vårdtider och högre tillfredsställelse för patienten (24). Inom personcentrerad vård läggs stor vikt vid patientmötet. Här beskrivs att det finns en nästintill automatiskt tendens att som patient inom hälso- och sjukvården hamna i ett trefaldigt underläge; det institutionella underläget, det existentiella underläget och det kognitiva underläget (23). Det institutionella underläget handlar om att det finns en stark hierarki inom sjukvårdsorganisationen och som patient placeras man, om inte längst ner, så nästan längst ner i denna. Det existentiella underläget belyser istället den sårbarhet och utsatthet som den som söker vård kan uppleva på grund av att ha blivit föremål för vård (indikation om sviktande hälsa). Slutligen handlar det kognitiva underläget om att patienten nästan oundvikligen befinner sig i ett kunskapsunderläge trots att viss kunskap skulle kunna ägas genom sin profession (exempelvis i egenskap av sjuksköterska, läkare, fysioterapeut eller dylikt). Utifrån detta trefaldiga underläge finns det en hel del svårigheter och utmaningar som hälso- och sjukvården behöver hantera för att mötet med patienten ska bli framgångsrikt och vara i samförstånd (23).

### **1.8 Möten med vården**

Bemötande inom vården har beskrivits handla om hur exempelvis ett samtal genomförs. Ordet bemötande har många synonymer och har beskrivits som ett "relativt abstrakt begrepp som rymmer många dimensioner" (25). Bemötande kan innebära hur en patient tas emot och hälsas på men även innefatta kroppsspråk, ögonkontakt eller om vårdpersonalen står eller sitter i förhållande till patienten och närstående (25). I en kvalitativ metasyntes från 2013 (20) beskrivs hur LLRS förutom att leda till funktionsförlust även påverkar sociala relationer, självbild och tankar om framtiden (20). I artikeln beskriver patienter med LLRS en lyckad konsultation med en vårdpersonal som ett partnerskap med ömsesidig förståelse där patienten får individanpassad vård, tydliga förklaringar och bekräftelse samt där psykologiska aspekter och framtidsmöjligheter diskuteras. I kontrast mot detta nämns avsaknad av diagnos och att inte svara på insatt behandling som faktorer som leder till känslan av att inte bli trodd på, vilket i förlängningen kan leda till stigma och ångest (20). Artikeln belyser att vårdpersonal behöver utbildning om hur LLRS kan påverka patienter och om nödvändigheten av att arbeta utifrån ett biopsykosocialt perspektiv (20). En annan artikel beskriver att vårdpersonal kan behöva vara uppmärksamma på att fånga upp patienters olika mognadsgrad för att genomföra beteendeförändringar och justera rörelsemönster vilka har som syfte att förhindra återfall av LRS (26). I en metaetnografi från 2013 (27) ger studiedeltagarna läkare råd att förbättra sin kommunikationsförmåga genom att tala i lättförståeliga termer och att engagera sig i patienten (27). I artikeln beskriver studiedeltagarna även frustration över den medicinska behandlingen och att vården

kan vara avpersonifierande snarare än personcentrerad. I synnerhet uppfattades den typiska husläkaren endast ge opersonliga råd om smärtlindring och vila, på grund av begränsad kompetens och obryddhet (27). Även patienter som skickas runt mellan olika vårdpersonal utan större resultat tappade förtroendet för dessa och satte istället högre tilltro till medicinsk teknologi som till exempel MRT för diagnostik (20). Endast ett fåtal av de studier som inkluderats i metasyntesen (20) har haft som huvudsyfte att undersöka vad patienter med LLRS har för erfarenheter av möten med vården (20). Nämnade artiklar grundar sig på internationella studier (20, 27). Enligt vår kännedom finns ingen svensk studie som undersökt hur patienter med LLRS upplevt bemötande inom vården och överhuvudtaget endast en svensk kvalitativ studie om LLRS (26).

### **1.9 Nyttan av vår undersökning**

Det finns en del kvalitativa studier (20, 26, 27) som undersökt patienters upplevelser av att leva med LLRS, men inte så många som tittat på hur dessa patienter upplevt bemötandet inom vården när de sökt vård för sin LLRS. Vi ville med vår undersökning fördjupa oss i detta område och låta patienternas röster bli hörda för att om möjligt förbättra omhändertagandet av den här patientgruppen.

## **2. Syfte**

Syftet med denna studie var att på två olika primärvårdsmottagningar i Sverige undersöka hur patienter i arbetsför ålder med LLRS upplevt att de i vårdmötet blivit bemötta av vårdpersonal när de sökt vård för sin långvariga ländryggsmärta.

## **3. Metod**

### **3.1 Studiedesign**

Utifrån denna studies syfte valdes kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats som studiedesign. Kvalitativ forskning grundar sig i en kunskapssyn att kunskap genereras genom mänskliga erfarenheter och upplevelser (28). Den induktiva ansatsen innebär att insamlad data initialt studeras så förutsättningslöst som möjligt utan att bygga på någon förvald modell eller teori. Vidare gjordes en tematisk analys enligt Braun och Clarke (29).

### **3.2 Förförståelse**

I kvalitativ forskning har forskaren en aktiv roll i att konstruera ny kunskap eftersom förförståelsen hos forskaren, vilket innefattar bland annat tidigare erfarenheter och professionella perspektiv, påverkar forskningsprocessen i allt från att formulera forskningsfrågan till att tolka och analysera data. Författarna till denna studie är legitimerade fysioterapeuter med flera års klinisk erfarenhet inom primärvård. Båda författarna har mångårig kunskap, utifrån sin yrkesprofession,

vad gäller att bemöta och behandla patienter med långvarig muskuloskeletal smärta. Vad gäller förståelsen av kvalitativa studier har endast den ena författaren (AL) tidigare utfört en intervjustudie (grundnivå), vilket innebär att studieförfattarna anser sig vara oerfarna inom det kvalitativa forskningsområdet.

### **3.3 Rekrytering och deltagarantal**

Rekrytering av informanter skedde på studieförfattarnas arbetsplatser genom ett konsekutivt urval enligt inklusions- och exklusionskriterierna. Tillstånd för att genomföra rekryteringen och intervjuerna i verksamheternas lokaler erhöles från aktuella verksamhetschefer. Författarnas arbetskamrater ombads att från och med januari 2022 tillfråga samtliga pågående eller nya patienter, som stämde överens med urvalskriterierna, om de ville delta. De patienter som tillfrågades fick övergripande muntlig och skriftlig information (bilaga 1) om studien och de som visade intresse för att delta fick med sig ett informationsbrev (bilaga 2) för att kunna läsa detta hemma. Patienterna som visat intresse för att delta, och som samtyckt till att lämna ut sitt namn och telefonnummer, blev uppringda av författarna för att få ytterligare information om studien, få en chans att ställa frågor, och för att boka tid för eventuell intervju. Vid intervjutillfället fick patienterna lämna skriftligt samtycke (bilaga 3) för sitt deltagande i studien. Efter att tio intervjuer genomförts avbröts rekryteringen. Samtliga patienter som tillfrågades tackade ja till att delta i studien. Heterogenitet uppnåddes naturligt bland informanterna gällande åldrar och kön.

### **3.4 Inklusions- och exklusionskriterier**

*Inklusionskriterier:*

- Långvarig ländryggssmärta som varat i minst tre månader
- Kvinnor och män mellan 18-65 års ålder
- Kunna förstå svenska i tal och skrift

*Exklusionskriterier:*

- Svår psykisk sjukdom såsom psykosjukdomar, schizofreni och svår depression
- Svår somatisk sjukdom som exempelvis reumatoid artrit, ankyloserande spondylit, neurologiska sjukdomar som stroke eller multipel skleros eller andra långvariga smärttillstånd som exempelvis fibromyalgi
- Genomgått ryggoperation de senaste tolv månaderna

### **3.5 Datainsamling**

#### ***3.5.1 Konstruktion av intervjuguide***

Den semistrukturerade intervjuguiden (bilaga 4) framtog av författarna i samråd med handledaren (fysioterapeut, docent). Frågorna är öppna och valdes ut med intentionen att få fram hur informanterna upplevt att de blivit bemötta när de sökt

vård för sin LRS.

### **3.5.2 Genomförande av individuella intervjuer**

Datansamlingen skedde genom individuella intervjuer på författarnas respektive arbetsplats. Två av intervjuerna gjordes, enligt önskemål från informanterna i fråga, över telefon på grund av risk för smittspridning av Covid-19. Varje författare utförde fem intervjuer var med stöd av intervjuguiden. I början av varje intervju samlades demografisk data in via ett frågeformulär (bilaga 5). Intervjuerna varade mellan 15 och 60 minuter och spelades in med inspelningsutrustning som inte var ansluten till något nätverk. Den första intervjun hos respektive författare hade som syfte att fungera som pilotintervju för att validera och vid behov revidera frågorna i intervjuguiden. Ingen revidering ansågs nödvändig och pilotintervjuerna inkluderades i studieresultatet.

### **3.5.3 Datahantering**

De inspelade ljudfilerna överfördes direkt efter varje avslutad intervju till externa hårddiskar. Intervjuerna transkriberades ordagrant och alla personliga detaljer som exempelvis person- och ortnamn togs bort för att informanterna inte skulle kunna identifieras. Varje informant kodades med ett nummer. Kodlistan och det övriga materialet, som innehöll personuppgifter samt ljudfilerna, förvarades åtskilda och inlåsta i skåp på författarnas respektive arbetsplatser. När magisteruppsatsen lämnats in och godkänts kommer allt insamlat skriftligt och elektroniskt material att raderas.

## **3.6 Dataanalys**

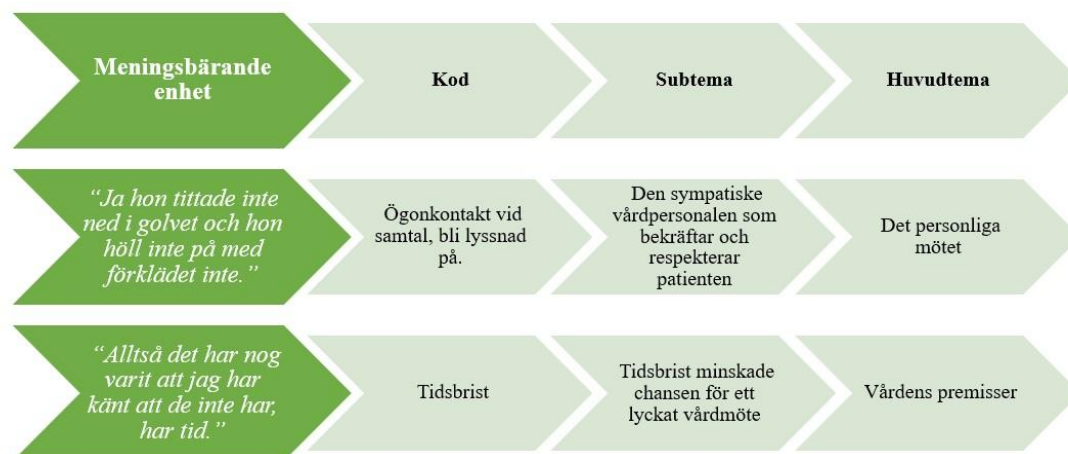
Datamaterialet analyserades med induktiv tematisk analys med ett semantiskt förfarande. Tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera, organisera och rapportera mönster i data (29). Induktivt tillvägagångssätt i analysen innebär att det insamlade datamaterialet ligger till grund för de teman som presenteras (28). Semantiskt förfarande innebär att man utgår explicit från insamlad data utan att leta efter någonting utöver det informanten har sagt som bakomliggande idéer, konceptualiseringar eller antaganden (29).

Denna studie har följt Braun och Clarkes (29) analysprocess i sex steg:

1. Göra sig bekant med data.
2. Kodning av data.
3. Söka efter teman.
4. Granska teman.
5. Definiera och namnge teman.
6. Producera en rapport.

I analysens första steg lästes de transkriberade texterna upprepade gånger så att författarna kunde bekanta sig med insamlad data. Därefter, i steg två, valdes en

intervju ut och kodades först enskilt och sedan gemensamt av författarna för att säkerställa att författarna kodade på liknande sätt. Kodningen innebar att meningsbärande enheter valdes ut och kodades. Meningsbärande enheter var de textpartier med värdefull information som kunde kopplas till syftet. Enheterna namngavs med en kod (se Figur 1) vilken skrevs i dokumentets marginal. Då författarna ansågs samstämmiga i sin kodning fortlöpte kodningen av resterande intervjuer, först enskilt och därefter gemensamt. I steg tre samlades koderna ihop till olika potentiella sub- och huvudteman. Detta skedde genom brainstorming där författarna arbetade med post-it lappar med alla koder nedskrivna och provade olika grupperingar av dessa. Steg tre går sömlöst över i steg fyra där temana återanalyserades för att bli så väldefinierade som möjligt. En del teman omstrukturerades, reviderades eller ströks. Temana granskades mot hela datamaterialet för att se om de teman som tagits fram verkligen representerade datamaterialet och syftet adekvat. I steg fem förfinades detaljerna för att varje tema skulle bli så tydligt som möjligt. Sub- och huvudteman fastslogs och namngavs. I det sista steget skrevs temana om till löpande text och avidentifierade citat valdes ur datamaterialet. Regelbundna möten hölls med handledaren under hela analysprocessen där diskussion kring de olika stegen i analysen fördes.



**Figur 1.** Exempel på kodning och tematisering.

## 4. Etiska överväganden

Inom kvalitativ forskning kan deltagare i studier utsättas för fyra olika risker: psykisk oro, missbruk, förvrängning eller igenkännande (30). Dessa risker är extra viktiga att ta i beaktande i studier som behandlar känsliga ämnen (31, 32).

Att intervjua patienter om deras upplevelser av bemötande inom vården kan tänkas utlösa obehagliga upplevelser hos de som intervjuas, exempelvis psykisk oro och känslomässiga reaktioner. För att minska risken för detta gavs informationsbrevet ut, med relevant information om studien och vad ett deltagande skulle innebära.

I och med att denna studie ägde rum i en vårdkontext bör dilemmat om maktförhållandet mellan vården och patienter lyftas. Att vården står i maktposition över patienter kan anses underförstått (33), och i detta fall där syftet var att ta reda på hur patienter upplever sig bemötta av vården kan det tänkas påverka vad informanterna väljer att säga. Studieförfattarna ansåg därför att det var viktigt att informera informanterna om att det som sades i intervjuerna ej kommer kunna härledas tillbaka till dem och inte heller kommer påverka deras vård. Ibland användes spegling under intervjusituationen för att minimera risken för förvrängning. Inga patienter som studieförfattarna själva träffade i sin kliniska vardag intervjuades för att undvika felriktade förväntningar i samband med intervjusituationen (28). Nyttan med att delta bedömdes vara att informanterna gavs möjlighet att uttrycka sina åsikter kring det bemötande de upplevt inom vården samt bidra med förslag på hur det exempelvis skulle kunna förbättras.

Ett annat dilemma handlade om att säkerställa att informanternas personuppgifter behandlades konfidentiellt för att minska risken för igenkänning. För att göra det visas inte informanternas personuppgifter i uppsatsen utan de benämns istället som informant 1, informant 2 och så vidare samt avidentifierades andra känsliga uppgifter. Alla personuppgifter hanterades i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) (34). Den forskningsetiska ansökan av studien har godkänts av forskningsetiska nämnden (FEN) vid Högskolan Dalarna. Efter uppsatsens färdigställande kommer detta läggas ut på en öppen portal, vilket informanterna har underrättats om i informationsbrevet.

## 5. Resultat

Samtliga patienter som tillfrågades om att delta i studien tackade ja. En av dessa svarade sedan inte i telefon trots flertalet uppringningar varför patienten inte inkluderades i studien. Totalt intervjuades tio informanter, fem per författare och mottagning. Demografisk data hos informanterna presenteras i Tabell 1.

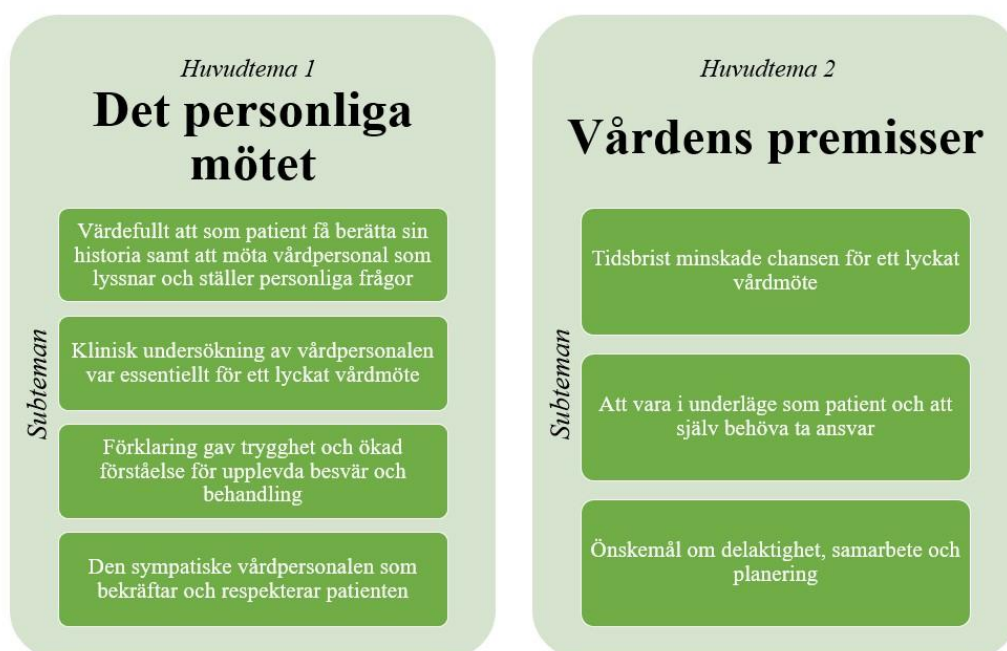
*Tabell 1. Demografisk data hos informanterna.*

Antal informanter	10
Kön: (M/K)	5/5
Ålder (år): median (min-max)	41 (27-63)
Tid med besvär (år): median (min-max)	10,5 (0,4-35)
Andel som var sjukskrivna pga LLRS	1*/10

*Kommentar.* M=Man, Kvinna=K, \*=sjukskrivningstid 1 månad på grund av akut ökad ländryggsmärta.

Den tematiska analysen resulterade i två huvudteman och sju subteman, vilka presenteras i Figur 2.





**Figur 2.** Översikt av huvudteman och subteman

## 5.1 Det personliga mötet

Analysen resulterade i två huvudteman, där det ena temat *Det personliga mötet* formades av fyra subteman som återspeglade informanternas upplevda behov av ett grundligt fysiskt besök hos en vårdpersonal som tog informanten på allvar och bekräftade dennes besvär.

### 5.1.1 Värdefullt att som patient få berätta sin historia samt att möta vårdpersonal som lyssnar och ställer personliga frågor

Att få tid och möjlighet att själv berätta för den vårdpersonal man träffade om sina upplevda besvär samt att få personligt ställda frågor av vårdpersonalen var något som informanterna framhöll som en positiv upplevelse av bemötandet i vårdmötet. Några informanter uttryckte viss förvåning över att vårdpersonalen ställde mer privata frågor och frågor om det psykiska måendet utifrån deras upplevda smärta och imponerades av detta.

*“Han körde igång med en gång liksom att ställa massa frågor och lyssna på alla mina monologer liksom. Det var lite, det var nog det som fick mig att känna “ja men det här kan ju bli bra” ” - Informant 6*

Att inte få några specifika frågor ställda till sig av den vårdpersonal man besökte upplevdes som otryggt och skapade inte något förtroende mellan informanten och vårdpersonalen. Informanterna beskrev även ett upplevt ointresse och slentrianmässigt bemötande från vårdpersonalen i dessa situationer samt förmedlade tankar om vilka frågor de önskat att de hade fått.

*“Han undrade liksom ingenting om, om historik eller någonting. Han, han, ja, han gick på att jag sa var jag hade ont och så körde han sin grej”* - Informant 1

*“Ja, hur mår du? Hur mår du? Det är nog den viktigaste frågan man kunde ha ställt. Enkel fråga liksom att “hur mår du?” liksom. Då hade man nog kunnat pusslat ihop lite mer och lite fortare och dragit ned på tiden också”* - Informant 8

### **5.1.2 Klinisk undersökning av vårdpersonalen var essentiellt för ett lyckat vårdmöte**

Ett återkommande tema i intervjuerna var betydelsen av få komma på ett fysiskt besök och att en fysisk undersökning av ländryggen utfördes av vårdpersonalen. Det poängterades att en relevant fysisk undersökning gjorde att informanterna kände sig bekräftade av sin vårdpersonal och att förtroendet för vårdpersonalen stärktes.

*“Allra första gången så vill man ju ha nån som tittar på en, som bänder och liksom säger nåt: “var har du ont, hur, var sitter det, smärtan, hur länge, kan du böja dig, kan du göra så” ”* - Informant 2

Några av informanterna berättade att de vid flertalet tillfällen inte fått komma på något fysiskt besök alls på vårdenheten utan endast fått prata med vårdpersonalen per telefon. Att inte få komma på ett fysiskt besök och att inte bli undersökt, väl på besöket, skapade frustration hos berörda informanter samt en känsla av att inte bli tagen på allvar och att bli nonchalerad av vårdpersonalen.

*“Men han undersöker inte mig. Jag kommer in för att jag har sabbat ryggen när jag vridit den och han undersöker inte ens mig”* - Informant 3

### **5.1.3 Förklaring gav trygghet och ökad förståelse för upplevda besvär och behandling**

Gemensamt bland informanterna var behovet av att få en förklaring till sin upplevda smärta. Att få information från vårdpersonalen om vad de upplevda ländryggsbesvären skulle kunna bero på hade en betryggande effekt. Förklaringen möjliggjorde också att informanterna vågade börja med aktiviteter i vardagen som de avhållit sig från på grund av oro för att eventuellt riskera att förvärra smärttillståndet i ländryggen ytterligare.

*“Det är skönt att höra till exempel av kunnig personal, eller inom det här området att liksom “ja, vi tror inte att det är liksom något superfarligt men det, sånt härnt tar tid” ”* - Informant 1

I motsats till den betryggande effekten av att få en förklaring uttryckte samtliga informanter att de också saknat en förklaring till deras besvär eller till den behandling som satts in vid åtminstone ett av deras vårdmöten. Detta var något som skapade ambivalens hos informanterna samt sänkte tilltron till vårdpersonalen. Som en lösning på detta uttrycktes önskemål om att vårdpersonalen skulle ha tagit sig tid i vårdmötet att förklara vad smärtan möjligen skulle kunna bero på samt vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå.

*“Att det var någon av läkarna som hade tagit tag i saken och sett, och kunnat förklara vad det är, det var ingen läkare som visste vad det var jag hade i ryggen”*  
- Informant 5

Ytterligare en omständighet som beskrevs skapa en otrygg känsla i vårdmötet var när vårdpersonalen påbörjade en behandling utan att först förklara för informanten vad denne skulle göra. Framst rörde det sig om manuella behandlingar av exempelvis kiropraktor, naprapat eller fysioterapeut.

*“Jo, jag tror att en grej jag tyckte var dåligt med hur han betedde sig kontra “min” som är väldigt såhär förklarar, många har ju varit att de förklarar vad som är fel eller vad, varför man gör någonting och han bara körde sin grej och vi var tysta i princip”* - Informant 1

#### **5.1.4 Den sympatiska vårdpersonalen som bekräftar och respekterar patienten**

Samtliga informanter betonade att det var viktigt för dem att känna att de blev tagna på allvar av vårdpersonalen. Informanterna uppgav att ett professionellt bemötande och empati från vårdpersonalen, såsom bekräftelse av oro, insättning av direkta åtgärder, att inte förminska patientens besvär samt en känsla av att det var högt i tak, bidrog till denna upplevelse.

*“Men jag var väldigt glad att vårdcentralen tog det seriöst och ville röntga. För jag var lite såhåra, ja, och jag vill inte ljuga, jag vill inte överdriva för att få hjälp men nu har jag haft ont jävligt länge. Och vill bli tagen på allvar, och det tyckte jag att jag vart”* - Informant 1

Nästintill alla informanter uttryckte också att de någon gång, när de sökt vård för sin LLRS, blivit bemötta med nonchalans, ointresse, och förminskande attityd från vårdpersonalen. Exempelvis beskrevs att ländryggssmärtan återkommande skyldes på övervikt vilket skapade frustration hos berörda informanter. Informanterna beskrev att de upplevt ett slentrianmässigt agerande från vårdpersonalen vad gäller åtgärder. Det handlade främst om läkemedelsbehandling men i några fall även om manuella behandlingar hos naprapat, kiropraktor eller fysioterapeut. Informanterna berättade att detta bidrog till att de kände att de inte blev tagna på allvar.

*“Ja, det, under alla år, det har man blivit nonchalerad, ingen som har tagit en på allvar, att man har ont och svårt att röra på sig, svårt att komma upp ur sängen på morgon” - Informant 5*

## **5.2 Vårdens premisser**

Det andra huvudtemat *Vårdens premisser* formades av tre subteman som reflekterade informanternas upplevelser av att som patient vara i underläge och beroende av de villkor vårdpersonalen sätter.

### **5.2.1 Tidsbrist minskade chansen för ett lyckat vårdmöte**

Många informanter nämnde tiden som en faktor och vittnade om tidsbrist hos upplevt stressad vårdpersonal vilket lett till snabba undersökningar och korta besök. En informant berättade att detta ledde till känslan av att ta upp tid i onödan vilket gjort att informanten slutat ställa frågor under vårdbesök.

*“Jag förstår att de är väldigt stressade, liksom de har inte så himla mycket tid att sitta och prata såhär utan kanske mer, titta på en, känna och klämma lite, ställa några snabba frågor och sen så får man skynda sig därifrån liksom för de har så mycket att göra, har det känts som” - Informant 6*

I motsats till detta berättade en informant att det kändes positivt när det vid vårdbesök funnits tid att ställa frågor och poängterade att en vårdpersonal som har mer tid troligtvis kan få en djupare förståelse och en bättre bild av patientens besvär. En ytterligare tidsaspekt som framkom var upplevelsen av den övergripande vårdprocessen som utdragen och långsam och att man bara får hjälp med ett besvär i taget.

*“Äh, generellt så lång tid. Extremt lång tid mellan besöken till exempel. Äh, mycket luddiga svar till att börja med om man säger. Äh, men just att det tar lång tid. Man prövar en metod, händer inte så mycket så kan det ta liksom en fyra fem veckor innan liksom man får svar eller liknande” - Informant 8*

### **5.2.2 Att vara i underläge som patient och att själv behöva ta ansvar**

Informanterna beskrev hur de upplevt att de var i underläge gentemot vårdpersonalen. Som exempel på detta nämndes känslan av att inte ha något att säga till om, känslan av att bli påtvingad en viss behandling och att inte få boka återbesökstider då vårdpersonalen sagt att denne var fullbokad. Även kommunikation och språk nämndes som faktorer som påverkat hur man upplevt vårdmöten. Informanterna betonade vikten av enkel kommunikation där vardagsspråk, och inte medicinskt språk, skulle användas för att minska klyftan mellan vårdpersonal och patient.

*“Jaa, a men det är nog också lite mer det här att de går in mer i sin profession, än att göra att jag ska förstå vad de säger för någonting. Det är nog mer det tror jag”*  
- Informant 4

Informanterna upplevde att vårdpersonalen inte ville ta tag i deras besvär. Att som patient själv behöva ta det ansvar man egentligen tycker vårdpersonalen borde ta var något som flera informanter varit med om och som exempel på detta nämndes att själv behöva framföra åsikter och önskemål om önskad utredning för att detta skulle ske.

*“Men annars, det är först nu när jag själv sa till att “jag vill bli röntgad och se vad det är för nåt” eftersom jag har ju svårt att böja mig, tappar känsel i benet och... Så det är den, så första 15 åren har det väl inte varit något sådär jätteentusiastiskt från läkare när man har sökt för rygg. Det är just nu när man själv tar tag i det och säger att “jag vill ha röntgen för att se vad det är och vad jag kan göra nu” ”* - Informant 5

### **5.2.3 Önskemål om delaktighet, samarbete och planering**

Något som efterlyses av informanterna var samarbete mellan olika vårdpersonal och även önskemål om att själva få bli mer delaktiga i sin vård.

*“Vad vill du att vi gör? Vad tror du kommer hjälpa dig? Även om jag kanske inte skulle ha något svar på det men jag kanske skulle kunna få känna mig delaktig och påverka, att det som jag säger faktiskt kan leda till den hjälpen som jag faktiskt önskat mig”* - Informant 10

Informanterna önskade även långsiktig planering. De som upplevt att vårdpersonalen haft en plan för dem och fått bokade återbesök hos denne uttryckte tacksamhet över detta. Det upplevdes förtroendeingivande att träffa samma vårdpersonal flera gånger.

*“Nja men det blir, man har ju varit där massa gånger så man får ett förtroende, liksom det, vi känner ju varandra på nåt sätt, så att det tycker jag. Det är alltid trevligt när man kommer dit eftersom vi känner igen varandra. Så att det tycker jag, man bygger upp förtroende nånstans”* - Informant 7

I motsats till detta, och som en konsekvens av utebliven eller outtalad planering, var en del informanter rädda för att bli övergivna eller för att ha “förbrukat upp” sin vård.

*“Plus att, det kanske också är svårt för man vet inte riktigt länge hur man får va hos sin fysioterapeut, om man har tio gånger eller om man har tjugo gånger eller, man blir ju nästan lite rädd att man ska bli utslängd från träningen, för att man*

*inte vet. Då tycker man "nä men nu har jag varit här så många gånger, nu kanske jag måste sluta", eller: Så den, det kanske man känner lite, tycker jag, att jag blir lite "oj hur länge får jag va kvar" "* - Informant 2

## 6. Diskussion

### 6.1 Resultatdiskussion

#### 6.1.1 Sammanfattning av huvudresultatet

Resultatet av denna studie visar att patienterna vill bli sedda, bekräftade, respekterade och kliniskt undersökta av den vårdpersonal de träffar. Patienterna har ett behov av att få berätta, att få personligt ställda frågor och av att få en förklaring till sina besvär och hur dessa ska behandlas. De vill vara delaktiga i sin vård och önskar att vårdpersonalen ska utforma en plan och vid behov samarbeta med annan vårdpersonal. Många patienter upplever att vårdmöten präglas av tidsbrist och att de är i underläge gentemot vårdpersonalen. De vårdprofessioner som omnämndes i intervjuerna var fysioterapeut, läkare, naprapat och kiropraktor, på primärvårdsnivå och inom akutsjukvård, varför diskussionen kommer att utgå från upplevelser av bemötande från dessa professioner.

#### 6.1.2 Det personliga mötet

I det ena huvudtemat framkom vikten av att få ett professionellt och empatiskt bemötande från vårdpersonalen. Informanterna önskade att bli sedda, bekräftade och respekterade och samtliga informanter uttryckte önskemål om att bli tagna på allvar. Många informanter vittnade om vårdmöten då de upplevt det motsatta till detta i form av nonchalant och slentrianmässigt bemötande från vårdpersonalen, upplevelser som bekräftas av tidigare forskning (20, 27).

Informanterna önskade att få berätta om sina besvär och att vårdpersonalen skulle lyssna till deras berättelse. Det senare kallas inom personcentrerad vård för patientberättelse och att lyssna på patientens berättelse anses vara en förutsättning för den personcentrerade vården där skillnaden mellan att lyssna och att höra betonas och det professionella lyssnandet, där man stannar upp och verkligen tar in vad patienter säger, beskrivs som avancerat (22). Informanterna i vår studie önskade att vårdpersonalen skulle ställa frågor om hur smärtan och besvären faktiskt påverkade informanten och dennes liv. En del informanter uppskattade att få mer psykologiskt inriktade frågor, ett fynd som bekräftas av tidigare forskning där patienter angett diskussion av psykologiska aspekter som en del av en lyckad vårdkonsultation (20).

Informanterna betonade vikten av att få både ett fysiskt besök hos vårdpersonalen, till skillnad från ett telefonbesök, och att även bli kliniskt undersökta under själva besöket. Vikten av det fysiska besöket och den kliniska undersökningen är något vi inte stött på i tidigare forskning. Ur ett fysioterapeutiskt perspektiv är vikten av det

fysiska mötet intressant då betydelsen av detta kan knytas till vetenskapen om fysioterapi där interaktionen mellan patient och fysioterapeut kan ses som ett ”kroppsligt möte” i vilket fysioterapeuten engagerar sig i hur patienten uppfattar sin kropp och hur denna fungerar. Kroppen utgör utgångspunkten inom fysioterapin och synen på kroppen och förståelsen för dess funktioner och för människans upplevelse av sin kropp och rörelse är avgörande och ligger till grund för fysioterapeutiska interventioner (35).

Ytterligare en aspekt som framkom som essentiell, och som samtliga informanter beskrev, var att få en tydlig förklaring. Framförallt önskades en förklaring till besvärens orsak men även till relevant anatomi och behandling. Detta resultat återfinns i en metasyntes från 2013 där tydlig förklaring beskrivs vara en viktig beståndsdel i ett lyckat vårdmöte (20).

### **6.1.3 Vårdens premisser**

Aspekten tid och tidsbrist var ett element många informanter berörde. Flera informanter skildrade hur de upplevt att vårdpersonal, framförallt läkare, var stressade och att vårdmötet var för kort för att de skulle hinna ställa frågor eller få den förklaring de önskade. Liknande resultat återfinns i en studie med fokusgruppsintervjuer med kvinnor i Iran vilka uppgav att läkarna var för upptagna för att konsultera sina patienter, än mindre för att hinna utbilda dem om kotpelarens struktur och funktion (36). I övrigt är tidsaspekten något vi inte läst om i tidigare studier.

I resultatet beskrev flertalet informanter hur de upplevt att de befann sig i underläge gentemot vårdpersonalen. Att hamna i underläge är, som tidigare nämnt, väl beskrivet inom den personcentrerade vården där begreppet “trefaldigt underläge” (det institutionella, det existentiella och det kognitiva underläget) beskriver hur patienter nästintill automatiskt hamnar i ett trefaldigt underläge gentemot hälso- och sjukvårdspersonal (23). Som exempel på att befinna sig i ett upplevt underläge nämnde informanterna i vår studie bristande kommunikationsförmåga hos vårdpersonalen. I motsats till detta upplevdes god kommunikation mellan patient och vårdpersonal som en viktig faktor i upplevelsen av ett gott bemötande. En informant önskade att vårdpersonal skulle tala i mer vardagliga termer snarare än medicinskt fackspråk för att minska klyftan parterna emellan. Detta samstämmer med tidigare forskning där studiedeltagare givit läkare rådet att förbättra sin kommunikationsförmåga genom att tala i lättförståeliga termer (27). Att inte förstå vårdpersonalen är exempel på “det kognitiva underläget” vilket innebär att patienten nästan oundvikligen befinner sig i ett kunskapsunderläge gentemot vårdpersonalen (23). Ärlig och god kommunikation är alltså viktigt för upplevelsen av ett gott bemötande och ett anpassat språkbruk viktigt för att patienten ska känna förtroende för vårdpersonalen. Detta kan

kopplas till tidigare nämnda hållbarhetsmål 3.8 som handlar om tillgänglig sjukvård för alla (21).

Några informanter berättade hur de upplevt att de själva behövt ta stort ansvar under vårdmöten eller i vårdprocessen och att de också behövt driva på för att få exempelvis remiss till röntgen eller för att få återbesök hos sin behandlare. Informanter från andra studier vittnar om liknande erfarenheter där de beskriver det som en stor utmaning att behöva förhandla sig fram genom vården (20). I vårt studieresultat var röntgen något som nämndes upprepade gånger av informanterna och om remiss till röntgen erhöles eller inte hade mycket stor betydelse för om informanterna upplevde att vårdpersonalen tog dem på allvar. Detta är intressant då det finns många studier som visar att röntgen sällan tillför något, vare sig gällande diagnostik eller utfall, och endast bör utföras sparsamt hos patienter med LRS och LLRS (3, 8, 9). Inom personcentrerad vård betonas vikten av att arbeta med just evidensbaserade metoder för undersökning och behandling och inte enbart tillgodose patientens önskemål (37). Att validera patientens önskemål om röntgen är möjligen något som vårdpersonal skulle kunna behöva lägga mer tid på med syfte att informera patienten om när röntgen är indicerat och inte. Författarna är övertygade om att detta redan idag görs inom vården, men eventuellt finns det ett behov av att arbeta ännu mer med detta baserat på den information som framkommer i denna studie.

Tidigare forskning beskriver att patienter inte vill skickas runt mellan olika vårdpersonal (20). Detta var inte något som nämndes av informanterna i vår studie vilket skulle kunna bero på att de faktiskt inte skickats runt mellan olika behandlare, tvärtom beskrev informanter som fått träffa samma vårdpersonal flera gånger att detta kändes tryggt och förtroendeingivande. Däremot önskade informanterna samarbete mellan vårdpersonal av olika yrkeskategorier. I samklang med vad tidigare forskning visat (20) önska planering av vidare åtgärder och behandling. Att tillsammans med patienten komma överens om en hälsoplan, som innehåller mål och strategier för genomförande samt kort- och långsiktig uppföljning har, som tidigare nämnts, visat sig betala tillbaka mångfalt i form av kortare vårdtider och högre tillfredsställelse för patienten (24).

Resultaten av denna studie visar på vikten av det biopsykosociala perspektivet där vårdpersonals och hälso- och sjukvårdens påverkan på patienten lyfts fram som betydande (5). I modellen betraktas smärta, som tidigare nämnts, som ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer, vilka både kan vidmakthålla och förvärra symtom (16). Det kan tänkas att vårdpersonalens bemötande kan ha en inverkan på dessa faktorer och därmed på patientens symtom och mående. I vår studie har vi sett att vårdpersonalens bemötande påverkar patienterna i stor utsträckning. Resultatet av vår studie ligger i linje med tidigare forskning (20) vilken belyser behovet av utbildning hos vårdpersonal om hur



LLRS kan påverka patienter. Resultatet pekar även på nödvändigheten av att arbeta personcentrerat och utifrån ett biopsykosocialt perspektiv. Avslutningsvis kan sägas att en stor del av det som framkommit i studieresultatet handlar om vikten av att individanpassa vården till patienten, något som även tidigare studier lyft betydelsen av (20).

## **6.2 Metoddiskussion**

Den följande diskussionen utgår från Malteruds tre kvalitetskriterier: reflexivitet, validitet och relevans (28, 38).

### **6.2.1 Reflexivitet**

Att vara medveten om att en studieförfattares bakgrund och förförståelse för det ämne som studeras påverkar både forskningsprocessen och slutprodukten är något som anses vara viktigt att ta i beaktande inom kvalitativ forskning. Dessa faktorer är inget som går att påverka utan istället förespråkas öppenhet och transparens kring detta i metodbeskrivningen (28, 38). Studieförfattarnas förförståelse till denna uppsats redovisas i början av metodbeskrivningen i syfte att öka transparensen för läsaren.

Författarna upplevde ingen större osäkerhet inför intervjusituationerna då anamnestagning, som författarna i sitt kliniska arbete utför flera gånger dagligen, ansågs relativt likvärdigt med en intervju. Men eftersom författarna själva ansåg sig oerfarna inom det kvalitativa forskningsområdet tog författarna med hjälp av handledaren, med erfarenhet inom kvalitativ forskning, fram en semistrukturerad intervjuguide att ha som stöd i intervjusituationerna. Inga av de informanter som inkluderades i studien var tidigare eller pågående patienter till någon av studieförfattarna, detta anses bidra till ett öppet och ärligt samtal. Det fanns inte heller något beroendeförhållande som skulle kunna vara etiskt problematiskt.

Studieförfattarnas förförståelse har sannolikt påverkat analysprocessen. Beroende på vem som utfört intervjun kan eventuell ytterligare outtalad information ha lästs in i det som informanten har sagt, exempelvis tonläget, vilket kan ses som både en styrka och en svaghet. Som en styrka i form av att viktig information annars kanske hade missats och en svaghet i form av att författarens egen kunskap eventuellt skulle kunna bidra till en övertolkning av det informanten sagt. Braun & Clarke skriver att om forskaren själv inte utför intervjuer kan det finnas ett värde för denne att lyssna på ljudmaterialet i efterhand för att få en uppfattning om hur stämningen varit under dessa (29). Författarna i denna studie har båda utfört intervjuer och därför inte lyssnat på varandras ljudmaterial. Däremot har samtliga intervjuer lästs och kodats av båda författarna, samt utfördes spegling i intervjusituationerna för att minska risken för feltolkning och förvrängning. För att ge läsaren möjlighet att bedöma både de tolkningar som gjorts i analysen samt studiens trovärdighet presenterades också citat från intervjuerna i resultatdelen.

Det induktiva förhållningssättet innebär att det är datamaterialstyrt och författarna har under analysprocessen försökt vara noga med att låta datamaterialet självt berätta och forma begrepp och kategorier, *bottom-up* (28). Att helt frigöra sig från de 'glasögon' man vanligtvis ser på världen genom är omöjligt (28), men författarna har försökt att lägga undan sina fysioterapeut-glasögon i den mån det ansetts möjligt och nödvändigt under hela forskningsprocessen. Kontinuerliga diskussioner med varandra och regelbundna diskussioner med handledaren gällande ställningstaganden i analysen har präglat processen.

### **6.2.2 Validitet**

#### *Intern validitet*

Intern validitet handlar enligt Malterud om att bedöma om man verkligen undersökt det man haft för avsikt att undersöka och om tillförlitliga metoder använts (28). I denna studie, där syftet var att ta reda på patienters upplevelser av bemötande inom vården, kändes den kvalitativa metoden självklar likväl som användandet av en semistrukturerad intervjuguide. Detta för att möjliggöra att ett så rikt material som möjligt skulle kunna inhämtas från informanterna samt för att säkerställa att samma övergripande frågor ställdes till alla informanter. Det kan inte uteslutas att det kan ha funnits vissa skillnader i intervjuteknik mellan författarna vilket kan ses som en svaghet då det skulle kunna påverka tillförlitligheten. De två första intervjuerna, en av vardera författare, fungerade som pilottest för att kontrollera hur väl intervjuguiden fungerade. Ingen förändring gjordes då intervjuguiden bedömdes ge förutsättningar för insamling av extensiv data med utgångspunkt i studiens syfte.

Rekryteringen av informanterna utfördes med hjälp av kollegor till författarna på deras respektive arbetsplatser. Urvalet skedde konsekutivt och det som kommit till författarnas kännedom är att alla patienter som tillfrågats under tidsperioden för rekrytering, som uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna, tackade ja till att delta. Rekryteringen avbröts efter att tio informanter intervjuats då författarna bedömde att kvaliteten på det material som inhämtats var god och tillräckligt rikt för att kunna besvara forskningsfrågan. Att mättnad uppnåddes går inte att säga då det alltid kan framkomma ny information i nästa intervju (28). En ytterligare anledning till att rekryteringen avbröts efter tio utförda intervjuer var att möjliggöra för författarna att hålla sin tidsplan. 10-25 informanter är ett vanligt antal för kvalitativa studier, det viktigaste är emellertid att urvalet är adekvat i förhållande till forskningsfrågan (28).

Tematisk analys av data utfördes i enlighet med Braun & Clarke (29). Antalet intervjuer fördelades lika mellan studieförfattarna och var och en transkriberade sina egna intervjuer i så nära anslutning till att den utförts som möjligt. Att studieförfattarna därefter läste och kodade samtliga intervjuer och utförde de

slutliga stegen med att ta fram teman tillsammans, anses av författarna som en styrka då bådas åsikter och erfarenheter inbegreps i analysen. Ofta berättade informanterna om både positiva och negativa erfarenheter kring samma fenomen eller upplevelse och för att skapa ett mer dynamiskt resultat valde författarna att inkludera motsatta påståenden kring samma ämne i varje enskilt subtema.

Intervjuerna hölls på respektive författares arbetsplats i enskilda rum. Den ena författaren (EL) höll två av sina intervjuer per telefon då informanterna avböjde fysiskt besök på grund av Covid-19-pandemin. Båda författarna upplevde att intervjutekniken förbättrades allteftersom fler intervjuer utfördes.

### *Extern validitet*

Ett annat begrepp inom validitet som Malterud lyfter fram är den externa validiteten, alltså överförbarhet (28). Studieförfattarna hade som önskemål att i denna studie rekrytera en så heterogen grupp som möjligt då det kan anses vara en styrka som kan öka överförbarheten till en större kontext (28). Vad gäller heterogenitet i denna studie uppnåddes det naturligt gällande ålder och kön och författarna anser att de informanter som inkluderades i studien är representerbara för den åldersgrupp som var tänkt att studeras. Sett till ett större perspektiv speglar könsfördelningen bland de inkluderade informanterna emellertid inte helt den grupp som tidigare är beskriven under stycket *Prevalens*, då bland annat förekomsten av LLRS är 50 % vanligare hos kvinnor än hos män. Eftersom samtliga informanter, såväl kvinnor som män, gav rikliga beskrivningar av sina upplevelser kan vi argumentera för att deras perspektiv har blivit tillvaratagna i studien, vilket stärker den externa validiteten. Att informanter från olika åldersgrupper deltog bedömer studieförfattarna är en styrka då dessa sannolikt har olika bakgrundsfaktorer som påverkar och därmed skulle kunna bidra till spridning i deras upplevelser (37). Variationen var stor beträffande hur länge varje enskild informant hade haft sin LLRS och endast en informant var sjukskriven.

Studieförfattarna valde att exkludera patienter med svår psykisk eller somatisk sjukdom samt patienter som genomgått ryggoperation de senaste tolv månaderna för att minska risken att andra faktorer påverkade hur de upplevt bemötandet. Endast patienter som kunde förstå svenska i tal och skrift inkluderades i studien för att minska risken för missförstånd eller feltolkning. Att begränsa urvalet på det här sättet kan tänkas minska överförbarheten till en större population, då gruppen patienter med LLRS sannolikt innefattar även de patienter som författarna har valt att exkludera. Socioekonomisk karaktäristika samlades inte in varför dessa faktorer och hur de eventuellt påverkar informanternas upplevelser inte kan diskuteras. Informanterna fick svara på hur de upplevt bemötandet från samtliga vårdprofessioner, på samtliga vårdnivåer, de träffat på grund av sin LLRS. Detta då studieförfattarna misstänkte att det eventuellt kunde vara svårt för informanterna att skilja på vilka olika vårdprofessioner de träffat och på vilken vårdnivå dessa

möten varit. Denna farhåga besannades dock inte då det visade sig att informanterna var fullt medvetna om vem de träffat och var detta skett någonstans. Det anades i intervjuerna och analysen att det kan finnas ett större behov av att arbeta med att förbättra bemötandet av patienter inom vissa vårdprofessioner.

### **6.2.3 Relevans**

Relevans är ett viktigt begrepp som bland annat innefattar vikten av att forskning bör generera ny kunskap som kan användas i ett annat sammanhang. Detta är dock inget man vet på förhand, utan först när studien publicerats. Det är inte givet att forskningsprocessen leder fram till vetenskaplig kunskap även om kraven på reflexivitet och validitet är uppfyllda (28).

Det finns, som tidigare nämnts, några kvalitativa studier som berör ämnet bemötande av patienter med LLRS (20, 26, 27), men ingen av dessa studier har haft som huvudsyfte att undersöka just bemötande. Utifrån det resultat som framkommit i denna studie verkar informanternas önskemål till stor del överensstämma med ett personcentrerat förhållningssätt och med det biopsykosociala perspektivet.

Denna studie kompletterar tidigare forskning inom området genom att visa på att patienter vill ha gott om tid under vårdbesöket samt att de värderar ett fysiskt besök och en klinisk undersökning högt vilket fysioterapeuter eventuellt kan finna extra intressant.

### **6.3 Klinisk tillämpbarhet**

Denna studie beskriver hur patienter på två olika primärvårdsmottagningar i Sverige upplevt att de i vårdmötet blivit bemötta av vårdpersonalen när de sökt vård för sin LLRS. Informanternas upplevelser kan troligen överföras till andra individer med LLRS, möjligtvis även till individer med andra långvariga smärttillstånd. Resultatet av denna studie kan förslagsvis tillämpas av vårdpersonal inom primärvården och förhoppningsvis bidra till ökad förståelse och kunskap hos vårdpersonal för hur patienter med LLRS upplever bemötandet inom vården samt ge underlag för att förbättra omhändertagandet av patientgruppen och eventuellt leda till en mer personcentrerad vård.

### **6.4 Rekommendationer för vidare forskning**

Förslagsvis kan den här studien replikeras med ett större urval och bredare åldersspann där det undersöks hur patienter uppfattar bemötandet från olika yrkesprofessioner inom vården. Det vore även intressant att undersöka vad vårdpersonalen har för tankar om vad som är viktigt i bemötande av patientgruppen.

## 7. Konklusion

Denna studie visar på patienternas behov av att bli sedda, bekräftade, respekterade och kliniskt undersökta av den vårdpersonal de träffar. Att få berätta, få personligt ställda frågor och att få en förklaring till sina besvär och hur dessa ska behandlas uttrycktes som essentiellt. Önskvärt var också ökad delaktighet i och planering av sin egna vård samt att vårdpersonal skulle samarbeta mer. Tidsbrist i vårdmötet och en känsla av att vara i underläge gentemot vårdpersonalen var något många patienter upplevde präglade vårdmöten. Resultatet av denna studie belyser vikten av ett gott bemötande i vårdmötet samt nödvändigheten av att arbeta personcentrerat och utifrån ett biopsykosocialt perspektiv.

## Referenser (enligt Vancouver)

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl.* 10 november 2018;392(10159):1789–858.
2. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 18 februari 2015;350:h444.
3. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and Chronic Low Back Pain. *Med Clin North Am.* Januari 2016;100(1):169–81.
4. 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 Lond Engl.* 6 september 2018;391(10137):2356–67.
5. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodyn Psychiatry.* September 2012;40(3):377–96.
6. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet Lond Engl.* 9 juni 2018;391(10137):2384–8.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* Januari 2019;160(1):19–27.
8. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 11 mars 2019;23(3):23.
9. Sanzarello I, Merlini L, Rosa MA, Perrone M, Frugiuele J, Borghi R, et al. Central sensitization in chronic low back pain: A narrative review. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 21 november 2016;29(4):625–33.
10. Norrbrink C, Lundeberg T. Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
11. Meeus M, Nijs J, Van Oosterwijck J, Van Alsenoy V, Truijten S. Pain physiology education improves pain beliefs in patients with chronic fatigue syndrome compared with pacing and self-management education: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* Augusti 2010;91(8):1153–9.

12. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:1.
13. Olafsson G, Jonsson E, Fritzell P, Hägg O, Borgström F. Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. *Eur Spine J*. 1 november 2018;27(11):2875–81.
14. Taylor JB, Goode AP, George SZ, Cook CE. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. 1 oktober 2014;14(10):2299–319.
15. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskelet Disord*. 12 maj 2017;18(1):188.
16. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. Juli 2007;133(4):581–624.
17. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet Lond Engl*. 9 juni 2018;391(10137):2368–83.
18. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 juni 2017;6:CD002193.
19. Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Tagliaferri SD, Brisby H, et al. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med*. November 2020;54(21):1279–87.
20. Snelgrove S, Lioffi C. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*. December 2013;9(4):283–301.
21. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citerad 02 februari 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa/action-plan>
22. Centrum för personcentrerad vård – GPCC. Om personcentrerad vård. [Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2020. [citerad 29 mars 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-var>
23. Ekman I. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Andra upplagan. Stockholm: Liber AB; 2020.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. Personcentrerad vård i Sverige [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2018. [citerad 29 mars 2022]. Tillgänglig vid:

<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/personcentrerad-var-d-i-sverige.html>

25. Bäärnhielm S, Reichenberg K, Gabrielsson K, Fossum B. Gott professionellt bemötande kan stärka den utsatta patienten. *Läkartidningen*. 14 januari 2020;117.
26. Benjaminsson O, Biguet G, Arvidsson I, Nilsson-Wikmar L. Recurrent low back pain: relapse from a patients perspective. *J Rehabil Med*. Oktober 2007;39(8):640–5.
27. MacNeela P, Doyle C, O’Gorman D, Ruane N, McGuire BE. Experiences of chronic low back pain: a meta-ethnography of qualitative research. *Health Psychol Rev*. 1 januari 2015;9(1):63–82.
28. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 1 januari 2006;3(2):77–101.
30. Richards HM, Schwartz LJ. Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research? *Fam Pract*. April 2002;19(2):135–9.
31. Jokinen P, Lappalainen M, Meriläinen P, Pelkonen M. Ethical issues in ethnographic nursing research with children and elderly people. *Scand J Caring Sci*. Juni 2002;16(2):165–70.
32. James T, Platzer H. Ethical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians’ and gay men’s experiences of health care--a personal perspective. *Nurs Ethics*. Januari 1999;6(1):73–81.
33. Koivisto, M-L. Personcentrerad vård: Förändring som utmanar maktstrukturer. *Läkartidningen*. 11 oktober 2017;114.
34. Integritetsskyddsmyndigheten. *Dataskydd* [Internet]. Stockholm: Integritetsskyddsmyndigheten; 2021. [citerad 02 februari 2022]. Tillgänglig vid: <http://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/det-har-galler-enligt-gdpr/>
35. Fysioterapeuterna. *Fysioterapi Profession och vetenskap* [Internet]. Stockholm: Fysioterapeuterna; 2016 [citerad 17 april 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/fysioterapi-webb-navigering-20190220.pdf>
36. Tavafian SS, Gregory D, Montazeri A. The experience of low back pain in Iranian women: a focus group study. *Health Care Women Int*. April 2008;29(4):339–48.
37. Centrum för personcentrerad vård – GPCC. *Tillsammans för en bättre vård* [broschyr på Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2018 [citerad 17



april 2022]. Tillgänglig vid:

[https://www.gu.se/sites/default/files/2020-05/GPCC\\_broschyr\\_180829.pdf](https://www.gu.se/sites/default/files/2020-05/GPCC_broschyr_180829.pdf)

38. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. Augusti 2001;358(9280):483–8.

# Bilagor

## Bilaga 1: Initial information



HÖGSKOLAN  
DALARNA

**Magisteruppsats inom fysioterapi vid Högskolan Dalarna:**  
En intervjustudie om hur personer med långvarig ländryggssmärta  
upplever möten med vården.

Hej!

Vi är två legitimerade fysioterapeuter som gör en studie/upsats på magisternivå. Vi söker personer med långvarig ländryggssmärta som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Syftet med studien är att undersöka hur personer med långvarig ländryggssmärta upplever möten med vården.

Intervjun planeras ta cirka 60 minuter och vi kommer intervju dig i ett rum på vår mottagning. Intervjun kommer att användas i vår uppsats där du kommer att vara anonym.

Om du ger ditt muntliga samtycke till din vårdgivare att lämna ut ditt namn och telefonnummer kommer vi ringa upp dig för att ge mer information om studien och svara på frågor. Bara för du tackar ja till att bli uppringd tackar du inte automatiskt ja till att delta i studien.

Tack på förhand!

Andrea Lindström, leg. fysioterapeut.

Emma Lundqvist, leg. fysioterapeut.

## Bilaga 2: Informationsbrev



HÖGSKOLAN  
DALARNA

**Information om magisteruppsats inom fysioterapi vid Högskolan Dalarna:**  
En intervjustudie om hur personer med långvarig ländryggsmärta upplever möten med vården.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

**Syfte:** Syftet med denna studie är att undersöka hur personer med långvarig ländryggsmärta upplever möten med vården.

### **Varför görs denna undersökning?**

Undersökningen görs som ett uppsatsarbete som avslutning på ett magisterprogram i fysioterapi vid Högskolan Dalarna. Genom att intervjua personer med långvarig ländryggsmärta kring deras upplevelser av möten med vården hoppas vi kunna göra patienters röster hörda för att om möjligt förbättra omhändertagandet av den här patientgruppen.

### **Vilka kommer att delta i undersökningen?**

Tio stycken deltagare, både män och kvinnor i åldrarna 18-65 år, med långvarig ländryggsmärta kommer att inkluderas. Urvalet kommer ske under en begränsad period på Capio Rehab Dalen i Stockholm samt på Enköpings husläkarcentrum i Enköping och under denna period tillfrågas alla patienter som skulle kunna passa i studien.

### **Vad innebär ett deltagande i undersökningen?**

Att delta i undersökningen innebär att du intervjuas enskilt i ca 60 minuter av en legitimerad fysioterapeut. Intervjun kommer att spelas in via röstinspelning och kommer äga rum på antingen Capio Rehab Dalen eller på Enköpings husläkarcentrum.

### **Vad finns det för fördelar och nackdelar med att delta i undersökningen?**

Ett deltagande i studien ger dig en möjlighet att göra din röst hörd genom att dela med dig av dina erfarenheter och därmed bidra med ett patientperspektiv av vården för personer med långvarig ländryggsmärta. En nackdel skulle kunna vara om frågorna som ställs väcker negativa känslor hos dig.

### **Hur ska materialet bearbetas och hanteras?**

När alla deltagares intervjuer är genomförda kommer vi att transkribera dessa (skriva ner det som sagts i text), analysera texten och slutligen sammanställa det i vår uppsats. Allt som sägs kommer inte att tas med i uppsatsen, utan vi plockar ut ett urval. Vi kommer inte att skriva ut ditt namn i texten, utan istället byter vi ut ditt namn mot en kod (t.ex. "Informant 1"). Det material som innehåller personuppgifter kommer att förvaras i låsta skåp för att skydda mot åtkomst av obehöriga. Du kommer att kunna läsa den färdiga uppsatsen när den är klar om så önskas. Allt insamlat material kommer att behandlas konfidentiellt. Endast vi studieledare och vår handledare kommer ha tillgång till det insamlade materialet. Inspelningarna med röstfiler kommer att raderas efter transkribering. Utskrivna dokument slängs i en sekretesskärl efter att uppsatsen är färdigställd och förstörs därefter.

Högskolan Dalarna är ansvarig för behandlingen av personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i undersökningen har du enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter kommer behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan du vända dig till Högskolans dataskyddsombud.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Då kommer den data som samlats in fram till avbrottet att användas i uppsatsen. Du kommer inte att få någon ekonomisk ersättning för ditt deltagande. Vården är densamma vare sig du medverkar i studien eller inte.

Undersökningen är forskningsetiskt granskad och godkänd av Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna.

### **Vilka kommer att få tillgång till informationen?**

Uppsatsen kommer presenteras i maj 2022 för andra elever och lärare på Högskolan Dalarna. Uppsatsen kommer även att finnas tillgänglig på diva-portal.org vilken är en öppen hemsida.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Stockholm / Enköping

Datum

Andrea Lindström

Telefon: 08-684 337 14

Emma Lundqvist

Telefon: 0171-41 73 00

Handledare: Annie Palstam

Telefon: 023-77 80 00

### Bilaga 3: Skriftligt samtycke



HÖGSKOLAN  
DALARNA

#### **Samtycke till att delta i forskningsstudie:**

En intervjustudie om hur personer med långvarig ländryggssmärta upplever möten med vården.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och dess syfte samt om hur information samlas in och lagras. Jag har informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan motivering.

Jag samtycker härmed till att:

- delta i studien "Hur personer med långvarig ländryggssmärta upplever möten med vården
- en kvalitativ intervjustudie i primärvårdskontext".
- uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet.
- de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills att uppsatsen är godkänd.

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

#### **Ansvarig för studien**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnsteckning: \_\_\_\_\_

## Bilaga 4: Intervjuguide

### Intervjuguide

Informant: \_\_\_\_\_

---

Interjuvare: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Kort beskrivning av bakgrunden till undersökningen och vad vi ämnar att fråga dem om; deras upplevelser av möten med vården.

1. Vad har du för erfarenheter av möten med vården utifrån din ländryggsmärta?
2. Berätta om när du varit missnöjd med det bemötande som du fått när du sökt vård för din ländryggsmärta?
3. Upplevde du att detta bemötande ledde till några följder för dig, och i så fall hur?
4. Vad hade vårdpersonalen kunnat göra annorlunda, det vill säga hur hade du behövt bli bemött?
5. Berätta om när du varit nöjd med det bemötande som du fått när du sökt vård för din ländryggsmärta?
6. Upplevde du att detta bemötande ledde till några följder för dig, och i så fall hur?
7. Varför kände du dig nöjd med det bemötandet?
8. Vilken fråga önskar du att en vårdgivare skulle ha ställt till dig?
9. Finns det något mer du skulle vilja tillägga gällande hur du upplevt bemötande från vården, och i så fall vad?
10. Om det skulle vara något ytterligare som jag skulle vilja fråga dig om, är det okej att jag kontaktar dig igen?  
JA NEJ

Möjliga följdfrågor:

- Hur har detta påverkat ditt mående?
- Har det påverkat hur du själv ser på dina besvär, och i så fall hur?
- Har du känt dig misstrodd, och i så fall på vilket sätt?

## Bilaga 5: Demografisk data

### Grundinformation

Informant: \_\_\_\_\_

Frågor	Svar (skriv / kryssa för ditt svar)
Hur gammal är du?	
Vilket kön har du?	
Hur länge har du haft dina besvär?	Antal månader: _____ Antal år: _____
Är du sjukskriven pga din ländryggssmärta?	Ja, antal %: _____ Nej _____
Om Ja, hur länge har du varit sjukskriven?	Antal månader: _____ Antal år: _____
Har du någon diagnos på din ländryggssmärta?	Ja _____ Nej _____
Om du vill ha en kopia av den slutgiltiga uppsatsen, vänligen skriv din e-postadress tydligt i rutan till höger.	