

Arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta

Lena Gustafsson Thim & Emelie Josefsson

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats
Arbetsterapi
Jönköping, februari 2012

Handledare: Inger Ahlstrand, Universitetsadjunkt
Examinator: Elisabeth Elgmark, Universitetslektor

Sammanfattning

Många människor lever idag med långvarig smärta som påverkar deras vardag och orsakar stort lidande. Relationen mellan arbetsterapeuten och patienten är alltid avgörande för om arbetsterapin blir lyckad eller inte. Antalet anmälningar till patientnämnden har ökat och hälso- och sjukvårdslagens krav på att patienter ska bli bemötta med respekt och öppenhet uppfylls inte. Syftet var att beskriva arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta. En kvalitativ metod användes och urvalet gjordes genom lämplighet och snöbollssampling. Tio stycken arbetsterapeuter med erfarenheter av arbete med den aktuella gruppen intervjuades utifrån en intervjuguide. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes på samtliga intervjuer. Resultatet ledde fram till följande kategorier: bidragande faktorer till ett gott bemötande och svårigheter för ett gott bemötande. Slutsatser som kan dras är att ett gott bemötande av personer med långvarig smärta innefattar att arbetsterapeuten lyssnar och bekräftar patientens berättelse. Det krävs en ökad kunskap inom området för att öka förståelsen och förbättra bemötandet av gruppen.

Nyckelord: Arbetsterapi, klientcentrering, kulturella skillnader, kvalitativ metod, teamarbete.

Summary

Occupational therapists experiences of meeting people with chronic pain

Today many people live with chronic pain that affects their everyday lives and cause great suffering. The relationship between the occupational therapist and patient is always crucial if therapy is successful or not. Lately, the number of reports to the Board has increased and the requirements of the health care law concerning addressing people with respect are not met. The aim of this study was to describe the occupational therapists experience of meeting people with chronic pain. A qualitative methodology was used and the selection was made regarding suitability and snowball sampling. Ten occupational therapists with experience of working with this group were interviewed. A qualitative content analysis was made on all interviews. Categories that emerged in the result were: contributing factors to a good meeting and difficulties for a good meeting. In order to create a good meeting it is of importance that the occupational therapist listens and confirms the patient's story. However, further knowledge is necessary in order to increase the understanding of this group.

Keywords: client-centeredness, cultural differences, occupational therapy, qualitative method, teamwork.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Arbetsterapeuters bemötande	1
Att leva med långvarig smärta.....	2
Bemötande av personer med långvarig smärta.....	3
Syfte	5
Metod	5
Förförståelse.....	6
Urval.....	6
Datainsamling	6
Databearbetning.....	7
Etiska överväganden.....	7
Resultat	8
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	13
Nytta för arbetsterapi	17
Slutsats	17
Referenser.....	18
Bilagor	

Inledning

Många människor lever idag med långvarig smärta som påverkar deras vardag och orsakar stort lidande. Det är mycket kränkande för personer med långvarig smärta när smärtan ifrågasätts av omgivningen (Andersson & Holmdahl, 2009). Ett bra och bekräftande möte mellan patienten och sjukvårdspersonalen är en förutsättning för ett gott omhändertagande (Statens offentliga utredningar, 2007). Relationen mellan arbetsterapeuten och patienten är alltid avgörande för om arbetsterapin blir lyckad eller inte. Det är därför av yttersta vikt att arbetsterapeuten inte ifrågasätter patienten (Kielhofner, 2008). Antalet anmälningar till patientnämnden, gällande ärenden ”bemötande, kommunikation och information” ökade mellan åren 2000 - 2007 med hela 41 procent. Detta visar på att vården inte alltid uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på att informera och diskutera olika behandlingsalternativ med patienten. Detta trots att allt fler vetenskapliga studier betonar vikten av bemötande, delaktighet och förtroende som viktiga komponenter för vårdens resultat (Socialstyrelsen, 2009). Det mest centrala för patienterna är att de blir bemötta med respekt och glädje. De är människor med individuella behov som vill vara delaktiga i konversation och ta del av informationsflödet (Midelf & Rehnström, 2009).

Regeringens utredningsarbete gällande bemötande visade på att det saknas traditionella utbildningsinsatser för att långsiktigt påverka vardagsarbetet. Det krävs att det i vardagsarbetet förs en ständig dialog bland anställda om bemötande och förhållningssätt inom vården (SOU 1999:21). Långvarig smärta medför konsekvenser på samhällsnivå i form av ökade sjukskrivningar och därmed stora ekonomiska kostnader. På individnivå medför det konsekvenser i form av ett påtagligt lidande med flera symtom, vilket i sin tur påverkar de sociala relationerna och reducerar deltagande i samhällslivets olika aktiviteter (SBU, 2010).

Den professionella vinsten med denna studie är att arbetsterapeuter, men även övrig sjukvårdspersonal, kan få en djupare kunskap i förmågan att bemöta personer med långvarig smärta. Förståelsen för hur ett bra bemötande av patienter med långvarig smärta kan resultera i att denne blir mer självständig i sin vardag med ett minskat antal återbesök som sparar samhällets resurser (Jakobsson, 2007).

Bakgrund

Arbetsterapeuters bemötande

Kroppsspråk, tonfall, förhållningssätt, öppenhet och närvaro kan påverka hur bemötandet upplevs. Det handlar om hur personen hälsar, ser den andre i ögonen, sitter eller står när samtal genomförs i förhållande till patienten. Grunden i ett gott och respektfullt bemötande är att vara artig, vänlig och hjälpsam (Krantz & Larsson, 2003). Goda förutsättningar för kontakt skapas genom att hälsa och ta i hand, bekräfta individen med beröring, se på varandra eller genom att tala. Det går även att utläsa från den andres kroppsspråk om denne behöver få känna trygghet, dock kan en del kulturella skillnader motsäga dessa ordningsregler. Bäst är att inte ha några ordningsregler utan att ha ett öppet förhållningssätt, vara lyhörd, klarsynt och känslig (Enqvist, 2007). Ett bra och bekräftande möte mellan patient och yrkesverksamma personer inom vården är en förutsättning för ett gott omhändertagande. Har patienten en beroendeställning exempelvis i form av stöd, service eller omsorg, innebär detta på flera sätt en utsatthet. Det är ett förhållande som kräver stor respekt för att inte missbrukas. Det finns en

risk att i all empatisk godhet utöva makt som kränker den som är beroende av insatserna (Statens offentliga utredningar, 2007). Att behöva be om hjälp och ha en roll som hjälpsökande gör människor extra utsatta. Det maktförhållande som uppstår är ojämnt mellan den som söker hjälp och den som har förmåga att hjälpa. Sjukvårdspersonal och den hjälpsökande har olika perspektiv eftersom deras kunskaper och erfarenheter skiljer sig åt (Brusén, & Hydén, 2000).

När yrkesverksamma personer inom vården möter patienter är det av stor vikt att de behåller sin professionalitet, trots att samhällets attityder kan ha inverkan på mötet. Attityder kan beskrivas som länken mellan åsikt och handling. Hur en person handlar överensstämmer med personens attityd. Bemötandet av en grupp kan beskrivas som när uppfattningar och värderingar omsätts till handling. Det positiva bemötandet bottenar i en positiv attityd likväl som bakom ett negativt bemötande finns en negativ attityd (Krantz & Larsson, 2003). Arbetsterapeuten arbetar för att underlätta patientens förmåga att leva sitt liv efter sina önskemål och behov. Arbetsterapeuten förväntas utföra sitt arbete på ett professionellt sätt, ta moralisk hänsyn och visa patienten respekt. Han eller hon har skyldighet att respektera yrkets mål och regler vilket gäller uppgifter och förutsättningar. Målen fastställer arbetsterapeutens professionella verksamhet. Arbetsterapeuten förväntas även att på ett moraliskt, sakkunnigt och klarsynt sätt eftersträva att kombinera det yrkesmässiga ansvaret med respekten för patientens rättigheter (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005).

Model of Human Occupation är en arbetsterapeutisk modell som bygger på ett klientcentrerat förhållande där arbetsterapeuten måste förstå, respektera och stödja klientens värderingar, kunnande, roller, vanor, prestationsförmåga, erfarenhet och personliga miljö. Grundtanken är att klienten ska göra, tänka och känna själv. Klientens val, handling och erfarenhet måste vara central för behandlingsprocessen. All förändring som klienten uppnår beror på engagemanget i arbetsterapiprocessen. Relationen mellan arbetsterapeuten och klienten är alltid avgörande för om arbetsterapin blir lyckad eller inte. En terapeutisk strategi är vad arbetsterapeuten gör för att påverka vad klienten gör, känner och tänker. Den inledande strategin som en arbetsterapeut kan använda sig av är att validera, vilket innebär att arbetsterapeuten visar respekt för klientens erfarenheter eller perspektiv. Negativa erfarenheter såsom smärta, oro, skam, ilska med mera kan påverka klientens engagemang (Kielhofner, 2008).

Att leva med långvarig smärta

Den som lever med långvarig smärta dygnet runt har en djup kunskap om sin situation och kan utifrån det bedöma sina behov av stöd och service. Många av dessa människor kan sedan lång tid tillbaka ha förlorat både arbete och vänner. De kanske inte har någon roll som förälder, syskon eller barn utan endast en invand identitet som smärtpatient sedan många år. De skulle till och med kunna få problem med att hitta en ny identitet om de har svårt att överge sina symtom för att koncentrera sig på att leva ett så tillfredsställande liv som möjligt (Werner & Strang, 2003). International Association for the Study of Pain (IASP), den internationella organisationen för klinik och forskning om smärta, definierar tillståndet smärta:

”Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada.” (SBU, 2006 s. 48)

Smärta är associerat med känslomässiga och psykiska reaktioner och är en personlig upplevelse som inte kan mätas. Många patienter känner sig kränkta när smärtan ifrågasätts. Kom-

munikationen och det fortsatta bemötandet av patienten kan därmed försvåras. Ett gott och bra bemötande kan då emellertid vara nödvändigt för att få ett gott resultat med de insatser som utförs (SBU, 2006). Cirka 18 % av svenska folket har svår långvarig smärta (Socialstyrelsen, 2010b; SBU, 2010). Med långvarig smärta avses ett smärttillstånd som kvarstår mer än tre månader. När smärta gradvis förändras till att bli långvarig byter smärtupplevelsen form. Från att ha varit övervägande sensorisk blir den flerdimensionell med övervägande emotionella och kognitiva drag som påverkar det psykosociala samspelet. När smärtan dominerar så ökar smärtbeteendet och kan leda till sekundära symtom såsom depression, ångest, inaktivitet med en känsla av minskad kontroll över den egna tillvaron. Patienter med långvarig smärta bidrar i hög grad till samhällets kostnader samtidigt som de själva ofta har en mycket dålig ekonomi. Psykosociala faktorer såsom existens och miljö är mycket viktiga för funktions- och arbetsförmågan på sikt (Werner & Strang, 2003).

Patienter med långvarig smärta har ofta orimliga förväntningar och förhoppningar på behandling och rehabilitering. Den långvariga smärtan försvinner oftast inte med den behandling som används vid akuta tillstånd utan kräver ihållande och långvariga behandlingar med regelbundna kontroller och fortsatt vård. Ett rehabiliteringsprogram på några veckor är inte tillräckligt om det inte följs upp med stöd och rehabiliteringsinsatser (Linton & Andersson, 2000). Ibland används begreppet kronisk smärta istället för långvarig smärta men de kliniska rekommendationerna är att använda begreppet långvarig smärta. Detta för att minska den resignation som kan kopplas till begreppet kronisk. I den engelska litteraturen används ofta begreppet "chronic pain" (kronisk smärta) och ibland även "persistent pain" (ihärdig smärta). När ett smärttillstånd har kvarstått i mer än tre månader och övergått till att vara långvarig smärta är chansen att bli smärtfri mycket liten (SBU, 2006).

Bemötande av personer med långvarig smärta

Patienter med långvarig smärta rekommenderas rehabilitering efter multimodal modell. Detta innebär att patientens smärtmönster bryts under en tidsperiod på fyra till sex veckor och innefattar ett antal strategiska och samlade åtgärder där behandlingen utförs av ett team bestående av minst tre olika professioner (SBU, 2006). Olika former av rehabilitering vid långvarig smärta används beroende på hur komplex smärtproblematiken är. Unimodal rehabilitering syftar till en enstaka åtgärd utan behov av olika professioner. Intermediär rehabilitering kräver däremot ett flertal åtgärder och behandlingen är byggd på regelbundna kontakter med vårdpersonal. Multimodal rehabilitering har tagits fram för patienter med komplexa problem och som har stort behov av rehabilitering. Teamarbete krävs där ett flertal professioner planerar och samordnar åtgärder för att gemensamt med patienten komma fram till de mål som de satt upp. Den multimodala rehabiliteringsmetoden och dess angreppssätt stödjer sig på att patientens smärta granskas, undersöks och rehabiliteras utifrån en likformig helhetssyn på smärta. Multimodal rehabilitering erbjuds patienter med långvarig smärta som varat i mer än tre månader. Smärtan inverkar på patientens aktivitet i dennes vardagliga liv. Patienten bör ha kapacitet för ett effektivt förändringsarbete trots sin smärtproblematik. Det bör inte finnas några andra diagnoser eller tillstånd som kan förhindra att patienten deltar. En genomgång av patientens förväntningar på rehabiliteringen och hur smärtan påverkar patientens aktivitet genomförs. Smärttillståndets svårighetsgrad graderas och patienten får tydlig information både skriftligt och muntligt om rehabiliteringsmetoden. Programmet består av både psykiska och fysiska åtgärder som olika sorts aktiviteter och träning. De allmänna målen för multimodal rehabilitering är att påverka utförandet av arbete och olika sysslor i hushållet för att nå en positiv förändring. Det är även viktigt att jobba med den emotionella delen, det vill säga att minska graden av depression och ångest. Insatserna gentemot denna grupp är individuella för

de olika professionerna inom teamet och innefattar bland annat undervisning och olika copingstrategier för att hantera smärtan. Målet är att kunna öka den kroppsliga funktionen och få en bättre hälsa med större livskvalitet och en förändrad smärtproblematik i form av anpassning av smärtan (Socialstyrelsen, 2010b; SBU, 2010).

Ett gott bemötande av patienter i kontakten med hälso- och sjukvården kan ses som en självklarhet. Rätten till en god vård regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och innehåller krav för att främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Det innebär att patienten ska bemötas med omtanke och respekt. Det har dock visats att så inte alltid är fallet, vilket gör ämnet aktuellt och åtgärder måste vidtas. För detta krävs det mer kunskap om mötet mellan vårdpersonal och patienter. Att patienter inte alltid blir bemötta på de sätt de önskar visar en studie genomförd av Jakobsson. Studien omfattade 826 personer där 38 % uppgav att de blivit illa bemötta någon gång när de sökt vård, och cirka 10 % uppgav att de blivit illa bemötta vid mer än ett tillfälle. Det var framförallt kvinnor, yngre personer samt personer med subjektiva symtom, det vill säga svåra att bevisa och kan vara svåra att åtgärda. Svaren handlade mycket om att patienterna inte kände sig tagna på allvar av personalen, att de blev misstrodda (om till exempel hur mycket smärta eller värk de hade), och att ingen lyssnade på dem. Personalen var stressad och att det ofta var tidsbrist när de sökte vård var andra aspekter som togs upp. Dock är stress och hög arbetsbelastning inte de enda anledningarna till ett dåligt bemötande. Det kan även handla om brist på kunskap bland personalen om hur det är att leva med kroniska besvär (Jakobsson, 2007).

Ett dåligt bemötande kan leda till en dålig relation mellan vårdgivare och vårdtagare där patienten inte vågar ställa frågor eller komma med förslag. Idag finns relativt lite kunskap om mötet och hur detta påverkar patientens förmåga att klara av olika aktiviteter i det vardagliga livet. Tidigare studier har visat att tillräcklig information i mötet mellan patienten och läkare gör patienten nöjdare. Studiens syfte var att studera bemötandet av och information till personer med långvarig smärta i mötet med hälso- och sjukvården. 44 % av deltagarna hade långvarig smärta. Det var signifikant fler med långvarig smärta som hade blivit illa bemötta i vården jämfört med dem utan smärta. 360 personer uppgav att de hade långvarig smärta och av dem hade en tredjedel blivit illa bemötta när de sökt vård för sin smärta. Anledningen till patienternas känsla av att ha blivit illa bemötta överensstämmer med Jakobssons tidigare studie där personalen underskattade smärtan eller inte alls trodde på patienten. Att lita på patienten är viktigt eftersom det är välkänt att om man blir misstrodd kan det leda till att smärtupplevelsen förvärras. Andelen som kände sig misstrodda var drygt en tredjedel. Lika stor andel angav att de hade gett upp hoppet om att bli hjälpta med sin smärta. Tidsbrist hos personalen framkom även i studien där patienterna kände att de var till besvär och störde när de sökte vård. De upplevde att personalen varken hade tid att lyssna eller att det fanns tid att ställa frågor. Hög arbetsbelastning och stressad personal kan vara orsaker till ovan nämnda problem. Det kan även leda till distansering och förekommer tämligen ofta bland sjukvårdspersonal, vilket gör att mötet med patienten blir kort och ytligt. Andra orsaker till svårigheter i mötet mellan patienten och vårdgivaren kan vara en pressad arbetssituation, otillräcklig utbildning i ämnet, brist på empati eller personliga problem hos vårdgivaren (Jakobsson, 2008).

En kvalitativ amerikansk studie belyser bland annat vårdgivarens perspektiv på sina erfarenheter av patienter med långvarig smärta. 20 vårdgivare (10 män och 10 kvinnor) intervjuades. Gruppen bestod av 4 sjuksköterskor och 16 läkare. Studien betonade vikten av att ha en god relation med patienten och att bra relationer med patienter är avgörande för en god smärtvård. Spendera tid i samtal med patienter ökar förtroendet mellan patient och vårdgivare. Konversation är det bästa verktyget för smärtbedömning. En deltagare i studien konstaterade att pati-

enter med långvarig smärta tar tid, patienten vill att du ska lyssna, och det är diskussionen som är det terapeutiska ingreppet. En annan vårdgivare menade att en stor del av smärtlindring är att se och lyssna på patienten. Att bygga en förtroendefull relation är värdefullt för att uppnå optimal smärtkontroll. Även denna studie beskrev svårigheter gällande denna patientgrupp så som stress, brist på tillfredsställelse, och även fientlighet de har stött på med vissa patienter. En strategi för att motverka dessa svårigheter är att öka den patientcentrerade kommunikationen. Enligt artikeln är smärta den vanligaste åkomman inom primärvården, med 57 % av vuxna amerikaner som lider av långvarig smärta. Detta är kostsamt för det amerikanska samhället, med uppskattningsvis \$100 miljarder per år som spenderas på sjukvård och förlorad arbetsproduktivitet (Matthias et al, 2010).

En studie med syftet att undersöka sjukgymnasters uppfattning om viktiga faktorer som påverkar kvalitén av interaktionen i behandlingen har genomförts. Tio erfarna sjukgymnaster intervjuades två gånger. Resultatet delades in i två dimensioner: förutsättningar och interaktion. Inom dimensionen förutsättningar framkom interna förutsättningar som bland annat den professionella kunskapen i praktiken, erfarenheter med patienter och arbetsterapeutens livserfarenhet. Även externa förutsättningar presenterades som berörde vikten av att arbeta i team och den fysiska arbetsmiljön. Inom dimensionen interaktion framkom teman som att etablera kontakt, tillvägagångssätt ta kontakt, struktur i behandlingen och den terapeutiska processen. Liksom i den amerikanska studien framkom även här betydelsefulla aspekter, inom dessa teman, så som att lyssna, att möta individen där den är och att ge denne tid. En bra interaktion ansågs öka resurserna hos patienten och leda till ett positivt resultat (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl, 1999).

En pilotstudie med 19 stycken arbetsterapeuter genomfördes. Syftet var att testa ett instrument om föreställningar och attityder om långvarig smärta men även att påvisa effekten av utbildning inom detta område. Personer med långvarig smärta valdes med anledning av att de ofta kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Oavsett anledningen till smärtan kommer professionella föreställningar och attityder i bemötandet att påverka förmågan att hjälpa patienten. Mätningen skedde före och efter två dagars utbildning i ämnet behandling av kronisk godartad smärta. Resultatet visade en statistiskt säkerställd förändring efter utbildningen, vilket i detta fall innebär att en positiv förändring hade skett gällande föreställningar och attityder (Jones, Ravey & Steedman, 2000).

Om mötet mellan patient och vårdpersonal fokuseras det, ur forskningens synvinkel, nästan uteslutande på mötet mellan läkare/sjuksköterska och patient. Även kontakten mellan sjukgymnast och patient är ett vanligt förekommande ämne att forska om. Vid datasökning hittades endast en artikel baserad på arbetsterapeutiska studier om föreställningar och attityder gentemot långvarig smärta. Det saknas både forskning inom arbetsterapi i förhållande till bemötande och långvarig smärta. Fler studier behövs inom dessa områden för att kunna bemöta personer med långvarig smärta på ett, för patienten, tillfredställande sätt. Denna studie tjänar därför ett syfte genom att förhoppningsvis presentera ny kunskap.

Syfte

Att beskriva arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta.

Metod

En kvalitativ metod används i denna studie. Den har som uppgift att ta reda på mer om mänskliga fenomen såsom uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar,

motiv och attityder (Depoy & Gitlin, 1999). Designen bygger på människans medvetande och upplevda erfarenheter. Detta är därför ett användbart angreppssätt vid forskning på människors upplevelser (Rosberg, 2008). Kvalitativ metod med intervjuer valdes eftersom det är mest relevant för studien.

Förförståelse

Arbetsterapeuter har en etisk kod i sin profession som tillsammans med den egna moralen utgör en god utgångspunkt för ett bra bemötande. Vår förförståelse inför genomförandet av studien var att arbetsterapeuter har goda förutsättningar för ett gott bemötande. Detta kan ha påverkat vår tolkning av intervjuer då det finns risk för att vi tolkade in mer positiva aspekter i materialet än vad som fanns. Innan frågorna till intervjuguiden författades hade vi en tanke om att kulturella skillnader eventuellt kunde finnas inom ämnet bemötande.

Urval

Inklusionskriterier för studiens intervjupersoner var att de var arbetsterapeuter med minst två års erfarenhet av arbete med personer med långvarig smärta. Detta för att säkerställa en viss erfarenhet av arbete med den aktuella gruppen. Ytterligare ett kriterium var att arbetsterapeuternas klienter var i arbetsför ålder (19 år – 65 år) och haft smärta i minst tre månader. Exklusionskriterier var nekande till inspelning vid intervju. Då mycket information går förlorad utan möjlighet till inspelning, bestämdes därför att dessa intervjupersoner skulle väljas bort. Urvalet baserades på lämplighet där individer som kan tänkas ha erfarenhet inom det aktuella ämnet tillfrågades. Ett informationsbrev (bilaga 2) mailades ut tills tio deltagare accepterade deltagande. Mailet riktade sig till arbetsterapeuter i närområdet.

Med hjälp av snöbollssampling, där deltagarna tillfrågades om ytterligare tänkbara individer för studien blev antalet intervjupersoner tillfredställande (Depoy & Gitlin, 1999). Ett medvetet val gjordes att inte avgränsa studien till vissa verksamhetsområden med en förhoppning om att olika perspektiv på bemötandet av gruppen skulle fångas. Arbetsterapeuter inom olika verksamhetsområden, som motsvarade kriterierna, inbjöds att medverka. Arbetsterapeuter på länssjukhusets smärtrehabilitering samt landstingsdrivna och privatägda vårdcentraler deltog i studien.

Datainsamling

Intervjun är en skapande berättelse och dess grad av tillförlitlighet kan bero på många faktorer: vilka personer som intervjuas, vilket ämne frågorna tar upp och på vilket sätt frågorna ställs. Målet med intervjuerna var att ha så många öppna frågor som möjligt, eftersom de ger större utrymme för personen att svara brett och förser författarna med användbar information (Jacobsen Krag, 1993). Frågorna i intervjuguiden (se bilaga 1) skapades utifrån studiens syfte och författarnas förförståelse med betoning på arbetsterapeutens bemötande av patienten. Intervjuerna inleddes med en förklaring av syftet som var att beskriva arbetsterapeuters upplevelse av att bemöta personer med långvarig smärta. Inledande frågor ställdes kring tidigare arbetsplatser och erfarenheter av den aktuella patientgruppen för att göra intervjupersonen mer bekväm i situationen. Huvudfrågorna som sedan följde var inriktade på arbetsterapeutens bemötande av patienten. Avslutningsvis tillfrågades alla intervjupersoner om de hade något att tillägga. På grund av tidsbrist utfördes inte någon pilotintervju. Istället efterfrågades möjlighet till feedback från intervjupersonen vid den första intervjun för att komplettera intervjuguiden med eventuella övriga frågor. Efter diskussion eliminerades frågan ”Tror du att patientens sociala omgivning kan påverka bemötandet?” eftersom frågans relevans för studien ifrå-

gasattes. Intervjupersonen menade att patientens sociala omgivning inte påverkar arbetsterapeutens bemötande. Intervjuerna genomfördes på arbetsterapeuternas arbetsplats och Högskolans bibliotek. Tid bestämdes till maximalt 60 minuter. Merparten av intervjuerna genomfördes på 30-45 minuter.

Databearbetning

Efter att varje intervju var genomförd renskrevs den och sparades på ett externt minne som hålls inlåst. För kvalitativ analys är renskrivning av inspelat material av stor betydelse. Intervjuerna ska renskrivas på ett enhetligt sätt. För att underlätta databearbetningen måste det därför finnas instruktioner för hur skratt, pauser och tystnad ska behandlas i renskrivningen. Eftersom det renskrivna materialet är omfattande är det viktigt med strukturen för att få en tydligare överblick av innebörden (Depoy & Gitlin, 1999). Efter att den första intervjun var genomförd bestämdes instruktioner för hur skratt, tystnad och pauser skulle formuleras. Även upprepningar och tvekan diskuterades och regler bestämdes för att få en struktur på materialet, till exempel att tre punkter betyder en paus i citaten. Kvalitativ innehållsanalys valdes för att få fram huvudinnehållet i materialet. För att få en helhetsbild lästes det transkriberade materialet igenom ett flertal gånger. De meningar som svarade på syftet, meningsbärande enheter, valdes därefter ut. Dessa kondenserades, det vill säga att de kortades ned utan att tappa innebörden. Sedan reflekterade författarna tillsammans över vad som framkommit och enades om slutgiltig version. På de kondenserade meningarna sattes en etikett, det vill säga en kod som sammanfattar innehållet. Dessa jämfördes tills författarna var överens. Koderna sorterades sedan in i grupper efter liknande innehåll, så kallade underkategorier. De underkategorier som framkom delades slutligen upp i resultatets kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Värdefullt för studiens trovärdighet är att personer som är kunniga inom forskning och ämnet granskar koder och kategorier för att se om det överensstämmer med innehållet i intervjuerna. Detta kallas validering med hjälp av experter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att öka examensarbetets trovärdighet skickades en viss del av materialet till handledare för validering. Att beskriva urval och analysarbete på ett noggrant sätt ger läsaren möjlighet att avgöra giltigheten i tolkningarna, vilket även stärker resultatets tillförlitlighet. Även överförbarheten till andra grupper avgörs genom ett noggrant beskrivet urval och analysarbete. Överförbarhet handlar om hur resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Detta avgörs dock av läsaren. Ett annat sätt att öka giltigheten är att presentera citat från intervjumaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Urval och analysarbete beskrevs på ett tydligt sätt för att öka examensarbetets giltighet och överförbarhet. Citat presenterades i resultatet för att beskriva innehållet i kategorierna och för att öka giltigheten för examensarbetet.

Forskarens påverkan på studien kan eventuellt färga resultatet. I kvalitativa studier är forskaren delaktig genom att under intervjuerna vara medskapare till texten. Resultatet av en kvalitativ intervjustudie kan därför inte ses som oberoende av forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Etiska överväganden

Det är viktigt att forskning som bedrivs håller en hög kvalitet. En aspekt av detta är att studien ska vara etiskt korrekt utförd. Vetenskapsrådet (2002) tar upp fyra krav som bör uppfyllas och beskrivs nedan tillsammans med hur dessa uppfylldes i vår studie:

- Informationskravet

Det är viktigt att deltagarna i studierna blir informerade på ett lättförståeligt sätt, både skriftligt och muntligt, där syftet med studien framgår klart och tydligt. Denna punkt uppfylldes genom att det tydligt framgick i brevet som skickades ut att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst, utan negativa konsekvenser.

- **Samtyckeskravet**
Deltagarna i studien ska själva kunna ta ställning om de vill delta eller inte, vilket gavs möjlighet i vår studie där deltagaren tackade ja muntligt via telefon eller skriftligt via mail.
- **Konfidentialitetskravet**
Det är viktigt att kunna garantera konfidentialitet för personerna som ingår i studien. I brevutskicket garanterades detta och även att intervju materialet förvarades inlåst på ett externt minne så att obehöriga inte kunde ta del av det. Deltagarna benämndes som intervju person 1-10 i materialet och kunde därför inte identifieras i resultatet eller det slutgiltiga examensarbetet.
- **Nyttjandekravet**
Insamlade uppgifter i studien får endast användas för forskning. Uppgifter i intervju materialet användes enbart till den aktuella studien.

En etisk egengranskning enligt Hälsohögskolans anvisningar har genomförts.

Resultat

Vid analys av intervju materialet framkom två kategorier, bidragande faktorer till ett gott bemötande och svårigheter för ett gott bemötande. Dessa kategorier baseras på elva underkategorier (se tabell 1).

Tabell 1. Kategorier och underkategorier som beskriver arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta.

Kategori	Underkategori
Bidragande faktorer till ett gott bemötande	Skapa förtroende Kunskap ger förutsättningar för det goda mötet Tydlighet i bemötandet Teamarbete skapar trygghet Klientcentrering Coachning genom samtal
Svårigheter för ett gott bemötande	Missförstådda av omgivningen Tidigare negativa erfarenheter Arbetsterapeutens arbetsituation Kulturella skillnader i förhållningssättet till smärta Brister i kommunikation

Bidragande faktorer till ett gott bemötande

Att leva med långvarig smärta är en process. I de flesta fallen går smärtan inte över och därför måste personen acceptera och lära sig att leva med smärtan. För att skapa förtroende mellan personen med långvarig smärta och arbetsterapeuten är det därför viktigt att få med sig patienten från början. Som arbetsterapeut bör man kunna möta personen där denne befinner sig i nuläget. Vissa patienter har inte nått acceptans gällande sitt tillstånd medan andra försöker hitta strategier för att fungera, på ett så bra sätt som möjligt, i vardagen. Personer med långvarig smärta har ofta med sig tidigare negativa erfarenheter. Därför krävs både tid och tålamod för att skapa förtroende. För ett gott bemötande är vikten av att någon lyssnar och bekräftar patientens historia stor. Patienten känner sig betrodd och att någon lyssnar. Han eller hon får på så sätt ge sin bild av vardagen och det är då viktigt att patienten möts av förståelse.

”... jag lyssnar... jag bekräftar... jag speglar och lyfter upp det jag har hört så att patienten ser att jag har förstått.” (Intervjuperson 1)

Att kunskapen om smärta behöver ökas framkom från flera håll då förståelsen fortfarande inte är tillräcklig. Detta gäller generellt i samhället men även inom vården. Smärtan skiljer sig från individ till individ, den kan flytta runt i kroppen och går i de flesta fall inte över. Därför är det svårt att förstå och många förutfattade meningar gentemot gruppen finns. Arbetsterapeuterna menar att ofta känner sig patienter inte betrodda av omgivningen, utan gruppen upplevs som gnällig och att smärtan överdrivs. Dock menar arbetsterapeuterna att de haft patienter som beskrivit mötet med arbetsterapeut som en lättnad, att någon äntligen förstår. De beskriver tidigare negativa erfarenheter, där ingen tror på dem.

”Jag tror att mycket handlar om vad det är för kunskap man har egentligen om smärta? Om man tar fibromyalgi till exempel, det är fortfarande lite sådär sveda, värk... äh så jäkla ont kan du väl ändå inte ha?” (Intervjuperson 9)

Arbetsterapeuter har olika sätt att skapa sig en bild av patienten. Det är av betydelse att möta patienten utan författade meningar eller att ha blivit påverkad av journalläsning. Det är då även viktigt att tänka på hur journalen skrivs för att undvika att påverka andras bemötande av patienten. Genom att lyssna förutsättningslöst på patientens historia får arbetsterapeuten möjlighet att skapa sin egen bild. Det är viktigt att vara tydlig mot patienten genom att förmedla att ”jag ser dig, jag hör dig och jag förstår dig men nu går vi vidare”. Det är nödvändigt att ibland kunna sätta ner foten lite för att komma vidare i processen. På detta sätt kan arbetsterapeuten och patienten tillsammans avgöra var fokus ska läggas och vad målet är.

”... sen får det inte bli ett ältande heller, alltså det är ju lätt att man lyssnar och lyssnar och då kommer man aldrig vidare... det kan också vara en balansgång... men man får ju inte fastna i det... det är kanske svårt att vara tydlig med de patienterna” (Intervjuperson 7)

Under intervjuprocessen beskrevs följande arbetssätt som givande för arbetsterapeuter i arbetet med personer med långvarig smärta. Att möta patienten som ett team ger en känsla av trygghet hos denne. Det finns flera olika professioner runt personen vilket gör att denne känner sig väl omhändertagen och att alla jobbar på olika plan, men mot samma mål för att hjälpa patienten. Personen får träffa olika professioner och får därmed flera perspektiv på sin smärta. Om problembilden är komplex är det positivt för teamet att kunna dra nytta av varandras kunskap. Det blir ett samarbete för att hjälpa patienten.

”Den största grejen är, som patienterna säger, det är så skönt att ni tror på mig... att bemötande är också att man är flera runtomkring patienten. För det här med team, där har du också en framgångsfaktor... man får en bekräftelse på att ni har sett mig, ni har sett hela mig” (Intervjuperson 5)

Att vara delaktig i rehabiliteringsprocessen leder till att patienten tillåts att tänka själv. Som arbetsterapeut är det lätt att bli entusiastisk när man ser potentiella lösningar och vill hjälpa personen, men även patienten har ansvar för sin rehabilitering. På detta sätt sker arbetet på ett klientcentrerat sätt där patienten är med i rehabiliteringsprocessen.

”... det går till på det sättet att jag inte ger svaret... så jag resonerar mer om det istället för att framställa det som ett faktum. Då blir det ju inte jag som säger det, det blir deras tanke, det är deras tankar, för jag har ju inte sagt att du ska jobba si och så utan det är de själva som har berättat att de skulle vilja... Jag brukar säga att jag provocerar kärleksfullt” (Intervjuperson 2)

Att använda tiden till samtal med patienten var, enligt intervjupersonerna, en viktig del av bemötandet. Samtalet skapar förtroende och bekräftar patientens historia. Arbetsterapeuter som arbetar med denna patientgrupp har idag en mer guidande roll där de coachar och stöttar patienten i rehabiliteringen.

”samtalet är ju definitivt det viktigaste verktyget som jag har, det är viktigare än aktiviteten med de här personerna... ett bra samtal... att man lyckas föra tillbaka svaret till dem själva.” (Intervjuperson 2)

Svårigheter för ett gott bemötande

Det finns en brist på förståelse för denna patientgrupp. De känner sig ofta missförstådda av sin omgivning. Detta leder till svårigheter i bemötandet av personer med långvarig smärta. Patientgruppen söker ofta vård och de upplevs som gnälliga eftersom många inte förstår deras smärta utan tror att den överdrivs. Patienterna känner sig misstrodda och osynliga. De upplever att de stör när de söker vård och att ingen bryr sig. Arbetsterapeuter beskriver att på grund av detta har gruppen ofta tidigare negativa erfarenheter, vilket försvårar den terapeutiska relationen där förtroende byggs. Vidare menar arbetsterapeuterna att det tar tid att vinna patientens förtroende, tid som kanske inte alltid finns. Bristen på förståelse ligger delvis till grund för svårigheterna i bemötandet av gruppen.

”... det är inte så farligt, här har du lite piller. Gå hem, det går över... de är ludiga när de kommer... jag har lite ont här, jag har lite ont där... de söker en förklaring, de söker hjälp.” (Intervjuperson 1)

”... de som har negativa upplevelser från vården har ju oftast en väldigt negativ inställning... jag lägger ett engagemang på att lyssna lite bättre, reflektera lite mer... sen sitter jag inte och ger en massa löften... utan försöker att få patienten att känna sig någorlunda trygg i mötet och att det inte ska sluta i något negativt igen.” (Intervjuperson 8)

Arbetsterapeutens situation på arbetsplatsen eller i hemmet kan påverka det professionella bemötandet. Om arbetsterapeuten känner sig stressad i arbetet kan detta påverka bemötandet på ett negativt sätt då även patienten kan känna av stressen. Även problem på det personliga

planet kan ha inverkan på mötet med patienter då det kan vara svårt att gå in i yrkesrollen fullt ut. För ett gott bemötande krävs full uppmärksamhet på personen man har framför sig, vilket kan vara svårt om yttre faktorer påverkar allt för mycket.

”Stress. När jag kommer in, inflaxandes, oj ursäkta att jag är sen... lugn, det är jätteviktigt att man inte... vroom in i dörren utan... att personen känner sig välkommen och att jag har tid för dig nu.” (Intervjuperson 3)

Kulturella skillnader kan försvåra bemötandet av gruppen. Det finns kulturella skillnader i människors sätt att hantera sin smärta. Detta påverkar bemötandet då en del lever ut sin smärta i form av att dramatisera smärtan, medan andra är mer inbundna och fast beslutna om att leva självständigt trots smärtan.

”Sen är det ju många utländska kvinnor som... de dramatiserar sin smärta... vi har ju även utländska läkare här och de säger själva att man är så van från hemlandet att du måste dramatisera... de måste göra det för att bli förstådda, för att folk ska förstå att de verkligen har ont.” (Intervjuperson 5)

Krigsupplevelser är en annan faktor som kan försvåra mötet mellan arbetsterapeuten och patienten. Det kan vara svårt att ”nä patienten”. Som svenskfödd kan man inte förstå vad patienten har upplevt genom krig och landsflykt. Detta försvårar skapandet av en relation med patienten. Ytterligare en kulturell skillnad är att en del män har problem att ta emot hjälp från kvinnor, vilket påverkar bemötandet då vården är kvinnodominerad.

”faktorer som kan spela roll är ju om de är svenskfödda, om de är invandrare alltså, vilket språk de talar. I vilken nivå jag lägger mig i samtalet... vad de har med sig, har de någon annan diagnos i bakgrunden, har de någon posttraumatisk stressyndrom till exempel.” (Intervjuperson 6)

... just den här killen som har en utländsk bakgrund hade väldigt svårt att ta emot råd av en kvinnlig läkare och mig som kvinnlig arbetsterapeut. Han var liksom, jag vet bäst själv.” (Intervjuperson 5)

Språket är en viktig del i bemötandet eftersom kommunikationen mellan patient och arbetsterapeut måste fungera. För att kunna skapa en relation och sätta gemensamma mål måste de kunna förstå varandra. Detta kan vara ett problem vid många möten då brister i språkkunskaper finns.

Diskussion

Metoddiskussion

Då anmälningarna till patientnämnden har ökat med 41 % under de senaste åren (Socialstyrelsen, 2009) och att personer med långvarig smärta är en grupp som ofta är i kontakt med sjukvården var författarnas mål att hitta faktorer som påverkar sättet att bemöta gruppen. Urvalet bestod av arbetsterapeuter som hade minst två års arbetserfarenhet av personer med långvarig smärta. Detta för att säkerställa en viss erfarenhet av arbete med den aktuella gruppen. Detta visade sig vara positivt eftersom ju mer erfarenhet de hade av arbete med gruppen, desto mer hade de att tillföra och resonera kring. Ytterligare ett kriterium var att arbetsterapeuternas klienter var i arbetsför ålder (19 år – 65 år) och haft smärta i minst tre månader. Författarna valde att exkludera personer som nekade till inspelning vid intervju med anledningen av att

mycket information i de fallen kan gå förlorad vid enbart antecknande. Ingen intervjuperson nekade dock till inspelning.

Genom att ha ett varierat urval får man en större möjlighet att få fram fler erfarenheter om det valda ämnet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Ett medvetet val gjordes, att inte avgränsa studien till vissa verksamhetsområden med en förhoppning om att olika perspektiv på bemötandet av gruppen skulle fångas. Arbetsterapeuter inom olika verksamhetsområden inbjöds därför att medverka. Arbetsterapeuter på länssjukhusets smärtrehabilitering samt landstingsdrivna och privatägda vårdcentraler deltog i studien. Skillnader i förutsättningar gällande till exempel tid avsatt för patienter och resurser upptäcktes, vilket i sin tur kan ha påverkat bemötandet av gruppen.

Kvalitativ metod fokuserar på tolkning av texter så som utskrifter av inspelade intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Syftet med examensarbetet var att beskriva arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta. Upplevelse kan variera från person till person och genom att göra intervjuer har författarna fått en djupare insikt i arbetsterapeuternas upplevelse med avseende på likheter och skillnader. Frågorna i intervjuguiden baserades på studiens syfte och författarnas förförståelse. Frågorna utformades för att fånga arbetsterapeutens upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta.

Författarna upplevde att det stundtals var svårt att hålla sig till syftet i intervjuerna eftersom att flera intervjupersoner svarade med behandling i åtanke. Författarna upplevde att intervjupersonerna tolkade frågorna på olika sätt, vilket kan bero på frågornas utformning. Vissa intervjufrågor skulle ställts på ett annat sätt för att få ut aktuell information. En av dessa frågor var: *Upplever du att det finns kulturella skillnader och i så fall hur kan dessa påverka?* Denna fråga frångick syftet gällande bemötandet och skulle i stället ställts: *Upplever du att det finns kulturella skillnader och i så fall hur kan dessa påverka ditt bemötande?* Vissa intervjupersoner svarade ändå utifrån ett bemötandeperspektiv vilket var positivt, men merparten av svaren gick inte att använda eftersom de snarare beskrev gruppen än bemötandet av gruppen. Den avslutande frågan i intervjun var: *Vad skulle du kunna bli bättre på i bemötandet av denna grupp?* Avsikten med frågan var att få fram tankar om förändringar eller förbättringar gällande bemötandet. I efterhand borde frågan aldrig ha ställts eftersom den kunde tolkas som att arbetsterapeuten gjorde fel, vilket inte var positivt. Frågan gav heller inte mycket material att jobba med. Enligt Depoy & Gitlin, (1999) är forskaren aktiv och engagerad för att lära känna forskningsmiljön och börjar med att brett beskriva vad som kan ses för att sedan smalna av och begränsa för att få en förståelse av vad som beskrivits. Denna deltagarkontroll gjordes genom att använda frågan: *Avslutningsvis, kan du sammanfatta vilka faktorer som du upplever påverkar bemötandet?* Detta för att få en tydlig bild av det viktigaste i bemötandet enligt intervjupersonen. Arbetsterapeuten fick tillfälle att reflektera och författarna fick bekräftelse på att de hade uppfattat svaren rätt.

Att renskriva intervjuerna var oerhört tidskrävande men samtidigt nödvändigt för att få en överblick av materialet. Vid renskrivning upptäcktes även de ovan nämnda bristerna i utformningen av intervjufrågor. Genom att lyssna på den inspelade intervjun fick författarna ett annat perspektiv och upptäckte hur frågorna hade tolkats. Då talspråk givetvis användes påbörjades ofta en ny mening innan den förra hade avslutats. Detta skapade vissa svårigheter för författarna vid renskrivning och tolkning av materialet.

Genom forskning hoppas man finna ny kunskap men det finns oftast inte bara en sanning utan flera tolkningar kan göras. För att visa trovärdigheten i studien måste vissa åtgärder vidtas.

Det handlar bland annat om huruvida forskarens förförståelse och erfarenhet har präglat analysen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). För att minimera den risken var en åtgärd att materialet lästes igenom och meningsbärande enheter togs ut enskilt, vilket författarna ser som positivt för studiens trovärdighet. Svårigheten var dock även här att hålla sig till studiens syfte och därför gick författarna igenom materialet gemensamt och vid upprepade tillfällen. Enheterna jämfördes sedan och författarna enades om en slutgiltig version. Glädjande var att författarna var relativt eniga och valde till stor del ut samma material. Författarna tog ut citat från intervjuerna. Detta för att styrka resultatet. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att hur sant ett resultat är handlar om giltighet. Om det visar det utmärkande eller typiska för det ämnet som beskrivs. Ett annat sätt att öka giltigheten är att presentera citat från intervjumaterialet.

Sedan utfördes kodning av intervjun gemensamt. Denna skickades till handledaren för granskning. Även detta gjordes för att ytterligare stärka resultatets trovärdighet. Meningsbärande enheter togs sedan ut självständigt i övriga intervjuer för att sedan kodas gemensamt. Efter genomförd kodning framkom underkategorier och kategorier. En viss del av materialet validerades med hjälp av expert. Detta för att öka examensarbetets trovärdighet. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att trovärdigheten ökar om personer som är insatta i forskning granskar textens innehåll om de stämmer överrens med kategorier och underkategorier. Detta ökar trovärdigheten i tolkningen.

I vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper benämns som överförbarhet och avgörs av läsaren. Att beskriva urval och analys noggrant är ytterligare ett sätt att stärka överförbarheten. Studien kan genomföras på andra professioner inom hälso- och sjukvården. Resultatet i examensarbetet kan vara färgat eftersom intervjuerna har tolkats av författarna utifrån deras förförståelse (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarnas förförståelse gällde främst antagandet att arbetsterapeuter har ett gott bemötande med sig, med den etiska koden som grund. Resultatet kan ha färgats på så sätt att författarna omedvetet fokuserade på de positiva aspekterna av arbetsterapeuternas bemötande.

Resultatdiskussion

Arbetsterapeuterna i examensarbetet bekräftade mycket av det som författarna läst i tidigare studier. Personer med långvarig smärta är en patientgrupp där det krävs en hel del av personen som arbetar med dem. Bidragande faktorer för ett gott bemötande, är kärnan i examensarbetets resultat och viktig kunskap för arbetsterapeuter i förmågan att bemöta personer med långvarig smärta. Förmågan innefattar att kunna se var patienten befinner sig i processen och att därifrån ta patienten vidare har visat sig vara avgörande för ett gott bemötande. Detta innefattar i sin tur förmågan att vara flexibel och kunna vänta in patienten. Det är viktigt att ha med patienten i processen. Arbetsterapeuter i denna studie beskrev att det är lätt att ta över när de ser lösningar för patienten. Detta hjälper dock inte, utan det handlar om att coacha och stötta personen i vad denne klarar av. I första hand gäller det att vinna patientens förtroende och skapa trygghet. De menade även att de inte måste ha med sig något att ge patienten varje gång utan att istället dela med sig av tankar och funderingar och låta patienten själv ta ansvar. Detta görs genom att lyssna aktivt, spegla och bekräfta patientens upplevelse. Arbetsterapeuterna beskriver klientcentrering som en aspekt för ett gott bemötande.

Enligt Model of Human Occupation består personen av vilja, vanor, utförandekapacitet och fysisk/social miljö. En person med långvarig smärta upplever ofta problem inom alla dessa områden, därför är det viktigt att ha en helhetsbild av personen för att den terapeutiska be-

handlingen skall bli så bra som möjligt. De uppfattningar, värderingar och intressen individen har om sin egen förmåga och hur det påverkar utförandet av aktivitet. Det vill säga det som personen tycker är meningsfullt och viktigt (värderingar), personlig förmågor som kapacitet och effektivitet samt det individen finner behagligt (intresse). Situationer som till exempel förändringar i miljön eller i personens utförandekapacitet kan förändra dessa tankar och känslor. Detta påverkar våra val och våra aktiviteter. Vanor innebär repetering av mönster som till exempel att utföra aktiviteter på ett visst sätt i kända miljöer och situationer (fysiska och sociala miljöer). Vilket också innefattar olika strategier av handlingar, som vanor och roller. Många av de aktiviteter som utförs görs som bland annat make/maka och/eller förälder. Dessa roller påverkar vilka slags aktiviteter som utförs. När aktivitet utförs tränas alla kroppens delar till samspel för att agera tillsammans. De är beroende av varandra och skadas någon av kroppens delar så påverkas hela aktivitetsutförandet. Miljön kan ställa olika krav och tvång som påverkar vår aktivitet, men den kan också erbjuda olika möjligheter och resurser. Hur personen uppfattar vad miljön har att ge beror helt och hållet på vilka vanor, roller och vilken utförandekapacitet denne har. Den fysiska miljön omfattar naturliga miljöer som människan har skapat, där aktiviteter utförs som till exempel affären, arbetsplatsen. Den sociala miljön består av personerna i vår omgivning och vad de gör (Kielhofner, 2002).

Model of Human Occupation har även som grundtanke att patienten ska göra, tänka och känna själv, vilket beskriver ett klientcentrerat arbete. Det är patientens engagemang i processen som, genom arbetsterapi, skapar förändring (Kielhofner, 2008). Arbetsterapeuten förväntas grunda sina åtgärder på patientens egna önskemål och behov (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005). Arbetsterapeuterna i examensarbetet menade att en framgångsfaktor för arbetet med denna patientgrupp är att arbeta klientcentrerat. Att som arbetsterapeut finnas där som stöd genom att coacha och guida patienten, men att patienten själv tar ansvar för sin rehabilitering. Dessutom är det viktigt att arbetsterapeuten och patienten har ett gemensamt mål att arbeta emot.

Andra aspekter av ett gott bemötande är att visa förståelse för patientens vardagliga situation och även att tro på det som berättas då ”patienten är sanningen”. Långvarig smärta är en subjektiv upplevelse som är svårdefinierad. Patienterna söker ofta vård för en smärta som många gånger är diffus, svår att förklara och som dessutom kan förflytta sig i kroppen. Att öka kunskapen om smärta är därför nödvändigt då det ofta brister i förståelsen. Det är även viktigt att skapa sig en egen bild av patienten, framförallt genom att lyssna förutsättningslöst och bortse från förutfattade meningar. Det gäller att vara tydlig i bemötandet av patienten: lyssna på patienten likväl som att avgöra när det är dags att gå vidare i samtalet. Socialstyrelsen (2010a) beskriver att ett patientcentrerat arbetssätt och en delaktig patient påverkar vårdens resultat positivt. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska med sin kunskap förklara sjukdomen, behandlingen samt vilka resultat som kan uppnås, men måste även kunna förstå och se patientens kunskaper och möjligheterna till samarbete. Alla människor är experter på upplevelsen av sin egen ohälsa och är den som har störst kännedom om sin kropp.

En aspekt som framkom i examensarbetet under kategorin: bidragande faktorer för ett gott bemötande var att få med sig patienten, vilket innefattar att se var patienten befinner sig just nu och möta denne där. Detta är helt i linje med de aspekter för ett gott bemötande som framkom i Gyllensten, Gard, Salford och Ekdahls studie: att ett bra möte mellan patienten och sjukgymnasten ansågs öka resurserna hos patienten och leda till ett positivt resultat. Att möta patienten där den är och att ge denne tid. (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl, 1999).

Ytterligare aspekter som visade sig vara betydelsefulla i examensarbetet var att lyssna och tro på patienten. Eftersom smärtan är en subjektiv upplevelse kan det vara svårt för vårdpersonalen att förstå patientens vardag. Kunskap ger förutsättningar för en ökad förståelse för patientgruppen, vilket leder till att bemötandet kan förbättras. Detta menar även Jakobsson (2007) då 38 % av deltagarna i studien uppgav att de någon gång blivit illa bemötta när de sökt vård. Patienterna upplevde att de inte blev tagna på allvar av vårdpersonalen, att de blev misstrodda angående sin smärta eller värk och att ingen lyssnade på dem. En orsak till ett sämre bemötande kan handla om bristande kunskap hos vårdpersonalen gällande hur det är att leva med långvarig smärta (Jakobsson, 2007). 360 personer uppgav att de hade långvarig smärta och en tredjedel av dessa hade blivit illa bemötta. Patienterna upplevde att de var till besvär och störde när de sökte vård. Personalen hade inte tid att lyssna eller att svara på frågor (Jakobsson, 2008). Det finns mycket att förbättra i bemötandet av denna grupp. Att lyssna och tro på patienten är grundläggande för att bemöta personen på ett bra sätt. Kunskap visade sig i examensarbetet vara en viktig komponent för att öka förståelsen för gruppen, vilket överrensstämmer med Jakobsson (2007) och Jakobsson (2008), Detta kan i sin tur leda till ett bättre bemötande.

En studie där instrument om arbetsterapeuters föreställningar och attityder om långvarig smärta testades där forskarna även ville påvisa effekten av utbildning inom området. Resultatet visade en positiv förändring i gruppens föreställningar och attityder efter genomförd utbildning (Jones, Ravey & Steedman, 2000). Denna studies resultat visar på likheter med examensarbetet. Den pekar på betydelsen av att öka kunskapen om långvarig smärta. Att endast två dagars utbildning kan visa på en förändring i attityder är dock hoppfullt och kan vara ett sätt att minska förutfattade meningar. Genom utbildning ökar förståelsen och förhoppningsvis kan sjukvårdens bemötande av gruppen förbättras. Jakobsson (2007) menar att en orsak till ett sämre bemötande kan handla om bristande kunskap hos vårdpersonalen om hur det är att leva med långvarig smärta.

I resultatet för examensarbetet framhävs betydelsen av samtal. Att använda samtalet som verktyg är ett arbetssätt som bidrar till ett professionellt bemötande. Det ökar förtroendet och en god relation skapas. En annan aspekt som framkommit i examensarbetets resultat, gällande svårigheter i bemötandet, är att det tar tid med dessa patienter. Många har med sig tidigare negativa erfarenheter vilket resulterar i att förtroendet för sjukvården är bristfälligt. Därför tar det längre tid att bygga upp en terapeutisk relation. Matthias et al (2010) styrker detta genom att ta upp faktorer så som att ge tid för samtal med patienter. Detta är viktigt för att öka förtroendet mellan patient och vårdgivare. Samtal är det bästa verktyget för smärtbedömning. Enligt vårdgivarna tar dessa patienter tid och det är viktigt att lyssna då det är själva diskussionen som är det terapeutiska ingreppet. En annan vårdgivare menade att en stor del är att se och lyssna på patienten. Att bygga en förtroendefull relation är värdefullt för att uppnå optimal smärtkontroll. (Matthias et al, 2010).

Teamarbete sågs som en faktor i examensarbetet för att kunna bemöta gruppen på ett bra sätt. Personen känner sig väl omhändertagen och får hjälp från flera håll. Dessa påståenden styrks av Gyllensten, Gard, Salford och Ekdahl som menar att arbete i team är en extern förutsättning för ett gott bemötande. Genom att olika professioner finns runt patienten skapas trygghet och man kan dra nytta av teamets breda kunskap (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl, 1999).

Under kategorin svårigheter för ett gott bemötande finns underkategorin arbetsterapeutens arbetssituation. Denna innefattar bland annat stress hos vårdgivaren, till följd av en allt för hög arbetsbelastning, vilket kan påverka hur patienter bemöts i fall där vårdgivaren avskärmar

sig från arbetet. Personliga problem kan vara en annan källa som påverkar bemötandet av gruppen.

Hög arbetsbelastning där personalen var stressad och att det ofta var tidsbrist när patienterna sökte vård var faktorer som påverkade bemötandet negativt (Jakobsson, 2007). Andra orsaker som nämndes till svårigheter i mötet mellan patienten och vårdgivaren kunde vara en pressad arbetssituation, brist på empati eller personliga problem hos vårdgivaren (Jakobsson, 2008). En stressad vårdgivare är ingen bra förutsättning för ett gott bemötande, vilket examensarbetet, Jakobsson (2007) och Jakobsson (2008) pekar på. Att kunna vara här och nu är viktigt för att kunna bemöta personen på bästa sätt.

Enligt examensarbetet finns kulturella skillnader i sättet att förhålla sig till smärta, vilket överensstämmer med författarnas förståelse. Inom vissa kulturer dramatiseras smärtan för att få förståelse, något som skiljer sig från hur många svenskfödda gör. Många svenskfödda upplevs i stället som mer inbundna och strävar efter att vara självständiga, trots smärtan. Bemötandet påverkas genom att arbetsterapeuten anpassar sig efter patienten. Språket är en kulturell aspekt som påverkar och även tydlighet i bemötandet gentemot varandra visade sig vara viktigt. Finns svårigheter med språket så måste arbetsterapeuten anpassa sin nivå efter patientens. Socialstyrelsen (2010a) beskriver att individuellt anpassad information ska ges utifrån patientens förutsättning och förmåga att ta emot och förstå information. Det betyder att man anpassar språket till bland annat patientens kulturella och språkliga bakgrund.

Ytterligare kulturella faktorer som påverkar bemötandet är män från andra kulturer som har svårt att ta råd från kvinnliga yrkesarbetande. Detta skapar problem eftersom sjukvården är ett kvinnodominerat fält. En viss del av resultatet i examensarbetet styrks av Svenberg, Mattsson och Skott (2009) där de menar att det är en utmaning för sjukvården att möta och behandla patienter från andra länder och kulturer. Invandrargrupperns förväntningar och erfarenheter av hälsa och sjukdom skiljer sig oftast från ursprungsbefolkningens. Studiens syfte var att dokumentera tankar och erfarenheter angående hälsa och sjukdom. Något som framkom tydligt var att smärta kan uppkomma i samband med att personen flyr sitt hemland och då känner sig rotlös och att kulturella skillnader kan bero på svårigheter med språket (Svenberg, Mattsson & Skott, 2009). Svenskfödda patienter med långvarig smärta skattade smärtbeteendet lägre i jämförelse med invandrare och de talade om en lägre intensitet av smärtan. Till skillnad från invandrare skattade de sin hälsa högre, med mindre funktionshinder, oförmåga och psykosomatiska problem (Lindström, Aureskoug, & Allebeck, 2002).

Att ha kunskap om människors upplevelser av att vara flykting kan öka möjligheterna för en bättre kommunikation, ett ökat förtroende och ömsesidig respekt för att få ett meningsfullt möte med sjukvården (Svenberg, Mattsson & Skott, 2009). De intervjuade arbetsterapeuterna i examensarbetet beskrev kulturella skillnader i form av olika syn på sjukvården. Personer från andra kulturer har ibland svårt att förstå vår sjukvård. De är vana att få en spruta när de går till doktorn. Intervjupersonerna i examensarbetet menade vidare att i andra länder tillfrågas inte patienten vad denne vill ha för vård, därför känner de sig inte riktigt omhändertagna inom den svenska sjukvården. De får själva ta ansvar för sin vård vilket gör att de känner sig otrygga. Socialstyrelsen (2010a) menar att kulturella skillnader kan inverka på upplevelser av och förväntningar på vård och behandling. Därför är det viktigt att få en uppfattning om vilka förväntningar och föreställningar patienten har på sin kontakt med vården.

Nytta för arbetsterapi

Genom att vara medveten om faktorer som påverkar bemötandet av denna patientgrupp vet man som arbetsterapeut hur man ska bemöta personer med långvarig smärta. Man är både medveten om de bidragande faktorerna som till exempel att lyssna och tro på patienten men även svårigheterna för ett gott bemötande. Detta leder till att patientens förtroende för sjukvården ökar och att patientens negativa upplevelser minskar. Detta kan i sin tur leda till ökad effektivitet i arbetet med dessa patienter. Arbetsterapeuten kan få kunskap om hur patienten bör bemötas på rätt sätt och kan på så sätt skapa en bra kontakt och vinna dennes förtroende från början.

Förslag till fortsatta studier inom detta område är att intervjua personer med långvarig smärta för att få deras upplevelse av bemötandet i vården.

Slutsats

Smärta är en subjektiv upplevelse som varierar från individ till individ. Därför kan den vara svår att förstå vilket påverkar bemötandet av gruppen i form av bland annat misstro och förutfattade meningar. Kunskap är en bra förutsättning för ett gott bemötande. Att öka kunskapen inom området är därför nödvändigt för att öka förståelsen och förbättra bemötandet av gruppen. För att kunna bemöta personer med långvarig smärta på ett tillfredsställande sätt krävs bland annat att arbetsterapeuten lyssnar och bekräftar patienten som i sin tur ska uppleva att arbetsterapeuten tror på denne. Kulturella skillnader finns i bland annat sättet att förhålla sig till sin smärta, där den exempelvis kan dramatiseras. Kunskapen om hur dessa kulturella skillnader påverkar och speglar bemötandet har visat sig vara viktig och behöver ökas.

Referenser

- Andersson, S. & Holmdahl, S. (2009). *Personer med långvarig smärta och deras upplevelse av bemötande från vårdpersonal*. Kandidatuppsats, Luleå tekniska universitet, Institutionen för hälsovetenskap.
- Brusén, P. & Hydén, L.C. (Red.), (2000). *Ett liv som andra – Livsvillkor för personer med funktionshinder*. Lund: Författarna och Studentlitteratur
- Depoy, E. & Gitlin, L., N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. Fossum, B. (Red.), (2007). *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. 418-421. Lund: Studentlitteratur AB.
- Forssén, A & Carlstedt, G. (2003). Varsågod och var stark. Om kvinnors liv, arbete och hälsa under 1900-talet. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), (2009). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 159-172. Lund: Studentlitteratur AB.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. [Elektronisk], Tillgänglig: < <http://www.fsa.akademikerhuset.se/Min-profession/Yrket/Etik/Etisk-kod/> > [2012-01-10].
- Gyllensten. A. L., Gard. G., Salford. E. & Ekdahl. C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4, 89-109.
- Jacobsen Krag, J. (1993). *Intervju, konsten att lyssna och fråga*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. [Elektronisk], *Socialmedicinsk tidskrift* 6, 541-548. Tillgänglig: < <http://www.socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/article/view/568/388> > [2011-09-19]
- Jakobsson, U. (2008). När vården (be)möter långvarig smärta. *Socialmedicinsk tidskrift* 6, 515-522.
- Jones, D., Ravey, J. & Steedman, W. (2000). Developing a measure of beliefs and attitudes about chronic non-malignant pain: A pilot study of occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 7(4), 232-245.
- Kielhofner, G. (2008) *A model of human occupation: Theory and application*. 4rd ed. Baltimore: Lippincot, Williams & Wilkins.
- Krantz, O. & Larsson, S. (2003). *Kvalitet i bemötandet: att förbättra bemötandet av personer med funktionshinder*. [Elektroniskt]. Malmö Universitetssjukhus, Samhällsmedicinska institutionen, Centrum för handikapp- och rehabiliteringsforskning. Tillgänglig: < <http://www.dastudio.se/pdf/15.pdf> > [2011-09-17].

Lindström, I., Areskoug, B., & Allebeck, P. (2002). Do Immigrant Patients Differ From Native Swedish Patients With Back Pain When Entering Rehabilitation? *Advances in Physiotherapy* 4, 74–84.

Linton, S. J. & Andersson, T. (2000). Can chronic pain disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patient with spinal pain. *Spine*, 25, 2825–2831

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), (2009). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 159-172. Lund: Studentlitteratur AB.

Matthias, M. S., Partpart, A. L., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Sargent, C. et al. (2010) The patient – provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives. *Pain Med*, 11, 1688-1697.

Midelf, H. & Rehnström, A. (2009). *Se mig som jag är - patienters upplevelser av bemötande inom vården*. Kandidatuppsats, Höskolan Kristianstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), (2009). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 85-105. Lund: Studentlitteratur AB.

SBU (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta*. [Elektroniskt]. Tillgänglig: < <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Rehabilitering-vid-langvarig-smarta/> > [2012-01-11].

SBU (2010). *Rehabilitering vid långvarig smärta*. SBU-rapport nr 198. [Elektroniskt]. Tillgänglig: < <http://sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Rehabilitering-vid-langvarig-smarta/> > [2012-01-26].

Socialstyrelsen. (2010a). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. [Elektronisk], Tillgänglig: < <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5> > [2012-01-27].

Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. [Elektronisk], Tillgänglig: < <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72> > [2011-09-05].

Socialstyrelsen. (2010b). *Rörelseorganens sjukdomar*. Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer. [Elektroniskt]. Tillgänglig: < <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-15> > [2012-01-26].

SOU. (Statens offentliga utredningar). (1997) *Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre*. 1997:51. [Elektronisk]. Stockholm: Tillgänglig: < <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25118> > [2011-09-09].

SOU. (Statens offentliga utredningar). (1999). *Bemötandeutredningen*. 1999:21. [Elektronisk], Stockholm: Tillgänglig < www.regeringen.se/sb/d/402/a/22614 > [2011-09-17].

Svenberg, K., Mattsson, B., & Skott, C. (2009). 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine*. 16 (3), 279–291.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Elektronisk], Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig <http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/H0014.pdf> [2012-01-09].

Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Författarna och Liber AB

Intervjuguide

Inledande frågor:

- Kan du berätta lite om dig själv som arbetsterapeut?
- Hur länge har du arbetat med personer med långvarig smärta?
- Hur upplever du att förståelsen för långvarig smärta är generellt inom vården?

Intervjufrågor:

- **Vilka faktorer kan påverka bemötandet av personer med långvarig smärta?**
- På vilket sätt kan patientens tidigare erfarenheter från vården påverka mötet?
- Kan patientens inställning till sin smärta påverka ditt bemötande och i så fall på vilket sätt?
- Upplever du att det finns kulturella skillnader och i så fall hur kan dessa påverka?

- **Vad upplever du är viktigast i ditt bemötande av personer med långvarig smärta?**
- (Kan du berätta om en händelse där bemötandet spelade stor roll?)
- (Vilka positiva eller negativa faktorer påverkade då?)
- Berätta mer...

Avslutande frågor:

- Avslutningsvis, kan du sammanfatta vilka faktorer som du upplever påverkar bemötandet
- Vad skulle du kunna bli bättre på i bemötandet av denna grupp?

Bilaga 2

Informationsbrev

Vill du delta i en studie vars syfte är att undersöka arbetsterapeuters upplevelse av bemötandet av personer med långvarig smärta?

Vi är två arbetsterapeutstudenter, Lena Gustafsson Thim och Emelie Josefsson, vid Hälsohögskolan i Jönköping som ska skriva examensarbete, inriktning arbetsrehabilitering, i höst.

En kvalitativ studie kommer att genomföras och vi söker arbetsterapeuter som kan tänka sig att medverka i en intervju vid ett tillfälle under vecka 48-49. Syftet med studien är att undersöka hur arbetsterapeuter upplever att bemöta personer med långvarig smärta.

Vi vill bjuda in Dig, som arbetar som arbetsterapeut och har minst två års erfarenhet av att arbeta med personer med långvarig smärta, att delta i vår studie.

Du ska ha arbetat med personer i arbetsför ålder (19 år - 65 år), som haft smärta i minst tre månader.

Studien kommer att baseras på intervjuer som görs. Intervjun kommer att ta cirka en timme att genomföra. Med ditt godkännande kommer den att spelas in för att sedan skrivas ut och analyseras. Materialet kommer endast användas till denna studie och konfidentialitet garanteras. Det är frivilligt att delta i studien och du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan att det får negativa följder.

Den förväntade nyttan med studien är att bidra till djupare kunskap i förmågan att bemöta människor med långvarig smärta.

Vid frågor är du välkommen att kontakta oss på telefon eller via email. Se kontaktuppgifter nedan.

Med vänliga hälsningar

Emelie Josefsson

Emelie Josefsson
Mob: 0730-209380
Email: joem0909@student.hj.se

Handledare:
Inger Ahlstrand
Avd. För Rehabilitering
Hälsohögskolan
Högskolan i Jönköping
Box 1026
55111 Jönköping
inger.ahlstrand@hhj.hj.se

Lena Gustafsson Thim

Lena Gustafsson Thim
Mob: 070-6910546
Email: melizza.dezzibel@telia.com
gule09zz@student.hj.se