

A GENDERED PATIENTHOOD

The absence of a biopsychosocial perspective when pain patients consult their GPs

STINA MELANDER AND TOVE LUNDBERG

Keywords

Long-term pain, chronic pain, biopsychosocial perspective, gender, patienthood, primary care, general practitioners, consultations

Summary

Approximately 20% of the population experience long-term pain. Women are generally more affected than men. Currently, pain researchers advocate a biopsychosocial perspective, which emphasises the importance of addressing psychological and social factors as well as biomedical ones in clinical practice. However, previous research shows that this holistic perspective is not always materialized in medical practice. The main objective of this article is to explore what obstructs the biopsychosocial approach from being explicitly used in primary care services. Our empirical material consists of qualitative interviews conducted with 33 pain patients and 15 general practitioners.

The results suggest that participants agree that a biopsychosocial perspective is important to promote good care. However, the underpinning conditions for the clinical consultation, implicating a lack of time, continuity and knowledge as well as requirements related to societal regulations, limited the possibilities to adopt a biopsychosocial perspective in practice. Instead, many consultations focused on medications and work ability, which, in turn, led to gendered consequences. Women and men agreed that work was an important part of their identity. However, men described different opportunities than women to invest all their energy in work. A main focus on work ability in consultations therefore confirmed the values highlighted by men, but at the same time obscured many areas that were the everyday reality of many of the women. Finally, all patients described an ambivalent stance towards being a patient. Many distanced themselves from the shameful and negative gendered patient stereotypes, but also needed to make their patienthood convincing to general practitioners in order to receive care. We conclude that important life areas affecting pain can be uncovered, and a less shameful patienthood enabled, when a biopsychosocial perspective is materialized with dignity in clinical practice.

För bästa möjliga behandling av patienter med kronisk smärta bör inte bara det medicinska utan hela levnadssituationen tas i beaktande av vården. I en intervjustudie med patienter och läkare undersöker Melander och Lundberg varför detta inte alltid sker och hur kön blir en central dimension i vårdmötet.

DET KÖNADE PATIENTSKAPET

Om det biopsykosociala perspektivets frånvaro när smärtpatienter möter allmänläkare

STINA MELANDER OCH TOVE LUNDBERG

Att leva med långvarig, fysisk smärta kan få stora konsekvenser för den enskilde individens livskvalitet (Norrbrink och Lundeberg 2014). Samtidigt beräknas samhällets kostnader för sjukskrivning och vård relaterat till smärta till över 85 miljarder årligen (SBU 2006). Uppskattningsvis upplever 20% av befolkningen långvarig smärta och det finns en tydlig genusdimension – kvinnor är överlag mer drabbade än män (Fillingim med flera 2009).

En biomedicinsk förståelse av smärta, det vill säga som ett fysiskt tillstånd enbart orsakad av sjukdom eller skada, var länge den dominerande förklaringsmodellen bland smärteforskare. De senaste decennierna har den ansetts otillräcklig och istället förordas ett *biopsykosocialt perspektiv* som utgår från att fysiologiska, psykologiska, sociala och personlighetsmässiga aspekter samverkar genom dynamiska och komplexa mönster som skapar och upprätthåller långvarig smärta (Gatchel med flera 2014). Det innebär att förutom traditionell medicinsk behandling – såsom medicin, operation eller fysioterapi – bör smärtpatienters hela livssituation beaktas. Målet är att minska lidandet och öka patienternas livskvalitet, snarare än att ta bort smärtan. Det biopsykosociala perspektivet genomsyrar dock inte alltid mötet mellan läkare och patient.

Det övergripande syftet med vår studie är att utifrån ett genusperspektiv undersöka vad som hindrar implementeringen av ett biopsykosocialt perspektiv i den smärtebehandling som erbjuds i primärvården. Frågor som ställs är: Varför kommer

inte alltid det biopsykosociala perspektivet till uttryck i mötet mellan patienter och allmänläkare? Vilka konsekvenser får det? Är konsekvenserna desamma för manliga respektive kvinnliga patienter?

Innan vi redovisar vår metod och våra resultat förklarar vi vad ett biopsykosocialt perspektiv innebär samt beskriver forskning om kön och smärta. Därefter presenteras de analytiska verktyg vi använder för att förstå vad som händer i mötet mellan patienter och allmänläkare, med fokus på hur genus och patientskap görs.

Det biopsykosociala perspektivet på smärta

Det biopsykosociala perspektivet innebär en helhetssyn på patientens situation och vårdbehov (Andersson 2010). Utgångspunkten är att långvarig smärta inte bara orsakar fysiska problem utan även ekonomiska, sociala och psykologiska (Peilot med flera 2010). Ofta förordas multimodal rehabilitering där olika professioner (läkare, psykologer, fysioterapeuter med flera) samarbetar för att tillsammans med patienten belysa de biomedicinska, psykologiska och sociala aspekter som är viktiga för rehabiliteringen (Peilot med flera 2010). I fokus står patientens egna tankar, känslor, interaktion med omvärlden samt strategier för att lära sig att leva med smärtan (Veehof med flera 2011). För att ta del av multimodal rehabilitering på smärtklinik krävs emellertid en remiss från allmänläkare, och när rehabiliteringstiden är slut kommer patienterna tillbaka till läkarkontakten inom primärvården. Både i det initiala skedet

och i ett längre perspektiv är det således en allmänläkare som är smärtpatientens primära vårdkontakt, vilket motiverar vårt val att koncentrera oss på dessa möten.

Det biopsykosociala perspektivet utgår från att smärta till sin natur är subjektiv. Det är patientens egen upplevelse som är utgångspunkten för om någon anses smärtdrabbad eller inte (IASP 2011). Patienter med subjektiva symptom, som är svåra att bevisa med hjälp av medicinsk teknik och svåra att åtgärda med medicinska interventioner, upplever sig ofta illa bemötta inom vården (Jakobsson 2007). De kan uppleva att vården inte tar dem på allvar, förminskar deras upplevelser eller inte ger dem adekvat vård (Upshur med flera 2010). Studier tyder också på att det biopsykosociala perspektivet inte alltid kommer till uttryck i vården. Detta kan bero på faktorer som läkares attityder och kunskap, tidsaspekter, relationen mellan läkare och patient samt patientens uppfattningar (Dwyer med flera 2017). Andra studier visar att allmänläkare tycker det är svårt att erbjuda smärtpatienter evidensbaserad vård (Egerton med flera 2017). Ett problem är att allmänläkare och patienter kan ha olika perspektiv på vad som ger upphov till smärta, vilket både kan påverka behandlingsformer och bemötande (Phelan med flera 2009). Just mötet mellan patient och vårdgivare har visat sig ha stor betydelse för bland annat sjukskrivningarnas längd (Müssener 2007). En förklaring kan vara att sjukvårdens bemötande påverkar hur patienterna hanterar sin situation (Müssener med flera 2009). Möten mellan läkare och patienter är helt enkelt viktiga

att studera om smärtdrabbades situation ska kunna förbättras.

Smärta i relation till kön

Det är väl belagt att kvinnor i högre grad än män upplever och är sjukskrivna längre på grund av smärta (Harker med flera

Det finns till exempel ett samband mellan vem som blir sjukskriven och graden av jämställdhet i hemmet.

2012; Rustøen med flera 2004). Studier som utgår från ett biologiskt perspektiv har bland annat visat att kvinnor är mer känsliga för smärta än män, både vad gäller smärtans intensitet och för risken att smärtan blir långvarig (Fillingim med flera 2009). Socialpsykologiska studier visar att läkares fördomar kan leda till att kvinnors och mäns smärta diagnostiseras på olika sätt och att de inte får samma behandling (LeResche 2011). Ytterligare studier betonar samhällseliga aspekter som att kvinnors och mäns livssituationer ser olika ut. Det finns till exempel ett samband mellan vem som blir sjukskriven och graden av jämställdhet i hemmet (Sörlin 2011).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU 2006) påpekar att ett biopsykosocialt perspektiv generellt sett bör inkludera genusaspekter. När det gäller sociologiska och samhällseliga genusaspekter trycker SBU på vikten av att beakta vardagslivets effekt på smärtan, inklusive dubbelarbete (jobb och hemarbete) och omgivningens beredskap

att stötta en person med smärta. I denna studie fokuserar vi huvudsakligen på de genusaspekter som SBU anser bör ingå i ett biopsykosocialt perspektiv. I analysen koncentrerar vi oss därför på bristen på ett biopsykosocialt perspektiv i relation till patienternas vardagsliv, det vill säga lönearbete, hemarbete och familjerelationer.

Att göra genus och patientskap

Eftersom vår studie betonar de samhällseliga genusaspekterna av ett biopsykosocialt perspektiv, fokuserar vi på den sociala praktiken. Detta innebär att vi inte undersöker de biologiska aspekterna av kön, utan hur genus skapas och uttrycks. Här utgår vi från Candace West och Don H. Zimmermans (1987) tankar om ”genus som en färdighet”. Att se genus som ”görande” snarare än ”varande” innebär att uppmärksamheten ändras från individen till interaktion mellan individer. Det är i interaktionen mellan människor som vår förståelse av genus manifesteras. Genus görs på så vis inom alla områden och kontexter – i samhällsdebatten, i arbetslivet, i hemmet och i vården.

De smärtdrabbade kallas i texten ”patienter” då de träffar läkare mer eller mindre regelbundet. Precis som när vi analyserar genus, tar vi fasta på hur det går till när en individ skapas som patient – patientskapande. Det är inte den medicinska aspekten av smärta som vi undersöker utan hur smärtan *levs* i praktiken (Johannisson 2013). Begreppet patientskapande innebär att sjukdom och hälsa ses som dynamiska och ständigt pågående processer, som inte bara handlar om medicinska diagnoser utan även känslan av välmående

i det vardagliga livet (Gadamer 1996). Patientskap formas i komplexa system av kunskap och praktik, genom vetenskapliga discipliner som medicin och psykologi, genom medikalisering och patologisering som sker i praktiken men också görs av enskilda personer som blir patienter (May 2017). Begreppet kan ses som en reaktion på en tidigare dominerande diskussion inom medicinsk sociologi som betonade patienters "sjukroll" och där patienten positionerades som passivt objekt.

Ett fokus på vårdpersonals och patienters medskapande i patientskap ger en möjlighet att förstå vårdpersonalens professionsutövare inte som en direkt återspeglning av den vetenskapliga kunskapen utan snarare som ett "görande av arbete", som sker i direktkontakt med patienterna som i sin tur ses som viktiga kunskapsbärare (Boivin 2012). Forskning visar att patientskapet från sjukvårdens sida kan ses som ett sätt för patienter att vara med och förbättra vården genom att till exempel delta i olika studier (Vennik 2016) eller att förbättra sin egen situation genom att till exempel aktivt söka information från internet (Wathen med flera 2008). Fokus på patientskap skapar också en möjlighet att utifrån patientens perspektiv se hur den enskilda individen kan göra motstånd och kräva aktörskap som patient (May 2017). Patientskapandet innebär att mötet i vården kan betraktas som en förhandlingssituation där parterna har fundamentalt olika utgångspunkter, både vad gäller mötets betydelse, som för patienten kan handla om liv och död, och tillgängliga resurser, där läkaren

i sin roll har ett maktövertag (Salmon 2000).

Att smärtpatienter både "gör genus" och "patientskap" i mötet med läkare har bland annat Anne Werner och Kirsti Malterud (2003) visat i en intervjustudie med tio kvinnliga smärtpatienter. Kvinnorna i studien betonade det *arbete* som krävs för att bli sedda som trovärdiga patienter. Att få rätt till hjälp och stöd var inget självklart, utan kvinnorna jobbade aktivt för att visa att smärtan hade fysiska orsaker snarare än psykologiska. För att ses som trovärdiga patienter distanserade sig kvinnorna i studien från föreställningar om smärta som något feminint och något som kvinnor inte kan uthärda. Att hela tiden göra sig till trovärdiga patienter beskrevs som en stor ansträngning som tog mycket kraft, tid och energi. Studien visar tydligt hur patientskap görs, och att detta arbete börjar långt före mötet med läkaren.

Med utgångspunkt i ovan relaterad forskning undersöker vi om det biopsykosociala perspektivet kommer till uttryck i mötet mellan patienter och allmänläkare inom primärvården, vad detta beror på, samt analyserar vilka konsekvenser detta har för kvinnor respektive män. Mötet mellan patient och läkare ser vi som en betydelsefull arena där såväl genus som patientskap görs.

Metod och deltagare

Materialet består av kvalitativa intervjuer med smärtpatienter och allmänläkare. Den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg godkände studien (nummer 1120-

16) som är gjord inom ramen för ett större projekt som handlar om förväntningar på smärtpatienter ur ett genusperspektiv. Gruppen smärtpatienter består av 23 kvinnor och 10 män. Sammansättning speglar att fler kvinnor än män lever med smärta. Patienterna rekryterades dels via en sluten Facebook-grupp för individer med smärteproblematik, dels via en enkät. Några av intervjupersonerna tillkom via snöbollsmetoden, till exempel uppmanades en man med smärteproblem av sin fru att ställa upp när vi intervjuade henne. Deltagarna var 34 till 75 år gamla med en genomsnittsålder på 51 år. Patientintervjuerna genomfördes av Stina Melander.

Vi eftersträvade medvetet en bredd vad gäller diagnos, utbildningsnivå, yrkestillhörighet och bostadsort. Patienterna kommer följaktligen från olika delar av Sverige och utbildningsnivån sträcker sig från grundskola till forskarutbildning. Deltagarna uppgav olika, i vissa fall flera, diagnoser varav det vanligaste var smärta på grund av skada, inklusive whiplash, (tio patienter), diskproblem (åtta patienter), fibromyalgi (fem patienter) och artros (sex patienter). Elva deltagare arbetade hel- eller deltid, åtta var arbetssökande eller sjukskrivna, elva uppbar sjukersättning och en var ålderspensionär vid tiden för intervjun. Den eftersträvade bredden gjorde att vi tackade nej vissa individer.

Den andra gruppen deltagare bestod av allmänläkare inom primärvården (nio kvinnor, sex män). Tio stycken rekryterades via en enkät om smärta och via en efterlysning på sociala media, fem stycken deltog efter att ha blivit rekommenderade av tidi-

gare intervjupersoner. Läkarna var mellan 31 och 60 år gamla med en genomsnittsålder på 41 år. Nio av läkarna var specialister i allmänmedicin och sex stycken gjorde sin ST-meritering inom primärvården. Att rekrytera läkare tog tid och flera av de läkare som i enkäten angivit att de ville vara med avböjde när de fick en konkret fråga om de ville ställa upp på en intervju. De läkare vi intervjuat ska därför inte ses som ett representativt urval. Läkarintervjuerna genomfördes av Tove Lundberg.

Intervjuerna gjordes i huvudsak per telefon. Tre patienter valde att svara via mail och i ett fall gjordes intervjun i patientens hem. Genomsnittstiden för patientintervjuerna var 74 minuter, med ett spann på 34 till 165 minuter. Genomsnittstiden för läkarintervjuerna var 36 minuter, med ett spann på 31 till 44 minuter. En av läkarna valde att svara på frågorna via mail. Att genomföra telefonintervjuer var ursprungligen ett praktiskt beslut, men inte minst i patientintervjuerna möjliggjorde detta dels en större bredd av personer, dels att de intervjuade enligt egen utsaga vågade prata fritt och öppet. Stina Melander har själv levt med långvarig smärta och flera av de intervjuade tog upp detta som en faktor som gjorde det lättare för dem att berätta hur de hade det.

Samtliga intervjuer spelades in, transkriberades och anonymiserades. I anonymiseringen av intervjuerna blev läkarna tilldelade ett nummer (1–15) och patienterna fingerade namn. Anledningen till att vi valde nummer till läkare, men namn till patienterna handlar om tydlighet, men speglar samtidigt hur vårdmöten beskrivs

av våra intervjupersoner. Läkarna deltar i mötet som yrkespersoner. De beskriver att de kan distansera sig eller till och med välja att undvika att träffa smärtpatienter genom att överlåta dessa möten på andra kolleger. Patienterna kommer till vårdmötet som individer. De beskriver den utsatthet som kan kopplas till att de måste lämna ut sig själva och sitt privatliv i mycket hög grad.

Intervjuerna utgick i bägge grupperna från semi-strukturerade guider. Deltagarna gavs stora möjligheter att påverka innehållet. Frågorna till patienterna handlade om deras livs- och smärthistoria, deras situation i hemmet och i arbetslivet samt deras erfarenheter av vården. Läkarna fick frågor om deras erfarenheter av och syn på smärtpatienter, samt hur de upplevde sin egen roll i mötet. Det biopsykosociala perspektivet stod i centrum för samtalen där patienterna och läkarna själva fick resonera kring vad som kännetecknar ett bra vårdmöte och vad som främjar välmående.

Intervjuerna transkriberades och analysen inleddes med att båda författarna läste alla intervjuerna. Det viktigaste i det här skedet var att få ett grepp om de olika patienternas livshistorier och läkarnas övergripande syn på sin roll i relation till smärtpatienter. Materialet kodades och systematiserades sedan genom en tematisk analys (Braun och Clarke 2006) som baserades på vad de intervjuade själva lyfte fram som viktigt. Allt material som kodats som relevant för vårdmötet analyserades gemensamt av författarna en andra gång utifrån en analytiskt driven ansats (Malterud 2001), mer precist utifrån de teorier om ett biopsy-

kosocialt perspektiv, genus och patientskap som beskrivs i inledningen.

Resultat

I stort sett var läkare och patienter eniga om att det biopsykosociala perspektivet, i betydelsen en helhetssyn på och utgångspunkt i patientens situation, är viktigt. Lika eniga var de om att detta perspektiv ofta lyste med sin frånvaro i vårdmötena. I analysen av varför utkristalliserade sig tre teman 1) *Vårdmötets begränsande ramar* 2) *Lönearbetet som identitetsskapare* och 3) *Det skamliga patientskapet*. De sista två temana tydliggjorde även de konsekvenser frånvaron av ett biopsykosocialt perspektiv får, konsekvenser som visade sig vara olika för kvinnor och män. Temana presenteras nedan.

Vårdmötets begränsande ramar

Ett möte på vårdcentralen har fasta ramar och givna roller. Resurserna är begränsade, det finns regler att följa samtidigt som behoven hos patienterna kräver individuella bedömningar och avvägningar (Cooper med flera 2015; Lipsky 1980). Tidigare studier visar att organisatoriska förutsättningar för att tillhandahålla god vård därför inte alltid är på plats (Thunberg och Hallberg 2002). Frånvaron av det biopsykosociala perspektivet förklarar läkarna själva ofta med tidsbrist (Dwyer med flera 2017). Ett möte med en patient får bara ta ett visst antal minuter och behöver en patient bli sjukskriven krävs att läkaren fyller i ett sjukintyg. Således prioriteras bedömningen av arbetsförmåga samt skriva eventuella recept. Patienterna

menar att det är svårt att få en läkartid och när de väl får det är den alltför kort. Eftersom tiden är knapp begränsar både läkare och patienter medvetet antalet samtalsämnen, patientskapet blir ofta passivt och det är läkaren som styr agendan (vilket även nämns av Hydén 2001: 59).

Undantagen är fall där patient och läkare har upparbetat en relation, och där läkarna har bestämt sig för att ta patienten under sina vingar. Detta gör att vården för smärtpatienter skiljer sig åt och påverkas av om patienten har en läkare som är beredd att gå utanför ramarna:

[Min läkare] lyssnar på vad jag har för smärtor och vad jag har. Han går igenom och kollar hur det har gått... Vi sitter i en timme och pratar. Så det är inget sådant där stressmoment där alltså. Man känner sig alltid välkommen. Jag kan alltid komma dit emellan om jag har några funderingar... han tar sig alltid tid. Så det är ju helt suveränt. (Nils)

Att betrakta mötet som en del av en relation snarare än en enstaka händelse tydliggör varför det biopsykosociala perspektivet saknas. Läkarna menar att det tar några träffar innan de kan ställa de rätta frågorna och innan patienterna vågar berätta. När relationen etablerats och läkaren känner patienten kan mötet individanpassas. Läkarna beskriver hur de medvetet förlägger mötet med patienter de känner före en rast eller sist på dagen så att mötet kan dra ut på tiden. Kontinuiteten i relationen innebär att de enskilda mötena räcker till för att besöket ska handla om mer än bara det rent medicinska eftersom själva sjukdomshistorien inte behöver upprepas:

Det kan gå flera gånger innan man får höra att det finns annat som ligger bakom. Däremot: Känner jag patienten och familjen, som jag ju gör när jag har jobbat i många år med samma patienter, så kan jag ju ganska raskt: "Och hur var det nu med sonen och hans missbruk?" (Läkare 4)

Citatet ovan belyser att kontinuiteten påverkar det patientskap som är möjligt i vårdmötet, när patienten kan ta en mer aktiv plats och öppna sig för läkaren. När patienterna själva ger exempel på bra bemötande lyfter de fram läkare de träffat under lång tid, ibland under decennier. Att träffa samma läkare under en längre tid gör att själva *patientskapet* luckras upp och *personen* träder fram. Patienterna upplever att de i en fungerande relation blir tagna på allvar, respekterade och sedda som något mer än bara sin smärta. Den känsla av värdighet som då infinner sig gör också att patienterna vågar berätta om sådant som är svårt eller skamfullt:

[Min man] drack och han var hemsk, misshandel nästan och där kände jag ett förtroende att jag kunde prata med [min läkare]. Han gav mig massa broschyrer då så att jag kunde ringa om det blev för jäkligt. Han såg att han [mannen] var onykter då när han kom upp... och då frågade han mig sen när jag kom på ett besök hur jag hade det med honom och så... där kände jag att jag hade ett förtroende för honom och det kändes som att den biten kommer jag kanske aldrig att berätta för någon. (Fredrika)

Patienterna betonar att läkarna inte nödvändigtvis måste hjälpa dem rent medicinskt för att de ska uppleva bemötande som gott. Istället är det viktigt att läkaren lyssnar på dem och intresserar sig för hela deras livssituation och inte bara den medicinska diagnosen. Att möta en läkare som lyssnar kan innebära att även om inte smärtan blir bättre så blir patientskapet lättare att acceptera. Det kan även innebära att patienterna öppnar sig och berättar om sådant som läkarna inte själva frågar om som fördelning av hemarbete, medicinintag eller fritidsintressen. Att läkaren anammar ett biopsykosocialt perspektiv kan således ge positiva effekter även för den medicinska behandlingen, där en förutsättning är att läkaren till exempel vet vilka mediciner patienten äter eller hur patientens vardag ser ut.

Alla smärtpatienter vi intervjuade var mer eller mindre inlästa på sin diagnos, sina mediciner och eventuella behandlingsformer. Vissa beskrev sig som betydligt mer kunniga om smärta än de läkare de träffade. Inte minst internet har gjort information lättillgänglig, vilket kan fungera som en maktförskjutning från läkare till patient (Roberts 1999). Hur läkarna, som patienterna har träffat, hanterar detta skiljde sig emellertid betydligt åt. I flera fall kände sig patienterna ifrågasatta:

Jag borde ju känna mig själv och veta vilken medicin som jag svarar bäst på. Och det borde ju läkaren uppskatta. Men då finns det faktiskt läkare som ifrågasätter mig. (Gerd)

Här ser vi hur det traditionella patientskapet, där patienten är passiv (Hydén 2001: 59) och läkaren har ett kunskapsövertag (May 2017), utmanas. Vissa patienter beskriver istället hur de tillsammans med läkaren bedriver ett detektivarbete för att försöka komma åt anledningen till smärtorna, vilket visar hur ett aktivt patientskap kan göras tillsammans med läkaren.

Det finns emellertid en tydlig diskrepans mellan läkare och patienter som har bäring på det biopsykosociala perspektivet. Läkarna betonar att andra faktorer än rent medicinska kan *orsaka* smärta medan patienterna trycker på att andra

faktorer än de medicinska kan *lindra* smärtan. För patienterna kan läkarnas betoning på icke-medicinska orsaker därför upplevas som ett ifrågasättande. Detta är en befogad misstanke då tidigare forskning har visat att smärtor som inte kan påvisas medicinskt tenderar att undervärderas och ifrågasättas (Jakobsson 2007). Patienterna svarar med att misstro läkarnas kompetens:

Ja, ett kränkande bemötande är ju för det första att inte bli trodd... De tar dig inte på allvar, helt enkelt. Och varför de inte gör det, det är för att de inte har någon kunskap. De har ju inte kompetens att göra något. För att det är ju som jag sa, att om de ägnar två dagar och knappt ens det utav 220 utbildningsveckor på smärta, då har de ingen utbildning. Det finns ingen utbildning på smärta idag. (Wilhelm)

Läkarna tycker att de har god kompetens om vilka medicinska insatser som kan göras för att minska smärta men känner sig däremot osäkra på hur de ska hantera de biopsykosociala aspekterna. En läkare uttrycket att "man får ju inte lägga sig i egentligen patienternas privatliv" (Läkare 4). En del läkare hanterar osäkerheten genom att lägga över ansvaret på patienterna genom öppna frågor som "Hur är det?" eller "Hur har du det?" vilket de hoppas ska leda till att patienterna själva berättar om sin livssituation. Öppna frågor kan å ena sidan möjliggöra ett aktivt patientskap där patienten själv sätter agendan. Å andra sidan kan dylika frågor motverka att andra områden än lönearbete, sjukskrivning eller medicinbehov tas upp till diskussion eftersom patienterna, precis som läkarna, främst ser vårdmötet som en arena för diskussion av lönearbetets omfattning samt medicinsk behandling. Det vore troligen bättre att använda mer konkreta och specifika frågor, till exempel "Hur mycket hushållsarbete gör du?". Att ställa specifika frågor verkar dock svårt utifrån de begränsande organisatoriska ramarna. Försök görs att skapa verktyg för att medvetandegöra vårdpersonal om bland annat genusperspektiv på vårdmötet inom de organisatoriska ramarna (Hammarström med fler 2016) men ingen av läkarna nämnde att de kände till eller använde sådana verktyg.

Sammanfattningsvis kan konstateras att organisatoriska ramar begränsar vårdmötet och att detta försvårar för det biopsykosociala perspektivet att ta plats. Läkarna fokuserar på vad de måste göra, vilket är att bedöma arbetsförmåga, skriva eventuella sjukintyg och recept. I vissa fall kan de tänja på ramarna och ta sig extra tid. Genom regelbundenhet i mötena skapas en relation till patienten. Patienterna understryker behovet av kontinuitet, tid och intresse för deras perspektiv för att de själva ska kunna vara mer aktiva i vårdmötet och kunna prata om både smärtan och sin livssituation.

Lönearbetet som identitetsskapare

De begränsande ramarna för vårdmötet gör att bedömningar av arbetsförmåga prioriteras framför biopsykosociala aspekter. Att lönearbetet får ta mycket plats i vårdmötet tycks för det första handla om de samhällseliga normer och regelverk som värderar lönearbete högt, för det andra att allmänläkare har som uppgift att bedöma arbetsförmåga och för det tredje att lönearbetet betonas av patienterna. De manliga smärtpatienterna beskriver att de har låtit lönearbetet fått större utrymme i livet än kvinnorna. Konsekvenserna av att fokusera på lönearbete i vårdmötet ser därmed olika ut för kvinnor och för män.

I vilken omfattning de patienter vi har intervjuat lönearbetar varierar. Vissa arbetar heltid, andra har full sjukersättning eller sjukpenning. Alla patienter vi intervjuat betonar dock sin vilja att lönearbeta och flera av dem menar att de innan smärtan blev ett problem inte hade några sjukdagar alls. Det verkar helt enkelt viktigt att ge en bild av sig själv som flitig och strävsam.

Och jag har ju aldrig varit sjukskriven innan dess liksom. Jag har ju jobbat hela mitt liv. Det låter ju som att man kommer dit och... ja, är lat liksom. Det blir jag ju tokig på. Jag har ju jobbat jämt liksom. Jag vill ju inte gå hemma, det är ju inte det, det handlar om. Man vill ju bara orka med livet liksom. (Cecilia)

Strävsamheten kopplas till lönearbete. Ulf är en av flera manliga patienter som stolt deklarerar att han är ”lite av en arbetsnarkoman”. Kvinnorna betonar istället att de inte är pedanter. Det är viktigt för dem att läkarna inte får det intrycket. Det finns ingen kvinna som berättar om nymanglade dukar eller bonade golv, däremot om långa arbetspass. Smärta som kan kopplas till lönearbete ses som godtagbar, däremot inte smärta orsakad av barnabärande och tvätt även om det i flera av kvinnornas fall framkommer att smärtan blev ett problem i samband med graviditet.

Patienter anser således att de bidragit till samhället genom att de inte varit sjuka, men ingen refererar på samma sätt till att de tagit hand om sina barn. Däremot kan barn och familj vara värdefulla för den enskilda individen. Den kan ge kraft och mening när arbetslivet inte fungerar. Här syns en tydlig skillnad i hur männen och kvinnorna resonerar. För kvinnorna finns barnen och hemmet där som en bas, något som dämpar förlusten av den konventionella arbetsförmågan:

Det här med arbetsgivare och så, det har varit väldigt tråkiga grejer, så. Men det kan jag skjuta undan, för jag har ett sådant rikt liv för övrigt. Så det är inget som jag går och ältar, hur arbetsgivaren betedde sig när jag blev sjuk. (Diana)

Diana beskriver hur hennes identitet bottnar i både relationen till familjen och arbetslivet och att detta innebar att hon kunde hantera att arbetsgivaren ville bli av med henne när hon fick sin smärtdiagnos. Hemmet och moderskapet fungerar som en buffert. De män vi har intervjuat kopplar mer regelmässigt identiteten till sitt yrkesliv, vilket gör att de till varje pris vill behålla kopplingen till arbetsmarknaden:

Ja, (jobbet är) en identitet helt enkelt om vem man är. Och man vill ju liksom inte tappa det här, utan jag kämpade ju i många år. Jag jobbade i nio år efter... att värken kom första gången. Sen kände jag att det här går inte längre, för jag svimmar nästan. Jag kunde inte ens gå på golvet, så jobbigt blev det. (Göran)

Även om hemarbete aldrig beskrevs som orsak till smärta menade majoriteten av de intervjuade att detta kunde förvärra smärtan. Detta bekräftas av tidigare studier som visar att ett stort hinder för kvinnor med långvariga smärtproblem är just bristen på jämställdhet i hemmet (Johansson med flera 1997) eftersom kvinnor generellt gör betydligt mer hemarbete än män (SCB:s Tidsanvändningsstudie 2011). Vi såg dock en stor variation mellan patienterna. Vissa beskrev hur de delar i stort sett jämbördigt på sysslorna hemma, andra menade att den ena parten får göra allt eftersom den som lever med smärta inte längre orkar. En viktig slutsats är att läkare inte kan ta för givet vad en individ med smärtproblematik gör i hemmet. Läkaren måste helt enkelt fråga.

Generellt menade emellertid patienterna – både de manliga och de kvinnliga – att männens lönearbete går ut över familjen. Männerna i studien hade mer utrymme än kvinnorna att välja lönearbete och detta hänger samman med att en av bieffekterna med smärta är bristande ork. För att orka arbeta, behöver insatserna i hemmet helt enkelt minska. Problemet enligt patienterna är att de vet att vissa aktiviteter påverkar deras smärtnivåer flera dagar framöver. Studier har visat att sådana förväntningar påverkar smärtpatienters agerande (Schrooten och Linton 2017). När kvinnor har det överhängande ansvaret för hemmet tyder våra resultat på att de inte kan prioritera lönearbetet, de kan inte lägga all sin kapacitet där, de måste spara den till hemarbetet. Män som kan vila i hemmet har ett helt annat utrymme för lönearbete.

Att vissa patienter – främst kvinnliga – gör mer hushållsarbete än vad som är bra för deras smärta gör läkarna handfallna. Läkarna berättar hur de å ena sidan hoppas att patienterna själva ska berätta om fördelningen

av hemarbete men menar å andra sidan att de sällan faktiskt berättar. Några läkare försöker, i uppenbara fall av ojämställdhet, föreslå hjälp från utomstående. Andra refererar till reglerna kring sjukskrivning:

Men om man tar det ur ett jämställdhetsperspektiv så är det ju nästan aldrig att patienten tar upp det. Utan då är det ju mer man själv som får liksom påpeka det...: "Alltså du är sjukskriven nu. Det betyder inte att du ska hämta och lämna barnen varje dag". (Läkare 8)

Socialförsäkringssystemets utformning är ytterligare en faktor till att det biopsykosociala perspektivet inte kommer upp på agendan. Sjukförsäkringens regler innebär att arbetsförmåga prövas gentemot arbetslivet, inte mot hemarbete. Försäkringskassans blankett för sjukintyg är utformad så att samtalet mellan läkare och patient automatiskt kommer att handla om lönearbetet. Tvärtom kan det ligga patienten i fatet om hon eller han gör för mycket hemma då det kan ses som tecken på arbetsförmåga. Kvinnor som lever i ojämställda relationer och gör merparten av hemarbetet riskerar således att få sin smärta ifrågasatt.

Sammanfattningsvis finns en tydlig koppling mellan lönearbete och identitet hos majoriteten av de manliga patienterna. Denna koppling finns även hos kvinnorna men de betonade att hemarbete och familjerelationer också är viktiga. Å ena sidan innebär det att en förlust av arbetsförmåga inte behöver upplevas lika problematisk för kvinnor. Å andra sidan kan investeringen i hem och familj innebära en belastning som förvärrar smärtan. Genom att både läkare och patienter fokuserar på vikten av att lönearbeta bekräftas männens prioriteringar, roll och identitetsskapande medan delar av kvinnors livssituation och identitet osynliggörs. Den könade bekräftelsen/osynliggörandet som upprätthålls i vårdmötet kompliceras ytterligare av att patienterna mer eller mindre upplever patientskapet som skamligt, vilket nästa tema handlar om.

Det skamliga patientskapet

Patientskapet innebär aktiv navigering, både i mötet med läkaren och i vardagslivet. Den terräng som behöver navigeras ser olika ut för män och för kvinnor. För många män handlar det om att finna en balans mellan att erkänna smärtan och att inte uppfattas som svag. Detta gäller också för kvinnorna, men de behöver samtidigt förhålla sig till en rad skamliga stereotyper om kvinnliga patienter som hysteriska eller "sveda, värk och bränn-kärringar". Att navigera patientskapet är på så vis könat (jämför Lehti med flera 2017). Detta diskuteras nedan, tillsammans med vårdmötets potential att bryta skammen.

Patienterna beskriver hur de både från vården, anhöriga och till viss del sig

själva skambeläggs för sitt patientskap. De berättar hur de värjer sig mot att definieras som patienter samtidigt som de – på grund av att smärtan ofta inte syns i prover eller på röntgen – behöver framhäva sina problem. Smärtan påverkar individen på flera sätt, både kroppsligt och mentalt, men är samtidigt inte så påtagligt som fysiska handikapp. Ett flertal av de intervjuade patienterna medger att de ibland önskade att smärtan kunde synas. Att sitta i rullstol är den vanligaste jämförelsen. Både läkare och patienter anser att smärta har låg status. En del patienter jämför den med vissa cancerdiagnoser för vilka det ordnas galor och olika upprop, vilket det inte görs för smärta.

Alla patienter bär på en känsla av utsatthet. Männens beskriver att känslan av skam drabbar dem både som smärtpatienter och som män. När män deltar i multimodal smärtrehabilitering är de vanligtvis ensamma eller i klar minoritet vilket skapar en känsla av att de inte hör till. Både läkare och manliga patienter säger att samtidigt som män tas på allvar finns det krav på dem att klara av och hantera smärta om de ska leva upp till normen om att vara en ”riktig” man:

Jag tror nog på något sätt att man räknar med att männen ska inte gnälla lika mycket, utan man ska vara lite mer bita ihop och... Ja, vem fan har inte ont, så att säga. (Göran)

Precis som männens krav på att vara riktiga män brottas kvinnorna med stereotyper. Flera av de intervjuade kvinnorna kopplar ihop bemötandet de får från vården med det faktum att de är just kvinnor. De menar att vården har kvar attityden att kvinnor med värk är hysteriska eller inbillningssjuka (jämför Johannisson 2013). Ett problem som ofta framhålls är att smärta associeras med psykiska besvär, inte minst vad gäller kvinnor:

Vi ses som det svagare könet. Fortfarande är vi... hysterikor. Sveda, värk och bränn-kärringar. Det står inte i journalen längre men vi behandlas fortfarande så. Kommer en man så får han hjälp. Kommer en man och har ont så skickas han ta mig fan inte till psyk som utbränd, det är jag helt övertygad om. (Henrietta)

Majoriteten av alla patienter vi intervjuat har upplevt depressioner, nedstämdhet eller koncentrationssvårigheter. Alla framhåller dock att detta är en effekt av smärtan, snarare än tvärtom. De menar att läkarna tar den enkla vägen när de, istället för att försöka hitta en orsak till smärtan, remitterar patienten till olika former av samtalsterapi eller skriver ut antidepressiv medicin. Patienterna hamnar här i ett dilemma, de behöver visserligen hjälp med den ångest och oro de känner, men samtidigt tror de att deras smärtproblem riskerar att negligeras om de

berättar om detta. Framförallt riskerar kvinnorna att stoppas in i facket hysteriska.

Läkarna bekräftar till viss del patienternas farhågor, genom att förklara att det varit mer tillåtet för kvinnor att vara känsliga och ”erkänna att man har ont och man är trött och man är liksom lite ledsen... Det är liksom mer accepterat för kvinnor att falla in i den rollen” (Läkare 5). Smärta ses här som ett val för den enskilda patienten och inte minst för kvinnor är detta val starkt förknippat med en sorts allmän trötthet eller ledsenhet. Detta synsätt menar vi riskerar att förminska och bagatellisera kvinnors smärta.

Att inte få någon specifik diagnos för sina smärtproblem upplevs vanligtvis som ett bekymmer (se även McCarthy med flera 2005). Samtidigt gäller det att få ”rätt” diagnos. Att kvinnligt kodade diagnoser som fibromyalgi kan ifrågasättas har Diana upplevt. Hon berättar att ”fortfarande så att man bemöts med att läkare säger att det där är ju ingen diagnos”. Risken är, som vi tagit upp tidigare, att orsaken till smärtan förklaras med patientens beteende eller levnadsvillkor. Biopsykosociala aspekter, som kan hjälpa smärtdrabbade att minska lidandet, kan således också användas för att förminska eller negligera deras problem.

Detta är inte minst en risk om patienten förutom smärtan har problem som till exempel övervikt (Brandheim 2017). När Susanna trillade av sin häst, vilket var början på många års smärtproblematik, upplevde hon att läkarna mest pratade om att hon väjde för mycket: ”Och efter två eller tre dagar sen så började jag ju få... mer värk. Så då kontaktade jag ju läkaren. Och då sa han bara att jag var otränad. För jag har ju övervikt då”. Kvinnorna vi har intervjuat jämför sig med sina män vars övervikt de inte upplever är lika stigmatiserad. Själva upplever de att övervikten står i vägen när de vill prata om sin smärtproblematik. Även klass är en aspekt av stigmatiseringen av smärtpatienter. I vår studie finns det ett tydligt mönster där patienter med lång utbildning oftare får hjälp av sin arbetsgivare och därför klarar av att yrkesarbeta i högre grad än patienter med kortare utbildning.

Skammen är ofta internaliserad hos patienterna själva. Frida, en kvinna med lång utbildning och ett kvalificerat arbete, berättar hur hon kämpar med att acceptera sin situation samtidigt som hon inte vill vara en ”kvinna-med-värk”. Även om hon lever med en allvarlig smärtproblematik sedan barnsben, kan hon känna förakt för kvinnor med smärta. Hon är också övertygad om att det är just kombinationen kvinna och smärtpatient som gör att det går att avfärda henne:

Jag tror väl att det faktum att jag är kvinna och har migrän... det är väldigt lätt att få en bild av hur en sådan person är, och som jag också har liksom fördomar om, som jag var inne på förut, liksom att det är nog väldigt lätt att lägga mig i den liksom gruppen avfärdbara personer... Jag gissar att man kanske hade fått ett

annat bemötande och liksom blivit betrodd på ett annat sätt om jag hade varit man. Samtidigt så kanske det liksom är... omanligt för en man att ha migrän. Men ja, min gissning är ju att det är lättare att avfärda en kvinna som har ont än en man. (Frida)

Skammen som associeras till smärta påverkar även läkarna. Flera läkare erkänner att de förknippar möten med smärtpatienter med ett visst obehag. De vittnar om frustration i mötet med smärtpatienter som troligtvis kan kopplas till en oförmåga att hjälpa patienten. En läkare beskriver att träffar ”man en deprimerad patient med långvarig smärta så blir man ju själv lite deppig efter det besöket” (Läkare 2). Deppigheten kan övergå i irritation över att patienterna inte blir bättre och över det egna tillkortakommandet.

Det finns dock läkare som lyckas överbrygga frustrationen. Vissa går utanför de begränsande ramarna och bryter både skam och osynliggörande genom att de fokuserar på omgivningen snarare än att lägga allt förändringsansvar på patienten. Malin berättar hur läkaren skrev ett brev till hennes man med andemeningen att mannen var tvungen att ta ett större ansvar för hemarbetet:

Det blev ju mer och mer lagt på honom att han skulle sköta mer och mer hemma. För jag skötte ju allt innan... Det var ju inte så populärt. Och jag fick ju liksom till och med hem papper från läkaren där läkaren hade skrivit att: 'Hon får absolut inte göra det här och det här, utan det måste du hjälpa till med', för att det inte skulle bli diskussioner. (Malin)

Detta exempel visar på vikten av att genusrelaterade aspekter i det biopsykosociala perspektivet synliggörs. Patienter – ofta kvinnor – får svårt att hantera smärtan när de tvingas göra mer hemarbete än de orkar. Detta kan leda till motsägelsefulla skamkänslor: å ena sidan för att de gör för mycket, å andra sidan för att de inte orkar mer. Malins läkare lyfte skammen från hennes axlar dels genom att se och analysera hela hennes livssituation, dels genom att placera ansvaret både hos Malin och hennes man.

Sammanfattningsvis leder det skamliga patientskapet till en komplex dynamik som gör det svårt för det biopsykosociala perspektivet att beredas plats i mötet mellan patienter och läkare. När livssituationen inte diskuteras eller när det görs på ett ovärdigt sätt riskerar smärtan antingen att osynliggöras eller bli patientens skuld och ansvar, något som får konsekvenser framförallt för kvinnor. På så vis individualiseras lösningarna: *hon* gör för mycket av hemarbetet, *hon* måste lära sig sätta gränser och *hon* måste träna mer. Utifrån resultaten av vår studie, och annan forskning, bör hemarbete och lönearbete inte ses som en individfråga utan något som bestäms mer eller mindre medvetet inom ramen för familjedynamiken. Genom att lyfta fram denna dynamik i vårdmötet kan osynliggörande brytas och skammen minska.

Avslutande reflektioner

Vår studie visar att det biopsykosociala perspektivet inte alltid materialiseras i primärvården, trots att både läkare och patienter menar att det är avgörande för ett bra möte och behandling. Orsaken är vårdmötets begränsande ramar, vilket gör att fokus hamnar på lönearbete och mediciner. Detta fokus förstärks av att både läkare och patienter upprätthåller normen om lönearbetet som identitetsskapare, vilket gör att andra delar av livet osynliggörs. Slutligen finns det ett element av skam i patientskapet som gör det svårt för patienter att förhålla sig till sin situation och för läkare att förhålla sig till smärtpatienter.

Det finns emellertid situationer där det biopsykosociala perspektivet appliceras på ett sätt som blir problematiskt. När diskussioner om livssituationen främst handlar om att söka efter psykosociala *orsaker* till smärtan, till exempel att vara lite trött eller inte klara av att sätta gränser för hemarbetet, kan det förminska snarare än stärka patienten och öka den skam som finns inbakat i patientskapet.

Framförallt vad gäller smärtproblematik – där den medicinska behandlingen i dagsläget är begränsad – handlar god vård inte enbart om att applicera evidensbaserade metoder, utan även om en förmåga att möta patienten som individ med sina specifika livsförutsättningar. Ett resultat av studien som bör undersökas vidare är i vilken utsträckning smärtvårdens kvalitet beror på läkarnas förmåga att klara av detta. Smärtpatienterna efterlyser läkare som engagerar sig i deras situation, som följer upp behandlingen och som i de fall där det är aktuellt hjälper patienten att få rätt hjälp även hos andra vårdgivare. Det är inte självklart för smärtpatienter att träffa en sådan läkare, sådana möten beskrivs tvärtom som ett undantag. I praktiken innebär det att tillgången till god smärtvård inte utgår från behov utan om tillfälligheter och personkemi.

Betydelsen av att låta det biopsykosociala perspektivet komma till uttryck är uppenbart. Om patientens hela livssituation får ta plats i vårdmötet skapar det förutsättningar för en effektivare rehabilitering eftersom det i många fall är livssituationen som måste ändras. Ett möte där patienten blir sedd och lyssnad på ökar också chanserna för att patienten dels delar med sig av information som är viktig i den medicinska bedömningen och behandlingen, dels ges kraft att reflektera över sina livsval och göra de anpassningar som behövs för att minska lidandet och skammen.

TACK

Vi vill tacka de patienter och läkare som generöst har delat med sig av sina tankar och erfarenheter.

Referenser

- Andersson, Ingemar (2010) Långvarig smärta. Werner, Mads och Leden, Ido (red) *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Boivin, Antoine (2012) *Patient and public involvement in healthcare improvement* (avhandling). Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Brandheim, Susanne (2017) *A systemic stigmatization of fat people* (avhandling). Karlstad: Karlstad universitet.
- Braun, Virginia och Clarke, Victoria (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 3(2): 77-101.
- Cooper, JF Maxwell, Sornalingam, Sangeetha, O'Donnell, Catherine (2015) Street-level bureaucracy: an underused theoretical model for general practice? *British Journal of General Practice* 65(636): 376-377.
- Dwyer, Christopher, McKenna-Plumley, Phoebe, Durand, Hannah, Gomley, Emer, Slattery, Brian, Harney, Owen, MacNeela, Pádraig, McGuire, Brian (2017) Factors influencing the application of a biopsychosocial perspective in clinical judgement of chronic pain: interactive management with medical students. *Pain Physician* 29: 915-960.
- Egerton, Thorlene, Diamond, Laura, Buchbinder, Rachelle, Bennell, Kim, Slade, Susan (2017) A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 25: 625-638.
- Fillingim, Roger B, King, Christopher D, Ribeiro-Dasilva, Margarete C, Rahim-Williams, Bridgett, Riley, Joseph L (2009) Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain* 10(5): 447-485.
- Gadamer, Hans-Georg (1996) *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Engelsk översättning: Jason Gaiger och Nicholas Walker. Stanford: Stanford University Press.
- Gatchel, Robert J, McGeary, Donald D, McGeary, Cindy A, Lippe, Ben (2014) Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American Psychologist* 69(2): 119-130.
- Hammarström Anne, Wiklund, Maria, Stålnacke, Britt-Marie, Lehti, Arja, Haukenes, Inger, Fjellman-Wiklund, Annacristine (2016) Developing a Tool for Increasing the Awareness about Gendered and Intersectional Processes in the Clinical Assessment of Patients: A Study of Pain Rehabilitation. *PLoS ONE* 11(4).
- Harker, Julie, Reid, Kim J, Bekkering, Geertruida E, Kellen, Eliane, Bala, Malgorzata M, Riemsma, Rob, Worthy, Gill, Misso, Kate, Kleijnen, Jos (2012) Epidemiology of chronic pain in Denmark and Sweden. *Pain research and treatment* 2012: 1-30.
- Hydén, Lars-Christer (2001) Att bemöta och bemötas. *Utan fast punkt: Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- IASP International Association for the Study of Pain Classification of Chronic Pain, Second Edition (2011) <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jakobsson, Ulf (2007) Möten och bemötande i hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift* 84(6): 541-548.
- Johannisson, Karin (2013) *Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Norstedts.

- Johansson, Eva E, Hamberg, Katarina, Lindgren Gerd, Westman, Göran (1997) "How could I even think of a job?" Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 15(4): 169-174.
- Lehti, Arja, Fjellman-Wiklund, Annacristine, Stålnacke, Britt-Marie, Hammarström, Anne, Wiklund, Maria (2017) Walking down 'Via Dolorosa' from primary health care to the speciality pain clinic – patient and professional perceptions of inequity in rehabilitation of chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31: 45-53.
- LeResche, Linda (2011) Defining gender disparities in pain management. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 469(7): 1871-1877.
- Lipsky, Michael (1980) *Street-level bureaucracy*. New York: Russel Sage Foundation.
- Malterud, Kirsti (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358(9280): 483-488.
- May, Carl (2017) Rethorizing the clinical encounter: normalization processes and the corporate ecologies of care. Scambler, Graham och Scambler, Sasha (red) *New directions in the sociology of chronic and disabling conditions*. London: Palgrave Macmillan.
- McCarthy, Christopher J, Oldham, Jackie A, Sephton, Ruth (2010) Expectations and satisfaction of patients with low back pain attending a multidisciplinary rehabilitation service. *Physiotherapy Research International* 10(1): 233-31.
- Müssener, Ulrika (2007). *Encouraging encounters: experiences of people on sick leave in their meetings with professionals* (avhandling). Linköping: Linköping University Medical Dissertations.
- Müssener, Ulrika, Svensson, Tommy, Söderberg, Elsy (2009) Vilken betydelse har positivt bemötande för återgång till arbete? *Socialmedicinsk tidskrift* 86(3): 238-244.
- Norrbrink, Cecilia och Lundeberg, Thomas (2014) *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Peilot Birgitta, Andrell Paulin, Mannerkorpi Kaisa, Mannheimer Clas (2010) Quality of life assessed with Short Form 36: a comparison between two populations with long-term musculoskeletal pain disorders. *Disability and Rehabilitation* 32(23): 1903-1909.
- Phelan, Sean M, Van Ryn, Michelle, Wall, Melanie, Burgess, Diana (2009) Understanding Primary Care Physicians' Treatment of Chronic Low Back Pain: The Role of Physician and Practice Factors. *Pain Medicine* 10(7): 1270-1279.
- Roberts, Kathleen J. (1999) Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations* 2(2): 82-92.
- Rustøen, Tone, Klopstad Wahl, Astrid, Rokne Hanestad, Berit, Lerdal, Aanners, Paul, Steven, Miaskowski, Christine (2004) Gender differences in chronic pain – findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Management Nursing* 5(3): 105-117.
- Salmon, Peter (2000) Patients Who Present Physical Symptoms in the Absence of Physical Pathology: A Challenge to Existing Models of Doctor-Patient Interaction. *Patient Education and Counseling* 39: 105-13.
- SBU (2006) *Metoder för behandling av långvarig smärta: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. http://www.sbu.se/contentassets/81ea041f1bc2441aa09868a4f29d3f1a/smarta_fulltext.pdf
- SCB (2010) *Tidsanvändningsundersökningen 2010*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/tidsanvandningsundersokningen/pong/statistiknyhet/tidsanvandningsundersokningen-2010/>

- Schrooten, Martien, Linton, Steven (2017) Changing pain expectations: the role of social context and communication. *Pain* 158(7): 1185–1186.
- Sörlin, Ann (2011) *Health and the elusive gender equality: can the impact of gender equality on health be measured?* (avhandling). Umeå: Umeå universitet.
- Thunberg, Kerstin, Hallberg, Lillemor (2002) The need for organizational development in pain clinics: a case study. *Disability and Rehabilitation* 24: 755–762.
- Upshur, Carole C, Bacigalupe, Gonzalo, Luckmann, Roger (2010) "They don't want anything to do with you": patient views of primary care management of chronic pain. *Pain Medicine*, 11(12): 1791–1798.
- Veehof, Martine, Oskam, Maarten-Jan, Schreurs, Karlein MG, Bohlmeijer, Ernst T (2011) Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 152(3): 533–542.
- Vennik, Femke D. (2016) *Interacting patients: the construction of active patientship in quality improvement initiatives* (avhandling). Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Wathen Nadine, Wyatt, Sally och Harris Roma (2008) *Mediating health information: the go-betweens in a changing socio-technical landscape: health, technology and society*. New York: Palgrave Macmillan.
- West, Candace, Zimmerman, Don H. (1987) Doing gender. *Gender and Society* 1(2): 125–151.
- Werner, Anne, Malterud, Kirsti (2003) It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social science och medicine* 57(8): 1409–1419.

Nyckelord

långvarig smärta, kronisk smärta, biopsykosocialt perspektiv, patientskap, primärvård, allmänläkare, bemötande

Stina Melander

Statsvetenskapliga institutionen
Lunds universitet
Box 52
221 00 Lund
E-post: stina.melander@svet.lu.se

Tove Lundberg

Statsvetenskapliga institutionen
Lunds universitet
Box 52
221 00 Lund
E-post: tove.lundberg@svet.lu.se