

HÖGSKOLAN I KARLSTAD

Institutionen för utbildningsvetenskap och psykologi

MAMMA, JAG HAR ONT I MAGEN!

- en studie om barn med ospecifika magsmärtor.

**C-uppsats i psykologi, 10 poäng
vt 1996**

**Författare: AnnBritt Enochsson
Handledare: Anders Arnqvist
och Staffan Janson**

SAMMANFATTNING

Föreliggande C-uppsats är en studie av barn som legat inne på sjukhus för observation på grund av ospecifika magsmärtor. Undersökningen har gjorts i samarbete med barn- och ungdomskliniken i Karlstad. Syftet var dels att se i vilken utsträckning barnens problem kan relateras till psykiska orsaker och dels att hitta orsaker till varför barnen inte återvänder till barnkliniken vid eventuellt fortsatta besvär.

Studien är en totalundersökning för tiden 950101 - 950930 vid barn- och ungdomskliniken. Barnens föräldrar fick svara på en enkät, som distribuerades via post. Enkäten besvarades av 69,8 % av föräldrarna och ett litet antal av dem lät sig också intervjuas.

Analysen av enkätsvaren och barnens medicinska journaler ger vid handen att psykosomatik kan misstänkas tillhöra problematiken hos en hel del av barnen.

De föräldrar som har barn vars magsmärtor inte gått över har i högre grad än övriga upplevelser av att läkaren inte lyssnade till dem. Detta kan vara en orsak till att de inte återvänder till kliniken, men det kan också vara ett tecken på att psykosomatik är en del även av dessa barns problem. Totalt sett visar undersökningen att kommunikationen mellan läkare och förälder är bristfällig, vilket också kan orsaka att man väljer att inte återvända trots fortsatta besvär.

ABSTRACT

This study was related to children hospitalized because of unspecified stomachache. The investigation was done in collaboration with the Department of Pediatric and Adolescent Medicine at the Central Hospital, Karlstad. The purpose of the study was in part to determine to what extent the children's problems could be related to psychological origins, and secondly to ascertain why the children and their parents did not return to the department despite continuous problems.

Parents of all the children hospitalized between 1 Jan 1995 and 30 Sept 1995 were mailed follow up questionnaires. In total 69,8 % of the parents answered and a few of them were also interviewed.

As a result of analyzing the responses and receiving medical journals, psychosomatic problems are suspected in many of the cases.

The parents of children with continuous stomach problems experienced a higher incidence than others of their doctor just not listening to them. This could be an underlying reason for not returning to the clinic, but it can also show that psychosomatics is a part of their children's problems. One clear conclusion is that the communication between the doctor and the child's parent is ineffective, which thereby causing the parents not to return to the clinic despite their children's continuous problems.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	1
1. INLEDNING.....	2
1.1 Bakgrund.....	2
1.2 Undersökningens syfte.....	3
1.2.1 Problemprecisering.....	4
1.2.2 Avgränsningar.....	4
2. TEORIER OCH TIDIGARE FORSKNING.....	5
2.1 Psykosomatik.....	6
2.1.1 Begreppsdefinition.....	6
2.1.2 Förekomst.....	6
2.2 Sjukdomsorsaker.....	6
2.3 Patientens möte med vården.....	8
2.4 Konsultationen.....	9
2.4.1 Den "normala" konsultationen.....	9
2.4.2 Relationsupprättande.....	10
2.4.3 Kommunikation.....	10
2.4.4 Kontaktorsak.....	12
2.4.5 Sammanfattning (i konsultationen).....	12
2.4.6 Diagnos och föreskrifter.....	13
2.5 Omvårdnad.....	13
2.5.1 Slutord - omvårdnad.....	15
3. METOD.....	16
3.1 Urval.....	16
3.2 Datainsamlingsmetod.....	16
3.2.1 Enkätkonstruktion.....	17
3.3 Genomförande.....	18
3.4 Reliabilitet och validitet.....	19
3.5 Databearbetning.....	20
3.6 Bortfall.....	21

4. RESULTAT	23
4.1 Bakgrundsvariabler	23
4.2 Enkät svar	24
4.2.1 Index.....	28
4.2.2 Sammanfattning av enkät svar.....	29
4.3 Nya variabler	29
4.4 Svar på frågeställningarna	30
4.4.1 Misstänkt psykosomatik.....	30
4.4.2 Korstabuleringar - psykosomatik.....	31
4.4.3 Ej återvändande.....	32
4.4.4 Samband mellan "psykosomatik" och "ej återvändande"	33
4.4.5 Sammanfattning.....	34
5. DISKUSION	35
5.1 Metoddiskussion	35
5.2 Resultatdiskussion	36
5.2.1 Psykosomatik.....	36
5.2.2 Ej återvändande.....	38
5.2.3 Samband mellan "psykosomatik" och "ej återvändande"	40
5.3 Slutord	40
ORDLISTA	42
LITTERATURFÖRTECKNING	43

BILAGOR

Bilaga 1 - enkät och följebrev

Bilaga 2 - påminnelsebrev

**Bilaga 3 - Journaldata och enkät svar som ej redovisas i
resultatkapitlet.**

FÖRORD

Under min tid som lärare i grundskolan har jag ofta stött på barn med ont i magen. Dessa barn, som för mig ofta verkat mer sårbara än andra, har upptagit en stor del av mitt intresse. Jag har funderat mycket över hur man kan hjälpa dem, först och främst i skolan som varit mitt arbetsfält. Det fanns därför ingen tvekan hos mig att ta itu med uppgiften att följa upp barn med sådana besvär när möjligheten erbjöds.

Många är de som visat stort intresse för min uppsats under arbetets gång. Alla kan inte nämnas här, men några vill jag speciellt uppmärksamma. De två mest betydelsefulla personerna för arbetets fortskridande har varit min handledare Anders Arnqvist och initiativtagaren till undersökningen Staffan Jansson, som också fungerat som medicinsk handledare. Ni har alltid verkat ha gott om tid för mig när jag kommit med mina frågor om alltifrån Fisher's Exact probability Test till Henoeh-purpura. Jag har uppskattat det intresse ni visat, den uppmuntran jag fått och alla råd ni givit som fört arbetet framåt. Själv har jag i stort sett ingen erfarenhet varken av sjukhusmiljö eller medicinskt språkbruk. Utan Staffans hjälp med att sätta mig in i detta hade det därför varit omöjligt att klara av arbetet på såpass kort tid.

Utan alla er som tog er tid att besvara enkäterna hade det inte blivit mycket till rapport. Särskilt vill jag tacka er som släppte in mig i era hem och lät er intervjuas. Tack alla enkätbesvarare och intervjurespondenter att ni lämnat ut en bit av era liv för att andra förhoppningsvis ska kunna dra nytta av det.

Jag har tillbringat en hel del tid Folkhälsans i Värmland lokaler. Tack alla ni som där fått mig att känna mig som en i gänget. Speciellt tack till Agneta och Reidun som också hjälpt mig med praktiska saker. Ett extra tack också till Marija för ditt stora intresse och dina tips. Våra samtal har hjälpt mig att tänka klarare. Tack för att du villigt delat med dig av ditt skrivbord och dator med SPSS.

Tack min kurskompis Marianne för att du tog dig tid att läsa vad jag skrivit och peppade mig när jag tyckte att jag kört fast i arbetet.

Sist men inte minst vill jag tacka min sambo Gunnar som hela tiden stöttat och uppmuntrat mig. Din distans till den vetenskapliga världen har varit en välbehövlig motvikt till arbetet. Tack också för att du sett till att jag tagit tid till mig själv även när min arbetsbelastning varit hög.

1. INLEDNING

1.1. Bakgrund

Ont i magen är nog en åkomma som de allra flesta har egen erfarenhet av. Det gemene man kallar magen rymmer många olika organ och det kan naturligtvis finnas många olika orsaker till ont i magen. Ibland är det lätt att förstå vad det beror på: vi vet själva med oss att vi ätit något olämpligt eller det känns i magen när vi är nervösa inför något. I annat fall kanske en läkare hittar orsaken. Men för en del människor händer det att deras magonda förblir en gåta både för dem själva och den läkare de konsulterat.

Man får förmoda att anledningen till läkarbesöket är att få en diagnos och förslag till åtgärder för att bli av med smärtan. När detta inte inträffar är det inte konstigt om patienten blir frustrerad och kanske till och med ifrågasätter läkarens kompetens. Alfvén (1993) beskriver det från andra sidan. Som läkare har han också ofta känt sig frustrerad, när han förstätt att patienten haft smärtor utan att han hittat någon orsak.

En inte alltför ovanlig hypotes i sammanhanget är att smärtorna orsakas av psykiska problem hos patienten. Det är väl känt att psykiska och sociala problem kan ta sig somatiska uttryck, men Balint (1964) är elak mot läkarkåren. Han menar att läkare i allmänhet har alltför bristfällig kunskap om psykiska besvär och mekaniskt följer de en "uteslutningsdiagnostik genom lämpliga somatiska undersökningar" (s.53). De olika sjukdomarna kontrolleras efter rang och patienterna rangordnas också alltefter den sjukdom de har. Längst ner på skalan blir neurotikerna, som klassas som skräp (a.a.).

Detta är naturligtvis inte hela sanningen. Alfvén (1995) stöder dock Balint i det att han påstår att återkommande smärtor som man inte hittar någon organisk orsak till, ofta diagnosticeras som psykosomatiska i klinisk praxis. Trots läkarvetenskapens framsteg sedan Balint skrev sin bok, händer det fortfarande då och då att patienter blir utan specifik diagnos. Vad händer med dessa? Är man idag bättre på att ta hand om dem, eller klassas de fortfarande som skräp?

Även om läkaren inte ser psykosomatiska symtom som skräp, kan det för många patienter vara svårt med en sådan diagnos. Carl-Einar Westerberg uttalar i en intervju att hans erfarenhet är att en stor grupp patienter slutar lyssna om han nämner psykosomatik. En del av dem säger

klart och tydligt att de inte tror att läkaren tar dem på allvar. Han menar att det är mycket viktigt hur man lägger orden om det finns misstanke om en sådan diagnos. (Lönnroth, 1982)

Centralsjukhusets barn- och ungdomsklinik i Karlstad tar emot ca 10 000 patienter årligen. De allra flesta besöker polikliniken och återvänder hem efter att ha träffat läkare. Ca 3000 barn och ungdomar per år måste dock ligga kvar på någon av klinikens 56 platser av olika orsaker. Ungefär 200 är inlagda för observation på grund av smärtor i magen. Ett hundratal av dessa patienter får aldrig någon specifik diagnos ställd. Man kan alltså inte hitta någon orsak till deras besvär under tiden de är inlagda. Det vanligaste är att smärtorna klingar av inom ett par dygn och patienten skickas hem. Majoriteten av dessa hör aldrig av sig igen.

På barnkliniken har man känt en otillfredsställelse i att inte veta vad som hänt dessa barn. Är anledningen till att de inte hör av sig igen den att smärtorna inte återkommit eller har patienternas familjer tappat förtroendet för sjukvården? Är det så att barnet får hårda ut med sina plågor eller söker man hjälp på annat håll om besvären kommer tillbaka? Hur många av dessa kan ha psykosomatiska besvär? Frågorna är många, men vardagen på kliniken är fylld av nya patienter med nya åkommor och tiden vill inte riktigt räcka till att följa upp de som inte självmant hör av sig.

1.2. Undersökningens syfte

Syftet med denna undersökning är dels att se i vilken utsträckning de inlagda barnens besvär kan relateras till psykiska orsaker och dels att försöka kartlägga orsaker till att barnen i undersökningen inte återkommer. Är orsaken till att de inte hörs av igen den som nämnts att de blivit besvärsfria? En misstanke om att det inte är hela sanningen ligger naturligtvis bakom undersökningen annars skulle ingen kommit på tanken att vilja genomföra den.

Hur upplever barnen och deras föräldrar att de blivit bemötta? Tycker de att de blivit tagna på allvar eller upplever de sig blivit klassade i en diagnostisk skräpgrupp? Hur tolkar de eventuella diagnoser eller teorier om smärtorna? Är de nöjda med läkares och övrig personals insats eller vänder de kliniken ryggen och söker hjälp på annat håll vid en eventuell nästa gång?

Är det de vars besvär kan misstänkas ha psykosomatiska orsaker som

vänder sig till andra läkare för att de inte upplevt sig blivit tagna på allvar? Det kanske rentav är så att det är den gruppen som fortfarande har ont i magen?

1.2.1. Problemprecisering

Är det möjligt att se hur stor del av de inlagda barnen som har psykosomatiska besvär? Kan man spåra anledningar till att patienterna inte återkommer i den konsultation eller omvårdnad de erhållit? Finns det något samband mellan psykosomatik och att man inte återkommer - alternativt söker annan läkare?

1.2.2. Avgränsningar

Fyra avgränsningar har gjorts. Den första är att studien är begränsad till barn- och ungdomskliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad.

För det andra omfattar undersökningen patienternas föräldrar, då en betydande del av barnen sannolikt skulle ha stora svårigheter att besvara en enkät.

Avgränsning nummer tre är en tidsbegränsning. Undersökningen omfattar de patienter som varit inlagda under perioden 950101 - 950930.

Slutligen har en medicinsk avgränsning gjorts. Barn med magsmärtor utan specifik diagnos har valts ut, men från dessa har de undantagits som haft ett klart trauma (t.ex. olyckshändelse), de som fått sin första menstruation i samband med det magonda, de som tidigare bukopererats, de med svåra funktionshinder (t.ex. CP), de med inkontinens samt de som haft andra allvarliga sjukdomar samtidigt.

2. TIDIGARE FORSKNING OCH TEORIER.

Det finns en del åkommor hos barn som oftare än andra blir utan specifik diagnos. Det är bl.a. magvärk, huvudvärk, värk i armar och ben samt bröstsmärtor. En mängd undersökningar pekar på ett samband mellan dessa typer av smärtor och personliga svårigheter i en eller annan form (Förars, 1977). Medan Alfvén (1993) påpekar att det under senare år publicerats en del studier som inte givit några belägg för sådana samband, så skattar han utifrån egen klinisk erfarenhet att ca 80% av andelen återkommande smärtor av den typ som nämnts ovan har psykisk orsak (Alfvén, 1995). Bramstäng (1983) skriver:

Om man inte är ärlig mot sig själv och andra i den attityd eller i de samtal man för med andra eller genom ett tyst språk med sig själv, riskerar man att det utsagda, mer eller mindre medvetet maskerade eller felaktigt framställda stoffet *somatiseras*. Det gäller inte minst undertryckta känslor. Det innebär att kroppsliga symtom uppstår som tecken på att man innerst inne känner olust för att man inte förhållit sig rak och öppen. (s.82)

När kroppen får tala för själen på det sätt som beskrivs i citatet ovan, talar man om psykosomatik. Vanligast av psykosomatiska åkommor hos barn i Sverige är magsmärtor (Norstedt, 1971). Då denna studie berör patienter med magsmärtor utan specifik diagnos, är det naturligt att frågor kring psykosomatik tas upp. Detta innebär inte att någon misstänker att samtliga patienter i studien lider av psykosomatisk sjukdom. Förars (1977) kommer dock till följande slutsats i sin avhandling:

/det/ är en hypotes att barnets återkommande magsmärtor, utan påvisbar organisk orsak, i allmänhet är ett varierande, stötvis förekommande, reaktivt symtom på personliga svårigheter i en eller annan form där såväl barnets miljö, personlighet, konstitution, utvecklingsgrad och ärftliga belastningar samt talrika okända faktorer spelar in och där prognosen beror på graden av störning och närmiljöns förmåga att hjälpa barnet att övervinna symtomet. (s.66)

Magsmärtornas orsak är med andra ord mycket komplex.

2.1. Psykosomatik

2.1.1. Begreppsdefinition

Psykosomatik innefattar i en vidare definition såväl psykiska symtom hos somatiskt sjuka personer och somatiska symtom hos psykosocialt stressade personer (Gyllensvärd & Laurén, 1983). I detta arbete kommer en vanligare definition att användas. Det är den senare delen att psykosomatisk sjukdom är somatiska symtom som orsakats av psykisk eller social belastning. Psykosomatisk störning är en mera tillfällig störning av psykosomatiskt slag (*Psykologilexikon*, 1994) Psykosomatik ska inte förväxlas med *psykisk* sjukdom eller *psykisk* störning, där inget biologiskt underlag kan påvisas (Nationalencyklopedin 15, 1994)

2.1.2. Förekomst

Hur vanliga är då psykosomatiska besvär hos barn? När det gäller magsmärter finns uppgifter från 10% (Apley, 1975) ända upp till 36% (Larsson, 1991 cit. efter Alfvén, 1993) hos barn och ungdomar i skolåldern. De flesta undersökningar ligger dock närmare det undre talet. Skillnaden beror till en del på hur strikt definition man använder. Man ska ändå komma ihåg att magsmärtorna endast är en del av de psykosomatiska åkommorna om än en stor del - 40 - 50% hos barn över 4 år (Norstedt, 1971). I förbigående kan nämnas att astma, som är ett ganska vanligt psykosomatiskt symtom i i-länder, nästan inte alls förekommer i u-länder. Däremot förekommer förslamsymtom oftare där (Nordisk Medicin 5/83 s.146).

De flesta undersökningar som genomförts pekar på att det är fler flickor än pojkar som har oklara magsmärter (Alfvén, 1993). Förars (1977) fann 59,8% i sin undersökning. Hon är inte ensam om de siffrorna, men det finns undantag som pekar i motsatt riktning (Liebman efter Alfvén, 1993).

2.2. Sjukdomsorsaker

Många fler forskare och praktiker än Förars poängterar att det är viktigt med en helhetssyn vid bedömning av en persons sjukdom. Ett citat ur högen: "Somatiska och psykiska sjukdomar har ofta ett inbördes samband. En helhetssyn bör tillämpas." (Statens Offentliga Utredningar 1979:78, s.248).

Tyvär anser inte Bramstäng (1983) att så sker överallt. Han menar att det han kallar akutsjukvårdsmodellen, vars syfte är att vara effektiv, har brett ut sig och tillämpas i praktiskt taget alla delar av kroppssjukvård. Detta får till följd att patienten inte uppfattas som en helhet utan som ett organfel. Människan identifieras med sin sjukdom. Dock skymtar han en ljusning och har förhoppningar om en bättre sjukvård i framtiden.

Det finns olika teorier om vad som orsakar psykosomatiska smärtor, men det är inget som kommer att behandlas här, då denna undersökning inte går ut på att försöka identifiera några orsaker till barnens smärtor. Men lite kommer att skrivas allmänt om sjukdomsorsaker. Detta resonemang hänger samman med patientens upplevelse av sjukhuspersonalens bemötande.

När patienter och vårdpersonal har olika uppfattningar om sjukdomsorsaker kan detta ge upphov till kommunikationsproblem. Dessa skillnader bli oerhört stora när invandrare från kulturer vitt skilda från vår söker vård. Holmdahl (1990) skriver att man måste ha både social och kulturell inlevelseförmåga. Hon ger ett exempel som visar att denna inlevelseförmåga ibland måste vara mycket stor. Berättelsen är hämtad ur *Ateisten och den heliga staden* av G.Klein och lyder i korthet:

En 20-årig pojke uppsöker ett sjukhus i Nairobi. Hans ångest är mycket stor, men inga fysiska fel kan spåras. Inom tre dagar är han död. Obduktionen visade inga patologiska fynd. Senare fick man veta att en häxdoktor några dagar före dödsfallet helt och fullkomligt övertygat pojken om att han inom en mycket kort tid skulle dö.

Detta var exempel på en tragisk historia, men själv har jag erfarenhet av en liknande historia från Afrika med positivt slut. Vår barnflicka blev helt plötsligt mycket sjuk, och till att börja med var läkarna helt övertygade om att det var malaria hon drabbats av. Sjukdomsutvecklingen följde dock inte det gängse mönstret, och efter ett par månader var hon medvetslös och man hade gett upp hoppet om att hon skulle bli frisk igen. Inga mediciner gavs längre. Så helt plötsligt tillfrisknade hon till allas vår glädje. Inom en vecka från att allt hopp varit ute kom hon på besök till oss. Hon berättade då att en äldre släkting varit arg på henne och att detta orsakat sjukdomen. När hon bara blev sjukare och sjukare hade hennes familj samlat ihop släkten och rätt ut det hela. Strax därefter började hennes tillfrisknande.

2.3 Patientens möte med vården

Pendleton, Shoefield, Tata och Havelock (1994) menar att patienten kommer till läkaren med en egen teori om sjukdomen. Denna teori påverkar patientens beteende och patienten har utifrån denna också vissa förväntningar på vad läkaren kommer att göra. Vad är det som gör att patienten uppsöker läkare? Alla som har huvudvärk eller magont konsulterar inte läkare även om smärtan kan vara häftig (a.a.). Patienten kanske oroar sig för något annat, som gör att smärtan blir värre än annars (Orlando, 1990).

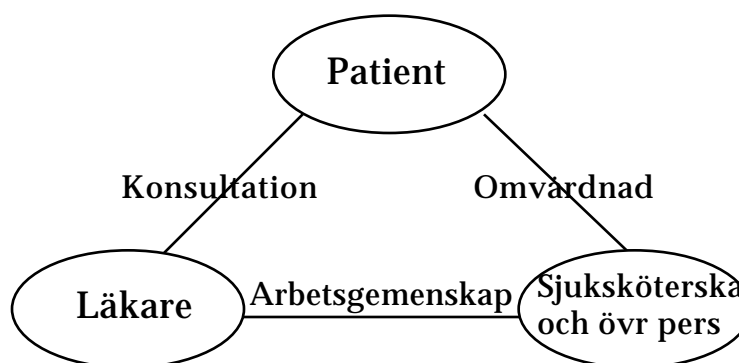
Här har vi så kommit in på det speciella mötet mellan läkare och patient. Det möte som kallas konsultation. Patienter - speciellt de som är inlagda på sjukhus - har också relationer till annan personal inom vården. I det fallet är det inte fråga om konsultation utan omvårdnad. I en uppslagsbok kan följande definitioner läsas om dessa två ord:

Konsultation - En konsultation kan vara två saker enligt *Psykologilexikon* (1994). "1. Rådgivning (medicinsk, ekonomisk, juridisk osv). 2. En läkares samarbete med patient och/eller anhörig."

Omvårdnad definieras som "en av omtanke, personlig kontakt och medmänsklighet betonad vård. Ordet används också som en motsvarighet till det engelska *nursing* och avser då den del av vården som sjuksköterskor och undersköterskor ansvarar för." (*Psykologilexikon*, 1994)

Olika personalgrupper har naturligtvis också relationer till varandra såsom varande arbetskamrater. De olika relationerna visas i figur 2.1, som är en egen modell.

Figur 2.1 - Relationerna mellan patient, läkare och övrig sjukvårdspersonal.



Tyvär visat inte undersökningar på att relationerna mellan olika yrkesgrupper på ett sjukhus är speciellt frekventa. Bramstäng (1983) refererar till undersökningar som visar att sannolikheten för att en läkare ska tala med en annan läkare är tre gånger så stor som att han utbyter information med en sjuksköterska på en vårdavdelning. Läkarens kontakter med övrig personal är ytterst liten. Samtal på en avdelning sjuksköterskor emellan är dubbelt så stor som mellan dem och övrig personal. Detta inverkar på trivselen inom vårdenheten och underlättar inte kommunikationen.

Det är kanske inte så svårt att förstå att läkares och vårdpersonals attityd och vilja att lyssna till patienten har betydelse för hur väl patienten känner sig omhändertagen och förstörd. Störningar i kommunikationen mellan läkare och övrig personal påverkar också patientens kontakt med vården (SOU, 1977:66). Vi ska dock inte uppehålla oss vid den eventuella arbetsgemenskap som finns eller inte finns på sjukhuset utan fortsättningsvis kommer aspekter på patientens olika relationer att belysas, både konsultationen och omvårdnaden.

2.4. Konsultationen

2.4.1. Den ”normala” konsultationen

Att förstå varför patienten uppsökt läkaren är naturligtvis det centrala i konsultationen. Enligt Pendleton et al. (1994) är detta läkarens första uppgift när han/hon möter patienten. men innan man kommer så långt är det naturligt för läkaren att upprätta en relation till patienten. Byrne och Long analyserade 2 500 bandupptagningar av Konsultationer hos 71 läkare. De fann att konsultationen normalt sett innehöll sex faser:

1. Relationsupprättande
2. Läkaren försöker förstå kontaktorsaken
3. Anamnes + kroppsundersökning
4. Sammanfattning
5. Läkaren redogör för behandling och/eller vidare undersökningar.
6. Konsultationen avslutas. (Pendleton, 1994)

2.4.2 Relationsupprättande

Det är helt givet att speciellt läkarna är rädda för den nära kontakten med sina patienter och skyddar sin osäkerhet bakom skrivbord och vita rockar. De flesta läkare får inte närmare fysisk kontakt med sina patienter än den som förmedlas genom en gummislang på ett stetoskop - och många inte närmare psykisk kontakt heller. (Staugård, cit efter Bramstäng, 1983, s. 57)

Om ovanstående stämmer är det illa då en lyckad konsultation bygger på att en bra relation upprättas. Men det är inte helt självklart att det lyckas även om läkaren inte beter sig som i exemplet ovan. Pendleton et al. (1994) pekar på en del problem. Sannolikheten att läkaren tillhör en annan socialgrupp än patienten är stor och detta medför olika utgångslägen. Patienten och läkaren har kanske då inte samma normer och värderingar (Pendleton et al., 1994). Läkare har en auktoritet som man inte ifrågasätter hur som helst och detta innebär ett ansvar för läkaren. Patterson (a.a.) delar upp denna auktoritet i tre delar: Kunskaps-, moralisk och karismatisk auktoritet. Kunskapsauktoriteten innebär den rätt att göra sig hörd som följer av kunskap och expertis. Den moraliska auktoriteten är en följd av läkarens hippokratiska motiv att verka för patientens bästa. Den karismatiska auktoriteten hänger samman med möjligheten att dö och storleken av de frågor som läkare ägnar sig åt. Läkaryrket är mystiskt och läkaren får en prästliknande roll. Trots sin auktoritet är det inte säkert att de själva känner att de har kontroll över situationen.

Innan vi går vidare i konsultationens olika delar ska vi ta upp kommunikation också mellan övrig vårdpersonal och patienter.

2.4.3. Kommunikation

Jag är rädd för språk
akademiskt språk
klurigt språk, manipulerat språk
men ack, så imponerad.

Jag är rädd för den sociala kompetensens språk
lätsasförståelsespråket
förvillelsens språk
så svårt att genomskåda.

Jag är till och med rädd för kroppsspråket
kära du kramspråket
de sprudlande gesternas språk

snälla förled mig icke.
 Men jag är med Dig
 jag finns med Dig
 när Du ibland ger mig, någon gång
 Dina egna ord.

Barbro Holmdahl (1990, s.71)

Att kommunicera är ingen lätt sak, inte ens när två jämbördiga försöker meddela sig med varandra fungerar det alltid komplikationsfritt. Förhållandet vårdare - patient och läkare - patient är dessutom ett ojämlikt förhållande på det viset att patienten står i ett beroendeförhållande. I ett jämlikt förhållande anpassar sig båda parter till varandra, men i vårdrelationer ligger oftast hela anpassningskravet på vårdaren (Svalander, cit efter Bramstäng, 1983). Patienten kan t.ex. befinna sig i ett chocktillstånd - över att ha fått ett besked om diagnos eller att överhuvudtaget ha blivit sjuk.

Patienterna behärskar heller inte alltid sjukvårdens spåk så att de kan beskriva sina besvär i medicinska termer (Purtilo, 1989b). Invandrare har andra problem. En del ord och företeelser i Sverige förekommer inte i andra kulturer och i en tolksituation går många nyanser förlorade. Edéll-Gustafsson och Felhändler (1989) gjorde en undersökning bland invandrade finnar och chilener där hälften av de undersökta uppgett att de inte frågat om alla sina sjukdomsbesvär vid en konsultation. Detta trots att tolk funnits tillhands. Orsakerna var inte enbart av språklig karaktär, utan kunde även bero på bristande samspel mellan vårdpersonal och patient. Att byta land innebär inte endast att man byter språk, utan också kultur. För en del kan det dessutom vara en flyttning från landsbygd till storstad.

Den icke-verbala kommunikationen är ett redskap som inte ska glömmas bort i detta sammanhang. Purtilo (1989a) betonar vikten av denna för att öka möjligheterna till förståelse mellan vårdpersonal och patient. Hon skiljer då på pantomimen - demonstrationen som används t.ex. för att visa hur hjälpmedel ska användas och metakommunikationen som innefattar ansiktsuttryck, ställning, uniform, beröring etc..

Något som gäller för alla samtal är att man måste lyssna, man ska inte generalisera och det måste få ta tid (Holmdahl, 1990).

2.4.4. Kontaktorsak

Byrne och Long (Pendleton et al., 1994) menar att om man inte uppnår något påtagligt mål med konsultationen, så beror det på att läkaren inte lyckats utröna orsaken till patientens besök. En åkomma kan vara en förvärdning att gå till läkare, medan något annat egentligen är problemet. Något man kanske inte tror att man kan besvära sjukvården med. Det är viktigt att läkaren lyckas komma underfund med det (a.a.).

2.4.5. Sammanfattning (i konsultationen)

Byrne och Longs fjärde punkt i konsultationen går ut på att sammanfatta vad som framkommit under konsultationen. Pendleton poängterar rakt igenom sin bok att ett samarbete med patienten är nödvändigt. Det har visat sig att patienter som känner sig delaktiga i konsultationen i större utsträckning följer behandlingsplaner (Fink, 1976, cit efter Pendleton et al., 1994).

Pendleton et al. beskriver hälsoföreställningsmodellen enligt Rosenstock samt Becker och Maiman. Det är fem föreställningar som patienter har om sin hälsa. Dessa är:

- 1) "Hälsomotivation", som är motivationen att sköta hälsan.
- 2) "Upplevd sårbarhet" - patientens uppfattning om sannolikheten att ådra sig ett speciellt problem.
- 3) "Upplevd farlighet" - patientens föreställning om hur allvarliga konsekvenserna av en sjukdom är.
- 4) "Upplevda kostnader - intäkter". Patienten jämför för- och nackdelar med olika handlingsalternativ utifrån sin egen horisont. Kostnader och intäkter behöver inte vara av ekonomisk art.
- 5) "Handlingsimpulser". Det är föreställningar som inte är färdigbildade för alla upptänkliga problem. De kan framkallas av t.ex. en fysisk förnimmelse, en tidningsartikel eller ett TV-program.

Om en läkare inte känner till patientens föreställningar, kan han/hon inte använda sig av patientens viktigaste hälsoresurs. "Varje läkare som vill få sina patienter att sköta om sin hälsa, följa ordinationer och på bästa sätt utnyttja vårdtjänster måste påverka deras föreställningar om hälsa." (Pendleton et al., 1994, s.29)

2.4.6. Diagnos och föreskrifter

Patienter kommer i första hand till läkaren för att få en diagnos (Balint, 1964) ändå visar det sig att ungefär hälften av de som söker läkarhjälp inte får någon diagnos (Holmdahl, 1990). Efter en grundlig anamnes och kroppsundersökning förväntas det ändå att läkaren kommer med sitt "svar". Att ställa diagnos är ett sätt att etikettera (Bramstäng, 1983), och innan läkaren meddelar diagnosen måste han/hon även bedöma patientens farhågor inför sjukdomen samt patientens förmåga att förstå förklaringen. Till saken hör att patienten själv oftast har en egen teori om sjukdomen och detta påverkar patientens beteende gentemot läkaren (Pendleton et al., 1994).

När så läkaren slutgiltigt bestämt sig för vilket besked som ska ges och handlar därefter, visar det sig att patienter dessvärre inte alltid kommer ihåg vad de hört, om de överhuvudtaget har förstått diagnosen och föreskrifterna (Ley, 1974 och Tucket 1982, cit efter Pendleton et al.,1994). Pendleton själv har i en egen studie kommit fram till att patienterna ändå kommer ihåg huvuddelen av den viktiga information de fått.

Hittills har konsultationens fem första punkter tagits upp. Den sjätte och sista punkten om hur konsultationen avslutas är naturligtvis av betydelse, men inget som behöver beröras här.

2.5. Omvårdnad

Det räcker inte alltid med en diagnos och föreskrifter om hur patienten ska hantera sjukdomen. Den amerikanske psykiatern Thomas Szasz har sagt att om vården inte innefattar omvårdnad är boten "ofta värre än sjukdomen själv" (cit efter Bramstäng, 1983, s.60). Hur man blir omhändertagen, när man kommer till ett sjukhus är tydligen lika viktigt för tillfrisknandet som medicinsk behandling. Patienten får inte behandlas som ett objekt, som blir föremål för påverkan, åtgärder manipulering och maktutövning (Holmdahl, 1990).

Auktoriteten hos vårdpersonalen, det skrämmande i hela den tekniska rekvisitan och patientens okunnighet, försätter honom/henne i ett psykologiskt underläge, där man sällan ifrågasätter de förslag om repa-

rationer man ställs inför .(Berglund, 1979, cit. efter Bramstång, 1983, s.21)

Bramstång (1983) beskriver modern sjukvård som framväxt efter en modell av industrin med all dess effektivitet och företagsamhet. Målet är att återinföra människor i produktionen så snabbt som möjligt och ingen hänsyn tas till patientens känslor inför det hela. Omvårdnad är ibland nödvändig, men delegeras till underställd personal, med lägre status och betecknas därför ovetenskaplig. Detta var hans syn 1983, men kanske också i nedskärningarnas tid ställs omvårdnaden åt sidan. Personalen hinner inte med att samtala med patienter, trots att de vet vilken betydelse det har för tillfrisknandet.

Även om kroppen blivit sjuk av stress, så är också sjukdomssymtomen stressande i sig. Sjukdomen kan utgöra ett hinder för patienten att tillgodose sina primära behov som t.ex. att ordna mat eller ta sin medicin. En sjuksköterskas uppgift är att ta över ansvaret åt patienten för den fysiska omvårdnaden och på detta sätt elimineras en del av stressen (Orlando, 1990). Arbetssättet i omvårdnaden måste vara patientcentrerat och det är viktigt att personalen kan leva sig in i hur patienten känner det (Bramstång, 1983).

För att kunna utföra människovårdande arbetsuppgifter på mänskligt och livsbejakande sätt behöver man vara medveten om sin människosyn, vara förtrogen med allmänna psykologiska teorier om människan, både sådana man tycker om och sådana man inte tycker om, ha en klar uppfattning om hur man konkret kan hjälpa andra människor att förändra sig och sin situation, och kunna omsätta detta i praktiskt arbete - vilket innebär en personlig investering i arbetet. (Johnsson & Ohlsson, cit efter Bramstång, 1983, s. 18)

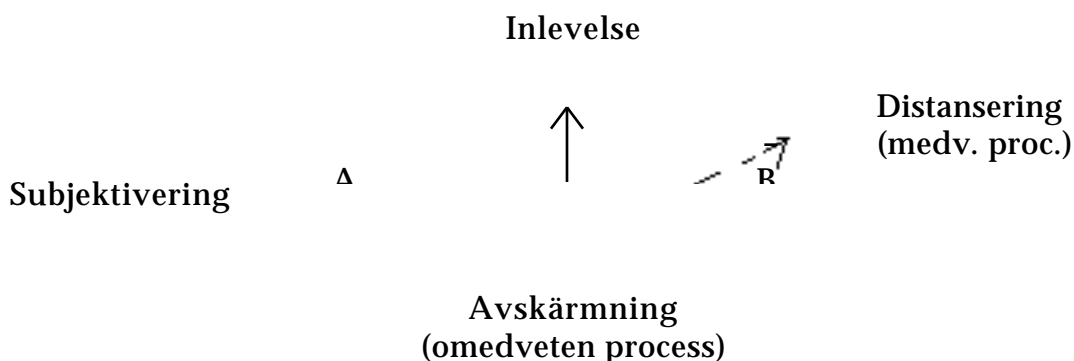
Lindström (1989) beskriver en modell av omvårdnad, där grunden i ett effektivt vårdförhållande utgörs av inlevelse och distansering. Inlevelse innebär att man gör sig förtrolig med något, att man lever med i detsamma. Två människors erfarenheter kan likna varandra men aldrig vara helt lika. Det är därför viktigt att ha en förmåga att kunna slå broar över till den andres erfarenheter. Motsatsen till inlevelse är avskärmning. Det är en omedvetenhet både om sina egna och motpartens upplevelser.

Distansering innebär att man distanserar sig från sina egna upplevelser och känslor och därmed också från den andres. Motsatsen till distansering är subjektivering. Det är när man är involverad av egna subjektiva upplevelser i sin aktuella verklighet och inte förmår bedöma de faktiska orsak-

verkan sambanden. Man saknar förmåga att slå broar till den andras erfarenheter.

Samband mellan inlevelse och distansering illustreras i figur 2.2.

Figur 2.2 - Samband mellan inlevelse och distansering.



Den ideala positionen är position B. För position C gäller det motsatta. Målet är att utvecklas i den streckade pilens riktning.

Flera faktorer kan påverka inlevelse - distanseringsförmågan. Enligt Lindström är dessa:

1. Brist på övning
2. Bristande energi i relation till ifrågavarande förmåga
3. Processen kan påverkas av andra processer t ex beundran, rädsla.
4. Individens intrapsykiska struktur, där individens energi binds vid intrapsykiska konflikter t ex.
5. Interpersonella aspekter, olikheter t ex.

2.5.1. Slutord - omvårdnad

Att se hela människan med alla hennes fel och förtjänster i all sin skröplighet och i all sin storhet och acceptera detta som sant mänskligt är vårdarens uppgift. Kärleken i att hjälpa består av alla de handlingar vi utför med värme, äkthet och inlevelse. Att kärleksfullt vårda är den mest mänskliga av alla handlingar. (Holmdahl, 1990, s.136)

I detta kapitel har pekats på en del problem och risker inom vården vad gäller konsultation och omvårdnad. Undersökningar visar dock att de allra flesta är nöjda med det bemötande de får av personalen på sjukhus (Landstingsenkät -93,1994 och SOU 1977:66 efter Sundelin,1975).

3. METOD

3.1. Urval

De patienter, som var av intresse för undersökningen var barn, som kommit till Centralsjukhuset i Karlstad med ont i magen och lämnat det samma utan specifik diagnos. Utvalda var de som varit inlagda på barn- och ungdomskliniken vid samma sjukhus. Av dessa undantogs de som haft ett klart trauma (t.ex. olyckshändelse), de som fått sin första menstruation i samband med det magonda, de som tidigare bukopererats, de med svåra funktionshinder (t.ex. CP), de med inkontinens samt de som haft andra allvarliga sjukdomar samtidigt. Undersökningen var en totalundersökning för tiden 1 januari till 30 september 1995. Föräldrar till samtliga patienter, vars barn passade in på ovanstående beskrivning och som legat inne under den angivna tiden fick möjlighet att delta.

3.2. Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod valdes enkät. Om man vill veta människors tankar om en företeelse och inte har tillgång till redan dokumenterat material, är de möjligheter som står till buds enkät eller intervju. Två starka skäl talade i detta fall för enkät-alternativet. Det första var att jag på grund av sekretessbestämmelser inte hur som helst kunde få veta vilka personer som skulle intervjuas. Att ansöka hos Etiska rådet om detta hade varit en möjlighet, men skulle ha tagit lång tid i anspråk. Tid, som inte rymdes inom ramen för en C-uppsats. En annan möjlighet hade varit att någon initierad person kunnat ta de nödvändiga kontakterna med tilltänkta respondenter och bett dem att ställa upp på en intervju med mig. Detta senare alternativ verkade också en aning omständigt och vem skulle vilja göra detta jobb frivilligt?

Det andra skälet som talade för en enkätundersökning var att det med hjälp av en enkät var möjligt att göra en totalundersökning för en viss period. Att intervjuas alla skulle ha gjort undersökningen alltför omfattande.

Om man väljer en enkät i stället för intervju vinner man i bredd, men förlorar i djup. Svaren blir lätt ytliga. Ibland kan det vara fullt tillräckligt, som när man t.ex. frågar om barnet fortfarande har ont i magen och om den

svarande i så fall själv har någon egen teori om orsaken. Att ge ett fullständigt svar på hur man tycker att man blivit bemött och i vilken utsträckning man upplever att man tagits på allvar trots att ingen specifik diagnos har kunnat ställas är svårare. Ett bemötande omfattar fler dimensioner än vad som ryms på skalan mellan bra och dåligt.

Även journaldata användes i undersökningen. Dessa kodades och lades in i datafil av en läkare.

3.2.1. Enkätkonstruktion

Efter val av metod startade arbetet med att konstruera en enkät. Förutom till min undersökning skulle frågorna också svara mot barn- och ungdomsklinikens önskan om information. Synpunkter från min uppdragsgivare antogs liksom från icke-akademiker i min omgivning, då frågeformuläret senare skulle besvaras av alla slags människor. Det färdiga formuläret med följebrev finns med som bilaga 1.

De flesta frågor i formuläret är flervälsfrågor s.k. slutna frågor, vilket underlättar bearbetningen (Shaughnessy & Zechmeister, 1994). Några frågor är halvöppna. De senare är de frågor där det efterfrågas orsaker till det magonda. Det bedömdes som svårt att kunna täcka in alla tänkbara diagnoser som föräldrarna uppfattat att läkaren gett eller att täcka in alla av föräldrarna tänkbara orsaker till besvären. Om några diagnoser skulle ha angivits och en rad lämnats för "annat..." fanns risken att leda tankarna i vissa banor. En halvöppen fråga av den här typen kan inte ge hur många alternativ som helst förutsatt att svaret inte är av typen "goddag yxskaft". Första frågan i enkäten kan kanske tyckas lite malplacerad när de som undersökningen berör är barn med magont utan specifik diagnos. Rimligtvis borde samtliga svara "inget" på denna första fråga. En misstanke om att en del föräldrar ändå uppfattat en diagnos fanns från klinikens sida och detta troddes kunna vara av intresse för undersökningen.

Formuläret avslutas med en helt öppen fråga där det är fritt fram att skriva sådant man inte tycker man fått framföra tidigare i enkäten. Avsikten med den sista frågan var att få fram lite nyanser.

Enligt Shaughnessy & Zechmeister (1994) ska en bra enkätfråga...

- 1....ha ett enkelt och direkt språk som alla respondenter är bekanta med.
- 2....vara klar och tydlig.

- 3....inte innehålla ledande, laddade eller tvetydiga uttryck.
- 4....vara så kort som möjligt (tjugo eller färre ord).
- 5....ha alla förutsättningar presenterade före nyckelfrågan.
- 6....ha lättläst stil. (s.412, egen övers.)

De fortsätter med att ge synpunkter på formulärets layout. Första intrycket är viktigt och de menar att ingen möda ska sparas på att göra ett attraktivt formulär. Trost (1994) håller med om detta och påpekar också att ett slarvigt hopkommet frågeformulär kan få den effekten att de som ska svara inte heller bedömer frågorna som viktiga att svara på. Men, säger han, en alltför prålig blankett kan också få ett negativt bemötande. Han ger exempel från dagens skolor där resurserna är begränsade. En påkostad enkät kan kännas som ett hån när elevernas läroböcker knappt hänger ihop. Detta torde inte vara svårt att applicera på svensk sjukvård idag.

Generella frågor som ställs för att utröna om följdfrågor ska ställas kallar Shaughnessy och Zechmeister (1994) för filter-frågor (filter questions). Flera sådana finns i formuläret. Frågorna besvaras med ja eller nej och olika följdfrågor ska besvaras beroende på om man svarat ja eller nej. För att underlätta svarandet gjordes linjer från ja- och nej-rutorna till boxar med följdfrågor.

Fråga 14 - 25 i enkäten (bilaga 1) söker svar på respondentens uppfattning om bemötande av personal, om personalen lyssnat, om man tycker att man blev tagen på allvar och i vilken utsträckning man upplevde att man fick information. De svarande fick uppskatta på en skala från 1 - 4 hur dessa företeelser upplevdes. Genom att ha ett jämnt antal svarsalternativ, fanns möjligheten att vid analysen dikotomisera variablerna.

3.3. Genomförande

En läkare tog fram en lista på aktuella barn - 103 st - enligt de kriterier som nämnts under rubriken 3.1 ovan. Dessa numrerades liksom enkäterna för att vid behov kunna skicka ut påminnelser till de som eventuellt inte svarat. Jag fick aldrig tillgång till listan utan personal på sjukhuset ansvarade för utskicken. De svarande blev på så vis helt anonyma för mig. Samma läkare som tagit fram listan upprättade ett register över de barn som utsetts till undersökningen med data från journalerna. Dessa data numrerades på samma sätt som enkäterna och enkätsvaren lades in i samma datafil, som var ett SPSS-dokument. På det sättet kunde bakgrundsdata samköras med

enkätsvaren i analysen.

De data som matades in från journalerna var kön, ålder angiven i år, nationalitet, sjukvårdsdistrikt, inläggningstid, mest sannolik orsak till besvären, andra symtom än magvärk, om misstanke om psykosomatik fanns angivet i journalen, om journalskrivande läkare var barnläkare eller kirurg, om patienten haft buksmärtor tidigare samt om patienten genomgått medicinska utredningar tidigare.

Enkäterna tillsammans med följebrev från både barn- och ungdomskliniken och mig skickades ut i slutet av november med post och återsändes av respondenterna på samma sätt i ett frisvarskuvert. Inget senaste datum för svarande sattes. 57 enkäter kom in före jul -95 och efter en påminnelse (bilaga 2), som skickades ut direkt efter trettonhelgen -96, återkom ytterligare 14 besvarade enkäter. Det sammanlagda antalet svarande var alltså 71, varav en tagit bort nummeridentifieringen och inte kunde samköras med tidigare inlagda bakgrundsdata.

Tillsammans med första utskicket av enkäten bifogades en förfrågan om några respondenter kunde tänka sig att ställa upp på en intervju kring samma frågeställningar. Detta för att få en fylligare bild av de skriftliga svaren. Samtliga dessa intervjuer genomfördes i respondenternas hem enligt deras egna önskemål. Vid dessa intervjuer fördes anteckningar av mig. Då det endast var tre intervjuer har anteckningarna från dessa sammanställts med skrivna synpunkter på enkätformuläret.

3.4. Reliabilitet och validitet

En av nackdelarna med enkät är att man inte kan vara säker på hur en fråga uppfattas. Sitter man med en intervjuperson framför sig kan man för det mesta läsa ut av dennes agerande och svarande om frågan uppfattats som tänkt. Det finns möjligheter att förtydliga för att få ett svar som bättre motsvarar undersökningens syften. Ska man svara på frågor som handlar om huruvida man tycker bra eller dåligt om en företeelse kan dagsformen ha betydelse. När man haft en dålig dag kanske man är mer negativ i sitt tyckande och tvärtom. Vid ett stort antal svarande får man anta att detta jämnar ut sig.

På enkätformulärets sista sida fanns plats för de svarandes egna synpunkter som de inte tyckt kommit till sin rätt i formuläret för övrigt. Dessa synpunkter tillsammans med intervju svaren ger en klarare bild av hur de

svarande tänkt när de svarat på en del frågor.

3.5. Databearbetning

Statistikprogrammet SPSS för Windows har använts vid databearbetningen för de bundna och halvöppna svaren i enkäten. Där respondenter själva angivit diagnoser, har dessa diskuterats med en läkare innan de kodats. Då respondenterna - och kanske också deras läkare - uttryckt sig lite olika, kan samma diagnos ha uttalats på olika sätt. För mig som lekman på området var det inte lätt att känna till detta. En patient har varit inlagd två gånger och fått två olika diagnoser. I detta fall har den senare diagnosen kodats in.

Korrelationsanalyser har gjorts med ett stort antal variabler för att spåra samband. En del frågor har fått många svarsalternativ. För att kunna göra rimliga analyser, har på sådana variabler en reducering av antalet svarsalternativ gjorts och i de flesta fall en dikotomisering.

Då det fanns ett starkt samband mellan vissa av de värderande variablerna (fråga 14 - 25 i enkäten) där den svarande anger hur man anser att man blivit bemött etc. har dessa sammanställts i redovisningen till tre index. Dessa tre index visar respondenternas samlade uppfattning om läkare, samlade uppfattning om övrig personal samt hur man upplevde informationen. I ett fall har ett index åter delats upp igen och variablerna dikotomiserats till "bra" respektive "dåligt". Detta beroende på att ett samband kunde anas mellan indexet och den variabel som visade vilka som fortfarande hade smärtor. Vid en korstabulering med de ursprungliga värderingsvariablerna upptäcktes ett starkt samband med en av dem.

Tre helt nya variabler har gjorts. Det är jämförelser två och två mellan variablerna "journalanteckningar om trolig diagnos" (A), "uppfattad diagnos" (B) och "egen idé om orsak efter besöket" (C). Jämförelser har gjorts mellan A och B, B och C samt A, B och C tillsammans för att se i vilken utsträckning de stämmer överens. De två "svarsalternativen" på dessa nya variabler är "stämmer" eller "stämmer ej".

Korstabuleringar har gjorts mellan de flesta variabler. Då de allra flesta variablerna är på nominalskalenivå, har χ^2 -koefficienten använts som sambandsmått och χ^2 -test använts för att få fram om eventuella samband berott på slumpen eller inte. Den nivå för sannolikheten att den uppkomna skill-

naden beror på slumpen har satts till 5%. I de fall där de förväntade frekvenserna varit för små för att ett χ^2 -mått ska vara att lita på, har Fisher's Exact Probability test använts. Både χ^2 -koefficienten och Fisher's Exact Probability Test kräver dikotoma variabler (Pagano, 1990).

De öppna svaren har behandlats separat.

3.6. Bortfall

68,9% av de utskickade enkäterna kom i retur besvarade. Detta får enligt Shaughnessy och Zechmeister (1994) ses som en god respons på en postenkät och fullt tillräckligt att göra en adekvat analys på. Den normala responsen på postenkäter påstår de är 30% (i USA). Även om man kan vara nöjd med ett såpass stort gensvar som 68,9% bör man ändå noga analysera bortfallet när det är upp emot 20% eller mer (Patel & Davidson, 1994).

Inget systematiskt bortfall har kunnat spåras i de korrelationsanalyser som har gjorts med samtliga bakgrundsvariabler. Andra undersökningar pekar dock på några saker man bör rikta uppmärksamheten mot.

Grupper som ofta har större bortfall än övriga är de som är mycket unga, mycket gamla eller resurssvaga. Även de, som ofta är bortresta, kan vara svåra att få att svara (Magne-Holme & Krohn-Solvang, 1991). Denna enkät skickades ut till föräldrar med barn i åldrarna mellan 0 och 18 år varför funderingar kring bortfall av de mycket unga och mycket gamla inte är relevant. Samtliga mottagare av enkäten bör vara mellan 18 och 65 med något enstaka undantag. Ett bortfall av s.k. resurssvaga är däremot tänkbart. Lässvaga är en annan grupp som naturligt får ett stort bortfall vid postenkäter, men några med skrivsvårigheter har trots allt besvarat enkäten.

Vid en undersökning som gjordes med avseende på bortfall vid Bygghälsans hälsoundersökningar av arbetstagare framkom att den faktor som påverkade deltagande mest var arbetstagarnas egna och deras närmaste omgivnings inställning till Bygghälsan. De som inte kom var de som t.ex. inte litade på kompetensen hos läkarna där t.ex. Det fanns inga tecken på förhöjd eller minskad sjuklighet bland de som uteblev. Både de som kom och de som inte kom var lika angelägna om att sköta och kontrollera sin hälsa. Inte heller fann man skillnader i socioekonomisk ställning. (Larsson & Johansson, 1986)

Om man drar paralleller från undersökningen på Bygghälsan till denna undersökning kan man kanske dra den slutsatsen att det är de som är ne-

gativt inställda till enkäter eller psykologi som inte svarat. Det kan finnas en möjlighet att man uppfattat att enkäten kom direkt från barn- och ungdomskliniken och att de som varit negativt inställda till omhändertagandet och kompetensen där underlätit att svara.

Åtgärder som vidtagits för att höja svarsbenägenheten är att försöka ha ett så lättfattligt språk som möjligt, att skicka ut påminnelse och att uppge telefonnummer att ringa till om något var oklart. Några utnyttjade också möjligheten att ringa. Att enkäten behandlade ett ämne som för de flesta tillfrågade borde kännas angeläget och att de var insatta i det är också sådant som höjer svarsfrekvensen.

4. RESULTAT

I detta kapitel redovisas endast de resultat som är relevanta för undersökningens syfte. De frekvenstabeller, som inte tagits med här, finns i bilaga 3. Inledningsvis presenteras en del bakgrundsvariabler. Till bakgrundsvariabler räknas de variabler som matats in i förväg, såsom kön, ålder, läkare, journaldata etc. Därefter kommer de enkätsvar som belyser resultatet och sedan presenteras de nya variabler som konstruerats. Sist kommer avsnitt som särskilt behandlar de grupper av barn som undersökningen fokuseras på, nämligen de med misstänkt psykosomatik och de som inte sökt upp barnkliniken igen trots kvarstående besvär.

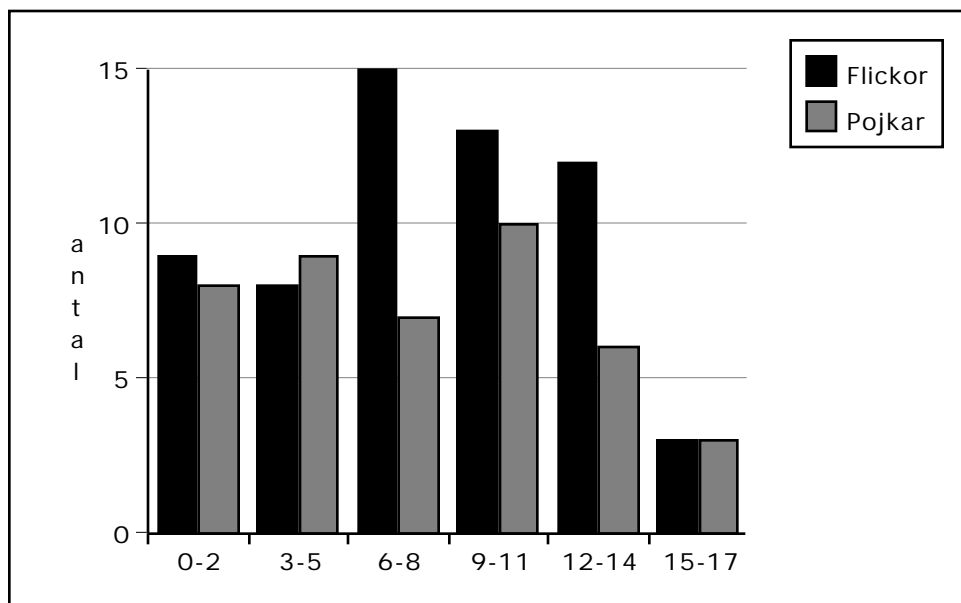
4.1. Bakgrundsvariabler

Undersökningsgruppen består av 103 barn, 60 är flickor och 43 pojkar. Det är fler flickor i åldern 8 år än i någon annan åldersgrupp. 9-årsgruppen är också något större än övriga årgångar, men där är könsfördelningen jämn. Från 15 år och uppåt minskar antalet barn kraftigt för varje år. Ett barn räknas som 2 år ända till 3-årsdagen. I figur 4.1 är barnen indelade i sex åldersgrupper som var och en omfattar tre årskullar.

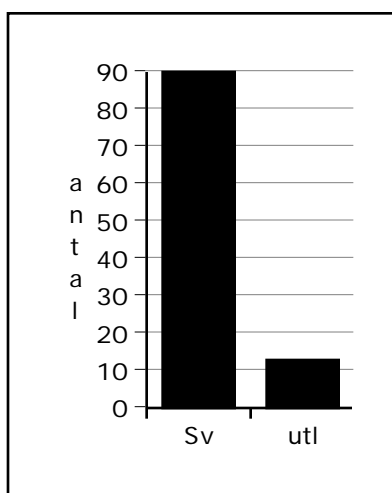
Alla barnen är bosatta i Värmlands län. 2/3 bor inom det centrala sjukvårdsdistriktet¹, vilket består av Karlstad med kranskommuner (figur 4.2). De allra flesta (87%) är svenska och resterande (13%) kommer från andra länder både näraliggande och fjärran, men är bosatta i Sverige (figur 4.3).

Läkarna, som tar emot barnen på barn- och ungdomskliniken tillhör två olika kategorier: barnläkare och kirurger. Många barn träffar flera läkare under sin vistelse på kliniken. Här redovisas de läkare, som skrivit journalen. Av dem tillhör de allra flesta den första kategorin (figur 4.4). I 2/3 av fallen finns en tänkbar diagnos i journalen. Tabell 4.1 visas de olika förslagen till diagnoser. Infektion/viros är den klart största gruppen. Resterande förslag fördelar sig på 16 olika diagnoser. Observera att dessa diagnoser bara är misstankar om tänkbara orsaker till smärtorna. Dessutom finns i 12 av journalerna (11.7%) mer eller mindre klart utskrivet misstankar om psykosomatik. Detta har uttolkats av en initierad läkare (figur 4.5). 33 barn har haft oklara buksmärtor tidigare. Detta visas i figur 4.6.

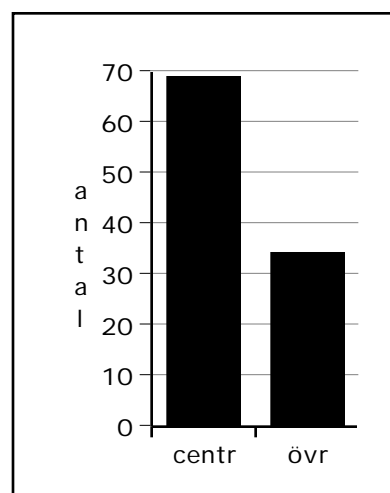
¹ Detta är inte representativt, då de andra fyra distrikten tillsammans befolkningsmässigt är större än det centrala och centralsjukhuset i Karlstad är enda platsen i länet där man lägger in barn för observation av liknande åkommor.



Figur 4.1 - Köns och åldersfördelning i den undersökta gruppen.



Figur 4.2 - Undersökningsgruppens fördelning på svenska resp. utländska barn.

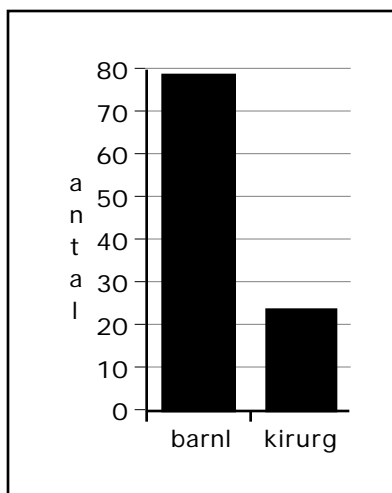


Figur 4.3 - Uppdelning av barnens bostadsort på centrala resp. övriga sjukvårdsdistrikt.

71 personer (68,9%) av de 103 tillfrågade besvarade enkäten. Fördelningen på bakgrundsvariablerna av de som svarat skiljer sig endast enstaka procentenheter från den totala undersökningsgruppens, varför någon särskild redovisning av bakgrundsvariabler för de svarande inte görs.

4.2 Enkätsvar

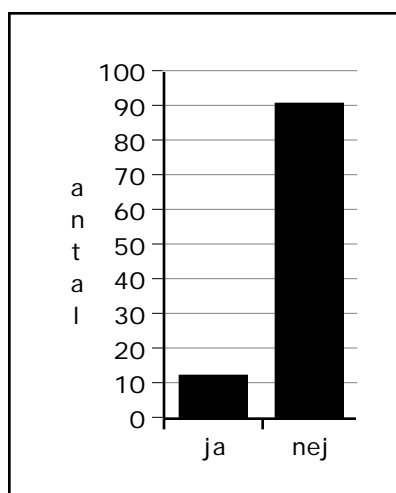
Fördelningen av de diagnoser som föräldrarna uppfattat att läkarna givit stämmer inte så väl överens med de journalanteckningar, som visades i tabell 4.1. Nio olika diagnoser uppger föräldrarna att de uppfattat, varav den



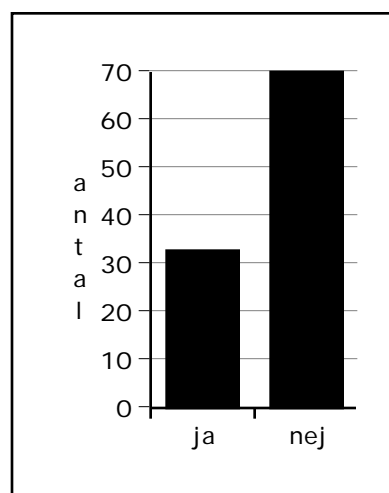
Figur 4.4 - Journalskrivande läkare fördelade på läkarkategorier.

Tabell 4.1 - Tänkbar diagnos angiven i journalen

	antal
infektion/viros	37
förstoppning	6
öroninflammation, tonsillit	5
spädbarnskolik	5
gastro-enterit	4
trauma	3
körtelbuk	2
menstruation	2
psykosom. tarmsjukd.	2
urinvägsinfektion	2
bräck, gastrit, inflammation, läkemedelsbiverkning, mobbning, olämplig mat samt susp. invagination vardera	1
ingen tänkbar diagnos	28



Figur 4.5 - Misstanke om psykosomatik angiven i journalen



Figur 4.6 - Oklara buksmärtor hos barnen tidigare.

vanligaste är infektion/viros, som 11 st av 35 uppgivit. Blindtarmsinflammation, körtel-mage och förstoppning uppger 7, 5 respektive 5 föräldrar. Resterande 7 svar fördelas på 6 diagnoser (tabell 4.2). Fyra föräldrar har fått diagnos av annan läkare senare, ingen av dessa stämmer överens varken med journalanteckningar eller uppfattad diagnos och redovisas därför inte i tabell eller diagram. En svarande fick senare diagnosen funktionella tarmbesvär, och denna finns med i gruppen som har tänkbar psykosomatik. I efterhand visar det sig att ett fåtal är överens med läkaren, till vilket jag återkommer längre fram (kap. 4.3). Föräldrarnas åsikt om orsak redovisas här nedan i tabell 4.3.

Tabell 4.2 - Diagnoser som föräldrarna uppfattat att läkaren givit.

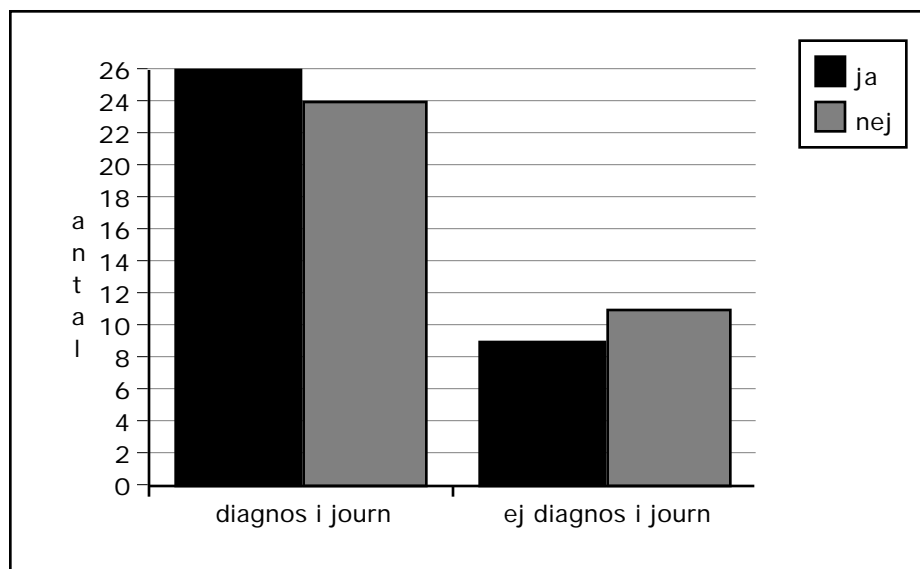
	antal
infektion/viros	12
blindtarmsinflammation	7
förstoppning	5
körtelbuk	5
tarminvagination	2
magkatarr	1
slemhinnebristning	1
tillfälligt magknip	1
"tar tid innan tarmarna lägger sig rätt i en bebismage"	1
ingen diagnos uppfattad	36

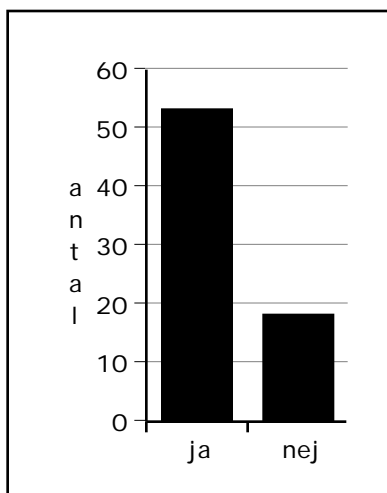
Tabell 4.3 - Vad föräldrarna i efterhand tror orsakat besvären.

	antal
vet ej	41
Körtelbuk	8
infektion/viros	4
olämplig mat	4
blindtarmsinflammation	3
psykisk stress	3
alltför fiberrik mat	1
cysta på äggstock	1
för mycket luft i magen	1
förstoppning	1
magkatarr	1
menstruation	1
mjölkalergi	1
slemhinnebristning	1

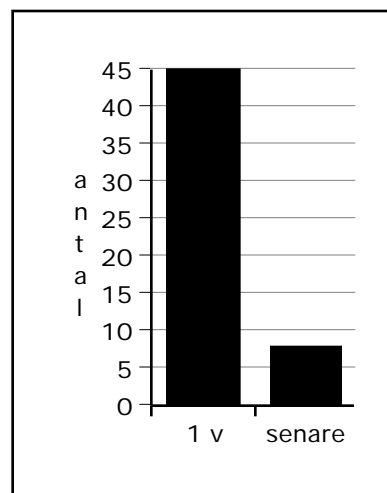
Av dem som har en tänkbar diagnos i journalen har endast hälften av föräldrarna uppfattat en diagnos. Av de som inte har en tänkbar diagnos har hälften ändå uppfattat en diagnos. Detta visas i figur 4.7. Observera: det finns inget som säger att de som har uppfattat en diagnos har uppfattat det som läkaren skrivit i journalen.

Tre av fyra uppger att besvären försvunnit (figur 4.8). För de flesta av dessa (84,9%) försvann besvären inom en vecka efter besöket på barn- och ungdomskliniken (figur 4.9). En av fyra uppger att de kan koppla besvärens avklingande till något speciellt. Dessa orsaker varierar naturligtvis och stämmer överens med vad man nu tror är orsaken till besvären. En svarande uppger som svar på frågan om orsak till besvärens avklingande att barnet berättat om en psykiskt jobbig händelse.

**Figur 4.7** - De som fått en tänkbar diagnos i journalen och de barn som inte fått en detta uppdelade med avseende på ifall föräldern uppfattat en diagnos eller ej.

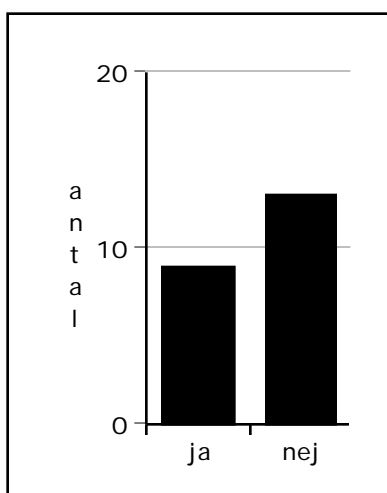


Figur 4.8 - Antal svarande som uppgivit att besvären försvunnit

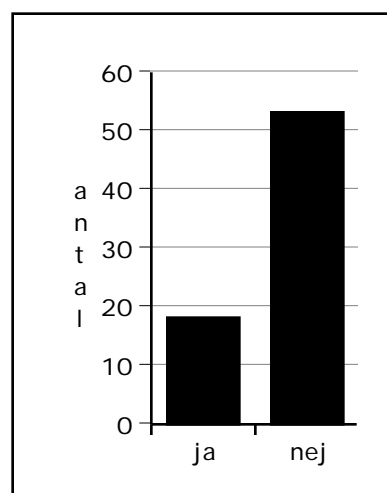


Figur 4.9 - De som svarat att besvären försvunnit uppdelade på om de försvunnit inom en vecka eller senare.

Av dem som fortfarande har ont i magen har 9 sökt annan vård, medan 13 inte gjort det (figur 4.10). Några av barnen har efter besöket på barn- och ungdomskliniken drabbats av andra besvär. Knappt en tredjedel har sökt läkare för andra besvär (figur 4.11) alltifrån förkylningar till axel som varit ur led. Även magsmärtor finns representerat här. Magsmärtorna visade sig bero på blindtarmsinflammation denna gång. De anledningar till att uppsöka läkare som är intressant för denna undersökning är migrän och smärtor i bröstet. Ett fall av vardera har uppgivits.



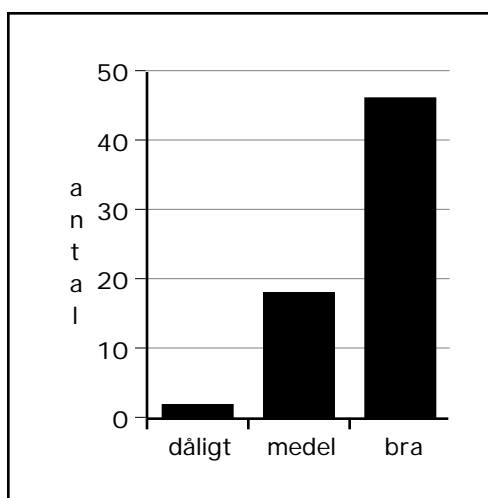
Figur 4.10 - antal patienter som vänt sig till annan läkare med barnets magsmärtor när de inte gått över.



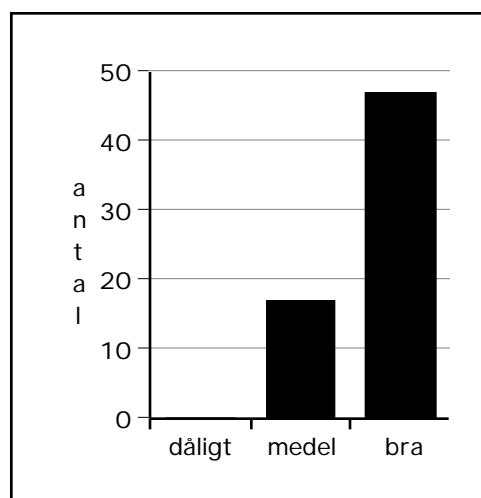
Figur 4.11 - antal patienter som sökt läkare för andra besvär efter besöket på barn- och ungdomskliniken.

4.2.1 Index

Frågorna, som berör föräldrarnas uppfattning om hur de blivit bemötta, blivit tagna på allvar och i vilken utsträckning de fått den information de velat ha, har slagits samman till 3 index. Fyra frågor rör uppfattningen om läkare. Det är frågorna 14, 15, 20 och 25, som handlar om läkarens bemötande gentemot barnet respektive den vuxne, huruvida läkaren lyssnar eller ej och i vilken grad föräldern känner att den blivit tagen på allvar. De allra flesta är nöjda (70%) och väldigt få (3 %) missnöjda (figur 4.12). Den samlade uppfattningen om övrig personal är en sammanslagning av 6 frågor som handlar om olika personalgruppers bemötande och förmåga att lyssna (fråga 16, 19 samt 21 - 22). Föräldrarna är något mer positiva till den övriga personalen än till läkarna. Ingen är helt missnöjd med övrig personal (figur 4.13). Två frågor om information har slagits samman (frågorna 23 & 24). Endast två av 68 svarande är helt nöjda med informationen. De flesta tycker att den är acceptabel (figur 4.14).

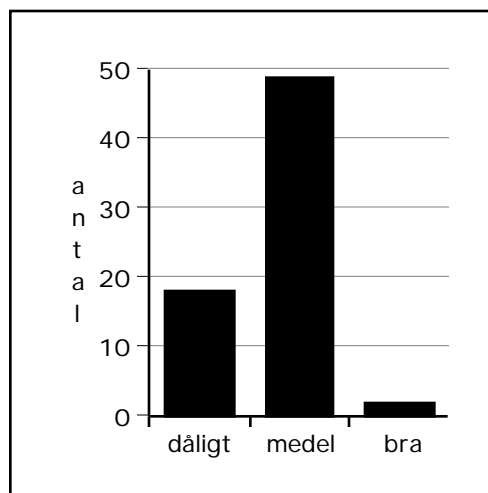


Figur 4.12 - Fyra sammanslagna frågor visar föräldrarnas inställning till läkarna.



Figur 4.13 - Sex sammanslagna frågor visar föräldrarnas inställning till övrig personal - utom läkarna.

33 föräldrar har skrivit egna kommentarer på sista sidan. Tre av dessa lät intervjuas sig. En stor del av åsikterna berör organisatoriska frågor, som ligger utanför undersökningens ram såsom långa väntetider på akutmottagningen och för liten personalstyrka. En lika stor del bekräftar det som redan kryssats för tidigare i enkäten, t.ex. att man tycker att personalen var underbar. Några kommentarer styrker den dikotomisering som gjorts av de värderande variablerna. Exempel på detta är när man skrivit att man är helt nöjd med läkarens bemötande och skrivit en 3:a (av 4 möjliga), andra har i liknande fall skrivit en 4.



Figur 4.14 - Två sammanslagna frågor visar föräldrarnas uppfattning om i vilken utsträckning de fick information.

Ett fåtal skriver att det är svårt att ge ett entydigt omdöme om sjuksköterskor och övrig personal. Olika personallag upplevdes väldigt olika.

En skriver att han/hon misstänker att barnets problem beror på psykisk stress, och ytterligare en tycker att frågorna var svåra att svara på.

4.2.2 Sammanfattning av enkätsvar

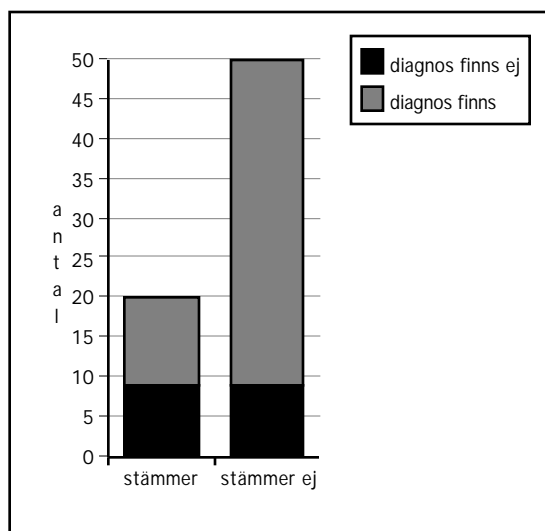
Föräldrarnas svar på enkäten visar, trots att barnen officiellt blivit utan diagnos, att nästan hälften uppfattat en sådan. Enbart av tabellerna kan man utläsa att dessa inte helt stämmer med vad föräldrarna nu tror är orsaken. Om det finns en tänkbar diagnos i journalen eller inte har inget samband med om föräldrarna uppfattat en sådan. För knappt 3/4 av barnen har besvren försvunnit, för de flesta av dessa inom en vecka efter besöket på barn- och ungdomskliniken. Knappt hälften av de som fortfarande har ont i magen har besökt annan läkare. Drygt 1/4 av alla barn har sökt läkare för andra besvär än ont i magen.

Föräldrarna är ganska nöjda med läkarnas bemötande och förmåga att lyssna. Övrig personal får i det avseendet ett ännu högre betyg. Däremot bedöms inte informationen från båda dessa personalgrupper lika positivt.

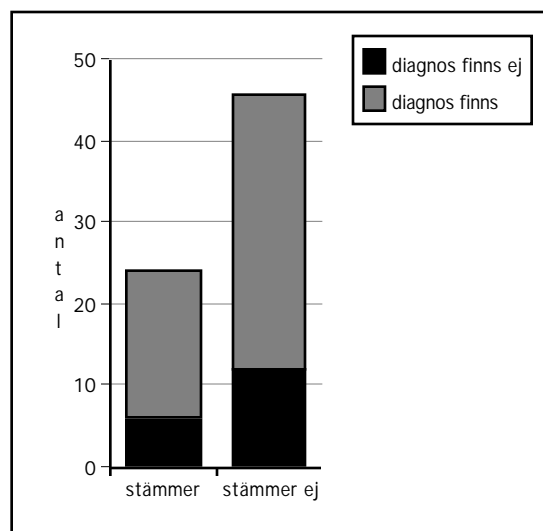
4.3 Nya variabler

Här presenteras de nya variabler som är ett resultat av jämförelser mellan tre ursprungsvariabler. Först har journalanteckningar ställts mot uppfattad diagnos. Endast i knappt 1/3 av fallen stämmer dessa två överens (figur 4.15). Sedan har kontrollerats om föräldrarna accepterat den uppfattade diagnosen. Den uppfattade diagnosen har jämförts med föräldrarnas e-

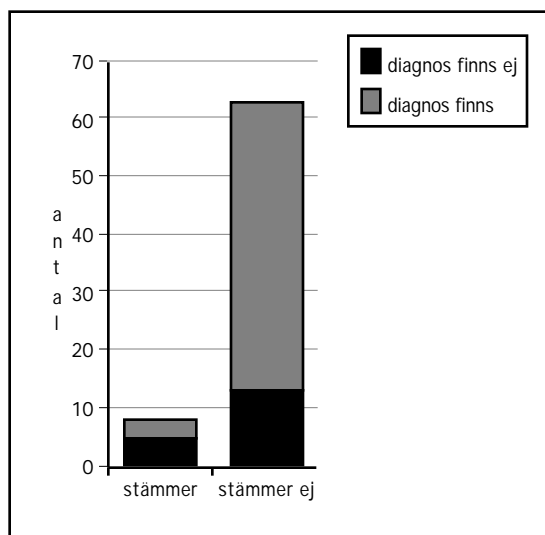
gen idé om orsak nu. Här stämmer drygt 1/3 av uppgifterna överens (figur 4.16). Slutligen gjordes en jämförelse mellan alla tre. Överensstämmelsen blev här drygt 1/9.



Figur 4.15 - Överensstämmelsen mellan journalanteckningar och det besked föräldrarna uppfattat.



Figur 4.16 - Överensstämmelsen mellan det besked föräldrarna uppfattat och det de nu tror orsakat besvären.



Figur 4.17 - Överensstämmelsen mellan journalanteckningar, det besked föräldrarna uppfattat och det de nu tror orsakat besvären.

4.4 Svar på frågeställningarna

4.4.1 Misstänkt psykosomatik

Några ord sägas om de barn, om vilka man med hjälp av denna undersökning kan säga att deras besvär troligtvis är av psykosomatisk art. Denna grupp består av 11 pojkar och 7 flickor - sammanlagt 18 barn från 0 till 17 år. I 12 av journalerna kan man utläsa att läkaren misstänker psykosomatiska problem. I ett fall påpekas det i enkätsvaret. Sju av dessa har inte besvarat

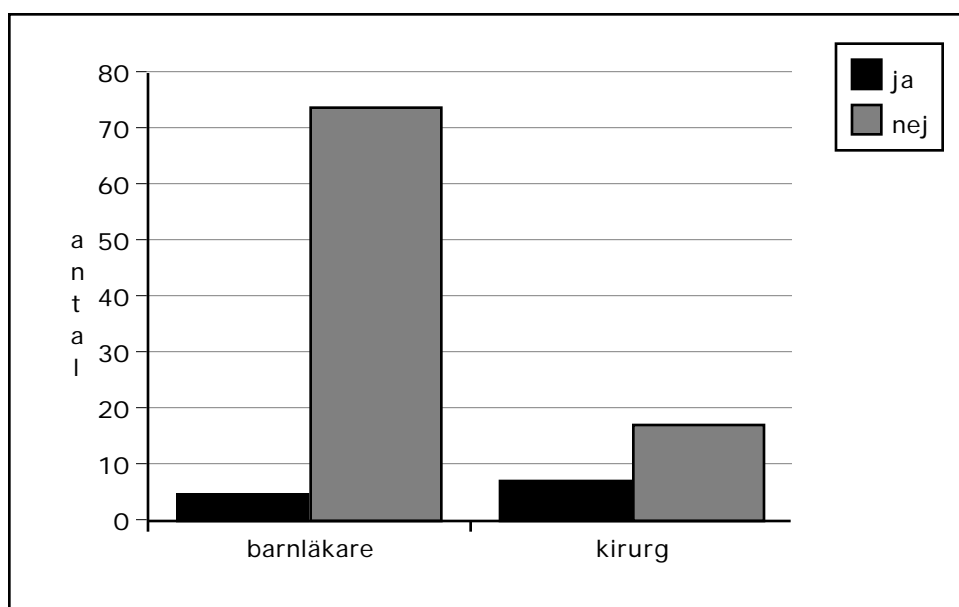
enkäten.

Fyra föräldrar tror själva att besvären har psykiska orsaker. I 3 av dessa fall har läkaren inte antytt detta. Ytterligare en har sökt annan läkare, eftersom besvären inte gett med sig, och där fått en psykosomatisk diagnos. De 2 sista, som tagits med i denna grupp, har sökt läkare för andra besvär som ofta är av psykosomatisk art - migrän och bröstsmärtor.

Förutom det som nämnts ovan så skiljer sig denna grupp från de övriga på variabeln kön. Här finns en övervikt av pojkar, men gruppen är alldeles för liten för att kunna säkerställa någon skillnad i könsfördelning mellan grupperna.

4.4.2 Korstabuleringar - psykosomatik

De två olika läkarkategorierna skiljer sig åt på så sätt att kirurgerna antyder att smärtorna skulle vara av psykosomatisk karaktär oftare än vad barnläkarna gör ($r = -.30$, $p < .05$; Fisher's Exact Test $p < .05$). Fördelningen visas i figur 4.18.

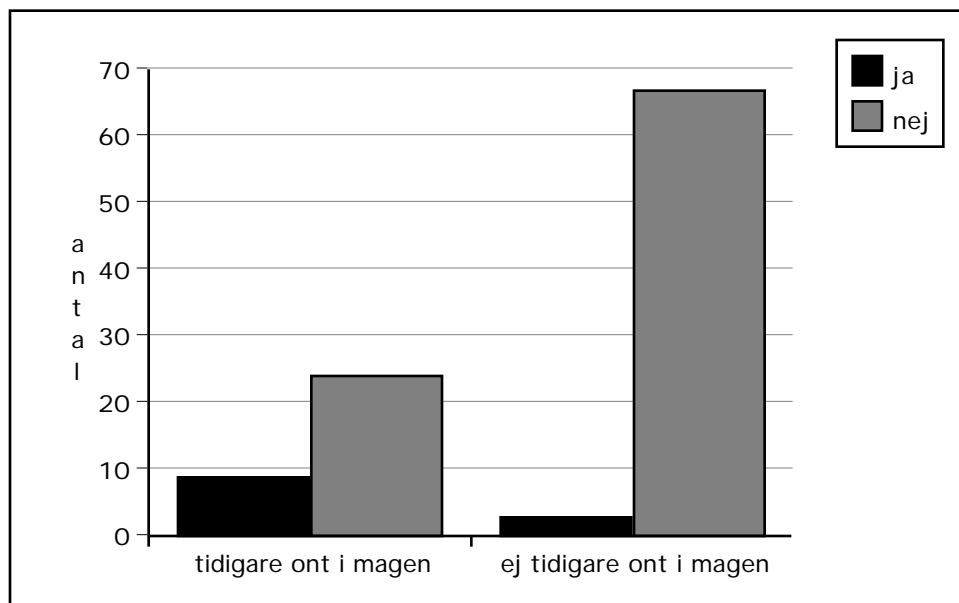


Figur 4.18 - Psykosomatiska besvär antydda i journalen.

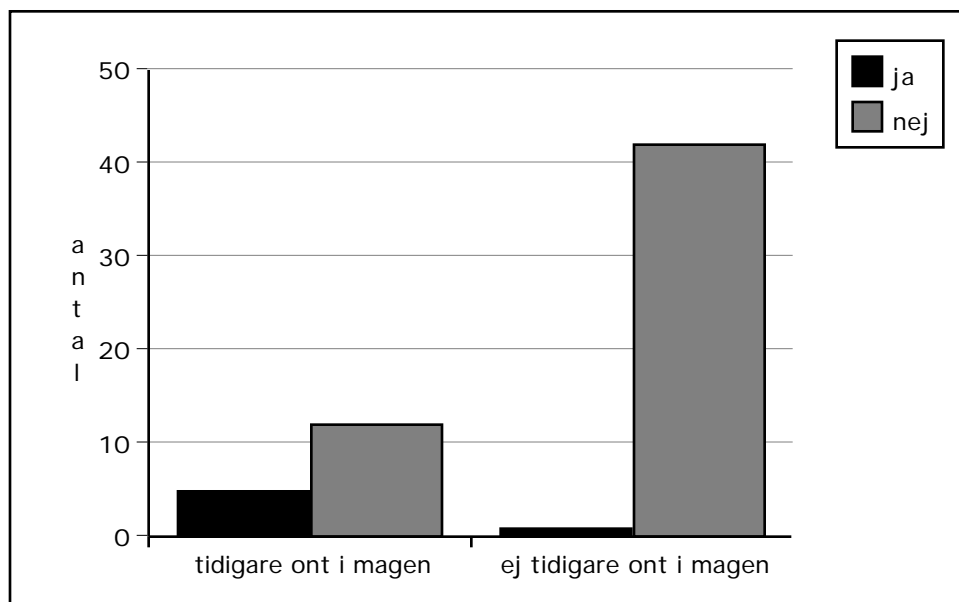
En faktor som påverkar läkarna i högre grad än annat när det gäller att misstänka psykosomatiska besvär är om barnet tidigare haft oklara buk-smärtor² (figur 4.19). Om man gör en uppdelning på kön kan man se att det gäller enbart flickorna (figur 4.20). Skillnaderna är signifikanta både för hela

² Naturligtvis tas här bara hänsyn till de variabler som finns tillgängliga. Om läkarna bedömer andra skäl som relevanta i detta sammanhang går inte att avgöra.

gruppen och för flickorna, men alltså inte för pojkarna (hela gruppen: $\chi^2 = .33$, $p < .05$; Fisher's Exact Test $p < .05$; flickorna: $\chi^2 = .41$, $p < .05$; Fisher's Exact Test $p < .05$).



Figur 4.19 - Psykosomatik antytt i journalen fördelat på om barnet tidigare haft ont i magen eller inte.



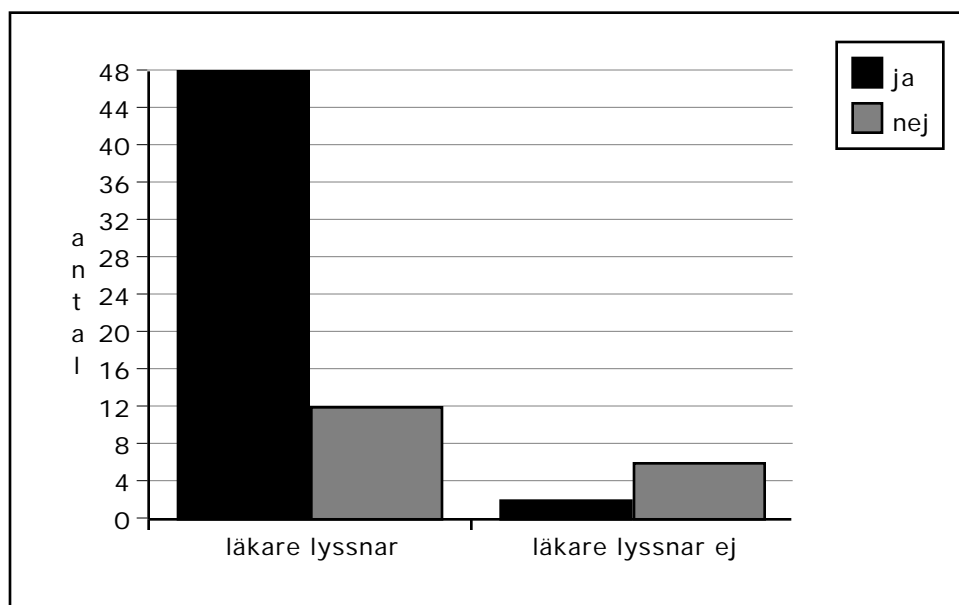
Figur 4.20 - Psykosomatik antytt i journalen hos flickorna fördelat på om de tidigare haft ont i magen eller inte.

4.4.3 Ej återvändande

De patienter som haft anledning att återvända till barn- och ungdomskliniken är de som fortfarande har ont i magen. 18 föräldrar uppger att deras

barn fortfarande har ont i magen. Två har barn, vars smärtor höll i sig så länge att de hann uppsöka annan läkare, blev först senare av med smärtorna. Hos ytterligare en återkom smärtorna och de sökte annan läkare. Då syftet var att utröna anledningar till att de inte uppsöker barnkliniken igen, har det här ansetts relevantt att också ta med dessa tre sista. Gruppen består då av 21 barn, 8 pojkar och 13 flickor. Denna grupp skiljer sig från de övriga på en punkt och det är att de upplevde att läkarna lyssnade mindre än vad de övriga tyckte. Det finns ett samband med denna variabel och en statistiskt signifikant skillnad kan påvisas ($r = .42$, $p < .05$; Fisher's Exact Test $p < .05$). Detta visas i figur 4.21

Ingen i den undersökta gruppen har tagit ny kontakt med barn- och ungdomskliniken trots fortsatta smärtor. Ingen skillnad finns inom gruppen mellan de som sökt annan läkare och de som valt att inte söka upp någon alls.



Figur 4.21 - Den utsträckning i vilken barnens magbesvär försvunnit med avseende på om föräldrarna upplever att läkaren lyssnade på dem eller ej.

4.4.4 Samband mellan "psykosomatik" och "ej återvändande"

Tre barn av de som fortfarande har ont i magen tillhör den grupp vars besvär kan tänkas ha psykosomatiska orsaker. Inga skillnader kan ses mellan dessa och den övriga gruppen som fortfarande har ont i magen. Då det rör sig om så få som tre barn skulle i vilket fall som helst inga statistiskt säkerställda skillnader kunnat påvisas.

De båda grupperna - misstänkt psykosomatik och ej återvändande -

uppvisar heller inga likheter som skiljer dem från resten av barnen.

4.4.5 Sammanfattning

Av 103 barn kan man misstänka att 18 har besvär som har psykiska orsaker. Av de 71 som svarade utgörs denna grupp av 11 barn. Dessa barn skiljer sig inte från den övriga gruppen på någon annan punkt. Fler kirurger än barnläkare antyder diagnosen psykosomatik i journalerna. De barn som tidigare haft oklara magsmärtor, och i synnerhet flickor, får i större utsträckning än andra anteckningar om psykosomatik i journalen.

Till gruppen som fortfarande har ont i magen räknas 21 barn. Deras föräldrar upplevde i högre grad än andra att läkaren inte lyssnade. Ingen skillnad finns inom gruppen mellan de som sökt annan läkare och de som valt att inte söka upp någon alls.

Tre barn tillhör båda grupperna. Dessa skiljer sig inte på något annat sätt från de övriga i dessa grupper.

5. DISKUSSION

Slutet av denna uppsats börjar närma sig, och rannsakingens stund är inne. Frågan måste ställas om undersökningen är valid och reliabel. I metoddelen togs diskussionen upp om reliabilitet och validitet allmänt vad gäller enkätundersökningar. Det som skrevs där gäller naturligtvis även för denna enkät. I detta kapitel kommer att diskuteras det, som är specifikt för denna undersökning. Först kommer ett delkapitel där metoden diskuteras. Det som är mest relevant när det gäller metoden är reliabiliteten - att se hur tillförlitligt det mätinstrument är som använts. Frågor om validitet är starkare förknippat med själva svaren och tas upp under rubriken resultatdiskussion.

5.1 Metoddiskussion

En sak som styrker reliabiliteten i frågorna är alla de intervjusvar och skriftliga kommentarer som respondenterna avgivit. Alla utom en visar att de uppfattat frågorna som jag tänkt och det finns ingen anledning att misstänka att större delen av de övriga skulle ha tänkt helt annorlunda när de svarat, även om det säkert förekommer. Detta kan man aldrig helt bortse ifrån när man skickar ut en postenkät och en viss felmarginal måste man räkna med.

En del människor är inte så översvallande varken när de ger positiv eller negativ kritik. Några har i sina kommentarer skrivit att de är helt nöjda med personalens insatser, men ändå bara skrivit teor rakt över där fyra varit det högsta alternativet. Detta styrker den dikotomisering som planerades och sedan genomfördes av dessa "tyckar-variabler" (fråga 14 - 25).

I kapitel 3.6 diskuteras bortfall allmänt och paralleller dras till föreliggande undersökning. Det kan ligga nära till hands att tro att det är de som är negativa till vården som undlåtit att svara. Detta resonemang är inte helt självklart. Som nämndes i kapitel 2.5 svarar de flesta att de är nöjda med den vård de får. Det är bara fråga om enstaka procent som direkt uttrycker missnöje (Landstingsenkät -93 och Sundelin, 1975 efter SOU 1977:66). Så är fallet även i det material som kommit in, varför man inte behöver misstänka att de som inte svarat är mer missnöjda än de som svarat.

Att 69,8% besvarat enkäten får ses som ett godtagbart resultat. Det innebär också att respondenterna tyckte att enkäten var värd att svara på. Bortfall

på enskilda frågor förekommer bara på de frågor där man värderar personalens insatser. Ingen av dessa har särskilt högt bortfall, varför man kan utgå ifrån att de enskilda frågorna gick att förstå och kändes relevanta för respondenterna.

5.2 Resultatdiskussion

Om vi går in och synar de svar som lämnats, vilka svar har kommit in? Är de relevanta för det syfte som ställdes upp? Här är frågor som berör validiteten. Syftet för denna undersökning innehåller tre frågeställningar. Den första är om man kan se hur stor del av de inlagda barnen som har psykosomatiska besvär, den andra handlar om orsaker till att patienterna inte återvänder trots fortsatta smärtor och slutligen den tredje om det finns något samband mellan dessa två grupper.

Att ställa frågor rakt på sak om psykosomatik är inte enkelt. Många slår dövörat till och vill inte höra talas om det. Sannolikheten att återfå en besvarad enkät minskar drastiskt om den innehåller frågor av den typen. Mycket funderande och diskuterande med andra har föregått de slutliga formuleringarna. Att konstruera frågorna har varit som att gå balansgång mellan två diken. Går man för direkt på får man inga svar - är man för försiktig får man inte de svar man behöver.

Frågeställningarna har fått ett svar, men det svaret skulle kanske ha sett annorlunda ut om frågorna ställts på ett annat sätt. I detta delkapitel kommer frågeställningarna att diskuteras var för sig i var sitt avsnitt.

5.2.1 Psykosomatik

18 av de 103 barnen och/eller 11 av de 71, vars föräldrar svarade, tillhör den grupp där man kan misstänka att psykosomatik ligger bakom besvären. Dessa utgör 17% respektive 15% av det totala antalet barn. Detta är kanske vad man kunde förvänta sig med tanke på andra undersökningar (kap 2.1) där procenttalen ligger mellan 10 och 36%. Nu är det heller inte så att man direkt kan säga att alla dessa 11 eller 18 barn har psykosomatiska besvär. Det är snarare så att man ska vara extra uppmärksam på denna grupp och antalet barn med psykosomatik kanske i realiteten är lägre än så. I det perspektivet är siffrorna lite låga, men jämförelsen mellan denna grupp och andra undersökningsgrupper är lite haltande eftersom tidigare undersökningar

gällt barn med återkommande magsmärtor. Lyfter man ut den grupp som tidigare haft ont i magen - 34 st - och ser i hur stor del av dessa fall som psykosomatiska besvär anats ligga bakom - 12 st - blir förhållandet 12/34, vilket är 35%.

Det finns dock saker som är lite märkliga. Skillnaden i diagnoser vad gäller psykosomatik mellan de olika läkargrupperna är större än vad man kan förvänta sig att slumpen skulle ställa till med. Om man får inskrivet i journalen eller inte att besvären troligtvis är av psykosomatisk art beror alltså på vilken slags läkare man träffar. Träffar man på en kirurg är sannolikheten större. Har man dessutom haft ont i magen tidigare är sannolikheten mycket stor att läkaren tror att det är psykosomatiska besvär. Flickor som haft ont i magen tidigare får också i högre grad diagnosen psykosomatik än pojkar som haft ont i magen tidigare. Vilken läkare man träffar då spelar ingen roll.

Men varför ser kirurgerna mer psykosomatik än andra? I de flesta tidigare undersökningar är det barnläkare som ställer diagnoserna. Det är de som är intresserade av undersökningar inom det här området, och det är kanske inte så långsökt, eftersom det handlar om barn. En i sammanhanget intressant undersökning har gjorts av Sundberg Wincent (1995). Hon beskriver relationen mellan organisation och läkare på tre olika kliniker på Centralsjukhuset i Karlstad. Två av dessa är just barn- och ungdomskliniken och kirurgkliniken. I undersökningen konstateras att det finns skillnader i vårdkulturer och att dessa kliniker skiljer sig åt på flera punkter. Det som är intressant här är att för att avancera till högre tjänst på barn- och ungdomskliniken krävs att läkaren förutom en specialinriktning också tillägnat sig goda kunskaper inom barnmedicinens olika delar. Detta är inget som poängteras på kirurgkliniken. Om detta resonemang knyts till det Alf-vén skriver om att återkommande smärtor som man inte hittar någon orsak till ofta diagnosticeras som psykosomatiska, kan man då tänka sig att barnläkarna är mer kunniga och lättare hittar andra orsaker (eller känner pressen på sig att hitta något)? Medan kirurgerna inte är så hemma på barnmagar (och accepterar detta) och klämmer i med "skräpdiagnosen" psykosomatiska besvär.

I tolv journaler finns nedtecknat mer eller mindre tydligt misstankar om psykosomatik. Endast i ett fall har föräldern fått klart för sig detta. Detta fall var speciellt, då barnet i fråga själv under sjukhusvistelsen berättade om problem. Besvären försvann i samband med detta. Vad beror det på att för-

äldrarna i resten av fallen inte uppfattar det som läkaren misstänker? Det finns två tänkbara förklaringar. Den ena är att läkaren inte säger vad han/hon tror och den andra är att föräldern inte "hör" vad läkaren säger. Vi tittar på dessa tänkbara anledningar en i taget.

Som tidigare nämnts talar erfarenheten för att patienter slutar lyssna om läkaren säger att han/hon tror att det är en psykosomatisk åkomma (Lönnroth, 1982). Patienten uppfattar det som att läkaren inte tror på smärtan. Det är mycket viktigt hur läkaren lägger orden. Bara det kan göra att läkaren drar sig för att delge sina tankar om psykosomatik. Är läkaren dessutom inte helt säker, vilket kan vara svårt på ett centralsjukhus där man inte har personlig kännedom om patienterna, är det inte så svårt att förstå om läkaren hellre håller inne med sina synpunkter.

Om nu läkaren trots att det är besvärligt uttrycker sina farhågor, men meddelandet ändå inte går fram. Vad kan det då tänkas bero på? Ja, är det fråga om psykosomatik leder detta till att krav ställs på patienten. "Om det visar sig att våra sjukdomar i första hand har sin orsak i en ohållbar livssituation - då räcker det inte att gå till doktorn och 'bli botad'. Då måste vi själva börja åtgärda." (Thunberg, 1982). Patienten jämför "kostnader" och "intäkter" (s.12) och kanske kommer fram till att "kostnaderna" för ett tillfrisknande är för höga i förhållande till de "intäkter" en sjukdom ger (att någon tycker synd om). Det är också lätt att föräldrarna skuldbelägger sig själva och inte vill höra mer när läkaren kommer in på psykosomatik. Freudianska försvarsmekanismer tar över och man "glömmer" det man hört eller kanske inte ens förstår det som sägs (Brenner, 1974). I själva verket kanske problemet ligger utanför familjen och är lätt åtgärdat. Det kan man inte veta förrän man tar sig tid att analysera situationen. Tyvärr finns alltför många förutfattade meningar kring psykosomatiska problem.

Det finns en tredje variant - att föräldern inte vill skriva ner en sådan diagnos i enkäten, därför att man känner skuld över det.

5.2.2 Ej återvändande

21 av de 71 barnen hade vid enkätbesvarandet ont i magen eller så höll smärtorna i sig så länge att de uppsökte annan läkare. Ett klart samband mellan dessa barn och deras förälders upplevelse av att läkaren inte lyssnade finns. Konsultationen innehåller som beskrivits i kapitel 2.4 flera olika delar och orsaken till att man upplever att läkaren inte lyssnar kan stå att

finna i olika faser av densamma. De faser som har mest med lyssnande att göra är när läkaren försöker förstå kontaktorsaken, vid anamnes och vid kroppsundersökning. Det som kommit fram förmedlar läkaren i sin sammanfattning. Någonstans här upplever alltså föräldern brister. Denna upplevelse kan vara en tillräcklig orsak att inte återvända.

Det är kanske svårt att se något samband mellan *föräldrarnas* upplevelse av om läkaren lyssnade eller inte och *barnets* smärta. Till detta finns två tänkbara förklaringar. Den ena är att barnet upplevde samma sak som föräldern, helt enkelt därför att läkaren vid konsultationen inte var en så god lyssnare och till det kan finnas många olika orsaker mer eller mindre tillfälliga. Eller därför att barnet har samma sociala mönster som sin förälder och reagerar lika på andra människor. Den andra förklaringen har att göra med den psykosomatiska familjen som Michunin beskriver den (Laurén, 1983). Enligt honom är den överbeskyddande och saknar modeller för konfliktlösning. Laurén menar att föräldrarna ofta sätter barnens behov framför sina egna och barnen försöker då göra något för sina föräldrar genom sina symptom. Detta stämmer kanske med Balints (1964) subjektiva bedömningar att en tredjedel av alla föräldrar som kommer med sina barn till läkare behöver behandlas själva. I en tredjedel av fallen behöver både barn och föräldrar behandlas och endast i den sista tredjedelen är det bara barnet som behöver behandling. Förars (1977) fann i sin undersökning av 97 yngre skolbarn i Helsingfors att 28% av mödrarna till de barnen var missnöjda med familjelivet. Inga mödrar i kontrollgruppen på 23 barn sa detsamma. Med detta som bakgrund kanske man kan ana att det ligger en hel del psykosomatik dold även i denna grupp. Om det förhåller sig på det viset som beskrivits om den psykosomatiska familjen är det av stor betydelse för vidare samarbete att läkaren lyckas utröna kontaktorsaken.

Eftersom *ingen* återvänt finns ingen jämförelsegrupp till dessa barn. Orsaker till att patienterna inte kommer tillbaka kanske står att finna på annat håll. Vi vet inte hur de, vars barn tillfrisknat, skulle göra om deras barn fortfarande haft ont i magen. Tydligt är att det finns brister i kommunikation mellan läkare och föräldrar (se kap.4.2, figur 4.6). Den samlade uppfattningen om information är inte heller speciellt positiv (kap.4.3, figur 4.13). Nu är det som vi sett tidigare så att patienter inte alltid kommer ihåg vad de hört under en konsultation (s.9), men det betyder inte självklart att de tycker att informationen är dålig. En färsk studie pekar tvärtom på att patienter oftast är nöjda med information (Melander Marttala, 1995). Det ska påpekas att

i den studien deltog mycket få respondenter, men om det allmänt är så illa som bland respondenterna i Karlstad, borde något negativt framkommit även i Melander Marttals studie.

Det som behandlas i förra stycket är rena spekulationer. Andra frågor kanske kunde ha klargjort varför man inte återvänder. Kanske upplevdes inte läkaren kompetent? Mottagandet på akutmottagningen med långa väntetider, som flera påpekat, kanske färgar bilden av barn- och ungdomskliniken? Resultatet är ändå så anmärkningsvärt att det bör tas på allvar och en djupare analys av problemet kanske är på sin plats.

5.2.3 Samband mellan "psykosomatik" och "ej återvändande"

Något statistiskt samband kan inte påvisas mellan dessa båda grupper. Den grupp, som ej återvänder är ju som tidigare visats identisk med de barn som fortfarande har ont i magen, eftersom ingen återvänt. Frågan är om inte det finns en del dold psykosomatik i denna ont-i-magen-gruppen. Som vi sett ovan finns det en del som skulle kunna tyda på det. Tre barn finns med i båda grupperna. Sammanlagt är det fråga om 29 barn av 71, d.v.s. i 41% av fallen bör man hålla ögonen öppna för att det kan vara psykosomatiska besvär som ligger bakom barnets magonda.

5.3 Slutord

Som vi sett både i tidigare undersökningar och i denna är det rimligt att tänka sig att det finns ett visst mått av psykosomatik bland barn med o-specifika magsmärtor. Trots detta uttalas det sällan. Det beror kanske ibland på okunskap eller mindre utvecklad lyhördhet hos föräldrar eller läkare. Oavsett vem som "missar" så finns ett stort problem: barnet får inte den hjälp det har rätt till! Som vuxna i barnets närhet kan vi inte blunda för detta. Känner vi inte själva att vi har resurser att reda ut det hela måste vi se till att barnet får hjälp på annat håll. Det är en sak att inte alls förstå att barnet har problem som är av psykisk karaktär. Men har man snuddat vid tanken är det min åsikt att resurser att försöka ta reda på detta skall sättas in utan att vänta, för att barnet ska kunna få adekvat hjälp så snart som möjligt.

Denna undersöknings mest anmärkningsvärda resultat är dock den bristfälliga kommunikationen mellan läkare och föräldrar. Under telefonsamtal, intervjuer och vid genomläsning av enkäterna har jag haft en stark

upplevelse av att föräldrarna har ett stort behov av att dela sina bekymmer för barnet med någon. Ett behov som de tydligen inte fått tillfredsställt under vistelsen på sjukhuset. Föräldrarnas uppfattning om hur informerade de blev var klart sämre än vid andra liknande undersökningar. Däremot tycker de relativt bra om både läkare och övrig personal. Hur väl de blev informerade verkar alltså inte ha färgats av det allmänna intrycket av personerna i fråga. Ett förtroende finns kanske, men kommunikationen lämnar en del i övrigt att önska. Är detta specifikt för denna grupp patienter med osäkra diagnoser, eller gäller det alla barn- och ungdomsklinikens patienter?

Även de föräldrar som är nöjda med vården påpekar att det är jobbigt att inte veta vad barnet lider av. Detta i sig kan orsaka psykiska besvär. De kanske i högre grad än andra behöver känna att barn- och ungdomskliniken bryr sig via uppföljningar och tydlig information. All personal på kliniken måste bli medveten om problemet, och resurser måste satsas på att förbättra kommunikationen. Alla vårdgrenar drabbas i dessa tider av besparingar. Tyvärr leder det i de flesta fall bara till att kostnader skjuts på framtiden. För som Apley (1973) uttrycker det: "Small bellyachers grow up to be big bellyachers".

ORDLISTA

Så långt som möjligt har lekmannavokabulär använts, men där ingen hanterbar "översättning" funnits har facktermer fått ingå i texten. Här nedan finns några sådana facktermer förklarade.

anamnes	<i>sjukdomshistoria</i> , en patients egen beskrivning av hur sjukdomen uppstod, hur den ter sig och vilka symtom den ger/har gett.
borrelios	infektionssjukdom orsakad av <i>Borrelia burgdorferi</i> . Smittämnet sprids med fästingar.
gastrit	inflammation i magens slemhinna.
funktionell	medicinsk term som används om störningar, symtombilder, som inte betingas av påvisbara, strukturella förändringar i något organ eller organsystem.
gastro-enterit	<i>mag-tarminflammation</i> . Sammanfattande benämning på sjukdomar som yttrar sig som illamående, kräkningar och/eller diarré, och som orsakas av mikroorganismer (bakterier eller virus, ibland protozoer) eller ämnen (toxiner) producerade av bakterier.
Henoch-purpura	(Henoch-Schönleins-purpura) tillstånd med små eller stora, ibland sammanflytande hud- och slemhinneblödningar (purpura) men också med symtom från leder (Schönlein) och mag-tarmkanalen (Henoch) samt njurinflammation av karakteristisk och svårbehandlad natur.
invagination	tillstånd då ett tarmavsnitt följer med tarminnehållet och transporteras av tarmens rörelser (peristaltik) in i det följande avsnittet, varvid det svullnar och därigenom mer eller mindre fastnar. Det inskjutna tarmavsnittet (<i>invaginatet</i>) hindrar tarmpassagen och ger därmed upphov till tarmvred (ileus).
körtelbuk	inflammation med svullnad av lymfkörtlarna i tarmkåset som kan orsakas av ett flertal bakterier eller virusarter.
refluxesofagit	inflammation i matstrupen som uppstår p.g.a. att magsäcksinnehåll återflödar till matstrupen.
tonsillit	inflammation i en eller flera av tonsillerna (mandlarna).
viros	detsamma som viussjukdom, dvs sjukdom orsakade av den typ av smittämnen som kallas virus.

Samtliga förklaringar är hämtade från Nationalencyklopedin (1989 - 96)

LITTERATURLISTA

- Alfvén, G. (1993). *Recurrent Abdominal Pain of Non-organic Origin in Childhood - Clinical, Muscular, Epidemiological, Endocrinological, and Aetiological aspects*. Department of Paediatrics at Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital. (avh.)
- Alfvén, G. (1995). Psykosomatisk smärta hos barn - en psykomuskulär spänningsreaktion? *Nordisk medicin vol 110, 11. s. 275 - 279.*
- Apley, J. (1973). Which of you by taking thought can add one cubit unto his stature? *British Medical Journal 2.s. 756 - 761.*
- Apley, J. (1975). *The Child with Abdominal Pains (2nd ed.)*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Balint, M. (1964). *Läkaren, patienten och sjukdomen (Ph. Wiking, övers.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Bramstång, M. (1983). *Vård och omvårdnad i beteendevetenskaplig belysning*. Stockholm: Liber.
- Brenner, C. (1974). *Psykoanalysens grunder (4:e uppl.) (M. Kihlbom & M. Edgardh, övers.)*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Edéll-Gustafsson, U. & Felhendler, S. (1989). *Hinder i kommunikation invandrare - hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Utbildningsradion.
- Förars, M. (1977). *Barnet med återkommande magsmärtor*. Helsingfors Universitet. (avh).
- Holmdahl, B. (1990). *Patienten och du - förhållningssätt i omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Gyllensvärd, Å., Laurén, K. (1983). Psykosomatiska problem hos barn - summering av Jerring-symposiet. *Läkartidningen vol 80, 5/1983. s. 2584 - 2585.*
- Landstingsenkät -93 (1994). *Rapport I, Östgötarnas bedömning av vårdkvalitet inom primärvård, sjukhusvård och tandvård*. Linköping: Universitetet, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi.
- Larsson, P. & Johansson, U. (1986). *Bortfall vid bygghälsans undersökningar*. Uppsala: Universitetet (Psykologexamensuppsats).
- Laurén, K. (1983) Integrerad somatisk/familjeterapeutisk vård av barn med psykosomatiska symtom. *Nordisk medicin vol 98, 5/1983. s. 147 - 149.*

- Lindström, U.Å. (1989). Inlevelse - distansering, en central dimension i vårdförhållandet i: G. Johansson (red), *Mötet - om kommunikation och medmänskliga relationer i omvårdnad*. Stockholm: Utbildningsradion.
- Lönroth, A. (1982). Psykosomatiskt ont inte inbillning i: *Kroppen som psykets spegel - en artikelserie ur Svenska Dagbladet*. Stockholm: Svenska Dagbladet.
- Magne-Holme, I. & Krohn-Solvang, B. (1991). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Melander Marttala, U. (1995). *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient*. Uppsala: Universitetet, Institutionen för nordiska språk (avh.).
- Nationalencyklopedin (1989 - 96)*. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.
- Nordisk Medicin vol 98 5/1983*
- Norstedt, S. (1971). Psykisk och psykosomatisk sjukdom hos barn i allmänpraktik. *Läkartidningen vol 68, 2. s. 105 - 112*.
- Orlando, I.J. (1990). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship (2nd ed.)*. New York: National League for Nursing.
- Pagano, R.R. (1990). *Understanding Statistics in the Behavioral Sciences (3rd ed.)*. St Paul: West Publishing Company.
- Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Pendleton, D., Schoefield, T., Tata, P. Havelock, P. (1994). *Konsultationen - kommunikation mellan läkare och patient (T.Grundberg & B. Hedén, övers.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Psykologilexikon (1994)* utarbetat av H. Egidius. Sockholm: Natur och Kultur
- Purtilo, R. (1989) *Icke-verbal kommunikation i: G. Johansson (red), Mötet - om kommunikation och medmänskliga relationer i omvårdnad*. Stockholm: Utbildningsradion.
- Purtilo, R. (1989) *Verbal kommunikation i: G. Johansson (red), Mötet - om kommunikation och medmänskliga relationer i omvårdnad*. Stockholm: Utbildningsradion.
- Shaughnessy, J.J. & Zechmeister, E.B. (1994). *Research Methods in Psychology (3rd ed.)*. Singapore: McGraw Hill, Inc.

- Statens offentliga utredningar (SOU) - Patienten i sjukvården - kontakt och information. 1977:66**
- Statens offentliga utredningar (SOU) - Mål och medel för hälso- och sjukvården. 1979:78**
- Sundberg Wincent M. (1995). En beskrivning av relationen ORGANISATION - LÄKARE med avseende på organisationens mål och belöningsystem . Karlstad: Högskolan, sociologi (D-uppsats).**
- Thunberg, K. (1982). Från syndastraff till apparatfel i: Kroppen som psykets spegel - en artikelserie ur Svenska Dagbladet. Stockholm: Svenska Dagbladet.**
- Trost, J.(1994). Enkätboken. Lund: Studentlitteratur.**
- Viktiga budskap bakom psykosomatiska symtom hos barn. Nordisk medicin vol 98, 5/1983. s.146.**

Bilaga 1

Här börjar frågorna:

1. Vilket besked fick ni angående barnets magbesvär vid besöket på barnkliniken?

2. Har besvären helt försvunnit?

Ja - Om svaret är ja,
besvara fråga 3 o 4

Nej - Om svaret är nej,
gå direkt till fråga 5, 6 o 7

3. När försvann besvären?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> På sjukhuset | <input type="checkbox"/> Inom en vecka
efter besöket |
| <input type="checkbox"/> Inom en månad
efter besöket | <input type="checkbox"/> Senare |

4. Kan ni koppla besvärens avklingande till något speciellt?

- Ja, nämligen _____

- Nej

5. Har ni efter besöket på barnkliniken sökt läkare för barnets magbesvär någon annanstans?

- Ja Nej

Om svaret är ja, besvara fråga 6 och 7. Om svaret är nej gå vidare till fråga 8.

6. Var sökte ni?

- annan barnläkare
 annan specialist,
nämligen _____
 BVC eller skolhälsovård
 psykolog
 annat ,nämligen _____

7. Vilken diagnos har ställts? _____

8. Hade ni själv någon idé om vad barnets symptom kunde orsakas av, när ni sökte hjälp på barnkliniken?

Ja - Om svaret är ja, besvara fråga 9, 10 o 11.

Nej - Om svaret är nej, gå direkt till fråga 12 o 13.

9. I så fall vad? _____

10. Har ni samma uppfattning om orsaken nu?
 Ja Nej

Om svaret är nej, besvara fråga 11. Om svaret är ja gå vidare till fråga 14.

11. Vad tror ni nu är orsaken?

12. Har ni *nu* någon idé om orsaken?
 Ja Nej

Om svaret är ja, besvara fråga 13. Om svaret är nej gå vidare till fråga 14.

13. Vad tror ni nu är orsaken? _____

Besvara frågorna nedan genom att sätta en ring runt den siffra som bäst motsvarar er uppfattning.

	inte alls trevligt	inte så trevligt	ganska trevligt	mycket trevligt
14. Hur tycker ni att bemötandet av läkare på barnkliniken var gentemot barnet?	1	2	3	4

	inte alls trevligt	inte så trevligt	ganska trevligt	mycket trevligt
15. Hur tycker ni att bemötandet av läkare på barnkliniken var gentemot er som förälder?	1	2	3	4
16. Hur tycker ni att bemötandet av sjuksköterskor på barnkliniken var gentemot barnet?	1	2	3	4
17. Hur tycker ni att bemötandet av sjuksköterskor på barnkliniken var gentemot er som förälder?	1	2	3	4
18. Hur tycker ni att bemötandet av övrig personal på barnkliniken var gentemot barnet?	1	2	3	4
19. Hur tycker ni att bemötandet av övrig personal på barnkliniken var gentemot er som förälder?	1	2	3	4
	inte alls	mycket lite	till en del	helt
20. Tog sig läkaren tid att lyssna och svara på era frågor?	1	2	3	4
21. Tog sig sjuksköterskan tid att lyssna och svara på era frågor?	1	2	3	4
22. Tog sig övrig personal tid att lyssna och svara på era frågor?	1	2	3	4
23. Fick ni information av läkaren om tänkbara orsaker till barnets besvär?	1	2	3	4
24. Fick ni information av annan personal om tänkbara orsaker till barnets besvär?	1	2	3	4
25. Tyckte ni att ni blev tagen på allvar, trots att ingen specifik diagnos kunnat ställas?	1	2	3	4

26. Har ni efter besöket på barnkliniken sökt läkare för andra besvär hos barnet?

Ja

Nej

27. Vilka besvär?_____

Då vi vet att ett sådant här frågeformulär inte kan täcka in alla synpunkter, lämnar vi avslutningsvis plats för er att skriva ner om ni har ytterligare funderingar om vården:

TACK FÖR HJÄLPEN!

Karlstad november 1995

Bästa förälder!

Ert barn har under året legat inne på barnkliniken för observation på grund av smärtor i magen, utan att man på sjukhuset funnit någon specifik orsak såsom urinvägsinfektion, blindtarmsinflammation eller liknande. På barn- och ungdomskliniken i Karlstad observeras under ett år mer än 100 barn med liknande besvär. Det är smärtor som ofta klingar av inom ett eller ett par dygn. Eftersom de allra flesta barnen inte kommer tillbaka, vet vi inte hur det gått sedan. Av den anledningen vill vi ställa några frågor som vi hoppas att ni vill ta er tid att besvara. Med era svar som bakgrund hoppas vi kunna förbättra mottagandet för barn med liknande problem.

Frågeformuläret har tagits fram och kommer att bearbetas vid Högskolan i Karlstad. Det sammanlagda resultatet kommer att presenteras för barnklinikens ledning samt i en C-uppsats vid institutionen för utbildningsvetenskap och psykologi.

Med vänlig hälsning

Anders Berg
Chefsöverläkare
Barn- och ungdomskliniken
Karlstad

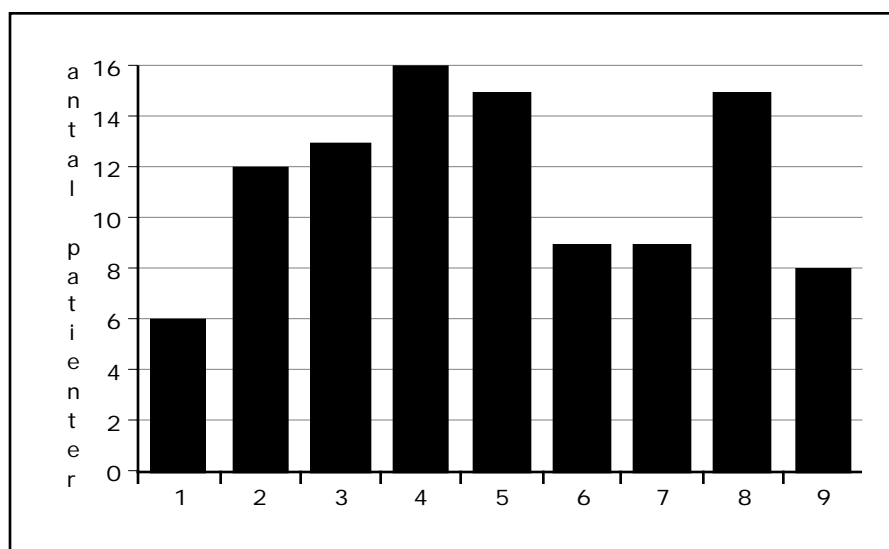
Karlstad januari 1996

Hej!

Med anledning av ert barns vistelse på barn- och ungdomskliniken tidigare under året, fick ni och många andra ett brev med en enkät att besvara i november. Många bra och intressanta svar har hittills kommit in och vi hoppas nu på några till för att undersökningen ska bli mer fullständig. Varje svar är av stort värde för undersökningen och ifall det förra brevet inte finns kvar, sänder vi här ett likadant frågeformulär med följebrev. Vi ber er att ta er tid några minuter för att besvara frågorna.

Hälsningar

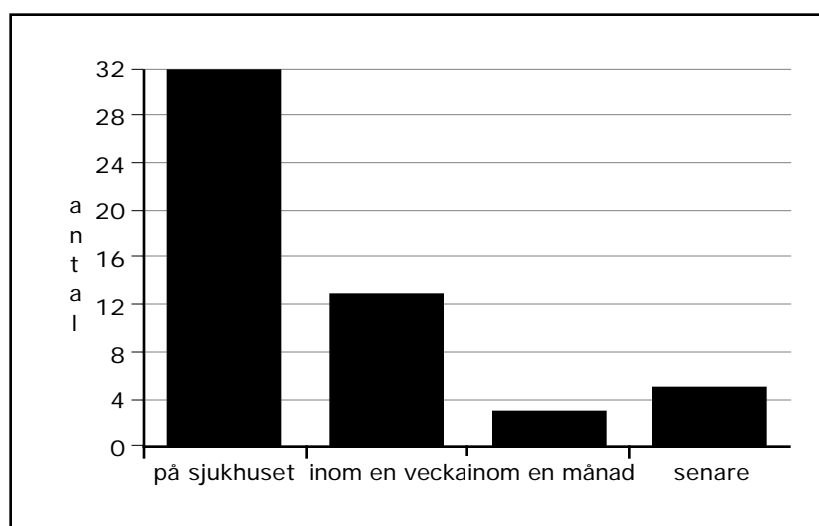
AnnBritt Enochsson
Psykologistuderande
Högskolan i Karlstad

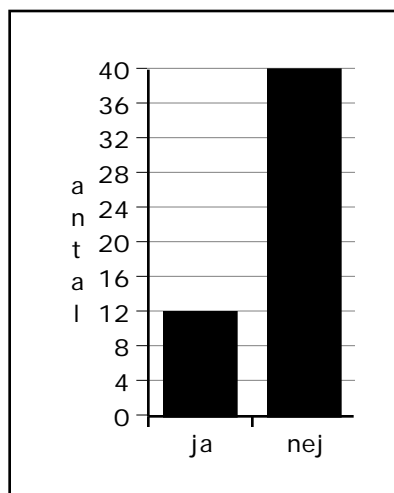
DIAGRAM OCH TABELLER - som inte redovisas i resultatkapitlet.**Figur 3** - Antal patienter inlagda fördelat på månader.**Tabell 1** - Patientens andra symtom förutom magsmärtor.

feber	18
kräkningar	15
halsont	8
skrikighet	6
ofrivillig urinavgång	3
komjölksallergi	2
diarré	2
öroninflammation	1
oro	1
ont i kroppen	1
huvudvärk	1
förstoppning	1

Tabell 2 - Tidigare utredningar som patienterna genomgått.

allergikutredning	12
ultraljud/bikutredning	5
kronisk öroninflammation	5
urinvägsutredning	2
neurologisk utredning	2
tropikutredning	1
refluxesofagit	1
hjärtutredning	1
Henoch-purpura	1
gynutredning	1
feberutredning	1
borrelios	1

**Figur 3** - Tids intervall inom vilket besvären försvunnit.



Figur 4 - Figuren visar i vilken utsträckning föräldrarna kan koppla besvärens avklingande till något speciellt.

Tabell 4 - Annan vård som patienterna sökt när besvären inte gått över.

	<u>Antal</u>
vårdcentral	3
centralsjukhuset	2
kirurg	1
gynekolog	1
BVC/skolhälsovård	1
annan barnläkare	1

Tabell 6 - Föräldrarnas idé om orsak till besvären före sjukhusbesöket.

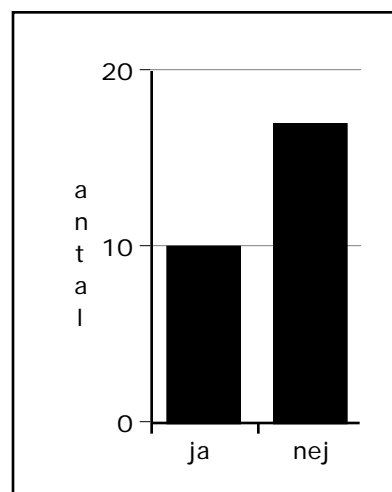
	<u>Antal</u>
ingen idé om orsak	41
blindtarmsinflammation	16
flera alternativ	3
olämplig mat	2
ärrbildning efter operation	1
ramlat och slagit sig	1
ont i luftrörern/andningsbesvär	1
mormors död	1
menstruation	1
maginfluensa	1
förstoppning	1
astma	1

Tabell 3 - Föräldrarnas idé om vad besvärens avklingande kopplas till.

	<u>Antal</u>
lavemang	3
slutat med hårdsmält föda	3
menstruation	2
sömn	1
olämplig mat	1
novalucolliknande medicin	1
berättat om mobbning	1

Tabell 5 - Diagnos som ställts av annan läkare.

	<u>Antal</u>
ingen	5
cysta på äggstock	1
funktionella tarmbesvär	1
för mycket fibrer	1
magkatarr	1



Figur 5 - Figuren visar i vilken utsträckning föräldrarna har samma idé om orsaken efter besöket.