

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

**Oversættelse til dansk og test af den danske version på ti
lænderygpatienter.**

Translation into Danish and test of the Danish version on ten low back pain patients.



F03SY

Bachelor Projekt Januar 2007

Af: Kristine Mølgaard Mogensen & Julie Svestrup Jacobsen.

Vejledere: Morten Høgh PT, Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi & Benthe Svane Eriksen PT, MPH.

”Denne opgave er udarbejdet af studerende på JCVU, Fysioterapeutskolen i Århus som et led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side, og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.” ”Denne opgave - eller dele heraf – må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jvf. lov om ophavsret af 31/5-1961.”

Resume

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

Oversættelse til dansk og test af den danske version på ti lænderygpatienter

Af: Kristine Mølgaard Mogensen & Julie Sveistrup Jacobsen.

Baggrund: I de seneste år har antallet af patienter med kronisk lænderygbesvær samt udgifter til behandling af disse været stigende i Danmark. Ved hjælp af det såkaldte Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) er det muligt at opfange patienter med fear-avoidance adfærd, som er en af de største risikofaktorer for udvikling af og /eller fastholdelse af kronisk lænderygbesvær for såvel akutte som kroniske lænderygpatienter.

Formål: For at kunne målrette behandling til lænderygpatienter i Danmark oversættes FABQ til dansk og testes herefter på ti lænderygpatienter.

Metode: FABQ er oversat til dansk efter internationale retningslinier som skitseret under ”Manual til vurdering” (Forskning i fysioterapi, 2006). Den danske version af FABQ er herefter testet på ti akutte og kroniske lænderygpatienter ved hjælp af semistrukturerede interviews. Den danske version af FABQ er afsluttende blevet tilbageoversat til engelsk.

Resultater: Den danske version af FABQ er efter oversættelse blevet adapteret sprogligt og kulturelt til ti danske lænderygpatienter, og foruden interview er en foreløbig validering udført ved, at den tilbageoversatte version er godkendt af ophavsmanden Gordon Waddell.

Konklusion og perspektivering: Den danske version af FABQ er adapteret sprogligt og kulturelt til den testede danske gruppe af akutte og kroniske lænderygpatienter. Det anbefales, at der herefter foretages en psykometrisk validering af den danske version af FABQ. Efter valideringen anbefales videre studier, der skal undersøge, hvilken behandling der er den mest effektive til behandling af lænderygpatienter med risiko for udvikling af eller allerede har udviklet fear-avoidance adfærd.

Nøgleord: Lænderygpatienter, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, oversættelse, sproglig og kulturel adaptation.

Summary

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

Translation into Danish and test of the Danish version on ten low back pain patients

By Kristine Mølgaard Mogensen & Julie Sveistrup Jacobsen.

Background: During the last years, the number of patients in Denmark with chronic low back pain, and the cost of their treatment have been rising. The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) is able to detect patients with fear-avoidance behaviour, one of the largest risk factors in relation to developing and/or maintaining chronic low back pain for acute as well as chronic low back pain patients.

Purpose: In order to direct the treatment of low back pain patients in Denmark the FABQ is translated into Danish and tested on ten low back pain patients.

Method: The FABQ is translated into Danish using the international guidelines as they are referred in "Manual til vurdering" (Forskning i fysioterapi, 2006). Furthermore, the Danish version of the FABQ was tested on ten acute and chronic low back pain patients using semi-structured interviews. The Danish version of the FABQ has finally been translated back into English.

Results: The Danish version of the FABQ has after translation been cross-culturally adapted to ten low back pain patients in Denmark. Besides testing the questionnaire, Mr. Gordon Waddell has accepted the back translation.

Conclusion and Perspectives: The Danish version of the FABQ is cross-culturally adapted to the tested group of acute and chronic low back pain patients, and a psychometric validation is recommended after translation and testing. In addition, it is recommended that further studies are carried out in order to investigate the most effective treatment for low back pain patients, who are in risk for developing or already have developed fear-avoidance behaviour.

Keywords: Low back pain patients, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, translation, cross-cultural adaptation.

Forord

I forbindelse med udarbejdelsen af dette bachelorprojekt vil vi gerne takke professor og ortopædkirurg Gordon Waddell fra Cardiff Universitet for et godt samarbejde under oversættelsen af Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) til dansk.

Desuden vil vi gerne takke klinisk underviser og specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi Morten Høgh fra Fysiocenter Århus, der som faglig vejleder har været en stor inspirator og meget konstruktiv kritiker i forbindelse med udarbejdelse af projektforslag, planlægning af interviews samt det skriftlige produkt.

Fysioterapeut og MPH Benthe Svane Eriksen skal ligeledes have tak for konstruktive overvejelser og en altid positiv tilgang som metodevejleder på dette projekt.

Sidst men ikke mindst var dette projekt ikke blevet gennemført uden hjælp fra oversættere, korrekturlæsere, vejleder i statistik John Brincks samt eksterne sparringspartnere herunder forskningsansvarlig terapeut Thomas Maribo fra Århus Sygehus og Professor of Physiotherapy Research RA de Bie fra Maastricht Universitet.

Læsevejledning

Oversættelse og betydning af engelske termer

Disability Aktivitetstab.

Work loss Arbejdsløshed.

Beliefs Waddell (2004, s. 222) beskriver beliefs som "basic and relatively stable ideas about the nature of reality" foruden, at han sætter lighedstegn mellem "beliefs about pain" og "how people think about pain" (Waddell, 2004, s. 221).

Beliefs forstås derfor i dette projekt som tanker, der defineres som noget, man har tænkt på og eventuelt har til hensigt at gøre (Politiken, 2005).

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.0 BAGGRUND	1
1.1 EMNEVALG	2
2.0 FORMÅL.....	4
3.0 PROBLEMFOMULERING.....	5
3.1 NØGLEBEGREBER	5
4.0 METODE.....	5
4.1 FORFORSTÅELSE.....	6
4.2 LITTERATURGENNEMGANG	6
4.3 OVERSÆTTELSE	9
4.4 INTERVIEW	12
4.5 TRANSSKRIBERING	14
5.0 ETISKE OVERVEJELSER.....	17
5.1 RESPONDENTERS RETTIGHEDER.....	17
5.2 RISIKOVURDERING VED IMPLEMENTERING AF FABQ.....	17
6.0 LITTERATURGENNEMGANG	18
7.0 TEORI.....	21
7.1 GULE FLAG	21
7.2 FEAR-AVOIDANCE ADFÆRD	22
7.3 FEAR-AVOIDANCE BELIEFS	22
7.4 SMERTE	23
7.5 AKUT SMERTE	24
7.6 KRONISK SMERTE	24
8.0 FEAR-AVOIDANCE BELIEFS QUESTIONNAIRE (FABQ).....	25
8.1 KARAKTERISTIK AF FABQ	25
8.2 UDVIKLING AF FABQ.....	27
8.3 RELIABILITET OG VALIDITET AF FABQ	27
8.4 VURDERING AF RELIABILITET OG VALIDITET AF FABQ.....	30
9.0 RESULTATER	33
9.1 OVERSÆTTELSE	33
9.2 INTERVIEW	33
10.0 DISKUSSION.....	38
10.1 METODE	38
10.2 RESULTATER	40
11.0 KONKLUSION	44
12.0 PERSPEKTIVERING.....	45
12.1 KVALITETSSIKRING	45
12.2 MÅLRETTET BEHANDLING	48
12.3 MÅLGRUPPE FOR DEN DANSKE VERSION AF FABQ	50
12.4 IMPLEMENTERING AF FABQ	50
LITTERATURLISTE	53
BAGGRUNDSLITTERATUR	62
BILAGSFORTEGNELSE.....	63

1.0 Baggrund

Lænderygbesvær hører til en af de mest udbredte smertetilstande i den danske befolkning. Antallet af sygedage på grund af lænderygbesvær har i Danmark været stigende i de sidste 20-30 år. Der er ikke videnskabelig dokumentation for, at lænderygbesvær som sygdom har ændret karakter. Stigningen i antal rygklager kan i stedet skyldes ændrede arbejdsmæssige og/eller ændrede psykosociale forhold (Sundhedsstyrelsen, 1999). Psykosociale forhold dækker over indre psykologiske faktorer som for eksempel tanker og følelser samt ydre sociale faktorer, der omfatter interaktionen med andre mennesker (Waddell, 2004).

I 1999 rapporterede 35% af den danske befolkning, at de havde oplevet forbigående eller konstante smerter i lænderyggen i løbet af det seneste år. For nogle af de personer, der oplever lænderygbesvær, er det muligt at stille en diagnose. Dette er derimod ikke muligt for 70-80%, hvor de får stillet diagnosen uspecifik lænderygbesvær.

Diagnosen kan sjældent forudsige forløbet for den enkelte patient. Dog ved man, at cirka halvdelen af de personer, der oplever akut lænderygbesvær, vil være smertefri i løbet af tre uger. Efter tre måneder er 90% smertefri, hvor de sidste 10% udvikler kronisk eller intermitterende lænderygbesvær af forskellig intensitet (Sundhedsstyrelsen, 1999).

Følgerne af kronisk lænderygbesvær er en stor belastning både for den enkelte og for samfundet. Samfundsmæssigt er udgifter til behandling og sygedagpenge omfattende. I 2003 var den samlede samfundsmæssige omkostning i Danmark 6,2 mia. kr. som følge af lænderygbesvær. Størstedelen af udgifterne udgøres indirekte af sygedagpenge (Sundhedsstyrelsen, 2006).

Fysioterapeuten møder lænderygpatienten i såvel det akutte som det kroniske stadie. I det akutte stadie er rollen at behandle akutte problemstillinger og forebygge udvikling af kronicitet. I det mere kroniske stadie er fysioterapeutens rolle, udover behandling af fysiske gener, at hjælpe patienten til at få en forståelse for den kroniske smerte. Spørgsmålet er, hvordan fysioterapeuten kan hjælpe lænderygpatienten med den kroniske smerte. Dette spørgsmål er der flere fysioterapeuter fra praksissektoren, der

ønsker svar på. Flere udtaler, at de i løbet af deres periode, som praktiserende fysioterapeuter, har mødt en stigende mængde af kroniske lænderygpatienter. Behandlingen har for disse patienter ikke vist effekt, hvor flere fysioterapeuter udtaler, at de ofte føler sig ude af stand til at hjælpe denne gruppe af patienter. Vi er derfor, af flere fysioterapeuter fra praksissektoren, blevet opfordret til at udvikle et projekt omkring forebyggelse og behandling af patienter med kronisk lænderygbesvær.

1.1 Emnevalg

De kliniske retningslinier for forebyggelse og behandling af lænderygbesvær beskrives i MTV-rapporten, Ondt i ryggen (Sundhedsstyrelsen, 1999). MTV-rapporten tager udgangspunkt i udenlandske medicinske teknologivurderinger, hvor rapportens formål er at tilpasse udenlandske vurderinger til danske forhold. Rapporten oplister risikofaktorer af særlig betydning for udvikling af kroniske rygsmerter. Disse er langvarig sygemelding, aggraverende sygdomsadfærd, psykisk stress eller depression, ringe jobtilfredshed, storrygerstatus og skades-/erstatnings-/pensionsag under behandling. Storrygerstatus er den eneste af risikofaktorerne, som ikke er en psykosocial faktor.

Aggraverende sygdomsadfærd er en af de psykosociale risikofaktorer, der har størst prædiktiv og afgørende betydning for, om lænderygbesvær fører til kronicitet. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på aggraverende sygdomsadfærd i forbindelse med håndtering af lænderygpatienter (Sundhedsstyrelsen, 1999). Dette er vanskeligt, idet aggraverende smerteadfærd ikke er et nærmere beskrevet eller defineret begreb i de danske kliniske retningslinier.

I de europæiske retningslinier nævnes fear-avoidance adfærd som et eksempel på uhensigtsmæssig smerteadfærd hos lænderygpatienter (Airaksinen et al, 2004; van Tulder et al, 2004). Uhensigtsmæssig smerteadfærd er det begreb, der ligger tættest på aggraverende smerteadfærd. I de europæiske retningslinier er det specificeret, at klinikere under håndtering af lænderygpatienter skal være opmærksom på fear-avoidance adfærd (Airaksinen et al, 2004; van Tulder et al, 2004). Fear-avoidance

adfærd beskrives nærmere i teori afsnittet omkring fear-avoidance (side 21). Derfor findes det relevant, at undersøge fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter.

En måde at standse stigningen i antallet af sygedage og mindske risikoen for kronicitet hos lænderygpatienter kan være specifik screening af de psykosociale risikofaktorer og herunder fear-avoidance adfærd. Formålet med screening er at opfange de lænderygpatienter, der er i risiko for at udvikle kronicitet. Patienter, der vurderes til at være i risikogruppen, tilbydes herefter speciel intervention. I litteraturgennemgangen (side 18) vil der blive gjort rede for den videnskabelige dokumentation for og effekt af specifik screening og målrettet intervention.

Screening er kun relevant, hvis det har et formål og kan forebygge, at en situation eller sygdom opstår. Screening kan foretages på både akutte og kroniske lænderygpatienter, hvor screening af akutte lænderygpatienter er sekundær forebyggelse. Man leder efter symptomer og sygdomme i tidlige stadier for at opfange de personer, der er i risiko for at udvikle kronicitet. En anden form for forebyggelse er den tertiære. Her screenes de kroniske lænderygpatienter, hvorefter de tilbydes målrettet intervention, for at forhindre yderligere aktivitetstab og for at forhindre fastholdelse af kroniske tilstande (Kamper-Jørgensen & Almind, 2003).

Som tidligere nævnt er en af de psykosociale risikofaktorer fear-avoidance adfærd. Fear-avoidance adfærd kan være en konsekvens af fear-avoidance beliefs omkring arbejde og fysisk aktivitet. Fear-avoidance beliefs har en stor prædiktiv betydning for, om lænderygpatienter vender tilbage til arbejde. Den stærkeste indikator for tilbagevenden til arbejde er ifølge Sandstrom & Esbjornsson (1986) samt Hildebrandt, Pflingsten, Saur & Jansen (1997) kroniske lænderygpatienters tanker om og forventninger til arbejde. Lignende er fundet for akutte lænderygpatienter (Fritz & George, 2002; Fritz, George & Delitto, 2001; Klenerman et al, 1995).

Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS) af Riley, Ahem & Follick (1988), Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) af Waddell, Newton, Henderson, Somerville & Main (1993) og Linton & Halldéns Screening Questionnaire (NZGG,

2004) er de eneste spørgeskemaer, som vi har fundet, der måler lænderygpatienters tanker om og forventninger til genoptagelse af arbejde. PAIRS har ét udsagn om arbejde, mens FABQ har syv udsagn om arbejde, som indgår i beregning af score. Linton & Halldéns Screenings Questionnaire indeholder ét udsagn fra PAIRS og to udsagn fra FABQ. FABQ er ifølge ovenstående det spørgeskema, som i størst omfang måler tanker om arbejde og forventninger til genoptagelse af arbejde. Derfor vælger vi at arbejde videre med netop dette spørgeskema.

Under arbejdet med spørgeskemaet har vi desuden fundet, at FABQ er anvendt i et stort antal studier. Det er blevet fundet valid til at forudsige genoptagelse af arbejde efter episoder med lænderygbesvær (Chaory et al, 2004; Crombez, Valeyen, Heuts & Lysens, 1999; Fritz & George, 2002; Georgoudis, Papathanasiou, Spiropoulos & Katsoulakis, 2006; Holm, Friis, Storheim & Brox, 2003; Jacob, Baras, Zeev & Epstein, 2001; Kovacs, Muriel, Abriaira, Medina, Castillo Sanchez & Olabe 2005; Pflingsten, 2004; Pflingsten, Kroner-Herwig, Leibing, Kronshage & Hildebrandt, 2000; Staerke et al, 2004; Swinkels-Meevisse, Swinkels, Verbeek, Vlaeyen, & Oostrendorp, 2003).

FABQ er endvidere fundet valid til at forudsige fremtidigt aktivitetsniveau (Burton, Tillotson, Main, & Hollis, 1995; Crombez et al, 1999; Fritz & George, 2002; George, Fritz & McNeil, 2006; Kovacs et al, 2005; Mannion, Junge, Taimela, Muntener, Lorenzo, & Dvorak, 2001; Pflingsten, 2004; Pflingsten et al, 2000; Pflingsten et al, 2001; Storheim, Brox, Holm, Koller, & Bo, 2003).

2.0 Formål

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke et dansk spørgeskema til at screene lænderygpatienter for fear-avoidance beliefs omkring arbejde og fysisk aktivitet. For at kunne målrette behandlingen til denne patientgruppe er formålet med dette projekt at oversætte Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) til dansk efter internationale retningslinier. Herefter skal den danske version afprøves på ti lænderygpatienter ved

brug af semistrukturerede interviews. Sidstnævnte for blandt andet at sikre overfladevaliditeten af den danske version af FABQ.

3.0 Problemformulering

Hvordan kan FABQ oversættes til dansk, så den adaptes kulturelt og sprogligt for så vidt angår forståelighed og overskuelighed for en dansk gruppe lænderygpatienter?

3.1 Nøglebegreber

FABQ	- Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (Waddell et al, 1993).
Adaptes	- tilpasses til et særligt formål (Politiken, 2005).
Kulturelt	- som har at gøre med sæder og skikke (Politiken, 2005).
Overskuelighed	- som er klar og velstruktureret og derfor let at overskue (Politikken, 2005).
Lænderygpatienter	- personer i kontakt med det danske sundhedsvæsen, der oplever træthed, gener eller smerter i lænderyggen, med eller uden udstrålende smerter til ben(ene) (Sundhedsstyrelsen, 1999).

4.0 Metode

Den metodiske tilgang i dette projekt er kvalitativ. Den kvalitative metode bruges til at beskrive og analysere karaktertræk, egenskaber og kvaliteter ved forskellige fænomener (Malterud, 2003). Det er i dette projekt i form af en litteraturgennemgang af fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter, oversættelse af FABQ til dansk og test af overfladevaliditeten. Overfladevaliditeten undersøges ved hjælp af systematisk indsamling samt fortolkning af data fra semistrukturerede interviews med akutte og kroniske lænderygpatienter.

Ved en kvalitativ undersøgelse er det vigtigt, at vi er bevidste om vores ståsted, faglige interesse og motiv for projektet. Dette har betydning for forskellige valg i dette projekt.

Vi er fysioterapeutstuderende i Danmark med erfaringer indenfor både sundhed/sygdom, sport og sprog, samt viden om analysemetoder i fysioterapi. Dette påvirker valg under udarbejdelsen af bachelorprojektet (Malterud, 2003). Projektet påvirkes yderligere af rammer for et bachelorprojekt på Fysioterapeutskolen i Århus, vores faglige forforståelse og teoretiske referenceramme.

4.1 Forforståelse

Vores forforståelse er bygget på erfaringer, hypoteser, vores faglige perspektiv og teoretisk referenceramme (Malterud, 2003). Ud fra litteratur, klinisk erfaring og diskussion med klinikere har vi erfaret, at kroniske lænderygpatienter udgør en stigende belastning for samfundet.

Vores hypotese og faglige perspektiv er, at screening ved hjælp af FABQ kan forebygge kronicitet eller yderligere forværring af kronisk smerte hos lænderygpatienter. Dette fordi man ved en screening kan målrette behandlingen af akutte og kroniske lænderygpatienter.

Vores teoretiske referenceramme er en bio-psyko-social sygdomsmodel som beskrevet af Waddell (2004).

4.2 Litteraturgennemgang

Forud for en systematisk litteraturgennemgang blev der foretaget en bred litteratursøgning, hvor emnet blev fastlagt. Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i de elektroniske medicinske databaser: Cochrane, PubMed og PEDro på Sundhedsvidenskabeligt Bibliotek ved Århus Universitet samt den elektroniske Bogbase på Fysioterapeutskolen i Århus. Derudover er der søgt på hjemmesiderne www.fysio.dk, www.fysio.no og www.lsr.dk, samt referencer fra de udvalgte materialer. Søgning er foretaget i uge 35 og gentaget i uge 46.

Generelt er litteraturen gennemgået fra 1983 og frem. Dette fordi den første litteratur om begrebet fear-avoidance hos kroniske lænderygpatienter blev udgivet af Lethem, Slade, Troup & Bentley i 1983.

Cochrane er engelsk og publiceret af The Cochrane Library, som består af en række evidensbaserede medicinske databaser. Søgningen er foretaget på Cochranes almene databaser, som indeholder systematiske reviews og kontrollerede kliniske forsøg. Søgeordene er Medical Subject Headings termer (MeSH termer), som er en systematisk inddeling af emner i emneord, overført fra PubMed. MeSH termerne er: Back Pain, Psychology og Behavior and Behavior Mechanisms. Derudover er der søgt på ordene: Fear-avoidance, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire og FABQ. Søgningen er foretaget på de enkelte søgeord samt kombinationer deraf. Efter gennemgang af resumeer blev 25 artikler udvalgt under første litteratursøgning i uge 35. De udvalgte artikler beskriver studier omkring fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter. Under anden litteraturgennemgang blev der ikke udvalgt yderligere artikler fra Cochrane (bilag 1 og 2).

Medline er amerikansk og indeholder talrige referencer til artikler i internationale medicinske tidsskrifter. PubMed er en onlineservice i Medline. Søgningen i PubMed foretages bedst ud fra MeSH termer. MeSH termer er fundet ud fra ord beslægtet med begrebet fear-avoidance. De beslægtede ord er fundet under en litteraturgennemgang af begrebet fear-avoidance. Disse ord er blevet sat ind i MeSH databasen, hvorefter en systematisk gennemgang resulterer i MeSH termerne Back Pain, Psychology og Behavior and Behavior Mechanisms.

Søgningen er sket på enkelte MeSH termer, en kombination af MeSH termer samt i kombination med begrebet fear-avoidance. Der er foretaget en yderligere systematisk reduktion ved at tilføje søgekriterierne: voksne mennesker i alderen 19-64 år, kliniske forsøg, cases, metaanalyser, praktiske guidelines, randomiserede kontrollerede forsøg og reviews. Under første litteraturgennemgang i uge 35 blev 47 artikler udvalgt under gennemgang af resumeer. Under anden litteraturgennemgang i uge 46 blev yderligere fem nye artikler udvalgt (bilag 3 og 4).

PEDro indeholder artikler om evidensbaseret fysioterapi og administreres af det australske Centre of Evidence based Physiotherapy. Søgning i PEDro er foretaget ved hjælp af fritekstsøgning på Back Pain, Psychology, Behavior and Behavior Mechanisms,

Fear-avoidance, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire og FABQ. Derudover er der i de specificerede kategorier søgt på: Pain, Lumbar Spine, Sacro-iliac joint or pelvis, Behavior Modification, Health Promotion og Education. En yderligere systematisk reduktion er sket ved at kombinere disse kategorier på forskellig vis (bilag 5). Efter gennemlæsning af resumeer blev tre artikler udvalgt under første litteratursøgning. Under anden litteratursøgning i uge 46 blev seks nye artikler udvalgt (bilag 6).

Flere af de udvalgte artikler blev fundet på mere end én database, hvorfor det samlede antal artikler blev 58 artikler. Efter første gennemlæsning af artikler og deres referenceliste fandt vi flere relevante artikler. Der blev i alt udvalgt 66 artikler som baggrund for gennemgang af begrebet fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter. Anden litteraturgennemgang i uge 46 resulterede i yderligere 11 artikler. Dette betyder, at det samlede antal artikler for gennemgang af begrebet fear-avoidance er på 77.

Søgning på Bogbasen er foretaget med følgende søgekriterier: efter 1983, alle typer materialer og alle typer sprog på søgeordene: Fear-avoidance, low back pain, FABQ, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, TSK, Tampa Scale for Kinesiophobia, Tampa Scale of Kinesiophobia, Linton og Halldéens Questionnaire, lænderygbesvær, lumbago, gule flag, yellow flags, kronisk smerte, chronic pain, psykosocial, psychosocial, Waddell, Bendix, rygbehandling, back og treatment (bilag 7). 44 bøger er udvalgt ud fra søgningen, hvor der var flere gengangere under de enkelte søgeord. Anden litteraturgennemgang i uge 46 resulterede i tre nye bøger (bilag 8).

Hjemmesider for de danske, norske og svenske hovedorganisationer indenfor fysioterapi er gennemgået med søgeordene: Fear-Avoidance, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire og FABQ. Søgningen gav to brugbare resultater på den svenske hovedorganisations hjemmeside. Anden søgning gav ikke yderligere brugbare resultater.

4.3 Oversættelse

FABQ kan karakteriseres som et patientbesvaret spørgeskema. Dette defineres som patientens selvrapportering om egen situation, funktionsniveau, psykologiske velbefindende, aktivitetsniveau med mere (Mapi Research Institute, 2006).

Der er i tidsskriftet Value in Health, som udgives af International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research (ISPOR), beskrevet to forskellige oversættelsesmetoder af patientbesvarede spørgeskemaer, herunder to-panel modellen (Swaine-Verdier, Doward, Hagell, Thorsen, & McKenna, 2004) og ISPORs retningslinier om en oversættelse-tilbageoversættelse (Wild et al, 2005). En væsentlig forskel mellem de to oversættelsesmetoder er, at to-panel modellen ikke opererer med en tilbageoversættelse i modsætning til modellen om oversættelse-tilbageoversættelse To-panel modellen opererer desuden med et lægpanel i forbindelse med selve oversættelsen.

Under litteraturgennemgang af forskellige oversættelsesmetoder er vi ikke stødt på studier, der tester og sammenligner de to oversættelsesmetoder for så vidt angår validitet og reliabilitet.

FABQ er oversat til tysk (Pfungsten, 2004; Pfungsten et al, 2000), græsk (Georgoudis et al, 2006), norsk (Grotle, Brox, & Vollestad, 2006), sveizertysk (Staerkle et al, 2004), israelsk (Jacob et al, 2001), spansk (Kovacs et al, 2005) og fransk (Chaory et al, 2004). I alle oversættelser er der indgået en tilbageoversættelse.

ISPOR (Wild et al, 2005), ERIQA (ERIQA, 2006) og WHO (WHO, 2006) anbefaler alle en model med tilbageoversættelse. På nationalt plan anbefaler Danske Fysioterapeuter, at fysioterapeuter vurderer et udenlandsk måleredskab ud fra, om det er oversat efter internationale retningslinier, hvor der foregår en tilbageoversættelse (Forskning i fysioterapi, 2006).

Disse anbefalinger er ikke ensbetydende med valg af den mest valide og reliable oversættelsesmetode, men i stedet et udtryk for gældende praksis (Lenderking, 2005). For at få et så anerkendt måleredskab som muligt til dansk fysioterapi, har vi valgt at

oversætte FABQ efter internationale retningslinier, som de er skitseret under ”Manual til vurdering” (Forskning i fysioterapi, 2006). Proceduren er følgende:

1. 1-3 tosproglige personer oversætter hver for sig spørgeskemaet til dansk og laver herefter fælles version.
2. Fælles version afprøves på relevant testpopulation.
3. Oversatte målemetode oversættes herefter tilbage til originalsproget af to blinde tosprogede personer.
4. Oversættelse til originalsproget godkendes af målemetodens ophavsmand.

Ovenstående retningslinier stemmer overens med retningslinier for oversættelse beskrevet af ISPOR. ISPOR´s retningslinier er et resultat af en sammenligning af 12 forskellige retningslinier, deriblandt WHO. De afdækker gældende praksis og er et udtryk for, hvad der er mest enighed om. ISPOR er derudover en international organisation, hvis hovedområde er Nordamerika og Europa. For at oversættelsen af FABQ bliver så anerkendt som muligt, samtidig med at det er muligt for ophavsmanden at godkende oversættelsen, har vi valgt at følge de internationale retningslinier beskrevet under manual for vurdering af måleredskaber.

FABQ er oversat af 1) en 32-årig kvindelig fysioterapeut med et års anciennitet indenfor behandling af rygpatienter, 2) en 44-årig kvindelig lektor på en kort sundhedsuddannelse med 16 års anciennitet. Hun er uddannet folkeskolelærer med liniefag i engelsk og har været bosiddende et år i et engelsktalende land samt 3) en 43-årig læge, Phd og dr. med. med speciale i neurologi. Han har 16 års anciennitet som læge og er ofte foredragsholder på internationale konferencer. De er alle født i Danmark, har dansk som modersmål og er bosiddende i Østjylland. Den originale udgave af FABQ blev udleveret sammen med et følgebrev (bilag 9).

Med baggrund i hver af de tre individuelle oversættelser blev der udviklet én dansk version under et møde mellem alle tre oversættere og under koordination af os. Mødet blev indledt med en kort briefing, hvor retningslinier for oversættelse blev gennemgået. Herunder, at der under oversættelsen skulle vægtes en begrebslig oversættelse frem for

en lingvistisk oversættelse, og at spørgeskemaet skulle kunne forstås af en dansker med 10 års skolegang. Der blev under mødet opnået enighed om oversættelsen med undtagelse af følgende ord: normal work, heavy work, fear-avoidance, fear-avoidance beliefs, fear, avoidance, that work og might.

Den foreløbige danske version af FABQ blev forelagt en cand. mag. i dansk med erfaring i spørgeskemaer. Hun modtog et følgebrev (bilag 10), hvor det beskrives, at hun skulle foretage en kritisk gennemlæsning med vægt på en begrebslig oversættelse, samt korrekt dansk grammatik og tegnsætning. Her blev ovenstående ord også vurderet, og der blev fundet passende forslag i forhold til ovenstående ord.

Den foreløbige danske version af FABQ blev afprøvet på ti lænderygpatienter ved hjælp af semistrukturerede interview omkring spørgeskemaets forståelighed og overskuelighed. Nærmere beskrivelse af interview er beskrevet i afsnit om interview.

Den testede danske version af FABQ blev tilbageoversat af to blinde oversættere med engelsk som modersmål. Dette var 1) en mandlig 52-årig skotsk født sygeplejerske med 28 års anciennitet, som har boet i Danmark i 11 år og 2) en kvindelig 50-årig skotsk født fysioterapeut med 30 års anciennitet, som har boet i Danmark i 25 år. En fælles version af tilbageoversættelsen blev udarbejdet af de projektansvarlige med udgangspunkt i de to individuelle tilbageoversættelser. Det blev valgt at benytte to tilbageoversættere for at modvirke misforståelser, der eventuelt kunne opstå, hvis kun én person skulle tilbageoversætte den danske version af FABQ. Den fælles version blev sendt til ophavsmanden.

Den endelige tilbageoversættelse blev godkendt af ophavsmanden, Gordon Waddell (bilag 11), der ved projektets begyndelse gav tilladelse til at arbejde med oversættelse af spørgeskemaet (bilag 12). Han har desuden løbende godkendt valg af oversættelsesprocedure, valg af medlemmer i oversættelsespaneler og valg af testpopulation, herunder valg af antal respondenter til interviewundersøgelse. Gordon Waddell har desuden besvaret spørgsmål omhandlende FABQ, hvor han har givet tilladelse til, at vi benytter svar på dette i projektet.

4.4 Interview

I dette projekt beskæftiger vi os med det semistrukturerede interview. Formålet med de semistrukturerede interviews var at teste overfladevaliditeten af den danske version af FABQ. Dette blev gjort ved at indhente specifikke beskrivelser for, hvordan hver respondent ud fra dennes livsverden forstod og overskuede den danske version af FABQ. Interviewet bar ikke præg af fuldstændig ligestilling, idet det var os, der introducerede interviewemnet og kritisk forfulgte svar af relevans for vores problemformulering (Kvale, 2001).

Et interview er hverken en objektiv eller en subjektiv metode. Vi tilstræber en tilnærmelsesvis objektiv metode. Dette gøres blandt andet ved at udvikle en interviewguide (bilag 13). I nedenstående afsnit gennemgås udviklingen af interviewet ud fra de syv stadier i en interviewundersøgelse (Kvale, 2001). De syv stadier er:

1. Tematisering.
2. Design.
3. Interview.
4. Transskribering.
5. Analyse.
6. Verificering.
7. Rapportering.

Tematisering vil sige begrebsafklaring af formålet med undersøgelsen, som er at afprøve forståelighed og overskuelighed af FABQ. Begreberne er valgt for, at adaptere den danske version af FABQ kulturelt og sprogligt til en gruppe af danske lænderygpatienter.

Design består af planlægning og forberedelse af metodiske procedurer med henblik på at opnå den ønskede viden (Malterud, 2003). Ti respondenter, seks kroniske og fire akutte lænderygpatienter, deltog i individuelle semistrukturerede interviews. Antallet af

respondenter var et ønske om et repræsentativt udvalg af respondenter fra ophavsmanden (Kvale, 2001).

Forud for interviewet blev der foretaget en strategisk udvælgelse af de ti respondenter med hensynstagen til variation af alder, køn, type af lænderygbesvær, uddannelsesniveau og etnisk baggrund. Dette for at emnet bliver belyst bredt, idet respondenterne med hver deres baggrund forstod og overskuede den danske version af FABQ forskelligt. Dette valg er foretaget ud fra en hypotese om, at netop de strategisk udvalgte respondenter kan illustrere sammenhænge i vores emne (Malterud, 2003). Sammenhængene findes ved at interviewe respondenterne om deres meninger og tanker om spørgeskemaets forståelighed og overskuelighed.

De ti respondenter blev udvalgt fra en privat fysioterapiklinik i Århus, hvor de enten var i fysioterapeutisk behandling eller var brugere af klinikens træningsrum.

Inklusionskriterierne var: akut og kronisk lænderyg besvær i aldersgruppen 18-60 år, samt at de skulle kunne læse og forstå dansk.

Eksklusionskriterierne var: Alvorlig spinal patologi som kræft, infektion, inflammatorisk sygdom, spinale frakturer og strukturelt spinale deformiteter. Andre eksklusionskriterier var psykiatriske lidelser og alkoholmisbrug.

Respondenternes aldersfordeling var fra 25-58 år med en gennemsnitlig alder på 42,3 år og lige kønsfordeling. De snakkede alle dansk, og ni havde dansk som modersmål, mens én var spanskfødt men bosiddende i Danmark. Seks respondenter havde uspecifik lænderygbesvær, tre havde følger efter discusprolaps og en havde følger efter traume. Arbejdssituationen for respondenterne var, at tre ikke var i arbejde, mens tre var i flex-job, to var på deltid, og to arbejdede fuldtid. Uddannelsesbaggrunden for respondenterne var, at tre var ufaglærte, to var faglærte, to havde en kort videregående uddannelse, en havde en mellemlang videregående uddannelse og to havde en lang videregående uddannelse.

Som tidligere beskrevet blev der benyttet en interviewguide. Spørgsmålene i interviewguiden blev udviklet med det formål, at undersøge om den danske version af FABQ var forståelig og overskuelig. Forud for de ti semistrukturerede interviews blev der gennemført to pilotinterviews. Dette var for at sikre en behagelig kontekst og form, samt at spørgsmålene var klare og forståelige. På baggrund af tilbagemeldinger fra de to testpersoner blev interviewguiden korrigeret.

I den færdigudviklede interviewguide (bilag 13) er de enkelte emner skitseret, og der er under hvert emne forslag til spørgsmål. De enkelte emner blev gennemgået under interviewet, og uddybende spørgsmål samt ændring af rækkefølge blev foretaget, hvis det blev skønnet af interviewer.

Interviewene blev foretaget i det samme lokale på en fysioterapiklinik. De enkelte respondenter fik alle udleveret samtykkeerklæring (bilag 14) og en udgave af den foreløbige danske version af FABQ. Hvert interview startede med en præsentation af os, som observatør og interviewer, samt baggrund som fysioterapeutstuderende. Dernæst foretog vi en kort introduktion til spørgeskemaet, oversættelsesmetoden samt respondentens rolle i processen. Derefter fik respondenterne ti minutter i enerum til at gennemlæse spørgeskema. Selve interviewet fandt sted ud fra interviewguiden, mens observatøren noterede betydningsfuld verbal og nonverbal kommunikation.

Vi valgte at optage interviewene ved hjælp af mp3-optager.

4.5 Transskribering

At transskribere betyder at transformere, at skifte fra én fortælleform – den mundtlige diskurs – til en anden fortælleform – den skriftlige diskurs (Kvale, 2001, s. 167).

Den, der foretager transskriptionen, er mellemed mellem tale og tekst. Ifølge Kvale (2001) findes der ”ingen sand og objektiv transformation fra mundtlig til skriftlig form” (Kvale, 2001, s. 166). Man bør i stedet anvende den metode, der passer bedst til formålet. Derfor har vi med udgangspunkt i en transskriberingstilgang opstillet vores egne regler for transskriberingen som beskrevet nedenfor under transskriptionsprocedure.

Formålet med transskriberingen er at få respondenternes mening om spørgeskemaets forståelighed og overskuelighed fra interviewet transformeret til en skriftlig form. I den skriftlige form er hovedvægten lagt på respondenternes mening. Overordnet blev der valgt en denaturalistisk tilgang (Oliver, Serovich & Mason, 2005), hvor følgende blev foretaget:

Transskriptionsreglerne blev udviklet før og under transskribering af de to pilotinterviews. Transskriptionsreglerne er:

- Ubetydelige ord og lyde blev taget ud. Dette eksempelvis i form af øh, hm, jaaa, ikke m.fl., hvor disse ingen betydning havde for respondentens udsagn.
- I nogle tilfælde ville ord og lyde som øh, hm, jaaa, ikke med flere have betydning for respondentens udsagn.
Disse blev inddraget og er markeret med [].
- Kort pause (1-2 sek.) er markeret med ..
- Lang pause (>2 sek.) er markeret med ...
- *Kursiv* når tryk blev lagt på ord.
- Non-verbal kommunikation, som havde betydning for interviewet fremgår i ().
- I tilfælde, hvor en respondent eller interviewer ikke færdiggjorde en sætning eller diskuterede begreber, hvor disse ikke blev beskrevet nærmere, vil det fremgå i ().
- Ikke dansk accent blev korrigeret til dansk.

Formen er forskellig fra en naturalistisk transskribering og /eller ord for ord transskribering, da forskellige elementer tages ud, og at grammatik samt accent korrigeres.

Analyse er foretaget ud fra Giorgis meningskondensering, som den er beskrevet af Kvale (2001). Meningskondenseringen er fænomenologisk baseret, hvorved fokus er på, hvordan respondenterne oplever og beskriver verden ud fra deres eget perspektiv (Kvale, 2001).

Analysen blev foretaget i fem trin. I første trin blev hele interviewet læst igennem for derved at få en fornemmelse af helheden. Dernæst blev teksten inddelt i naturlige

betydningsenheder, som er et naturligt afsnit, hvor et bestemt tema kommenteres af respondenterne. Det tredje trin bestod i at udtrykke den naturlige betydningsenhed i et tema. Under det fjerde trin blev der stillet spørgsmål til betydningsenhederne ud fra et specifikt formål som eksempelvis ”Hvad siger dette udsagn os om forståeligheden i udsagn x?”. På det femte og sidste trin blev de væsentlige temaer i interviewet samlet i deskriptive og læsevenlige udsagn. I bilag 15 er vist et eksempel på fremgangsmåden.

Under verificering hører gyldighed, hvilket er hvorvidt man kan producere viden om menneskelig adfærd, der kan generaliseres universelt (Kvale, 2001, s. 227). I forhold til vores projekt vil det sige, om vores målgruppe er repræsentativ for akutte og kroniske lænderygpatienter i Danmark.

Reliabilitet er et udtryk for forskningsresultaternes konsistens, hvor en god reliabilitet vil indebære, at resultaterne fra interviewundersøgelsen er opstået på baggrund af en ikke tilfældig fremgangsmåde (Kvale, 2001, s. 231). En god reliabilitet i forhold til interviewresultater indebærer konsekvent brug af interviewguide, ensartet kontekst, samme rollefordeling af interviewer og observatør samt detaljeret beskrivelse af transskriptions- og analysemetode.

Validitet er et udsagns sandhed og korrekthed. Med andre ord drejer validitet sig om, hvorvidt eksempelvis et interview undersøger det, som det har til formål at undersøge, hvorved et validt kvalitativt forskningsinterview kan føre til gyldig videnskabelig viden (Kvale, 2001, s. 233). Er interviewet validt kan det bruges til at teste overfladevaliditeten af den danske version af FABQ.

Gyldighed, reliabilitet og validitet af interviewresultaterne beskrives og vurderes i diskussions- og konklusionsafsnittet.

Rapportering vil sige, at resultater og metoder præsenteres i en læsevenlig form, der lever op til videnskabelige kriterier samt betragtning af etiske aspekter (Kvale, 2001). Rammerne for rapportering har været et skriftligt bachelorprojekt, hvorunder der er krav til etiske overvejelser i forhold til valg af design, materiale og metode.

5.0 Etiske overvejelser

5.1 Respondenters rettigheder

Af hensyn til de deltagende respondenters rettigheder blev Den Videnskabetiske Komite for Århus Amt kontaktet. Dette for at høre om projektet var anmeldelsespligtigt. Ifølge vejledningen til komiteloven sidestilles interviewundersøgelser med spørgeskemaundersøgelser, hvorfor projektet ikke var anmeldelsespligtigt jævnfør komitelovens § 8, stk. 3 (bilag 16). I forbindelse med interviewene skulle respondenterne endvidere afgive informeret samtykke efter skriftlig og mundtlig information om emne samt formål med interview (bilag 14 og 17). Som fysioterapeutstuderende er man underlagt tavshedspligt i forhold til videregivelse af oplysninger om respondenternes helbredsforhold, rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i henhold til straffeloven samt lov om patienters retsstilling § 23, stk. 1. Datatilsynet har givet tilladelse til at opbevare data fra interviewene jævnfør persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1 (bilag 18).

5.2 Risikovurdering ved implementering af FABQ

Implementering af screening for fear-avoidance beliefs ved hjælp af FABQ kan medføre en unødvendig sygeliggørelse. En unødvendig sygeliggørelse er aktuel ved screeningsmetoder, som har en lav sensitivitet og/eller lav specifitet. Konsekvensen af dette er, at man ved screening ikke opfanger de patienter, der har fear-avoidance beliefs, og/eller klassificerer patienter som havende fear-avoidance beliefs, selvom de ikke har det. Forholdet mellem sensitivitet og specifitet er på nuværende tidspunkt ikke muligt at vurdere i forhold til FABQ. Dette fordi der ikke eksisterer en guld standard, der måler fear-avoidance beliefs.

For at modvirke en unødvendig sygeliggørelse ved implementering af FABQ i klinikken, er det afgørende, at man er bevidst om negative konsekvenser ved brug af FABQ. Samtidig skal man i sin tilgang til patienten ikke appellere til unødvendig sygeliggørelse. Dette kan i værste fald føre til tabt arbejdskraft og derved samfundsøkonomisk tab.

En implementering af FABQ i klinikken kan modsat ovenstående øge forståelsen for udvikling af og fastholdelse af kronisk smerteadfærd. Dette fordi behandlere i højere grad vil blive bevidste om, at tanker om smerter, fysisk aktivitet og arbejde er vigtige indikatorer for udvikling af kronicitet hos lænderygpatienter.

Endvidere vil brug af et standardiseret måleredskab som FABQ kunne bidrage til en fælles terminologi og derved mulighed for samarbejde på tværs af faggrupper, regioner og landegrænser.

Det vurderes, at en implementering af FABQ i klinikken vil være en gevinst for den enkelte, sundhedsvæsenet og dermed samfundet såvel nationalt som internationalt.

Afgørende er dog, at man som beskrevet ovenfor undgår en unødvendig sygeliggørelse af patienter. Herunder hører også respekt af den enkeltes autonomitet og livsverden.

6.0 Litteraturgennemgang

Under gennemgang af litteratur omkring fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter er det relevant at nævne udenlandske retningslinier for forebyggelse og behandling af kronisk lænderygbesvær. Kliniske retningslinier fra blandt andet USA (ICSI, 2006), New Zealand (NZGG, 2004) og Sverige (SBU, 2000) nævner i forskellig grad psykosociale faktorer som en risikofaktor for at udvikle kronisk lænderygbesvær. Som tidligere nævnt specificerer de europæiske retningslinier, at klinikere under håndtering af lænderygpatienter skal være opmærksomme på fear-avoidance adfærd (Airaksinen et al, 2004; van Tulder et al, 2004). Under behandling af akutte og kroniske lænderygpatienter anbefales endvidere en screening af de psykosociale faktorer, når der ikke sker nogen bedring, eller der er tilbagefald af lænderygbesvær (Airaksinen et al, 2004; van Tulder et al, 2004).

I afsnittet om valg af spørgeskema er det beskrevet, at fear-avoidance beliefs har en prædiktiv og afgørende betydning for, om lænderygpatienter vender tilbage til arbejdsmarkedet, bliver arbejdsløse eller oplever aktivitetstab på grund af kronisk lænderygbesvær. Waddell et al (1993) fandt, at fear-avoidance beliefs omkring arbejde og fysisk aktivitet kunne beskrive sammenhænge i relation til arbejde og aktivitetstab

hos kroniske lænderygpatienter. I dette studie blev udviklingen af FABQ ligeledes beskrevet. I nedenstående afsnit gennemgås litteratur, der beskriver, at fear-avoidance beliefs har en prædiktiv og afgørende betydning for tilbagevending til arbejdsmarkedet.

I et studie af Sandstrom & Esbjornsson (1986) på 52 kroniske lænderygpatienter, findes det, at negative tanker og bekymringer omkring arbejde har stor prædiktiv betydning for fremtidig arbejdssituation og aktivitetstab. Lignende sammenhæng findes for akutte lænderygpatienter, hvor et prospektivt studie på 300 akutte lænderygpatienter finder, at fear-avoidance modellen (Lethem et al, 1983) forklarer, hvorfor nogle lænderygpatienter udvikler kronicitet (Klenerman et al, 1995). Fritz et al (2001) illustrerer lignende sammenhæng i et prospektivt studie på 78 akutte lænderygpatienter, hvor det konkluderes, at fear-avoidance beliefs om arbejde og fysisk aktivitet er den vigtigste psykosociale faktor, der skal tages i betragtning, når akutte lænderygpatienter skal undersøges for risiko for at udvikle kronicitet.

I et andet studie foretaget af Fritz & George (2002) på 78 akutte lænderygpatienter findes, at specielt fear-avoidance beliefs omkring arbejde er den stærkeste prædikator for arbejdsrelateret lænderygbesvær. I samme studie findes, at specifik screening af fear-avoidance beliefs kan danne grundlag for en målrettet behandling i form af kognitiv adfærdsterapi.

Grotle, Vollestad, Veierod, & Brox (2004) undersøger 123 akutte og 233 kroniske lænderygpatienter for fear-avoidance beliefs i relation til lænderygbesvær. Det findes, at fear-avoidance beliefs har stor prædiktiv betydning for, om man vender tilbage til arbejdsmarkedet.

For at screening med FABQ for fear-avoidance beliefs hos lænderygpatienter har et formål, skal det være muligt at tilbyde målrettet intervention. Dette for at undgå at bruge unødvendige ressourcer på behandling, som ikke har effekt på denne patientgruppe.

En række studier viser, at adfærdsorienteret behandling har effekt på patienter med fear-avoidance beliefs. Adfærdsorienteret behandling kan ifølge Boersma, Linton, Overmeer, Jansson, Vlaeyen, & de Jong (2004) være undervisning, afspændingsteknikker og aktive smerte copingstrategier. Sidstnævnte er eksempelvis, at lænderygpatienter med fear-avoidance beliefs gradvist udsættes for dagligdagsaktiviteter, som de forsøger at undgå. De lærer derved at konfrontere smerten.

I studier af Boersma et al (2004) og Vlaeyen, de Jong, Geilen, Heuts, & van Breukelen (2002) behandles kroniske lænderygpatienter med kognitiv adfærdsterapi, hvor resultatet er en reduktion af graden af fear-avoidance beliefs, øgning af aktivitetsniveau, samt en gradvis nedsættelse af smerteoplevelse.

Linton & Andersson (2000) demonstrerer endvidere i et randomiseret kontrolleret forsøg, at tidlig intervention med kognitiv adfærdsterapi er succesfuld for subakutte lænderygpatienter samt lænderygpatienter med intermitterende lænderygbesvær. Studiet blev udført på 243 patienter. Den kognitive adfærdsterapi omfatter i dette studie undervisning i smertemekanismer og indlæring af aktive smerte copingstrategier. Man finder, at specielt kognitiv adfærdsterapi resulterer i en betydelig nedsættelse af sygefravær.

Et opfølgende studie på samme patientgruppe foretaget af Linton & Nordin (2006) finder, at tidlig intervention med kognitiv adfærdsterapi har en langvarig sundheds- og samfundsøkonomisk effekt, idet udgifter til et langvaring sygdomsforløb og arbejdsløshed forebygges. Et lignende resultat er fundet i et større randomiseret kontrolleret studie, hvor 250 kroniske nakke- og rygpatienter modtager kognitiv adfærdsterapi. Patienterne, der modtager den kognitive adfærdsterapi, oplever efter intervention en nedsættelse af fear-avoidance beliefs, smerteoplevelse og sygefravær (Linton & Ryberg, 2001).

Gennemgang af litteraturen om fear-avoidance adfærd hos lænderygpatienter fra 1983 til medio november 2006 viser, at fear-avoidance beliefs om arbejde og fysisk aktivitet har en stor prædiktiv betydning for tilbagevenden til arbejde. FABQ er fundet reliabel og

valid til at screene såvel akutte som kroniske lænderygpatienter for fear-avoidance beliefs. Såfremt screeningen indikerer fear-avoidance beliefs, skal der foretages en målrettet intervention. Dette beskrives nærmere i perspektiveringen side 45.

7.0 Teori

Ifølge Sundhedsstyrelsen (1999) er det som tidligere nævnt vigtigt at være opmærksom på psykosociale risikofaktorer i forbindelse med håndtering af lænderygpatienter. Psykosociale risikofaktorer benævnes også gule flag (Kendall et al, 1997). Under de gule flag hører fear-avoidance adfærd og fear-avoidance beliefs. I nedenstående teoriafsnit beskrives disse begreber samt smerte og herunder den akutte og kroniske smerte.

7.1 Gule flag

Defineres som ”Factors that increase the risk of developing, or perpetuating long-term disability and work loss associated with low back pain” (NZGG, 2004, s. 26).

Benævnelsen er inspireret af røde flag, der dækker over fysiske risikofaktorer, som tyder på mulig alvorlig spinal patologi (Lind, 2004).

De gule flag omfatter følgende psykosociale faktorer:

- 1) Holdninger til og tanker om rygsmerter (**A**ttitudes and **B**eliefs about **B**ack **P**ain)
- 2) Adfærd (**B**ehaviours)
- 3) Erstatningssager (**C**ompensation **I**ssues)
- 4) Diagnose og behandling (**D**iagnosis and **t**reatment)
- 5) Følelser (**E**motions)
- 6) Familie (**F**amily)
- 7) Arbejde (**W**ork)

Hver af ovennævnte psykosociale faktorer indeholder flere rangordnede komponenter. En komplet oversigt over alle gule flag findes i bilag 19.

Formålet med at undersøge for gule flag er at opfange psykosociale faktorer, der kan lede til kronicitet. Fear-avoidance adfærd og beliefs er en del af de gule flag (NZGG, 2004). De gule flag kan screenes ved hjælp af Linton & Halldéns Screening Questionnaire fra 1996. De kan også undersøges ved hjælp af interview ved brug af den komplette oversigt over gule flag. Linton & Halldéns Screening Questionnaire er oversat til dansk af Kilsgaard (2002).

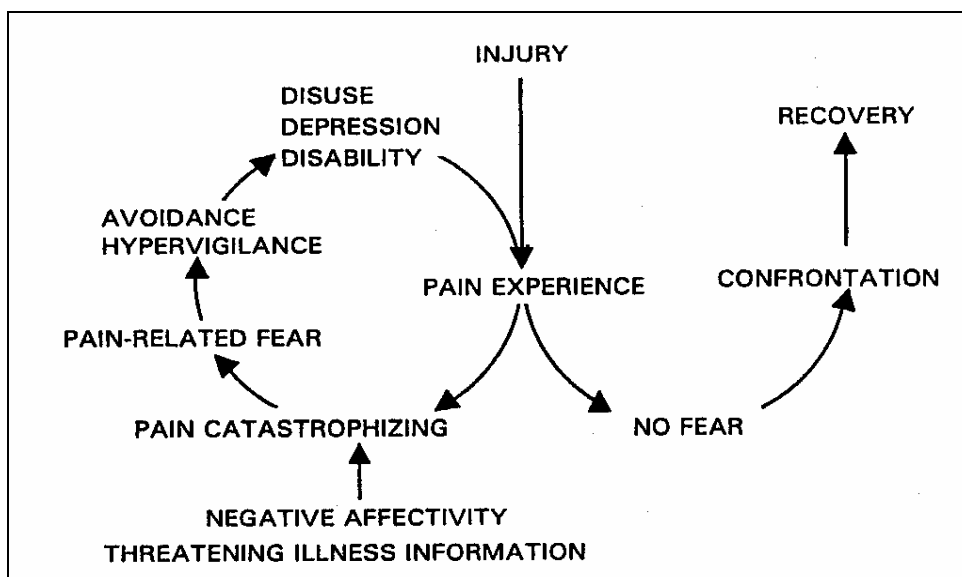
7.2 Fear-avoidance adfærd

Fear-avoidance begrebet blev første gang introduceret i fear-avoidance modellen om overdreven smerteoplevelse (exaggerated pain perception) hos kroniske lænderygpatienter af Lethem et al (1983). Definitionen af overdreven smerteoplevelse var "Pain experience and/or pain behavior (and/or physiological responses to pain stimulation) which are (is) out of all proportion to demonstrate organic pathology or current levels of nociceptive stimulation" (Lethem et al, 1983, s. 402). Overdreven smerteoplevelse kan føre til enten 1) konfrontation (confrontation) med frygten for smerte, eller 2) undgåelse (**avoidance**) af frygt (**fear**) for smerte. Sidstnævnte resulterer i en adfærd, hvor patienten søger at undgå situationer, som han/hun tror kan fremprovokere smerte. Dette karakteriseres som fear-avoidance adfærd (Lethem et al, 1983, Waddell 2004, Lind 2004).

7.3 Fear-avoidance beliefs

Det afgørende for om en lænderygpatienter med overdreven smerteoplevelse udvikler fear-avoidance adfærd, er patientens tanker (**beliefs**) om, hvad der kan fremprovokere smerte. Disse tanker benævnes **fear-avoidance beliefs**. De bygger på patientens tidligere oplevelser og/eller deres forståelse af smerte (Lethem et al, 1983, Waddell, 2004).

Vlaeyen & Linton (2000) har grafisk fremstillet fear-avoidance modellen som vist nedenfor. Modellen viser, hvorfor nogle lænderygpatienter kommer sig, mens andre ender i en kronisk tilstand med nedsat aktivitetsniveau.



Model efter Vlaeyen & Linton (2000).

Det afgørende for om den enkelte lænderygpatient efter en smerteoplevelse ender med at konfrontere smerten eller undgå den er, om smerten opfattes som truende (pain-catastrophizing). Hvis smerten opfattes som truende, udvikles tanker om frygt for smerte (pain-related fear). Dette fører til en adfærd, hvor lænderygpatienten undgår situationer, som efter patientens opfattelse kan forårsage smerte (avoidance). Dette vil sammen med øget årvågenhed overfor kropslige følelser (hypervigilance) føre til blandt andet aktivitetstab. Dette er starten på en ond cirkel med tiltagende frygt for og undgåelse af smerte (Vlaeyen & Linton, 2000).

Negative påvirkninger (negative affectivity) og truende informationer om sygdommen (threatening illness information) er medvirkende til, at lænderygpatienten opfatter smerten som truende. Truende informationer om sygdommen kan komme fra behandlere, venner og familie (Vlaeyen & Linton, 2000).

7.4 Smerte

Smerte defineres af The International Association for the Study of Pain (IASP) som "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue

damage, or described in terms of such damage” (Merskey & Bogduk, 1994, s. 214). Definitionen rummer både en sensorisk/fysisk og emotionel/følelsesmæssig komponent, der ikke nødvendigvis er forbundet med vævsskade. Smerte er derfor altid en subjektiv oplevelse med flere dimensioner herunder en emotionel og en sensorisk smerteoplevelse.

Smerte kan opdeles i 1) akut smerte: mindre end 6 uger, 2) subakut smerte: 6-12 uger og 3) kronisk smerte: mere end 3 måneder med vedvarende smerte (Spitzer et al, 1987). Opdelingen beror på en antagelse om, at smerte starter akut og enten fortager sig eller forværres efter en vis periode.

I forhold til lænderygbesvær er ovenstående opdeling ikke altid entydig. Dette fordi lænderygbesvær ofte er en fortløbende proces med gentagne episoder.

I forhold til kronisk lænderygbesvær argumenterer Waddell (2004) for, at det væsentligste for opdelingen ikke er varigheden af smerten, men dens indflydelse på patientens tilværelse, og herunder hvordan lænderygpatienten håndterer smerten.

7.5 Akut smerte

Akut smerte karakteriseres ved, at der er sammenhæng mellem vævsskade og smerteoplevelse. Fysiologisk registreres den akutte smerte af smertereceptorer ved kemisk eller mekanisk påvirkning af et skadet væv (Lind, 2004).

7.6 Kronisk smerte

Kronisk smerte er karakteriseret ved, at der ikke længere er en sammenhæng mellem vævsskade og smerteoplevelse. Dette er ikke ensbetydende med, at smerten er blevet ”psykisk”, men at den er et resultat af fysiologiske processer (Lind, 2004).

Centralnervesystemet er plastisk. Dette indebærer, at nervesystemet ændrer sig ved tilstrækkelig stimulation. Hos kroniske smertepatienter er der sket en udvikling af nervesystemet. Der er sket en øget sensibilisering (Jensen, Dahl, & Arendt-Nielsen, 2003).

Ved stimulation, der fører til smerteoplevelse, sker der en morfologisk og kemisk ændring af specielle nerveceller, der er placeret i rygmarven og højere niveauer af centralnervesystemet. Disse nerveceller kan spontant blive aktive og sende impulser til smerteopfattende områder i hjernen, selvom der ikke er en vævsskade perifert. Dette fænomen har relation til hukommelsesmekanismer i hjernen, som transmitterer input fra ikke-skadet væv til smerteregistrerende områder i hjernen. Et sådant smertespor lagres efter en smerteoplevelse for, at kroppen senere kan genkende og reagere i lignende situationer. Smertehukommelsen kan bevirke, at smertepatienter udvikler fear-avoidance adfærd, hvor aktiviteter, der udløser impulser i smertesporene, undgås (Lind, 2004).

Vi har hermed kort redegjort for de fysiologiske processer i forbindelse med udvikling af akut og kronisk smerte, hvor tidligere afsnit, gule flag, fear-avoidance adfærd, fear-avoidance beliefs forklarer de mere psykosociale aspekter i forbindelse med udvikling af kronisk smerte.

8.0 Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

8.1 Karakteristik af FABQ

FABQ, Fear- Avoidance Beliefs Questionnaire, er et måleredskab, der er udviklet til at måle fear-avoidance beliefs hos lænderygpatienter. Det kan ifølge Waddell et al (1993) hjælpe med at identificere lænderygpatienter under klinisk rutineundersøgelse, som vil have gavn af psykosocial intervention i forbindelse med behandling af og forebyggelse for udvikling af kronicitet. (Waddell et al, 1993).

FABQ er udviklet på baggrund af den tidligere beskrevet fear-avoidance model (Lethem et al, 1983).

Den originale version af FABQ (Waddell et al, 1993)

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

Here are some of the things which other patients have told us about their pain. For each statement please circle any number from 0 to 6 to say how much physical activities such as bending, lifting, walking or driving affect or would affect *your* back pain.

	Completely disagree	1	2	3	4	5	Completely agree
1. My pain was caused by physical activity	0	1	2	3	4	5	6
2. Physical activity makes my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
3. Physical activity might harm my back	0	1	2	3	4	5	6
4. I should not do physical activities which (might) make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
5. I cannot do physical activities which (might) make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6

The following statements are about how your normal work affects or would affect your back pain.

	Completely disagree	1	2	3	4	5	Completely agree
6. My pain was caused by my work or by an accident at work	0	1	2	3	4	5	6
7. My work aggravated my pain	0	1	2	3	4	5	6
8. I have a claim for compensation for my pain	0	1	2	3	4	5	6
9. My work is too heavy for me	0	1	2	3	4	5	6
10. My work makes or would make my pain worse	0	1	2	3	4	5	6
11. My work might harm my back	0	1	2	3	4	5	6
12. I should not do my normal work with my present pain	0	1	2	3	4	5	6
13. I cannot do my normal work with my present pain	0	1	2	3	4	5	6
14. I cannot do my normal work till my pain is treated	0	1	2	3	4	5	6
15. I do not think that I will be back to my normal work within 3 months	0	1	2	3	4	5	6
16. I do not think that I will ever be able to go back to that work	0	1	2	3	4	5	6

Scoring
 Scale 1: fear-avoidance beliefs about work – items 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15.
 Scale 2: fear-avoidance beliefs about physical activity – items 2, 3, 4, 5.

FABQ er et patientbesvaret spørgeskema med 16 udsagn. Hvert udsagn besvares ved at angive point på en Likert skala fra nul til seks fra stærk enig til stærk uenig. Udsagnene 1,8,13,14 og 16 indgår ikke. Dette uddybes i nedenstående afsnit.

FABQ er videre inddelt i to emner, som beskrives som komponent 1 (FABQ1) og 2 (FABQ2). Udsagnene 6,7,9,10,11,12 og 15 hører under FABQ1, som beskriver fear-avoidance beliefs omkring arbejde. FABQ2 derimod er repræsenteret af udsagnene 2,3,4 og 5, som måler fear-avoidance beliefs omkring fysisk aktivitet.

Det er muligt at benytte den ene eller begge komponenter fra FABQ under screening, idet score kan beregnes for hver komponent. FABQ1 kan ligge fra 0-42 og FABQ2 fra 0-24. Jo højere scoren er, desto større grad af fear-avoidance beliefs eksisterer hos patienten (Waddell et al, 1993).

8.2 Udvikling af FABQ

FABQ er udviklet under to pilotstudier med 30 patienter fra en ortopædisk afdeling i Skotland. Spørgeskemaet er baseret på teori omkring angst og fear-avoidance beliefs samt tanker omkring alvorligheden af lænderygbesvær og sidstnævntes effekt på lænderygpatienternes liv (Waddell et al, 1993).

Nedenstående afsnit er en beskrivelse af de to originale studier, test-retest og hovedstudie, som undersøger reliabiliteten og validiteten af FABQ (Waddell et al, 1993).

8.3 Reliabilitet og validitet af FABQ

Formålet med test-retest og hovedstudiet er:

- 1) At udvikle et spørgeskema til at måle fear-avoidance beliefs omkring fysisk aktivitet og arbejde til klinisk brug ved undersøgelse af patienter med lænderygbesvær.
- 2) At bruge spørgeskemaet til at undersøge sammenhængen mellem lænderygbesvær, fear-avoidance beliefs, aktivitetstab og arbejdsløshed.

Studie test-retest

Et studie over test-retest blev udført på 26 patienter med lænderygbesvær fra et skotsk hospitals fysioterapiafdeling. Spørgeskemaet er blevet udfyldt under første fysioterapeutiske undersøgelse, samt under første behandling 48 timer efter. Der blev ikke givet aktiv behandling imellem de to besvarelser.

Hovedstudie

Test-retest pålideligheden blev yderligere undersøgt i et hovedstudie med 184 patienter med lænderygbesvær og/eller ischias symptomer. Alle patienter havde engelsk som modersmål. Patienterne var udvalgt fra forskellige hospitalsafdelinger i Skotland. Disse var fordelt på 55,7% mænd og 44,3% kvinder i alderen 18-60 år. Eksklusionskriterier

var alvorlig spinal patologi, omfattende neurologiske symptomer, tidligere psykiatrisk lidelse, alkoholmisbrug eller manglende evne til at læse og skrive. Patienterne blev ekskluderet efter gennemgang af journal fra hospitalet og standardiseret anamneseoptagelse.

Varigheden af lænderygbesvær var i gennemsnit 7,4 år +/- 8,4 år. 34% af patienterne var på undersøgelsestidspunktet i arbejde, 24% var sygemeldte på grund af lænderygbesvær og 15% havde mistet deres arbejde på grund af lænderygbesvær. Arbejdsstatus for de resterende 27% blev beskrevet som værende ikke relevant. Det gennemsnitlige antal sygedage på grund af smerter fra ryggen var 4,0 måneder +/- 4,3 måneder.

Den kliniske undersøgelse blev foretaget af en af forfatterne. Smerte blev undersøgt ud fra:

- 1) Smerteudbredelse.
- 2) Smertens variation over tid.
- 3) Grad af smerte ved brug af en visuel analog skala.

75% af lænderygpatienterne havde kronisk smerte, 20% havde recidiv, mens 5% havde akutte smerter. Der blev desuden anvendt et selvrapporteringsbatteri bestående af FABQ, Roland Morris Disability Questionnaire (Roland & Morris, 1983) samt to måleredskaber til at måle psykologisk stress og depression: The Modified Somatic Perception Questionnaire (Main, 1983) og The Modified Zung Depressive Intenventory (Zung, 1965).

Fremgangsmåden var: 1) undersøgelse af smerte, 2) udfyldelse af FABQ og 3) udfyldelse af spørgeskemaer om psykologisk stress. Basis for rækkefølge var en antagelse om, at fear-avoidance beliefs opstår efter smertedebut, og at depressive symptomer udvikles som følge af fear-avoidance beliefs.

Dataanalyse af test-retest og hovedstudie

Reliabiliteten af FABQ blev beregnet statistisk ud fra test-retest studiet på de 26 patienter.

Validiteten af skalastrukturen blev undersøgt statistisk med data fra begge studier, hvilket ialt omfatter 210 patienter.

Sammenhængen mellem fear-avoidance beliefs, aktivitetstab, arbejdsløshed, smerte, psykologisk stress og depressive symptomer blev beregnet statistisk med data fra hovedstudiet på 184 patienter.

Reliabilitet

Pålideligheden af FABQ blev fundet acceptabel. 71% af de individuelle svar var identiske ved retest efter 48 timer og den gennemsnitlige vægtede kappa-koefficient blev beregnet til at være 0,74 med et signifikansniveau på 0,001. Pearsons korrelationskoefficient for de to skalaer blev fundet til at være 0,95 og 0,88.

Validitet

Statistisk analyse viste, at de 16 udsagn i FABQ kunne kategoriseres under to komponenter, fear-avoidance beliefs omkring arbejde (FABQ1) og fear-avoidance beliefs omkring fysisk aktivitet (FABQ2).

Analyse af de enkelte udsagn og deres relation til hver af de to komponenter viste, at udsagn 13,14 og 16 var overflødige. Udsagn 1 kunne karakteriseres ved lav sammenhæng og uoverensstemmelse til hver af de to komponenter. Udsagn 8 passede ikke ind, da dette udsagn omhandler erstatningssag. Derfor indgår udsagn 1,8,13,14 og 16 ikke i beregning af score.

Spørgeskemaets homogenitet blev udtrykt ved internal consistency, som blev fundet til at være 0,88 for FABQ1 og 0,77 for FABQ2.

FABQ1 havde i betydelig grad relation til selv-rapporteret aktivitetsniveau og arbejdsløshed. FABQ2 forklarede i mindre grad selv-rapporteret aktivitetsniveau, og havde ingen sammenhæng med arbejdsløshed. FABQ1 og FABQ2 havde ringe sammenhæng med køn og ingen relation til alder. Aktivitetstab og arbejdsløshed havde ringe sammenhæng med smerte.

Det blev desuden fundet, at FABQ1 havde sammenhæng med grad af smerte, mens FABQ2 havde nogen sammenhæng med grad af smerte. Smertens udbredelse og variation over tid havde ringe sammenhæng med FABQ1 og FABQ2.

Samlet blev FABQ1 fundet gyldig til at kunne illustrere sammenhænge i relation til aktivitetstab og arbejdsløshed. FABQ2 var i mindre grad gyldig til at illustrere sammenhænge i relation til aktivitetstab og kunne ikke sige noget om arbejdsløshed hos kroniske lænderygpatienter.

8.4 Vurdering af reliabilitet og validitet af FABQ

Metoden til udvikling af FABQ opfylder kravet om pilotstudier af en relevant målgruppe som skitseret af Kjærgaard, Jørgensen, Mainz, & Willaing (2001). Om der før pilotstudierne er lavet en prætest, er ikke angivet.

Konklusionen er ikke beskrevet særskilt, men indgår i resultat- og diskussionsafsnit. Dette forringer overskuelighed og gennemsigtighed. Dog vurderer vi, at formålet er dækket, idet 1) et klinisk brugbart spørgeskema blev udviklet til at måle fear-avoidance beliefs omkring fysisk aktivitet og arbejde, og 2) spørgeskemaet blev brugt til at undersøge sammenhænge mellem lænderygbesvær, fear-avoidance beliefs, kronisk aktivitetstab og arbejdsløshed.

Inklusionskriteriet i test-retest var lænderygbesvær. Patienterne var udvalgt fra et skotsk hospitals fysioterapiafdeling. Det er ikke angivet, om der er tale om akut eller kronisk lænderygbesvær, samt om der er tale om uspecifik lænderygbesvær, nerverodssmerte eller alvorlig spinal patologi. Reliabiliteten er vurderet på baggrund af en bred gruppe af lænderygpatienter fra Skotland, der er sammenlignelig med en dansk gruppe af lænderygpatienter. Dette fordi der ikke er de store sociale og kulturelle forskelle mellem Skotland og Danmark i forbindelse med håndtering af lænderygbesvær.

Undersøgelse og vurdering af reliabilitet og validitet blev ud fra artiklen foretaget på to forskellige patientgrupper. Dette er problematisk, idet testen er udviklet til kroniske

lænderygpatienter, men reliabiliteten er testet på en bred gruppe af lænderygpatienter, hvor kronicitet ikke var angivet. Ligeledes kan man ved screening af en bred gruppe af lænderygpatienter ikke vide, om FABQ er valid til denne gruppe. Dette fordi der for henholdsvis akutte og kroniske lænderygpatienter kan være forskel på, hvordan udsagn i FABQ opfattes.

Validiteten blev undersøgt ved hjælp af hovedstudiet. Patienterne blev udvalgt fra forskellige hospitalsafdelinger i Skotland. At ét af inklusionskriterierne er engelsk som modersmål betyder, at etniske minoritetsgrupper ikke blev undersøgt. Dette har den betydning, at FABQ ikke er testet valid til lænderygpatienter med anden etnisk baggrund. Dette er fordi oplevelse af smerte er kulturelt bestemt (Waddell, 2004). Blandt de undersøgte lænderygpatienter havde 5% akutte smerter. Dette forringer validiteten af studiet, da FABQ blev udviklet til kroniske lænderygpatienter. Trods ovenstående kan gruppen af lænderygpatienter sammenlignes med en gruppe af lænderygpatienter i Danmark, der opfylder in- og eksklusionskriterierne bortset fra engelsk som modersmål.

Spørgeskemaets homogenitet, hvilket vil sige de forskellige spørgsmåls egenskaber til at belyse forskellige aspekter af fysisk aktivitet og arbejde er udtrykt ved internal consistency. Internal consistency for FABQ1 og 2 ligger tæt på 0,90, hvilket viser, at der både er sammenhæng mellem udsagnene samtidig med, at de ikke dækker over det samme emne.

Reliabiliteten blev vurderet ved test-retest studiet, hvor denne blev angivet ved den vægtede kappa-koefficient. Dette er forholdet mellem den observerede reproducerbarhed ud over den tilfældige og den potentielle reproducerbarhed ud over den tilfældige. Den observerede reproducerbarhed var på 71% (Lund & Røgind, 2004). Den vægtede kappa-koefficient blev angivet for et signifikansniveau på 0,001, hvilket ifølge Lund og Røgind (2004) overstiger det traditionelle signifikantniveau på 0,05. Den vægtede kappa-koefficient er anvendelig, idet den kan vurdere test-retest reliabiliteten af data angivet på en ordinalskala, hvilket er skalatypen anvendt i FABQ. Reliabilitet blev desuden angivet

ved korrelationen. Dette er den lineære sammenhæng mellem data, der er indsamlet fra de to separate test ved test-retest studiet. Her er korrelationen angivet ved hjælp af Pearsons korrelationskoefficient (r). Denne metode kan benyttes til data angivet på ratio- eller intervallskala, hvor data skal være normalfordelt (Beyer & Magnusson, 2003). Det er ikke beskrevet, hvilke data der er brugt til at beregne Pearsons korrelationskoefficient. Derfor kan det ikke vurderes, hvorvidt metoden er brugbar.

Af bias kan nævnes manglende blinding af undersøger under klinisk undersøgelse af lænderygpatienterne.

Rådata og mellemregninger er ikke angivet. Tabeller og figurer er benyttet til at beskrive signifikante resultater, hvor vi som læsere ikke har mulighed for at vurdere, hvorvidt beregningerne er korrekte.

Trods ovenstående kritikpunkter vurderes det, at FABQ1 er valid til at illustrere sammenhænge i relation til aktivitetstab og arbejdsløshed. FABQ2 er i mindre grad valid til at illustrere aktivitetstab og kan ikke illustrere arbejdsløshed hos kroniske lænderygpatienter. Dette fordi stikprøven til vurdering af validitet er repræsentativ og omfatter mange kroniske lænderygpatienter.

Dog undrer det os, hvorfor udsagn 1, 8, 13, 14 og 16 stadig er en del af spørgeskemaet, når de ikke tæller med i scoren. Dette skyldes ifølge ophavsmanden Gordon Waddell, at spørgeskemaet med de 16 udsagn er brugbart i sin originale form, mens en ændring vil kræve en ny psykometrisk validering.

Der eksisterer ifølge Gordon Waddell ingen klassificering af scoren. Det er ikke beskrevet, hvor mange point en lænderygpatient skal have for at være i risiko for at udvikle fear-avoidance adfærd. Dog eksisterer der en klassificering af scoren i FABQ. Vejledningen findes på en canadisk hjemmeside for fysioterapi (APTEI, u.å.). Gordon Waddell har kendskab til klassificeringen, men har ikke godkendt den. Istedet påpeger

han, at det man skal forholde sig til er, at jo højere scoren er, desto større grad af fear-avoidance beliefs er tilstede.

Dette forringer efter vores vurdering anvendeligheden af FABQ. Dette fordi klinikere uden en klassificering af scoren vil have sværere ved at afgøre, om graden af fear-avoidance beliefs er så betydelig, at behandling skal tilpasses.

9.0 Resultater

9.1 Oversættelse

De mest anvendte oversættelsesmetoder til patientbesvarede spørgeskemaer indebærer en tilbageoversættelse. Herunder hører den oversættelsesmetode, som er valgt i dette projekt. Dette blev fundet ved søgning i litteratur om oversættelsesmetoder til patientbesvarede spørgeskemaer.

FABQ er oversat efter internationale retningslinier, som de er skitseret under ”Manual til vurdering” (Forskning i fysioterapi, 2006). Retningslinierne er blevet fulgt og ophavsmanden, Gordon Waddell, har godkendt den tilbageoversatte version (bilag 11).

9.2 Interview

Der blev foretaget interview af ti respondenter. Dette for blandt andet at teste overfladevaliditeten af den danske version af FABQ. FABQ blev testet i forhold til forståelighed og overskuelighed af den danske version af FABQ. Efter hvert interview blev der foretaget transskribering og meningskondensering. Ud fra meningskondenseringen blev de deskriptive udsagn fra de enkelte respondenter anvendt til løbende at korrigere den danske version af FABQ.

Vejledningen om udfyldelse af spørgeskemaet blev af respondenterne generelt fundet forståelig, og størstedelen fandt den klar og enkel.

Udsagn nummer 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, 13, 14 og 15 blev af alle respondenter fundet forståelige. Derudover var alle respondenter i stand til at forklare indholdet i de enkelte udsagn. Dette ved brug af egne ord eller i form af eksempler fra deres egen sygehistorie.

Udsagn nummer 4 og 12 blev ligeledes fundet forståelige. Størstedelen af respondenterne hæftede sig ved ordet ”burde”. Otte ud af ti beskrev, at ordet ”burde” var et udtryk for deres egen forestilling. De resterende forstod ordet ”burde” som et udtryk for henholdsvis deres behandlers og arbejdsgivers forestilling.

Fire ud af ti respondenter syntes, at placeringen af udsagn nummer 8 var uhensigtsmæssig. De syntes desuden, at udsagnet ikke havde relation til de øvrige udsagn. Halvdelen af respondenterne bemærkede, at udsagnet kun kunne besvares med helt uenig eller helt enig. De anså det ikke som værende uhensigtsmæssig for forståeligheden. De øvrige respondenter havde ingen kommentarer i forhold til forståeligheden.

Ordet ”hårdt” i udsagn nummer 9 blev af fire respondenter forstået som fysisk hårdt. Fire respondenter opfattede ordet ”hårdt” som værende både fysisk og psykisk hårdt. To respondenter havde ingen kommentarer til forståelsen af ”hårdt”.

Halvdelen af respondenterne bemærkede, at der i udsagn nummer 10 indgik to forskellige udsagn i ét. De syntes, at det ene udsagn relaterede sig til en aktuel arbejdssituation, mens det andet drejede sig om en arbejdssituation i fremtiden.

To respondenter syntes, at udsagn nummer 16 var et ”hårdt” udsagn. Respondenterne forklarede dette med, at udsagnet var for konfronterende. Dette fordi de i forvejen havde problemer med at klare en hverdag med smerter. De udtalte, at den, der udleverede spørgeskemaet, skulle overveje, hvem spørgeskemaet blev udleveret til.

Trods ovenstående kommentarer syntes samtlige respondenter, at udsagn nummer 4, 8, 9, 10, 12 og 16 var forståelige.

Halvdelen af respondenterne syntes, at svarmulighederne var dækkende. De øvrige fem respondenter syntes, at der var for mange svarmuligheder. De foreslog, at der i stedet var tre til fire svarmuligheder. To respondenter i den sidstnævnte gruppe ønskede en linie, hvor de kunne anføre kommentarer.

Generelt syntes alle respondenter, at spørgeskemaet var klart og let at overskue.

I starten af interviewperioden var der en tydelig tendens til, at respondenterne sprang vejledningen om udfyldelse af spørgeskemaet over. Spørgeskemaet blev derfor korrigeret, så der blev større mellemrum mellem de enkelte afsnit. Dette resulterede i, at langt de fleste af de resterende respondenter, læste spørgeskemaet igennem kronologisk fra øverste venstre hjørne til nederste højre hjørne.

Samtlige respondenter syntes, at skriftstørrelsen og skrifttypen var passende og læsevenlig. Dog foreslog én af de første respondenter, at skrifttypen kunne ændres fra Times new roman til Arial, da denne skrifttype er mindre ”gnidret”. Skrifttypen blev derefter ændret til Arial. De resterende respondenter syntes alle, at denne skrifttype var læsevenlig.

Respondenterne blev forelagt en støvet lys grøn og hvid version af FABQ (bilag 20) samt en lys grå og hvid version. Samtlige respondenter foretrak den støvede lyse grønne version, da de fandt den indbydende, professionel og fremmede for overskueligheden. Modsat fandt de den lyse grå version kedelig, gnidret, og mindede dem om en masseproduceret offentlig skrivelse.

Af yderligere kommentarer nævnte samtlige respondenter, at de forstod fysisk aktivitet som et bredt begreb. Tre respondenter efterlyste en nærmere definition af fysisk aktivitet. I denne definition ønskede de det specificeret, om eksempelvis sport og herunder genoptræning indgik i begrebet fysisk aktivitet.

Begrebet arbejde ønskede samtlige respondenter en nærmere definition af. Dette fordi der var i tvivl om man i spørgeskemaet spurgte til et forhenværende arbejde, et nuværende arbejde eller et fremtidigt arbejde. De respondenter, som ikke var i arbejde på tidspunktet for interviewets gennemførelse, nævnte, at de havde svært ved at svare på udsagnene om arbejde.

Seks respondenter gjorde opmærksom på, at man som terapeut skulle overveje, hvem spørgeskemaet blev udleveret til. Dette fordi de mente, at der er forskel på, hvilken slags lænderygbesvær man har, og derved hvordan forskellige lænderygpatienter opfatter spørgeskemaet.

Terapeuten skulle desuden overveje, hvilken information der blev givet forud for udlevering af spørgeskemaet. Herunder hvem der ville få kendskab til spørgeskemaets resultater, og hvem der skulle anvende spørgeskemaets resultater. I den forbindelse blev forsikringsselskaber og offentlige myndigheder nævnt som nogle af de instanser, som respondenterne ikke ønskede skulle have kendskab til spørgeskemaets resultater.

Ni ud ti patienter læste og/eller udfyldte spørgeskemaet indenfor ti minutter. En enkelt respondent nåede ikke at læse spørgeskemaet igennem. Respondenten fik den ekstra tid, som var nødvendig til at læse spørgeskemaet igennem. Respondenten foreslog, at lænderygpatienter skal have 30 minutter til at udfylde spørgeskemaet. Dette fordi respondenterne mener, der skal være tid til at tænke over de enkelte udsagn.

Spørgeskema om Smerter, Fysisk Aktivitet og Arbejde

Her er nogle af de udsagn, som andre patienter har fortalt om deres smerter.

Følgende udsagn handler om, hvor meget fysiske aktiviteter, som at bukke sig, at løfte, at gå eller at køre, påvirker eller vil påvirke *dine* rygsmerter. Sæt ring om det tal, der passer bedst til din opfattelse af udsagnet.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
1	Mine smerter skyldes fysisk aktivitet	0	1	2	3	4	5	6
2	Fysisk aktivitet forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
3	Fysisk aktivitet kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
4	Jeg burde ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
5	Jeg kan ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6

De følgende udsagn handler om, hvordan dit arbejde påvirker eller kan komme til at påvirke dine rygsmerter.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
6	Mine smerter opstod som følge af mit arbejde eller ved en ulykke på mit arbejde	0	1	2	3	4	5	6
7	Mit arbejde har forværret mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
8	Jeg har søgt erstatning på grund af mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
9	Mit arbejde er for hårdt for mig	0	1	2	3	4	5	6
10	Mit arbejde forværrer eller vil forværre mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
11	Mit arbejde kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
12	Jeg burde ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
13	Jeg kan ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
14	Jeg kan ikke udføre mit arbejde, før mine smerter er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
15	Jeg tror ikke, at jeg kan vende tilbage til mit arbejde indenfor 3 måneder	0	1	2	3	4	5	6
16	Jeg tror ikke, at jeg nogensinde bliver i stand til at komme tilbage til mit nuværende arbejde	0	1	2	3	4	5	6

The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) af Waddell et al, 1993.
Oversat af Julie Sveistrup Jacobsen og Kristine Mølgaard Mogensen, 2006, Fysioterapeutskolen i Aarhus.

Den danske version af FABQ (Jacobsen & Mogensen, 2006).
(Originale format, se bilag 20).

10.0 Diskussion

10.1 Metode

Litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen blev foretaget på få databaser med forskningsartikler af højt evidensniveau. Dette betyder, at det var muligt, at foretage en udtømmende systematisk søgning på emnet fear-avoidance og gennemgå alle resumeer for deres relevans.

Litteratursøgningen på Bogbasen gav dækkende litteratur om emnet. Søgningen kunne have været suppleret med en søgning på www.bibliotek.dk, hvorved man med sikkerhed havde gennemgået alt litteratur af fysioterapeutisk relevans.

De anvendte artikler blev vurderet ud fra deres evidensniveau (Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2006), hvor de udvalgte artikler har et evidensniveau fra 1b til 2b. På den måde kunne det sikres, at den teoretiske baggrund for valg af emne og relevans af screening for fear-avoidance beliefs var holdbar.

Oversættelse

FABQ blev oversat efter en model med en tilbageoversættelse. Dette valg blev taget, idet det skulle være muligt for ophavsmanden at godkende den foreløbige danske version af FABQ. Konsekvensen af dette valg var, at to-panels modellen, beskrevet af Swaine-Verdier et al (2004) og Thorsen (2005), blev fravalgt. Dette betyder, at der ikke indgik et ekspert- og lægpanel i oversættelsesproceduren af FABQ til dansk. Et ekspertpanel havde sikret et højt sprogligt og fagligt niveau, hvor et lægpanel havde sikret, at oversættelsen blev forståelig for lægmand, før den skulle afprøves på en testpopulation (Swaine-Verdier et al, 2004; Thorsen, 2005).

Niveauet af oversættelsespanelets engelskkundskaber kan diskuteres. På den ene side udgøres panelet af en læge og en lektor i engelsk, som i form af deres uddannelse, arbejde samt deres erfaring med at formidle på både engelsk og dansk på fagligt og socialt niveau, er kvalificerede som engelsk-dansk oversættere. På den anden side kan man diskutere, om det sproglige niveau er for akademisk højt. Det vurderes, at niveauet

ikke er for højt, fordi fysioterapeutens engelskkundskaber ikke er på et højt akademisk niveau, men et lægmands niveau.

Tilbageoversættelsen blev foretaget af to blindede tilbageoversættere. Blindingen blev sikret ved, at tilbageoversætterne ikke kendte noget til FABQ forud for tilbageoversættelsen. Tilbageoversætternes danskundskaber blev sikret ved, at de havde været bosiddende i Danmark i mindst ti år og havde brugt det danske sprog dagligt i forbindelse med deres erhverv og fritid.

Det blev som tidligere nævnt valgt at benytte to tilbageoversættere for at modvirke misforståelser. Eventuelle misforståelse kunne være misfortolkning af et ord eller meningen af en sætning, hvor en eventuelt acceptabel dansk version af FABQ ville blive vurderet som ikke acceptabel. Konsekvensen ville have været omfattende, idet man måtte omformulere og reteste den danske version af FABQ

Interview

Overfladevaliditeten af den danske version af FABQ blev testet ved hjælp af interviews. Interviewene var placeret før tilbageoversættelsen fra dansk til engelsk. Fordelen ved dette var, at forståeligheden af den danske version af FABQ blev sikret, før der blev lavet en tilbageoversættelse. Herved er godkendelsen fra ophavsmanden af tilbageoversættelsen mere valid, idet der ikke er blevet foretaget ændringer efter, at den blev sendt.

Ti akutte og kroniske lænderygpatienter blev udvalgt til interviewundersøgelsen.

Antallet af respondenter opfyldte ophavsmandens ønske om, at patienterne skulle være repræsentative for gruppen af lænderygpatienter i Danmark. Et repræsentativt antal kræver i kvalitative studier 7-20 respondenter (Kvale, 2001).

Antal af respondenter svarer derudover også til antallet af respondenter, der blev udvalgt til test af den græske og norske udgave af FABQ. Disse versioner blev afprøvet på henholdsvis 13 kroniske lænderygpatienter (Georgoudis et al, 2006), samt 20 akutte og kroniske lænderygpatienter (Grotle et al, 2006).

Typen af lænderygbesvær for respondenterne var fordelt på fire akutte og seks kroniske lænderygpatienter. I det originale hovedstudie af Waddell et al (1993) var typen af lænderygbesvær i overvejende grad kronisk lænderygbesvær. Dette er fordi, at FABQ oprindeligt blev udviklet til kroniske lænderygpatienter. FABQ er dog siden blevet valideret til akutte patienter, se perspektiveringens side 45.

Eksklusionskriterier i det originale hovedstudie stemmer overens med eksklusionskriterier for udvælgelse af respondenter til interviewundersøgelse.

Reliabilitet af interviewene vurderes som gode. Interviewguiden blev brugt konsekvent, hvor konteksten og rollefordeling af interviewer og observatør var den samme under alle interviews. Dette også fordi transskriptions- og analysemetoder beskrevet i metodeafsnittet blev fulgt.

Validitet er også god, idet der er blevet benyttet metoder, som er valide til at undersøge oversættelsen af et udenlandsk spørgeskema (Kvale, 2001). Dette også fordi, at målgruppen i det originale studie og respondenterne i interviewene i dette projekt kan sammenlignes. Samtlige respondenter fra målgruppen i dette projekt fandt udsagnene i FABQ forståelige. Dette betyder også, at overfladevaliditeten af den danske version af FABQ er god.

10.2 Resultater

Oversættelse

Retningslinier for oversættelse angivet under "Manual til vurdering" (Forskning i fysioterapi, 2006) er blevet fulgt, og ophavsmanden Gordon Waddell har godkendt tilbageoversættelsen. Det vurderes derfor, at den danske version af FABQ er blevet oversat korrekt. Den danske version af FABQ kan herefter testes videre for reliabilitet og validitet, efter den er blevet testet for overfladevaliditet. Forslag til videre reliabilitets- og validitetsundersøgelser bliver beskrevet i perspektiveringens side 45.

Interview

De ti respondenter fandt samtlige udsagn forståelige. Det kan diskuteres, hvorvidt fremgangsmåden til test af forståelighed er beskrevet og gyldig. Dette fordi, de ordrette

udtalelser fra respondenterne ikke er gengivet fuldt i resultatafsnittet. Dette er et bevidst valg. Fokus i resultatafsnittet var at gengive, hvad der skulle ændres i den danske version af FABQ og ikke, hvad de enkelte respondenter tænkte om hvert enkelt udsagn.

Reliabiliteten af resultater fundet under interview og transkription må anses som god. Dette fordi, følgende er blevet overholdt: Konsekvent brug af interviewguide, ensartet kontekst, samme rollefordeling af interviewer og observatør, detaljeret beskrivelse af transskriptions- og analysemetode samt brug af pilotinterview som angivet i metodeafsnit.

Interviewene vurderes desuden til at være valide. Dette blandt andet fordi den oversatte version af FABQ er blevet testet efter metoder angivet som valide til test af et oversat spørgeskema. (Kvale, 2001). Desuden fandt samtlige respondenter udsagnene i den danske version af FABQ forståelige, hvilket som tidligere beskrevet betyder, at overfladevaliditeten af den danske version af FABQ er acceptabel.

Det kan diskuteres, om et kvalitativt forskningsinterview kan føre til gyldig videnskabelig viden. Interviewguiden er udviklet under en subjektiv vurdering for relevansen af en række emner og spørgsmål, der skulle indgå i interviewet. Samtidig har vi som forskere en effekt på vægtning af resultater. Vi har en forforståelse og teoretisk referenceramme, hvilket er beskrevet nærmere i metodeafsnittet. Vi har desuden et formål med interviewene, idet vi ønsker at bevise, at FABQ kan opfange personer, der er i risiko for at udvikle kronicitet. Det vurderes trods ovenstående, at FABQ har gennemgået valide og reliable metoder.

I ovenstående er metoder og resultater diskuteret, hvor det samlet er fundet, at den danske version af FABQ er oversat korrekt. Spørgsmålet er, om FABQ i sin originale version lever op til standarder for spørgeskemaer beskrevet af Olsen (2006).

FABQ er et spørgeskema, der henvender sig til lænderygpatienters holdninger til specifikke situationer. Spørgeskemaet kan uddeles via post, hvilket ifølge Olsen (2006) stiller krav til udformning af spørgsmål eller udsagn. Udsagnene i FABQ lever op til

dette, idet de er selvforklarende, korte og enkle. Der er ingen åbne spørgsmål, og der stilles ikke kundskabskrav til den, der besvarer spørgeskemaet. På samme måde er problemstillingen, og den teoretiske referenceramme, man ønsker at vide noget om, defineret i litteratur omkring emnet fear-avoidance.

Udsagnene i FABQ relaterer sig udover udsagn 8 til en tematisk sammenhæng. Udsagn 1-5 relaterer sig til begrebet fysisk aktivitet, hvor udsagn 6-16 relaterer sig til arbejde. Det betyder, at hvert enkelt udsagn vil blive forstået i en tematisk sammenhæng, hvilket er formålet med FABQ. Dette fordi, at man ønsker at undersøge, om udsagnene kan fortælle noget om aktivitetstab og arbejdsløshed for lænderygpatienter. Dette er som nævnt i baggrundsafsnittet muligt.

Omvendt er der elementer i FABQ, som ikke er konkret defineret. Dette er begrebet fysisk aktivitet. Der gives eksempler på, hvad fysisk aktivitet kan være, men samtidig er forståelse af begrebet afhængig af den enkelte. Dette blandt andet fordi der gives flere eksempler i vejledningen om, hvad fysisk aktivitet kan være. Det betyder, at man kan forstå begrebet på mange måder. Ordet arbejde kan ligeledes tolkes på flere måder, og der er ikke nævnt nogen eksempler på, hvilket der er tale om.

Ovenstående forringer kvaliteten af udsagnene, idet man som analytiker ikke kan være fuldstændig sikker på, hvordan fysisk aktivitet og arbejde forstås. Dette var tydeligt under interviewundersøgelsen på de ti lænderygpatienter, idet flere var i tvivl om og spurgte om, hvordan de skulle forstå ordene fysisk aktivitet og arbejde.

For at sikre valide svar og en høj svarprocent er det for spørgeskemaer endvidere vigtigt, at der benyttes entydige ord, hvor fokus er på én information (Olsen, 2006). Dette er ikke gældende for udsagn 6 og 10 samt vejledningen for udfyldelse af FABQ1 omkring arbejde og FABQ2 omkring fysisk aktivitet. Der vil kunne opstå forvirring både for den, der skal besvare spørgeskemaet, men også for klinikerne, der skal tolke svarene. Dette viste sig under interviewundersøgelsen for udsagn 10.

Udsagnene skal udover ovenstående være relevante for den, der skal besvare spørgeskemaet (Olsen, 2006). Det vil sige, at det ikke er hensigtsmæssigt at uddele spørgeskemaet til en person, der ikke er i arbejde. Dette betyder, at FABQ1 omkring arbejde kun kan bruges til lænderygpatienter, der har et arbejde eller for nylig har været i arbejde. Flere af interviewpersonerne foreslog, at man før udlevering af spørgeskemaet skulle definere, hvordan de skulle forstå arbejde. Dette skyldtes, at flere af respondenter ikke havde et arbejde, da vi foretog undersøgelsen. De var i tvivl om, hvad de skulle svare, hvilket er forståeligt, idet det ikke er meningen, at FABQ1 skal bruges til personer, der ikke er i arbejde (Waddell et al, 1993).

Udsagn 1,8,13,14 og 16 indgår ikke i beregning af score, hvilket skyldtes at de under den psykometriske validering foretaget af Waddell et al (1993) ikke blev fundet entydige og gyldige. Dette blev også fundet under interviews i forbindelse med test af den danske version af FABQ, idet flere respondenter havde bemærkninger til udsagn 8 og 16. Udsagnene er ikke blevet udtaget fra spørgeskemaet, idet Waddell et al (1993) ikke ønskede at foretage en ny validering, på grund af de ressourcer der er forbundet med dette. Dette vurderes som en ulempe ved FABQ.

Den danske version af FABQ vurderes trods ovenstående til at være brugbar i klinikken, hvor målgruppen for den danske version af FABQ er kroniske og akutte lænderygpatienter, der opfylder inklusionskriterierne, som er angivet i metodeafsnittet.

Retningslinier for oversættelse af patientbesvarede spørgeskemaer anbefaler, at der efter oversættelse og afprøvning på relevant målgruppe foretages en psykometrisk validering (Wild et al, 2005). Dette er ligeledes et krav fra ophavsmanden, Gordon Waddell, før den kan anses for værende fuldstændig valid til danske lænderygpatienter. Dette beskrives i perspektiveringen.

11.0 Konklusion

Den danske version af FABQ er oversat til dansk efter internationale retningslinier som skitseret under ”Manual til vurdering” (Forskning i fysioterapi, 2006). Disse retningslinier indebærer udover oversættelse fra originalsprog til dansk en tilbageoversættelse fra dansk til originalsprog, samt test af den danske version på ti akutte og kroniske lænderygpatienter. FABQ er oversat af et oversættelsespanel med varierende baggrund for så vidt angår uddannelse, engelskkundskaber og faglige perspektiv. De har udviklet en fælles version med vægt på en begrebsmæssig forståelse. Dette sammen med brug af en cand. mag. i dansk sikrede en tilfredsstillende sproglig og kulturel adaption af den første danske version af FABQ.

Efter korrektion af den foreløbige danske version er der blevet foretaget en overfladevalidering og herved adaptation. Dette er gjort ved hjælp af ti semistrukturerede interviews om spørgeskemaets forståelighed og overskuelighed. De ti respondenter er strategisk udvalgt med en fordeling på fire akutte og seks kroniske lænderygpatienter. Efter hvert interview er den danske version af FABQ løbende blevet korrigeret. Den danske version af FABQ er derved løbende blevet adapteret sprogligt og kulturelt til målgruppen for så vidt angår forståelighed og overskuelighed. Samtlige respondenter fandt de 16 udsagn forståelige og efter korrektion af layout, havde ingen respondenter problemer med at overskue og udfylde spørgeskemaet. Vi kan derfor konkludere at overfladevaliditeten er god. Flere respondenter havde dog bemærkninger til placering af udsagn nummer 8 og antal af svarmuligheder. Dette er dog ikke muligt at korrigere, fordi formålet med dette bachelorprojekt er oversættelse af et måleredskab og ikke udvikling af et nyt. Yderligere anbefalede respondenterne, at man som terapeut under udlevering af spørgeskemaet skulle overveje præinformation samt den tid, der er afsat til at udfylde spørgeskemaet. Samtlige respondenter udfyldte det på under ti minutter med undtagelse af en respondent som brugte 30 min.

En yderligere validering er sket ved, at den tilbageoversatte version fra dansk til originalsprog er godkendt af ortopædkirurg og professor Gordon Waddell. Han anbefaler, at der efter oversættelse og afprøvning på relevant målgruppe foretages en

psykometrisk validering, hvilket er i overensstemmelse med ISPOR's retningslinier om oversættelse af patientbesvarede spørgeskemaer (Wild et al, 2005).

Adaptationen af den danske version af FABQ er udover ovenstående sket med baggrund i en systematisk litteraturgennemgang, som vi vurderer som reliabel. Validiteten af litteraturgennemgangen vurderes som værende god i forhold til det systematiske valg af MeSH termer til brug under søgning af Cochrane og PubMed. Valg af fritekstsøgeord under søgning i PEDro, Bogbasen og på hjemmesider er mindre systematisk.

Afslutningsvis konkluderes det, at den danske version af FABQ er adapteret sprogligt og kulturelt til den testede danske gruppe lænderygpatienter.

12.0 Perspektivering

FABQ er oversat til dansk. Dette betyder dog ikke, at der er blevet udviklet et færdigt produkt, som er fuldt adapteret sprogligt og kulturelt til danske lænderygpatienter. Efter oversættelse anbefales psykometrisk validering af den danske version af FABQ. Dette vil kunne medvirke til yderligere kvalitetssikring af spørgeskemaet.

12.1 Kvalitetssikring

Psykometrisk validering omfatter reliabilitets- og validitestundersøgelser af FABQ til dansk kultur. Dette er ifølge Thorsen (2005) for at sikre pålidelighed og gyldighed af den oversatte version af FABQ til den nye kultur.

Reliabilitetsundersøgelse omfatter et test-retest studie på akutte og kroniske lænderygpatienter. Antallet af patienter i test-retest studier i en række udenlandske test af oversættelser ligger mellem 25 og 31 (Chaory et al, 2004; Georgoudis et al, 2006; Grotle et al, 2006; Jacob et al, 2001; Kovacs et al, 2005; Pflingsten, 2004; Pflingsten et al, 2000; Staerkle et al, 2004).

Reliabiliteten kan statistisk beregnes ud fra test-retest af den danske version af FABQ ved anvendelse af ICC (Intraclass Correlation Coefficient). ICC afspejler graden af sammenhæng og overensstemmelse mellem to eller flere måleværdier (Beyer &

Magnusson, 2003). Derudover skal der beregnes kappakoefficient, som er forholdet mellem den observerede reproducerbarhed ud over den tilfældige og den potentielle reproducerbarhed ud over den tilfældige. Pearsons korrelationskoefficient (r) benyttes ligeledes, hvilket er en test af den lineære sammenhæng mellem data fra test-retest (Lund & Røgind, 2004).

Undersøgelse af reliabilitet omfatter også undersøgelse af responsiveness, hvilket er en undersøgelse af FABQ's sensitivitet til at opfange ændringer over tid. Dette kan gøres ved at sammenligne den danske version af FABQ og RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire). RMDQ er tidligere brugt til undersøgelse af responsiveness af den græske version af FABQ (Georgoudis et al, 2006).

Validitetsundersøgelse anbefales udført på en større population af akutte og kroniske lænderygpatienter. Andre validitetsstudier på FABQ har brugt en populationsstørrelse varierende fra 70 til 388 lænderygpatienter (Chaory et al, 2004; Georgoudis et al, 2006; Grotle et al, 2006; Jacob et al, 2001; Kovacs et al, 2005; Pflingsten, 2004; Pflingsten et al, 2000; Staerkle et al, 2004).

Validiteten kan statistisk beregnes ved hjælp af en faktoranalyse. En faktoranalyse undersøger, om FABQ indeholder en eller flere skalaer/dimensioner, der hver for sig dækker et begreb. I relation til FABQ er disse begreber fysisk aktivitet og arbejde. Validering omfatter desuden undersøgelse af spørgeskemaets homogenitet ved hjælp af internal consistency. Dette dækker over en undersøgelse af de forskellige udsagns egenskaber til at belyse forskellige aspekter af fysisk aktivitet og arbejde (Beyer & Magnusson, 2003).

Af andre relevante validitetsundersøgelser anbefales undersøgelse af content validity, som er undersøgelse af, om FABQ indeholder et repræsentativt udvalg af tanker, som er relevante for begrebet fear-avoidance beliefs. Undersøgelse af predictive validity er, at FABQ undersøges for dets evne til at forudsige aktivitetstab og arbejdsløshed. Videre skal der foretages en undersøgelse af prescriptive validity, hvor FABQ testes til at være i stand til at afgøre, hvilken behandling en lænderygpatient bør tilbydes. Sidst skal FABQ

undersøges for construct validity. Dette er, om lænderygpatienters fysiske aktivitetsniveau og arbejdssituation har en sammenhæng med fear-avoidance beliefs omkring arbejde og fysisk aktivitet (Beyer & Magnusson, 2003).

Oversættelse og kvalitetssikring af den danske version af FABQ er en ressourcekrævende proces. Derfor skal det overvejes, hvad en dansk version af FABQ kan bidrage med indenfor fysioterapi i Danmark. En række studier beskrevet i litteraturgennemgangen har fundet, at FABQ kan forudsige fremtidig aktivitetsniveau og arbejdssituation. Dette betyder, at en dansk version af FABQ kan bruges til at screene lænderygpatienter i risiko for at udvikle fear-avoidance adfærd og eventuelt kronicitet. En række studier undersøger endvidere effekt af målrettet behandling til lænderygpatienter med fear-avoidance beliefs. Disse er ligeledes beskrevet under litteraturgennemgangen.

Vi forestiller os, at en dansk version af FABQ kan bidrage til at forebygge udvikling af kronisk lænderygbesvær for lænderygpatienter i Danmark. Implementering af FABQ kan foregå på flere måder både som et måleinstrumentet for den praktiserende fysioterapeut, men også som et redskab, der kan måle effekt af et behandlingsforløb i forbindelse med videreudvikling af behandlingsmetoder til lænderygpatienter i Danmark.

Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi Morten Høgh, Fysiocenter Århus, udtaler, at han mener, at FABQ i den nuværende form godt kan anvendes klinisk som en støtte/inspiration til vurdering af Fear Avoidance hos patienterne i praksis. Han mener desuden, at spørgeskemaet - efter en psykometrisk vurdering - kan indgå naturligt i udredningen af patienter med kroniske lænderygbesvær i såvel daglig praksis som i forbindelse med et projektforsøg.

FABQ kan udover implementering hos en praktiserende fysioterapeut benyttes på smerteskoler, hvor den kan bidrage til at belyse den kroniske patients tanker om sin situation. Tidligere studier har vist, at netop denne faktor er afgørende for eksempelvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

På amtsygehuset i Herlev har man oprettet en tværfaglig smerteskole, hvor patienter med kroniske non-maligne smerter modtager kognitiv behandling. Her har undersøgelser dog ikke kunnet bevise en samfundsøkonomisk gevinst af tværfaglig psykoedukativ gruppebehandling. Det anbefales blandt andet, at smerteskolen for at forbedre effekten skal tilbyde målrettet fysisk træning i grupper udover psykoedukativ gruppebehandling (Samuelsen, Hansen, Frölich, Svendsen & Kloster, 2006).

Som beskrevet ovenfor er det vigtigt, at behandlingen af de lænderygpatienter, der er i risiko for at udvikle kronicitet og de, der er kronikere, tilbydes en målrettet behandling. Flere studier har fundet effekt af kognitiv behandling, hvor en række uddybes i nedenstående afsnit.

12.2 Målrettet behandling

I et 5-års follow-up studie på et randomiseret klinisk forsøg af Linton & Andersson (2000) finder Linton & Nordin (2006), at kognitiv behandling har langtidseffekt på patienter med nakke og rygsmerte samt fear-avoidance beliefs. 213 patienter deltog i forsøget. Den kognitive behandling for interventionsgruppen bestod af undervisning i aktive coping og problemløsende strategier. Kontrolgruppen fik standardiseret skriftlig information om at holde sig aktive. Ved follow-up fandt man, at der var betydelige forbedringer i smerteintensitet, aktivitetsniveau, livskvalitet og helbredstilstand for behandlingsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Desuden blev det fundet, at kognitiv behandling har sundhedsmæssige og økonomiske fordele. På lang sigt i form af mindre sygefravær og færre udgifter til sundhedsvæsenet.

Flere studier undersøger effekten af kognitiv behandling sammenlignet med andre behandlingsformer. I den forbindelse har Storheim et al (2003) undersøgt effekten af kognitiv og aktiv behandling i et randomiseret kontrolleret forsøg på 93 patienter med subakut lænderygbesvær og fear-avoidance beliefs. Studiet viser, at både kognitiv behandling og specifik fysisk træning resulterer i smertereduktion og øget aktivitetsniveau. Den kognitive behandling havde dog yderligere en positiv effekt på gule flag og herunder fear-avoidance beliefs, mens specifik fysisk træning medførte et

øget aktivitetsniveau i interventionsperioden. Man konkluderer i studiet, at en positiv effekt på gule flag har en større langtidseffekt og derved positiv effekt på arbejdssituation, hvor specifik træning kræver motivation fra den enkelte patient. Afsluttende anbefales det, at man i fremtiden kombinerer specifik fysisk træning med kognitiv terapi for de patienter, der er i risiko for udvikling af kronicitet. Dette er gjort i et klinisk kontrolleret forsøg på 64 kroniske lænderygpatienter af Brox et al (2003), hvor effekten af specifik fysisk træning og kognitiv behandling sammenlignes med dese-operation og postoperativ fysioterapi. Ved et-års follow-up kunne det konkluderes, at der ikke var forskel på de to grupper i forhold til smerteintensitet, brug af smertemedicin, emotionel stress, livskvalitet eller arbejdssituation. Udgifter til operation var tre gange højere end udgifter til kognitiv behandling og øvelsesterapi.

I et Cochrane review (Ostelo, van Tulder, Vlaeyen, Linton, Morley, & Assendelft, 2005) omkring kognitiv behandling af kroniske lænderygpatienter findes der stærk evidens for kognitiv behandling sammenlignet med ingen behandling. Den kognitive behandling, som viste sig at have størst effekt, indebar progressive afspændingsteknikker. Forfatterne anbefaler denne intervention frem for ingen, men anbefaler endvidere, at videre studier undersøger, hvilke patienter der skal tilbydes kognitiv behandling, og om andre former for kognitiv behandling har effekt på kroniske lænderygpatienter.

Ud fra ovenstående studier er der fundet effekt af kognitiv behandling for lænderygpatienter med fear-avoidance beliefs (Linton & Nordin, 2006; Linton & Ryberg, 2001; Storheim et al, 2003). Spørgsmålet er herefter, om der er publiceret studier, som beviser det modsatte. Jellema, van der Windt, van der Horst, Blankenstein, Bouter, & Stalman (2005) undersøgte 314 subakutte patienter med lænderygbesvær og fandt ingen effekt af kognitiv behandling. Forfatterne mener, at dette skyldtes, at den kognitive behandling kun varede 20 minutter. Dette står i modsætning til andre studier, hvor kognitiv behandling viste sig af have effekt. Selve interventionen i disse studier varede fra fire til 30 timer fordelt over to til 15 uger (Brox et al, 2003; Moore, Von Korff, Cherkin, Saunders, & Lorig, 2000; Storheim et al, 2003).

Der er altså ifølge ovenstående fundet effekt af kognitiv behandling, men også specifik fysisk træning. Ud fra dette vurderes det, at det er mest effektivt at supplere den kognitive behandling med målrettet fysisk træning. Forløbet forestiller vi skal superviseres af både en fysioterapeut og en psykolog, hvor de tilbyder henholdsvis træning og kognitiv behandling. Optimalt bliver der oprettet et tværfagligt samarbejde, hvor træning suppleres med metoder indenfor adfærdsterapi. Adfærdsterapi er i den forbindelse, at lænderygpatienter lærer, at bevægelse ikke er farligt, og derved bliver motiveret til at bevæge sig mere under støtte af både fysioterapeut og psykolog. Som nævnt er det FABQ, der skal opfange de personer, der skal tilbydes denne behandling. FABQ er oprindeligt udviklet til kroniske lænderygpatienter, men flere studier tyder på, at den er brugbar til en større gruppe.

12.3 Målgruppe for den danske version af FABQ

FABQ er fundet brugbar til andre grupper af patienter end akutte og kroniske lænderygpatienter i alderen 18-60 år.

Linton & Nordin (2006) benytter FABQ på nakkepatienter. Basler, Quint, & Wolf (2006) finder, at fear-avoidance beliefs også er tilstede hos rygpatienter i alderen mellem 60 og 80 år. Fear-avoidance beliefs hos denne gruppe kunne indikere funktionsniveau, og det anbefales derfor, at FABQ i fremtiden bruges til at screene rygpatienter i alderen 60-80 år. FABQ kan altså bruges til langt flere patientgrupper end gruppen af kroniske og akutte lænderygpatienter som beskrevet ovenfor. Spørgsmålet er herefter, hvordan den danske version af FABQ kan implementeres i Danmark.

12.4 Implementering af FABQ

I forbindelse med den praktiske implementering af den danske version af FABQ i klinikken, er det vigtigt at overveje, hvordan og hvornår spørgeskemaet udleveres. I den forbindelse er der under litteraturgennemgangen ikke fundet konkrete retningslinier for, hvordan og hvornår FABQ skal udleveres, og dette bekræftes af Gorrdon Waddell.

Klenerman et al (1995) har fundet, at lænderygpatienter, der to måneder efter smertedebut fortsat har fear-avoidance beliefs, bliver kroniske lænderygpatienter. Forfatterne anbefaler derfor tidlig screening for fear-avoidance beliefs. Spørgeskemaet er i alle valideringsstudier blevet udleveret og udfyldt ved første konsultation, hvor dette er beskrevet under reliabilitetstesten, test-retest (Chaory et al, 2004; Georgoudis et al, 2006; Grotle et al, 2006; Jacob et al, 2001; Pflingsten et al, 2000; Staerkle et al, 2004).

Ud fra ovenstående, resultater af interview og egne overvejelser anbefaler vi, at spørgeskemaet udleveres i slutningen af første konsultation. Dette hvis fysioterapeuten under anamneseoptagelse og de første kliniske undersøgelser får mistanke om, at lænderygpatienten er i risiko for at udvikle fear-avoidance adfærd. Lænderygpatienten kan i den forbindelse få spørgeskemaet med hjem og udfylde det. Patienten kan også vælge at udfylde spørgeskemaet umiddelbart efter konsultation og derefter aflevere det. Den danske version af FABQ kan udover ovenstående udleveres på ethvert tidspunkt i et behandlingsforløb, hvis behandling ikke har tilstrækkelig effekt, og fysioterapeuten har mistanke om fear-avoidance adfærd (bilag 21).

I valideringsstudier af FABQ findes det, at fear-avoidance beliefs ikke har en signifikant sammenhæng til grad af smerte (Chaory et al, 2004; Georgoudis et al, 2006; Grotle et al, 2006; Jacob et al, 2001; Pflingsten et al, 2000; Staerkle et al, 2004; Waddell et al, 1993). Derfor anbefaler vi, at FABQ benyttes som et af flere måleredskaber. Måleredskaber, der blandt andet er anvendt sammen med FABQ, er: VAS (visuel analog skala), RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire), ODI (Oswestry Disability Index), MSPQ (Modified Somatic perception Questionnaire og SDS (Self-rating Depression Scale).

Det er vores håb, at danske fysioterapeuter samt andre faggrupper på rygområdet, som har kontakt med lænderygpatienter, vil bruge den danske version af FABQ. Et tværfagligt samarbejde kunne bestå af fysioterapeuter, kiropraktorer, læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og ergoterapeuter. Den danske version af FABQ vil være anvendelig, når den har gennemgået de nødvendige psykometriske undersøgelser.

Herved kan behandlingen i højere grad målrettes. Dette vil forhåbentligt kunne med medføre en reduktion af de samlede samfundsmæssige omkostninger som følge af lænderygbesvær i Danmark.

Forskningsansvarlig terapeut på Århus Sygehus Thomas Maribo anbefaler en publicering af den danske version af FABQ. En publicering vil resultere i, at oversættelsen bliver tilgængelig. Dette er af væsentlig betydning, idet en publicering vil forhindre, at der kommer forskellige oversættelser af FABQ. Dette er tidligere set ved andre oversatte og upublicerede test. I den forbindelse er det set, at terapeuter tilføjer eller ændrer i teksten, hvorved en oversat test ikke længere er identisk med den originale version. Dette vil en publicering modvirke. Thomas Maribo udtaler endvidere, at man på nuværende tidspunkt overvejer en klinisk database på rygområdet. Her mangler der screeningsredskaber til vurdering af fear-avoidance. FABQ er i hans øjne et instrument, der med fordel kan anvendes som en del af den fysioterapeutiske undersøgelse. Han forestiller sig desuden, at FABQ vil kunne anvendes i projekter i forskellige sektorer.

En publicering af den danske version af FABQ er oplagt.

Antal tegn uden mellemrum og inklusiv referencer: 83.322.

Udarbejdet af: Kristine Mølgaard Mogensen & Julie Sveistrup Jacobsen

Litteraturliste

- Airaksinen, O. et al (2004). *European Guidelines for the Management of Chronic Nonspecific Low Back Pain*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web:
<http://www.impactmedecine.fr/impact/site/documents/recoseulombalgiechronique.pdf>.
- APTEI, Advanced Physical Therapy Education Institute (u.å.). *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: <http://www.aptei.com/articles/pdf/FearAvoidanceQuestionnaire.pdf>
- Basler, H. D., Quint S., & Wolf, U. (2006). Fear-avoidance beliefs and physical function in elderly individuals with chronic low back pain. *Schmerz*, 20 (3), 189-197.
- Beyer, N., & Magnusson, P. (2003). *Målemetoder i fysioterapi*. København: Munksgaard.
- Boersma, K., Linton, S., Overmeer, T., Jansson M., Vlaeyen J., & de Jong, J. (2004). Lowering fear-avoidance and enhancing function through exposure in vivo. A multiple baseline study across six patients with back pain. *Pain*, 108, 8-16.
- Brox, J. I. et al (2003). Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine*, 28 (17), 1913-1921.
- Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20 (6), 722-728.
- Chaory, K. et al (2004). Validation of the French version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. *Spine*, 15 (29), 908-913.

- Crombez, G., Vlayen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, *80*, 329-339.
- ERIQA, European Regulatory Issues on Quality of Life Assessment (2006, 2. oktober). *Linguistic validation*. Lokaliseret den 2. oktober 2006 på World Wide Web: http://www.mapi-research.fr/i_02_intr.htm.
- Forskning i fysioterapi (2006, 18. december). *Manual til vurdering*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: <http://www.ffy.dk/sw2828.asp>.
- Fritz, J. M., George S. Z., & Delitto, A. (2001). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain*, *94* (1), 7-15.
- Fritz, J. M. & George S. Z. (2002). Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*, *82* (10), 973-983.
- George, S. Z., Fritz, J. M., & McNeil, D. W. (2006). Fear-avoidance beliefs as measured by the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire: change in Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire is predictive of change in self-report of disability and pain intensity for patients with acute low back pain. *Pain*, *22* (2), 197-203.
- Georgoudis, G., Papathanasiou, G., Spiropoulos, P., & Katsoulakis, K. (2006). *Cognitive assessment of musculoskeletal pain with a newly validated Greek version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>.

- Grotle, M., Brox, J. L., & Vollestad, N. K. (2006). Reliability, validity and responsiveness of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38 (6), 346-353.
- Grotle, M., Vollestad, N. K., Veierod, M. B., & Brox, J. L. (2004). Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112 (3), 343-352.
- Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Saur, P., & Jansen, J. (1997). Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine*, 22 (9), 990-1001.
- Holm, I., Friis, A., Storheim, K., & Brox, J. I. (2003). Measuring self-reported functional status and pain in patients with chronic low back pain by postal questionnaires. *Spine*, 28 (8), 828-833.
- ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement (2006, 18. december). *Low back pain, adult*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=149>.
- Jacob, T., Baras, M., Zeev, A., & Epstein, L. (2001). Low back pain: reliability of a set of pain measurement tools. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 82 (6), 735-742.
- Jellema, P., van der Windt, D. A., van der Horst, H. E., Blankenstein, A. H., Bouter, L. M., & Stalman, W. A. (2005). Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain*, 118 (3), 350-359.

- Jensen, T. S., Dahl, J. B., & Arendt-Nielsen, L. (2003). *Smerter: en lærebog*. København: FADL's Forlag.
- Kamper-Jørgensen, F., & Almind, G. (2003). *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard.
- Kilsgaard, J. (2002). *Prædiktive faktorer for udvikling af erhvervshindrende lænderygbesvær. Afprøvning af et screeningsredskab*. Aarhus Universitet: Master of Public Health uddannelsen.
- Kjærgaard, J., Jørgensen, T., Mainz, J., & Willaing, I. (2001). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog*. København: Munksgaard.
- Klenerman, L. et al. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Pain*, 20 (4), 478-484.
- Kovacs, F. M., Muriel, A., Abriaira, V., Medina, J. M., Castillo Sanchez, M. D., & Olabe, J. (2005). The influence of fear-avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine*, 15 (30), E676-682.
- Kvale, S. (2001). *Interview. Introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lenderking, W. R. (2005). Comments on the ISPOR Task Force Report on translation and adaptation of outcome measures: guidelines and the need for more research. *Value in Health*, 8 (2), 92-93.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception--I. *Behaviour Research and Therapy*, 21 (4), 401-408.

- Lind, P. (2004). *Ryggen – undersøgelse og behandling*. København: FADL's Forlag.
- Linton, S. J., & Andersson, T. (2000). Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*, 25 (21), 2825-2831.
- Linton, S. J., & Nordin, E. (2006). A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine*, 31 (8), 853-858.
- Linton, S. J., & Ryberg, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90 (1-2), 83-90.
- Lund, H., & Røgind, H. (2004) *Statistik i ord*. København: Munksgaard.
- Main, C. J. (1983). The Modified Somatic Perception Questionnaire (MSPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 27 (6), 503-514.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medicinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mannion, A. F., Junge, A., Taimela, S., Muntener, M., Lorenzo, K., & Dvorak, J. (2001). Active therapy for chronic low back pain: part 3. Factors influencing self-rated disability and its change following therapy. *Spine*, 26 (8), 920-929.
- Mapi Research Institute (2006, 5. december). *Patient-Reported Outcomes*. Lokaliseret den 5. December 2006 på World Wide Web: http://www.mapi-research.fr/t_03_serv_proqolid.htm

- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994), *Classification of Chronic Pain, Second Edition*.
Lokaliseret den 9. December 2006 på World Wide Web: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2687#TOC.
- Moore, J. E., Von Korff, M., Cherkin, D., Saunders, K., & Lorig, K. (2000) A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. *Pain*, 88 (2), 145-153.
- NZGG, New Zealand Guidelines Group (October 2004 Edition). *New Zealand Acute Low Back Pain Guide*. Lokaliseret den 18. December 2006 på World Wide Web:
http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0072/acc1038_col.pdf.
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and opportunities with interview transcription: towards reflection in qualitative research, *Social Forces*, 84 (2), 1273-1289.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Ostelo, R. W., van Tulder M. W., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S. J., & Assendelft, W. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain (review). *The Cochrane Library*, (4), 1-25.
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2006, 18. december). *Levels of evidence and grades of recommendation*. Lokaliseret den 18. December 2006 på World Wide Web: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Pfingsten, M. (2004). Fear-avoidance beliefs in patients with back pain. Psychometric properties of the German version of the FABQ. *Schmerz*, 18 (1), 17-27.

Pfingsten, M. et al (2001). Fear-avoidance behaviour and anticipation of pain in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study. *Pain Medicine*, 2 (4), 259-266.

Pfingsten, M., Kroner-Herwig, B., Leibing, E., Kronshage, U., & Hildebrandt, J. (2000). Validation of the German version of the Fear-avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *European Journal of pain*, 4 (3), 259-266.

Politikken (2005). *Politikkens nudansk ordbog med etymologi*. København: JP/Politikens Forlagshus A/S.

Riley, J. F., Ahem, D. K., & Follick, M. J. (1988). Chronic pain and functional impairment; assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69 (8), 579-582.

Roland, M. & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*, 8 (2), 141-144.

Samuelsen, S., Hansen, R., Frölich, S., Svendsen, A., & Kloster, B. (2006). *Smerteskole – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6 (3).

Sandstrom, J. & Esbjornsson, E. (1986). Return to work after rehabilitation. The significance of the patient's own prediction. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 18 (1), 29-33.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2000). *Ont i ryggen, ondt i nacken*.

Lokaliseret den 18. December 2006 på World Wide Web:

<http://www.sbu.se/www/index.asp>

Spitzer, W. O. et al (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on spinal disorders, *Spine*, 12 (7S) (Suppl 1), 1-59.

Staerke, R. et al (2004). Longitudinal validation of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low back pain patients. *European Spine Journal*, 13 (4), 332-340.

Storheim, K., Brox, J. L., Holm, I., Koller, A. K., & Bo, K. (2003). Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35 (3), 132-140.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Sundhedsstyrelsen (1999). *Ondt i ryggen: forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv*. København: Statens Institut for Medicinsk teknologivurdering.

Swaine-Verdier, A. Doward, L. C., Hagell, P., Thorsen, H., & McKenna, S. P. (2004). Adapting quality of life instruments. *Value in Health*, 7 (Suppl 7), 27-30.

Swinkels-Meevisse, E.J., Swinkels, R. A., Verbeek, A. L., Vlaeyen, J. W., & Oostendorp, R. A. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for

kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8 (1), 29-36.

Thorsen, H. (2005). *Spørgeskemaer i klinisk forskning. Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: http://www.ffy.dk/graphics/PDF-filer/Metodeartikler/2005/Metodeartikel_spoergeskema_oversaettelse_Hanne_Thorsen_november2005.pdf

van Tulder, M. et al (2004). *European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain in Primary Care*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: http://www.backpainurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf.

Vlaeyen, J. W., de Jong, J., Geilen, M., Heuts P. H., & van Breukelen, G. (2002). The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *The Clinical Journal of Pain*, 18 (4), 251-261.

Vlaeyen, J. W., & Linton S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85 (3), 317-332.

Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. London: Churchill Livingstone.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52 (2), 157-168.

WHO, World Health Organisation (2006, 18. december). *Process of translation and adaptation of instruments*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.

Wild, D. et al (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO). Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94-104.

Zung, W. W. K. (1965). A Self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Baggrundslitteratur

Andersen, S. E. (2005). Effektiv artikellæsning. *Fysioterapeuten*, (19), 6-17.

Domholdt, E. (2005) *Rehabilitation Research*. St. Louis: Elsevier Saunders.

Lund, H. (2003). *Kritisk vurdering af en oversigtsartikel*. Lokaliseret den 18. december 2006 på World Wide Web: http://www.ffy.dk/graphics/PDF-filer/Metodeartikler/2000/Kritisk_vurdering_oversigtsartikel_2000.pdf.

Macleane, L. M., Meyer M., & Estable A. (2004). Improving Accuracy of Transcripts in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14 (1), 113-123.

McKenna, S. P. & Doward, L. C (2005). The translation and cultural adaptation of patient-reported outcome measures. *Value in Health*, 8 (2), 89-91.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2002). *Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. København: Samfundslitteratur.

Litteraturliste er refereret efter APA metoden til registrering af litteratur.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Cochrane søgning uge 35.

Bilag 2: Cochrane søgning uge 46.

Bilag 3: PubMed søgning uge 35.

Bilag 4: PubMed søgning uge 46.

Bilag 5: PEDro søgning uge 35.

Bilag 6: PEDro søgning uge 46.

Bilag 7: Bogbasen søgning uge 35.

Bilag 8: Bogbasen søgning uge 46.

Bilag 9: Følgebrev til oversættere fra engelsk til dansk.

Bilag 10: Følgebrev til korrekturlæser.

Bilag 11: Godkendelse af tilbageoversættelse af den danske version af FABQ.

Bilag 12: Tilladelse til oversættelse af FABQ.

Bilag 13: Interviewguide.

Bilag 14: Samtykkeerklæring.

Bilag 15: Eksempel på meningskondensering.

Bilag 16: Svar fra Den Videnskabetiske Komite for Århus Amt.

Bilag 17: Skriftlig information om emne til respondenter.

Bilag 18: Tilladelse fra Datatilsynet.

Bilag 19: Oversigt over gule flag.

Bilag 20: Den danske version af FABQ.

Bilag 21: Retningslinier ved brug af den danske version af FABQ.

Bilag 1

Cochrane

Search all Cochrane products.

<u>Søgning</u>		<u>Resultater</u>
#1	Search "Back Pain" [MeSH]	1421
#2	Search "Behavior and Behavior Mechanisms [MeSH)	37539
#3	Search "Psychology [MeSH]	466
#4	Search (fear avoidance) AND (#1 OR #2 OR #3)	11
#5	Search fear-avoidance	186
#6	Search (fear avoidance beliefs questionnaire) OR (FABQ)	23

Søgning på Cochrane er foretaget i uge 35.

Søgning #4, #5 og #6 er gennemgået.

Bilag 2

Cochrane

Search all Cochrane products.

<u>Søgning</u>		<u>Resultater</u>
#1	Search "Back Pain" [MeSH]	904
#2	Search "Behavior and Behavior Mechanisms [MeSH)	21821
#3	Search "Psychology [MeSH]	280
#4	Search (fear avoidance) AND (#1 OR #2 OR #3)	13
#5	Search fear-avoidance	192
#6	Search (fear avoidance beliefs questionnaire) OR (FABQ)	25

Søgning på Cochrane er foretaget i uge 46.

Søgning #4, #5 og #6 er gennemgået.

Bilag 3

PubMed

Limits: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Clinical Trial, Letter, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Humans.

<u>Søgning</u>	<u>Resultater</u>
#1 Search "Back Pain" [MeSH]	18502
#2 Search "Behavior and Behavior Mechanisms [MeSH] OR "Behavior" [MeSH] OR "Defense Mechanisms" [MeSH]	1310096
#3 Search "Psychology [MeSH]	44363
#4 Search fear avoidance AND (#1 OR #2 OR #3)	1876
#5 Search fear-avoidance with Limits.	154
#6 Search fear avoidance beliefs questionnaire OR FABQ with Limits.	20
#7 Search FABQ	29

Søgning på PubMed er foretaget i uge 35.

Søgning #5, #6 og #7 er gennemgået.

Bilag 4

PubMed

Limits: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Clinical Trial, Letter, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Humans.

<u>Søgning</u>	<u>Resultater</u>
#1 Search "Back Pain" [MeSH]	18188
#2 Search "Behavior and Behavior Mechanisms [MeSH) OR "Behavior" [MeSH] OR" Defense Mechanisms" [MeSH]	1323876
#3 Search "Psychology [MeSH]	44745
#4 Search fear avoidance AND (#1 OR #2 OR #3)	1906
#5 Search fear-avoidance with Limits.	156
#6 Search fear avoidance beliefs questionnaire OR FABQ with Limits.	20
#7 Search FABQ	35

Søgning på PubMed er foretaget i uge 46.

Søgning #5, #6 og #7 er gennemgået.

Bilag 5

Søgeresultat Pedro i uge 35

Søgekriterier

1. Kilder fra 1983.
2. Resume skal være tilgængeligt.

Særligt

1. Ej muligt at kombinere OR og AND i én søgning.
2. [-] = Søgning er ikke gennemgået på grund af for mange søgeresultater.

Kategori	Søgeord	Resultat	Udvalgte
Abstract and title (=fritekst)	Back pain	1074	-
	Psychology	6	0
	Behavior and behavior mechanisms	11	0
	Fear avoidance	3	0
Problem	Pain	2834	-
Body part	Lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis	845	-
Therapy	Behavior modification	1032	-
	Health promotion	523	-
	Education	1434	-
Kombinationer	Pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	772	-
	Behaviour modification + pain + AND	341	-
	Behaviour modification + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	123	-
	Behaviour modification + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	122	-
	Behaviour modification + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + systematic reviews + AND	25	2
	Health promotion + lumbar spine, sacro-	30	0

	iliac joint or pelvis		
	Education + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis	231	-
	Education + pain	418	-
	Health promotion + pain	42	0
	Health promotion + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + pain + AND	18	0
	Health promotion + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + systematic reviews + AND	4	0
	Education + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + pain + AND	218	-
	Education + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + systematic reviews + AND	42	1
Abstract and title(=fritekst)	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire AND FABQ	0	0
	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire	1	0
	FABQ	1	1

Bilag 6

Søgeresultat Pedro i uge 46

Søgemåder

1. Kilder fra 1983.
2. Resume skal være tilgængeligt Kriteriet, kilder fra 1983.

Særligt

1. Ej muligt at kombinere OR og AND i én søgning.
2. [-] = Søgning er ikke gennemgået på grund af for mange søgeresultater.

Kategori	Søgeord	Resultat	Udvalgte
Abstract and title (=fritekst)	Back pain	1086	-
	Psychology	8	0
	Behavior and behavior mechanisms	10	0
	Fear avoidance	4	1
Problem	Pain	2918	-
Body part	Lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis	869	-
Therapy	Behavior modification	1042	-
	Health promotion	527	-
	Education	1464	-
Kombinationer	Pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	794	-
	Behaviour modification + pain + AND	347	-
	Behaviour modification + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	126	-
	Behaviour modification + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + AND	125	-
	Behaviour modification + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis +	24	4

	systematic reviews + AND		
	Health promotion + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis	30	2
	Education + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis	230	-
	Education + pain	501	-
	Health promotion + pain	42	-
	Health promotion + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + pain + AND	18	0
	Health promotion + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + systematic reviews + AND	4	0
	Education + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + pain + AND	217	-
	Education + pain + lumbar spine, sacro-iliac joint or pelvis + systematic reviews + AND	41	2
Abstract and title (=fritekst)	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire AND FABQ	0	0
	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire	1	0
	FABQ	1	1

Bilag 7

Søgeresultat Bogbasen i uge 35

Søgekriterier

3. Efter 1983.
4. Alle typer materialer.
5. Alle sprog.

Særligt

3. Kan søge på engelske ord.
4. Forbindelsesled – og/eller – skal være på dansk.
5. Søgning på enkelt ord bedst.

Udvælgelseskriterier

1. Ej manipulation, stabilitet, træning, operation, muskler, twin-heels, arbejde, løft, MR scanning, skulder, hofte, fibromyalgi, whiplash, nakke, idræt, arbejdsmiljø, ældre, neurologi, tortur.

Søgeord	Resultat	Udvalgte
Fear avoidance	1	1
Fear avoidance og low back pain	0	0
Low back pain og questionnaire	0	0
FABQ eller fear avoidance beliefs questionnaire	0	0
TSK eller Tampa scale for kinesiophobia eller Tampa scale of kinesiophobia	0	0
Linton og Halldéns questionnaire	0	0
Low back pain	34	17
Lænderygbesvær	27	9
Lumbago	3	2
Gule flag	6	5
Yellow flags	5	4
Kronisk smerte	41	19
Chronic pain	3	1
Psykosocial	51	10
Psychosocial	16	7
Waddell	3	2
Bendix	8	1
Rygbehandling	3	1
Back og treatment	6	2

Bilag 8

Søgeresultat Bogbasen i uge 46

Søgekriterier

6. Efter 1983.
7. Alle typer materialer.
8. Alle sprog.

Særligt

6. Kan søge på engelske ord.
7. Forbindelsesled – og/eller – skal være på dansk.
8. Søgning på enkelt ord bedst.

Udvælgelseskriterier

2. Ej manipulation, stabilitet, træning, operation, muskler, twin-heels, arbejde, løft, MR scanning, skulder, hofte, fibromyalgi, whiplash, nakke, idræt, arbejdsmiljø, ældre, neurologi, tortur.

Søgeord	Resultat	Udvalgte
Fear avoidance	1	1
Fear avoidance og low back pain	0	0
Low back pain og questionnaire	0	0
FABQ eller fear avoidance beliefs questionnaire	0	0
TSK eller Tampa scale for kinesiophobia eller Tampa scale of kinesiophobia	0	0
Linton og Halldéns questionnaire	0	0
Low back pain	35	17
Lænderygbesvær	27	9
Lumbago	3	2
Gule flag	6	5
Yellow flags	5	4
Kronisk smerte	44	21
Chronic pain	4	1
Psykosocial	51	10
Psychosocial	15	7
Waddell	3	2
Bendix	9	2
Rygbehandling	3	1
Back og treatment	6	2

Bilag 9

Århus d. 10.10.06

Kære oversætter

Tak for dit foreløbige mundtlige tilsagn om at ville hjælpe os med at oversætte et spørgeskema.

Vi er 2 fysioterapeutstuderende, som er i gang med vores bachelorprojekt på Fysioterapeutskolen i Århus. Vores emne for projektet er: Fear-avoidance adfærd hos kroniske low back pain patienter.

Ovenstående emne dækker på almindelig dansk over en adfærd beskrevet for lænderygpatienter (low back pain patienter). Adfærden er en følge af overdreven smerteoplevelse i forbindelse med bl.a. lænderygbesvær, hvor der ikke længere er nogen sammenhæng mellem skadet væv og smerteoplevelse. Personer med denne adfærd vil forsøge at undgå (avoid) aktiviteter pga. frygt (fear) for smerte. Dette er fear-avoidance adfærd, og er en af de mest betydningsfulde faktorer for, om man udvikler kronicitet.

Den overdrevne smerteoplevelse opstår i de fleste tilfælde efter en reel skade af væv i lænderyggen, hvor personen oplever smerter. Denne smerteoplevelse kan lagre sig som et smertespor i bl.a. hjernen. Når der ikke længere er nogen sammenhæng mellem det skadede væv og smerteoplevelsen, betegnes smerten som kronisk. Den kroniske smerte er ikke psykisk, men derimod et resultat af ændringer på celleniveau, som fører til en vedvarende smerteoplevelse.

Lænderygpatienter, der har tendens til at udvikle fear-avoidance adfærd, kan opfanges ved hjælp af et spørgeskema, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). FABQ måler lænderygpatienters tanker om deres lænderygbesvær i relation til arbejde og fysisk aktivitet. Forskning viser, at disse tanker er afgørende for, om lænderygpatienter udvikler fear-avoidance adfærd og kronicitet.

I projektet har vi derfor valgt at oversætte FABQ, som er et anerkendt engelsk spørgeskema, til dansk og afprøve det på 5 kroniske lænderygpatienter. Dette valg er foretaget på baggrund af, at vi efter en grundig litteratur gennemgang ikke har fundet et anerkendt dansk spørgeskema, som er i stand til at opfange lænderygpatienter i risiko for at udvikle fear-avoidance adfærd.

Når man skal oversætte et spørgeskema efter internationale anerkendte retningslinier, kræves følgende fremgangsmåde:

1. Individuel oversættelse fra engelsk til dansk af 3 oversættere.
2. Fælles oversættelse udarbejdes på baggrund af de individuelle oversættelser.
3. Tilbageoversættelse fra dansk til engelsk.
4. Godkendelse af engelske tilbageoversættelse af ophavsmand.

Din rolle i forbindelse med ovenstående fremgangsmåde er at lave en oversættelse på egen hånd fra engelsk til dansk og derefter deltage i et møde af 1-2 timers varighed, hvor der udarbejdes en fælles dansk oversættelse mellem de 3 oversættere. Vi deltager i mødet som koordinører.

Vi har desværre ikke økonomiske midler til at honorere dit oversættelsesarbejde, men kan tilbyde refusion af eventuelle transportudgifter samt byde på lidt lækkert i forbindelse med mødet.

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dig ud af projektet og du vil i forbindelse med udarbejdelsen af opgaven være anonym.

Vi håber, du vil deltage som en af vores oversættere.

Med venlig hilsen

Julie Sveistrup Jacobsen og Kristine Mølgaard Mogensen

Kontakt os via mail: XXX eller telefon XXX.

Bilag 10

Århus d. 18.10.06

Kære korrekturlæser

Tak for dit foreløbige mundtlige tilsagn om at ville hjælpe os med at læse korrektur på et spørgeskema.

Vi er 2 fysioterapeutstuderende, som er i gang med vores bachelorprojekt på Fysioterapeutskolen i Århus. Vores emne for projektet er: Fear-avoidance adfærd hos kroniske low back pain patienter.

Ovenstående emne dækker på almindelig dansk over en adfærd beskrevet for lænderygpatienter (low back pain patienter). Adfærden er en følge af overdreven smerteoplevelse i forbindelse med bl.a. lænderygbesvær, hvor der ikke længere er nogen sammenhæng mellem skadet væv og smerteoplevelse. Personer med denne adfærd vil forsøge at undgå (avoid) aktiviteter pga. frygt (fear) for smerte. Dette er fear-avoidance adfærd, og er en af de mest betydningsfulde faktorer for, om man udvikler kronicitet.

Den overdrevne smerteoplevelse opstår i de fleste tilfælde efter en reel skade af væv i lænderyggen, hvor personen oplever smerter. Denne smerteoplevelse kan lagre sig som et smertespor i bl.a. hjernen. Når der ikke længere er nogen sammenhæng mellem det skadede væv og smerteoplevelsen, betegnes smerten som kronisk. Den kroniske smerte er ikke psykisk, men derimod et resultat af ændringer på celleniveau, som fører til en vedvarende smerteoplevelse.

Lænderygpatienter, der har tendens til at udvikle fear-avoidance adfærd, kan opfanges ved hjælp af et spørgeskema, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). FABQ måler lænderygpatienters tanker om deres lænderygbesvær i relation til arbejde og fysisk aktivitet. Forskning viser, at disse tanker er afgørende for, om lænderygpatienter udvikler fear-avoidance adfærd og kronicitet.

I projektet har vi derfor valgt at oversætte FABQ, som er et anerkendt engelsk spørgeskema, til dansk og afprøve det på 5 kroniske lænderygpatienter. Dette valg er foretaget på baggrund af, at vi efter en grundig litteratur gennemgang ikke har fundet et anerkendt dansk spørgeskema, som er i stand til at opfange lænderygpatienter i risiko for at udvikle fear-avoidance adfærd.

Når man skal oversætte et spørgeskema efter internationale anerkendte retningslinier, kræves følgende fremgangsmåde:

5. Individuel oversættelse fra engelsk til dansk af 3 oversættere.
6. Fælles version udarbejdes på baggrund af de individuelle oversættelser.
7. Korrekturlæsning af danske version.
8. Tilbageoversættelse fra dansk til engelsk.
9. Godkendelse af engelske tilbageoversættelse af ophavsmand.

Din rolle i forbindelse med ovenstående fremgangsmåde er at læse korrektur på den danske version og kommentere layout.

Retningslinier for korrekturlæsning:

1. Under oversættelsesmødet blev oversætterne ikke enige om, hvordan følgende ord skulle oversættes: *normal work, heavy work, fear-avoidance, fear-avoidance beliefs, fear, avoidance, that work og might*. Disse ord er markeret i den udleverede engelske udgave af FABQ. Her skal du komme med et forslag.
2. I den danske version af FABQ fremkommer der enkelte steder parenteser. En parentes betyder, at ordet kan udelades, benyttes eller erstattes et foregående ord.
3. Formuleringer anvendt i spørgeskemaet skal være entydige, forståelige og tilpasset den danske kultur. Oversættelsen skal altså ikke nødvendigvis være ord for ord, men i højere grad vægtes forståelsen af begreber.

4. Spørgeskemaet skal kunne besvares af personer med 10 års skolegang i alderen 18-60 år. Personerne vil være af begge køn, have varierende uddannelsesniveau, og være danske. Sidstnævnte vil sige at være danskfødt, dansksproget og bosiddende i Danmark. Danskere med anden etnisk baggrund, der er født i Danmark, indgår altså også.
5. Spørgeskemaet skal være grammatisk korrekt.

Retningslinierne for kommentering af layout:

1. Spørgeskemaet skal være overskueligt og let tilgængeligt.
2. Sideopsætning med hensyn til margener må gerne kommenteres, men er ikke tilrettet i den udleverede version. Den udleverede version er i det format, der kræves i bachelorprojektet.

Kommentering af vejledningen:

Vejledningen henvender sig til fysioterapeuter, kiropraktorer, læger og psykologer, der til dagligt håndterer lænderygpatienter.

1. Formuleringer - skal være entydige og forståelige.
2. Beregning af score – skal være entydig og forståelig.
3. Grammatik – skal være korrekt.
4. Overskuelighed.
5. Skal vi oversætte begrebet fear-avoidance? Forslag fra oversættere er:
 - Smerte(-) og afværgeadfærd
 - Frygt for smerte og afværgeadfærd
 - Frygt og undgåelsestanker
 - Frygt og undgåelsestænkning
 - Frygt og undgåelsesadfærd

Vi har desværre ikke økonomiske midler til at honorere din korrekturlæsning, men kan tilbyde en mindre gave som tak for din hjælp.

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dig ud af projektet og du vil i forbindelse med udarbejdelsen af opgaven være anonym.

Vi håber, du har tid og lyst til at være vores korrekturlæser.

Med venlig hilsen

Julie Sveistrup Jacobsen og Kristine Mølgaard Mogensen

Kontakt os via mail: XXX eller telefon XXX.

Bilag 11

Tuesday, November 28, 2006, 10:12 AM

Re: Back translation of the Danish version of FABQ

Looks good! I went through the back translation before reading your explanatory letter and the two things I wondered about were:
Q1 'is' instead of 'was'
Q12-15 'work' instead of 'normal work'
Then when I read your letter, your explanation seems perfectly reasonable!
So, looks good, and I would accept this.

Gordon

----- Original Message -----

From: "Kristine Mølgaard Mogensen" <kmmogensen@mail.tele.dk>
To: "Gordon Waddell" <gordon.waddell@virgin.net>
Sent: Wednesday, November 22, 2006 9:32 AM
Subject: Back translation of the Danish version of FABQ

Dear Gordon,

In the attached file, you will find a letter and a mixed version of the two individual back translations. We would like your acceptance (hopefully) of the back translation.

We are looking forward to hear from you. Have a nice day.

Kind regards,
Julie and Kristine

Bilag 12

Wednesday, October 18, 2006 10:43 AM

Re: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

Hi

The FABQ is freely available in the public domain and I am happy in principle to give permission for translations. I am not aware of any Danish translation. The only condition is that translation and revalidation of a psychometric questionnaire into another language is a highly technical business. So, unless they have the necessary skills themselves, they will probably need expert help from a psychologist.

Sorry if there was a breakdown in communication over the summer but I had major problems with my old electronic office - hopefully now sorted out!. I will be happy to communicate directly with them to see what they plan and to offer advice

Kind regards

Gordon

----- Original Message -----

From: "Bie RA (de) (EPID)" <RA.deBie@EPID.unimaas.nl>
To: "Kristine Mølgaard Mogensen" <kmmogensen@mail.tele.dk>
Cc: <gordon.waddell@virgin.net>
Sent: Tuesday, October 17, 2006 9:35 AM
Subject: RE: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

Dear Gordon,

Two physiotherapy students from Denmark are desperately trying to reach you - they want to translate your - Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire- in Danish. The drawback is of course that you yourself probably will not be able to read that particular version, but it would help Danish physiotherapy in general tremendously if your list came available to them.

With kind regards,

Rob de Bie

Ps I will award you for your efforts with a decent bottle of "plonk" when we next meet again ;-)

Maastricht University
RA de Bie
Professor of Physiotherapy Research
RA.deBie@epid.unimaas.nl
Dept of Epidemiology
PO Box 616
6200 MD Maastricht
tel: +31-43-3882366 (secre)
fax: +31-43-3884128
www.fdg.unimaas.nl/epid

Bilag 13

Interviewguide

Velkomst og præsentation

- Tak, fordi du vil deltage i interviewet. Vi har de seneste tre måneder beskæftiget os med FABQ og oversættelse af dette.
- Introduktion til spørgeskema (målgruppe, formål, forventninger til spørgeskemaet, oversættelsesprocedure, respondentens rolle i oversættelsesproceduren).
- Mundtlig og skriftlig information om samtykkeerklæring.
- Udfyldelse af samtykkeerklæring.
- Udlevering af spørgeskema til gennemlæsning af respondent. Respondenten har maksimalt 10 min. i enerum. OBS undgå at fremkalde relationer til eksamenssituation hos respondent.

Typer af spørgsmål

1. Indledende spørgsmål:
Kan *du* sige mig noget om xxxx?
2. Opfølgende spørgsmål:
Hvad mener *du* med xxxx? (særlig opmærksom på pause, nik, bekræftende svar)
3. Sonderende spørgsmål:
Kan *du* uddybe det/ anden måde/ eksempler?
4. Specificerende spørgsmål:
Hvad tænker *du* på i den forbindelse?
5. Generel korrektion:

Korriger *man* til *dig*, hvis respondent snakker om andres tanker i forbindelse med et spørgsmål fra interviewer.

Forståelighed

Vi vil med dette interview gerne finde ud at, om den danske version er forståelig. Med forståelig mener vi, at udsagnene i FABQ er *klare* og til at *forstå*. For at sikre at spørgeskemaet bliver let at forstå, vil vi gerne have *dig* til at fortælle det første, der falder *dig* ind, når jeg stiller *dig* et spørgsmål.

Du skal ikke undre *dig* over, hvis jeg tier efter at have stillet spørgsmålet. Dette er for at give *dig* mulighed for at tænke over spørgsmålet.

1. Er der noget, der umiddelbart falder *dig* ind i forhold til spørgeskemaets forståelighed?
2. Forestil *dig*, at jeg ikke kender spørgeskemaet. Kan *du* fortælle mig, hvordan det skal udfyldes? Giv gerne et eksempel ud fra udsagn nr. 1.
- 2a. Hvis tvivl om udfyldelse, hvilke ord eller sætninger i vejledningen forstår *du* ikke?

Gennemgå hvert enkelt udsagn med nedenstående spørgsmål.

3. Hvordan forstår *du* udsagnet?
4. Er der ord eller sætninger, som *du* ikke forstår?
5. Forstår *du* udsagnet på mere end én måde?

Efter henholdsvis delemne 1 og 2 spørges om følgende.

6. Er svarmulighederne ud for hvert udsagn dækkende? (interviewer peger på svarmuligheder).
- 6a. Hvis ikke/tvivl, er der noget *du* undrer *dig* over i den forbindelse/mangler *du* en svarmulighed?

Overskuelighed

Vi vil også gerne interviewe *dig* om spørgeskemaets overskuelighed. Med overskuelighed mener vi, at spørgeskemaet skal være *klart, velstruktureret* og let at *overskue*.

1. I hvilken rækkefølge læste *du* spørgeskemaet?
2. Sprang *du* noget over i spørgeskemaet?
3. Er det tydeligt at se hvilke svarkategorier, der passer til hvilke udsagn?
4. Er de forskellige skriftstørrelser passende?
5. Er skrifttyperne passende?
6. Er farvevalget passende?

Afslutning

Har *du* gjort *dig* andre tanker om spørgeskemaet, som vi ikke allerede har spurgt ind til?

Vi vil gerne sige tak for din medvirken i dette interview. Nu vil vi arbejde videre med spørgeskemaet ud fra dine kommentarer.

Har du kommentarer til vores måde at informere om interviewet/ foretage interviewet/ omgivelser/ opfølgning på interview (kun pilotinterview)?

Bilag 14

Kære _____

Du er blevet bedt om, at deltage i et interview som led i et bachelorprojekt på Fysioterapeutskolen i Århus. Vi er to fysioterapeutstuderende, som er i gang med at oversætte et spørgeskema fra engelsk til dansk. Titlen på vores projekt er:

Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (Spørgeskema omkring tanker om smerter, fysisk aktivitet og arbejde).

Oversættelse til dansk og afprøvning af den danske version på en gruppe kroniske lænderygpatienter.

Som deltager skal du afgive et informeret samtykke. Samtykket informerer dig om interviewet, der vil blive diskuteret med dig. Når du forstår, hvad interviewet og din rolle i vores projekt går ud på, og hvis du beslutter dig for at deltage, vil du blive bedt om at underskrive dette samtykke. Du vil få din egen kopi, som du kan beholde.

Før du bliver informeret om interviewet og din rolle i projektet, er det vigtigt, at du er klar over følgende:

- Din deltagelse er frivillig.
- Du kan på ethvert tidspunkt i forløbet trække dig ud af projektet.

Interviewet foregår ved, at du får udleveret et spørgeskema, som du får 10 min. til at læse igennem i enerum. Herefter startes interviewet, hvor formålet er at få din vurdering af spørgeskemaets forståelighed og overskuelighed.

Dette interview vil vare ca. 15 min. og foregår i et aflukket rum, hvor interviewet bliver optaget digitalt. Efter interviewet følger en afslutning, hvor du evt. kan komme med yderligere kommentarer til vores arbejde, som du ikke ønsker, skal indgå i selve interviewet.

Der er ingen risici forbundet ved at deltage i interviewet, men udsagnene i spørgeskemaet kan ændre dine tanker om kroniske smerter. Fordelen ved at medvirke i interviewet er, at du bidrager til udvikling af et spørgeskema, som i fremtiden kan bidrage til bedre behandlingstilbud til lænderygpatienter.

Vi er som fysioterapeutstuderende underlagt tavshedspligt, og du vil optræde anonymt i projektet. Desuden har vi tilladelse fra Datatilsynet til at opbevare data fra interviewene. Data vil blive destrueret d. 19. januar 2007. Vi modtager ingen økonomisk støtte til vores projekt.

Projektet vil blive præsenteret på en posterudstilling onsdag d. 10. januar 2007 kl. 14-16 på Fysioterapeutskolen i Århus, Skejbyvej 15, 8240 Risskov.

Hvis du har spørgsmål, kan de rettes til os via mail: XXX eller telefon: XXX.

Med Venlig Hilsen

Kristine Mølgaard Mogensen og Julie Sveistrup Jacobsen

Jeg bekræfter hermed at have modtaget mundtlig og skriftlig information om deltagelse i interview vedrørende forståeligheden og overskueligheden af den oversatte danske version af Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire.

Dato _____ Underskrift _____

Bilag 15

Eksempel på fænomenologisk baseret meningskondensering (trin 2-5)

Respondent 1

Naturlige betydningsenheder	Tema	Spørgsmål til betydningsenhederne	Deskriptivt udsagn
<p>I: Hvis du kigger på spørgeskemaet, er der umiddelbart noget, der falder dig ind?</p> <p>R: .. Ja, der bliver spurgt meget som om, man <i>er</i> i job.</p>	Job.	Hvorfor lægger respondenterne specielt mærke til, om man er i job?	Respondenten bemærker, at der bliver spurgt til jobsituation.
<p>I: Hvis du læser vejledningen og så forestiller dig, at jeg ikke kender spørgeskemaet, kan du så forklare mig, hvordan det skal udfyldes?</p>	Vejledningen.	Er vejledningen klar?	Diskussion omkring forståelighed af vejledningen.
<p>R: Jamen, jeg synes, det er helt tydeligt</p> <p>R: Jeg har bare slået en ring om det tal, jeg syntes passer bedst.</p>	Vejledningen	Hvordan har respondenterne udfyldt FABQ?	Vejledningen er tydelig og mulig at følge.

Respondent 2

Naturlige betydningsenheder	Tema	Spørgsmål til betydningsenhederne	Deskriptivt udsagn
<p>I: Er der umiddelbart noget, der falder dig ind, når du ser på spørgeskemaet?</p> <p>R: ...Ja, det er fysisk aktivitet. Jeg er lidt i tvivl..</p>	Fysisk aktivitet.	Hvad tænker respondenterne om fysisk aktivitet?	Respondenten forstår ikke, hvordan fysisk aktivitet skal tolkes.
<p>R: .. man kunne måske udspecificere det lidt mere i starten.</p>	Fysisk aktivitet	Hvorfor forstår respondenterne ikke fysisk aktivitet?	Respondenten mener ikke, at fysisk aktivitet er udspecificeret nok.
<p>I: I hvilken rækkefølge læste du spørgeskemaet?</p> <p>R: Jamen, jeg startede her (peger øverst på siden).</p>	Overskuelighed	I hvilken rækkefølge læses spørgeskemaet.	Respondenten læser spørgeskemaet oppe fra og ned.
<p>I: Hvad med den her vejledning? Hvornår læste du den? (peger på vejledningen for fysisk aktivitet).</p> <p>R: [ler].. Jo, den læste jeg jo ikke.</p>	Overskuelighed	Sprang respondenterne vejledningen om fysisk aktivitet over?	Respondenten har glemt, at læse vejledningen omkring fysisk aktivitet.

Bilag 16

Dato: 19. oktober 2006
Journalnummer:2006-2.0/78

Kære Julie og Kristine.

Jeg har læst jeres nye projektbeskrivelse.

Så vidt jeg kan se, er der fortsat tale om, at I skal oversætte et engelsk spørgeskema samt herefter afprøve det danske skema ved hjælp af interviews. Der skal således stadig ikke indgå menneskeligt biologisk materiale i projektet.

Ifølge vejledningen til komiteloven sidestilles interview undersøgelser med spørgeskemaundersøgelser, og jeres projekt er derfor ikke anmeldelsespligtigt, jfr. komiteloven § 8, stk. 3.

I kan derfor starte jeres projekt uden godkendelse fra komitesystemet.

Med venlig hilsen

Marie Bartholdy, fuldmægtig

Sekretariatet
Den Videnskabetiske Komite
for Århus Amt
Lyseng Allé 1
8270 Højbjerg
Fax: 8944 6111
www.aaa.dk/komite

Bilag 17

Århus d. 16.10.06

Kære _____

Vi er to fysioterapeutstuderende, som er i gang med vores bachelorprojekt på Fysioterapeutskolen i Århus. Vores vejleder er fysioterapeut Morten Høgh fra Fysiocenter Århus. Formålet med projektet er: Oversættelse af et spørgeskema til lænderygpatienter.

I forbindelse med oversættelse af et spørgeskema er det en god ide at få lænderygpatienter til at læse spørgsmålene og komme med kritik, hvis der er noget, som f.eks. er svært at forstå.

Da du går til behandling for lænderygproblemer hos Fysiocenter Århus, har vi sammen med Malika udvalgt netop dig som én af i alt ti patienter. Derfor vil vi spørge dig, om du vil læse spørgsmålene og komme med kritik, så vi på den måde kan udvikle et læsevenligt spørgeskema.

Hvis du har lyst til at hjælpe os, kan vi oplyse at den tid, at du vil skulle bruge på det, er ca. 30 min. Tidspunktet kan lægges i forbindelse med din behandling eller træning i uge 43. Har du ønske om et andet tidspunkt, passer vi os ind efter dig.

Måden, som det vil foregå på, er et kort interview, hvor vi optager samtalen på lydbånd. Dette for at kunne huske alle dine kommentarer. Det hele kommer til at foregå på Fysiocenter Århus.

Optagelserne vil blive slettet 19.01.07, og du vil optræde anonymt i vores projekt. Du kan på ethvert tidspunkt i forløbet trække dig ud.

Vi håber du har tid og lyst til at deltage. Hvis du har lyst til at deltage, kan du tilmelde dig hos XXX i receptionen.

Med venlig hilsen

Kristine Mølgaard Mogensen og Julie Sveistrup Jacobsen

Bilag 18

Vedrørende anmeldelse af: Fear avoidance adfærd hos kroniske low back pain patienter (opgave på fysioterapeutuddannelsen)

Ovennævnte projekt/opgave er den 19. september 2006 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens¹ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at du er dataansvarlig for de indsamlede oplysninger. Projektet/opgaven udføres i forbindelse med din uddannelse.

Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt 1. oktober 2006 og forventes at ophøre 19. januar 2007.

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresser: Skejbyvej 15, 8240 Risskov, Skelagervej 392, 8200 Århus N.

TILLADELSE

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets/opgavens gennemførelse, jf. persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1.

Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

Tilladelsen gælder indtil: 19. januar 2007

Kristine Mølgaard Mogensen er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.

Ved tilladelsens udløb skal du særligt være opmærksom på følgende:

Hvis du ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af dit projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.

VILKÅR

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger som ændret ved lov nr. 280 af 25. maj 2001.

Generelle vilkår

1. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets/opgavens gennemførelse.
2. Behandling af personoplysninger må kun foretages af dig eller på din foranledning og på dit ansvar.
3. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
4. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af en databehandler (en statistiker el.lign.).
5. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
6. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere sikres, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.
7. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.

Elektroniske oplysninger

8. Identifikationsoplysninger skal krypteres eller erstattes af et kodenummer el. lign. Alternativt kan alle oplysninger lagres krypteret. Krypteringsnøgle, kodenøgle m.v. skal opbevares forsvarligt og adskilt fra personoplysningerne.
9. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholdene tilsiger det.
10. Ved overførsel af personhenførbare oplysninger via Internet eller andet eksternt netværk skal der træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysningerne kommer til uvedkommendes kendskab. Oplysningerne skal som minimum være forsvarligt krypteret under hele transmissionen. Ved anvendelse af interne net skal det sikres, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.
11. Udtagelige lagringsmedier, sikkerhedskopier af data m.v. skal opbevares forsvarligt aflåst og således, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.

Manuelle oplysninger

12. Manuelt projektmateriale, udskrifter, fejl- og kontrollister, m.v., der direkte eller indirekte kan henføres til bestemte personer, skal opbevares forsvarligt aflåst og på en sådan måde, at uvedkommende ikke kan gøre sig bekendt med indholdet.

Oplysningspligt over for den registrerede

13. Hvis der skal indsamles oplysninger hos den registrerede (ved interview, spørgeskema, klinisk undersøgelse, behandling, observation m.v.) skal der gives nærmere information om projektet/opgaven. Den registrerede skal oplyses om den dataansvarliges navn, formålet med projektet, at det er frivilligt at deltage, og at et samtykke til deltagelse til enhver tid kan trækkes tilbage.
14. Den registrerede bør endvidere oplyses om, at projektet/opgaven er anmeldt til Datatilsynet efter lov om behandling af personoplysninger, samt at Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet/opgaven til beskyttelse af den registreredes privatliv.

Indsigtsret

15. Den registrerede har ikke krav på indsigt i de oplysninger, der behandles om den pågældende. Dette er dog ikke til hinder for at give den registrerede indsigt.

Videregivelse

16. Videregivelse af personhenførbare oplysninger til tredjemand må kun ske til brug i andet statistisk eller videnskabeligt øjemed.
17. Videregivelse må kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Datatilsynet kan stille nærmere vilkår for videregivelsen samt for modtagerens behandling af oplysningerne.

Ændringer i projektet

18. Væsentlige ændringer i projektet skal anmeldes til Datatilsynet (som ændring af eksisterende anmeldelse). Ændringer af mindre væsentlig betydning kan meddeles Datatilsynet.
19. *Ændring af tidspunktet for projektets afslutning skal altid anmeldes.*

Ved projektets afslutning

20. *Senest ved projektets afslutning skal oplysningerne slettes, anonymiseres eller tilintetgøres, således at det efterfølgende ikke er muligt at identificere enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen.*

21. Sletning af oplysninger fra elektroniske medier skal ske på en sådan måde, at oplysningerne ikke kan genetableres.

22. Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Anmeldelsen offentliggøres i fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside **www.datatilsynet.dk**.

Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Med venlig hilsen

Suzanne Stenkvist

Bilag 19

Clinical assessment of Psychosocial Yellow Flags

These headings (Attitudes and Beliefs about Back Pain, Behaviours, Compensation Issues, Diagnosis and Treatment, Emotions, Family and Work) have been used for convenience in an attempt to make the job easier. They are presented in alphabetical order since it is not possible to neatly rank their importance. However, within each category the factors are listed with the most important at the top of the list.

Attitudes and beliefs about back pain

- Belief that pain is harmful or disabling resulting in fear-avoidance behaviour, eg, the development of guarding and fear of movement.
- Belief that all pain must be abolished before attempting to return to work or normal activity.
- Expectation of increased pain with activity or work, lack of ability to predict capability.
- Catastrophising, thinking the worst, misinterpreting bodily symptoms.
- Belief that pain is uncontrollable.
- Passive attitude to rehabilitation.

Behaviours

- Use of extended rest, disproportionate 'downtime'.
- Reduced activity level with significant withdrawal from activities of daily living.
- Irregular participation or poor compliance with physical exercise, tendency for activities to be in a 'boom-bust' cycle.
- Avoidance of normal activity and progressive substitution of lifestyle away from productive activity.
- Report of extremely high intensity of pain, eg, above 10 on a 0-10 Visual Analogue Scale.
- Excessive reliance on use of aids or appliances.
- Sleep quality reduced since onset of back pain.

- High intake of alcohol or other substances (possibly as self-medication), with an increase since onset of back pain.
- Smoking.

Compensation issues

- Lack of financial incentive to return to work.
- Delay in accessing income support and treatment cost, disputes over eligibility.
- History of claim/s due to other injuries or pain problems.
- History of extended time off work due to injury or other pain problem (eg, more than 12 weeks).
- History of previous back pain, with a previous claim/s and time off work.
- Previous experience of ineffective case management (eg, absence of interest, perception of being treated punitively).

Diagnosis and treatment

- Health professional sanctioning disability, not providing interventions that will improve function.
- Experience of conflicting diagnoses or explanations for back pain, resulting in confusion.
- Diagnostic language leading to catastrophising and fear (eg, fear of ending up in a wheelchair).
- Dramatisation of back pain by health professional producing dependency on treatments, and continuation of passive treatment.
- Number of times visited health professional in last year (excluding the present episode of back pain).
- Expectation of a 'techno-fix', eg, requests to treat as if body were a machine.
- Lack of satisfaction with previous treatment for back pain.
- Advice to withdraw from job.

Emotions

- Fear of increased pain with activity or work.

- Depression (especially long-term low mood), loss of sense of enjoyment.
- More irritable than usual.
- Anxiety about and heightened awareness of body sensations (includes sympathetic nervous system arousal). Feeling under stress and unable to maintain sense of control.
- Feeling under stress and unable to maintain sense of control.
- Presence of social anxiety or disinterest in social activity.
- Feeling useless and not needed.

Family

- Over-protective partner/spouse, emphasising fear of harm or encouraging catastrophising (usually well-intentioned).
- Solicitous behaviour from spouse (eg, taking over tasks).
- Socially punitive responses from spouse (eg, ignoring, expressing frustration).
- Extent to which family members support any attempt to return to work.
- Lack of support person to talk to about problems.

Work

- History of manual work, notably from the following occupational groups:
 - Fishing, forestry and farming workers.
 - Construction, including carpenters and builders.
 - Nurses.
 - Truck drivers.
 - Labourers.
- Work history, including patterns of frequent job changes, experiencing stress at work, job dissatisfaction, poor relationships with peers or supervisors, lack of vocational direction.
- Belief that work is harmful; that it will do damage or be dangerous.
- Unsupportive or unhappy current work environment.
- Low educational background, low socioeconomic status.

- Job involves significant bio-mechanical demands, such as lifting, manual handling heavy items, extended sitting, extended standing, driving, vibration, maintenance of constrained or sustained postures, inflexible work schedule preventing appropriate breaks.
- Job involves shift work or working unsociable hours.
- Minimal availability of selected duties and graduated return to work pathways, with unsatisfactory implementation of these.
- Negative experience of workplace management of back pain (eg, absence of a reporting system, discouragement to report, punitive response from supervisors and managers).
- Absence of interest from employer.

Spørgeskema om Smerter, Fysisk Aktivitet og Arbejde

Her er nogle af de udsagn, som andre patienter har fortalt om deres smerter.

Følgende udsagn handler om, hvor meget fysiske aktiviteter, som at bukke sig, at løfte, at gå eller at køre, påvirker eller vil påvirke *dine* rygsmerter. Sæt ring om det tal, der passer bedst til din opfattelse af udsagnet.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
1	Mine smerter skyldes fysisk aktivitet	0	1	2	3	4	5	6
2	Fysisk aktivitet forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
3	Fysisk aktivitet kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
4	Jeg burde ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
5	Jeg kan ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6

De følgende udsagn handler om, hvordan dit arbejde påvirker eller kan komme til at påvirke dine rygsmerter.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
6	Mine smerter opstod som følge af mit arbejde eller ved en ulykke på mit arbejde	0	1	2	3	4	5	6
7	Mit arbejde har forværret mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
8	Jeg har søgt erstatning på grund af mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
9	Mit arbejde er for hårdt for mig	0	1	2	3	4	5	6
10	Mit arbejde forværrer eller vil forværre mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
11	Mit arbejde kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
12	Jeg burde ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
13	Jeg kan ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
14	Jeg kan ikke udføre mit arbejde, før mine smerter er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
15	Jeg tror ikke, at jeg kan vende tilbage til mit arbejde indenfor 3 måneder	0	1	2	3	4	5	6
16	Jeg tror ikke, at jeg nogensinde bliver i stand til at komme tilbage til mit nuværende arbejde	0	1	2	3	4	5	6

The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) af Waddell et al, 1993.

Oversat af Julie Sveistrup Jacobsen og Kristine Mølgaard Mogensen, 2006, Fysioterapeutskolen i Aarhus.

Bilag 21

Retningslinier ved brug af den danske version af FABQ

FABQ er et selvrapporterings spørgeskema med 16 udsagn. Udsagn 2,3,4 og 5 indgår i beregning af scoren for fear-avoidance beliefs omkring fysisk aktivitet. Udsagn 6,7,9,10,11,12 og 15 indgår i beregning af scoren for fear-avoidance beliefs omkring arbejde.

Vi anbefaler følgende:

- At FABQ kan udleveres til patienter, der er i arbejde eller inden for de sidste dage har været i arbejde.
- At FABQ udfyldes selvstændigt og gerne i enerum.
- At der afsættes minimum 10 minutter til at udfylde spørgeskemaet.
- At FABQ bliver udleveret efter første konsultation hos behandler og herunder efter grundig optagelse af anamnese.
- FABQ kan udleveres på et hvilket som helst tidspunkt i et behandlingsforløb, hvor behandling ikke har effekt, og behandler har mistanke om fear-avoidance beliefs.
- At behandler diskuterer resultater efter udfyldelse af FABQ med patienten, hvorefter der sættes fælles mål for den videre behandling.

Det er desuden vigtigt at oplyse patienten om følgende:

- Fysisk aktivitet forstås bredt, og kan altså være alle former fra bevægelse såsom rengøring, gang, bevægelse på arbejdspladsen, det at komme ud af sengen, løb og sportsaktiviteter.
- FABQ bliver benyttet i forbindelse med et behandlingsforløb. Oplysninger bliver ikke videregivet til hverken forsikringselskaber eller offentlige myndigheder såfremt andet ikke er angivet.