



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Grundutbildning i fysioterapi 180 hp

Examensarbete i fysioterapi, grundnivå 2, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2014

Fysioterapeuters erfarenheter av egen smärta och mötet med patientens smärta – en kvalitativ studie

Physiotherapist's experiences of their own pain and meeting the patient's pain – a qualitative study

Författare:

Emmeli Bryant-Meisner, 0739298685, emmeli.bryant-meisner@stud.ki.se

Michelle Sevastik, 0737127260, michelle.sevastik@stud.ki.se

Handledare:

Kristina Kindblom Leg. sjukgymnast, Med.dr, adjunkt, Inst. NVS, sektionen för fysioterapi, Alfred Nobels Alle'23, 141 83 Huddinge, 0739 155472
kristina.kindblom@ki.se

Examinerande lärare

Emma Swärdh, emma.swardh@ki.se



Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Grundutbildning i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete i sjukgymnastik, grundnivå 2, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2014

Fysioterapeuters erfarenheter av egen smärta och mötet med patientens smärta – en kvalitativ studie

Sammanfattning

Syftet: Syftet med denna studie var att undersöka fysioterapeuters personliga erfarenheter och förhållningssätt till sin smärta i relation till mötet med patientens smärta. **Metod:** Fyra verksamma fysioterapeuter inom primärvården rekryterades och datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer. Textmaterialet bearbetades genom kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet visade på att en medvetenhet kring begreppet smärta tycktes växa fram under intervjuernas gång. Denna medvetenhet speglade både ett biomedicinskt och biopsykosocialt perspektiv. Vidare framkom behovet av en bred kompetens i mötet med patientens smärta; en förmåga att interagera och kommunicera samt ha förståelse för patienten; och att kunna hantera krav relaterade till arbetet som fysioterapeut.

Konklusion: Resultaten pekar på hur samtal kan komma att vidareutveckla tankar kring begrepp relevanta för arbetet. Det lyfter även frågan kring hur fysioterapeuter kan komma att utveckla den kompetens som krävs i mötet med patienters smärta, där ett eventuellt behov av stöd för detta finns.

Nyckelord: erfarenhet, fysioterapeut, kommunikation, kompetens, smärta



Department of Neurobiology, Care Sciences and Society

Basic Education in Physiotherapy 180 hp

Degree project in physiotherapy, first level 2, 15 hp

Year 2014

Physiotherapist's experiences of their own pain and meeting the patient's pain – a qualitative study

Abstract

Objective: The objective of this study was to explore physiotherapist's own experiences and approaches to pain in relation to meeting the patient's pain.

Method: Four physiotherapists working within a primary care setting were recruited. Semistructured interviews were conducted and the material was analyzed through qualitative content analysis. **Results:** The results showed that the participants achieved an increased awareness of the concept of pain throughout the interview. The perceived concept of pain was shown to reflect both a biomedical but also a biopsychosocial perspective. In dealing with patient's pain a broad competence was needed; skills concerning the interaction, communication and understanding of the patient but also being able to deal with the different demands connected to the work of being a physiotherapist. **Conclusion:** These results bring into light how the process of dialogue can bring forth an increased awareness of concepts related to the work of physiotherapists. The results also give rise to the question of how physiotherapists can get hold of and develop these skills needed in dealing with patient's pain, where perhaps support is needed in this process.

Key words: Communication, Competence, Experience, Pain, Physiotherapist

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Fysioterapeutens roll	1
1.2 Smärta	1
1.3 Smärtskattning	1
1.4 Smärtanamnes	1
1.5 Kommunikation	2
1.6 Tidigare forskning	2
2. Material och metod	3
2.1 Kvalitativ ansats	3
2.2 Deltagare	3
2.3 Datainsamling	3
2.4 Transkribering	4
2.5 Analys	4
2.6 Etiska aspekter	4
3. Resultat	4
3.1 Kategorier	5
3.1.1 Uppfattning om smärta	5
3.1.2 Smärterfarenheter	6
3.1.3 Interaktion	7
3.1.4 Förståelse	8
3.1.5 Krav	9
3.2 Teman	9
3.2.1 Medvetenhet	9
3.2.2 Kompetens	9
4. Diskussion	10
4.1 Resultatdiskussion	10
4.2 Metoddiskussion	11
4.3 Vidare forskning	12
5. Konklusion	13
6. Referenser	14
7. Bilagor	16

1 Bakgrund

1.1 Fysioterapeutens roll

Fysioterapeutens roll inom primärvården är att behandla muskuloskeletala besvär, smärta samt de funktionsnedsättningar som följer därav (1-3). Uppskattningsvis utgörs 20-30% av det totala antalet patientbesök i primärvården av led-, muskel- och skelettproblematik (4) medan smärta generellt är en vanlig orsak till att människor söker sig till sjukvården (5, 6).

1.2 Smärta

Smärta beskrivs ur ett fysiologiskt perspektiv som en upplevelse bestående av tre delar: en sensorisk diskriminativ-, en affektiv- och en kognitiv komponent. Smärta uppstår således inte bara på grund av nociception, dvs smärtreceptorernas stimulering, utan också av kognitiva processer och känslomässiga reaktioner. Därav är smärta av subjektiv natur (7). På grund av detta har International Association for the Study of Pain (IASP) definierat smärta som: ”En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”(8). IASP förtydligar vidare att betydelsen av ordet ”smärta” varierar mellan individer. Detta beroende på hur individer, under sina tidiga år i livet, har lärt sig att använda ordet *smärta* (9). En människas erfarenheter av sociala interaktioner i livet påverkar upplevelsen av smärta men också hur denna uttrycks (10). Med andra ord formas smärtupplevelsen och vårt sätt att beskriva smärta utifrån det sätt vi lärt oss att applicera och använda ordet under vår uppväxt. Dessutom påverkar vår miljö, sociala kontext, livsåskådning och kulturella tillhörighet vår smärtupplevelse (9,11). I detta projekt utgår vi från IASPs definition av smärta.

1.3 Smärtskattning

Smärtans komplexa och subjektiva natur är något man i vården är medveten om. När smärta ska bedömas hos en patient strävar man efter att förstå och kvantitativt mäta den. Detta för att på bästa sätt hjälpa patienten samt kunna utvärdera den behandling man väljer. Med hjälp av smärtskattningsskala som är validitets- och reliabilitetstestade försöker man få grepp om smärtans karaktär (t. ex. molande, brännande), intensitet och lokalisering. Olika varianter av smärtskattningsskala har tagits fram för att olika typer av patienter ska kunna skatta sin smärta, exempel på några sådana är: *Numerisk skattningsskala* (NRS), *Visuell analog skattningsskala* (VAS), *Verbal skattningsskala*, *Faces pain scale-revised* (FPS-R), en bildlig skala. På detta sätt kan man anpassa skattningen efter patienten, ett barn kan till exempel ha svårt att relatera till ord och siffror och då använder man FPS-R. För att bättre förstå patientens smärta används också *smärtteckning*, på vilken patienten själv ritar in smärtområde och typ av smärta, detta ger en ännu tydligare bild av hur smärtan ser ut (7). Smärtskattning är något vårdpersonal i allmänhet och fysioterapeuter i synnerhet använder. För fysioterapeuter sker denna skattning ofta i samband med smärtanamnesen.

1.4 Smärtanamnes

Smärtanamnesen är den historia som patienten berättar om sin smärta och som sedan tolkas av vårdgivaren. Vårdgivaren i detta fall är den som ger vård till exempel läkare, fysioterapeut eller sjuksköterska (1). Forskning där samtalet mellan fysioterapeut och patient studerats visar att fysioterapeuter har olika förhållningssätt till patienten och hans smärta – både biomedicinskt och/eller biopsykosocialt (1-3). Det biomedicinska förhållningssättet är snävare i fråga om hur fysioterapeuter undersöker smärta jämfört med det biopsykosociala förhållningssättet. Det sistnämnda perspektivet ger ett mer holistiskt synsätt och integrerar patientens perspektiv genom att fokus inte bara läggs på patientens smärta utan även på omgivande psykosociala faktorer (3). I praktiken kunde skillnaden i biomedicinskt eller biopsykosocialt förhållningssätt visa sig i hur fysioterapeuterna ställde sina frågor (slutna/öppna) (1) samt hur de bjöd in patienten att delta i samtalet och ge sitt perspektiv på smärtan (2). Att förstå patientens smärta är således en fråga om kommunikation och beroende

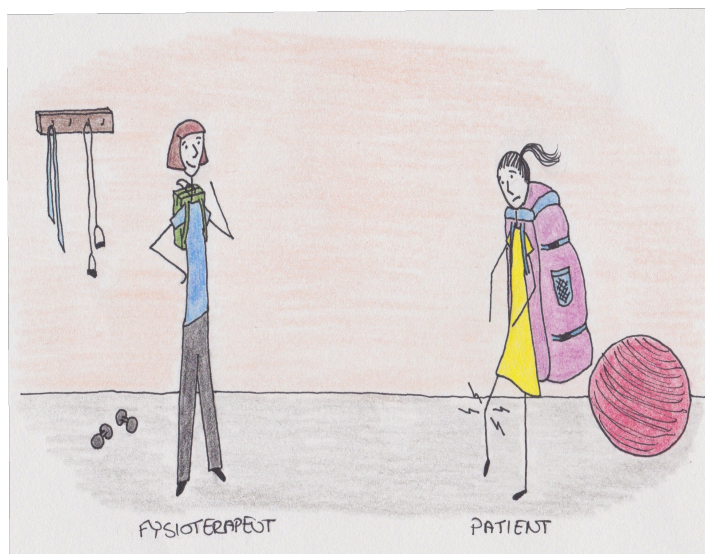
på vilket perspektiv fysioterapeuten har påverkar det kommunikationen.

1.5 Kommunikation

Kommunikation är en process där två eller fler personer skickar budskap till varandra, där den ena agerar sändare och den andra mottagare. Kommunikation kan ha många syften där en av de viktigaste för oss människor är just förmedlandet av information. Sändaren "kodar" först en tanke eller idé till ett budskap genom att formulera detta, både genom verbalt och kroppsligt språk. Detta budskap sänds sedan vidare till mottagaren som ska tolka detta - förhoppningsvis uppnås då en gemensam förståelse för budskapets innebörd. Denna process sker alltid inom en kontext vilken till stor del påverkar hur budskap och handlingar kommer att tolkas. Tid, rum, identiteter, relationer, makt, värderingar, attityder samt erfarenheter och känslor; alla dessa påverkar formulering och tolkning av budskap (12, 13).

1.6 Tidigare forskning

I en review studie av Tait et al (14) som granskat studier gällande kommunikationen av smärta från patient till vårdgivare påvisades att vårdgivarens tolkning av patientens budskap inte alltid stämmer överens med det patienten vill förmedla. Enligt studien bedöms inte alltid patienters smärta som trovärdig. Studien visar att faktorer såsom patientens ålder, kön, etnicitet, smärtintensitet och smärtutbredningsområde samt närvaron av psykologisk problematik påverkar vårdgivarens bedömning av smärta (14). Patientens smärta anses mer trovärdig i de fall där vårdgivaren har tillgång till medicinsk evidens samt data till en reell, biologisk orsak. Dessutom visar studien att vårdgivarens erfarenheter av vård, klinisk träning och känslor gentemot patienten påverkar hur hans smärta tolkas. Trots vidden av smärtproblematik hos patienter inom vården är smärta alltså något som fortfarande misförstås, underbehandlas och felaktigt bedöms av vårdpersonal (10). Med tanke på den komplexa process som kommunikation innebär, är kommunikationen av smärtupplevelsen likaså komplex (10). Så som ovan beskrivits har tidigare forskning intresserat sig för vad som påverkar patientens smärta och kommunikationen mellan vårdgivare och patient. Den har även visat att fysioterapeuter och andra vårdgivare arbetar utifrån en referensram vad gäller erfarenheter, känslor och kliniskt perspektiv. Då en begränsad kännedom finns kring fysioterapeutens personliga erfarenheter och upplevelser kring smärta samt mötet med patientens smärta (3) är det värdefullt att detta studeras. Detta eftersom dessa erfarenheter och upplevelser torde vara en del av den referensram som är närvarande i kommunikationen kring smärta. Med ökad kunskap om detta hoppas vi kunna bidra till en bredare förståelse för patientmötet.



©2014 Sevastik & Bryant-Meisner

Syfte

Att undersöka fysioterapeuters personliga erfarenheter och förhållningssätt till sin smärta i relation till mötet med patientens smärta.

2 Material och metod

2.1 Kvalitativ ansats

Kvalitativ ansats präglas av ett induktivt tänkande och syftar till att tolka och skapa mening i människans subjektiva upplevelse av omvärlden (15) och undersöka till exempel en persons erfarenheter, tankar och upplevelser av ett fenomen (16). Metoden har rötter inom filosofi, historia, antropologi och sociologi (15, 16) och det tankesätt som styr är att verkligheten är socialt konstruerad och beroende av individen (15). Kvalitativa studier studerar fenomen på en djup nivå ur ett perspektiv som kvantitativa studier inte kan belysa (16). Inom kvalitativ ansats menar man att forskaren och andra deltagares upplevelser kan vara med och påverka resultatet, forskaren anses således inte vara objektivt skild från fenomenet som studeras. Ansatsen syftar inte till att kvantifiera och sällan används statistik för redovisning av resultat (15) istället söker man förståelse för det som undersöks och ibland genererar det en teori om fenomenet (16).

2.2 Deltagare

Legitimerade fysioterapeuter verksamma inom primärvården rekryterades frivilligt till denna studie. Förfrågan om deltagande i studien gjordes genom informationsutskick till 17 olika mottagningar inom primärvården. Tanken var att ett strategiskt urval skulle göras utifrån intresseanmälningar och att fyra deltagare skulle rekryteras. Detta för att få en variation avseende: ålder; kön; antal verksamma år som fysioterapeut; eventuell specialisering. Då endast fyra personer hörde av sig inkluderades alla. Ytterligare en person hörde av sig efter det att alla intervjuer var bokade och vi valde att inte inkludera denna person då studien redan hade påbörjats.

Samtliga sjukgymnaster* (S1 – S4) var mellan 24 och 53 år. Antal verksamma år efter examen skilde sig åt från 1 till 28 år. Ingen av sjukgymnasterna hade någon specialisering, vissa hade dock vidareutbildning inom Ortopedisk Manuell Terapi, McKenzie och psykoterapi. Samtliga deltagare hade erfarenheter av smärta i större eller mindre utsträckning sedan tidigare.

2.3 Datainsamling

Studien bygger på semistrukturerade djupintervjuer. Intervjuerna spelades in med hjälp av applikationerna *Röstmemon* på Iphone och *Voice Recorder* på Sony Xperia. Samma frågor, vilka var formulerade i en intervjuguide (se bilaga 1), ställdes till samtliga deltagare i liknande ordningsföljd. Intervjuguiden var uppdelad i två teman för att undersöka de två delarna av syftet med studien. De två temana var: fysioterapeutens egen erfarenhet av smärta samt hur hen tänker kring att möta patienter med smärta. Frågorna var av öppen karaktär där deltagarna uppmanades att fritt berätta vad de tänkte. Exempel på frågor: ”Vad är smärta?”; ”Berätta om dina erfarenheter av smärta”; ”Kan du berätta om dina erfarenheter av att möta patienter som har haft ont?”; ”Kommunikation och smärta: berätta hur du tänker då du hör detta?”.

Intervjuerna skedde vid ett tillfälle med varje deltagare och varade i 60 minuter. Deltagarna fick själva välja var intervjun skulle äga rum. Tre av intervjuerna utfördes på deltagarnas

*Från den 1 januari 2014 är *fysioterapeut* ny skyddad yrkestitel för sjukgymnaster. De som tagit examen innan januari i år behåller den gamla yrkestiteln, om de inte ansöker hos Socialstyrelsen för att få den nya, och de som examineras efter januari i år får den nya titeln. I detta arbete använder vi den nya titeln *fysioterapeut* men *sjukgymnast* för de informanter som har den gamla titeln kvar. (17)

arbetsplatser i ett ostört rum avskilt från övriga individer och en intervju skedde på ett café. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Författarna ansvarade för varsin del i intervjuguiden. Samma ansvarsindelning gjordes på samtliga intervjuer, för att standardisera datainsamlingen. Detta innebar att båda kunde vara aktiva med följdfrågor under intervjun men hade i huvudsak ansvar att ställa de formella frågorna under halva intervjun.

2.4 Transkribering

Intervjuerna transkriberades när samtliga intervjuer var genomförda. Det informanterna sade nedtecknades som talspråk så långt som detta var möjligt avseende läsbarheten. Allt som sades under intervjun, inklusive ljud utan språklig innebörd, pauser och tolkade sinnesstämningar, skrevs in i transkriberingen. Olika tecken användes för att markera: kommentarer och förtydliganden ([]); kortare pauser (...); när informanten avbröt sig själv eller stakade sig (-). Då transkriberingarna var klara genomlyssnades de en andra gång och korrekturlästes för att säkerställa att textmaterialet överensstämde med vad som sades under intervjuerna.

2.5 Analys

Kvalitativ innehållsanalys, såsom Graneheim och Lundman (18) beskriver den användes för att bearbeta det transkriberade textmaterialet. Analysen skedde i fem steg. Meningsbärande enheter togs ut ur textmaterialet, dessa kortades därefter ned till kondenserade enheter. De kondenserade enheterna kodades och koderna delades in i kategorier. Slutligen togs teman fram som lyfte de underliggande meningarna i kategorierna. Under analys har delar av textmaterialet valts bort då det inte relaterar till studiens syfte. Båda författarna deltog i analysarbetet.

Författarna till studien har bakgrund inom socialantropologi samt konstfilosofi på universitetsnivå. Under fysioterapeututbildningen har de även varit ute i klinik och har erfarenheter av att möta patienter med varierande problematik.

2.6 Etiska aspekter

Deltagarnas säkerhet och rättigheter har i studien beaktats. Rekryteringen av deltagarna baserades på valfri grund. Innan intervjutillfället fick deltagarna ett informationsbrev (se bilaga 2) kring studiens bakgrund och syfte samt konfidentialitet. De informerades även om att de kunde avbryta deltagandet när som helst utan att ange orsak. Inspelat material kommer förstöras vid studiens avslut. Innan intervjun fick deltagarna även skriva under ett avtal kring informerat samtycke (se bilaga 3) där informationen som nämndes ovan ingick.

3 Resultat

Under analysen av det transkriberade textmaterialet framkom fem kategorier: uppfattning om smärta; smärterfarenheter; interaktion; förståelse; och krav. Dessa kategorier speglade gemensamma drag i textmaterialet. Ur dessa växte sedan två teman fram: medvetenhet och kompetens. Dessa teman representerade den underliggande meningen och reflekterade således forskarnas tolkning av det latent innehåll. De olika stegen i analysen samt kategorier och teman beskrivs i tabell 1. Nedan presenteras först de olika kategorierna och sedan de två temana.

Tabell 1 Översikt av de olika analysstegen med exempel på: meningenshet; kondenserad meningenshet; kod; kategori; och tema.

Meningsenhet	Kondenserad meningenshet	Kod	Kategori	Tema
Men, så att det här, smärtan genererar ju andra saker, den triggas igång...öhh, olika saker i kroppen som... Öh... Som i sin tur triggas då be-beteenden. Den triggas ju känslor och den triggas a-a-ageranden.	Smärtan triggas igång kroppen, beteenden och känslor.	Smärta, kropp, beteende och känslor hör ihop.	Uppfattning om smärta	Medvetenhet
...öhh, och sen så tyckte jag ju alltid att när jag vilade från [aktiviteten] då blev det bättre, så att det var min sorg [att] ha ont...	När jag vilade från [aktiviteten] blev det bättre, så det var min sorg att ha ont.	Det var en sorg att smärtan orsakades av en aktivitet hen älskade.	Smärterfarenheter	
Vissa personer de skriker ju och svär och spottar och fräser medan andra bara säger ingenting, då får man fråga så här "När jag gör så här, känner du nånting då?" [gör en min av att ha ont] så... Så att det, det här med kommunikation	Patienter uttrycker smärta olika. När de kommer till mig får jag fråga mig fram, då blir kommunikationen viktig.	Kommunikation är viktigt då man kartlägger patientens smärta	Interaktion	Kompetens
Jag tolkar ju mest utifrån funktion, men jag menar om jag [patienten] är ganska nöjd med, med min armfunktion så kanske det är knäna som är värst eller tvärtom eller alltså, eh. Jag ska ju egentligen inte värdera vad som är värst hos en person. Det är ju deras egen upplevelse även om du kanske har jätteinskränkt axelrörlighet så är det benet som du söker för,	Jag tolkar patientens tillstånd utifrån funktion, men jag ska egentligen inte värdera vad som är värst för en person, det är deras egen upplevelse som räknas.	Patientens upplevelse är det viktigaste.	Förståelse	
Sen är det vissa eh, eh, ah, sen finns det typer där de, vissa uhm, patienten som försöker lägga över ansvaret... på mig, det är jag som ska ta bort det här som gör ont. Det är liksom... öh... det är liksom mer, de blir liksom anklagande,	Vissa patienter lägger över ansvaret på mig. De blir mer anklagande.	Känsla av för mycket ansvar.	Krav	

3.1 Kategorier

3.1.1 Uppfattning om smärta

Smärta sågs som en del av livet och uppfattningen om den var mångfacetterad. Dels var det en deltagare som uttryckte att synen på smärta var formad av yrket som fysioterapeut och av flera deltagare beskrevs smärta som något fysiologiskt.

S3: ...det är ett sensoriskt signal egentligen som jag ser det som // men jag skulle väl säga att det är signaler som skickas upp och tolkas av hjärnan. Nån form av obehag eller nånting som inte kroppen ska uppskatta på nåt sätt.

Dels pekade deltagarna på att smärta kunde vara aspekter av personlighet, beteenden, livsval, kunskap, känslor och psyke. Det uttrycktes att smärta, både den egna och patienternas, hörde

ihop med personlighet och identitet och även att smärtan i viss mån var något individen bar ansvar för.

S1: Personer som har mycket smärtproblematik identifierar sig ofta som en person med smärta. Att man har svårt att bryta mönstret kanske för att man... har förlikat sig med den eller för att det har blivit en del av den personens personlighet. //

S3: Medan vissa kommer in här och är ett väldigt offer och det är väldigt illa och det är synd om mig liksom. Men de behöver inte alltid [ha haft] ont länge för det //

S4: ...jag kände inte så där "Åh, nej någonting har gått av" eller att det är nåt riktigt farligt eller så utan jag hade valt [aktiviteten], så då fick jag stå ut med det där, det var en konsekvens //

S2: ...jag ser mig inte som en sån person som har haft väldigt mycket ont.

Vidare beskrev deltagarna kopplingen mellan smärta och kunskap; smärta kunde påverkas både positivt och negativt av i hur stor utsträckning man förstod den eller visste orsaken till den. Man kunde med kunskap skapa eller lära sig strategier för att hantera smärtan, men kunskap kunde också vara med och påverka graden av oro som var kopplad till smärtan och på så vis påverka själva smärtan.

S2: ...efter den här operationen... då hade de sagt att det här kommer att gå över si eller så. // då hade de beskrivit "Det här kan göra ont, det här kan ju vara så"... då kändes det som att... jag klarade av det på ett annat sätt //

S4: Jag tänker när man får andra lite så här småskador, stukar sig eller så där så är det underbart att veta att det är inget fel att belasta. Tejpa ihop foten och bara fortsätta och belasta och det är helt fantastiskt tycker jag. // ...kunskap det ger ju också verktyg att hantera smärta.

Oro och andra känslor relaterade deltagarna också till att kropp och själ hörde ihop. Att vara hörsam på kroppen och låta kropp och själ höra ihop ansågs vara viktigt i hantering, förebyggande och förståelse för smärtan, enligt flera av deltagarna.

S2: För smärta talar ju om att nånting är fel och då blir det ett hot och då blir det obehagligt och då blir man rädd och orolig och då känns smärtan intensivare.

S3: Jag är väldigt hörsam på om det händer nåt, om jag får några signaler i och med att det har hänt flera gånger tidigare så känner jag att det finns nån känslighet, att det är på väg att gå någonstans så tänker jag mig för på ett annat sätt än vad jag gjorde tidigare.

S1: ...men många av dem som faktiskt har mycket smärta i hela kroppen, där sitter den ju inte bara i kroppen det är väldigt [betoning] psykologiskt på många. Och jag är alltid väldigt noga med att poängtera att det är psykologiskt, mycket av det //

3.1.2 Smärterfarenhet

Samtliga deltagare berättade om ett flertal egna erfarenheter av smärta, samtidigt som erfarenheten beskrevs som begränsad.

S2: Jag tror att jag är en person som inte...har haft ont så mycket.

S3: Jag har faktiskt inte varit med om så väldigt mycket egentligen. Jag har haft mindre påverkan själv, skador och så vidare... I låg utsträckning egentligen så att jag har inga stora, traumatiska bekymmer tidigare så att jag kan riktigt sätta det i nåt perspektiv och säga att jag har stora erfarenheter av det.

De smärterfarenheter deltagarna berättade om innefattade upplevelser av känslor kopplade

till smärta: sårbarhet, ynklighet, känsla av att vara offer och rädsla inför smärta, särskilt då orsaken till den var okänd. Flera av deltagarna hade själva upplevt hur smärtans intensitet var kopplad till hur mycket eller lite de visste om dess orsak och vikten av att förstå sin smärta framhölls av flera.

S2: Och då kände jag bara såhär, att nej det tänker jag inte göra. Jag tänker inte göra något, för jag tänker inte låta någon liksom göra något med min fot, att de ska operera det klarar jag liksom inte, klarar inte av att tänka det.

S1: Då va jag ynkelig, när jag var sjuk och hade ont i hela kroppen.

S4: ...sen så tyckte jag ju alltid att när jag vilade från [aktiviteten] då blev det bättre, så att det var min sorg [att] ha ont...

S1: Skulle det däremot va nånting som jag är ovan vid eller inte vet vad det är, då skulle jag ringa sjukvårdsupplysningen direkt. Går det inte bort på två tre dar så skulle jag direkt va på sjukvårdsupplysningen och möjligtvis även akuten... Är det någonting som jag inte vet varför jag får det då skulle jag nog nojja mycket mer än vad jag gör.

Vissa deltagare upplevde att de ibland tenderade att överdriva sin egen upplevda smärta och i beskrivningarna av de personliga erfarenheterna var förminskning av den egna smärtan samt det egna beteendet återkommande hos alla deltagare.

S2: Sen så har jag stukat, det här låter ju lite töntigt, men jag har stukat min fot väldigt kraftigt. // Och den smärtan var så jäkla sådär så att det är den smärtan så att man kräks man mår illa, man bara shit, det här går inte.

S1: Ja, jag slog mig häromdan... det låter jättetrivialt med en tå, men jag tror att jag bröt den // [jag] blev lite arg på mig själv för att jag hade slagit den // jag tror att jag överdriver lite ibland...när det kommer till sådana här saker //

3.1.3 Interaktion

Vikten av att genom samtal interagera med patienten betonades av alla deltagare. Två av dem uttryckte att särskilt då det gällde patienter med långvarig och generell smärtproblematik var samtalet en viktig del av behandlingen. En av deltagarna menade att samarbete mellan fysioterapeut och patient var en stor del i att patienten blev bättre.

S1: Det första besöket går ju åt tio gånger mer att prata om smärta än att faktiskt undersöka nån som har smärta i hela kroppen.

S4: Men det är inte jag som fixar det, det är aldrig jag som fixar nånting själv så är det. Utan det är hela tiden det här samarbetet och när man lyckas då är det för att man har kunnat... nå den här personen nånstans och att det har landat.

Deltagarna upplevde att patienter kunde kommunicera sin smärta på andra sätt än via samtal, bland annat via kroppsspråk och synbar smärtpåverkan genom stress- och sympatikuspåslag. En deltagare menade också att patienternas sätt att kommunicera kunde förändras beroende på hur smärtpåverkade de var.

S3: Man märker på vissa att de är smärtpåverkade och ofta kan det va att folk får sympatikuspåslag till exempel att de svettas eller svårt att sitta still och det är som att det är stress, adrenalinpåverkat i kroppen och [de] vet inte riktigt var de ska ta vägen.

En av deltagarna lyfte även fram att fysioterapeuten kunde förstå patientens smärta genom "överföringar", det vill säga att smärtan upplevdes hos fysioterapeuten själv som en typ av kroppslig kommunikation.

S2: Har aldrig haft ont i huvudet innan jag började jobba med huvudvärk. Men nu kan jag ha

ont i huvudet som ibland är en överföring, // den här [patienten] tycker jag känns spänd, och så går man in och gör det, då kan jag känna att jag liksom blir spänd och får ont.

Vidare pekade deltagarna på komplexiteten i att kommunicera med patienten om hans smärta. Exempelvis stämde inte alltid smärtskattning överens med synbar smärtpåverkan, undersökningen gav ibland fel information och fysioterapeut och patienten kunde ha olika förväntningar på behandling eller olika syn på smärtan och förbättringen av den. Deltagarna framhöll även att kommunikationen ibland inte fungerade alls och några av dem upplevde i relation till detta känslor av frustration och irritation.

S3: ...det här med folks upplevda smärta eller skattning det är jättevanligt att jag har folk som skattar superhöggt och ser helt opåverkade ut och tvärtom.

S1: Jag skulle be henne resa sig upp och det var jättejobbigt men sätta sig ner gick bra och resa sig nästa gång gick alldeles utmärkt. Och då känner jag såhär, jag tänker inte undersöka de sakerna som [hon] hade problem med för jag kan inte avgöra i det läget om det stämmer.//

S4: Och han har gått med det här i kanske tio år och han va på andra besöket idag och han sa ”Amen jag har fortfarande jätteont i armen” och då känner jag så här: ”Tänkte han att han skulle bli bra på ett besök?” //

S2: ...man försöker göra en behandling... och de [patienterna] tar inte in det utan de mer ”Här, här, här” och så är de så upptagna med att peka // ”Ja, men nu står jag här och hjälper dig och jag kommer dit, vi håller på med det här... det som du har ont” utan då vill de bara förtydliga ännu mer.

3.1.4 Förståelse

Vikten av att skapa ömsesidig förståelse, få patientens förtroende och bilda allians lyftes som viktiga delar i patientmötet. Deltagarna framhöll en strävan att förstå patienten och sätta hen i fokus och uttryckte att patientens tycke och vilja kom i första hand.

S1: Jag tolkar ju mest utifrån funktion, men jag menar om [patienten] är ganska nöjd med [sin] armfunktion så kanske det är knäna som är värst eller tvärtom. Jag ska egentligen inte värdera vad som är värst hos en person. Det är deras egen upplevelse även om du kanske har jätteinskränkt axelrörlighet så är det bara benet som du söker för.

Även personliga erfarenheter var något flera av deltagarna såg som en viktig komponent i att förstå patientens smärta. Också identifiering med patienten kunde bidra till ökad förståelse. Samtidigt uttryckte dock en av deltagarna att full förståelse inte var nödvändig för att man skulle kunna hjälpa patienten. En annan deltagare menade att egna erfarenheter också kunde påverka tolkningen av patientens smärta så att den blev felaktig.

S3: Men jag behöver inte förstå det [patientens smärta] heller. Jag behöver bara veta hur och se om man kan dra nån slutsats av det...och vad man kan göra åt det. //

S4: ...risken är ju också om man börjar dra för mycket paralleller till sin egen upplevelse // att man missar alla de här röda flaggorna bara för att man tycker att ”Amen, det här, det här kan jag” . //

Deltagarna beskrev att de genom att anpassa sitt sätt att uttrycka sig, inte förminska patienten och vara engagerade och närvarande fick patientens förtroende och kunde bilda allians. En av deltagarna beskrev också att denna allians kunde utebli på grund av tidsbrist.

S1: ...på jobbet använder jag aldrig latinska ord, jag använder aldrig sånt som står liksom kan stå på en remiss, nej inget sånt språk utan jag försöker använda ord som de [patienterna] förstår. //

S3: ...det har jag märkt att ju snabbare och ju mindre personligt det blir, ju stelare jag är så att säga och inte vi...lite lär känna varandra i samtalet vi har om patienten desto mer ifrågasättande [från patienten] kommer det bli sen.

S4: ...att få patienten med sig, för det kan man känna ibland när man har tidspress att man är så otroligt uppe i sitt eget huvud så att man inte riktigt får med sig patienten på tåget utan man bara kör ett artilleri med tester.

Vidare var det en av deltagarna som uttryckte att yrkesrollen balanserade det privata och det professionella i syfte att skapa förtroende. Deltagaren använde egna erfarenheter på ett personligt sätt för att patienten skulle känna tillit.

S1: Utan de som berättar nåt väldigt personligt och är lite ledsna, så kan jag faktiskt gå och säga att "Ah, men det har hänt mig också, jag vet att man kan, att det är upprörande" //

3.1.5 Krav

Mötet med patienter, särskilt de med generell och långvarig smärta, väckte olika känslor hos olika deltagare. Två av deltagarna beskrev det som spännande att vara del av patientens process och att det var utmanande på ett positivt sätt att möta patienter med generell och långvarig smärta.

S4: ...kan man minska det [smärtan] ibland bara 10% eller helt och hållet, det finns ju hela skalan. Så känns det liksom som en seger varje gång.

S3: Men däremot så tycker jag det är väldigt kul för att jag tycker det är roligare när det är ett avancerat fall // jag tycker det är roligt med svåra patienter för att då måste man verkligen ta till det här detektivarbetet //

Två andra deltagare upplevde istället frustration då patienterna inte var följsamma och att kraven från patienterna ibland var för höga. En av deltagarna upplevde också att arbetet med patienter med generell och långvarig smärtproblematik kunde vara psykiskt påfrestande. Dels beskrev deltagaren patientgruppen som svår och brist på kunskap ledde till hjälplöshet inför patientens problematik. Dels upplevde sig deltagaren ibland hindrad från att kunna hjälpa patienten på grund av politiska avtal.

S1: ...att veta att den här personen lägger det på mig, även om jag försöker slå ifrån mig direkt att det är inte så det funkar, så vet man hela tiden att varje gång man träffar den här personen så förväntar den sig en massa saker från mig som jag inte kan leverera.

3.2 Teman

3.2.1 Medvetenhet

I början av intervjuerna visade deltagarna en viss osäkerhet kring begreppet smärta och dess innebörd; en osäkerhet som allt eftersom intervjuerna fortgick omvandlades till en tydlig medvetenhet kring smärta som begrepp. Medvetenheten växte fram i takt med att deltagarnas egna erfarenheter av smärta framkom och de reflekterade kring dessa och sina erfarenheter av att möta patienter med smärta. Således framkom en medvetenhet om smärta som något mer än att enbart ha ont. Smärta kunde vara ett resultat av men också vara en del av ett beteende, en individ och en personlighet, smärta var något individen själv kunde forma samt bära ansvar för. Medvetenheten om smärta innefattade också uppfattningen att smärta kunde vara del av ett större problem, då framför allt hos patienter med långvarig och generell smärtproblematik.

3.2.2 Kompetens

Kompetensen kunde uppfattas som tolkning på en högre nivå och pekade på komplexiteten i att tolka och förstå en annan människas upplevelse samt behovet av att kunna hantera känslor relaterade till arbetet. Från fysioterapeutens sida krävdes en bred kompetens som

innefattade både yrkeskunskaper samt förmåga till empati, ödmjukhet, att lyssna och känna in. Fysioterapeuten behövde lära sig förstå det patienten kommunicerade och det var något som deltagarna tyckte var svårt och som kunde se ut på många olika sätt. Kompetensen innebar en breddning av yrkesrollen där det ibland krävdes både en förmåga att blanda sin erfarenhet i arbetet med patienten och en förmåga att kunna axla det ansvar arbetet som fysioterapeut innebar. Denna förmåga tycktes variera hos de olika deltagarna, där det framförallt var den yngre deltagaren som uttryckte en viss psykisk påfrestning i hanterandet av patienter med långvarig och generell smärtproblematik.

4 Diskussion

4.1 Resultatdiskussion

Ett av studiens resultat var medvetenheten kring begreppet smärta samt att denna medvetenhet växte fram under intervjuernas gång. Att det initialt fanns en osäkerheten inför frågan ”vad är smärta?” var intressant då fysioterapeutens roll, inte minst inom primärvården, till stor del utgörs både av bedömning och behandling av smärta. Den medvetna bild som successivt växte fram var att smärta var kopplat till känslor, personlighet, livssituation och beteenden. Deltagarnas syn på smärta i kategorin *uppfattning om smärta* speglade på så vis både en biopsykosocial definition (3,19) samt IASP’s definition på smärta, att smärta är något subjektivt som kan betraktas som en upplevelse (9). Särskilt i de fall med patienter som hade långvarig och generell smärtproblematik lyftes smärtan fram från en biopsykosocial modell. Intressant i detta var att då den biopsykosociala synen på smärta premierades framkom en viss idé om att individen, särskilt genom beteenden, bar ett eget ansvar för sin smärta. Samtidigt menade deltagarna att deras syn på smärta bland annat formats av deras yrke som fysioterapeuter, där fysiologiska aspekter betonades, snarare än psykosociala. Under kategorin *smärterfarenheter* poängterade deltagarna återkommande en strävan mot att få kunskap om orsaken till den egna smärtan. Flera gånger betonades att denna kunskap utgjordes av vetenskapen kring en eventuell vävnadsskada eller annan biomedicinsk förklaringsmodell såsom röntgen. Deltagarna tenderade att förminska sina egna smärterfarenheter när dessa saknade verifierad vävnadsskada som orsak. Detta skulle kunna tyda på grundläggande biomedicinsk syn på smärta. Således blev en komplexitet i synen på smärta tydlig; stundvis betonades en biopsykosocial och ibland en mer biomedicinsk syn. Relationen mellan dessa två synsätt har nyligen lyfts fram av De Ruddere et al (19) där man menade att trots den generellt accepterade synen på smärta som ett biopsykosocialt fenomen, genomsyras stora delar av sjukvården fortfarande av en biomedicinsk syn där smärta antas ha en patologisk, fysiologisk orsak (19). Studien pekade på hur allmänläkare och fysioterapeuter tenderar att premiera medicinska förklaringsmodeller och en biomedicinsk syn till patienters smärta där frånvaron av medicinsk evidens bland annat leder till en viss misstro gentemot patientens smärta (19). Vår studie visade dock snarare att deltagarna, istället för att enbart tala för ett synsätt, pendlade mellan dessa två synsätt.

Ett ytterligare resultat var den sammantaget breda kompetens som framkom som viktig i mötet med patienter med smärta. I kategorin *interaktion* framkom att det krävdes en förmåga att kunna interagera med patienten vilket bland annat innebar en förmåga att kunna tolka smärtan som patienten kommunicerade, något som var komplext. Den smärta som patienten uttryckte genom kroppsspråk, smärtskattning eller verbal kommunikation stämde ibland inte överens med den bedömning fysioterapeuten gjort. Att kommunikationen av smärta mellan terapeut och patient innebär svårigheter med risk för missuppfattning har lyfts fram i tidigare forskning (10). Inte minst är icke-verbal kommunikation mellan människor ett komplext fenomen (20) där exempelvis uttryck såsom suckar och ansiktsuttryck kan missuppfattas av terapeuten (10).

Förutom denna kompetens kring interaktion med patienten betonades under *förståelse* även

en vilja att förstå patienten, samtidigt som det framkom av en deltagare att förståelse inte alltid krävdes för att kunna hjälpa patienten. Deltagarna betonade vikten av att sätta patienten i fokus, att lyssna och känna in med ödmjukhet och empati – på så sätt utgick deltagarna från ett patientcentrerat förhållningssätt. Såsom Mead och Bower (21) definierar det innebär patientcentrering att: arbeta utifrån ett biopsykosocialt förhållningssätt vilket innebär att försöka förstå patientens upplevelse; jämlikhet mellan terapeut och patient där makt och ansvar delas; att ha en terapeutisk allians utifrån empati för patienten; samt att bejaka att terapeuten är en individ med känslor som kan komma att påverka patienten (21). I syftet att skapa tillit, förtroende och allians betonade deltagarna ibland en nödvändig förmåga att blanda in sin egen erfarenhet i arbetet med patienten. Strävan mot patientcentrering lyftes särskilt då det gällde mötet med patienter med långvarig och generell smärtproblematik.

I kategorin *krav* såg man att samtidigt som denna strävan mot patientcentrering fanns närvarande uttryckte deltagarna både negativa men också positiva känslor kring de krav som ställdes på dem, särskilt då det gällde patienter med långvarig och generell smärta. Att vissa deltagare i vår studie menade att arbetet med långvarig och generell smärtproblematik ibland kunde vara frustrerande har också lyfts fram av Matthias et al (6). I den kvalitativa studien såg man att läkare inom primärvården genomgående upplevde det som frustrerande och känslomässigt tröttsamt att arbeta med patienter med långvarig smärta samt att de ibland kände misstro gentemot patientens smärta (6). Resultaten i vår studie går i linje med detta med undantag av att positiva känslor lyftes fram av vissa deltagare, såsom att det var spännande eller utmanande, att möta patienter med långvarig och generell smärta. Psykisk påfrestning och frustration uttrycktes särskilt av den yngsta deltagaren i studien. Ytterligare en deltagare hade likvärdig yrkeserfarenhet som den yngsta, men var äldre och uttryckte ingen problematik med att möta patienter med långvarig och generell smärta. Detta lyfter frågan kring huruvida livserfarenhet, snarare än yrkeserfarenhet, kanske påverkar kompetensen kring just hanterandet av de emotionella aspekterna. Den yngsta deltagaren använde även egna erfarenheter på ett personligt sätt och påtalade att yrkesrollen balanserade det privata och det professionella. Förutom livserfarenhet tycks även förmågan att bibehålla ett personligt engagemang utan att bli privat viktig för yrkeskompetensen – frågan är varifrån den kompetensen förvärvas.

4.2 Metoddiskussion

Svagheter i studien var det låga antalet deltagare, samt den begränsade bredden i urvalet, något som kan sägas minska överförbarheten i studien. Från början var det tänkt att deltagare skulle väljas genom ett strategiskt urval så att det skulle finnas en bredd trots det låga antalet deltagare. Då få anmälde intresse skedde istället ett tillgänglighets-/bekvämlighetsurval vilket innebar att de fyra personer som anmält sig alla inkluderades i studien. Denna typ av urval är det minst önskade urvalet då det inte är meningsfullt eller strategiskt utan snarare fyller syftet att man på ett enkelt och smidigt sätt kan rekrytera deltagare (16). På grund av tidplanen var denna typ av urval nödvändigt i denna studie trots att det kan ha påverkat resultatet. Tillförlitligheten i kvalitativa studier bedöms utifrån bland annat trovärdighet och överförbarhet (18), där den sistnämnda aspekten bedöms utifrån huruvida det går att överföra resultatet från studien till andra grupper och andra kontexter. Då studiens syfte var att studera fysioterapeuters egna erfarenheter skulle ett bredare urval ha gett flera perspektiv och tillförlitligheten skulle ökat. Det låga antalet deltagare innebar att det fanns tid att bearbeta och analysera texten noggrant, något som istället kan tänkas ha ökat studiens trovärdighet. Aspekten av trovärdighet utgår från hur väl insamlad data och analys kan kopplas till studiens syfte. Ytterligare en svaghet var att alla deltagare rekryterades till studien från primärvården inom samma stad och landsting vilket gav en snäv kontext i vilken deltagarna verkade, vilket ytterligare minskade överförbarheten. Dock gjordes urvalet från primärvården med motiveringen att fysioterapeuter i den miljön med stor sannolikhet kommer i kontakt

med patienter med varierande typer av smärtproblematik (4, 5). Att rekrytera frivilliga kan innebära att deltagarna redan är intresserade av ämnet vilket kan ge en snäv bild av fenomenet som studeras. Å andra sidan valdes frivillig rekrytering för att få med deltagare från olika arbetsplatser för att där få en bredd i urvalet.

Intervjuerna var tänkta att vara semi-strukturerade för att ge rum åt deltagarnas tankar och det de ville berätta. Efter intervjuerna visade det sig dock att intervjuerna gått mer åt det strukturerade hållet då frågorna ställdes i liknande ordningsföljd till samtliga deltagare och första delen kom före andra delen vid varje intervju. Semi-strukturerade intervjuer är tänkta att vara mer flexibla i sitt utformande där ordningen på frågorna bestäms under intervjun utifrån vad informanten berättar, på så vis kan alla intervjutillfällen skilja sig från varandra (15). I denna studie såg alla intervjutillfällen i princip likadana ut i utförandet. Att intervjun bestod av två delar där första delen i samtliga intervjuer kom före andra (se bilaga 1) kan ha påverkat deltagarnas svar och antytt att författarna letade efter en viss typ av svar. I informationsbrevet (bilaga 2) samt det informerande samtycket (bilaga 3) skrevs studiens syfte ut vilket gav deltagarna en viss förförståelse. Således kan en viss styrning ha förekommit som kan ha påverkat resultatet.

En av styrkorna med studien var att få och öppna frågor ställdes i intervjuerna. Frågorna som ställdes kunde ibland vara känsliga och personliga, vilket potentiellt hade kunnat skapa en trängd situation för deltagarna. Då frågorna var av öppen karaktär fanns dock möjlighet för deltagarna att välja hur, eller vad, de svarade. I och med detta gavs även bredd åt det som studien syftade till att undersöka. Ytterligare en styrka med studien var att den utfördes av två författare som båda deltog i alla steg av processen. Författarna har arbetat enskilt och tillsammans vilket resulterat i diskussioner kring bland annat tolkning och betydelse av data. I slutänden har överenskommelse kring kategorier och teman framkommit som en produkt av två olika sätt att se på fenomenet. Denna löpande dialog mellan samarbetande författare kan ses som något som ytterligare ökar trovärdigheten i studier (18).

Författarna till studien har båda erfarenhet av smärta sedan innan, både i större och mindre utsträckning. Författarna har också varit ute i klinik och arbetat med olika typer av patienter med smärtproblematik. Dessa tidigare erfarenheter har skapat en förförståelse hos författarna om egen smärta och patienters smärta, en förförståelse författarna är medvetna om kan ha påverkat resultatet.

4.3 Vidare forskning

Den ökade medvetenhet kring smärta som uppstod under intervjuerna kan tänkas peka på en nytta i att ge tid till reflektion och samtal som en eventuell form av kompetensutveckling för verksamma fysioterapeuter. Vidare skulle det även vara av relevans att kvalitativt undersöka fysioterapeuters syn på smärta och då särskilt under vilka kontexter som en biomedicinsk respektive en mer biopsykosocial syn på smärta premieras. Att en biomedicinsk syn på smärta fortfarande genomsyrar delar av sjukvården (19) lyfter intressanta frågor att forska vidare på; är orsaken till att denna syn på smärta fortfarande finns kvar bland sjukvårdare en brist på kompetens eller snarare djupt rotade värderingar? Med koppling till detta skulle ett genusperspektiv kring synen på bedömning, kommunikation och behandling av smärta vara av intresse att utveckla vidare.

Ett flertal aspekter av den kompetens som deltagarna i denna studie lyfte fram som viktig i mötet med patienten, ger även det förslag på framtida forskning. Relevant skulle vara att få en utökad förståelse kring denna kommunikativa kompetens kring smärta som fysioterapeuterna hade i interaktionen med patienten. Förslag till framtida forskning skulle kunna vara att observera *hur* kommunikationen går till och på så vis jämföra tankar med

handling. Då tolkningen av icke-verbal kommunikation är knuten till social och kulturell kontext (10, 20), skulle även intresse finnas i hur denna kommunikation påverkas av ett multikulturellt samhälle där uttryck för smärta kan se olika ut (10,11, 20).

Kompetensen kring att med ödmjukhet och empati bemöta patienten och sträva efter att ingå allians med patienten, ger även det idéer för framtida forskning. Matthias et al (6) har tidigare lyft fram diskussionen kring risken för emotionell utmattning som vårdgivare står inför i mötet med patienter med kronisk smärta. Utifrån detta har de pekat på vikten av reflektion, samtal och utbildning för att vårdgivare ska undvika utbrändhet eller ”empati-trötthet” (red. översättning av ”compassion fatigue”) (6). Att mötet med patienter med långvarig och generell smärtproblematik, i denna studie, inte enbart var associerat med negativa, utan även positiva känslor pekar på behov av kunskap kring detta. Frågan är hur denna kompetens, att hantera krav och bibehålla balans i egna emotioner, förvärvas och utvecklas hos verksamma fysioterapeuter. En ökad kunskap kring vårdgivares möte med patienter med denna problematik behövs (6). Detta kan även sägas peka på en eventuell relevans att i framtiden söka kvantitativ kunskap kring de faktorer som eventuellt påverkar uppkomsten av negativa respektive positiva känslor - samt hanteringsstrategier. Går det, som vår studie pekade på, att visa samband mellan ålder och de negativa känslorna som uppstår? Eller spelar andra faktorer såsom yrkeserfarenhet, personliga egenskaper eller kön någon roll? Att få kvalitativ kunskap om de olika hanteringsstrategierna torde vara ett verktyg för att utveckla diskussion och kompetensutveckling kring mötet med patienter och då i synnerhet de med långvarig och generell smärta.

5 Konklusion

Denna studie har beskrivit deltagarnas tankar och förhållningssätt till smärta samt deras komplexa yrkesroll som kräver en bred kompetens utöver anatomi, fysiologi och kunskap om träning och rehabilitering. Studien går i linje med tidigare forskning och bidrar till en ökad förståelse för hur fysioterapeuter upplever sitt yrke samt de krav som är relaterade till arbetet med patienter med smärta. Smärta är komplext och kommunikation i arbetet som fysioterapeut visar ibland svårigheter. Eventuellt skulle gemensam reflektion och samtal på utbildningar samt arbetsplatser kunna hjälpa fysioterapeuter att byta erfarenhet och öka sin kompetens. Denna typ av samtal skulle också kunna göra fysioterapeuterna medvetna om kommunikationens och smärtans komplexitet och på så vis kanske skapa en större förståelse för yrkets komplexitet.

6 Referenser

(Referenserna i detta arbete är skrivna enligt Vancouver-systemet)

1. Thornquist E. Face-to-face and hands-on: assumptions and assessments in the physiotherapi clinic. *Med Anthropol.* 2006 jan-mar; 25(1): 65-97
2. Opsommer E, Schoeb V. 'Tell me about your troubles': description of patient-physiotherapist interaction during initial encounters. *Physiother. Res. Int.* 2014 dec; 19(4): 205-21
3. Daykin AR, Richardsson B. Physitherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with cronic low back pain. *SPINE.* 2004 apr 1: 29(7); 783-95.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 - osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit, stöd för styrning och ledning. [internet] Västerås: Socialstyrelsen; 2012 [citerad 7 januari 2015] Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18665/2012-5-1.pdf>
5. Mäntyselkä PT, Turunen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA.* [internet] 2003 nov [Citerad 20 november 2014]; 290(18): 2435-42. Hämtad från: <http://jamanetwork.com/solr/searchresults.aspx?q=chronic%20pain%20and%20poor%20self-related%20health&allJournals=1&SearchSourceType=1>.
6. Matthias MS et al. The patient-provider relationship in chronic pain care: providers perspectives. *Pain Med.* 2010 nov; 11(11):1688-97
7. Norrbrink C, Lundeberg T (red). Om smärta – ett fysiologiskt perspektiv. Lund: Studentlitteraur; 2010
8. Ahlberg M et al. Rehabilitering vid långvarig smärta – en systematisk litteraturöversikt [internet]. Rapport nr. 198. Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010 [citerad 15 april 2014] Hämtad från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/rehab_smarta_2010_fulltext.pdf.
9. IASP – international association for the study of pain. [internet] Washington: IASP [uppdaterad 6 oktober 2014; citerad 7 januari 2015] Hämtad från: <http://iasp-pain.org/Education/Content.aspxItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>
10. Hadjistavropoulos T et al. A biopsychosocial formulation of pain communication. *Psychol Bull.* 2011 nov; 137(6): 910-39
11. Narayan, MC. Cultures effect on pain assessment and management. *Am J Nurs.* 2010

- apr; 110 (4): 38-47
12. Nilsson B, Waldemarson AK. Kommunikation - samspel mellan människor. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2007
 13. Lunenburg FC. Communication: the process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling*. 2010; 1(1): 1-11
 14. Tait RC, Chibnall JT, Kalauokalani D. Provider judgements of patients in pain: seeking symptom certainty. *Pain Med*. 2009 jan; 10(1): 11-34
 15. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Upplaga två. Stockholm: Natur och kultur; 2008
 16. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. [internet] Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); version 2013-05-16. [citerad 15 januari 2015] Hämtad från: www.sbu.se/metodbok
 17. Fysioterapeuterna [internet]. Stockholm: fysioterapeuternas riskförbund; 2013 [uppdaterad 2014 oktober 30; citerad 2014 november 20]. Hämtad från: <http://www.fysioterapeuterna.se/Professionsutveckling/Om-professionen/Fysioterapeut—ny-skyddad-yrkestitel-for-sjukgymnaster/>
 18. Granheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs educ today*. 2004 feb; 24(2): 105-12
 19. De Ruddere L et al. Health care professionals' reactions to patient pain: impact of knowledge about medical evidence and psychosocial influences. *J Pain*. 2014 mar; 15(3): 262-70
 20. Mandal, FB. Nonverbal communication in humans. *J Hum Behav Soc Environ*. 2014; 24: 417-21
 21. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 okt; 51(7): 1087-110

Intervjuguide

Del 1 - egna erfarenheter av smärta

- ♣ Vad är smärta?
- ♣ Berätta om din erfarenhet av smärta. Följdfrågor: berätta mer. ... hur ofta , hur mycket, på vilket sätt .. Vad är intensiv smärta för dig hur hanterar du smärta i dagsläget?;
- ♣ Beskriv en händelse/ett tillfälle då du har haft ont; hur hanterade du den smärtan?
- ♣ Smärta och dess eventuella konsekvenser: berätta hur du tänker då du hör detta?

Del 2 - att möta patienter med smärta och att tolka den

- ♣ Kan du berätta om din erfarenhet av mötet med en patient som haft ont? Följdfrågor:
Berätta mer, fördjupa Hur känns det att möta patienter med smärta? En särskild händelse du kan beskriva?
- ♣ Vad är det som gör att du förstår eller inte förstår att en patient har ont?
- ♣ Kommunikation och smärta: berätta hur du tänker då du hör detta?

Information till dig som kommer att delta i studien ”Fysioterapeuters erfarenheter av smärta”

Smärtanamnesen är något som fysioterapeuter inom primärvården i hög grad ägnar sig åt i sitt dagliga arbete med patienter. På grund av sin komplexa och subjektiva karaktär är kommunikation av smärta intressant och inte alltid enkelt. Strävan efter objektivitet med t. ex smärtskattningssinstrument kan ses som ett försök att inom vården överbrygga svårigheterna i denna kommunikation mellan terapeut och patient.

Aktuell forskning har pekat på hur kommunikationen av smärta mellan patient och vårdgivare påverkas av vårdgivarens såväl som patientens egna referensramar gällande smärta. Referensramarna i sin tur utformas i hög grad av egna personliga erfarenheter och förhållningssätt till smärta. En mängd tidigare forskning har även gjorts på just patientens specifika upplevelser av smärta samt vilka faktorer som kan komma att påverka denna upplevelse. Däremot saknas kunskap om hur vårdgivares egna erfarenheter av smärta ser ut.

Just nu genomför vi därför en studie (kandidatuppsats) i syfte att undersöka fysioterapeuters personliga erfarenheter av och förhållningssätt till smärta samt hur de tänker kring att möta patienter med smärta.

För att undersöka detta kommer vi att genomföra djupintervjuer med fyra sjukgymnaster/fysioterapeuter. Intervjuerna är semi-strukturerade vilket innebär att vi som intervjuar kommer använda oss av ett fåtal öppna frågor och låta dig som informant prata relativt fritt kring dessa. Intervjuerna kommer bandas och sedan transkriberas. Vi kommer behandla alla uppgifter konfidentiellt så att ditt deltagande blir helt anonymt och allt material, inspelat och skriftligt, kommer att förstöras då studien är slutförd. Intervjun kommer ta cirka en timme och kommer endast genomföras vid ett tillfälle.

Tid och plats för intervjun bestämmer vi tillsammans. Vid intervjutillfället kommer du få skriva på ett informerat samtycke vilket innebär att du är medveten om att du deltar i en studie, tagit del av information om studien och när som helst under intervjun eller innan har rätt att avbryta ditt deltagande utan att ange orsak.

Tack för att du valt att delta i studien!

Med vänliga hälsningar,

Michelle Sevastik & Emmeli Bryant-Meisner

Fysioterapeutprogrammet

Karolinska Institutet

Informerat samtycke till att delta i studien ”Fysioterapeuters erfarenheter av smärta”

Smärtanamnesen är något som fysioterapeuter inom primärvården i hög grad ägnar sig åt i sitt dagliga arbete med patienter. På grund av sin komplexa och subjektiva karaktär är kommunicerandet av smärta intressant och inte alltid enkelt. Strävan efter objektivitet med t. ex smärtskattningsinstrument kan ses som ett försök att inom vården överbygga svårigheterna i denna kommunikation mellan terapeut och patient.

Aktuell forskning har pekat på hur kommunikationen av smärta mellan patient och vårdgivare påverkas av vårdgivarens såväl som patientens egna referensramar gällande smärta. Referensramarna i sin tur utformas i hög grad av egna personliga erfarenheter och förhållningssätt till smärta. En mängd tidigare forskning har även gjorts på just patientens specifika upplevelser av smärta samt vilka faktorer som kan komma att påverka denna upplevelse. Däremot saknas kunskap om hur vårdgivares egna erfarenheter av smärta ser ut.

Just nu genomförs därför en studie i syfte att undersöka fysioterapeuters personliga erfarenheter av och förhållningssätt till smärta.

Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange skäl. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt och ingen enskild individ kommer att kunna identifieras då resultaten presenteras. Intervjun kommer att spelas in på band. Efter att transkriberingen är gjord kommer det digitala materialet att raderas.

Studenternas namn, kontaktuppgifter

Michelle Sevastik. E-post: michelle.sevastik@stud.ki.se

Emmeli Bryant-Meisner. E-post: emmeli.bryant-meisner@stud.ki.se

Handledare

Kristina Kindblom Leg.sjukgymnast Med dr. adjunkt. E-post: kristina.kindblom@ki.se , Tel: 073 915 54 72

Jag har tagit del av informationen, förstått syftet med studien samt vad medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum och ort
