

Kvalitet i rygbehandlingen

patientens perspektiv

Perspektivering

Patienter med lænderygproblemer skal aktiveres allerede første gang, de henvender sig til sundhedsvæsenet, idet de ellers lærer, at passiv behandling er tilstrækkelig. Passive strategier kan medføre, at patienterne bruger passiv behandling hos fysioterapeut og kiropraktor som forebyggelse. Ved tilbagevendende og mere alvorligt rygbesvær bliver mange patienter skuffede over det manglende resultat og spilder tid og penge på behandling, som er virkningsløs eller kun virker kortvarigt. Forventningerne om passiv behandling er skabt af behandlerne, og det er også behandlerne, som kan ændre på forholdene ved at tænke langsigtet for den enkelte patient og således også give patienter med førstegangs lænderygbesvær redskaber til selv at gøre en indsats.

Denne kvalitative interviewundersøgelse giver et bud på en teoretisk referenceramme for samarbejdet mellem rygpatienter og behandlere og belyser betydningen af fælles mål for patientens aktive indsats. Det viser sig, at et godt samarbejde er særdeles vigtigt for, at rygpatienten selv bliver motiveret til at gøre en indsats. Med udgangspunkt i social læringsteori viser det sig, at oplevet kontrol over sygdommen sammen med self-efficacy, dvs. troen på at kunne gennemføre en bestemt indsats, har betydning for patienternes måde at forholde sig til deres rygproblem på og dermed for deres smerteadfærd.

Fysioterapeuten skal fremme patienternes oplevelse af kontrol over sygdommen, og det gøres ved at inddrage patientens egen vurdering i undersøgelse og behandling og ved at sætte fælles mål for behandlingen. Målene skal være små og opnåelige inden for en rimelig tidsramme, og behandlingen skal overvejende være aktiv. Det er af stor betydning, at fysioterapeuten følger op på behandlingen og justerer jævnlige, således at patienten føler sig tjekket af. Det fremmer patienternes evne og motivation til selv at gøre en indsats overfor rygproblemet, og stadig længere intervaller mellem handlingerne øger selvstændigheden. Ved at sætte små mål fremmes patientens kropsbevidsthed, og fysioterapeuten skal arbejde meget med patientens fornemmelse for ændringer i vævet.

Inddragelse af patientens arbejdssituation i behandlingen er et forsømt område, som imidlertid er af stor betydning. Fysioterapeuter kan blive bedre til at inddrage arbejdssituationen ved at afprøve arbejdsteknikker med patienten og fremme patienten problemløsningsevne ved at diskutere løsningsforslag både på det ergonomiske område, men også ved at arbejde med patientens kropslige forståelse.

Baggrund

■ Uspecifik lænderygbesvær er en benign, selvbe-grænsende lidelse (32), idet smerterne kun sjældent skyldes en alvorlig sygdom. Halvdelen af patienterne vil være smertefri i løbet af få uger, men 10-15 % udvikler en kronisk lidelse (29). Konsekvenserne af lænderygbesvær er tiltaget voldsomt i omfang, og ifølge Waddell kan man i dag tale om en epidemi i den vestlige verden (32). Det er imidlertid ikke muligt at pege på ændringer i lidelsens patologi (29, 32), hvilket gør det fornuftigt at vende blikket imod sundhedsvæsenets håndtering af lænderygbesvær og rygpatienters adfærd i forbindelse med sygdommen. Ifølge Frank et al. hænger sekundær forebyggelse af lænderygbesvær i nogen grad sammen med kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser, og ét af aspekterne ved kvaliteten er behandlerens påvirkning af patientens adfærd (9). MTV-rapporten anbefaler en patientaktiverende behandlingsstrategi som en betingelse for behandlingssucces (29), men det er ikke belyst, hvordan behandlerne bedst fremmer patientens aktive indsats. Patientens perspektiv på kvaliteten i behandlingen er et nærliggende udgangspunkt.

En litteraturgennemgang af Nordin et al. (22) om forholdet mellem rygpatienter og behandlere konkluderer, at når rygpatienter oplever at have deltaget aktivt i behandlingen, vurderer de deres tilstand mere positivt. Resultatet bliver i disse tilfælde bedre end for patienter, der ikke har oplevelsen af aktiv deltagelse. Flere undersøgelser viser endvidere ifølge Nordin et al., at enighed mellem patient og behandler har stor betydning for hurtig rehabilitering og for opfattelsen af en positiv udvikling i behandlingsforløbet. Det er vigtigt, at behandleren stimulerer patientens egenomsorg og fremmer patientens opfattelse af selv at kunne påvirke forløbet (22). En biomedicinsk sygdomsmodel antages ifølge Nordins litteraturgennemgang at opmuntre til urealistiske forventninger om hurtig helbredelse, hvorfor det anbefales at inddrage en biopsykosocial sygdomsmodel, hvor kognitive, adfærdsmæssige og sociale aspekter tages i betragtning (22).

Forholdet mellem rygpatient og behandler viser sig i patienttilfredshedsundersøgelser at have betydning for forløbet. Deyo & Diehl finder, at rygpatienters ringe tilfredshed med behandlingen generelt er signifikant korreleret til manglende tilfredshed med informationen (5). Hazard et al. finder, at patienttilfredsheden i nogen grad hænger sammen med, om patientens forventnin-

ger bliver mødt, og det anbefales, at patient og behandler i fællesskab sætter mål for behandlingen og løbende evaluerer resultatet (10). Fitzpatrick et al. finder i en patienttilfredshedsundersøgelse blandt rygpatienter, at særlig to variable tegner sig for en væsentlig del af variansen, nemlig tidligere hospitalsophold og health locus of control dimensionen *powerful others* (8). Det vil sige, at de mest tilfredse patienter var dem, som havde stor tiltro til, at andre, f.eks. sundhedsprofessionelle, styrer deres helbred. Det, at rygpatienter har oplevelsen af kontrol over sygdommen, er også i Indahl et al.'s interventionsundersøgelse fundet væsentligt. Her fandt man efter tre måneder, at *powerful others* havde betydning for forløbet (12), men follow up efter fem år viser imidlertid, at det er ringe intern kontrol, der har betydning for effekten i negativ retning, det vil sige ringe tiltro til selv at kunne påvirke helbredet.

God information, fælles fastsættelse af mål, stimulering af egenomsorg og patientens egen påvirkning af forløbet, som fremkommer i ovenstående undersøgelser (5, 8, 10, 20), kan derfor i min forforståelse tages som udtryk for, at god kvalitet stimulerer patientens egen oplevelse af kontrol over sygdommen, hvorfor oplevet kontrol er den valgte referenceramme for denne undersøgelse. Oplevet kontrol er udtryk for individets subjektive oplevelse af kontrol, hvilket ikke nødvendigvis er det samme som individets faktiske eller aktuelle kontrol. At opleve kontrol over sit helbred/sygdom og over smerte antages i de fleste tilfælde at være positivt (18, 27), og er én af faktorerne i samspillet mellem psykosociale krav og psykosociale ressourcer. Ringe oplevelse af kontrol medfører en stresstilstand i kroppen med bl.a. kognitive, affektive, adfærdsmæssige og autonome reaktioner (7). Alene frygten for smerte kan resultere i ændret bevægelsesmønstre og nedsat aktivitetsniveau, hvilket for rygpatienter kan bidrage til, at tilstanden fastholdes (7, 12). Sammenhængen mellem oplevet kontrol og sundhedsadfærd er belyst i social læringsteori, som ifølge Rotter har fire hovedomdrejningspunkter, nemlig: adfærd, forventninger, forstærkning og psykologiske situationer (25). Det vil sige, at potentialet for, at man handler på en bestemt måde i en bestemt psykologisk situation, skal ses på baggrund af individets forventninger til, hvad der kommer ud af en situationen, og hvor stor betydning resultatet har for individet. Får man positive erfaringer (positiv forstærkning), er man mere tilbøjelig til at handle på samme måde i lignende situationer, det vil sige, at det omgivende miljø har betydning for motivationen til en bestemt adfærd.

På baggrund heraf er konceptet *health locus of control* (HLC) udviklet af Wallston (35) og anvendt som uafhængig variabel i flere undersøgelser af rygpatienter (11, 14, 35). HLC deles i tre dimensioner som udtryk for om man:

1. opfatter selv at have kontrol over sygdommen, *intern kontrol* (IHLC),
2. opfatter, at '*powerfull others*' (f.eks. sundhedsprofessionelle, familie, venner) har kontrol over sygdommen, *socialt eksternt kontrol* (PHLC),
3. opfatter, at det er skæbne, held eller tilfældigheder

(chance), der er af afgørende betydning for sygdommens opståen og forløb, *fatalistisk eksternt kontrol* (CHLC) (35, 18).

Den ene opfattelse af kontrol udelukker ikke den anden og flere kombinationer kan ses. På en HLC-måleskala kan det f.eks. at score højt på både den interne og den socialt eksterne skala betyde, at man selv tager ansvar for sygdommen, men også at man deler dette ansvar med andre. At score højt på både den interne og den fatalistisk eksterne skala kan betyde, at man selv tager ansvar for den del af sygdommen, som man har mulighed for at påvirke, og accepterer den del, man ikke kan gøre noget ved (34). Høj score på den fatalistisk eksterne dimension og lav på de to andre kan betyde, at man tror, at det er en tilfældighed, om man bliver rask. De tre dimensioner er således uafhængige og skal statistisk behandles som sådan (34). Der kan forekomme otte kombinationer af høj/lav scoring kaldet typologier (33), men den nærmere betydning af forskellige kombinationer er endnu ikke klart belyst. Det er efter min opfattelse ikke sandsynligt, at HLC alene prædikterer sundhedsadfærd, hvilket forventes nærmere belyst i undersøgelsen. Lænderygbesvær er et symptomkompleks, som patienten skal leve med i uger, måneder eller år, og patientens egen adfærd har stor betydning for forløbet (29, 32). En stærk intern kontrol giver basis for at tro på, at man selv har indflydelse på helbredet, og det vil sige, at HLC kan være den grundsten, som patientens aktive valg og fravalg bygges på. Det er behandlerens opgave at stimulere patientens interne kontrol og give patienten nogle redskaber til selv at øve indflydelse på sygdommen, så han/hun har et grundlag for at vælge.

Formålet med denne undersøgelse var at belyse, hvordan patienter med uspecifik lænderygbesvær oplevede, at undersøgelse og behandling i deres sygdomsforløb havde påvirket deres oplevelse af kontrol samt havde understøttet og udviklet deres ressourcer til at forebygge lænderygbesvær i forskellige sammenhænge med særlig vægt på arbejdsforhold. Undersøgelsen skulle endvidere belyse, hvordan patienter med forskelle i oplevet kontrol udtrykt ved de tre dimensioner af HLC kunne påvirkes af behandleren. Overordnet var hensigten at bidrage til udvikling af eksplicite kriterier for god kvalitet i behandlingen set fra patientens perspektiv. Fokus var på kerneydelsen, forstået bredt som både den teknologiske udførelse af undersøgelse og behandling¹ og med inddragelse af interpersonelle relationer og kommunikation i processen (20, 6). Undersøgelsen vedrørte derfor proces og resultat i kvalitetsudviklingen og i mindre grad struktur. Processen mellem patient og behandler var de aktiviteter, der udførtes i forbindelse med diagnostik og behandling af patientens rygproblem. Resultatet var de forandringer, som patienten beskrev mht. sit helbred i relation til rygproblemet, og graden af sundhed og velvære som patienten tilskrev effekt af behandlingen i sundhedsvæsenet. Med behandling menes både den behandling, som behandleren direkte gav, men også den selvbehandling og forebyggelse, som behandleren fremmede hos rygpatienten. Ovenstående definitioner lægger sig op ad Mainz ind-

Tabel 1. Interviewguide

Ryg sygdommen	Udvikling, konsekvenser, smerte, copingstrategier, forbedrende eller forværende faktorer, motionsvaner, oplevet alvor, kropsbevidsthed.
Undersøgelse	Udførelse, forventninger, information, egen vurdering, hvad betyder information.
Behandling	Hvilke behandlere, hvilke behandlinger, vurdering, mål forventninger, effekt, tilpasning, arbejde med kropsbevidsthed*, opfølgning, hjemmeøvelser, compliance, motivation til aktiv forebyggelse, inddraget jobsituationen, økonomi, beslutning om at stoppe behandling.
Relationer til behandleren	Hvad er en god behandler*, engagement, egen læges rolle, valg af behandler.
Arbejdsforhold	Fysiske arbejdsforhold, ændringer på grund af lænderygsbesvær, ergonomiske ændringer, støtte fra ledelse og/eller kolleger, indflydelse, sygefravær, tilbagevenden efter sygefravær (barrierer eller fremmede faktorer), hvordan passe på ryggen, arbejdsskader.
Fremtiden	Tanker om fremtiden, arbejdsforhold, forebyggelse.
Spørgeskemaet	Tanker om HLC-spørgsmålene er besvaret generelt eller specifikt på baggrund af rygproblemet, tvivl.
Afrunding	Hvad er god kvalitet i behandling af rygproblemer, hvordan stimulerer behandleren dig til aktiv forebyggelse*, oplever du kontrol over dit rygproblem*, noget du har lyst til at sige, tanker om interviewsituationen.

*Spørgsmål udviklet i løbet af interviewrækken.

deling (20) og er tilpasset rygpatienter. I denne artikel belyses særlig kvalitetsaspektet ved patient/behandler samarbejdet.

Undersøgelsen blev administrativt vurderet af Videnskabetisk Komite i Hillerød og falder ikke ind under komitéens område. Patienter og behandlere er anonymiserede og mindre ændringer i persondata er foretaget. Undersøgelsen er endvidere godkendt af Registertilsynet og forskrifterne herfra er fulgt.

Materiale og metode

Undersøgelsen var et tværsnitsstudie baseret på kvalitativt semistruktureret interview med patienter med uspecifik lænderygsbesvær. Dataindsamlingen fandt sted i perioden december 1999 til marts 2000.

Undersøgelsesgruppen var patienter af begge køn i alderen 25-55 år med uspecifik lænderygsbesvær, dvs. akut eller kronisk træthed, gener eller smerter i lænden med eller uden udstråling til ben(ene) (29). Patienterne skulle have aktuel eller potentiel tilknytning til arbejdsmarkedet. De skulle være i gang med eller nylig have afsluttet et kortere eller længerevarende behandlingsforløb individuelt eller på hold. Eksklusionskriterier var tidligere eller aktuel discusprolaps eller stærk klinisk mistanke herom, andre ryg sygdomme, graviditet eller alvorlige sygdomme. Behandlerne omfattede både aktuelle og tidligere praktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, praktiserende fysioterapeuter og hospitalsansatte fysioterapeuter, dvs. adskiltigt flere både nuværende og tidligere end dem, der udleverede spørgeskemaet.

Spørgeskema

Udvælgelsen til interview skete på baggrund et spørgeskema. Spørgeskemaet blev udelukkende anvendt som

middel til teoretisk sampling² ud fra de tre dimensioner i HLC og skulle desuden give baggrundsoplysninger af faktisk karakter om de interviewede patienters alder, køn, lænderygsmerter, sygefravær og tilknytning til arbejdsmarkedet. Spørgeskemaet bestod af i alt 37 items. Til belysning af HLC anvendtes Wallstons form A (35), der består af 18 items. På den interne skala IHLC blev f.eks. spurgt "Hvis jeg bliver syg, er min egen indsats afgørende for, om jeg bliver rask igen", på den socialt eksterne skala PHLC var det f.eks. "Når jeg føler mig dårlig tilpas, bør jeg konsultere sundhedspersonale (læge, fysioterapeut, kiropraktor)" og på den fatalistisk eksterne skala CHLC var det f.eks. "Uanset hvad jeg gør, bliver jeg sandsynligvis syg". Besvarelse var en 6-punkts Likert skala med svarmuligheder fra "Ja, helt enig" til "Helt uenig". Som det sidste på spørgeskemaet kunne patienterne skrive navn og telefonnummer, hvis de ville kontaktes med henblik på aftale om interview. To personer var involveret i oversættelsen af HLC-skalaerne til dansk, og spørgsmålene blev derefter tilbageoversat af en tosproget englænder, hvilket medførte enkelte ændringer af meningsbærende udtryk. Hele spørgeskemaet blev kvalitativt prætestet på fem rygpatienter, hvilket medførte ændret formulering i to spørgsmål. Spørgeskemaerne blev efter forudgående mundtlig og skriftlig aftale udsendt til reumatologisk afdeling på to sjællandske sygehuse som enten selv tilbyder ambulant behandling eller henviser videre til behandling i primær sektor. Skemaet blev endvidere udsendt til Gigtsanatoriet i Skælskør samt fire klinikker for fysioterapi i provinsen. Skemaerne havde hver et løbenummer, som identificerede stedet, hvorfra skemaet var uddelt. Det gik uventet langsomt med at få spørgeskemaer tilbage, hvorfor jeg flere gange telefonisk var i kontakt med stederne og udvidede fra oprindeligt to fysioterapiklinikker til fire og inddrog af samme grund Arbejdsmedicinsk klinik på det ene sygehus.

Interview

Interviewguide (tabel 1) blev udarbejdet på baggrund af pilotinterview og på baggrund af litteratur om forholdet mellem patient og behandler samt danske og udenlandske patienttilfredshedsundersøgelser (5, 6, 10, 19, 20, 21, 22). Interviewguiden blev kun anvendt som tjekliste til sidst, idet jeg i høj grad lod informanterne styre forløbet. Først i de sidste spørgsmål, hvor jeg igen ridsede for målet med undersøgelsen op, spurgte jeg overordnet til kvalitet i behandlingen og oplevet kontrol. 10 interviews blev optaget på bånd, en enkelt informant ønskede ikke brug af båndoptager, hvorfor jeg tog notater, i alt 18 håndskrevne sider sammenskrevet til et referat på fem sider. Varigheden af interviewene var fra ½ -2 timer. De bandede interviews blev udskrevet i fuld længde med udeladelse af enkelte korte passager i de sidste tre, i alt 156 sider. Jeg skrev løbende memos til interviewene om mine umiddelbare indtryk af, hvad der var det væsentlige tema her.

Databearbejdning

Spørgeskemaernes HLC-items blev talt sammen for hver af de tre dimensioner (IHLC, PHLC og CHLC) og tildelt point, således at der blev givet seks point ved højeste grad af enighed med udsagnet og ét point for laveste grad af enighed. På hver skala var højeste mulige score 36. Gennemsnit for hver dimension blev udregnet på basis af alle deltagerne, og for hver deltager blev det dernæst fastlagt, om vedkommende havde gennemsnitlig score eller derover. F.eks. betegnede høj score på 'interne' items, at deltageren i vid udstrækning var enig med de interne udsagn og kunne klassificeret som værende internt orienteret. Bearbejdningen af interviewdata foregik efter *grounded theory metoden* med åben, axial og selektiv kodning (30).

Resultater

Af 95 spørgeskemaer udsendt til klinikker og hospitaler, blev 29 returneret, hvoraf ét var utilstrækkeligt ud-

fyldt, og tre ikke opfyldte kriterierne, hvorfor de udgik. På to af skemaerne var ikke angivet telefonnummer og ønske om interview. Antal uddelte spørgeskemaer ansås til 50-60 stk. Flere af spørgeskemaerne indkom for sent til, at deltagerne kunne blive interviewet.

Gennemsnitlig score blev højere end eller lig med 26 på IHLC-skalaen, 19 på PHLC-skalaen og 17 på CHLC-skalaen. Alle kombinationer af høj/lav score (otte kombinationer i alt) forekom blandt deltagerne, men på grund af mange sent indkomne svar repræsenterede informanterne kun fire, som alle havde høj intern score og derudover høj/lav score på de to andre dimensioner, se tabel 2.

Jeg interviewede seks kvinder og fem mænd i alderen 25-54 år, i det følgende betegnet som informanter. Data på informanterne fremgår af tabel 2, hvor oplysningerne dels er fremkommet i spørgeskemaerne, dels gennem interviewene. Alle informanter undtagen én havde tidligere episoder med lænderygproblemer, hvorfor informanternes erfaringer med tidligere behandling er en del af datamaterialet. For to af informanterne var deres lænderygbesvær anerkendt som arbejdsskade, én havde søgt det godkendt som arbejdsbetinget lidelse, men havde fået afslag, én havde stadig en uafsluttet arbejdsskadesag, ligesom én havde en uafsluttet fritidsulykkesforsikrings-sag kørende. Alle informanterne havde været i kontakt med egen læge og mindst én fysioterapeut, og de fleste havde derudover erfaringer med én eller flere speciallæger og kiropraktorer. Tre havde erfaring fra holdbehandling.

Fænomenerne *Kontrol* og *Kropsbevidsthed* blev begge afprøvet som mulige kernekategorier, men forklarede ikke variationerne i alle de øvrige emnekategorier. Efter flere gennemgange af interviewudskrifterne, citatsamlingerne under kategorierne, disses egenskaber samt memoer kom jeg frem til kernekategorien *Kvalitet i pa-*

Tabel 2. Præsentation af informanterne

Navn	*Varighed ca.	Smerter	Opståen	Høj score på HLC	Arbejde	Ændret arbejdstid /funktion	****Sygefravær
Helle	4 år	Ja	Snigende	IHLC/ PHLC/ CHLC	Ja	Nej	Nej
Mads	4 år	Ja	Snigende	IHLC/ PHLC/ CHLC	Ja	Nej	Nej
Susan	6 mdr	Ja	Akut**	IHLC/ PHLC	Ja	Ja	3 mdr
Palle	1½ år	Ja	Akut**	IHLC/ CHLC	Nej	-	> 1 år
Asger	8 mdr	Nej	Snigende	IHLC/ CHLC	Ja	Nej	Nej
Kurt	4½ år	Ja	Snigende	IHLC	Ja	Nej	< 4 uger
Vibeke	6 mdr	Ja	Akut**	IHLC/ PHLC	Ja	Nej	< 4 uger
Søren	3 mdr	Ja	Snigende	IHLC/ PHLC	Ja	Ja	< 4 uger
Kirsten	< 4 uger	Ja	Akut**	IHLC/ PHLC	Ja	Nej	< 4 uger
Lone	12 mdr	Ja	Akut**	IHLC	Ja	Nej	3 mdr
Karen	< 4 uger	nej	Snigende	IHLC	Nej	Nej	Nej

* Varighed betegner, hvor længe lænderygproblemet har været i denne omgang. **Akut opståen kan være traume eller hurtigt indsættende smerter. ***IHLC er den interne dimension, PHLC er den socialt eksterne dimension (powerful others), CHLC er den fatalistisk eksterne dimension. ****Sygefravær betegner sygefravær på grund af lænderygbesvær sammenlagt inden for ét år.

tient/behandler-samarbejdet med egenskaberne *Kontrol* og *Aktiv forebyggelse*. I tabel 3 ses, hvordan emnekategorierne og deres egenskaber relaterede sig til kernekategorien efter paradigmemodellen (30). Dimensionerne er ikke vist, men beskrev i de fleste tilfælde, hvorvidt emnekategoriens egenskab var inddraget i behandlingen, fremmet af behandleren eller hverken eller.

Resultaterne viste, at et godt samarbejde blev skabt i mødet mellem behandler og informant, hvor de i fællesskab arbejdede sammen om at forstå og løse problemet, således at informanten oplevede, at samarbejdet ændrede tilstanden. Når det lykkedes, oplevede informanten sig styrket i sin interne kontrol og opleve øget handlekapa- citet til selv at forebygge. For at det gode samarbejde fun- gere fuldt ud skulle følgende være til stede:

- At informanten følte sig forstået.
- At informantens egenvurdering blev inddraget.
- At der blev arbejdet hen imod fælles mål.
- At informanten mærkede, at behandleren var kompetent.
- At informanten kunne mærke en effekt.

I det følgende gennemgås resultaterne inden for de områder, der viste sig at være centrale for god kvali-

tet i patient/behandlersamarbejdet og for informantens aktive forebyggelse, nemlig information, mål, ju- stering, opfølgning samt arbejdsituation.

Information

Kvalitet i patient/behandler-samarbejdet kom klart til udtryk, når informanterne fortalte om den informati- on, de havde fået hos flere forskellige behandlere. Når kvaliteten i samarbejdet ikke var god, følte informan- terne sig dårligt behandlet. Nogle oplevede tab af kontrol, som Lone, der følte sig "*hjælpeløs og dum*", når hun trods nedskrevne spørgsmål alligevel opleve- de ikke at blive hørt eller få svar. Flere informanter hav- de gået til behandling i lange perioder men gav ud- tryk for, at de først nu hos den aktuelle fysioterapeut havde fået en ordentlig forklaring. Alligevel kunne de tilsyneladende næsten ordret gengive tidligere infor- mation, men det var tydeligt, at de ikke havde accep- teret den som korrekt. Information blev først af god kvalitet, når informanten oplevede sin egenvurdering inddraget, følte sig forstået og taget alvorligt. Der skulle endvidere være sammenhæng mellem det, der blev forklaret, og det, som informanten mærkede i kroppen. Det blev således centralt for samarbejdets kvalitet, at der skete en kropslig forståelse, der igen dannede basis for en kropslig læring og oplevelse af

Tabel 3. Fænomenet 'Kvalitet i patient/behandlersamarbejdet' placeret i paradigmemodellen med emnekategorier og disses egenskaber.

Paradigmemodellens rammer	Emnekategorier	Egenskaber
Kausale betingelser	Interpersonelle relationer	Egenvurdering, Forklaring, Interesse, Tillid, Kropslig forståelse.
Kontekst	Diagnose	Forventninger, Udførelse
	Behandling	Forventninger, Mål, Type, Effekt, Udførelse, Vurdering, Opfølgning, Tilfredshed, Økonomi
	Sygdommens konsekvenser	Funktion, Smertes, Egne reaktioner, Andres reaktioner, Krav.
Intervenerende omstændigheder	Arbejdssituation	Arbejdstid, Arbejdsfunktioner, Ergonomiske ændringer, Arbejdsskade, Social støtte, Indflydelse, Sygefravær, Tilbagevenden.
	Rygsundhed	Smerte, Arbejde, Handlemuligheder
	Oplevet trussel	Self-efficacy, Arbejdet, Sygdommens alvor, Recidiv,
Strategier	Coping	Arbejdsteknik, Undvigende, Hvile og afspænding, Emotionel bearbejdning, Aktivitet, Medicin og varme, Kropslig bearbejdning, Tilrettelæg- gelse, Øvelser, Ændring, Informati- onssøgning, Intet.
	Kropsbevidsthed	Kropslig erfaring, Kropslig forståelse.
Konsekvenser	Kontrol	Intern kontrol, Socialt ekstern kontrol, Fatalistisk ekstern kontrol, Tab af kontrol, Ændring af kontrol.
	Aktiv forebyggelse	Compliance, Forstærkning, Fremtidig indsats.

øget kontrol over sygdommen. Informantens egenvurdering kunne ændres, men det var en proces, hvor behandleren skulle integrere informantens egen opfattelse af problemets årsag og opståen.

At stress kunne have betydning var meget mere acceptabelt, ligesom det ikke var fremmed for informanterne, at humøret spillede en rolle for, hvordan de havde det. Kun få behandlere gik imidlertid nærmere ind på emotionel bearbejdning, men det kunne meget vel være foregået på en indirekte måde. God kvalitet i information eller forklaring blev således opnået, når informanten følte sig forstået og taget alvorligt, og i en sådan positiv proces blev der mulighed for at arbejde med problemløsende og emotionelle copingstrategier.

Mål, justering og opfølgning

Positiv forstærkning var af afgørende betydning for informanternes aktive forebyggelse og compliance. Det var helt klart, at motivationen for selv at gøre en indsats, var at mærke effekt, og det øgede informantens oplevelse af kontrol at fornemme ændringer. Effekten kunne være i form af smertelindring eller bedre funktion, men kunne også være på vævsniveau i form af ændret fornemmelse i lænden. En informant lærte hos en fysioterapeut i et motionscenter at mærke andet i kroppen end smerte. Det blev afgørende for hans indsats, at han i udholdenhedstræning turde træne ud over sin smertegrænse og blev instrueret i, hvordan han skulle gøre. Flere informanter oplevede således positiv forstærkning ved at mærke lokale ændringer i lænden. Betydningen af positiv forstærkning var for alle informanter helt afgørende for deres egen indsats, og behandleren kunne fremme denne proces gennem fælles mål. Det gav ikke mening at skulle lave øvelser, hvis der ikke blev fulgt op på det med mål, som kunne opnås inden for en meget kort tidshorisont. Der var imidlertid ikke mange eksempler på, hvordan det at mærke andet i kroppen end aftagende smerte, blev anvendt som effektmål. På spørgsmål om, hvad der fik informanterne til at udføre de anviste øvelser flere gange dagligt, var svaret klart fra alle, at det var fordi det hjalp.

At sætte klare fælles aftalte mål og udvikle samarbejdet omkring disse, var der imidlertid kun få informanter, som kunne fortælle om. Informanterne satte i et vist omfang selv mål for deres funktionsniveau som f.eks. at kunne gå længere eller at kunne genoptage arbejde igen på et bestemt tidspunkt. To informanter havde oplevet at sætte mål hos den samme fysioterapeut, og det var tydeligt, at positiv forstærkning gjorde sig ekstra gældende her, netop fordi det gennem målsætningen var helt klart, hvad der skulle komme ud af det. Begge kunne sammenligne med andre behandlere. Det fremmede endvidere compliance og styrkede opfattelsen af samarbejde, at fysioterapeuten helt konkret tjekkede, om målene var nået. Opfølgning og justering af behandlingen var helt centralt for *Kvalitet i patient-/behandlersamarbejdet*, og compliance blev desuden fastholdt over længere tid, når behandleren aftalte stadig længere tid mellem behandlingerne og på den måde gradvist øgede informantens selv-

stændighed. Det bidrog til at øge tilliden til behandleren, også fordi den økonomiske belastning ved at gå til behandling blev fordelt over en længere periode.

Der var flere eksempler på manglende opfølgning og justering. F.eks. fortalte en informant, som selvtrænede i forbindelse med en fysioterapiklinik, at det trods flere forsøg ikke var muligt at få fat i fysioterapeuten, samt at hun trods gentagne anmodninger ikke havde kunnet få udleveret et hjemmeprogram. Hun måtte selv finde ud af hvilke øvelser, hun kunne lave hjemme, og fortsatte med de samme øvelser i flere måneder i træningscenteret. Informanten vendte det indad og bebrejdede sig selv, at hun ikke var vedholdende nok til at opnå kontakt. Behandlerens kompetence blev i høj grad vurderet på baggrund af ovenstående, dvs. behandlerens evne til at inddrage informanten i samarbejdet, men kompetencen blev også vurderet på baggrund af den konkrete udførelse af passiv behandling.

Alle informanterne gav på interviewtidspunktet udtryk for høj self-efficacy³ med hensyn til at udføre øvelser i forbindelse med deres aktuelle rygproblemer. Nogle var imidlertid lidt mere tøvende med hensyn til, om de troede på, at de kunne holde ved i fremtiden. Ingen af dem oplevede at have diskuteret fremtid seriøst med behandlere, men nogle havde selv planlagt, hvad de skulle gøre hvornår og hvordan. I interviewsituationen overvejede informanterne, hvad der skulle til, for at de fortsatte med motion eller øvelser i fremtiden, og en informant reflekterede over, hvilke barrierer, der var for at hun på længere sigt fik gjort en indsats.

Arbejdssituation

Informanterne oplevede det positivt, når arbejdssituationen blev inddraget, men det forekom sjældent, at behandlerne for alvor viste interesse for problemerne. Arbejdssituationen havde imidlertid stor betydning for informanterne, bl.a. fordi de fleste har af den opfattelse, at arbejdssituationen havde betydning for rygproblemet opståen og/eller udvikling. De udtrykte en frygt for, at de på et tidspunkt ikke mere ville kunne klare arbejdet, og denne oplevede trussel var en motivationsfaktor for at gøre en indsats. Trods daglige smerter hos de fleste var det imidlertid ikke en aktuell trussel for de ti, der var i arbejde, men alligevel fyldte det meget i deres overvejelser om fremtiden. Det viste sig gennemgående, at behandlerens manglende forståelse for arbejdssituationens betydning gav anledning til en følelse af ikke at blive forstået. Når behandlerne afviste, at diskutere arbejdets betydning, medførte det for nogle informanter, at de oplevede tab af kontrol. God kvalitet i samarbejdet forekom derimod, når behandleren direkte tog hånd om arbejdssituationen ved at lytte og diskutere problemerne. Det fremmede informantens egen problemløsningssevne, at der direkte i behandlingssituationen blev arbejdet med arbejdsstillinger og arbejdsteknik og inddragelse af kropsbevidsthed, og det medførte, at informanten oplevede sig taget alvorligt.

Andre informanter fortalte om råd og vejledning, der tilrådede sygemelding og hvile, som den eneste form

for interesse i arbejdssituationen fra behandlerens side. De informanter, som i nogen udstrækning selv fandt ud af, hvordan de skulle gebærde sig, havde en god kropsbevidsthed og kunne selv mærke, hvad de skulle gøre. De anvendte aktive copingstrategier overfor vanskelige situationer i forbindelse med arbejdet og havde således kun brug for nogle enkle råd og vejledning. Andre informanter havde behov for mere vejledning og for at arbejde med kropslig bevidsthed. Brug af hensigtsmæssig arbejdsteknik i forbindelse med f.eks. tunge løft og lignende, blev kun anvendt, hvis det var integreret i kroppen og var blevet til en automatiseret reaktion. Der forekom således god kvalitet i patient-behandler samarbejdet, når behandleren stimulerede informantens kropsbevidsthed ved at arbejde med den kropslige forståelse og informantens problemløsnings-evne. Kropsbevidstheden spillede en rolle for informantens smertekontrol, for forståelsen af problemet og for forståelsen af sammenhængen mellem problemets årsag og den givne behandling.

Diskussion

Samarbejdet med behandleren havde efter informantens opfattelse stor betydning for kvaliteten i behandlingen. Oplevet kontrol og self-efficacy kunne fremmes af behandleren og var centrale elementer både for informantens egen indsats, men også for hvorvidt informanterne vurderede processen positivt og fik et godt resultat ud af behandlingen. Omvendt kunne behandlerne også påvirke informantens oplevede kontrol negativt. God kvalitet forekom, når informanterne følte sig forstået, når deres egenvurdering blev inddraget, og de oplevede, at behandleren var kompetent. Det oplevedes endvidere som god kvalitet, når behandleren inddrog informantens arbejdsforhold og arbejdede med kropsbevidsthed og derigennem fremmede informantens evne til problemløsning. Informantens egen indsats fremmedes gennem positiv forstærkning, det vil sige, at informanterne kunne mærke effekt af indsatsen, hvilket igen fremmedes af fælles aftalte mål.

Metoden

Den kvalitative metode viste sig velegnet til at afdække informantens oplevelse af kvalitet i behandlingen, idet de meget åbne spørgsmål og den personlige kontakt bevirkede, at informanterne var meget fortællende og eftertænsomme. Endvidere havde det næppe været muligt at erkende betydningen af andre relaterede teorier end HLC i en kvantitativ undersøgelse med på forhånd definerede kategorier af spørgsmål. Spørgeskemaet havde givet anledning til mange overvejelser hos informanterne om egen rolle i forbindelse med ryg sygdommen, hvilket understøtter interviewdatas troværdighed, idet alle informanterne som følge af spørgeskemaet var meget reflekterende i interviewssituationen. Min tolkning af data blev valideret undervejs i interviewene gennem uddybende spørgsmål, tilbagevenden til tidligere temaer og gennem spørgsmål, hvor jeg afprøvede min egen fortolkning.

Det er sandsynligt, at der er foregået en selektion af patienter af nogle af de behandlere, som udleverede spørgeskemaerne, idet behandlerne muligvis havde fravalgt

at give spørgeskemaet til resourcesvage patienter og til patienter med et mindre vellykket forløb. Det understøttes af, at de fleste informanter overvejende udtrykte tilfredshed med den behandler, som havde udleveret skemaet, men omvendt omhandlede interviewene mange andre både tidligere og nuværende behandlere, som ikke var involveret i spørgeskemaernes udlevering. Det er også muligt, at informanterne følte sig bundet af, at jeg var samme faggruppe som deres fysioterapeuter, men det er mit indtryk, at de udtalte sig frit, og at data er troværdige. Det kan endvidere have betydning for informantens vurdering, at 10 ud af de 11 var i arbejde, idet en stor dansk undersøgelse har vist, at arbejdsmarkedsforankring har betydning for effekten af intensiv tværfaglig behandling af kroniske rygpatienter (16). Det skal ses i lyset af, at oplevet trussel var motiverende til aktiv forebyggelse, og særlig truslen om ikke at kunne klare arbejdet, havde betydning for informantens egen indsats og dermed også indirekte for behandlingens effekt. *Grounded theory* med åben, aksial og selektiv kodning viste sig at være en velegnet metode til at bearbejde data (30). Ved at arbejde så data-nært med materialet kunne jeg lade data tale for sig selv, og holde min egen forforståelse i baggrunden.

Interviewdata viste, at spørgeskemaet til HLC-dimensionerne kunne skelne tilfredsstillende mellem de tre dimensioner, men da der kun var få informanter, er det vanskeligt at vurdere, om skalaerne også kunne skelne de forskellige kombinationer af høj/lav score. Der viste sig mindre forskelle i de fire kombinationer af høj/lav score, som var repræsenteret blandt informanterne. Disse er rapporteret andetsteds (17).

Det teoretiske grundlag

HLC kunne som teori ikke alene forklare patienternes forebyggende adfærd, hvilket er overensstemmende med Wallstons teoretisering over HLC og social læringsteori (33), og i det følgende gennemgås kort de teorier, som viste sig i materialet. HLC understøttedes således af andre begreber og teorier om sundhedsadfærd, nemlig self-efficacy (1, 13), copingstrategier (4, 14, 28), egenvurderingsmodellen (19), elementer fra health belief modellen (HBM) (24, 31) og den værdi et godt helbred tillægges (health value) (26).

HBM forklarer forebyggende adfærd som bl.a. værende bestemt af *oplevet trussel*, hvilket i denne undersøgelse vil sige, at truslen om at kunne miste arbejdet eller truslen om recidiv havde betydning for informantens motivation til at gøre en indsats. *Oplevede barrierer* er også et element i HBM og havde betydning for indsatsen på længere sigt. Det hænger tæt sammen med *self-efficacy*, som er individets tro på at kunne gennemføre en bestemt handling og troen på, at det nytter noget at gøre det (24). Self-efficacy har vist sig at have stor betydning for vellykkede resultater af forebyggelse og behandling, som involverer patientens aktive indsats (31) og handler om kontrol. Hvor HLC er global, er self-efficacy imidlertid snævert og situationsbestemt, men dermed også forholdsvis enkelt for behandleren at tage med i tilrettelæggelsen af f.eks. et hjemmeprogram.

Når behandleren viser aktiv interesse for egenvurderingen (patientens opfattelse af problemets art, årsag, alvor og behandlingsmuligheder), viser behandleren ifølge Lunde samtidig respekt for patientens autonomi (19), og det bekræftes i nærværende undersøgelse. Der var givet mange forklaringer til informanterne, som de udmærket kunne gengive, men hvis deres egenvurdering ikke blev inddraget, følte de sig ikke forstået, og informationen gav ikke mening. Lundes danske interviewundersøgelse med patienter i almen praksis viser, at på trods af at patienten kan huske og gengive information, kan vedkommende alligevel have foretaget en informationsselektion ud fra egenvurderingen (19). Når det forekommer, vil patienten fortsat søge den rette forklaring. Det bekræftes af Deyo & Diehl, som hos rygpatienter finder en sammenhæng mellem utilfredsstillende forklaring og ønske om flere diagnostiske tests (5). Nærværende undersøgelse bekræftede informationsselektion, idet der var en fortsat søgen efter forklaring blandt de informanter, som ikke følte sig forstået. At rygpatienter afviser en forklaring, hvis den ikke er overensstemmende med deres egenvurdering, og fortsat søger den rette forklaring gennem skiftende behandlere, foreslår Feuerstein & Beattie er en copingstrategi overfor ukontrollabelt stress (7), idet valg af behandler eller behandling er en lille dimension af patienternes problem, der er kontrollerbart. Flere informanter i nærværende undersøgelse beskrev tab af kontrol i form af, at de kunne føle sig afvist og nedvurderet, hvis behandleren ikke ville høre deres mening om f.eks. årsagssammenhænge eller blankt afviste deres opfattelse.

Positiv forstærkning, som omtalt et centralt begreb i social læringsteori (25), spillede i nærværende undersøgelse en stor rolle for informanternes egen forebyggelse. Positiv forstærkning blev opnået, når informanten følte effekt af egen indsats. Ved ikke at samarbejde med informanten om at sætte små mål, udnyttede behandlerne ikke den styrke, der lå i positiv forstærkning. Det er muligt, at målene var sat indirekte af behandleren ved, at informanten var blevet stillet en vis effekt i udsigt, men min undersøgelse viste, at for at udnytte forstærkningen fuldt ud, skulle målene være formulerede i fællesskab og opnåelige inden for en kort tidshorison. Ellers var det kun smertereduktion, som de fleste informanter registrerede som effekt, og dermed kunne tidshorisonen for nogle blive endog meget lang. Kun få informanter opfattede, at der var sat små mål for deres behandling.

Efter WHO's klassifikationsmodel ICDH-2 (36) kan dysfunktion og konsekvenserne heraf klassificeres på impairment-, activity- og participationniveau i relation til individet og det omgivende miljø. Niveauerne kan relateres til hvilke mål, man kan sætte for behandlingen. Min undersøgelse viste, at mål for impairmentniveau, som f.eks. at mærke at bevægeligheden øges, fremmede den kropslige forståelse, og gav informanterne bedre mulighed for at bearbejde rygproblemet. Informanterne satte selv bevidst eller ubevidst mål for activity- og participationniveau – et forhold som meget vel kan være anderledes for rygpatienter med lav intern kontrol og dermed ringe tiltro til selv at have indflydelse på helbredet.

Klenermann et al. anbefaler, at smerteadfærd og copingstrategier inddrages i vurderingen og behandlingen af rygpatienter (15). I nærværende undersøgelse fremgik det imidlertid, at behandlere ved deres råd og vejledning om sygefravær og fysisk aktivitet i flere tilfælde fremmede *pas på adfærd* og anbefalede begrænsning af normal aktivitet. Det kan ifølge Indahl et al.'s store interventionsundersøgelse af rygpatienter være uhensigtsmæssigt (12), og frarådes da også i MTV-rapporten (29). Indahl et al. anbefaler i stedet, at behandlerne informerer om sammenhængen mellem inflammation, smerte, muskelspændinger, hvile og aktivitet. Hensigten er, at lære patienten selv at blive bevidst om ryggen og fornemme, hvornår belastningen er for stor. Herigennem fremmes rygpatientens oplevede kontrol (12).

Nogle informanter tillagde arbejdsforhold betydning for udviklingen af deres lænderygbesvær, og det stemmer godt overens med Brincks befolkningsundersøgelse, der viser, at 53% mener, at deres muskel- og skeletbesvær skyldes arbejdsforhold (2). Sekundær forebyggelse i form af behandlerens vejledning omkring arbejdsforhold og samarbejde mellem behandler og arbejdsplads er ifølge både Nordin og Painting mere effektivt end behandling alene målt på tilbagevenden til arbejde (27, 23). Der er i flere undersøgelser fundet evidens for, at behandleres vejledning spiller en stor rolle for tilbagevenden til arbejdsmarkedet (22).

Denne undersøgelse bekræfter, at det er relevant at inddrage forebyggelse af lænderygbesvær i behandlingen ud fra Waddells biopsykosociale sygdomsmodel (32). Modellen illustrerer, at rygsmerter og dens kliniske udtryk involverer patientens opfattelse af smerte, den psykologiske påvirkning, smerteadfærd og det omgivende miljø. Disse faktorer bidrager til udvikling af holdninger, copingstrategier og smerteadfærd. Waddell forklarer desuden de neurofysiologiske og neuropsykologiske sammenhænge og sammenhængen mellem ændrede bevægelsesmønstre og udvikling af impairment. Efter den biopsykosociale model skal behandleren således kombinere biomedicinsk viden og søgen efter patologien i patientens problem ved at inddrage patienten i løsningen af problemet ud fra en synsvinkel, der tager patientens livssituation og emotionelle tilstand i betragtning.

Konklusion

Undersøgelsen peger i retning af, at behandlerens valg af metode spiller en lige så stor rolle som behandlerens kommunikation med informanten. Den viser endvidere mange eksempler på god kvalitet i behandlingen, som fremkommer, når informanten oplever et godt samarbejde med behandleren. Undersøgelsen afdækker imidlertid også et stort behov for kvalitetsudvikling i primærsektoren, idet kvaliteten af samarbejdet mellem patient og behandler kan forbedres. Informantens oplevelse af kontrol og positiv forstærkning samt informantens self-efficacy og copingstrategier var faktorer, som kunne påvirkes i såvel positiv som negativ retning af behandlerens måde at samarbejde på. Undersøgelsen viser vigtigheden af og betydningen for behandlingens kvalitet og inddragelse af patienten, at der sættes mål i fællesskab,

at arbejdssituationen inddrages, og at informationen gives på en sådan måde, at patienten føler sig forstået. I tabel 4 ses forslag til eksplicitte kriterier fra patientens perspektiv, som er udviklet på baggrund af nærværende undersøgelse og alle med støtte i litteraturen (8, 10, 12, 19, 20, 23, 28). Kriterierne kan betragtes som et udgangspunkt for udvikling af kvaliteten i samarbejdet mellem rygpatienter og behandlere.

Perspektivering

Undersøgelsens resultater kan almengøres, idet resultaterne er stærkt forankret i social læringsteori (24, 1) og understøttes af teori om oplevet kontrol og coping (4, 28, 14), egenvurderingsmodellen (18), health belief modellen om sundhedsadfærd (23) samt Waddells biospsykosociale sygdomsmodel (32). De udviklede kvalitetskriterier er desuden anvendelige i praksis. Selv om interviewundersøgelsen hovedsagelig vedrørte informanter med høj intern kontrol, berettede informanterne om udviklingen af denne kontrol, og hvordan forskellige behandlere havde påvirket dem positivt og negativt. De, i tabel 4 foreslåede kriterier for god kvalitet, kan derfor udstrækkes til at gælde patienter med uspecifik lænderygbesvær. Yderligere undersøgelser må vise, om kriterierne kan almengøres til bevægeapparatbesvær i øvrigt. Udvikling i patienternes oplevede kontrol og self-efficacy bør indgå i longitudinelle undersøgelser af kvalitet i rygbehandlingen som afhængige variable, idet disse begreber meget vel kan vise sig at være yderst centrale for behandlingseffekt på længere sigt. Det har været på tale, at man slet ikke skal tilbyde behandling til førstegangslænderygbesvær (3), og at der er evidens for en behandlingsmæs-

sig tilbageholdenhed ved ukomplicerede lænderygsmerter. Det kan synes fornuftigt også ud fra en økonomisk betragtning, men omvendt vil man derved miste muligheden for, at patienten selv lærer at forebygge recidiv. Det kan være uheldigt, da netop tidligere lænderygbesvær er en prædikator for senere udvikling af en kronisk tilstand (29). Som det ser ud i min undersøgelse, er det imidlertid ikke megen forebyggelse informanterne har fået med sig fra behandlerkontakter i tidligere forløb, og spørgsmålet er også, hvorfra patienternes motivation og self-efficacy til forebyggelse skal komme efter et ukompliceret forløb på få uger. Undersøgelsen efterlader således to åbne spørgsmål: 1) hvordan motiveres behandlerne til at inddrage forebyggelse ud fra en biopsykosocial sygdomsmodel, og 2) hvordan motiveres patienter med førstegangsspecifik lænderygbesvær til aktiv forebyggelse. Undersøgelsen viser imidlertid også, at god kvalitet i behandlingen faktisk godt kan opnås inden for sundhedssektorens nuværende rammer, og at samarbejde mellem primærsektoren og arbejdsmarkedet bør fremmes.

Jeg vil gerne rette en tak til Sygekassernes Helsefond og Danske Fysioterapeuters Forskningsfond, som økonomisk har bidraget til undersøgelsen.

Artiklen er blevet til på baggrund af en afhandling skrevet som led i Master of Public Health-uddannelsen. Afhandlingen koster kr. 50, og kan købes hos sekretær Lise Molkte, Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Panum Institutet, Blegdamsvej 3, 2200 København N.
E-mail: L.Molkte@pubhealth.ku.dk

Tabel 4. Eksplicitte kriterier for samarbejdet mellem rygpatient og behandler.

1. Patientens egenvurdering skal inddrages i undersøgelsen, og forklaring på problemets art skal tage udgangspunkt i egenvurderingen.
2. Behandleren skal spørge til, hvordan patienten har forstået eventuelle tidligere forklaringer.
3. En forklaring skal følges op ved efterfølgende behandling, hvor behandleren spørger til, hvordan patienten har forstået den.
4. Når behandleren ikke er enig i patientens egenvurdering af problemets art og årsag skal egenvurderingen ikke afvises totalt, men indarbejdes i behandlerens vurdering – eventuelt over flere gange.
5. Informationen skal præcisere, at tilstanden ikke er farlig, og at aktivitet er godt.*
6. Sammenhængen mellem smerte, muskelspændinger, stress og inflammation skal forklares.*
7. Behandleren skal vurdere patientens smerteadfærd og copingstrategier i forbindelse med rygproblemet og sammen med patienten overveje andre mulige strategier.
8. Behandlingen skal aktivt inddrage patienten, og skal tage patienten med på råd med hensyn til, hvor meget, hvornår og hvordan patientens indsats skal være.
9. Behandleren skal følge op på patientens egen indsats gennem spørgsmål og justering af programmet.
10. Patienten skal have øvelser han/hun kan bruge ved forværring af tilstanden.*
11. Patient og behandler skal i fællesskab sætte mål for behandlingen.
12. Målene skal for impairmentniveau inddrage patientens kropsbevidsthed, og hvis patienten ikke selv sætter mål for activity- og disabilityniveau skal behandleren fremme denne proces.
13. Patientens arbejdsforhold skal inddrages i behandlingen gennem spørgsmål, diskussion af mulige løsninger og arbejde med forskellige teknikker og kropsbevidsthed.
14. Behandlingstider skal aftales med stadig længere perioder imellem, såfremt det er fagligt forsvarligt. Det anbefales, at behandleren er tilgængelig pr. telefon.*
15. Behandleren skal sikre, at patientens egen træning/motion foregår på en måde, som er hensigtsmæssig for ryggen.*

*Baggrunden for disse anbefalinger er uddybende belyst andetsteds (17).

Referencer

1. Bandura A: Social learning theory. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1977.
2. Brinck B, Rasmussen N, Kjølner M, Thomsen Krogsgård L: Muskel- og skelettsygdom i Danmark. Forekomst og sygdomsadfærd. København: DIKE, 1995.
3. Børllum Kristensen F: Ondt i ryggen og evidensbaseret medicin. Ugeskr Læger 1999; 161: 239.
4. Crisson J, Keefe F: The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. Pain 1988; 35: 147-154.
5. Deyo R, Diehl A: Patient satisfaction with medical care for low back pain. Spine 1986; 11: 28-30.
6. Donabedian A: Quality assurance in health care: consumer's role. Quality in Health Care 1992; 1: 247-51.
7. Feuerstein M, Beattie P: Biobehavioural factors affecting pain and disability in low back pain: Mechanisms and assessment. Phys Ther 1995; 75: 267-280.
8. Fitzpatrick RM, Bury M, Frank AO, Donnelly T: Problems in the assessment of outcome in a back pain clinic. Int Disabil Stud 1987; 9: 161-65.
9. Frank J, Brooker AS, DeMaio S: Disability resulting from occupational low back pain. Part II. What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. Spine 1996; 21: 1918-29.
10. Hazard RG, Haugh L, Green P, Jones P: Chronic low back pain. The relationship between patient satisfaction and pain, impairment and disability outcomes. Spine 1994; 19: 881-87.
11. Härkäpää K, Järvikoski A, Estlander A: Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. Psychol Health 1996; 12: 123-34.
12. Indahl A, Haldorsen E, Holm S, Reikerås O, Ursin H: Five years follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. Spine 1998; 23: 2625-30.
13. Jensen M, Turner J, Romano J: Self-efficacies and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. Pain 1991; 44, 263-269.
14. Jensen M, Turner J, Romano J, Karoly P: Coping with chronic pain: a critical review of the literature. Pain 1991; 47: 249-83.
15. Klenerman L, Slade PD, Stanley M, Pennie P, Reilly J P, Atchinson L E, et al: The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. Spine 1995; 20: 478-84.
16. Labriola M: Arbejdsmarkedsforankringens betydning for effekten af intensiv tværfaglig rygbehandling. Afhandl. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 1999.
17. Lindahl M: Low back pain patients' health locus of control - the health care providers' role. Under udgivelse.
18. Lohaus A: Kontrollüberzeugen zu Gesundheit und Krankheit. Z Klin Psychol 1992; 11: 76-87.
19. Lunde IM: Patientens egen vurdering - et medicinsk perspektiv. København: Særtryk af Månedsskr Prakt Lægegern, 1992.
20. Mainz J: Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori-Metode-Resultater. København: Munksgaard, 1996.
21. Mainz J, Sørensen F, Vedsted P: Hvad forventer patienterne af de praktiserende læger?
22. Nordin M, Cedraschi C, Skovron ML: Patient-health care provider relationship in patients with non-specific low back pain: a review of some problem situations. Ballière's Clin Rheumatol 1998; 12: 75-92.
23. Painting S, Favarin I, Swales J: The management of acute industrial low back pain. Physiotherapy 1998; 84: 110-17.
24. Rosenstock I, Strecher V, Becker M: Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15: 175-183.
25. Rotter JB: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. J of Consult and Clin Psychol 1975; 43: 56-67.
26. Schmidt Shelton M, Wallston KA: How to measure the value of health. Health Educ Res Theory and Practice 1992; 7: 129-35.
27. Skinner EA: A guide to constructs of control. J of Pers and Soc Psychol 1996; 71: 549-570.
28. Spindhoven P, Linssen ACG: Behavioural treatment of chronic low back pain. I: Relation of coping strategy use to outcome. Pain 1991; 45: 29-35.
29. Statens institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1 (1) 1999.
30. Strauss A, Corbin J: Basics of qualitative research.

- Techniques and procedures for developing grounded theory. London: Sage Publications, 1998.
31. Strecher V, DeVellis B, Becker M, Rosenstock I: The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. Health Education Quarterly 1986; 13: 73-91.
 32. Waddell G: Biopsychosocial analysis of low back pain. Bailière's Clin Rheumatol, 1992; 6: 523-57.
 33. Wallston KA: The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. Health Educ Res 1991; 6: 251-52.
 34. Wallston KA, Wallston BS: Who is responsible for your health? The construct of locus of control. I: Sanders GE, Suls J. Soc Psychol and Health and illness. Hillsdale, NJ. Erlbaum, 1982.
 35. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Educ Monogr 1978; 6: 160-170.
 36. WHO. <http://www.who.int/msa/mnh/ems/icidh/brochure/index.htm>, marts 2000.
 37. Wiegmann S, Berven N: Health Locus-of-Control Beliefs and improvement in physical functioning in a work hardening Return to Work Program. Rehab Psychol 1998; 43: 83-100.

¹ Teknologisk udførelse er den konkrete udførelse af diagnostik og behandling (19), dvs. behandlerens valg af metoder og gennemførelse af undersøgelses- og behandlingsprocessen.

² Hermed menes, at udvælgelsen er foretaget på baggrund af en relevant teori (34), her health locus of control konceptets tre dimensioner.

³ Self-efficacy er troen på at en bestemt handling giver et bestemt resultat og troen på at kunne gennemføre denne bestemte handling (1).

ABSTRACT

Marianne Lindahl.

Nyt om Forskning nr. (10) 2: 4-13, 2001

The purpose of this study was to gain an understanding of how the health care provider influences low back pain (LBP) patients' active preventive behaviour.

Method:

Semi-structured qualitative interview was conducted with eleven LBP patients. The sampling was theoretical based on the multidimensional health locus of control-scale in a questionnaire answered by twenty-nine patients.

Results:

Good quality came out when the health care provider integrated the informants' own perceptions and beliefs in the planning and clear, attainable goals were set together. The experience of positive reinforcement was important for the informants' incentive to active preventive behaviour, and so were adjustment and follow-up by the health care provider. The informants' ability of problem-solving at work was promoted, when the treatment included job-related problems and working-techniques, but very few of the health care providers did so.

Conclusion:

The study suggests, that social learning theory is part of the theoretical context in LBP patients' active preventive behaviour, and that health care providers role in promoting the patients' beliefs about control and self-efficacy are as important as the approach it self.

Keywords:

Low back pain, quality in health care, health locus of control, self-efficacy, physiotherapy, patient-health care provider relationship.