

# Uppfattning om arbetsförmåga

- *patientens uppfattning i jämförelse med ett multidisciplinärt  
rehabiliteringsteams bedömning*

## **Författare**

Lotta Janson

## **Handledare**

Staffan Norlander

Rolf Wahlström

# Innehållsförteckning

	sida
<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>Introduktion</b>	<b>3</b>
<b>1 Syfte och frågeställning</b>	<b>5</b>
Frågeställning 1	5
Frågeställning 2	5
<b>2 Material och Metoder</b>	<b>5</b>
2.1 Design	5
2.2 Urval och population	5
2.3 Arbetssätt	6
2.4 Mätinsturment	6
2.5 Transformerings av skalor	7
2.6 Dataanalys	7
2.7 Bortfall	8
2.8 Etiska överväganden	8
<b>3 Resultat</b>	<b>8</b>
3.1 Risk för långvariga besvär	9
3.2 Chans att återgå i arbete	9
<b>4 Diskussion</b>	<b>10</b>
<b>5 Slutstats och rekommendationer</b>	<b>11</b>
<b>6 Tack</b>	<b>11</b>
<b>7 Referenser</b>	<b>12</b>

## **Bilaga:**

Lintons frågeformulär om smärtproblematik

## Sammanfattning

En viktig del i arbetet för en "lyckad" rehabilitering, här definierat som återgång till arbetslivet, är patientens tro på sina egna förutsättningar att nå ett lyckat resultat. I rehabiliteringsarbetet händer det allt för ofta att man inte väger in betydelsen av patientens uppfattning och inte heller gör en tydlig bedömning av patientens förutsättningar.

Sjukskrivningar och kostnaderna för det är ett stort internationellt problem och många insatser har gjorts för att minska sjukskrivningarna. Regeringen beslutade 2003 att målsättningen skulle vara att minska långtidssjukskrivningarna med 50 % till år 2008. Som ett led i det arbetet startades rehabiliteringsarbete i multidisciplinära team inom primärvården.

Syftet med detta projekt är att jämföra hur väl patientens uppfattning om risken att besvären ska bli långvariga och chansen att åter vara i arbete inom sex månader överensstämmer med bedömningen av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam.

Etthundrasextionio sjukskrivna patienter fick svara på frågorna om hur de såg på risken att deras nuvarande besvär skulle bli långvariga och hur de uppfattade att chansen var att vara åter i arbete inom sex månader. Detta ställdes mot den bedömning av rehabiliteringspotential som gjordes av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam, en gemensam bedömning efter de individuella kliniska undersökningarna. Överensstämmelsen mellan patientens skattning och rehabiliteringsteamets bedömning beräknades sedan med Cohen's Kappa.

Överensstämmelsen mellan patientens uppfattning och rehabiliteringsteamets bedömning var mycket svag. Rehabiliteringsteamet såg mer positivt på patientens möjlighet till rehabilitering än vad denne själv gjorde.

Viktiga faktorer för en lyckad rehabilitering är patientens uppfattning om sin förmåga, rehabiliteringsteamets bedömning av patientens förmåga och att tillsammans sätta upp mål för rehabiliteringen.

## Introduktion

En viktig del i arbetet för en "lyckad" rehabilitering, här definierat som återgång till arbetslivet, är patientens tro på sina egna förutsättningar att nå ett lyckat resultat. I rehabiliteringsarbetet händer det alltför ofta att man inte väger in betydelsen av patientens uppfattning och därmed inte heller gör en tydlig bedömning av patientens förutsättningar (1,2,3,4).

Kostnaderna för långtidssjukskrivningarna är ett stort internationellt problem. I Regeringens "Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet" (5) redovisas förslag till åtgärder för hur sjukskrivningarna och därigenom även sjukskrivningskostnaderna ska kunna halveras till år 2008. Vidtas inga åtgärder pekar prognoser mot att det kommer att ske en fördubbling inom en treårsperiod (6,7). Kostnaderna för år 2000 var 43 miljarder kronor (8). Det är de långa sjukskrivningarna som ökat medan antalet sjukskrivna är relativt oförändrat över åren. Omkring 25 procent av de sjukskrivna är i behov av mer än enbart medicinska insatser för sin rehabilitering. Sammansatta rehabiliteringsåtgärder är lönsamma om var femte person ökar sin produktiva arbetsinsats med 15 procent (5,6,7). Handlingsplanen visar på nödvändigheten av samarbete och samlade resurser, i så kallade multidisciplinära team, för att åstadkomma en effektiv rehabilitering. Inom primärvården samarbetar de multidisciplinära rehabiliteringsteamerna med Arbetsförmedling, Försäkringskassa, Socialtjänst, Företagshälsovård och arbetsgivare.

En modell för ett multidisciplinärt arbetssätt utformades inom Primärvården i Sörmlands läns landsting, och benämns "Rehabskelettet" (9). Detta arbetssätt infördes vid Landstingets samtliga vårdcentraler med start under 2003. Intresset väcktes vid Kungsgatans läkarmottagning i Eskilstuna, att försöka arbeta fram en modell så att rehabiliteringsteamet med hjälp av enkla screeningsmetoder kunde identifiera och bedöma individens rehabiliteringspotential.

Utvärderingar av olika rehabiliteringsprojekt visar på att positiva resultat uteblir trots gemensamma och riktade rehabiliteringsinsatser. Senast visade en utvärdering av det omfattande Delta-projektet i Göteborg ingen högre grad av återgång i arbete hos de som ingått i den grupp som omfattades av det strukturerade rehabiliteringsarbetet än referensgruppen(10). En viktig faktor för ett lyckat resultat är att patienten är välmotiverad och själv aktivt medverkar i rehabiliteringsarbetet vilket finns beskrivet i flera rapporter(4,11). Att driva rehabiliteringsarbete mot individens önskan och vilja är vanskligt och ofta frustrerande för individen och inte samhällsekonomiskt lönsamt(4,12).

Lika komplicerat är det att åstadkomma en effektiv samordning av resurser och aktiviteter om de olika aktörerna har olika mål, värderingar och ambitioner.

Fler studier har tittat på i vilken omfattning patientens rehabiliteringspotential skattas och kan skattas, men det finns många viktiga aspekter att ta hänsyn till när det gäller uppskattning av rehabiliteringsförmåga. I en norsk litteraturstudie pekar flera av de ingående studierna på att en viktig förutsättning för ett lyckat resultat är att den som ska rehabiliteras är välmotiverad och själv medverkar. Det finns flera modeller och instrument att genom självskattning av patienten få en uppfattning om dennes rehabiliteringspotential, som exempel kan nämnas Frågeformulär om smärta (Linton SJ) SCI-93 (Nyström & Nyström) samt SF-36.

Det är viktigt att ta hänsyn till patientens fysiska och psykiska förutsättningar för ett lyckat rehabiliteringsarbete. Exempel på det är patientens tro på sina egna förutsättningar och hur denne har förmåga att hantera sina besvär. Orsaker till hur patienten förhåller sig till sina besvär, som renderar sjukskrivning är många. En kan vara att patienten känner stor oro inför vad som orsakar besvären, så kallat katastroftänkande. Det kan vara rädsla för att smärtan beror på allvarlig sjukdom eller vad smärtan kommer att leda till, som förlust av arbete, inkomst, familj eller möjlighet till fritidsaktiviteter. Patienten förhåller sig också på olika sätt till sina problem. Att förneka problem eller smärta eller motsatt helt låta smärtan eller besvären styra livssituationen med rörelserädsla och inaktivitet som följd (13,14,15,16). Detta finns beskrivet i många studier och det finns många mätinstrument för att skatta patientens förhållningssätt(17,18). Några av dessa är Pain Disability Index(PDI), The Catastrophizing subscale(CAT) of The Coping Strategies Questionnaire(CSQ) och Self-Efficacy Scale(SES) Beroende på hur patienten kan möta och hantera sina problem måste olika rehabiliteringsstrategier gälla för att stötta patienten i rehabiliteringen.

Den svenska sjukförsäkringsmodellen kan också vara ett hinder eller minska förutsättningarna för patienten att återgå i arbete, eftersom de ekonomiska incitamenten kan saknas för att patienten ska vara motiverad för en återgång i arbete. Dagens arbetsvillkor med ökad stress i arbete och vardag samt de ekonomiska drivkrafterna kan även de spela in. På arbetsplatsen kan det finnas ett motstånd att en person återkommer i arbetet om denne inte i full omfattning klarar de krav som ställs i arbetet. I dessa fall är det lätt att patienten själv förlorar tron på att kunna klara en återgång i arbete. Nyström och Nyström har definierat rehabiliteringsförmåga i förhållande till om det gäller att återgå i sitt tidigare arbete eller komma åter i annat arbete(2). De visar på att möjligheterna är större om patienten kan återgå i sitt tidigare arbete än om det handlar om omskolning/inskolning i nytt eller annat arbete. I det senare fallet krävs det större rehabiliterings-, motiverings- och anpassningsinsatser.

Med detta som bakgrund är det viktigt att i nära samarbete, rehabiliteringsteam och patient, rikta rätt former av rehabiliteringsinsatser till rätt nivå för att nå målet, att patienten kan återgå i arbete alternativt stå till arbetsmarknadens förfogande.

Ur det omfattande material som de data givit upphov till genom insamlandet via Kungsgatans läkarmottagnings projekt, har många delprojekt utkristalliserats och denna studie berör patientens, respektive rehabiliteringsteamets, bedömning av individens arbetsförmåga.

## **1. Syfte och frågeställning**

Syftet med denna studie är att jämföra patientens upplevelse av sin egen förmåga till återgång i arbete, med den bedömning som görs av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam.

**Frågeställningarna är:**

- 1 Hur väl överensstämmer patientens skattning av risken för att besvären ska bli långvariga med den bedömning som görs av det multidisciplinära rehabiliteringsteamet?
- 2 Hur väl överensstämmer patientens skattning av chans att åter vara i arbete inom sex månader med den bedömning som görs av det multidisciplinära teamet?

## **2. Material och Metoder**

### **2.1 Design**

Studien är utformad som en icke experimentell tvärsnittsstudie där ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam bedömt behovet av rehabilitering.

### **2.2 Urval och population**

Studiepopulationen är individer mellan 18 och 62 år som sjukskrevs helt eller delvis av läkare vid Kungsgatans läkarmottagning och som riskerade långtidssjukskrivning.

### **2.3 Det multidisciplinära rehabiliteringsteamets arbetsätt**

Vid Kungsgatans läkarmottagning, Primärvården i Eskilstuna, utarbetade

rehabiliteringsteamet en modifierad modell av Rehabskelettet. Arbetsättet är i korthet att:

- Den sjukskrivande läkaren gör en kopia av sjukintyget vid sjukskrivningstillfället
- I samband med det får patienten skriftlig och muntlig information om arbetsättet vid läkarmottagningen
- Kopian på sjukintyget går till en grupp, bestående av en rehabiliteringsläkare och en sjukgymnast från läkarmottagningen samt en handläggare vid Försäkringskassan
- Dessa tre går igenom sjukintygen och tar del av patientens aktuella sjukhistorik i respektive databaser. Hänsyn tas då även till andra faktorer som tidigare sjukhistorik, sjukskrivningsdiagnos, sociala förhållanden. Detta för att fånga upp de som bedömdes riskera en längre sjukskrivningsperiod.

De patienter som vid genomgången av sjukintygen identifierats som aktuella för utredning och rehabiliteringsinsatser fick träffa de som ingår i det multidisciplinära rehabiliteringsteamet, läkare, sjukgymnaster och beteendevetare. I samband med första besöket, hos någon i teamet, har patienten ombetts att fylla i tre formulär som ingått som screeningsinstrument. Rehabiliteringsteamet gjorde sedan, efter de kliniska undersökningarna som utfördes individuellt, en bedömning av rehabiliteringspotential. Där såväl medicinska som psykosociala faktorer vägdes in.

### **2.4 Mätinstrument**

Det formulär som användes i denna studie är Frågeformulär om smärtproblem (19,20). Formuläret syftar till att identifiera patienter som riskerar att utveckla ett långvarigt värksyndrom eller dysfunktion. Frågeformuläret är validerat och reliabilitetstestat (21).

Två av frågorna ur frågeformuläret ligger till grund för mina frågeställningar.

- De två frågorna är, hur patienten skattar risken att besvären ska bli långvariga respektive hur stor chans patienten skattar möjligheten är att åter vara i arbete inom sex månader. Svaren är graderade i en ordinalskala mellan 0 till 10. Där 0 är liten risk/liten chans och 10 stor risk/stor chans
- Personernas rehabiliteringspotential bedömdes av det multidisciplinära rehabiliteringsteamet, i en ordinalskala mellan 0 till 4. Där 0 är ingen rehabiliteringspotential och 4 mycket god rehabiliteringspotential. Skalan har utformats av rehabiliteringsteamet.

## 2.5 Transformation av skalor

I denna studie har patientens skattning vägts mot den bedömning som det multidisciplinära rehabiliteringsteamet gjort. Patientfrågorna är uppdelade i elva svarssteg och omvandlades till femgradiga skalor för att bli jämförbara med rehabiliteringsteamets bedömningsinstrument (tabell I, II). Förändringen av skalstegen gjordes med utgångspunkt från fördelningen. För att utvärdera transformationen gjordes en korrelationstest enligt Spearman mellan den transformerade skalan och originalskalan. Korrelations koefficient var  $r=0,96$  för skattning av risk och  $r=0,98$  för skattning av chans, vilket i båda fallen visar att transformationerna lyckades.

**Tabell I** Transformation, risk  $r=0,9$  (n=164)

Skala	Frekvens	Procent	acumelerad	Ny skala
0	5	3,0	3,0	1
1	2	1,2	4,3	
2	4	2,4	6,7	2
3	6	3,7	10,4	
4	5	1,1	13,4	
5	19	11,6	25,0	3
6	7	4,3	29,3	
7	19	11,6	40,9	4
8	27	16,5	57,3	
9	23	5,1	71,3	5
10	47	10,4	100,0	
Total	164	100,0		

**Tabell II** Transformation, chans  $r=0,9$  (n=164)

Skala	Frekvens	Procent	acumelerad	Ny skala
0	16	3,6	9,7	1
1	12	2,7	17,0	
2	14	3,1	25,5	2
3	12	2,7	32,7	
4	6	1,3	36,4	
5	26	5,8	52,1	3
6	4	0,9	54,5	
7	14	3,1	63,0	4
8	12	2,7	70,3	
9	9	2,0	75,8	5
10	40	8,9	100,0	
Total	165	100,0		

## 2.6 Dataanalys

Alla insamlade data har analyserats i SPSS (Statistical Package of Social Sciences). Spearmans korrelation har använts, för utvärdering av de transformerade skalorna, då både Lintons frågeformulär och rehabiliteringsteamets bedömningsinstrument är ordinalskalor. Vid jämförelsen av patientens uppfattning av sin egen förmåga och rehabiliteringsteamets bedömning av rehabiliteringspotential har utvärdering gjorts genom beräkningar av Cohen's Kappa,  $k$ , (22), som är ett mått på överensstämmelse, measure of agreement. Högsta värdet för kappa är 1,00 när överensstämmelsen är perfekt. Värdet noll indikerar ingen överensstämmelse. Kappa är en metod som använts vid studier där jämförelser har gjorts av upprepade bedömningar (23,24,25).



För att kunna gradera de olika värden som fås genom beräkningen av kappa användes en indelning enligt Landis och Kock, 1977 (26), (Tabell III).

**Tabell III** Gradering av  $k$ , Kappa koefficient enligt Landis och Kock (26).

Värde av $k$	Grad av överensstämmelse
< 0,20	Poor (ingen eller mycket svag)
0,21 – 0,40	Fair (svag)
0,41 – 0,60	Moderate (hyfsad)
0,61 – 0,80	Good (god)
0,81 – 1,00	Very good (mycket god)

## 2.7 Bortfall

Samtliga 169 personer som ingår i denna studie ombads att svara på Lintons frågeformulär om smärtproblem. En person avstod helt från att svara på frågorna. På frågan om risk för långvariga besvär var bortfallet fem personer, på frågan om chans att vara åter i arbete var bortfallet fyra. Vid bedömning av rehabiliteringspotential var det interna bortfallet 12.

## 2.8 Etiska överväganden

Etikansökan har skrivits och diskuterats vid ett seminarium under kursen.

## 3. Resultat

Av de (n 169) som ingår i studien, det vill säga de som identifierades som aktuella för vidare utredning och undersökning, var 95 kvinnor och 74 män. Medelåldern var 41,5 år (SD 10,3). 114 personer hade varit sjukskrivna mindre än tre månader när de registrerades som projektpatienter och 11 personer mer än 36 månader, (Tabell IV).

**Tabell IV** Sjukskrivningens längd, i fem kategorier baserat på registerdata (n=159).

Sjukskrivningslängd	Antal	Procent
< 3 mån	114	71,7
3 – 6 mån	15	9,4
7 – 12 mån	8	5,0
13 – 36 mån	11	6,9
> 36 mån	11	6,9

### 3.1 Risk för långvariga besvär

Resultatet av utvärderingen visar att överensstämmelsen mellan patientens skattning av risk för att besvärerna ska bli långvariga och det multidisciplinära rehabiliteringsteamets bedömning av rehabiliteringspotential ger en överensstämmelse på -0,06 vilket definieras som Poor (mycket svag), värde mindre än 0 visar en tendens till motsatt uppfattning. (Tabell III)

**Tabell V** Korstabell med risk för långvariga besvär, jämfört med rehabiliteringspotential (n=149), Kappa koefficient -0,06.

		Rehabiliteringspotential					Totalt antal
		0	1	2	3	4	
Risk för långvariga besvär	1	0	0	1	0	6	7
	2	1	0	1	3	9	14
	3	0	3	6	5	10	24
	4	0	5	8	13	15	41
	5	11	8	22	8	14	63
Total		12	16	38	29	54	149

### 3.2 Chans att återgå i arbetet

Jämförelsen mellan patientens skattning av chansen att återgå i arbete eller stå till arbetsmarknadens förfogande inom sex månader och det multidisciplinära rehabiliteringsteamets bedömning av rehabiliteringspotential ger en överensstämmelse på 0,21 vilket definieras som Fair (svag), (Tabell IV).

**Tabell VI** Korstabell med chans till återgång i arbete, jämfört med rehabiliteringspotential (n = 149), Kappa koefficient 0,21.

		Potential					Totalt antal
		0	1	2	3	4	
Chans åter i arbete	1	9	2	8	4	2	25
	2	4	4	8	5	6	27
	3	0	4	8	7	7	26
	4	0	4	7	5	8	24
	5	0	2	6	8	31	47
Total		13	16	37	29	54	149

## 4. Diskussion

I denna studie visas att överensstämmelsen mellan patientens uppfattning om risken för att de nuvarande besvärerna ska bli långvariga och chansen till återgång i arbete inom sex månader har mycket svag överensstämmelse, i förhållande till den rehabiliteringspotential som bedömdes av det multidisciplinära rehabiliteringsteamet.

De som ingick i studien (n 169) har sjukskrivits av läkare, helt eller delvis, vid en läkarmottagning i Eskilstuna. De har fått samma skriftliga och muntliga information och har vidare direkt i samband med första besöket svarat på frågorna i Lintons frågeformulär om smärtproblematik. Rehabiliteringspotentialen bedömdes av det multidisciplinära rehabiliteringsteamet efter individuell undersökning och kartläggning. Således har samtliga patienter svarat på frågorna och bedömts av rehabiliteringsteamet utifrån samma förutsättningar. För att inte rehabiliteringsteamet skulle påverkas av vetskapen om patientens egen skattning hanterades frågeformulärens svar av en person utanför rehabiliteringsteamet, vilket är en styrka i undersökningen.

Av de 169 personer som ingår i studien var det fem som inte svarade på de aktuella frågorna i frågeformuläret och tolv som inte hade fått sin rehabiliteringspotential bedömd av det multidisciplinära rehabiliteringsteamet. Det totala interna bortfallet vid beräkningarna av Cohen's Kappa var 20 personer. Detta bortfall är prövat och påverkar inte resultatet i sådan grad att överensstämmelsen går från låg till hög.

Beräkning av överensstämmelse gjordes med Cohen's Kappa (22,26). För att jämförelse av de tre ingående variablerna skulle kunna genomföras gjordes en transformering av patientsvaren från elvgradig skala till femgradig. Denna transformering testades med Spearmans korrelationstest och visade ett lyckat resultat, vilket gör att transformeringen av skalorna inte bedöms påverka resultatet.

Jämförelsen visade att patientens uppfattning, om risken för att besvärerna skulle bli långvariga, överensstämde mycket dåligt med rehabiliteringsteamets bedömning, till och med en tendens till motsatt uppfattning. När det gällde patientens uppfattning om chansen att vara åter i arbete inom sex månader var överensstämmelsen något bättre. Rehabiliteringsteamet såg mer positivt på patientens möjlighet till rehabilitering än vad denne själv gjorde. Det är anmärkningsvärt att överensstämmelsen är så låg. Detta kan mycket väl påverka resultatet av rehabiliteringen, då patientens uppfattning om sin förmåga, rehabiliteringsteamets bedömning av patientens förmåga och därigenom målet, inte stämmer överens. Det är faktorer som är viktiga förutsättningar för en lyckad rehabilitering (4,10,12,27)

Skillnader i uppfattning om förmåga pekar på vikten av att i rehabiliteringsarbetet kartlägga patientens uppfattning och vikten av att inom ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam väl definiera och bedöma patientens rehabiliteringspotential i samråd med patienten. Detta för att i ett tidigt skede, gemensamt med patienten, sätta upp realistiska mål för rehabiliteringen. Det är lika viktigt att patienten får definiera sin rehabiliteringsförmåga som att rehabiliteringsteamet också måste diskutera och gemensamt bedöma patientens rehabiliteringspotential för att sedan kunna rikta rätt rehabiliteringsinsatser till rätt nivå.

Den spännande fortsättningen blir att se hur väl patientens skattning av risk för långvariga besvär och chans till återgång i arbete ser ut vid uppföljningen av sjukskrivning efter sex respektive tolv månader som kommer att göras som en fortsättning av detta projekt.

## **5. Slutsats och rekommendationer**

Resultatet av studien ger en uppfattning om i vilken utsträckning patientens och rehabiliteringsteamets uppfattning om förmåga till återgång i arbetslivet stämmer överens. Resultatet kan ligga till grund för det fortsatta arbetet med multidisciplinära team och ge en ökad kunskap om vikten av att väl definiera den sjukskrivnes rehabiliteringspotential för att kunna sätta in rätt rehabiliteringsinsatser på rätt nivå och det är viktigt att det sker i samråd med patienten (3,4,18,19).

## **6. Tack**

Ett varmt tack vill jag rikta till min handledare Staffan Norlander som stöttat, peppat och kritiskt granskat mitt arbete. Utan det stödet hade jag inte kommit till den här "punkten".

Tack även till AmC, Landstinget Sörmland, för ekonomiskt stöd som möjliggjort denna utbildning för mig

## 7. Referenser:

1. SBU. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis 2003.
2. Nyström C, Nyström O. Stress and Crisis Inventory -93. Processorienterad personlighetsexploration med kristeoretisk referensram. Manual och dokumentation.
3. Krafft B, Nyström C. Somatoformt smärtsyndrom, Patientens upplevelse av vårdpersonalens förhållningssätt. Socialmedicinsk tidskrift 2000 (5) 406 - 414
4. Eriksen T, Elfstrand T. Rehabilitering – inte bara ett individproblem. Socialmedicinsk tidskrift 1997; (8-9):374 - 380
5. Rydh J. Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande SOU 2000: 121
6. SOU – utredningar i socialförsäkringens tjänst SOU 2000: 5
7. SOU – Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum, SOU 2000: 78
8. RFV – Riksförsäkringsverket/Försäkringskassans, statistik
9. Eklind I. Utveckling av metoder för samordning av rehabiliteringsåtgärder i Sörmland; Rehabiliteringsgruppen i Sörmland/RAR; Projektrapport 2002
10. Hultberg EL. Co-financed collaboration between welfare services. Effects on staff and musculoskeletal disorders, 2005 Disputation, Department of Social Medicine, University of Goteborg
11. Engstrom LG, Eriksen T. Can differences in benefit levels explain duration and outcome of sickness absence? Disability Rehabilitation 2002 Sept, volym 24(14):713 – 18.
12. Hultberg EL, Lonnroth K, Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. Health Policy 2003 May; 64(2):143 – 52
13. Kivioja J, Jensen I, Lindgren U. Early coping strategies do not influence the prognosis after whiplash injuries. Injury 2005 August, volym 36(8):935 – 40
14. Turner J, Jensen M, Romano J. Do beliefs, coming and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. Pain 2000 March, volym 85(1-2):115 – 25
15. Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain 1983 September, Volym 17(1):33 - 44
16. Buer N, Linton SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing; occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. Pain 2002 October, volym 99(3):485 – 91

17. Marhold C, Linton SJ, Melin L. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2002 June, volym 12(2):65 – 75
18. Denison E, Åsenlöv P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance and pain intensity as predictors of disability and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain* 2004, volym 111:245 - 252
19. Linton SJ. Manual for the Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire. 1999
20. Boersma K, Linton SJ, Early assessment of psychological factors; The Örebro screening questionnaire for pain. *New avenues for the prevention of pain*. Linton SJ Amsterdam Elsevier 1: 205 - 213
21. Linton SJ, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute backpain. *The clinical Journal of Pain* 1998; 14:209 - 215
22. Altman Douglas G. *Practical Statistics for Medical Research*: Chapman & Hall 1992; 403 - 409
23. Fosse E, Johnsen SH, Stensland-Bugge E m.fl. Repeated visual and computer-assisted carotid plaque characterization in a longitudinal population-based ultrasound study. *The Tromso study- Ultrasound in Medicine & Biology* 2006 Jan; 32(1):3 - 11
24. Verheijden MW, Bakx JC, Delemarre IC m.fl. GPs' assessment of patients' readiness to change diet, activity and smoking. *British Journal of General Practice* 2005 Jun; 55(515):452 - 457
25. Madlensky L, McLaughlin J, Goel V. A comparison of self-reported colorectal cancer screening with medical records. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2003 Jul; 12(7):656 - 659
26. Landis J, Koch G, The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977, 33(1):159 - 174
27. Admyre L, Norgren C, Peters L, Åkerlind I. Teamarbete som metod för rehabilitering av patienter med besvär från rörelseorganen. *AllmänMedicin* 2/03 årgång 24

nr: \_\_\_\_\_

# FRÅGEFORMULÄR OM SMÄRTPROBLEM (3)

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telnr: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

*Här följer några frågor och påståenden som kan vara aktuella för Dig som har besvär, värk eller smärta. Läs varje fråga och svara så gott Du kan. Tänk inte för länge på varje fråga. Det är viktigt att Du svarar på alla frågorna. Det finns alltid ett svarsalternativ som liknar Din situation.*

**EXEMPEL:**

Svara genom att ringa in ett alternativ.

Jag tycker om apelsiner.

0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10  
inte alls väldigt mycket

Eller kryssa för en ruta.

Hur många dagar per vecka motionerar Du?

0-1 dagar  2-3 dagar  4-5 dagar  6-7 dagar

1. Vilket år föddes Du ? 19.....

2. Är Du: man  kvinna

3. Är Du född i Sverige? ja  nej

4. Vad är Din huvudsakliga sysselsättning? Kryssa i det alternativ som bäst beskriver Din nuvarande situation.

yrkesarbetande  studerande  oavlönat arbete (t ex i hemmet)   
arbetslös  pensionär  annat: \_\_\_\_\_

5. Var har Du besvär? Kryssa för alla aktuella ställen.

nacke  skuldror/axlar  ryggens övre del  ryggens undre del  ben

6. Hur många dagar har Du varit sjukskriven p g a dina besvär de **senaste tolv månaderna**?

0 dagar  1-2 dagar  3-7 dagar  8-14 dagar  15-30 dagar   
31-60 dagar  61-90 dagar  91-180 dagar  181-365 dagar  mer än 365 dagar

7. Hur länge har Du lidit av Ditt nuvarande besvär?

0-1 vecka  2-3 veckor  4-5 veckor  6-7 veckor  8-9 veckor   
10-11 veckor  12-23 veckor  24-35 veckor  36-52 veckor  mer än 52 veckor

8. Är Ditt arbete tungt eller monotont? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
inte alls  väldigt mycket   
ej yrkesverksam

9. Hur mycket smärta har Du haft den **senaste veckan** ? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
inte alls ont  outhärdligt ont

10. Hur ont har Du haft i **genomsnitt under de senaste tre månaderna**? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
inte alls ont  outhärdligt ont

11. Hur ofta har Du haft ont i **genomsnitt de senaste tre månaderna** ? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
aldrig  alltid

12. Med tanke på det Du gör under en genomsnittlig dag för att hantera eller klara av Din smärta: Hur stora är Dina möjligheter att minska den? Ringa in den siffra på skalan nedanför som stämmer bäst för just Dig.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ingen möjlighet  fullständig   
att minska smärtan  smärtlindring

Ifylls av  
personal

2\*x

10-x



13. Hur spänd eller stressad har du känt Dig den **senaste veckan**? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
helt lugn mycket spänd



14. I vilken utsträckning har du känt dig nedstämd den **senaste veckan**? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
inte alls väldigt mycket



15. Som Du upplever det själv hur stor är risken att ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt?  
Ringa in ett alternativ .

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ingen risk mycket stor risk



16. Hur stor chans tror Du att Du har att kunna arbeta om **sex månader**? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
ingen chans mycket stor chans

10-x



17. Om Du tar hänsyn till Dina arbetsuppgifter, arbetsledning, lön, utvecklingsmöjligheter  
och arbetskamrater hur nöjd är Du med Ditt arbete? Ringa in ett alternativ.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
inte nöjd helt nöjd

10-x



ej yrkesverksam

*Nedan följer olika erfarenheter av smärta som andra patienter har delgivit oss.  
Var vänlig och ringa in lämplig siffra från 0-10 för varje påstående.*

18. Smärtan ökar vid fysisk aktivitet.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
instämmer inte alls instämmer helt



19. Om besvären ökar, är det en signal på att jag bör sluta med det jag håller på med,  
tills besvären minskar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
instämmer inte alls instämmer helt



20. Jag bör inte utföra mina normala aktiviteter eller arbeten med den smärta jag har för närvarande.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
instämmer inte alls instämmer helt



Här är en lista över fem aktiviteter. Markera med en ring runt den siffra som bäst beskriver Din nuvarande förmåga att delta i varje aktivitet.

21. Jag kan utföra lättare arbete under en timme.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kan inte göra det p g a smärta kan göra det utan smärtproblem

10-x



22. Jag kan gå i en timme.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kan inte göra det p g a smärta kan göra det utan smärtproblem

10-x



23. Jag kan utföra vanligt hushållsarbete.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kan inte göra det p g a smärta kan göra det utan smärtproblem

10-x



24. Jag kan utföra veckoinköpen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kan inte göra det p g a smärta kan göra det utan smärtproblem

10-x



25. Jag kan sova på natten.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
kan inte göra det p g a smärta kan göra det utan smärtproblem

10-x



TACK FÖR DIN MEDVERKAN !

