

När vården (be-)möter långvarig smärta

Ulf Jakobsson

Docent. Institutionen för Hälsa, Vård och Samhälle, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Box 157, 221 00 Lund. Telefon: 046-222 19 24. Fax: 046-222 19 34. E-mail: ulf.jakobsson@med.lu.se

Ett bra bemötande är en grundförutsättning för en bra vård av såväl personer med långvarig smärta som de utan smärta. Dock är ett vanligt problem att personer med långvarig smärta ofta blir misstrodda och personer med långvarig smärta blir oftare illa bemötta än de utan smärta. Av de med långvarig smärta var det omkring en tredjedel som uppgav att de blivit illa bemötta som sökt vård för sin smärta. En något större andel uppgav att de inte hade blivit trodda när de sökt vård för sin smärta. Det var framförallt smärtpatienter i de ”yngre” (18-59 år) åldersgrupperna som uppgav att blivit illa bemötta. Dock tyckte de flesta att de hade fått tillräcklig med information om vård, behandling och eventuell egenvård.

Abstract: The aim of this study was to explore how patients with chronic pain experience this encounter with health care professionals (e.g. physicians, nurses, physiotherapists). The result showed that about a third experienced that they were mistrusted regarding the pain both the severity as well as how it affected the daily life. It was above all younger people (i.e. 18-59 years) that felt mistrusted. However, the majority felt that they got enough information, from the health care professionals, about their care and treatment.

Keywords: Pain, encounter, physician-patient relations, nurse-patient relations, patient satisfaction, information, health care quality indicators, patients, cross-sectional

Bakgrund

Ett bra bemötande, adekvat utvärdering/bedömning och fullgod information given på ett tillfredställande sätt är en förutsättning för en bra vård av såväl personer med långvarig smärta som de utan smärta. Personer med långvarig smärta kan ses vara i en utsatt position då de söker vård, detta på grund av att smärta är en subjektiv upplevelse och härav ej möjligt att

vare sig bevisa, motbevisa, eller direkt kvantifiera på ett tillfredställande sätt. Ett till synes vanligt problem är att personer med långvarig smärta ofta inte blir trodda och antingen underskattar vårdpersonalen smärta eller misstror personen helt. Detta kan leda till att patienten blir nedstämt, förlorar hoppet om att bli hjälpt och att smärtan blir värre. Men att däremot som vårdpersonal ge en fullgod information

om eventuell orsak till smärtan samt hur smärtan kan lindras/förhindras ger ett ökad oberoende för patienten och bättre möjligheter att sköta sin egenvård. Bemötande och information är nära relaterade i patientmötet och ett dåligt bemötande kan leda till ett ogästvänligt klimat i mötet mellan vårdgivare och vårdtagare där patienten inte vågar ställa frågor eller ge förslag. Dock finns idag relativt sparsamt med kunskap om mötet mellan vårdpersonal och personer med långvarig smärta samt hur detta möte påverkar personens förmåga att klara av att olika aktiviteter i dagligt liv och sin egenvård. Sådan kunskap skulle kunna ge förslag på hur vården för patienter med långvarig smärta skulle kunna förbättras.

Tidigare genomförda studier om möten mellan vårdpersonal och smärtpatienter är relativt få och fokuserar endast på mötet mellan läkare och patient [1, 2, 3, 4, 5]. Således finns mycket begränsad kunskap om mötet mellan övrig vårdpersonal och patient. Grace [3] studerade kommunikationsproblem i vården av kvinnor med långvarig (pelvis-) smärta. Studien visade att det var mellan 35-70% av patienterna som upplevde att läkaren inte riktigt förstod ”vad patienterna pratade om” och mellan 25-50% lämnade läkarens mottagning med en känsla av att det fanns ämnen som de inte diskuterat [3]. Studien visade vidare att ungefär hälften av patienterna fick dålig, mycket dålig eller ingen förklaring till läkarens diagnos eller vad diagnosen innebar. Vikten av att få en förklaring/diagnos för smärtpatienter

poängteras även i Ann-Christine Gullacksens avhandling [6]. Det är ett viktigt steg för den egna bearbetningen av den livsomställning det innebär när man drabbas av långvarig smärta, men även för att känna att man blir trodd. Att få en diagnos underlättar även i ärende som rör t.ex. arbetssituation, ekonomisk ersättning, och inte minst behandling [6]. Tidigare studier har visat att bra/tillräcklig information i mötet mellan läkare och patient gav såväl nöjdare patienter som ökad ”compliance” [1].

Syftet med denna studie var att studera bemötande av och information till personer med långvarig smärta i mötet med hälso- och sjukvården.

Metod

Data är insamlad via en postenkät som skickades ut till ett randomiserat urval, stratifierat för ålder (18-29 år, 30-44 år, 45-59 år, 60-74 år, 75-89 år, samt 90+ år), boende i Skåne [7]. Urvalsstorleken i respektive strata var $n=300$ (dvs. total $n=1800$). Urvalet är hämtat från SPAR-registret (det Statliga Person- & Adress Registret) och svarsfrekvensen i respektive strata var 18-29: 38 %, 30-44: 43 %, 45-59: 54 %, 60-74: 58 %, 75-89: 51 %, samt 90+: 36 %. Av de 1800 enkäterna kom 826 stycken tillbaka i användbart skick medan 24 kom tillbaka på grund av ”adress okänd” och 2 rapporterades avlidna. Av de 948 respondenter som inte ville delta i studien uppgav endast 45 (5 %) stycken av dessa en anledning till varför de inte ville/kunde delta. Orsakerna var: orkar inte (1st), demenssjukdom (11st),

var för sjuk att delta (14 st), vill inte delta i studien (ingen speciell orsak) (19 st). Det fanns ingen signifikant skillnad i variabeln kön mellan de som deltog (56,9 % kvinnor) och de som inte deltog (55,5 % kvinnor). Till ett urval av dem som inte deltog i studien skickades en bortfallsenkät (1 A4-sida). Bortfallsenkäten skickade ut till 25 slumpvis utvalda inom varje strata. Sextiotre personer (18-29: 16 %, 30-44: 36 %, 45-59: 48 %, 60-74: 56 %, 75-89: 48 %, samt 90+: 48 %) av de totalt 150 personer inkom med svar. Bortfallsenkäten innehöll ett urval av de frågor som ingick i det första enkätutskicket. Det fanns ingen skillnad i någon av de i bortfallsenkäten ingående variablerna (ålder, kön, hur de uppfattade sitt hälsotillstånd, om de hade långvarig smärta eller ej, hur många gånger de sökt vård det senaste året, om de någon gång blivit illa bemötta när de sökt vård).

Datainsamlingen till studien bestod av en enkät innehållande frågor om demografiska data, symtom/besvär, sjukdomar, hur de uppfattade sitt hälsotillstånd, besök i vården senaste året, bemötande i vården generellt, bemötande och information vid senaste kontakten med sjukvården. Förekomst av symtom/besvär mättes med en övergripande fråga "Har du under de senaste tre månaderna besvärats av något av följande symtom?", sedan listades 11 symtom/besvär (t.ex. yrsel, sömnbesvär, andfåddhet). Förekomst av sjukdom mättes med en övergripande fråga "Har du någon av följande sjukdomar?", sedan listades 14 sjukdomsgrupper (bl.a. tumörsjukdom,

psykisk sjukdom, hjärt-kärlsjukdom) plus alternativet "Annan sjukdom, om ja ange vilken/vilka". Sjukdomsgrupperna var ett urval av kapitlen i ICD-10. För de som uppgivit att de hade haft smärta/värk under tre månader eller längre gavs följdfrågor om smärtintensitet, duration, lokalisation, kvalitet på smärtan, bemötande i vården, påverkan på dagligt liv samt smärtlindringsmetoder.

Studien är genomförd i enlighet med grundläggande forskningsetiska riktlinjer: autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada, rättvisepincipen [8]. Skriftligt informerat samtycke är inhämtat från respondenterna och frivilligheten att delta i studien har poängterats. Etiskt tillstånd för studien är inhämtat hos regionala etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 150-2005).

Statistiska analyser

Vid jämförelse mellan två grupper för kvotskala användes Students t-test, för nominaldata användes Chi-2 test, samt för ordinaldata användes Mann-Whitney U-test. En logistisk regressionsanalys för ordinalskala [9] användes för att studera sambandet mellan långvarig smärta och bemötande. Regressionsanalysen kontrollerades för variabeln "antalet gånger respondenterna sökt vår det senaste året". Alla analyser gjordes i SPSS för Windows (release 13.0).

Resultat

Studien omfattar totalt 826 personer i åldrarna 18-103 år, 342 män och 484 kvinnor. Medelåldern i totala urvalet var 58,9 (SD 22,3), 48 % var gifta, och 44 % rapporterade långvarig smärta (Tabell 1). Respondenterna som rapporterade långvarig smärta rapporterade en genomsnittlig duration av smärtan på 7,4 år (SD 9,6). Majoriteten (56,9 %) hade fått en medicinsk diagnos på eller förklaring till orsaken till smärtan. Bland dem som hade fått en medicinsk diagnos var artros, olika typer av hjärt-kärlsjukdom, olika typer av skador på rygg som de vanligaste anledningarna. Nio stycken uppgav inflammationer i olika leder

och bindväv (RA inte inkluderat), 7 stycken uppgav bestående smärta efter olika typer av operationer. Övriga anledningar var bland annat whiplash (5 stycken), fibromyalgi (5 stycken), polymyalgia reumatica (4 stycken), och reumatoid artrit (3 stycken). Den primära lokaliseringen av smärtan var i 32 % av fallen övre extremiteter, skuldror och hals; 29 % nedre extremiteter; 19 % rygg och bäcken; samt 11 % thorax och buk. Ett mindre antal rapporterade smärta i huvud/ansikte (5 %) och resterande 4 % gav mer ospecifika lokaliseringer (t.ex. ”lederna” och ”hela kroppen”).

Tabell 1. Beskrivning och jämförelse av bemötande och information senaste gången respondenterna sökte vård

	Långvarig smärta (n=360)	Övriga (n=466)	p-värde
Ålder m (SD)	62.2 (20.9)	56.5 (22.9)	<0.001 ^A
Män / Kvinnor %	36.2 / 63.8	46.4 / 53.6	0.002 ^B
Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? %			<0.001 ^C
- Mycket dåligt	3.0	0.2	
- Dåligt	19.4	3.2	
- Varken bra eller dåligt	21.0	9.0	
- Ganska bra	48.9	55.3	
- Mycket bra	7.7	32.4	
Hur många gånger har du sökt vård under det senaste året?			<0.001 ^A
m (SD)	3.25 (4.41)	1.41 (2.32)	
md (q3-q1)	2.0 (4.0-1.0)	1.0 (2.0-0.0)	
Har du någon gång blivit illa bemött då du sökt vård? %			<0.001 ^C
- Har aldrig blivit illa bemött	54.1	70.7	
- Någon enstaka gång	34.3	23.3	
- Ibland	9.8	5.7	
- Ofta	1.8	0.3	
- Blir alltid illa bemött	-	-	

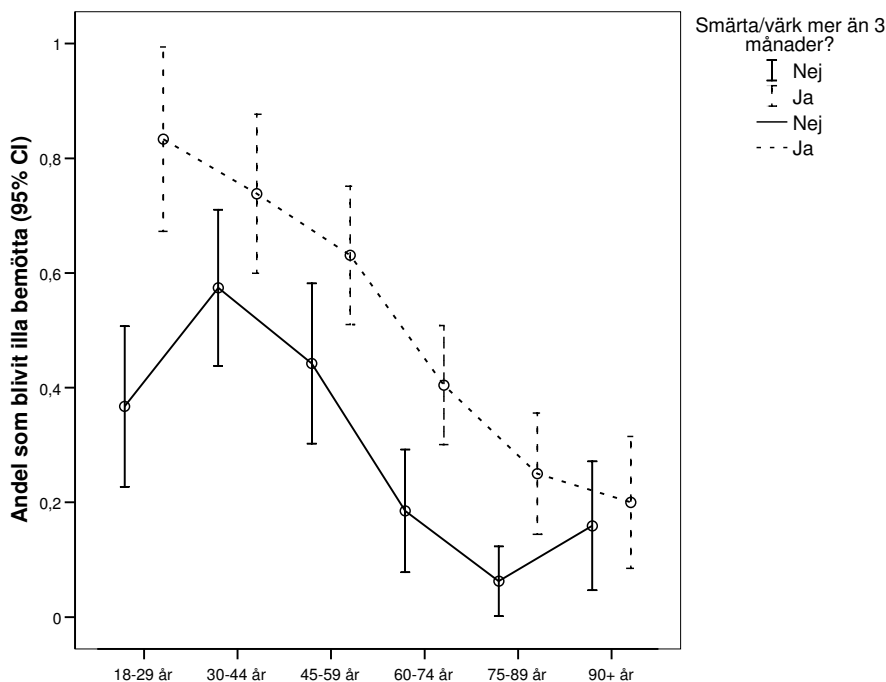
^A Student's t-test; ^B Chi-square test; ^C Mann-Whitney U-test

Det var signifikant fler av dem som rapporterade långvarig smärta som uppgav att de blivit illa bemötta i vården jämfört med de utan smärta (Tabell 1). Av de totalt 360 personerna med långvarig smärta uppgav omkring en tredjedel att de blivit illa bemötta när de sökt vård för sin smärta. Andelen som upplevde att de inte hade blivit trodda när de sökt vård för sin smärta var något större än en tredjedel (Tabell 2). Det fanns en tydlig skillnad mellan åldergrupperna i andelen som blivit illa bemötta när de sökt vård (Figur 1). Andelen varierade mellan 20 % och 83 % bland de med långvarig smärta, samt mellan 6 % och 57 % för de utan smärta. Omkring 30 % hade givit upp hoppet om

att bli hjälpta med sin smärta när de sökt vård (Tabell 2). Då risken att bli illa bemött ökar med antalet gånger som en person söker vård studerades sambandet mellan att bli illa bemött och att ha långvarig smärta i en logistisk regressionsanalys där modellen kontrollerades för antalet gånger respondenterna sökt vård det senaste året. Regressionsanalysen visade att de med långvarig smärta signifikant oftare (OR=1,87; $p<0.001$) upplevde att de blivit illa bemötta när de sökt vård jämfört med utan smärta, även när regressionsmodellen kontrollerades för antalet gånger personerna sökt vård.

Tabell 2. Frågor om hur respondenterna upplevde bemötandet då sökt vård för sin smärta/värk

<i>Har du någon gång blivit illa bemött när du sökt vård för din smärta/värk? (%)</i>	
- Nej, har aldrig hänt	69.7
- Ja, har hänt någon enstaka gång	20.7
- Ja, har hänt då och då	8.7
- Ja, har ofta hänt/händer alltid	0.9
<i>Känner du att du inte blivit trodd (att du har ont/hur ont du har) när du sökt vård för din smärta/värk? (%)</i>	
- Nej, har aldrig hänt	64.4
- Ja, har hänt någon enstaka gång	23.0
- Ja, har hänt då och då	9.9
- Ja, har ofta hänt/händer alltid	2.6
<i>Har du någon gång känt att du har givit upp hoppet om att få hjälp med att bota/lindra din smärta pga. att du blivit illa bemött när du sökt vård? (%)</i>	
- Nej, har aldrig hänt	71.4
- Ja, har hänt någon enstaka gång	18.9
- Ja, har hänt då och då	5.6
- Ja, har ofta hänt/händer alltid	4.1
<i>Har du någon gång känt att du har givit upp hoppet om att få hjälp med att bota/lindra din smärta pga. att du inte blivit trodd (att du har ont/hur ont du har) när du sökt vård? (%)</i>	
- Nej, har aldrig hänt	70.5
- Ja, har hänt någon enstaka gång	18.2
- Ja, har hänt då och då	8.6
- Ja, har ofta hänt/händer alltid	2.7



Figur 1. Andel, i respektive åldergrupp, som någon gång blivit illa bemötta när de sökt vård.

Det var främst på vårdcentraler (55 %) och sjukhus (33 %) som patienterna blev illa bemötta när de sökte vård, och i mindre utsträckning hos privatläkare (9 %) och övriga vårdgivare som till exempel sjukgymnaster, tandläkare och ungdomsmottagning (3 %). De som blivit illa bemötta kommenterade uppgifter bland annat så här: ”Att inte bli trodd gör extra ont”, ”Läkaren svarade inte på mina frågor”, ”Jag blev ej blivit tagen på allvar”, ”Läkaren ifrågasatte om jag verkligen hade ont”, ”...tog sig inte tid att lyssna.”, ”Man får en känsla av att man stör när man söker hjälp”. Det var även många som uppgav att de hade fått ett nonchalant och arrogant bemötande främst från läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare.

De flesta smärtpatienter (83,2 %) tyckte att de hade fått tillräcklig med information om vård, behandling och eventuell egenvård. De som inte hade fått tillräcklig information och detta kommenterades bland annat så här: ”Jag fick inga svar på mina frågor kring mina besvär jag hade. Det enda som jag fick var ett opersonligt brev på posten med mina blodprovresultat”, ”För riktigt gamla människor har läkaren sällan tid”, ”Jag hade olika läkare som sa olika saker om orsaken till vad som var fel på knäet”. Bristerna i att ge adekvat information fall såväl hos läkare som hos andra yrkeskategorier (t.ex. sjuksköterskor & sjukgymnaster). På frågan om respondenterna hade fått tillräcklig information för att kunna klara sin egenvård

svarade 86 % att de hade fått detta. De som inte fått tillräcklig information uppgav att de antingen inte alls fick någon information eller fick mycket knäpphändig information.

Diskussion

Studien visade att personer med långvarig smärta bemöts sämre än de utan smärta samt att detta är framförallt vanligast i yngre åldrar. En anledning, som många framförde, till att patienterna kände sig illa bemötta var att vårdpersonalen underskattade smärtan eller inte alls trodde på patienten. Detta är ett stort problem med just subjektiva symtom som varken kan bevisas eller motbevisas utan man som vårdgivare helt måste lita på patienten. Att lita på patienten är en förutsättning för en framgångsrik smärtbehandling, och det är välkänt att bli misstrodd kan leda till att smärtupplevelsen förvärras ytterligare.

Att läkare och övrig vårdpersonal inte hade tid framkom också i studien. Respondenterna uppgav bland annat att det kändes som om de var till besvär och störde när de sökte vård. Många uppgav att de upplevde att personalen inte hade tid att lyssna och att det inte fanns tid till att ställa frågor. Detta kan delvis vara ett resultat av en hög arbetsbelastning för personalen och stressad personal. Ökad arbetsbelastning leder i sin tur ofta till så kallad distansering som är relativt vanligt bland hälso- och sjukvårdpersonal, och som gör att kontakterna blir korta och ytliga [10, 11]. Resultatet kan då bli att patienten känner sig hindrad att ta upp känsliga ämnen eller ställa frå-

gor [10]. Detta framkom tydligt i studiens resultat (utdrag från resultatet: ”Man får en känsla av att man stör när man söker hjälp”, ”...tog sig inte tid att lyssna”). Men även om arbetsbelastningen är hög bör man ändå sträva efter att få till stånd ett så optimalt patientmöte som möjligt då det kan ge såväl kortsiktiga som långsiktiga vinster. En patient som har blivit bra bemött och fått tillräckligt med information blir en mer autonom patient som i större utsträckning kan sköta sin egenvård och dagligt liv, vilket i sin tur även leder till minskade antal återbesök/kontakter med hälso- och sjukvården.

Patienternas syn på hur vårdpersonalen (oftast läkaren) gav information om vård och behandling var övervägande positiv. Men även om det var relativt få patienter som var missnöjda så bör man inte nöja sig med det utan man bör naturligtvis sträva efter att alla skall få fullgod information. Så länge det finns brister behövs verksamheten förbättras. Daltroy [1] gav i sin artikel förslag på åtgärder som bör beaktas när läkare och övrig vårdpersonal skall informera patienter: (1) att be patienten skriva ner frågor/bekymmer inför mötet; (2) fråga vad patienten själv tror orsakar besvären/problemen; (3) anpassa behandling till patientens mål och förutsättningar så långt som möjligt; (4) informera om behandlingens syfte, längd, eventuella biverkningar och obehag, samt hur behandlingen kan utvärderas; (5) kontrollera att patienten förstått informationen; (6) att skriva ner diagnos och behandlingsplan för att underlätta

för patienten att komma ihåg; (7) ges skriftlig information. Åtgärderna ovan kan ses som en checklista för att skapa bra förutsättningar i mötet med patienter, framförallt avseende informationshantering, oavsett om de har smärta eller inte.

Orsaken till dessa hinder i mötet mellan vårdpersonal och patient kan vara många. Några exempel är pressad arbetssituation, otillräcklig utbildning i ämnet, brist på empati, personliga problem. Det är visserligen viktigt att som vårdpersonal hålla en viss distans till arbetet för att t.ex. undvika utbrändhet, då man dagligen möter lidande, sjukdom och död. Dock bör denna distans inte bli så stor att den påverkar patientvården negativt och man bör vara speciellt aktsamma om utsatta patientgrupper som de med långvariga smärttillstånd.

Acknowledgement

Ett stort tack till alla respondenter för att de ville delta i studien. Studien var finansierad av Vårdalstiftelsen, Reumatikerförbundet, samt Medicinska fakulteten vid Lunds universitet.

Referenser

1. Daltroy LH. Doctor-patient communication in rheumatological disorders. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1993; 7: 221-239.
2. Grace VM. Problems women patients experience in the medical encounter for chronic pelvic pain: a New Zealand study. *Health Care Women Int*. 1995; 16: 509-519.
3. Grace VM. Problems of communication, diagnoses, and treatment experienced by women using the New Zealand health services for chronic pelvic pain: a quantitative analysis. *Health Care Women Int*. 1995; 16: 521-535.
4. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2003; 18: 170-174.
5. McIntosh A, Shaw CFM. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expect*. 2003; 6: 19-29.
6. Gullacksen A-C. När smärtan blir en del av livet [dissertation]. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet; 1998.
7. Jakobsson U. Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2007; 84 (6): 541-548.
8. MFR. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet; 2000, MFR-rapport 2 (reviderad version).
9. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression* (2nd ed.). New York: Wiley; 2000.
10. Faulkner A. *Det professionella samtalet*. Falköping: Gummessons Tryckeri AB; 1995.
11. Svensson R. *Samhälle, medicin, vård*. Lund: Studentlitteratur; 1997.