



# Långtidssjukskrivnas erfarenheter av ett beteendereinriktat rehabiliteringsprojekt

Examensarbete i: Sjukgymnastik  
Nivå: Grundnivå  
Högskolepoäng: 15  
Program/utbildning: Sjukgymnastprogrammet  
Kurskod: OSG016

Datum: 2009-04-03

Författare: Anette Sannemalm & Ann-Louise Tilling

Handledare: Gerd Flodgren

Examinator: Johanna Westerlund

## **SAMMANFATTNING**

Det är betydelsefullt i dagens samhälle att rehabilitera långtidssjukskrivna, eftersom långtidssjukskrivning medför ett stort lidande för enskilda individer och höga samhällskostnader. Forskning visar att beteendeorienterade rehabiliteringsprojekt med fokusering på beteendeförändring, kan få sjukskrivna att snabbare återgå till arbete. Syftet med den här studien är att undersöka långtidssjukskrivnas erfarenheter av, uppfattningar av och engagemang i ett 10 veckors beteendeorienterat rehabiliteringsprojekt. Dessutom undersöks vilka följder projektet haft på deltagarna och deltagarnas tidigare erfarenheter av rehabilitering. Intervjuer har genomförts med fem av sju deltagare. Resultatet visar att deltagarna överlag hade positiva erfarenheter av innehåll och upplägg samt av att träffa andra i samma situation. Negativt var att den fysiska träningen inte var individanpassad och att det ej varit uppföljningar av hemuppgifter. Ingen av deltagarna har haft en prioriterad aktivitet att arbeta emot. Genom projektet har deltagarna fått ändrade kostvanor, förändrade tankesätt och ökade kunskaper. De flesta av deltagarna upplever att projektet ej främjat återgång till arbete, men varit ett steg i rätt riktning. Deltagandet i projektet har varit högt och deltagarna har blandade erfarenheter av tidigare rehabilitering. Slutsatser är att beteendeorienterad rehabilitering är bra eftersom det främjar individer att öka sin självkännet och förändra beteenden. Då deltagarna inte haft konkreta prioriterade aktiviteter att arbeta emot och att inte hemuppgifter följts upp, har inte individernas self-efficacy främjats till fullo.

### **Nyckelord**

Arbete, beteendemedicin, hälsa, långtidssjukskrivning och rehabilitering.

## **ABSTRACT**

In society today it's of great importance to provide rehabilitation to those who are on long-term sick leave, as it causes substantial suffering for the individual and large costs for the society. Research shows that behavioural rehabilitation projects that focus on behavioural changes enable those on sick leave to return to work much faster. The aim of this study was to look into the experiences of individuals who were on a long-term sick leave, to find out their opinions of and commitments in a 10 weeks behavioural rehabilitation project. Furthermore, the aim is to study what effect the project have had on the participants and also to investigate what experiences the participants have had regarding earlier rehabilitation. Five of the seven participants were interviewed. The results showed that the participants had consistently positive experiences regarding the content and organization of the rehabilitation project and they appreciated the opportunity to meet other people in the same situation. The participants of the rehabilitation project found it negative that the project was not more tailored to the individual's different physical problems, and one participant experienced that there was a lack of follow-ups of homework. None of the participants had chosen a prioritised activity to work with. Consequences for the participants of the project are changed food habits, changed cognitive patterns and increased knowledge. Most of the participants experienced that this project, at the end of it, did not support them in returning to work, but it were a step in the right direction. The attendance rate of the rehabilitation project was high and the participants had mixed experiences of earlier rehabilitation. Conclusions are that rehabilitation with behavioural alignment support individuals to increase their self-knowledge and change behaviours. Since the participants have not had concrete prioritised activities to work with and that it has been a lack of follow-ups of homework, self-efficacy of the individuals have not fully been supported.

### **Keywords**

Behavioural medicine, health, long-term sick leave, rehabilitation, work

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INTRODUKTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 Definitioner</b> .....	<b>2</b>
<b>2.2 Sjukfrånvaro</b> .....	<b>2</b>
<b>2.3 Rehabilitering</b> .....	<b>3</b>
<b>2.4 Långtidssjukskrivnas upplevelser av rehabilitering</b> .....	<b>3</b>
<b>2.5 Beteendeariktad rehabilitering</b> .....	<b>4</b>
<b>2.6 Social kognitiv teori, beteendeförändring och self-efficacy</b> .....	<b>5</b>
<b>2.7 10 veckors beteendeariktat rehabiliteringsprojekt</b> .....	<b>6</b>
<b>2.8 Problemområde</b> .....	<b>9</b>
<b>3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>10</b>
<b>3.1 Frågeställningar</b> .....	<b>10</b>
<b>4 METOD</b> .....	<b>10</b>
<b>4.1 Design</b> .....	<b>10</b>
<b>4.2 Urval</b> .....	<b>10</b>
<b>4.3 Datainsamling</b> .....	<b>11</b>
<b>4.4 Dataanalys</b> .....	<b>12</b>
<b>4.5 Etiska överväganden</b> .....	<b>13</b>
<b>5. RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
<b>5.1 Projektets innehåll och upplägg</b> .....	<b>14</b>
5.1.1 Generellt/specifikt positivt och negativt .....	14
5.1.2 Beteendeariktningen på rehabiliteringsprojektet .....	15
5.1.3 Tidslängd och antal träffar .....	16

<b>5.2 Prioriterad aktivitet och mål .....</b>	<b>16</b>
5.2.1 Huvudmål/delmål .....	16
5.2.2 Självvärdering och skattningsskalor .....	17
5.2.3 Dagbok .....	17
<b>5.3 Följder .....</b>	<b>17</b>
<b>5.4 Tidigare rehabilitering och engagemang.....</b>	<b>18</b>
<b>6. DISKUSSION.....</b>	<b>18</b>
<b>6.1 Metoddiskussion .....</b>	<b>18</b>
<b>6.2 Resultatdiskussion .....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Etikdiskussion .....</b>	<b>25</b>
<b>7. SLUTSATSER.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>27</b>

## **BILAGOR**

**Bilaga 1 Skattningsskalor**

**Bilaga 2 Intervjufrågor**

**Bilaga 3 Informationsbrev**

**Bilaga 4 Analysmatris**

## **1 INTRODUKTION**

Ett förslag till examensarbete på grundnivå, där det fanns en önskan om att om följa upp ett rehabiliteringsprojekt för långtidssjukskrivna, skickades till Mälardalens högskola för ett halvår sedan. Detta ämne väckte vårt intresse och kändes mycket lärorikt att undersöka inför vår kommande profession som sjukgymnaster. Vid närmare läsning av vad rehabiliteringsprojektet innehöll för deltagarna, ökade det vår uppfattning om att detta var ett bra och spännande ämne att skriva ett examensarbete om, eftersom denna undersökning ger oss mer inblick hur det kan påverka individer att delta i ett rehabiliteringsprojekt. Innehållet i rehabiliteringsprojektet bestod av många olika komponenter som kändes viktiga för en lyckad rehabilitering. Det finns en kombination av fysisk aktivitet, teorigenomgångar, samtalsträffar med mera, där fokus finns inom området beteendemedicin. Beteendemedicin är något som går som en röd tråd genom vår utbildning till sjukgymnaster här vid Mälardalens Högskola. Rehabilitering av långtidssjukskrivna är ett ämne som ligger i tiden och som många aktörer är angelägna om att lösa på ett bättre sätt. Författarna kände att långtidssjukskrivna är en viktig grupp som vi kommer att möta i vårt framtida yrke.

## **2 BAKGRUND**

### **2.1 Definitioner**

Försäkringskassan (2008b) definierar rehabilitering på detta sätt: ”Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för diverse åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art, vars syfte är att hjälpa sjukskrivna att återfå bästa tänkbara funktionsförmåga och förutsättningar till ett normalt liv”(sid 1).

Enligt Riksförsäkringsverket [RFV] (2000), räknas långtidssjukskrivna som de personer som varit sjukskrivna i minst 60 dagar.

### **2.2 Sjukfrånvaro**

Ökad ohälsa och hög sjukfrånvaro är i dagens samhälle ett relativt stort problem. Från 1997 har sjukfrånvaron i Sverige ökat markant, framförallt bland kvinnor (Hogstedt, Bjurwald, Marklund, Palmer & Theorell, 2004). Med anledning av att sjukfrånvaron steg kraftigt under 1990-talet har sjukfrånvaron fått ett ökat intresse hos politiker och det är framförallt kostnadsutvecklingen som kommit i fokus (Palmer, 2004). Sjukfrånvaron har dock under senare år börjat minska, men är fortfarande hög (Statens offentliga utredningar [SOU], 2006). I januari 2008 var antalet sjukskrivna personer i Sverige ca 165 000. Av dessa hade ca 70 000 personer varit sjukskrivna mindre än 6 månader, 25 000 sjukskrivna mer än 6 månader upp till ett år och ca 70 000 sjukskrivna mer än 1 år (Försäkringskassan, 2008a). Forskning visar att vara utan arbete kan medföra ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad dödlighet och sämre fysisk och psykisk hälsa (Waddell, Burton & Aylward, 2007). I en studie framkom det att långtidssjukskrivning kan medföra negativa effekter som försämrad ekonomi, begränsade fritidsaktiviteter, sämre sömn och minskat psykologiskt välbefinnande. Det belystes att det var främst män som påverkades av dessa negativa effekter. Anledningen till att kvinnor inte påverkades lika mycket är att de kunde se mer positiva effekter av sin sjukskrivning i form av mer tid med sina barn och sin familj (Floderus, Göransson, Alexandersson & Aronsson, 2005). Enligt Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU](2003), finns det begränsad forskning gällande orsaker och konsekvenser för samhället och individen inom området sjukfrånvaro.

## **2.3 Rehabilitering**

Det framhävs att det är angeläget att minska sjukskrivningstalen och återinföra människor i arbete. Med anledning av detta är det viktigt med rehabilitering eftersom det är samhälls-ekonomiskt lönsamt (SOU, 2000). Ett sätt att minska långtidssjukskrivningar och få tillbaks människor i arbete är tidig och effektiv rehabilitering. Exempelvis kan strukturerad tidig konsultation med en läkare som arbetar med arbetsmiljömedicin bland dem som riskerar att bli långtidssjukskrivna, leda till minskad sjukfrånvaro (Kant, Jansen, van Amelsvoort, van Leusden & Berkouwer, 2008). År 2000 kom en ny utredning från regeringen gällande arbetslivsinriktad rehabilitering. Där framkom att arbetsgivare har ett stort men otydligt ansvar gällande anställdas rehabilitering. Bland annat skedde för få eller sena insatser och detta kan vara en anledning till att sjukskrivningstalen har ökat trots insatser. Det beskrivs att det finns en diskrepans mellan samhällets åtgärder och vad individen efterfrågar. I utredningen framlades att det är viktigt att sätta individen i centrum. Han/ hon bör få möjlighet till tidigare insatser och få ett större inflytande i sin rehabilitering (SOU, 2000). Ur ett individperspektiv finns ett stort behov av forskning gällande hur den sjukskrivnes delaktighet och motivation kan främjas. Det är viktigt både ur ett samhällsperspektiv och för arbetsgivare att veta hur rehabiliteringssatsningar ska utarbetas för att stärka individers motivation och öka aktivitetsförmågan. Individens egen delaktighet i rehabiliteringsprocessen framhävs vara en viktig beståndsdel för ökad motivation. Det framhävs att motiverade individer återgår i större utsträckning till arbete, liksom de som har en hög tilltro till att återgå till arbetslivet (Selander, Marnetoft, Bergroth & Ekholm, 2002).

## **2.4 Långtidssjukskrivnas upplevelser av rehabilitering**

I rehabiliteringssammanhang är det betydelsefullt att ta reda på långtidssjukskrivnas erfarenheter och upplevelser av rehabilitering, för att på så sätt utforma lämpliga rehabiliteringsprojekt och insatser som ger effekt och återfår människor i arbete. En studie kring långtidssjukskrivnas upplevelser av rehabilitering visar att två av tre långtidssjukskrivna anser att de till viss del fått hjälp och åtgärder för att kunna komma tillbaka till arbetslivet, medan en av tre upplever de inte fått det. Med avseende på att hitta åtgärder för att kunna komma tillbaka till arbetslivet anser långtidssjukskrivna att de är de som är mest aktiva. De upplever dessutom att det är för långa väntetider gällande åtgärder från respektive sjukskrivningsaktör, vilket hindrar sjukskrivna att snabbt återgå till arbete (RFV, 2004).



Andra viktiga aspekter kopplat till långtidssjukskrivnas upplevelser av rehabilitering är att målet ofta till en början i en rehabiliteringsprocess är att få en diagnos bekräftad, att bli mer hälsosam och kunna återgå till arbete (Söderberg, Jumisko & Gard, 2004), eller en önskan om total förändring och skaffa sig nya kunskaper (Wallstedt-Paulsson, Erlandsson & Eklund, 2007). Betydande är också att få stöd och förståelse från myndigheter, arbetsgivare och personer i deras närhet (Söderberg et al, 2004). Sociala relationer med personal och andra deltagare anses betydelsefullt (Wallstedt-Paulsson et al., 2007). I rehabiliteringssammanhang finns behov av att arbeta utifrån klientfokuserat arbetssätt eftersom deltagare har behov av att få stöd och förståelse från sin omgivning (Söderberg et al, 2004). Angeläget är dessutom att undersöka deltagares intressen, färdigheter, behov och önsningar samt utveckla ett bra samarbete och en bra dialog mellan deltagare och personal (Wallstedt-Paulsson et al., 2007). För långtidssjukskrivna är det viktigt att rehabiliteringen är inriktad till deltagarnas behov och att åtgärder i rehabiliteringen inte enbart är fokuserade på gruppaktiviteter. Gruppaktiviteter anses positivt av en del långtidssjukskrivna eftersom där har de möjlighet att träffa andra i liknande situation och kan utbyta erfarenheter (Söderberg et al., 2004).

## **2.5 Beteendeariiktad rehabilitering**

Vid jämförelse mellan kognitiva beteendeariiktade - och traditionella rehabiliteringsåtgärder kan det konstateras att de kognitiva beteendeariiktade rehabiliteringsåtgärdena har positiva effekter, då det återfår sjukskrivna snabbare tillbaks till arbetslivet (Jensen, Bergström, Ljungquist & Bodin, 2005; Storrö, Moen & Svebak, 2004). I en studie framhävs att detta framförallt gäller korttidssjukskrivna och kvinnor (Marhold, Linton & Melin, 2000). Angeläget är därför att rehabilitering för återgång till arbete bör komma igång tidigt innan individer hamnar i en längre sjukskrivning. Med kognitiv beteendeterapi (KBT) menas att behandling fokuserar på att förändra individens beteenden det vill säga tankar, känslor och handlingar etcetera. Fokus ligger på att korrigera missförstånd, omstrukturera negativa tankemönster och påverka dessa i en positiv riktning. Många av individens tankar styr dess handlingar och målsättningen blir att öka individens förmåga att hantera problem som kan vara kopplade till exempelvis en sjukdom för att skapa en känsla av kontroll i tillvaron (SBU, 2006). Rehabiliteringsprojekt som har en kognitiv beteendeariiktning kan innehålla en mängd olika interventioner som oftast sätts samman utifrån teamets sätt att arbeta. Innehåll kan exempelvis vara sjukgymnastisk behandling, akupunktur, sociala stödinsatser, gruppsamtal, utbildning gällande livsstilsförändring, smärthantering, avslappning

och mental träning (SBU, 2006). Med traditionella inriktade rehabiliteringsåtgärder menas att fokus inte har inriktning på KBT och utesluter dessa kognitiva delar i behandlingen och exempel på behandling kan vara manuella metoder (Marhold et al., 2000).

En annan aspekt kopplat till beteendeorienterad rehabilitering är att de kan ha påverkan på samhällskostnaderna. Att många är sjukskrivna idag innebär höga kostnader för samhället (Palmer, 2004) och med anledning av detta kan det ur ett långsiktigt perspektiv vara kostnadseffektivt att erbjuda multiprofessionella rehabiliteringsprojekt (Norrefalk, Ekholm, Linder, Borg & Ekholm, 2007). I en studie där en del av undersökningen var att utvärdera om ett åtta veckors rehabiliteringsprojekt var kostnadseffektivt, gjordes en jämförelse mellan två olika kategorier av rehabiliteringsåtgärder för långtidssjukskrivna. Den ena var en vanlig traditionell behandling och det andra var ett åtta veckors jobbrelaterat multiprofessionellt rehabiliteringsprojekt. Resultatet visar att det går att uppnå ekonomisk lönsamhet med ett multiprofessionellt rehabiliteringsprojekt eftersom kostnaderna återbetalas inom ett år efter att patienter rehabiliterats tillbaka i arbete (Norrefalk et al. 2007).

Att kombinera fysisk aktivitet med beteendeterapi kan vara ett lyckat koncept i rehabiliteringsprocessen. Skräddarsyddrehabilitering som är inriktad på att förändra motorisk- och kognitivt beteende utifrån sju steg, kan lindra smärta hos smärtpatienter. Samtidigt betonas att det kan ge positiva resultat för individer att prioritera mål utifrån vardagsaktiviteter och sedan strukturerat arbeta sig fram emot dessa mål (Åsenlöf, Denison & Lindberg, 2005).

## **2.6 Social kognitiv teori, beteendeförändring och self-efficacy**

När långtidssjukskrivna deltar i ett rehabiliteringsprojekt kan det innebära att de arbetar med att förändra olika saker och försöker uppnå vissa specifika mål för att komma ett steg längre i sin rehabiliteringsutveckling, för att exempelvis så småningom komma tillbaka till arbetslivet. Förändringar kan ske på olika nivåer, det kan både handla om att förstärka inre resurser som tankar/motivation, men även yttre omständigheter som arbetsmiljö (SOU, 2000). Beteendeorienterad rehabilitering som tidigare beskrivits är oftast fokuserad på att förändra personers eller grupperns beteenden. Detta synsätt har sin grund inom bland annat Social kognitiv teori. Grundtanken i denna teori är att det finns ett ömsesidigt samspel mellan individen, beteende och omgivningen. Detta brukar nämnas som *reciprok determinism*. Mänskligt beteende är en produkt av de två andra komponenterna men samtidigt påverkar beteendet även de andra delarna (McAlister, Perry & Parcel, 2008).

Ett ytterligare viktigt begrepp inom Social kognitiv teori är *self-efficacy*. Detta begrepp kan beskrivas som en persons tilltro till sin egen förmåga att utföra ett specifikt beteende i en specifik situation (McAlister et al., 2008). Individens lärande och förmåga till förändring är ofta i fokus vid hälsofrämjande arbete och där är Banduras (2004) begrepp *self-efficacy* en betydelsefull del. Tilltron till sin egen förmåga påverkas av våra uppsatta mål, resultatförväntningar, känsla av kontroll och de framgångsfaktorer som finns i varje individs omgivning. Self-efficacy är en drivande faktor som har inverkan när det gäller en individs beteendeförändring, från övervägandet till att göra en förändring, till att klara av bakslag, till att klara av att bibehålla en beteendeförändring. Self-efficacy påverkar en individs mål och dess strävan till att uppnå detta mål och detta bygger mycket på tidigare erfarenheter av att klara av ett mål. Ju högre upplevd self-efficacy, desto högre mål och engagemang till att uppnå målen (Bandura, 2004). För att uppnå en beteendeförändring, visar forskning att individens negativa resultatförväntningar bör minskas och individens positiva resultatförväntningar bör ökas, på så sätt kan self-efficacy främjas (Jensen, Nielson, & Kerns, 2003).

Att ha ett mål att arbeta emot är viktigt för en beteendeförändring. En studie visar bland annat att genom att sätta upp mål främjas beteendeförändringar gällande kost och fysisk aktivitet hos vuxna (Shilts, Horowitz & Townsend, 2004). Det framhävs att i rehabiliteringssammanhang är det betydelsefullt att individer blir delaktiga och får medverka genom att formulera sina rehabiliteringsmål och uppnå dessa med hjälp av egna aktiviteter. Upplevs målen realistiska och relevanta utifrån individen finns större möjligheter till att dessa uppnås (SOU, 2000). Studier visar att arbeta med specifika och viktiga mål inger motivation hos individen och även ökar individens ansträngning och fokusering på målorienterade uppgifter. Att exempelvis arbeta utifrån vardagliga aktiviteter vid målsättning i rehabiliteringssammanhang kan ge positiva resultat (Åsenlöf et al., 2005).

### **2.7 10 veckors beteendeoriktat rehabiliteringsprojekt**

Det rehabiliteringsprojekt som legat till grund för denna studie är ett samverkansprojekt mellan rehabiliteringsenheten på ett lokalt sjukhus, företagshälsovården och personalavdelningen på två företag på en mindre ort i Sverige. Detta är ett pilotprojekt som har startats av en sjukgymnast på en mindre ort i Mellansverige, som är vår kontaktperson för rehabiliteringsprojektet. Detta projekt har arbetats fram eftersom det idag finns många faktorer som orsakar långtidssjukskrivning och att det leder till negativa konsekvenser.

Exempel på faktorer som orsakar långtidssjukskrivning är bland annat sjukdomar inom rörelseorganen (framför allt rygg- och nackbesvär), psykiska sjukdomar och cirkulatoriska sjukdomar (stroke, hjärtsjukdom). Andra faktorer som orsakar sjukfrånvaro kan vara demografiska faktorer (ålder, kvinnligt kön och låg socioekonomisk status) och individuella faktorer som små möjligheter att påverka sin arbetssituation, fysisk påfrestning i arbetet och skilsmässa (SBU, 2003). Syftet med rehabiliteringsprojektet var att öka deltagarnas aktivitetsförmåga och förbättra deras färdigheter för att kunna återgå till arbete eller utöka sin arbetstid. Enligt en företagssköterska som är involverad i projektet (personligt meddelande, 3 oktober 2008), räknas deltagarna som deltagit i rehabiliteringsprojektet som långtidssjukskrivna eftersom de har en sjukskrivning på mer än 30 dagar. I rehabiliteringsprojektet ingår både deltagare som är sjukskrivna på heltid och deltid. De som är sjukskrivna på deltid riskerar att bli långtidssjukskrivna på heltid och har någon gång tidigare varit sjukskrivna på heltid.

De yrkeskategorier som har medverkat i rehabiliteringsprojektet är: dietist, sjukgymnaster från rehabiliteringsenheten och företagshälsovården, psykolog, företagsläkare, företagssköterska. Dessutom har inbjudna föreläsare från berörda personalavdelningar och Försäkringskassan deltagit. Dessa yrkeskategorier ska med hjälp av sina specifika kompetenser tillsammans försöka hjälpa deltagarna att öka sina kunskaper inom flertal områden för främja beteendeförändringar hos deltagarna och på så sätt uppnå syftet med rehabiliteringsprojektet. I projektet har deltagarna fått kunskaper i bland annat stresshantering, träning, livsstilsförändring och läkemedel. Upplägget för rehabiliteringsprojektet är att deltagarna har träffats två gånger per vecka i tio veckor. Första träffen varje vecka har deltagarna fått teoriundervisning och fått delta i olika fysiska aktiviteter. Vid andra träffen varje vecka har deltagarna haft gruppsamtal och även då fått delta i fysisk aktivitet. Exempel på fysiska aktiviteter har varit: stavgång, bassängträning och cirkelträning i gym.

Deltagarna har genom rehabiliteringen fått ansvara för sin egen förändring, fått lära sig hur de ska göra dessa förändringar bland annat genom att sätta upp egna mål för att se sina egna styrkor och kompetenser. I rehabiliteringsprojektet har det ingått att deltagarna ska identifiera en så kallad prioriterad aktivitet som de vill förbättra. Med prioriterad aktivitet menas en konkret aktivitet som upplevs vara relevant och viktig för individens vardagliga livssituation (Åsenlöf et al., 2005). När deltagarna har arbetat med att försöka hitta en prioriterad aktivitet har de fått använda sig av skattningsskalor kring olika områden i sitt liv.

Exempelvis ansvar för hemmet och familjen, fritidsaktiviteter och sociala aktiviteter. I dessa skattningsskalor skattar deltagarna på en skala från 0-10 den grad av hinder de upplever de har inom de olika områdena, (se bilaga 1). Skattningsskalorna har deltagarna fått fylla i vid en av de första träffarna och sedan har de använts vid slutet för utvärdering. Deltagarna har i rehabiliteringsprojektet fått kartlägga sina beteenden genom olika hemuppgifter och specificerat det genom att bland annat använda en dagbok.

Rehabiliteringsprojektet har enligt kontaktpersonen för projektet, arbetat utifrån några delar av sju-stegsmodellen (Åsenlöf et al., 2005), exempelvis prioriterad aktivitet, dagbok, färdighetsträning och tillämpad träning (personligt meddelande, 01 oktober 2008). Enligt Åsenlöf et al. (2005) innebär sju-stegsmodellen att en individ ska lära sig behärska fysiska, kognitiva och beteendemässiga färdigheter för att klara av vardagliga aktiviteter som anses vara relevanta för individen. *Första steget* i modellen är att identifiera problem och mål. Det kan vara vardagliga aktiviteter som patienten ej klarar av eller önskar förbättra med hjälp av rehabilitering. Aktiviteten ska inkludera ett motoriskt beteende. Patienten får prioritera olika aktiviteter och den aktivitet som anses vara högst prioriterad eller ofta förekommande väljs ut och behandlas först. *Steg 2* innebär en kartläggning och självmonitorering med hjälp av en dagbok över aktivitetsutförandet. Syftet är att både sjukgymnast och patient ska få ökad information gällande psykosociala faktorer som kan påverka aktivitetsförmågan. *Steg 3* innebär en individuell funktionell beteendeanalys. För att sammanställa denna analys hämtas information från steg 1 och 2. Syftet med denna analys är att identifiera viktiga faktorer som kan påverka och som är betydelsefulla för hur en person betar sig i en viss situation. Informationen kan delas in i fyra delar (SIRK). Dessa är *situationen* (vilken aktivitet, omgivningsfaktorer etc.), *individens* fysiska och psykologiska utrustning, *respons* i den specifika situationen och *konsekvenser* av responsen. Utifrån informationen formuleras sedan hypoteser om varför patienten inte klarar aktiviteten och vilka förutsättningar patienten har för att klara denna. Specifika och mätbara mål formuleras tillsammans med patienten. *Steg 4* är basal färdighetsträning. Detta innebär att sätta ihop övningar som patienten får träna på för att förbättra de fysiska, psykologiska och organisatoriska färdigheter som anses nödvändiga för att uppnå målet. De grundläggande färdigheterna tränas var för sig. Exempel på en grundläggande färdighet kan vara muskelstyrka. *Steg 5* är tillämpad färdighetsträning vilket innebär att patienten tränar den aktuella aktiviteten genom att sätta samman och tillämpa de basala färdigheterna. Den aktuella aktiviteten kan exempelvis riggas hos sjukgymnasten och

patienten får öva samtidigt som sjukgymnasten guidar och ger återkoppling. *Steg 6* innebär generalisering. När exempelvis en patient klarar av en aktivitet i en situation kan övningen stegas till att omfatta fler situationer. Generalisering kan även göras till fler prioriterade aktiviteter. Detta kan ibland kräva att en ny monitorering av aktiviteten med hjälp av en dagbok genomförs och att även mer träning av basala färdigheter utförs. *Steg 7* innebär återfallsprevention. Här identifieras framtida problemsituationer. Patienten får själv komma med förslag på strategier hur eventuella problem kan förhindras eller lösas och hur det nya beteendet och färdigheterna ska upprätthållas. Detta kan innebära att tidpunkter för uppföljning planeras in (Åsenlöf et al. 2005).

## **2.8 Problemområde**

Rehabilitering är idag ett aktuellt ämne. Många är långtidssjukskrivna och samhällskostnaderna är höga inom detta område, vilket har lett till ökade satsningar genom exempelvis nya lagförslag och förordningar. För dem som drabbas innebär en långtidssjukskrivning ofta stora förändringar och alla insatser för att återfå människor till arbetslivet är betydelsefulla. Det finns begränsad forskning gällande orsaker och konsekvenser för samhället och individen inom området sjukfrånvaro (SBU, 2003). Det är betydelsefullt för dem som arbetar med rehabilitering inriktad mot långtidssjukskrivna att få veta vad långtidssjukskrivna har för uppfattning och erfarenhet av rehabilitering och av de insatser som erhålls. En viktig fråga är om de insatser som erbjuds i rehabiliteringsprojekt hjälper deltagarna att så småningom kunna återgå till arbete. De som har arbetat med det beteendeinriktade rehabiliteringsprojektet på tio veckor behöver få ta del av deltagarnas erfarenheter och uppfattningar gällande rehabiliteringsprojektet för att se vilka följder projektet haft på deltagarna samt se om projektet kunnat öka deltagarnas aktivitetsförmåga för att återgå till arbete eller utöka sin arbetstid. Med anledning av detta finns behov av denna studie.

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med denna studie var att undersöka och beskriva långtidssjukskrivnas erfarenheter av, uppfattningar av och engagemang i ett tio veckors beteendeorienterat rehabiliteringsprojekt. Dessutom undersöks vilka följder projektet haft på deltagarna och deltagarnas erfarenheter av tidigare rehabilitering.

#### **3.1 Frågeställningar:**

Vad har deltagarna för erfarenheter gällande projektets innehåll/upplägg?

Vilka följder har rehabiliteringen haft på deltagarna?

Hur uppfattar deltagarna att rehabiliteringen främjat deras förmåga att kunna återgå till arbetslivet till den grad de önskar?

Vilka tidigare erfarenheter har deltagarna av rehabilitering?

Hur har deltagarnas engagemang i rehabiliteringsprojektet varit?

### **4 METOD**

#### **4.1 Design**

Denna studie är en kvalitativ studie med en explorativ och deskriptiv design (Domholdt, 2005). Anledningen till att författarna har valt denna form av design var att författarna ville få en större och djupare förståelse kring ämnet och dessutom beskriva deltagarnas erfarenheter och uppfattningar.

#### **4.2 Urval**

För att få fram lämpliga deltagare till rehabiliteringsprojektet tog företagshälsovården hjälp av personalavdelningarna på de två stora företag där deltagarna är anställda. Enligt en företagssköterska som är involverad i projektet (personligt meddelande, 3 oktober 2008) var kriteriet att personerna skulle ha varit sjukskrivna minst 30 dagar. De hittade 20 lämpliga deltagare som passade in på detta kriterium och vid förfrågan var sju stycken av dessa 20 intresserade att delta. När projektet genomfördes var fyra av deltagarna sjukskrivna på heltid och tre på deltid. Åldern på deltagarna är mellan 47 och 62 år (personligt meddelande, 3 oktober 2008). Ett par av deltagarna kom med i rehabiliteringsprojektet under andra veckan. Urvalet till vår studie är just de sju som deltagit i rehabiliteringsprojektet.

Av dessa sju har sex personer skrivit på samtycke på att delta i vår studie. Vid intervjutillfället var det två personer av dessa sex som ej kom. En av dessa kontaktade oss och meddelade att den ej ville delta och den andra personen gick med på en telefonintervju vid ett senare tillfälle. Ingen bandning av telefonintervjun skedde. I slutändan deltog fem personer i undersökningen. I denna studie har inget fokus lagts på skillnader i resultat mellan kön. Deltagarna har olika bakomliggande orsaker till varför de är sjukskrivna.

### **4.3 Datainsamling**

Metod för datainsamling har varit intervjuer med deltagarna en vecka, efter avslutat rehabiliteringsprojekt. Under intervjuerna har en och samma intervjuguide använts (se bilaga 2). Intervjufrågorna har konstruerats utifrån innehållet i rehabiliteringsprojektet och även syftet med denna studie. Intervjuguiden har en semi-strukturerad uppbyggnad där färdiga öppna frågor har använts vid intervjuerna men utrymme har även lämnats för följdfrågor (Krag-Jacobsen, 1993). Båda författarna har deltagit vid intervjuerna. En och samma person har ställt frågorna och den andra personen har varit mer fokuserad på att lyssna, anteckna och följa upp med eventuella följdfrågor. Frågorna har innan intervjuerna genomförs pilottestats på några personer utanför studien som har erfarenhet av långtidssjukskrivning, för att få en uppfattning om hur väl frågorna fungerar. Intervjuerna har skett enskilt med deltagarna på deras hemort i en lokal på företagshälsovården. Intervjuerna har bandats för att minimera risken för feltolkningar. Att ha en god kontakt i början av en studie med de påtänkta undersökningsdeltagarna minskar risken för bortfall (Andersson, 1995). När deltagarna nyligen hade påbörjat rehabiliteringsprojektet och var sju till antalet, tog författarna hjälp av de som är ansvariga för projektet för att komma i kontakt med deltagarna. De ansvariga har fått förbereda och informera deltagarna om syftet med denna studie. Deltagarna har även vid ett senare tillfälle, fått muntlig och skriftlig information om studien (se bilaga 3) personligen av författarna vid en träff som skedde senare under projektets gång. Detta medför att deltagarna har träffat författarna personligen innan intervjuerna och därmed minskas risken för stora bortfall. Ett schema över intervjutider och datum har utformats där deltagarna har fått sätta upp sig på passande tider. Vid ett bortfall, där en deltagare inte dök upp vid intervjutillfället, har denna person kontaktats per telefon för förfrågan om telefonintervju vid ett senare tillfälle, vilket accepterades.



#### 4.4 Dataanalys

Analysprocessen har inneburit att framförallt arbeta med ett deduktivt förhållningssätt, där författarna använt sig av en deduktiv innehållsanalys. Enligt Elo & Kyngäs (2007) används deduktiv innehållsanalys när strukturen av analysen är operationaliserad utifrån tidigare kunskap. Författarna har framförallt använt sig av en deduktiv kodning, vilket menas att vissa kodningskategorier i förväg har varit bestämda och funnits med i datasamlingsunderlaget. Frågeformuläret har dock varit en blandning av mer öppna frågor och semi-strukturerade frågor och därmed blir det en kombination av deduktiv och induktiv kodning. Med induktiv kodning menas att kodningen går till så att kodaren utifrån ett urval av insamlade data sätter upp kodningskategorier (Johansson-Lindfors, 1993). Dataanalysen kan beskrivas i tre stora steg:

1, Som första steg har deltagarnas intervjuvar transkriberats i sin helhet till pappersformat, där författarna har delat upp och skrivit ut hälften var. Författarna har sedan läst igenom alla transkriberingarna (även varandras) ett flertal gånger, för att skapa sig en helhetsbild. I transkriberingen har pauser, skratt och suckningar uteslutits eftersom denna analys är av enklare form och syftet inte är att finna dolda undertexter.

2, Nästa steg är meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att intervjupersonernas uttalade meningar har formulerats mer kortfattat (Elo & Kyngäs, 2007). Långa uttalanden har kortats ned till den väsentliga innebörden och omformulerats i några få meningsbärande enheter. Dessa har sedan grupperas i olika kategorier. Med kategori menas att klassificera och föra samman begrepp som tar upp liknande saker (Hartman, 2004). Författarna har använt sig av vissa förbestämda övergripande kategorier för att skapa struktur i materialet. Dessa övergripande kategorier är uppbyggda av studiens frågeställningar och utgår också från intervjuguidens struktur. De övergripande kategorierna är: *Projektets innehåll och upplägg*, *Prioriterade aktiviteter/ Mål*, *Följder* och *Tidigare rehabilitering och engagemang*. Endast meningar och ord kopplat till de övergripande kategorierna och studiens syfte har tagits i anspråk. Dataanalysen har författarna gemensamt genomfört genom att båda läst igenom och diskuterat fram den väsentliga innebörden i intervjuvaren.

3, Som tredje steg har författarna formulerat en strukturerad analysmatris (se bilaga 4), där meningsbärande enheter och övergripande kategorier förts in (Elo & Kyngäs, 2007). Utifrån de meningsbärande enheterna har sedan underkategorier satts upp. Dessa används för att sammanfatta och tydliggöra innebörden i intervjuvaren ännu mer. Intervjuvar hos

deltagarna som var likartade har sammanfattats genom en och samma underkategori. Vissa underkategorier är kopplade till specifika intervjufrågor i intervjuguiden. För att tydliggöra vissa meningsbärande enheter har författarna bredvid kolumnen med meningsbärande enheter lagt in en kolumn där författarna skrivit vilken intervjufråga de meningsbärande enheterna är kopplade till. Telefonintervjun finns ej med i analysmatrisen utan finns sammanfattad i mer löpande text efter matrisen, eftersom det ej fanns tillgång till specifika citat.

#### **4.5 Etiska överväganden**

Innan intervjuerna har genomförts har deltagarna som tidigare beskrivits informerats om studiens syfte, vem som kommer att använda informationen och hur resultatet kommer att användas och hur lång tid intervjuerna tar (se bilaga 3). Information har även getts till deltagarna att intervjuerna ska bandas. Ytterligare information deltagarna har fått är att deltagandet är frivilligt och kan avslutas när som helst utan anledning. Kontaktinformation har funnits i informationsbrevet för att skapa en möjlighet för deltagarna att ställa eventuella frågor. Innan intervjuerna har genomförts har deltagarna fått ge ett skriftligt samtycke till att delta i studien och de har fått försäkring om konfidentialitet vad gäller den egna personens identitet och intervjusvar. Namn kopplade till intervjusvar har aldrig tagits upp i studien. Allt material har förvarats på ett säkert sätt ej åtkomligt för obehöriga. En av intervjuerna har skett via telefon och nackdel med detta är att relevant information missas. Personen i fråga kan dessutom ha upplevt det negativt eftersom vi som författare kontaktade denna person utan att den var föreberedd på det.

## 5 RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån fyra övergripande kategorier som kan kopplas till studiens frågeställningar. Dessa kategorier är: *Projektets innehåll och upplägg*, *Prioriterad aktivitet/mål*, *Följder* och *Tidigare rehabilitering och engagemang*. Underrubriker representerar underkategorierna.

### 5.1 Projektets innehåll och upplägg

#### 5.1.1 Generellt/specifikt positivt och negativt

När det gäller deltagarnas generella erfarenheter av projektet kan det konstateras att de är positiva. Några tycker att det har varit bra med många olika delar i rehabiliteringen och att det gett mer kunskap inom flera olika områden. Intervjuperson D framhäver: ”Det har varit mycket bra. Just helheten. Ett bra paketinnehåll”.

Flera av deltagarna tycker att träffarna med psykologen, dietisten och Försäkringskassan har varit bra. Speciellt psykologen framställs som ett positivt inslag. Intervjuperson D säger:

Ja jag tycker psykologen var bra för när man är sjuk så fastnar man lätt i negativt tänkande. Så det tycker jag är viktigt att man tar in instrument för att tänka på ett annat sätt för det blir ju bara en ond spiral annars.

När det gäller den fysiska träningen så har träningspassen i varmvattenbassängen uppskattats mycket av nästan alla deltagare, men att det varit för få tillfällen. Det är en bra form av träning eftersom de flesta kan vara med och delta oavsett problem. Intervjuperson A säger: ”Träningen i varmvattenbassängen två gånger, har varit väldigt bra. Ja där kunde jag träna, det gjorde inte jätteont.”. De flesta deltagarna uppskattar gruppträffarna där de har pratat självständigt och haft trevligt tillsammans. De har även kunnat stötta varandra i svårigheter och dela med sig av erfarenheter.

När det gäller mer negativa erfarenheter uppfattar flera deltagare att det borde vara lite mer styrda gruppsamtal med kanske olika teman att diskutera kring med en utomstående samtalsledare. När träffarna inte är styrda kan det bli många ostrukturerade diskussioner. Intervjuperson C framhäver: ”Ibland kanske det blev lite mycket prat om irrelevanta saker.”. En annan negativ erfarenhet gäller den fysiska träningen i framförallt gymmet var att den inte

var individanpassad. Den var mer uppbyggd som en cirkelträning där alla fick prova på samma saker. Intervjuperson D säger: ”Ja det var för lite individanpassat. Speciellt den fysiska träningen måste man ju veta innan... Annars blir det så allmänt och många sitter och kan inte göra någonting.”

En del av deltagarna tycker att upplägget kring projektet kan förändras. Det vore till exempel bra att ha psykologträffen tidigare i projektet istället för sist, för då kan ett positivt tänkande hos deltagarna finnas med från början av rehabiliteringen. Ett konkret förslag som deltagarna har för att förändra upplägget av rehabiliteringen är att det bör vara en mer individuell bedömning av varje person innan start. På så sätt kan träningen anpassas utifrån vad varje person klarar av. Intervjuperson C säger: ”Träningen tycker jag är sämre, tack vare att de borde haft mera tid på sig att lägga upp det hela genom att höra efter vad det är för fel på oss från början och inte fråga det i slutet av kursen.”. En synpunkt från en av deltagarna var att det borde funnits en telefonlista med alla deltagares telefonnummer för att kunna uppdatera sig vid frånvaro.

#### 5.1.2 Beteendeariktningen på rehabiliteringsprojektet

När det gäller deltagarnas erfarenheter kring att arbeta på ett beteendeariktat arbetssätt framhäver en deltagare att det varit mycket positivt och en annan person att det varit givande. En person säger att den inte har förändrat sitt beteende eftersom den har ett problem som den inte kan bli bra ifrån.

Så här beskriver några deltagare hur det varit att arbeta beteendeariktat. Intervjuperson A säger: ”Ja jag vet inte om jag tycker att det varit så inriktat egentligen, det som har varit är ju att det har varit lite snack om kost och sådant där.”

Intervjuperson B säger:

Jo det var ju lite som vi pratade om först med att äta. Alltså jag är ju väldigt dålig på att äta frukost. Ja jag vet inte, man försöker ju göra det som dom har sagt. Det försöker man ju tänka på och ändra på lite smågrejer, inte större. Inte än i alla fall.

### 5.1.3 Tidslängd och antal träffar

Alla deltagarna upplever att det var ganska lagom med en kurs på tio veckor. Då hinner det inte bli tråkigt. Även antalet träffar per vecka har uppfattats som ganska lagom. Intervjuperson B säger: ”Nä men det har varit ganska lagom. Bra med just två gånger. Då har man haft något så när i minnet det man talat om.”

## 5.2 Prioriterad aktivitet och mål

### 5.2.1 Huvudmål/delmål

Ingen av deltagarna har haft någon specifik prioriterad aktivitet att arbeta emot. De flesta deltagare i denna studie har haft ett större huvudmål och ibland mindre delmål. Några deltagare beskriver att de haft som huvudmål att komma tillbaks till arbetet och en deltagare har haft som huvudmål att kunna fortsätta med sitt halvtidsarbete. Intervjuperson C säger: ”Det enda mål jag har haft är att jag ska försöka jobba halvtid som jag gjort i många år. Jag blev tillsagd att jag skulle gå den här rehabiliteringen. ”. Exempel på delmål som deltagarna beskriver är exempelvis att ändra på kost, att bli mer uthållig, bli mer alert och att få ett mer individuellt träningsupplägg. Två deltagare upplever att de har blivit uppmanade att delta i detta projekt och en av dessa har därmed inte haft något större mål. Intervjuperson D säger: ”Jag vart ju inkastad i det här, i andra veckan. Så jag hade inga förberedelser...förväntningar. Så jag har bara åkt med och tagit in det jag fått.”

På frågan om målet med rehabiliteringen var rimligt svarade några att huvudmålet att komma tillbaka till arbetet var för stort mål för detta projekt men att vissa delmål som att bli mer alert var rimliga. Målet att återgå till arbete, som vissa deltagare hade, har inte uppfyllts direkt efter dessa tio veckor. Intervjuperson A säger: ”Nej jag har inte tänkt komma tillbaka tack vare den här kursen på tio veckor. Men ett steg i rätt riktning har det kunnat vara. ”

Några av deltagarna framhäver att rehabiliteringen inte har främjat deras aktivitetsförmåga, för att kunna återgå till arbetslivet till den grad de önskar vid projektets slut. En deltagare beskriver att han/hon vill fortsätta att jobba halvtid.

### 5.2.2 Självvärdering och skattningsskalor

Vid arbetet med skattningsskalor har alla deltagarna fyllt i dessa skalor. De flesta upplever att de inte varit till nytta. Intervjuperson A säger: ”Ja vi har haft några lappar här då och då. Vi fick sätta upp det vi ville skulle hända under tiden här, men jag vet inte om man har uppnått något av det egentligen, det har ju mest varit för vår egen del.”. Det är endast en person som upplever att skalorna har varit till hjälp och har utvärderat dessa för sig själv då personen inte kunde delta vid den gemensamma utvärderingen.

### 5.2.3 Dagbok

Deltagarna har fått använda en dagbok för att bland annat arbeta med hemuppgifter. De flesta av deltagarna upplever inte att de har haft någon nytta av att använda dagbok. Några beskriver att de inte är vana vid att skriva och en person säger att han/hon har huvudet i behåll och har bra minne och det har därför inte känts nödvändigt att använda dagbok. Endast en person beskriver att personen använt dagboken lite, men att det inte gett någon mer kunskap. En åsikt som framfördes av en av deltagarna var att det borde vara mer uppföljning av olika hemuppgifter.

Intervjuperson A säger:

Vi fick i uppgift att ändra på några saker...jag skrev två saker att ändra på... ändra på frukost och äta mer grönsaker. Sen har ju inte nån frågat nåt mer om det. Det blev ingen uppföljning så det kändes inte så nödvändigt. Borde varit mer uppföljning.

## 5.3 Följder

Många deltagare beskriver att de fått mer kunskap och förändrade tankesätt genom projektet. En deltagare beskriver att hon inte förändrat sitt praktiska beteende men ändå teoretiskt lärt sig mycket.

Intervjuperson C säger:

Jag tycker det har varit intressant allting på det viset, men jag vet inte vad det är för någonting som jag ska ta med som jag har praktiskt nytta av. Men teoretisk har man lärt sig att tänka på annorlunda vis.

Andra följer som deltagare framhäver är att de kommer att fortsätta att träna i gruppen i gymlokalen och att de har ändrat sina kostvanor. En deltagare beskriver att projektet gett personen mod att våga börja träna. När det gäller livskvalitet upplever några av deltagarna att de inte fått förändrad livskvalitet genom projektet. Andra framhäver det varit socialt, trevligt och lättsamt att träffas i gruppen under kursen. En beskriver att han/hon tänker till mer och är mer omtänksam.

#### **5.4 Tidigare rehabilitering och engagemang**

Alla deltagare har någon form av tidigare erfarenhet av rehabilitering. Upplevelserna gällande detta är för flera positiva.

Intervjuperson A framför:

Jag har gått och tränat här tidigare i lokalen och jag har varit i gång rätt mycket uppe på folkhälsan här uppe på stan. Ja jag vet att det är jättebra med rehabilitering. Man kommer ju närmare ett mål i alla fall.

Några av deltagarna har negativa upplevelser av rehabilitering sedan tidigare. Intervjuperson C säger: ”Ja. Inte blir jag något bättre. Jag tycker jag mår likadant som jag gjorde ifjol eller året före det, eller för tjugo år sedan.”. Alla deltagare har haft nästan fullt deltagande i projektet. De har endast missat enstaka gånger.

## **6 DISKUSSION**

### **6.1 Metoddiskussion**

I denna studie har författarna försökt säkerställa studiens trovärdighet genom att undersökningen har utförts på ett planerat och metodiskt arbetssätt. Innan studien påbörjades fördjupade författarna sina kunskaper inom området för studiens syfte, genom att studera litteratur och vetenskaplig forskning. Vid sammanställning och analys av resultat har fokus hela tiden varit utifrån syftet med denna studie. När det gäller att diskutera trovärdigheten i kvalitativa studier används bland annat dessa begrepp: tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjlighet att styrka och konfirmera (Bryman & Bell, 2005).

Med tillförlitlighet menas att vi som författare ser till att studien är utförd enligt de regler som finns (Bryman & Bell, 2005). Det innebär bland annat att författarna informerar deltagarna om möjligheten att få ta del av intervjumaterialet och få bekräfta tolkningen. De intervjuade deltagarna i denna studie har inte erbjudits att få ta del av det transkriberade materialet, vilket är en brist. Dock har författarna i slutet av varje intervju sammanfattat sina tolkningar för deltagarna som därmed fått bekräfta och fylla på med information, vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Det resultat som framkom i denna undersökning har jämförts med tidigare forskning och det kan konstateras att det finns en stor överensstämmelse, vilket även ökar tillförlitligheten i resultatet. Intervjuerna har dessutom bandats för att undvika feltolkningar av informationen deltagarna ger, vilket ökar resultatets tillförlitlighet. Nackdelar med att banda intervjuer är dock att situationen kan kännas obekvämt för intervjupersonen. Den femte deltagarens intervju svar har däremot inte bandats då intervjun genomfördes per telefon vid ett senare tillfälle, vilket kan medföra att relevant information tappats och intressanta citat gått förlorade. För deltagaren är att denna person kan kännas sig mer trygg i sin hemmiljö. Men samtidigt uteblir det personliga mötet och det kan vara svårare att skapa ett förtroligt samtal, samtidigt kan det finnas störande omgivningsmoment (exempelvis anhöriga som lyssnar) om inte intervjun genomförs vid bästa lämpliga tidpunkt. Viss kontakt med den denna deltagare hade dock upprättats tidigare när författarna träffade alla deltagare vid påskrift av samtycke till studien, vilket kan ha varit en anledning till att deltagaren accepterade att delta i en telefonintervju.

När det gäller överförbarhet innebär det att kunna överföra resultatet till andra miljöer (Bryman & Bell, 2005). Denna studie tror vi kan överföras till liknande rehabiliteringsprojekt med samma upplägg i andra städer. Med begreppet pålitlighet menas att garantera att alla faser i forskningsprocessen fullständigt beskrivits och därmed möjliggöra att studien kan återupprepas (Bryman & Bell, 2005). Författarna i denna studie har försökt att detaljerat beskriva sitt tillvägagångssätt för att underlätta en upprepning av studien. Dessutom har författarna försökt använda sig av aktuella och pålitliga källor och vara tydliga med referenshänvisning för att möjliggöra granskning. Det kan vara svårt att vara helt objektiv i forskning, framförallt i kvalitativa studier. Pålitligheten ökar eftersom författarna var två och kunde censurera varandra under arbetets gång. Med begreppen möjlighet att styrka och konfirmera innebär att den som utför forskning försöker att garantera att studien utförts i god tro. Detta innebär att de som utför forskning inte ska påverkas av sina egna



värderingar vid exempelvis tolkningar (Bryman & Bell, 2005). Författarna har besökt deltagarna en gång under projektets gång för att presentera sin studie, vilket kan medföra att de skapat en personlig relation till deltagarna. Detta kan föra med sig att författarna minskat sin förmåga till oberoende analytiskt tänkande. Författarna tror inte så är fallet och har försökt hålla en distans till deltagarnas personligheter för att inte bli påverkade. Fokus har därmed varit mer på innehållet i vad som sagts och författarna har försökt att inte lägga in egna värderingar vid tolkningar. En styrka med att ha besökt deltagarna innan är att risken för bortfall minskas (Andersson, 1995).

Något som kan ha påverkat våra resultat är att deltagarna hade sin gemensamma utvärdering i grupp innan intervjuerna i denna studie genomfördes. Detta kan medföra att deltagarna kanske inte framhävt åsikter som är deras personliga uppfattningar utan de kan ha diskuterat ihop sig. Resultatet skulle kanske ha varit mer varierande om författarna genomfört sina intervjuer innan deltagarna tillsammans utvärderat rehabiliteringsprojektet under kursens sista träffar. Författarna hoppats ändå att samtliga deltagare har uttryckt sina personliga åsikter och inte hållit inne med väsentlig information. I denna studie har intervjufrågorna testats på två personer innan intervjutillfället, men dessa personer var inte insatta i projektet och då uppstod svårigheter att förstå vissa frågor. Detta kan medföra att vissa frågor inte har testats till fullo, vilket kanske medför att vissa av svaren inte blivit så konkreta som önskat. Detta kan ha en påverkan på resultatets tillförlitlighet. I efterhand kan det konstaterats att vissa av frågorna borde ha följts upp med fler följdfrågor, exempelvis varför har inte deltagarna haft prioriterade aktiviteter? Detta är en svaghet, vilket begränsar resultatet. Anledningen till att följdfrågor inte ställts i den omfattning som i efterhand önskats kan vara författarnas ovana vid att intervjua. Efter att en studie har genomförts kan de som utfört studien ställa sig frågan om huruvida resultatet uppnått mättnad. Med mättnad menas att ny kunskap inte kan genereras, genom ytterligare intervjuer och observationer etcetera (Hartman, 2004). Innan författarna genomförde studien hade de vissa förväntningar kring resultatet. Bland annat önskade de få mer information kring val av prioriterade aktiviteter och om dessa hade uppnåtts efter projektet. Nu förekom inga prioriterade aktiviteter och därav försvann en djupare diskussion kring detta ämne. Med anledning av detta har kanske inte mättnad av resultatet uppnåtts, eftersom författarna hade kunnat ställa fler följdfrågor för att få ett djupare resultat.

Författarna har valt att använda en deduktiv innehållsanalys vid analysprocessen. Med deduktion menas att forskning går från teori till empiri, vid induktiv ansats görs det motsatta (Johansson-Lindfors, 1993). Anledningen till att författarna till viss del valt att arbeta på ett deduktivt sätt är att författarna innan studien hade vissa teoretiska förkunskaper gällande exempelvis beteendeförändringar och därmed har en viss förförståelse funnits. Men samtidigt hade författarna en önskan om att genom denna studie kunna utveckla sina teoretiska kunskaper och se hur det fungerar i verkligheten att arbeta med att förändra individers beteenden. Anledningen till att författarna har haft vissa förbestämda övergripande kategorier när de börjat sin analys, var att få en viss struktur i intervjumaterialet och underlätta analysprocessen. Frågeformuläret innehöll dock både öppna och mer strukturerade frågor, vilket medför att det blir en kombination av deduktiv och induktiv kodningsprocedur (Johansson-Lindfors, 1993). Fördelar med att arbeta med deduktiv kodning är att det löper en liten risk att kodningen påverkas av kodaren och att processen är mindre tidskrävande. Nackdelen är istället att det blir en viss styrning i analysprocessen (Johansson-Lindfors, 1993). Att ha färdiga övergripande kategorier att utgå ifrån vid analysen kan innebära att resultatet blir mer begränsat. Hade endast större öppna frågor ställts kunde det kanske ha medfört att ett djupare resultat presenterats. Fördel att arbeta mer induktivt är att denna form av kodningsprocess skapar mer flexibilitet eftersom den inte är lika strukturerad efter färdiga kategorier och att kodaren har ett mer öppet förhållningssätt till intervjuvaren. Nackdel är att det är mer tidskrävande och finns större risk för subjektivitet, det vill säga kodningen färgas av den som kodar (Johansson-Lindfors, 1993).

Vi intervjutillfällena har författarna försökt att undvika att ställa ledande frågor. Det kan dock vara svårt att helt undvika att ställa ledande frågor eller att undvika att styra in eller fylla i när exempelvis den intervjuade tvekar vid vissa frågor. Med anledning av detta kan deltagarna ha blivit påverkade av författarna vid intervjutillfället, vilket i sin tur kan ha påverkat hur de svarat på frågorna. De kan eventuellt ha svarat utifrån vad de tror författarna önskar höra.

## **6.2 Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var bland annat att undersöka långtidssjukskrivnas erfarenheter av, uppfattningar av och engagemang i ett tio veckors beteendeorienterat rehabiliteringsprojekt. Detta projekt var uppbyggt av flera olika delar. Genom att kombinera många delar som exempelvis stresshantering, fysisk aktivitet, sätta mål och förändra tankar där många

yrkeskategorier medverkar kan rehabiliteringsprojektet hjälpa sjukskrivna att få en skjuts framåt. Det har tidigare konstaterats att arbeta på ett beteendeorienterat arbetssätt i rehabilitering är framgångsrikt (Jensen et al., 2005; Norrefalk et al., 2008). Åsikter från deltagarna gällande projektets innehåll och upplägg var att det var bra att med en psykolog i rehabiliteringsprojektet. En psykolog kan hjälpa deltagare att bryta negativa tankemönster och tänka mer positivt. Vi tycker precis som vissa deltagarna i denna studie att ett sådant inslag bör komma tidigt i projektet eftersom det kan hjälpa deltagare bli mer motiverade och ha positiva resultatförväntningar gällande rehabiliteringen. För att uppnå en beteendeförändring är det sedan tidigare känt att individers negativa resultatförväntningar bör minskas och deras positiva resultatförväntningar bör ökas, på så sätt kan self-efficacy främjas (Jensen et al., 2003). Om författarna utgår ifrån vad bland annat Jensen et al. (2003), Söderberg et al. (2004) och Åsenlöf et al. (2005) har beskrivit ska främja self-efficacy och kopplar samman med vissa aspekter som framkommit i resultatet, kan det konstateras att individernas self-efficacy inte främjats till fullo, framförallt när det gäller träningen i gymmet. En viktig synpunkt som framkom i resultatet var att det fanns åsikter om att träningen borde ha anpassats mer efter varje individ. Detta är en åsikt som även tidigare visats av Söderberg et al. (2004). Betydelsefullt är att varje individ får ut så mycket som möjligt av ett rehabiliteringsprojekt och därför är det relevant att utgå ifrån varje persons problem när åtgärder utformas, vilket Wallstedt-Paulsson et al. (2007) belyser. Detta är också en åsikt som de flesta deltagarna i vår studie haft en önskan om att de ansvariga för projektet skulle ha undersökt mer. Rehabiliteringsåtgärder får inte vara för svåra utan bör vara rimligt utformade så att individer kan utföra dessa för att öka deras self-efficacy (Jensen et al., 2003). Bassängträning var en åtgärd som deltagarna i den här studien uppskattade eftersom många kunde delta. Men deltagarna tyckte det var för lite av denna träningsform. Vi anser att bassängträning är en bra form av träning eftersom det är skonsamt och skaderisken är liten (Klungland-Torstveit & Bö, 2008). Med anledning av detta kan många individer med olika former av fysiska problem ta del av denna träningsform.

I resultatet framkom att träffas i grupp och samtala med personer i samma situation var mycket positivt gällande långtidssjukskrivnas upplevelser av rehabilitering, vilket också tidigare bekräftats av Söderberg et al. (2004) och Medin, Bendtsen & Ekberg, (2003). Att som långtidssjukskriven få en mer strukturerad tillvaro, gå och träffa andra i samma situation, bli mer aktiv genom olika åtgärder och därmed få ett positivt tänkande och bryta

negativa vanemönster är betydelsefullt i rehabiliteringssammanhang. Medin et al., (2003) belyser att långtidssjukskrivna kan uppleva att det känns bra att delta i rehabiliteringsprojekt för att de då får komma ut och träffa andra i samma situation och får dessutom en ökad självkänedom och kan bryta negativa tankar. Att träffa andra långtidssjukskrivna och utbyta erfarenheter och samtidigt se andra engagera sig i egenvårdsbeteende kan också vara ett bra sätt att öka individens self-efficacy, vilket främjar beteendeförändring (Jensen et al., 2003).

När det gäller utformning av mål är det viktigt att deltagare i rehabiliteringsprojekt generellt bör vara delaktiga vid utformningen. Mål bör vara rimligt uppsatta så att individer kan uppnå dessa (Jensen et al., 2003). Resultatet visar att vissa av deltagarna haft mer långsiktiga mål som exempelvis att återgå till arbete istället för konkreta prioriterade aktiviteter. Att ha konkreta prioriterade aktiviteter kan främja beteendeförändringar eftersom det inger motivation hos individen och ökar individens ansträngning (Åsenlöf et al., 2005). Då inte deltagarna haft konkreta mål upplever vi att deras self-efficacy inte främjats till fullo. Anledningen till att individerna inte haft konkreta prioriterade aktiviteter att arbeta emot kan vara att de arbetat med detta mer självständigt, de kanske har tyckt det varit svårt att hitta konkreta prioriterade aktiviteter och/eller inte förstått fördelen med att ha konkreta prioriterade aktiviteter. De kanske därför borde fått mer stöttning i denna process. En annan anledning kan vara att deltagarna haft negativa resultatförväntningar och därmed inte upplevt det som relevant att ha konkreta mål, exempelvis de deltagare som upplevt sig bli uppmuntrade att delta i rehabiliteringsprojektet. För att hitta prioriterade aktiviteter har deltagarna fått använda sig av skattningsskalor. De flesta deltagarna tycker inte att de haft någon nytta av denna skattning, trots att de kanske ändå fyllt i förändrade skattningar vid utvärderingen. Anledningen till detta kan vara att deltagarna inte förstått syftet med skattningsskalorna. Samma sak gäller användandet av dagboken. Vissa deltagare uppger sig ovana att skriva och därför har de tyckt att det varit svårt att använda dagbok. Med anledning av detta kanske inte deltagarnas självkänedom till fullo ökat, eftersom syftet med dagbok bland annat är att kartlägga psykosociala faktorer hos individen (Åsenlöf, et al., 2005). En åsikt som kom fram i resultatet var att det borde varit mer uppföljning på hemuppgifter. Då inte hemuppgifter följts upp har en deltagare tyckt att det känts onödigt använda dagbok. För att stärka self-efficacy är det sedan tidigare känt att det är viktigt med uppföljning och att individer får förstärkning och att försök till beteendeförändringar uppmärksammas (Jensen et al., 2003).

Det projekt vi studerat är på 10 veckor och anses av deltagarna som lagom. Det hinner inte bli tråkigt för deltagarna, samtidigt är det tillräcklig långt för att förändringar ska kunna genomföras. Enligt vissa studier vi undersökt har tidslängden på olika rehabiliteringsprojekt varierat, men ett par studier har haft liknade tidslängd runt 10 veckor (Marhold et al., 2000; Norrefalk et al., 2008). De följder som rehabiliteringsprojektet haft för deltagarna är bland annat ökad kunskap, förändrade tankesätt, förändrade kostvanor, högre aktivitetsgrad, fortsatt träning både enskilt och i grupp och att rehabiliteringen gett mod att börja träna. En del beskriver att det varit socialt och trevligt att delta i projektet, vilket kan vara en anledning till att de har fortsatt att träna tillsammans i gymmet efter avslutat projekt. Detta visar att rehabiliteringen haft en viss positiv effekt trots att personerna inte direkt haft individualiserade övningar från början. Det kan bero på att gruppen fått sådan bra sammanhållning av att träffa personer i samma situation och det varit motiverande att träna tillsammans.

Resultatet visar att rehabiliteringen inte har främjat återgång till arbetslivet direkt efter projektet till den grad de önskat hos vissa deltagare, men de anger att rehabiliteringen varit ett steg i rätt riktning. När sjukskrivna personer återgår till arbetslivet beror bland annat på hur tidigt de fått rehabilitering. Det har tidigare beskrivits att tidig rehabilitering för sjukskrivna visar goda effekter (Kant et al., 2008; Marhold et al., 2000). Vissa deltagare i vår studie har varit sjukskrivna under lång tid, vilket kan medföra att det kan vara svårare att rehabilitera dessa personer tillbaka till arbete. För dessa personer har inte detta rehabiliteringsprojekt varit en tidig insats i deras rehabiliteringsprocess och detta kan vara en anledning till att projektet i det stora hela inte har kunnat hjälpa dessa deltagare att återgå till arbete direkt vid projektets slut. Författarna anser att för att kunna rehabilitera långtidssjukskrivna är det viktigt att se till hela individen och dennes situation och att det är viktigt att erbjuda rehabilitering tidigt till individer som riskerar att bli långtidssjukskrivna. När det gäller tidigare rehabilitering och engagemang hos deltagarna i denna studie kan det konstateras att alla har någon form av erfarenhet av tidigare rehabilitering. Det var både positiva och negativa erfarenheter. Engagemanget till detta projekt var stort hos deltagarna, de hade endast ett fåtal frånvarodagar. En anledning kan vara att de flesta deltagare hade en önskan om att uppnå något genom detta projekt, trots att någon deltagare upplevde att den blev inkastad i projektet. Vilken motivation deltagare har till sin rehabilitering kan bero på vilka tidigare erfarenheter som de har av andra åtgärder. Har en individ positiva erfarenheter tror vi att de går in med större motivation och engagemang i nya rehabiliteringsprojekt. Selander et al. (2002) har tidigare visat att motiverade individer snabbare återgår till arbete.

Det kan i efterhand konstateras att författarna inte djupgående belyser frågan om tidigare rehabilitering och engagemang hos deltagarna. Författarna hade innan studien en teori om att tidigare erfarenheter gällande rehabilitering kan påverka individens engagemang i framtida rehabiliteringsprojekt. Av resultatet i denna studie har inga direkta slutsatser kunnat dras angående denna teori. Förslag till fortsatt forskning är därför att undersöka hur deltagarnas engagemang förhåller sig med deras tidigare upplevelse av rehabilitering.

Sjukgymnastiska behandlingsmetoder på beteendeorienterat arbetssätt anser vi vara av stor vikt för att återfå människor i arbete, därför kan denna studie ha betydelse för sjukgymnasters arbete med rehabilitering av långtidssjukskrivna. För oss som författare är därför denna studie av stor betydelse eftersom vi i praktiken har fått se hur ett beteendeorienterat arbetssätt fungerar och vi har även blivit medvetna om problem och svårigheter med rehabilitering. Innan vi genomförde denna studie hade vi förväntningar att deltagarna skulle uppfatta projektet positivt men att det kanske behövdes fler insatser under en längre tidsperiod.

### **6.3 Etikdiskussion**

Vi tycker att vi har försökt hålla oss till de etiska överväganden som beskrivits i början av denna rapport och vi har inte stött på några större problem. En deltagare har intervjuats via telefon. Att ringa hem till denna deltagare och fråga om han/hon vill delta i en telefonintervju kan vara ett intrång i dennes personliga sfär och kan uppfattas med misstro. Den av författarna som ringde upp, inledde samtalet med presentation av sig själv, av studien och att deltagandet var frivilligt. Dessutom meddelade författaren att intervjun inte skulle ta så lång tid. Ingen misstro eller negativ inställning kunde tolkas av deltagarens tonfall i rösten och den var villig att delta. Deltagaren fick bestämma en tid när intervjun skulle genomföras, för att den inte skulle känna sig stressad att genomföra intervjun direkt vid första telefonkontakten.

Något författarna i efterhand upptäckt är att deltagarna inte har erbjudits att få ta del av de transkriberade intervjuvarna, vilket är en brist. Detta var inget som skedde medvetet, men då deltagarna inte har uttryckt en önskan om detta så missade författarna att erbjuda denna möjlighet. Detta innebär att deltagarna inte getts tillfälle till att läsa sina egna intervjuvar och korrigera innan författarna påbörjade analysen. Därmed kan det finnas en möjlig risk

att något kan ha misstolkats, men då intervjuerna har bandats tror inte författarna att några större fel har skett. Dessutom har en av författarna i slutet på varje intervjutillfälle gjort en kort sammanfattning för den intervjuade, för att kontrollera att inga missuppfattningar har skett. Om någon av deltagarna hade haft önskan om att få ta del av sina transkriberade intervjusvar hade den personen naturligtvis fått den möjligheten.

## **7 SLUTSATSER**

Resultatet av denna studie visar att deltagarna hade positiva erfarenheter gällande projektets innehåll och upplägg. De hade dock önskemål om att träningen borde ha varit individualiserad. Att träffas i grupp med personer i samma situation har upplevts positivt eftersom de kan utbyta erfarenheter. Negativt har varit att gruppsamtalen ibland varit ostrukturerade och att det inte skett kontinuerlig uppföljning av hemuppgifter. Tidslängden på projektet har upplevts som lagom. Ingen av deltagarna har haft en specifik prioriterad aktivitet att arbeta emot och deras mål har överlag varit för stora och inte konkreta, vilket därmed inte främjat individernas self-efficacy till fullo. De flesta av deltagarna har inte haft någon större nytta av att använda dagbok och skattningsskalor. För att främja self-efficacy och beteendeförändring bör kontinuerlig uppföljning ske inom och efter projektet, träningen bör vara anpassad till individen och deltagarna bör ha konkreta mål. De flesta av deltagarna upplever att projektet ej främjat återgång till arbete, men att det gett ett steg framåt i rehabiliteringsprocessen. Deltagarna uppgav att projektet lett till bland annat ökade kunskaper, förändrade tankesätt och förändrade kostvanor, vilket främjar individerna att öka sin självkänedom. Detta ger möjligheter för individerna att påverka den egna hälsan och ger ett steg framåt i deras rehabiliteringsutveckling. Deltagandet i detta projekt har varit högt med bara ett fåtal frånvarodagar och deltagarna har blandade erfarenheter av tidigare rehabilitering.

## REFERENSER

- Andersson, BE.(1995). *Som man frågar får man svar: en introduktion i intervju- och enkätteknik*. 2 uppl. Kristianstad: Rabén Prisma
- Bandura, A. (2004).Health promotion by Social Cognitive means. *Health Education & Behaviour*, 31 (2): 143-164
- Bryman A & Bell E (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. uppl. 1:1. Liber: Malmö
- Domholdt, E. (2005). *Rehabilitation Research: Principles and Applications*. 3 uppl. London: Elsevier Saunders.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115
- Floderus, B. Göransson, S. Alexandersson, K. & Aronsson, G. (2005). Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(5):291-299.
- Försäkringskassan.(2008a). Regeländringar i sjukförsäkringen juni 2008 Hämtat 27 januari, 2009 från [http://forsakringskassan.se/press/aktuellt/seminarium080616\\_17/](http://forsakringskassan.se/press/aktuellt/seminarium080616_17/)
- Försäkringskassan.(2008b). Rehabilitering. Hämtat 7 oktober, 2008 från <http://www.forsakringskassan.se/fakta/rehab/?page=/privatpers/sjuk/rehab/index.php>
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hogstedt, C. Bjurwald, M. Marklund, S. Palmer, E. & Theorell, T.(2004). *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Stockholm: Distributionstjänst.
- Jensen, I. Bergström, G. Ljungquist, T. & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115(3): 273-283
- Jensen, MP. Nielson, WR. & Kerns, RD. (2003) Toward the development of a motivational model of pain management. *The Journal of Pain*, 4(9):477-492
- Johansson-Lindfors, MB.(1993). *Att utveckla kunskap: Om metodologiska och andra vägval vid samhällsvetenskaplig kunskapsbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kant, I. Jansen, N,W. van Amelsvoort, L,G. van Leusden, R. & Berkouwe, A.(2008) Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *The Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, (1): 79-86.



Klungland-Torstveit, M. & Bö, Kari. (2008). Olika typer av fysisk aktivitet och träning. I: A, Ståhle. (red): *FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (S. 112-117). Stockholm: Distributionstjänst.

Krag-Jacobsen, J.(1993). *Intervju: konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.

Marhold, C. Linton, S. & Melin, L. (2001). A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain*, 91(1-2):155-163.

McAlister, AL. Perry, CL. & Parcel, GS. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. I: K, Glanz. BK, Rimer. & K, Viswanath. (red): *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*. (s.169-188). San Francisco: Josey Bass.

Medin, J. Bendtsen, P. & Ekberg, K. (2003). Health promotion and rehabilitation: a case study. *Disability and Rehabilitation* 25, (16): 908-915.

Norrefalk, J-R. Ekholm, K. Linder, J. Borg, K & Ekholm, J. (2008). Evaluation of multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: Economic benefits of return to work. *Journal Rehabilitation Medicine*, 40(1) :15-22.

Palmer, E.(2004). Sjukskrivningen i Sverige – en inledande översikt. I: C, Hogstedt. M, Bjurwald. S, Marklund. E, Palmer. & T, Theorell. (red): *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. (S.27-74). Stockholm: Distributionstjänst.

Riksförsäkringsverket.(2000). Långtidssjukskrivna - bakgrund, diagnos och återgång i arbete.  
Hämtat 14 oktober, från <http://www.fk.se/filer/publikationer/pdf/red0407.pdf>

Riksförsäkringsverket.(2004). *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. (2004:8). Stockholm: Riskförsäkringsverket

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis: En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 167). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta:En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 171:1+2). Stockholm; Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Selander, J.Marnetoft, SU. Bergroth, A. & Ekholm, J.(2002). Return to work following vocational rehabilitation, for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and rehabilitation* 24 (14):704-712.

Shilts, MK. Horowitz, M. & Townsend, S. (2004). Goal Setting as a Strategy for Dietary and Physical Activity Behavior Change: A Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, 19(2):81–93

SOU 2000:78. *Rehabilitering till arbete: En reform med individen i centrum*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder: En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

Storrö, S., Moen, J. & Svebak, S. (2004). Effects on sick-leave of multidisciplinary rehabilitation programme for chronic low back, neck or shoulder pain: comparison with usual treatment. *Journal Rehabilitation Medicine* 36(1): 12-16.

Söderberg, S. Jumisko, E. & Gard, G. (2004). Clients' experiences of a work rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 26 (7): 419-424.

Waddell, G. Burton, K. & Aylward, M. (2007). Work and Common Health Problems. *Journal of Insurance Medicine*, 39(2):109-120.

Wallstedt-Paulsson, E. Erlandsson, LK. & Eklund, M. (2007). Client experiences in work rehabilitation in Sweden: a one-year follow-up study. *Occupational. Therapy International*. 14, (1): 28–41

Åsenlöf, P. Denison, E. & Lindberg, P. (2005) Individually tailored treatment targeting activity, motor behavior, and cognition reduces pain-related disability: A randomized controlled trial in patients with musculoskeletal pain. *Pain*, 6(9):588-603.

# Skattningsskalor

# Bilaga 1

Datum..... Namn.....

Skattningsskalorna i detta formulär är gjorda för att mäta till vilken grad olika områden av ditt liv som störs av långvariga besvär. Med andra ord, vi vill veta hur mycket dina besvär hindrar dig från att göra de saker nu normalt skulle göra, eller från att göra dem så bra som du normalt skulle göra.

Här nedanför finns sju typer av aktiviteter beskrivna. Ringa in den siffra som beskriver den grad av hinder du vanligen upplever, inte bara när besvären är som värst. 0 betyder inga hinder alls, och 10 innebär att alla de aktiviteter som vanligen skulle engagera dig i har blivit helt hindrade av dina besvär.

1. <i>Ansvar för hemmet och familjen.</i> Aktiviteter som har att göra med hemmet och familjen. De innefattar sysslor och uppgifter som du gör hemma, t ex trädgårdsarbete, ärenden eller tjänster för andra i familjen, t ex att köra barnen till skolan.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
2. <i>Rekreation.</i> Hobbies, sport, idrott och andra liknande fritidsaktiviteter.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
3. <i>Social aktivitet.</i> Aktiviteter med vänner och bekanta utanför familjen, t ex fester, teater, konserter, att gå ut och äta, och liknande.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
4. <i>Sysselsättning.</i> Aktiviteter som är en del av eller som har att göra med ens arbete. Även oavlönat arbete, t ex föreningsarbete, räknas in här.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
5. <i>Sexualliv.</i> Frekvens och kvalitet i sexuallivet.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
6. <i>Personlig aktivitet.</i> Aktiviteter som innefattar det man behöver göra för att vara oberoende i det dagliga livet, t ex att duscha, köra bil, klä på sig etc.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade
7. <i>Livsuppehållande aktivitet.</i> Grundläggande livsuppehållande handlingar, såsom att äta, sova och andas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 inga helt hinder hindrade

### **Projektets innehåll och upplägg:**

Vad är din upplevelse av projektets innehåll, där man blandar teorigenomgångar med gruppsamtal och fysisk aktivitet?

Känner du att det är något som varit speciellt bra/dåligt med teorigenomgångarna, fysisk aktivitet och gruppsamtal? Något som saknas?

Hur upplever du att det varit att arbeta på ett beteendeorienterat arbetssätt?

Ni har fått arbeta med att utvärdera era mål med hjälp självvärdering. Hur har det sätet att arbeta fungerat?

Vad är din upplevelse kring projektets tidslängd? Samt antal träffar per vecka?

### **Prioriterade aktiviteter/Mål:**

Ni har arbetat med att sätta mål genom att välja en/flera prioriterade aktiviteter? Vad är dina upplevelser av det?

Fick du någon hjälp av instrumentet med skattningsskalorna? Hur?

Vad har du haft för prioriterade aktiviteter? Ev flera? Varför valde du just denna?

Hur har det fungerat att föra dagbok? Kring träning och kring prioriterad aktivitet?

Upplever du att du nått ditt mål med prioriterade aktiviteten efter dessa 10 veckor? Hur?

Om inte - varför? Känner du nu att målet var rimligt?

### **Vilka följder projektet haft på deltagarna:**

Har du märkt av någon beteendeförändring hos dig själv och i så fall hur?

Har du haft någon nytta av det du fått lära dig under projektets gång? Hur? Vad?

(ex. stresshantering, livsstilsförändring, fysisk aktivitet och kost etc)

Upplever du att du har kunnat öka din aktivitetsförmåga för att kunna återgå till arbete till den grad du önskar? På vilket sätt? Om inte – varför?

Tycker du att du förändrat din livskvalité efter detta projekt och i så fall hur?

**Tidigare rehabilitering och engagemang:**

Hur mycket har du varit närvarande på träffarna?

Har du några tidigare erfarenheter av rehabilitering? Vad är din upplevelse av det?

**Långtidssjukskrivnas upplevelser av ett beteendeorikligt rehabiliteringsprojekt**

Hej!

Vi är två sjukgymnaststudenter vid Mälardalens Högskola som fått i uppdrag att följa upp projektet Gott Liv. Vi kommer att utforma ett examensarbete i sjukgymnastik på grundnivå om de upplevelser ni har av 10-veckors rehabilitering. Utifrån informationen som du och de övriga delger, får de som utformat projektet reda på vad som har fungerat bra och vad som har fungerat mindre bra. På så vis kan du som deltagare påverka hur projektet i framtiden kan utformas för framtida deltagare.

För oss som studenter är det intressant att se hur ett rehabiliteringsprojekt fungerar i praktiken. Det ger oss värdefulla erfarenheter för vårt kommande yrke som sjukgymnaster.

Vi kommer att behöva träffa dig vid ett tillfälle för att genomföra en intervju på cirka 45 minuter om hur du har upplevt din rehabilitering. Intervjun kommer att bandas som stöd för vårt minne för att vi ska få med exakt vad som sägs.

Intervjuer kommer att genomföras med samtliga deltagare i rehabiliteringsprojekt som vill medverka. Endast vi två som är studiens författare kommer att veta vem som svarat vad och dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen persons namn kommer att nämnas i text eller på annan plats.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan motivering och det kommer inte att påverka din framtida behandling. Vi kommer då inte att använda den information som vi har fått av dig. Har du frågor så är du välkommen att e-maila eller att ringa till oss

Med vänlig hälsning

---

Anette Sannemalm

e-mail: asm99003@student.mdh.se

Tel.nr: XXXX

---

Ann-Louise Tilling

e-mail: atg06002@student.mdh.se

Tel nr: XXXX

---

Handledare: Gerd Flodgren

gerd.flodgren@mdh.se

**Samtycke för att delta i ett examensarbete i sjukgymnastik på grundnivå, gällande rehabiliteringsprojekt för långtidssjukskrivna.**

För att medverka i vår studie vill vi att ni skriver under på raden nedan så att vi får ert samtycke till att ställa upp på en 45 minuters intervju där du beskriver dina upplevelser av projektet.

---

Underskrift av samtycke från deltagare samt datum

# Analysmatris

# Bilaga 4

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Underkategori	Underkategori
		<b>Projektets innehåll/ upplägg</b>		<b>Generellt/specifikt positivt</b>	<b>Generellt/specifikt negativt</b>
A	<i>Intervjufråga om Generellt/ Specifikt</i>		Jo, jag tycker det är ganska bra. De här träffarna som vi hade själva med en timme före den fysiska träningen. Det var ju ganska bra.	Ganska bra. Självständiga gruppträffar är ganska bra.	
A			...psykologträffen som vi velat haft i början istället. Upplägget, hur det lagt upp det hela har inte varit riktigt bra.		Upplägget ej bra. Psykologträff tidigare i kusen.
A			Jag har ju svårt att vara med och träna de fysiska inne i hallen.		Svårt att delta i allt
A			Träningen i varmvattenbassängen 2 ggr, har varit väldigt bra. Ja där kunde jag träna det gjorde inte jätteont	Varmvattenbassäng väldigt bra.	
A			Det vart inte någon personlig träning utan mera gruppvís och vissa grejer kunde inte alla göra.		Ingen individuell träning
A			Man har ju kunnat önska att de gjort mer individuell bedömning först på varje person innan man startat.		Mer individuell bedömning innan start.
A			Första gången vi hade ensamma möten var sjuksyster Gunilla här också och det var ett kanonmöte. Hon var positiv och empatisk.	Träff med sjuksyster Gunilla kanonmöte.	
A			Man behöver kanske inte ha en hel timme för gruppen själva. Kanske någon med oss för att kunna ställa frågor.		Inte hel timme självständig gruppträff. Gruppträffar, viss del styrt och viss del självständigt.
A			Det som är positivt är väl att alla har fått kommit till tals och vi har kunnat stötta varandra.	Kunna tala och stötta varandra.	
B	<i>Intervjufråga om Generellt/ Specifikt</i>		Jag tycker det mesta har varit bra. Psykologen och dietisten som pratade om livsstil. Och prata med varandra.	Det mesta bra. Psykolog och dietist bra. Prata med varandra.	



Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Underkategori	Underkategori
		Projektets innehåll/ upplägg		Generellt/ specifikt positivt	Generellt/ specifikt negativt
B	Intervjufråga om Generellt/ Specifikt		Sämre var att det borde vara mer individualiserat. Jag tror att man fått ut mer då inne i träningsrummet. (Mer individuella övningar?) Ja precis. Nu fick vi det sista gången. Då tittade hon lite mer på var och en. Det hade de kunnat göra från början.		Mer individuell träning. Utgår från början från varje individ.
C	Intervjufråga om Generellt/ Specifikt		Jo det har varit bra tycker jag. Man har fått reda på saker och ting som man inte haft en blekaste aning om tidigare.	Bra. Ny kunskap	
			Både vad det gäller Försäkringskassan, läkemedel och det här psykologi, hur man kan hantera saker och ting. Plus aktiv träning	Info från Försäkringskassan, om läkemedel, psykologi, varit bra. Aktiv träning	
C			Träningen tycker jag är sämre, tack vare att de borde haft mera tid på dig att lägga upp det hela genom att höra på efter vad det är för fel på oss från början och inte fråga det i slutet av kursen.		Ej individuell träning. Borde höra efter innan vad det är för fel på oss
C			Vi skulle ha haft mera bassängträning. Det är något som alla kan vara med på oavsett vad man har för fel.		Mera bassängträning.
C			Läkaren inte var så förberedd när han hade sitt anförande om värk som han kanske skulle ha varit.		Dålig förberedelse av föredrag kring smärta.
C			Vi har haft väldigt trevligt.	Trevligt tillsammans	
C			Det skulle vara de här torsdagarna som vi alltid hade en timme som bara gruppen träffades. Det skulle nog variera och ha någon med och styra upp det hela. Varva mer styrda samtal med att vara själva.		Borde ha varierat gruppsamtalen med mer styrda och vissa självständiga
C			Ibland kanske det blev mycket prat om orelevanta saker.		Mycket irrelevant prat
D	Intervjufråga om Generellt/ Specifikt		Det har varit mycket bra. Just helheten. Ett bra paketinnehåll.	Mycket bra. Många bra delar i innehållet.	

<i>Person</i>	<i>Intervjufråga</i>	<i>Övergripande kategori</i>	<i>Meningsbärande enhet</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Underkategori</i>	<i>Underkategori</i>
		<b>Projektets innehåll/ upplägg</b>		<b>Generellt/ specifikt positivt</b>	<b>Generellt/ specifikt negativt</b>	<b>Beteendeinriktat</b>
<i>D</i>	<i>Intervjufråga om Generellt/ Specifikt</i>		Ja jag tycker psykologen var bra för när man är sjuk så fastnar man lätt i negativt tänkande. Så det tycker jag är viktigt att man tar in instrument för att tänka på ett annat sätt för det blir ju bara en ond spiral annars. Information från psykolog dietist och försäkringskassan har varit mycket bra.	Psykolog mycket bra, nya tankesätt. Info från dietist & Försäkringskassan bra.		
<i>D</i>			Ja det är för lite individanpassat. Speciellt den fysiska träningen måste man ju veta innan.		För lite individanpassad träning.	
<i>D</i>			... Annars blir det så allmänt och många sitter och kan inte göra någonting. Man borde kanske ha en intervju innan där man tar reda på vad det är för fel på var och en.		Borde intervjua deltagare innan för att kartlägga problem.	
<i>D</i>			Men det är också bra att få prova på saker.	Bra att få prova på olika träningsätt		
<i>A</i>	<i>Intervjufråga om beteendeinriktning</i>		Ja jag vet inte om jag tycker det varit så inriktat egentligen, det som har varit är ju att det har varit lite snack om kost och sånt där. Vi hade det med dietisten 2 ggr.			Lite snack om kost och sånt
<i>B</i>	<i>Intervjufråga om beteendeinriktning</i>		Jo men det var ju som vi prata om först då med att och äta. Alltså jag är ju väldigt dålig på att äta frukost. Då får man gå upp flera timmar tidigare innan man ska äta.... Jag klarar inte av att äta såhär tidigt. Ja jag vet inte, man försöker ju det dom har sagt. Det försöker man ju tänka och ändra på lite smågrejer bara inte större. Inte än iallafall.			Prata om att äta. Försöker göra det dom sagt. Ändra på smågrejer.
<i>C</i>	<i>Intervjufråga om beteendeinriktning</i>		Ja jag vet inte vad jag ska säga, det har väl inte ändrat mitt beteende speciellt... Jag har ju en sjukdom jag får dras med. Som jag inte kommer att bli bra ifrån. I alla fall inte... Än finns ingen medicin för det.			Inte ändrat mitt beteende. Har en sjukdom som jag ej blir bra ifrån ännu.

Person	Intervjufråga	Övergripande-kategori	Meningsbärande enhet	Under-kategori	Under-kategori	Under-kategori
		Projektets innehåll/ upplägg		Beteende-inriktat	Självvärdering/Skattningsskalor	Tidslängd antal träffar
D	Intervjufråga om beteendeeinriktning		Ja tycker det är mycket bra. Det är väl helheten... att man kan tänka på både dieten och motionen. Att det inte bara blir inriktat på det fysiska. Det är ju inte bara muskler	Mycket bra. Helheten. Tänka på diet och motion. Ej endast inriktat på det fysiska		
A	Intervjufråga om självvärdering/skattningsskalor		Ja vi har haft några lappar här då och då. Vi fick sätta upp det vi ville skulle hända under tiden här, men jag vet inte om man har uppnått nåt av det egentligen...		Fyllt i.	.
A	Intervjufråga om självvärdering/skattningsskalor		...för det har inte varit någon skriftlig uppföljning, för det har ju mest varit för våran egen del.		Borde varit skriftlig uppföljning	
B	Intervjufråga om självvärdering/skattningsskalor		Ja det kan jag väl säga att det den har. Jag har utvärderat för mig själv.		Har varit till nytta. Utvärderat för sig själv.	
C	Intervjufråga om självvärdering/skattningsskalor		Jag har väl fyllt i, men inte varit till någon hjälp.		Fyllt i. Ej varit till hjälp.	
D	Intervjufråga om självvärdering/skattningsskalor		Jag har bara fyllt i början och i slutet. (Har det varit till någon hjälp för att hinna en aktivitet)? Nej.		Fyllt i, inte till någon hjälp.	
A	Intervjufråga om tidslängd/antal träffar		Ja det är väl rimligt tycker jag. Ja det tycker jag.			Tidslängd och antal träffar rimligt.
B	Intervjufråga om tidslängd/antal träffar		Nä men det har varit ganska lagom. Bra med just två gånger. Då har man haft något sånär i minnet det man talat om.			Tidslängd och antal träffar ganska lagom
C	Intervjufråga om tidslängd/antal träffar		Det tror jag nog är en ganska bra längd. Det hinner inte blir tråkigt på nåt vis.			Tidslängd och antal träffar ganska lagom
D	Intervjufråga om tidslängd/antal träffar		Det känns ganska lagom.			Tidslängd och antal träffar ganska lagom.

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Underkategori	Underkategori	Underkategori
		<i>Prioriterade aktiviteter/Mål</i>		<b>Huvudmål/ Delmål</b>	<b>Rimlighet</b>	<b>Dagbok</b>
A	<i>Intervjufråga om mål</i>		Jag har ju inte satt upp något mål egentligen. I och att jag är så förstörd i kroppen så är jag glad att kunna göra det jag kan göra. Har inte haft någon prioriterad aktivitet. Haft som mål att komma tillbaka till jobbet. Det är mitt huvudsakliga mål.	Ingen prioriterad aktivitet. (Långsiktigt mål) Mål att komma tillbaka till arbete.		
A			Två saker att ändra på...ändra på frukost och äta mer grönsaker. Gå ned i vikt.	(Delmål). Ändra kost för att gå ned i vikt.		
B	<i>Intervjufråga om mål</i>		Det är ju alltså att klara av mera grejer under längre tid. Nej inte någon aktivitet just för det.	Ingen prioriterad aktivitet specifikt		
B			Det är ju mitt mål att kunna jobba mer..	(Huvudmål) att jobba mer.		
C	<i>Intervjufråga om mål, uppfyllt, rimlighet</i>		Neej. Det enda mål som jag haft är att jag ska försöka jobba halvtid som jag gjort i många år. Jag blev tillsagd att jag skulle gå den här rehabiliteringen.	(Huvudmål). Fortsätta att jobba halvtid. Påverkad att delta i projekt. Ingen prioriterad aktivitet.	Svarar ej konkret	
D	<i>Intervjufråga om mål</i>		Nej jag har väl bara tänkt att jag ska bli bra. Det är väl det målet som har varit att komma tillbaka till arbetet	Ingen specifik prioriterad aktivitet. (Huvudmål) att komma tillbaka till jobbet		
D			Få ett individuellt träningsupplägg.	(Delmål) Individuellt träningsupplägg.		
A	<i>Intervjufråga om dagbok</i>		Jag har inte tyckt det känts så väsentligt. Fortfarande har jag huvudet i behåll. Jag kommer ihåg jättebra.  Vi fick i uppgift att ändra på några saker..jag skrev två saker att ändra på...ändra på frukost och äta mer grönsaker. Sen har ju inte nån frågat nåt mer om det. Det blev ingen uppföljning så det kändes inte så nödvändigt. Borde varit mer uppföljning.			Inte använt. Huvudet i behåll  Borde varit mer uppföljning på hemuppgifter.

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Under-kategori	Under-kategori	Under-kategori
		<i>Prioriterade aktiviteter/ Mål</i>		<b>Huvudmål/Delmål</b>	<b>Rimlighet</b>	<b>Dagbok</b>
B	<i>Intervjufråga om dagbok</i>		Jag skrev väl lite i början vad jag gjorde och sådär, men jag kan ju säga att det är ungefär samma som jag försökt och hålligt mig efter hela tiden.			Använt lite. Men inte gett nya kunskaper via dagbok.
C	<i>Intervjufråga om dagbok</i>		Nej ingen dagbok.			Ingen dagbok.
D	<i>Intervjufråga om dagbok</i>		Jag har inte skrivit dagbok. Är inte van vid att skriva.			Ingen dagbok. Ej van att skriva.
A	<i>Intervjufråga om mål är uppfyllt, rimlighet</i>		Nä jag har inte tänkt komma tillbaka tack vare den här kursen på 10 v. Men ett steg i rätt har det kunnat vara.		Inte rimligt huvudmål för projektet. Ej komma tillbaka till arbete.	
B	<i>Intervjufråga om mål är uppfyllt, rimlighet</i>		Nej det har det väl inte. (För höga mål?) Ja så kan det vara		Mål ej uppfyllts. Inte rimligt huvudmål för projektet.	
D	<i>Intervjufråga om mål är uppfyllt, rimlighet</i>		Jag vart ju inkastad i det här andra veckan. Så jag hade inga förebereelser..förväntningar. Så jag har bara åkt med och tagit in det jag fått.		Svarar ej konkret	

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Under-kategori	Under-kategori	Under-kategori
		<i>Följder av projektet</i>		<b>Träning</b>	<b>Tankesätt</b>	
A	<i>Intervjufråga om följder</i>		...vi fortsätter nu här i gymmet på tisdagar. Plus att jag ska börja i varmvattenbassängen med träning efter nyår.	Fortsatt träning		
A			Psykologen fick oss att börja tänka till. Man kan inte göra nåt åt det som varit bakåt. Nu måste man se framåt.		Tänka i nya banor	
B	<i>Intervjufråga om följder</i>		Ja det har det ju gjort. Absolut i allt det du sa. (Ex tänka i nya banor, motionera mer, ändra kostvanor, slappna av mer).		Nya tankesätt. Mer kunskap generellt.	

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Underkategori	Underkategori	Underkategori	Underkategori
		<i>Följder av projektet</i>		<b>Träning</b>	<b>Tankesätt</b>	<b>Beteendeförändring generellt</b>	<b>Kostvanor</b>
B			Vi fick ju sån här gummiband och det kan jag ju ta och göra hemma.	Fortsatt träning hemma.			
C	<i>Intervjufråga om följder</i>		Nej jag kan inte påstå att jag förändrat mitt beteende.			Ingen beteendeförändring	
C			Jag tycker det har varit intressant allting på det viset. Men jag vet inte vad det är för nånting som jag ska ta med mig som jag har praktiskt nytta av. Men teoretisk har man lärt sig att tänka på annorlunda vis.		Nya tankesätt teoretiskt.		
D	<i>Intervjufråga om följder</i>		Ja maten lite att tänka till. Det fungerar nu bättre hemma.		.		Förändrade kostvanor
D			Psykologen fick mig att tänka annorlunda		Nya tankesätt		
D			Det här har hjälpt mig att fortsätta träna, våga träna.	Fortsatt träning, våga träna.			
					<b>Återgång till arbete</b>	<b>Livskvalitet</b>	
A	<i>Intervjufråga om återgång till arbete</i>		Min förhoppning är att återgå till arbete. Men det ser inte så bra ut.		Tveksam		
B	<i>Intervjufråga om återgång till arbete</i>		Det vet jag ju inte riktigt. Det är ju mitt mål att kunna jobba mer.		Tveksam		
C	<i>Intervjufråga om återgång till arbete</i>		Jobbar halvtid. Som sagt ska fortsätta försöka med det		Försöka fortsätta som tidigare		
D	<i>Intervjufråga om återgång till arbete</i>		Nej inte nu direkt.		Nej inte nu.		
A	<i>Intervjufråga om livskvalitet</i>		Man tänker till och är mer omtänksam.			Mer omtänksam	
B	<i>Intervjufråga om livskvalitet</i>		Ja det är bara roligt att träffas. Det sociala. Jag tycker det varit lättsamt.			Lättsamt, Socialt.	
C	<i>Intervjufråga om livskvalitet</i>		(Tycker du att du fått förändrad livskvalitet genom detta projekt?) Nej det tycker jag inte.			Nej	
D	<i>Intervjufråga om livskvalitet</i>		Men inte med livskvalitet, det tycker jag inte.			Nej	

Person	Intervjufråga	Övergripande kategori	Meningsbärande enhet	Underkategori	Underkategori	Underkategori
		<i>Tidigare rehabilitering</i>		Positivt	Negativt	
A	<i>Intervjufråga om tidigare rehabilitering</i>		Jag har gått och tränat här tidigare i lokalen och jag har varit igång rätt mycket uppe på folkhälsan här uppe på stan. Ja jag vet att det är jättebra med rehabilitering. Man kommer ju närmare ett mål i alla fall.	Har tidigare varit i rehabilitering. Jättebra, kommer närmare ett mål.		
B	<i>Intervjufråga om tidigare rehabilitering</i>		Ja vi har haft en grupp som jag gått med, vissa dar i veckan. Nej det tyckte jag inte om. För jag var så pass dålig och det var tidigt på morgonen.		Ja tidigare rehabilitering. Negativ upplevelse. För tidigt på morgonen och personen för dålig.	
C	<i>Intervjufråga om tidigare rehabilitering</i>		Ja. Inte blir jag nåt bättre. Jag tycker jag mår likadant som jag gjorde i fjol eller året före det, eller för tjugo år sen.		Ja tidigare rehabilitering. Negativ upplevelse. Tycker ej att personen blir bättre.	
D	<i>Intervjufråga om tidigare rehabilitering</i>		För 6-7 år sedan gick jag en smärtekurs. Den var också väldigt positiv. Annars har jag ingen specifik erfarenhet.	Ja tidigare rehabilitering. Positiv upplevelse.		
						<b>Närvaro</b>
A	<i>Intervjufråga om engagemang</i>	<b>Engagemang</b>	Varit borta 2 ggr.			Nästan fullt deltagande
B	<i>Intervjufråga om engagemang</i>	<b>Engagemang</b>	Jag tror att jag varit borta 2 ggr.			Nästan fullt deltagande
C	<i>Intervjufråga om engagemang</i>	<b>Engagemang</b>	Alla gångerna utom de två första då jag inte fått reda på det här.			Nästan fullt deltagande
D	<i>Intervjufråga om engagemang</i>	<b>Engagemang</b>	Jag har varit borta två gånger och så missade jag första.			Nästan fullt deltagande

## Sammanfattning av telefonintervju med deltagare E

I sammanfattningen av intervjun med person E har viktiga kategorier/komponenter kursiverats som är betydelsefulla utifrån studiens syfte och frågeställningar.

Denna person tycker att *projektet i sin helhet varit bra*, med en *bra teoriblandning*. Det som varit specifikt bra är att *kunna utbyta erfarenheter i grupp*. *Bassängträning har varit bra men för lite*. En bra träningsform som *passar alla*. Det har varit *för lite individanpassad träning i projektet*. Det har varit *dålig förberedelse när det gäller upplägget på projektet*. *Bristfällig kommunikation*. *Ingen telefonlista till de andra deltagarna*. Svårt att följa upp när man ej varit närvarande. **Förslag** att de kunde *bygga en bassäng vid företagshälsovården, mer individanpassad träning, mer bassängträning*. **Beteendeorikta arbetssätt**: Tycker det varit *givande*. Man har fått ett *förändrat tankesätt*. **Självvärdering /skattningsskalor**: *Fyllt i första gången*, men ej varit med vid utvärdering. *Inte använt det*. Upplevde *frågorna som konstiga*. **Tidslängd/antal träffar**: *Lagomt*. Bra att *träffas på em*. Bra med *tid för återhämtning* mellan träffarna. Personen har *inte haft någon specifik prioriterad aktivitet*. Målet har varit att få *bättre ork och bli mer alert*. **Dagbok**: *Ej använt*. Passar ej deltagaren. *Ej van att skriva*. Tog den mest med fram och tillbaka. *Personen upplever sitt mål som rimligt för detta projekt*. Blev *bättre av träningen*. **Följder**: Fått en *pushning att fortsätta hålla igång*, både vad gäller träning och kost. När det gäller att *återgå till arbete säger personen att den inte kan återgå till fullo*. Men har fått *en skjuts framåt*. Känner sig *mer alert av träning*. **Livskvalitet**: *Socialt, träffa andra deltagare och kunna ventilerat saker*. **Tidigare rehabilitering**: *Har lång erfarenhet av rehabilitering*. *Positiva upplevelser*. Träffar *likasinnade*. **Närvaro**: Varit *borta 3-4 ggr*.