

# **Allmänläkaren möter patient med medicinskt oförklarade symtom**

En kvalitativ intervjustudie av allmänläkares erfarenheter av mötet med  
patienter med medicinskt oförklarade symtom

**Hamed Shayegh**

ST-läkare i Allmänmedicin

Vårdcentralen Ekensberg

Maj 2016

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer, Allmänmedicin  
SOSFS 2008:17 samt specialistexamen enligt SFAM.

Handledare: Björn Hallström, Specialist i Allmänmedicin, Med Dr, Primus, Landstinget  
Sörmland

Bihandledare: Lena Nordgren, Forskningshandledare, docent, FoU-centrum, Landstinget  
Sörmland

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Introduktion .....	3
Medicinskt oförklarade symtom (MOS) .....	3
Kvalitativ forskning .....	4
Allmänläkares erfarenheter .....	4
Syfte .....	5
Metod .....	5
Material .....	5
Tillvägagångssätt .....	5
Etiska aspekter .....	6
Resultat .....	7
Att pendla mellan hopplöshet och hopp .....	7
Resultattabell .....	7
Upplevelser av mötet .....	7
Hjälplöshet .....	7
Tillit .....	8
Strategier i mötet .....	8
Mänsklig roll .....	8
Yrkesroll .....	9
Jämförelse mellan intervjuerna .....	10
Diskussion .....	10
Huvudfynd .....	10
Diskussion av resultatet .....	11
Diskussion av metoden – styrkor och svagheter .....	11
Urval .....	11
Tillvägagångssätt .....	12
Slutsats .....	13
Tillkännagivanden .....	13
Appendix .....	16
Bilaga 1. Exempel på tolkningsprocessen .....	16
Bilaga 2. Indelningen av tema, kategorier, underkategorier och koder .....	
Bilaga 3. Upplevelser i mötet (exempelcitater) .....	18
Hjälplöshet .....	18

Tillit .....	18
Bilaga 4. Strategier i mötet (exempelcitat) .....	19
Mänsklig roll .....	19
Yrkesroll .....	20

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Patienter med medicinskt oförklarade symtom (MOS) är vanligt förekommande i primärvården, en del söker många gånger och upplever nedsatt livskvalitet. Lidandet är associerat med höga samhällskostnader. Studier visar att allmänläkaren upplever vanmakt när hen inte kan förklara symtomen och hjälpa patienten.

**Syfte:** Att belysa allmänläkares erfarenheter av mötet med patienter med MOS för att komplettera tidigare forskning och se om nytt material och annorlunda tolkning kan bidra med ny förståelse och bättre möten.

**Metod:** Tre enskilda semistrukturerade intervjuer med specialister i allmänmedicin genomfördes som spelades in och skrevs av ordagrant. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys identifierades meningsbärande enheter i texten som kondenserades till koder som sorterades under olika kategorier. Tolkningen av hela texten resulterade i ett tema.

**Resultat:** Temat benämns *att pendla mellan hopplöshet och hopp*. Läkaren möter en patient som ger uttryck för sin hjälplöshet genom oro, frustration och krav. Läkaren står handfallen när hen inte kan hjälpa patienten med sina medicinska verktyg. Dessutom har läkaren ofta svårt att nå patienten. Detta gör att även läkaren upplever frustration och hjälplöshet. I denna situation när två hjälplösa människor möts kan en känsla av *hopplöshet* infinna sig. Allmänläkaren drivs dock av en stark vilja att hjälpa patienten och använder sig av olika strategier för att återskapa *hoppet*.

**Slutsats:** Mötet med patienten med MOS kan ses som en pendling mellan hopplöshet och hopp. Detta synsätt kan bidra till att allmänläkare känner igen sig i hopplösheten men inspireras av goda strategier för att skapa hopp istället för att fastna i vanmakten.

## Introduktion

### Medicinskt oförklarade symtom (MOS)

På senare år har begreppet MOS fått ökande popularitet bland allmänläkare (Creed 2010, Burton 2013). MOS beskrivs som tillstånd med symtom utan objektiva fynd (Burton 2003). Exempel på dessa är magsmärtor, smärta i nacke-rygg-axlar, huvudvärk, trötthet, sömnbesvär, irritabel tarm, kronisk trötthetssyndrom (Ringsberg 2006, Aamland 2014). Många patienter har en kombination av dessa symtom (Berntsson 2003) vilket indicerar gemensam bakomliggande mekanism (Bruusgaard 2009). Fyrtio procent av dessa patienter har psykiatrisk samsjuklighet (Hotopf 1998). Psykosociala förhållanden, trauman och personlighetsdrag är associerade med multipla symtom bland dessa patienter (Katon 2001, Krantz 2000).

Man skiljer mellan tillfälliga, övergående besvär och långvariga besvär (Aamland 2014). Det finns ingen entydig definition av MOS, närliggande begrepp är funktionella symtom och somatisering (Escobar 2007). Enligt en studie uppfyllde en fjärdedel av MOS patienterna i

primärvården DSM-IV kriterierna för somatoforma tillstånd (Smith RC 2005). Studier visar att 20-50% av allmänläkarens kontakter med patienter handlar om MOS (Burton 2003). I de flesta fall försvinner symtomen eller kräver inte mer doktors uppmärksamhet efter en konsultation (olde Hartman 2008). En liten andel söker åter; en studie visade att 2,5% sökte åter minst 4 gånger under ett år (Smith GR 1986). Denna grupp upplever mer psykiska ohälsa och funktionsnedsättning jämfört med andra patienter inom primärvården (Katon 1998). Jämfört med kroniskt sjuka patienter upplever dessa patienter lägre livskvalitet och sämre hälsa (Smith GR 1986). Samhällskostnaderna är höga för denna patientgrupp genom hög sjukvårdskonsumtion och sjukfrånvaro (Barsky 2005, Konnopka 2012).

### **Kvalitativ forskning**

Kvalitativ forskning skiljer sig från kvantitativ sådan genom fokus på språk och ord istället för mätning och siffror (Dahlberg 2014, s.20). I kvalitativ forskning intresserar man sig för enskilda människors livsvärld och tar fasta på de individuella nyanserna medan ett kvantitativt resultat är grupporienterat (Dahlberg 2014, s.49-50). Verkligheten är konstruerad av människor, deras upplevelser är därför viktiga och tolkningen av dessa är centralt. Forskaren, som själv är medskapare av resultatet (Kvale 2014 s.233), analyserar och tolkar fenomenet för att bidra till en mer nyanserad förståelse av omvärlden (Alvehus 2013, s.20-23). I den kvalitativa traditionen utgår man ifrån att det inte finns en enda objektiv sanning utan att olika tolkningar av samma material kan vara giltiga (Granskär 2008, s.188). Oftast används induktiv ansats som innebär att man analyserar materialet utan en förutbestämd hypotes med syftet att generera ny kunskap (Granskär 2008, s.188). Beroende på frågeställningen finns olika metoder inom den kvalitativa forskningstraditionen (Granskär 2008).

### **Allmänläkares erfarenheter**

Kvalitativa studier visar att allmänläkare upplever vanmakt, frustration och ångest när hen inte kan förklara symtomen och uppfylla patientens förväntningar (Wileman 2002, Howman 2016). Detta kan leda till att läkare avfärdar patienten (Howman 2016). Allmänläkare upplever också rädsla för att bli manipulerad av patienten genom att hen känner sig tvungen att utreda p.g.a. patientens krav och inte av medicinska skäl (Wileman 2002). Allmänläkare kan också vara rädd för att missa allvarlig sjukdom (Ringsberg 2006). Dessutom upplever allmänläkare svårigheter med att diskutera bakomliggande psykosociala faktorer med patienten (Dowrick 2004). Vissa allmänläkare har dock positiva upplevelser av att ha kunnat etablera en relation med patienten efter flera besök (Howman 2016).

Således finns det ett lidande hos patienter med MOS och även hos deras allmänläkare. Dessutom är lidandet kopplat till samhällskostnader. Att bidra till ökad förståelse av allmänläkares erfarenheter i mötet med dessa patienter skulle kunna gagna patienten, läkaren och samhället genom möjligheten att hitta strategier att hantera problemen i mötet mellan allmänläkaren och patienten. Även om en del forskning är gjord på detta tema kan det behövas fler studier. Kvalitativa studier som är gjorda hittills kan inte sägas representera alla allmänläkare i alla miljöer och alla tider. Även om materialet och frågeställningen skulle vara densamma kan annorlunda tolkning bidra till ny kunskap.

## Syfte

Att belysa allmänläkarens erfarenheter av mötet med patienter med MOS.

## Metod

Jag valde metoden *induktiv kvalitativ innehållsanalys* (Graneheim 2004) som kan ses som en manualbaserad metod användbar för nybörjare som har begränsat med tid (Dahberg s21,118). Fokus ligger på att beskriva variationer i materialet (Granskär 2008, s.189).

## Material

Materialet bestod av tre djupintervjuer med praktiserande allmänläkare (specialister i allmänmedicin) av bägge könen. En läkare var i 40-årsåldern och hade 7 års erfarenhet som allmänläkare. Två av dem var i 60-års åldern och hade mellan 23-33 års erfarenhet som allmänläkare. En av läkarna hade utländskt ursprung och delvis utländsk medicinsk utbildning. Alla jobbade i en medelstor stad i Sverige.

## Tillvägagångssätt

Jag valde intervjuperson1 som jag genom indirekt kännedom förstod hade en del tankar och strategier i mötet med dessa patienter och som kunde tänkas ge en rik intervju. Efter att den intervjun var gjord och analysarbetet kommit igång valde jag tillsammans med handledaren en andra intervjuperson av motsatta könet som bedömdes ha annorlunda förhållningssätt jämfört med den första för att få så varierat material som möjligt. Jag påbörjade analysarbetet och till sist valdes intervjuperson3 utifrån aspekterna kön/erfarenhet/etnicitet.

Intervjumetoden var semistrukturerad; jag skrev en intervjuguide med frågor som jag ville få belysta. Dessa justerades mellan intervjuerna för att ge en mer precis beskrivning av fenomenet *mötet med patienter med MOS*. Jag bad intervjupersonen berätta om ett specifikt möte för att fånga konkreta tankar, känslor och handlingar. Om det inte kom fram spontant frågade jag även om erfarenheter av ett bra och ett jobbigt möte. Intervjuerna genomfördes under februari-april 2016. Dessa varade drygt en timme var, en intervju skedde i intervjupersonens hus och de andra på respektive läkares arbetsrum. Intervjuerna spelades in på digital ljudupptagning.

För att få en förståelse för hela materialet lyssnade jag av hela intervjun en gång, skrev sedan av det ordagrant vilket resulterade i 16-19 sidor text. Därefter läste jag först hela texten och gjorde små sammanfattningar i marginalen för att fördjupa förståelsen. Sedan strök jag under fraser som innehöll relevant information för mitt syfte (*meningsbärande enheter=ME*).

Intervjuerna genererade 40-50 ME vardera. Varje ME *kondenserades* sedan med syftet att behålla innehållet och göra den mer lätthanterlig. Därefter började abstraktionsprocessen (*kodning*) där jag med få ord försökte beskriva/tolka vad personen ville säga med respektive ME (se exempel i Bilaga 1). En del ME innehöll flera koder som jag initialt bedömde lika relevanta varför båda togs med. En del ME hade liknande andemening och fick samma kod. Detta resulterade i 25-30 koder för respektive intervju. Hela materialet betraktades som en *analysenhet* varför jag sedan blandade koderna för alla intervjuer (knappt 90st) för att analysera dem tillsammans.

Koderna sorterades sedan under kategorier som i sin tur delades in i underkategorier. Detta gjordes först på test av huvudhandledaren där vi diskuterade likheter och skillnader mellan koderna och gick tillbaks till några ME för de koder som hade oklar andemening eller tillhörighet. Sedan blandades alla koderna igen och jag gick igenom dem på egen hand. Riktmärket från bihandledaren var ca tre kategorier och ca tio underkategorier. Jag fick ihop två kategorier som jag sedan delade in i fem underkategorier vardera. Under denna process gick jag igenom en del koder som jag hade glömt bakgrunden till och som jag var osäker på i vilken kategori/underkategori de skulle vara. En del blev tydligare när jag läste bakomliggande ME. En del ME var flertydiga och jag valde den kod som bäst lyfte fram andemeningen och liknade andra koder i en underkategori. Detta resulterade i ändring av några koder, det tillkom några och några försvann p.g.a. att samma kod redan fanns i den intervjun. Därefter gjorde bihandledaren en egen tolkning som resulterade i underkategorier som var delvis annorlunda än mina. Denna tolkning hjälpte mig att frigöra mig lite från min förförståelse som doktor samt hjälpte mig att höja abstraktionsnivån, dvs. tolka materialet på en högre nivå. Jag gick sedan igenom alla koder grundligt och gjorde en ny indelning i två kategorier och tio underkategorier. Med hjälp av bihandledaren aggregerades underkategorierna till totalt fyra underkategorier för att minska fragmentiseringen av materialet och presentationen. De gamla underkategorierna fick benämningen kodgrupper (bilaga 2). Bihandledaren bidrog även till den slutgiltiga versionen av *temat*.

## **Etiska aspekter**

Före varje intervju informerades intervjupersonerna muntligt om syftet med studien, att deltagandet var frivilligt, att de kunde ångra sitt deltagande när som helst. De informerades att intervjun skulle spelas in, sedan skrivas av och att den utskrivna texten bara lästes av mig och mina handledare. Endast jag och huvudhandledaren visste vilka intervjupersonerna var och jag förklarade att ingen annan skulle få veta detta för att bevara deras anonymitet. De gav muntligen samtycke före inspelningen. Efter intervjun fick de möjlighet att ge återkoppling på hur de hade upplevt den. Utskrifterna förvarades på säker plats och ljudfilerna togs bort. Att begära tillstånd från etikprövningsnämnd bedömdes som överflödigt då resultatet inte skulle publiceras vetenskapligt. Att berätta om sina erfarenheter av mötet med patienter med MOS bedömdes inte inverka menligt på intervjupersonerna. Urvalsgruppen tillhörde inte en svag grupp i samhället som skulle kräva speciella hänsyn.

## Resultat

...o så kommer det in nån som jag har känt jättemånga år (h:hmm) o på nåt sätt, jag uppfattar att det kommer krav på att jag ska hitta nåt helt nytt fantastisk mirakel (h:hmm) o.. o då kan jag känna... hur jag... liksom blir provocerad o tycker (h:hmm) ”men jag som har varit så himla schysst o snäll o fantastisk o klok (h:hmm) o duktig”, alltså jag kan känna de känslorna (h: ja, ja, ja) men ur det där frustrationen så inte så sällan, jag hinner ju som tur är inte säga allt det där, (h:nej) (båda skrattar) jag hinner bara känna det, så kan det komma liksom att... ”men, hur är det egentligen? Har du tänkt på, är det det här jobbet du ska ha? Ska du ha det här tunga jobbet?

### Att pendla mellan hopplöshet och hopp

Analys av materialet resulterade i det övergripande temat *att pendla mellan hopplöshet och hopp* som exemplifieras av citatet ovan. Läkaren möter en patient som ger uttryck för sin hjälplöshet genom oro, frustration och krav. Läkaren står handfallen när symtomen är medicinskt oförklarade och hen inte kan hjälpa patienten snabbt. Dessutom är det många gånger svårt för läkaren att nå patienten med sina förklaringsmodeller. Detta gör att även läkaren upplever frustration, oro och hjälplöshet. I denna situation när två hjälplösa människor möts kan en känsla av *hopplöshet* infinna sig. Allmänläkaren drivs dock av en stark vilja att hjälpa patienten och använder sig av olika strategier för att skapa mening och *hopp*.

### Resultattabell

I materialet framkom två aspekter av mötet (Figur 1); den första var *upplevelser av mötet* som handlade om många svåra känslor som läkaren upplevde i mötet i form av hjälplöshet och misstro men ibland också tillit. Den andra aspekten var *strategier i mötet* som läkaren använde sig av för att hjälpa patienten både genom den mänskliga kontakten och genom sin yrkesroll.

Tema	Pendla mellan hopplöshet och hopp	
Kategorier	Upplevelser av mötet	Strategier i mötet
Underkategorier	Hjälplöshet Tillit	Mänsklig roll Yrkesroll

Figur 1. Sammanfattning av resultatet

### Upplevelser av mötet

I det mellanmänskliga mötet med patienten med MOS upplever läkaren att patienten ger uttryck för hjälplöshet genom sina krav, frustration och oro. Läkarens egen hjälplöshet framträder genom frustration och vanmakt när hen inte förstår och inte lyckas hjälpa patienten. Att få patientens tillit ger en känsla av tillfredsställelse medan möten där tilliten uteblir är mer konfliktbetonade och kan sluta med att relationen bryts. Nedan följer beskrivning av innehållet i denna kategori, för exempelcitat se bilaga 3.

### Hjälplöshet

Många gånger har patienten redan träffat andra kollegor före besöket hos allmänläkaren och kommer besviken och missnöjd för att hen inte blivit bättre eller inte fått den hjälp hen önskat. Patienten förmedlar vanmakt, uppger t.ex. att hen inte kan jobba och kan komma med krav på sjukskrivning som läkaren kan uppleva som mycket jobbigt. En av läkarna tyckte att det

typiska för dessa patienter är att de vill lägga över ansvaret för sitt tillfrisknande på läkaren, patienterna tycker inte själva att de behöver träna eller skaffa bättre sömnrutiner t.ex. Detta gav en känsla av utmattning hos den läkaren. Enligt en läkare skrämmer diffusa symtom patienten för att de kan vara tecken på allvarlig sjukdom eller ”i värsta fall” vara psykiskt orsakade som patienten kan ha svårt att acceptera. Symtomen kan också skrämja läkaren som är rädd att missa något allvarligt och därför garderar sig med extra utredningar. En del patienter kan ge uttryck för sin ångest genom att tjata och t.ex. kräva olika utredningar. Detta kan provocera läkaren som kan känna sig överkörd. Läkaren känner vanmakt när en patient kommer med symtom som läkaren inte kan göra något åt. En läkare berättade om känslan av frustration när patienten återkommer en månad senare och säger precis samma sak.

För att kunna hjälpa patienten är det essentiellt att förstå hen och få hen att lyssna. En läkare tog upp problemet med en patient som gång på gång krävde olika utredningar där läkaren anade underliggande problematik men lyckades inte få fram det och därför lyckades inte heller förstå patienten helt. En annan läkare pratade om svårigheten att hjälpa den elallergiska patienten när läkaren inte hade samma förståelsegrund som patienten. Alla läkare berättade om svårigheterna med att få patienten med MOS att lyssna på doktorn.

### **Tillit**

Trots svårigheterna i mötet finns ofta en tillit mellan patienten och läkaren. Känslan kan komma direkt vid första mötet där patienten kan verbalt uttrycka uppskattning av läkarens ärlighet även om läkaren säger nej till recept på beroendeframkallande medicin. När patienten förstår att symtomet inte orsakas av allvarlig sjukdom kan hen också känna tillit och nöja sig. En läkare berättade om en relation med en missnöjd patient som började lita på läkaren och så småningom började hans liv ordna upp sig. I dessa fall kände sig läkaren nöjd med sin insats.

Mötet kan dock sluta med att patienten inte är nöjd med läkarens bedömning; t.ex. fortsatte en patient som redan hade gjort många utredningar att fortsätta att kräva remisser samt kritisera läkarens kollegor. När läkaren till sist satte ner foten och sa nej avslutade patienten relationen. En annan läkare lyfte frågan med patienten när hen kände att tilliten saknades genom att säga att kemin ibland inte fungerar mellan personer och erbjöd byte av läkare. En annan läkare berättade om ett möte där en anhörig på ett chockartat sätt visade sitt missnöje och betedde sig respektlöst mot läkaren. Hon upplevde en känsla av värdelöshet och försvarade sig mot orättvisa anklagelser. Hon hade också en oro för att bli anmäld.

### **Strategier i mötet**

Läkaren använder sig av olika strategier i mötet för att hjälpa patienten vilket kan tolkas som ett sätt att röra sig från hopplöshet till hopp. Läkaren har dels en mänsklig roll där hen anstränger sig för att förstå, skapa kontakt, trösta och söka individuella lösningar, dels kan läkaren använda sig av sin yrkesroll för att sätta ramarna, hitta medicinsk förklaring och ta hjälp av kollegor. Nedan följer beskrivning av innehållet i denna kategori, för exempelcitat se bilaga 4.

### **Mänsklig roll**

Ofta börjar mötet med att läkaren bjuder in patienten och låter hen berätta hela sin historia ostört för att förstå hens upplevelser. En av läkarna brukar också fråga om patientens egen



teori om orsaken till besvären samt vad hen önskar ha hjälp med. När patienten är missnöjd från början kan hen upplevas som jobbig av läkaren och ge upphov till irritationskänslor hos läkaren gentemot patienten. Det var viktigt för läkaren att inte visa den irritationen för patienten och på så sätt störa kontakten. En läkare menade att det är viktigt att lyssna noga på just den patienten eftersom det alltid finns ett (dolt) skäl till att hen är ”jobbig”. Att skapa god relation var en viktig strategi för alla läkarna men en av dem hade det som huvudstrategi för att hjälpa patienten. Den läkaren använde sig av sin egen person för att skapa kontakt och ge hopp. Hon kunde t.ex. säga att hon kände igen sig i patientens svåra situation men visste att det skulle bli bättre. Genom att säga till patienten ”jag är inte orolig för dig” istället för ”det är inget farligt” förmedlade läkaren en känsla av personlig omtanke och kärlek som gjorde att patienten utöver att ha blivit befriad från oro över allvarlig sjukdom även kände sig sedd och omhändertagen som människa. Hen kunde också skoja för att få patienten att slappna av. En av läkarna lyfte fram att hen alltid anpassade sitt kommunikationssätt till patienten för att skapa god kontakt. Att erbjuda kontinuitet, d.v.s. återbesök, var också en strategi som läkarna använde sig av för att skapa trygghet för patienten. En av läkarna sa att denna strategi kan ändra läkarens roll till att vara en samtalspartner och tröstare.

När läkarens biomedicinska verktygslåda inte kan appliceras för att lösa patientens problem blir hen tvungen att tänka nytt för att hitta andra lösningar. Läkaren kan t.ex. föreslå yoga eller jobbyte. Hen kan också fråga efter patientens egna strategier och uppmuntra patientens egen kreativitet och initiativförmåga.

När patienten frågar efter åtgärder som inte är medicinskt motiverade kan läkaren ibland gå hen till mötes genom att ge efter hens krav eller kompromissa. En av läkarna brukar göra detta om patienten är påstridig och undersökningen är lätt att utföra, framför allt om läkaren tror att den skulle kunna bota patientens oro. En annan motivering kunde vara att tilliten till läkaren ökar efter att patienten själv får testa och inse att den önskade utredningen var onödig. En av läkarna gick ibland patienten tillmötes p.g.a. tidsbrist där hen inte hade tid att argumentera.

### Yrkesroll

Läkarna gjorde oftast först en noggrann medicinsk bedömning. En av läkarna berättade att hen alltid gör en omstart, d.v.s. undersöker noga och tar prover dels för att det är förtroendeskapande men också för att försäkra sig om att inte missa något allvarligt. Därefter försökte läkaren erbjuda en förklaring. En av läkarna lade stor vikt vid att erbjuda en förklaring för patienten. Hen kunde t.ex. förklara ledsmärtor utan objektiva fynd med att det kunde vara ojämnheter i ledytan som inte kunde ses på någon röntgenundersökning och kunde ge tillfälliga besvär. En annan läkare förklarade yrselbesvär hos en 87-åring med att det tillhörde åldrandet.

När patienten kräver olika åtgärder använder sig läkaren av sin professionella kunskap genom att säga nej till t.ex. beroendeframkallande medicin och förklara för patienten att det är skadligt. Läkaren kan också använda sig av sin erfarenhet och neka till utredningar som hen vet är onödiga. En av läkarna brukar i sådana fall förutsäga resultatet av en undersökning som patienten önskar. Hen kan t.ex. säga att röntgenundersökningen kan visa lite ojämnt brosk men att det är inget som för närvarande ska göras något åt.

Läkaren kan ta hjälp av kollegor för att försäkra sig själv att inte missa något väsentligt, t.ex. genom att skicka remiss till neurologen för att undersöka patientens pirningar. Det kan också handla om att komplettera sin egen undersökning med bedömning hos en duktig sjukgymnast samt för att få stöd i sin bedömning. En av läkarna berättade om ett lyckat fall där hon genom teamarbete med kurator och sjukgymnast lyckades få patienten att känna hopp och hennes diffusa symtom seglade åt sidan.

### Jämförelse mellan intervjuerna

Vid enskild analys av varje intervju framkom det tre olika huvudroller som läkarna använde sig av: *shamanen*, *modern* och *skådespelaren*. Varje läkare lyfte fram en av rollerna som viktigast men kunde växla till de andra beroende på patienten.

*Shaman-rollen* utgår ifrån att den viktigaste hjälpen för patienten är att få symtomet förklarat. Hen anstränger sig som en detektiv för att hitta och leverera en förklaring om orsakssamband genom att syna historien noggrant efter ledtrådar som hen kan använda till en möjlig förklaringsmodell. När hen inte hittar några ledtrådar kan hen lägga fram en hypotes där det viktiga inte är den objektiva sanningshalten utan det är att patienten kan acceptera den. Hen använder sig extra starkt av sin läkar-auktoritet.

*Moder-rollen* går ut på att känna av patienten som en människa, våga gå in i en djupare känslomässig relation med hen som en ställföreträdande vän och moder. Genom att ge av sin personliga kärlek får hen patienten att känna sig sedd. Istället för att trösta genom en intellektuell förklaring håller denna moder den hjälplösa patienten i handen och säger: det här är hemskt, jag vet, men jag håller dig i handen och vi går tillsammans, du ska se att det blir bättre...

*Skådespelar-rollen* kan sägas vara ett mellanting mellan shamanen och modern; den går ut på att analysera vilken sorts patient läkaren har framför sig och bete sig enligt dennes uttalade önskan om hur läkaren borde vara. I ett möte med en patient som har stark tilltro till auktoriteter kan hen briljera med sina kunskaper för att förstärka sin auktoritet och peka med hela handen. I ett annat möte kan hen vara en finkänslig person som följer med och går patienten till mötes.

## Diskussion

### Huvudfynd

Mötet mellan allmänläkaren och patienten med MOS är känsloladdat. Läkaren möter en patient som ger uttryck för sin hjälplöshet genom oro, frustration och krav. Läkaren står handfallen när symtomen inte kan hanteras enligt hens biomedicinska kunskaper och verktyg. Dessutom upplever läkaren svårigheter med att nå patienten och få samförstånd. Detta gör att läkaren "smittas" av patientens känslor; frustration, oro och hjälplöshet. I denna situation när två hjälplösa människor möts kan en känsla av *hopplöshet* infinna sig. I värsta fall kan hopplösheten utmynna i uppbrott och man skiljs åt. Dock finns det en stark motor av *hopp* hos allmänläkaren där hen genom olika strategier försöker nå och hjälpa patienten. T.ex. använder sig allmänläkaren av sin personlighet för att skapa hopp eller sin professionella auktoritet för

att hitta förklaringar. Det underliggande temat som genomsyrar mötet är således pendlingen mellan *hopplöshet och hopp*.

## **Diskussion av resultatet**

Resultatet av denna studie ligger i linje med tidigare studier som visar på upplevelser av vanmakt, frustration och oro hos allmänläkare (Wileman 2002, Howman 2016), likaså har man tidigare visat allmänläkares svårigheter med att nå patienten (Dowrick 2004) och ta emot patientens krav (Wileman 2002). Man har även beskrivit allmänläkares positiva upplevelser främst hos läkare som lyckas gå utanför den biomedicinska modellen för att hjälpa patienten och lyckas skapa en relation med patienten över tid (Howman 2016). Man bör dock vara medveten om att allmänläkares roll och uppdrag skiljer sig mellan olika länder varför resultaten från studier i olika länder inte behöver vara jämförbara.

En svensk studie har även identifierat liknande strategier hos läkaren som framkommer i denna studie; att skapa god relation, att remittera vidare, gå med på patientens krav, hitta förklaring, se över patientens egen lösning, avgränsa genom sin auktoritet (Ringsberg 2006).

Att tolka mötet mellan allmänläkaren och patienten med MOS som en pendling mellan hopplöshet och hopp har inte förekommit i tidigare forskning. Detta skulle kunna vara ett viktigt bidrag för att nyansera förståelsen av mötet som oftast beskrivs som otillfredsställande (Wileman 2002).

Något som var speciellt överraskande i denna studie var de tre olika rollerna (shamanen, modern och skådespelaren) som allmänläkarna använde i mötet med patienten med MOS. Genom att medvetet gå utanför ramarna för metoden kvalitativ innehållsanalys lyfte jag fram dessa skillnader i resultatet som jag tror kan säga något väsentligt om de individuella nyanserna. Man kan tänka sig att dessa roller har vuxit fram i ett samspel med läkarens personliga läggning och de goda erfarenheter hen har samlat på sig av att ha använt den rollen. Förståelsen att olika läkare har olika huvudroller skulle kunna bidra till förståelsen att olika läkare har olika lätt att nå olika patienter.

Ett bifynd är att begreppet MOS tolkades något olika av intervjupersonerna. De flesta patientmöten handlade om symtom hos patienter där utredningar var normala, men ett av dem handlade om ett medicinskt oförklarat symtom med ett avvikande blodprov. Detta skiljer sig från en tidigare studie där man visade att allmänläkarna var eniga om definitionen (Woivalin 2004). En orsak kan vara att den studien gjordes med fokusgrupper där läkarna kunde anpassa sina uttalanden till varandra.

## **Diskussion av metoden – styrkor och svagheter**

### **Urval**

Jag valde att intervjua allmänläkare för att komma i direktkontakt med deras erfarenheter. I valet mellan fokusgrupp och enskilda djupintervjuer valde jag enskilda intervjuer för att öka chansen för intervjupersonerna att vara ärliga. Tanken med urvalet var att få fram variationer av erfarenheter hos erfarna och mindre erfarna läkare samt läkare av olika kön och etnisk ursprung. Tre intervjuer var lämpligt med tanke på tidsbegränsningen. Med fler informanter

hade jag kunnat få ett större material, men det är inte säkert att materialet hade blivit rikare beroende på om det skulle framkommit flera nyanser av fenomenet eller ej.

### Tillvägagångssätt

Det är inte helt oproblematiskt att intervjua kollegor och dessutom ha en viss bekantskap med dem sen innan: Risken är att inte lyckas gräva tillräckligt djupt genom att ifrågasätta informantens svar dels p.g.a.. min förförståelse som läkare men också av hänsyn till relationen till kollegan. Informanten kan också frisera sina svar eller utesluta saker då hen är medveten om att hens svar kommer att påverka min bild av hen som kollega. Den intervjuade kollegan kan också känna oro att blotta sin kompetensbrist inför intervjuaren som uppfattas som mer påläst på ämnet (Coar 2006). Å andra sidan kan hen känna att det är lättare att berätta för en kollega som har gemensam förståelsegrund än för en lekman.

Fördelen med att jag är själv läkare var att jag snabbare kunde sätta informanternas utsago i sitt sammanhang och kunde lättare förstå och se framför mig det de ville förmedla. Å andra sidan kan denna förförståelse förvilliga mig och jag kan tro att jag förstår något medan informanten menar något annat. P.g.a. denna medvetenhet försökte jag "spela dummare" och försökte även förklara detta för informanten. Nackdelen med att själv vara läkare blev speciellt tydligt under analysen där jag märkte att min egen bild av mötet (och handledarens) tenderade att färga av sig på kategoriseringen. Detta uppvägdes av att jag tog till mig synpunkter från bihandledaren som inte är läkare och har således en annan förförståelse.

Inför intervjuerna gav jag ingen definition av MOS till informanterna, både för att begreppet i sig inte är enhetligt och för att jag inte ville begränsa deras spontana berättelser. Under intervjuerna och analysen har min egen förförståelse om begreppet MOS som symtom utan objektiva fynd troligen påverkat resultatet. Eftersom min definition stämde överens med flertalet av de patientmöten som informanterna berättade om har det inte påverkat trovärdigheten negativt. En risk med det oklara begreppet som påpekas av flera författare är att man riskerar att förledas att tro att det är en enhetlig grupp med samma behandling medan det i verkligheten handlar om unika symtombilder hos patienter med olika psykosocial bakgrund som kräver individanpassade åtgärder (Aamland 2014, Howman 2016).

När jag tolkade en del meningsbärande enheter som var flertydiga satte jag olika koder på en och samma ME som senare hamnade under olika kategorier. Enligt en del författare (Krippendorff 1980) bör kategorierna vara ömsesidigt uteslutande, viss innehåll bör inte hamna under två olika kategorier. Andra författare (Graneheim 2004) hävdar dock att mänskliga erfarenheter är komplexa och kan ibland inte sättas in i bara ett fack.

Kvalitativ innehållsanalys kan genomföras på olika tolkningsnivåer och resultaten kan presenteras på olika abstraktionsnivå beroende på hur resultatet ska användas (Granskär 2008, s.196); Spektrumet sträcker sig från det manifesta (textnära) till det latent (underliggande) där man närmar sig teoribildning. När man lägger sig på en hög abstraktionsnivå (latent innehåll) får man syn på fenomenet ur ett nytt ljus. När man börjar se problemet från en annan vinkel ser man också andra lösningar. En hög abstraktionsnivå kan dock göra att man tappas kontakten med den målgrupp som denna studie riktar sig till – allmänläkarna. För att kunna ta till sig resultaten av studien är det bra om allmänläkaren kan känna igen sig och

förstå den och detta underlättas om analysen håller sig nära den ursprungliga texten. Genom att lyfta fram och presentera detaljerna i texten (guldkornen) kan det hjälpa allmänläkaren att utöka sin verktygslåda i det enskilda konkreta mötet med patienten. För att använda mig av fördelarna av båda dessa tolkningsnivåer valde jag därför att lyfta fram både det latent innehåll (hopplöshet och hopp) samt de konkreta strategierna (t.ex. shamanen, modern och skådespelaren).

## **Slutsats**

Att tolka mötet med patienten med medicinskt oförklarade symtom som en pendling mellan hopplöshet och hopp skulle kunna bidra till ett mer positivt sätt att se på mötet som gör att allmänläkare skulle kunna känna igen sig i hopplösheten men inspireras och känna en utmaning för att skapa hopp istället för att fastna i vanmakten. I denna studie har det även framkommit framgångsrika strategier som andra allmänläkare skulle kunna inspireras av för att nå samförstånd och hjälpa patienten till gagn för patienten, läkaren och samhället. Resultatet från denna och liknande studier skulle kunna användas för att skapa strukturerade utbildningar för allmänläkare för att förbättra mötet med patienter med MOS som ju saknas i Sverige idag. För framtida studier kan man tänka sig att använda mer strikt definition av MOS för att se om man kan få fram specifika undergrupper av patienter med MOS som kan hjälpas av specifika strategier.

## **Tillkännagivanden**

Jag vill tacka mina intervjupersoner som öppenhjärtligt delade med sig av sina erfarenheter. Stort tack också till min handledare Björn som med sitt intresse och målmedvetenhet hjälpte mig att komma igång och att hålla takten samt bihandledare Lena som med ovärderlig input utmanade mina tankar och tolkningar och hjälpte mig gräva djupare i materialet och få en ny insikt i kvalitativ forskning.

## Referenser

- Aamland A, Malterud K, Werner E. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. BMC Fam Pract. 2014;15(1):107.
- Alvehus J. Skriva uppsats med kvalitativ metod : en handbok. 1 Uppl. Liber; 2013.
- Barsky AJ, Orav J, Bates D. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 2005;62:903–10.
- Berntsson L, Ringsberg K. Correlation between perceived symptoms, self-rated health and coping strategies in patients with asthma-like symptoms but negative asthma tests. Psychology, Health & Medicine. 2003;8(3):305-315.
- Bruusgaard D, Natvig B: [Unclear conditions-common mechanisms?]. Tidsskr Nor Laegeforen 2009, 129(15):1481–1483.
- Burton C (red). ABC för medicinskt oförklarade symtom. 1 Uppl. Studentlitteratur; 2013.
- Burton C: Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). Br J Gen Pract 2003, 53(488):231–239.
- Coar L1, Sim J. Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. Scand J Prim Health Care. 2006 Dec;24(4):251-6.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P: Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? J Psychosom Res 2010, 68(1):5–8.
- Dahlberg K. Att undersöka hälsa och vårdande. 1 Uppl. Natur & Kultur Akademisk; 2014.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. Br J Gen Pract. 2004 Mar; 54(500):165-70.
- Escobar JJ, Gureje O. Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic somatic complaints and syndromes. Psychosom Med 2007; 69: 841–845.
- Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-112.
- Granskär M, Höglund-Nielsen B (red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2 uppl. Studentlitteratur; 2012.
- Hotopf M, Mayou R, Wadsworth ME, Wessely S: Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. Br J Psychiatry. 1998, 173: 255-261.
- Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. BMC Med Educ. 2016;16:27.

Katon W. Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*. 2001;134, 917-925 .

Katon WJ, Walker EA: Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1998, 59: 15-21.

Konnopka A, Schaefert R, Heinrich S, et al. Economics of medically unexplained Symptoms: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2012;81:265–75.

Krantz G. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000;54(3):192-199.

Krippendorff, K., Content Analysis. An Introduction to its Methodology. The Sage Comm text Series, Sage Publications. Ltd., London. 1980.

Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 3 Uppl. Studentlitteratur: 2014

olde Hartman TC, Hassink-Franke LJA, Dowrick C, Fortes C, Lam C, van der Horst HE, Lucassen PLBJ and van Weel-Baumgarten EM. Medically unexplained symptoms in Family Medicine: defining a research agenda. *Family Practice* 2008; 25: 266–271.

Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *J Health Psychol*. 2006 Jan; 11(1):107-16.

Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146: 69–72.

Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67: 123–129.

Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2002 Apr; 19(2):178-82.

Woivalin T1, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract*. 2004 Apr;21(2):199-203.



## Appendix

### Bilaga 1. Exempel på tolkningsprocessen.

Meningsbärande enhet (ME)	Kondensering	Kod	Kodgrupp	Under kategori	Kategori	Tema
där kan jag säga att där har jag inte lyckats alls (h:nej) för hon har också, ja, hon är en, hon är en sån ångestdriven person (h:aaa), hon bara tjarar o tjarar o tjarar o tjarar	jag har inte lyckats, en ångestdriven person som bara tjarar	orolig patient	patientens hjälplöshet	Hjälplöshet	upplevelser av mötet	Pendla mellan hopplöshet och hopp
försökt flera gånger, telefonid, han var uppsatt, att få tag i (h:hmm) eh... annat medicin, ”det är bara denna medicin som hjälper mig” – tramadol, (h:aaa) ”inget annat, du måste hjälpa, jag har så ont, så ont”.	försökt flera gånger få tag i medicin, du måste hjälpa mig, jag har så ont	patientens krav				
man vet att... ”även om du har de här symtomen så... så dör du inte av (h:hmm) du blir inte... invalid, du blir inte sjuk”	du dör inte av de här symtomen	bota oro	lindra patientens lidande	Mänsklig roll	Strategier i mötet	
vi har tagit så många prover på dig o jag har skickat dig på röntgen och gjort bedömning hit o dit o vi hittar inget klart, vet du vad, om det hade varit något väldigt allvarligt eller sånt, då hade du inte suttit här framför mig o pratat med mig eller hur? (h:hmm) -Ja, jag förstår (låg röst, imiterar pat:s röst) ska vi göra så här att vi låter det vara just nu (h:hmm) och du gärna återkommer till mig om du tycker de här symtomen blir mer men försök inte lägga så mycket märke på det du vet, för att, försök att leva ditt liv gott du kan o sen; men jag är din doktor, jag finns här för dig, är det så hör av dig till mig.	vi har tagit så många prover, hittar inget klart, om det hade varit något allvarligt hade du inte suttit här. Vi låter det vara, försök inte lägga märke, lev ditt liv. Jag är din doktor, hör av dig	dämpa oro				
har man övertygat sig själv och patienten om att, (h:hmm) massa saker som det inte är, då kan vi börja prata om, men det-det här är det som finns kvar (h:hmm); det finns yrseln eller ledsenheten eller tröttheten eller minnesproblemen, o vad kan vi göra åt <u>det</u> ? O att man liksom, tar bort oro - så mycket man kan (h:hmm) - sin egen, men framförallt patientens; tjopp! Vi har av-liksom, o sen försöker man hitta en modell, man kan hitta saker som gör att det blir bättre	övertyga sig själv o patienten om massa saker som det inte är, ta bort egen och patientens oro, hitta saker som gör att det blir bättre	bota oro				





### Bilaga 3. Upplevelser i mötet (exempelcitat)

#### Hjälplöshet

*...han förmedlar otrolig vanmakt...han kommer inte kunna jobba aldrig mer...han är ganska arg på alla, besviken, missnöjd...*

*...man blir liksom översköld av det här problemet som ...våldigt många ...upplever inte att det är deras problem ... det är ett problem som vi i professionen ska ta hand om...*

*...hon sa jag måste va sjukskriven längeeee!” o hur reagerar jag då? A-men gud jag hade ju lust o lämna rummet men istället så sa jag berätta!*

*... hon är en sån ångestdriven person, hon bara tjatar o tjatar o tjatar o tjatar...*

*Nån kommer in o talar om att de har en diagnos som jag inte vet om jag överhuvudtaget tror på... om jag inte kan dela värdegrunden så blir det ju som att det jag säger kommer ...inte göra nån nytta...*

*...jag kände inte att jag kunde egentligen möta henne här på riktigt, jag kunde lyssna på henne o behandla henne respektfullt men jag kunde inte få henne o möjligen öppna ögonen...*

*...vad hittar jag? Hittar jag liksom en förklaring eller orsak på nåt sätt och väldigt sällan gör jag det, utan jag sitter med det rinner ner i knät på mig o känner mig ofta lite trött...*

*...det skrämmer nog oss också för att det kan vara nånting allvarligt som vi inte förstår o därför...man liksom garderar sig...*

#### Tillit

*o den här killen, han litar på mig o från det här diffusa... så är han idag tvåbarnsfar...*

*...”ja men du är en bra doktor, jag har fått förtroende för dig för att jag tycker om när man pratar rakt med mig”...*

*-Behöver du nån smärtlindring? ...-nej, jag tror inte det, nu vet jag att det inte är nåt farligt då kan jag stå ut med det här...*

*... -Vi är inte nöjd med dig... det var en sån stor sak för dem, o jag blev helt chockad...man har en viss respekt för varandra, även om patienten är kanske irriterad på mig, de visar ändå ett respektfullt beteende o det gjorde inte hon...*

*... hon är högst provocerande... vill ha undersökningar på allt... har ett tempo i hennes berättande... o samtidigt berättar att alla andra doktorer varit fullkomligt värdelösa...*

*... det gick väldigt snett, jag tänkte o gud! Det här slutar med anmälning...jag fick känslan att jag är en urusel doktor, jag har missbedömt henne...*

*... jag har verkligen lyssnat så mycket på allt du har sagt till mig o jag har skrivit så många remisser ... o ändå kommer du hit o ...påstår att jag inte gör tillräckligt*

*...ibland så vet vi ju att kemin mellan personer inte funkar o då är det bättre o säga: "vill du hellre gå till nån annan?"*

#### **Bilaga 4. Strategier i mötet (exempelcitat)**

##### **Mänsklig roll**

*...bara bjuda in o säga berätta! o så börjar de berätta en del utav vad som hände först... jag försöker nog låta de vara ostörda så att de berättar hela sin historia...o då kanske jag förstår... hur de upplevde det...*

*...jag försöker liksom verkligen... vad är det här för människa? får vi kontakt? ...o mitt redskap i relationen är väldigt mycket just kontakten, alltså får vi kontakt så kan jag förmedla hopp...*

*... kunde jag bli lite irriterad ...men det gäller ju liksom att faktiskt vara professionell och inte blanda sig i...i alla fall så att patienten upplever det i mötet...*

*...det skulle vara förskräckligt om man levde i en värld där alla bara sa "sanningen"... "du är en gnällspik", jag menar, det hjälper ju ingen människa för det finns ju nåt skäl till det... utan jag tror att det är klokt o försöka, att vi är lyssnare...*

*... du måste vara lite skådespelare som doktor... lite grann är det så att man anpassar sig till patienten... om det kommer... 99 åriga Agda som sitter här, då är jag annorlunda...*

*...jag kan säga: "det där måste va svårt", alltså jag kan gå på folk, jag kan våga, jag kan säga: "aaa, jag känner igen mig i det där men det blir bättre, det blir bättre"... jag ger de nånting mer än bara själva jobbet... jag gör nånting avväpnande så att de kan liksom slappna av...*

*... "jag är inte orolig för dig" ...då ger jag nånting av mig ungefär som att: "när jag går o tänker på dig, då är jag inte orolig för dig"... Det är lite kärlek i det liksom...*

*...har de bestämt sig för oss, att vara hos oss, komma tillbaka till oss så är det ju ett kors man får bära och finnas till för även om man inte kommer nån vart... vi finns där för att de har utnämnt oss till deras pratkontakt...*

*... "även om du har de här symtomen så dör du inte ... du blir inte invalid, du blir inte sjuk"*

*...så att patienten får en förståelse att "den här smärtan som du känner, det är ingen farlig smärta"*

*...om det finns en stark vilja att [röntga] då kan det ju ibland bekräfta ...symtomet som man har känt o man behöver inte oroa sig för det framöver...*

*...jag kan säga att "det finns ingenting varken i undersökning eller blodprover... som gör att jag blir orolig för dig" ...*

*...det som man gör då, det är ju egentligen å vara en samtalspartner, en tröstare...*

... när man behandlar människor med depression så under tiden som man börjar ge medicinen o de fortfarande mår precis lika dåligt eller sämre ... ska man vara ett ställföreträdande hopp...; ”jag vet att du blir bra”

... jag finns där, o jag tror på de o jag tror att de ska bli bra o liksom riktigt sköljer det över dem...

...har övertygat sig själv och patienten om massa saker som det inte är, då kan vi börja prata om... det som finns kvar; det finns yrseln eller ledsenheten eller tröttheten eller minnesproblemen, o vad kan vi göra åt det? ...försöker hitta en modell... hitta saker som gör att det blir bättre

... man försöker se vad är det som kan hjälpa den här personen, är det att liksom mer gå i samtal eller... ”jag tror alltså yoga skulle vara perfekt, vad tror du?”

... man känner sig på nåt sätt tvingad att tänka nytt... jag är väldigt mycket för att lära ut till folk vad de behöver... det blir bra för folk när jag får föreslå, känna in, o känna av

...vilken roll har dina smärtsymtom för ditt mående?... och vad är det du kan göra idag för att antingen får det att härda ut på samma nivå eller kanske få det bättre? har du några strategier där?

...han vill verkligen skaffa sig ett liv, har börjat inom restaurangbranschen, det är jättebra sa jag till honom

...om det är en väldigt påstridig person som är ängslig då får man ta ett steg tillbaka då vad det gäller ekg:t för det är ju inte nån krånglig undersökning

...det kommer in nån o säger: ”-jag vill va sjukskriven länge”... ”-men, är det så att du behöver va sjukskriven längre tid, det får vi se på vägen men ibland är det så o ibland så visar det sig att det inte är så” ... men jag får ju också kompromissa med vad jag hade tänkt... ibland går det fortare än vad jag trodde, ibland tar det längre tid

... ibland kanske man ångrat sig lite grann... jag skulle kanske inte ha skrivit ut den här sömntablettförpackningen men nästa gång tar jag det här samtalet med henne att minska på...

... o då skickar man en remiss [som patienten önskat], sen så har de varit hos sjukhusdoktorn, så kommer de tillbaka till dig ... så får man höra; ”hur blev det?” - ”Ja, det blev ju ingenting, det blev ju som du sa”

## **Yrkesroll**

...jag börjar på det där traditionella sättet ... göra en liten omstart. Gör provtagning, försöker o undersöka noga eftersom jag vet att det inger förtroende

”utifrån min undersökning som jag har gjort på dig, så hittar jag inga som helst fel som vi behöver undersöka. Däremot så kan det ju vara så att det finns små ojämnheter i ledytan som man inte kan se på röntgen eller nån annan metod som kan ge tillfälliga besvär

*...ibland så får man väl vara lite grann utav...shaman ...tankar om hur man tror det skulle kunna hänga ihop, även om man inte riktigt vet det*

*...däremot så är du 87 år gammal o då får man ha yrsel, våra kropp är inte byggd för evigt fungera som en 25-åring...*

*... ”men ska vi inte ta en röntgen på knät?” ... ”ja, det som vi kan se, vi kan se att det är lite ojämnt brosk” o kanske lite lägre på ena sidan, det är ju ingen som idag/dagsläget ska göras nånting åt*

*... å så säger patienten: ”ja, men jag vill ha den” ”ok, säger jag då får du väl ta den då, det kommer dröja en lång tid och min gissning är att man inte kommer se ett dugg, är det ok att vi gör så?” ...*

*”jag tror när du kommer till ortopederna så kommer han säga precis samma sak som jag säger”*

*... mitt jobb är i första hand att hjälpa patienten o inte skada patienten även om patienten tycker annorlunda... jag kan inte gå emot min tro, eller emot min professionalitet*

*...det viktiga är ju att gå den vägen som man tycker är medicinskt är korrekt, inte hålla på o jamsa med folk, inte så att man lägger sig platt för att få deras sällskap liksom*

*... men så är det, det går inte, jag måste säga nej... inte att jag vill jävlas med dig men ...som professionellt utbildat... jag hjälper inte dig, tvärtom, du blir sämre i ditt beroende ...*

*... det har blivit så bra o det är mycket tack vare att vi var kurator, två sjukgymnaster o jag som liksom: ”du kommer att bli bra” ... hon kände sig otroligt sedd o det där diffusa som hon också visa upp det liksom seglar i väg åt sidan...*

*...jag kanske inte gör den bästa bästa ryggundersökningen...ber de gå till våran sjukgymnast o sen får jag ett utlåtande...*

*...jag har inte särskild mycket prestige... ”i det här läget tror jag inte att det behövs, men vi kan låta neurologen bestämma det för jag vill ändå att han tittar på dig för det här pirrandet”*