



UiT Norges arktiske universitet

Helsevitenskapelige fakultet

## **Hvordan forklarer fastleger MUPS til sine pasienter?**

En kvalitativ studie

Ane Bones Nyhus, MK-16

Masteroppgave i Medisin (MED-3950) Juni 2021

## Forord

Jeg er utrolig interessert i mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon. Så da vi skulle starte forarbeidet til masteroppgaven, visste jeg at jeg ønsket å skrive om noe som handlet om kommunikasjon i allmennmedisinen. Jeg tok kontakt med May-Lill Johansen i UiTs allmennmedisinske forskningsgruppe, som heldigvis sa ja til å være min veileder. Hun tipset meg om forskningsfeltet rundt medisinsk uforklarte symptomer i allmennpraksis. Sammen kom vi frem til problemstillingen jeg har brukt i oppgaven min. Formålet med oppgaven var å utforske hvordan fastleger forklarer MUPS til sine pasienter. Dette er et tema hvor det finnes relativt lite forskning fra før, spesielt i Norge.

Jeg har ingen erfaring med kvalitativ forskning fra før av, så hjelpen jeg har fått fra min veileder, gjennom hele prosjektet, har vært uvurderlig. Jeg må derfor rette en stor takk til min veileder, May-Lill Johansen. Uten din hjelp og kunnskap vet jeg ikke hva jeg skulle gjort. Jeg vil også takke Johanna Laue og Mette Bech Risør, som sammen med min veileder har satt sammen gode workhops for oss som har brukt kvalitativ metode. Jeg er også takknemlig for lån av UiTs opptaksutstyr.

Jeg ønsker også å takke legene som gjennom intervjuer har bidratt med sine tanker og synspunkter. I tillegg må jeg takke min familie og mine venner, som har holdt ut med meg, uansett hvor stresset eller nervøs jeg har vært.

Tromsø, 26. mai 2021



Ane Bones Nyhus

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	V
1 Bakgrunn.....	1
1.1 Hva er MUPS?.....	1
1.2 Fastlegers perspektiv.....	2
1.3 Pasientperspektivet.....	4
1.4 Strategier for å forklare MUPS.....	5
2 Materiale og metode.....	7
2.1 Studiedesign.....	7
2.2 Rekruttering og utvalg.....	7
2.3 Etikk.....	8
2.4 Datainnsamling.....	8
2.5 Analyse.....	9
2.5.1 Transkripsjon.....	9
2.5.2 Analyse.....	9
3 Resultater.....	12
3.1 Opplæring.....	12
3.1.1 Ingen opplæring.....	12
3.1.2 Råd fra kolleger.....	12
3.1.3 Prøve seg frem.....	12
3.2 Anerkjennelse plager.....	13
3.2.1 Plagene er reelle.....	13
3.2.2 Alminneliggjøre.....	13
3.3 Forklare sammenhenger.....	14
3.3.1 Psyke og soma.....	14

3.3.2	Soma og psyke .....	15
3.3.3	Tankemessig håndtering.....	15
3.4	Oppsummere utredning .....	16
3.4.1	Ikke farlig .....	16
3.4.2	Oppsummere negative funn .....	17
3.4.3	Finner ikke årsak .....	17
3.5	Pasientavhengig.....	18
3.5.1	Pasientens ønsker og forventninger.....	18
3.5.2	Kjennskap til pasienten .....	19
3.5.3	Lege-/pasientrelasjon .....	19
3.6	Strategier .....	20
4	Diskusjon.....	22
4.1	Sentrale funn .....	22
4.2	Sammenlikning med eksisterende litteratur .....	22
4.2.1	Anerkjenne plager .....	22
4.2.2	Oppsummere utredning .....	23
4.2.3	Forklare sammenhenger .....	24
4.2.4	Pasientavhengig.....	25
4.2.5	Strategier .....	27
4.2.6	Opplæring.....	27
4.3	Styrker og svakheter ved studien .....	28
4.4	Implikasjoner.....	30
5	Konklusjon .....	31
	Referanseliste .....	32
	Vedlegg 1: Infoskriv til deltakere.....	35
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	37

Vedlegg 3: Sammendrag av kunnskapsevalueringer hovedartikler .....	39
--	----

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Medisinsk uforklarlige symptomer (MUPS) er somatiske plager og symptomer som en ikke finner årsaken til. Vanlige MUPS-tilstander inkluderer svimmelhet, tretthet, irriterbar tarm og kronisk utmattelseslidelse (CFS). Mange leger synes at MUPS-pasienter kan være vanskelig å håndtere, da de utfordrer det biomedisinske sykdomssynet som mange lærer på medisinstudiet. Flere pasienter ønsker seg en forklaring på disse symptomene, noe leger også synes er vanskelig. Selv om legene føler dette er krevende, ønsker mange leger å gi pasientene en forklaring på plagene deres. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan fastleger forklarer MUPS-tilstander til sine pasienter.

**Materiale og metode:** Denne studien er kvalitativ, med utgangspunkt i semistrukturerte intervjuer med fire allmennleger. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak, og transkribert ordrett. Det transkriberte datamaterialet ble så analysert ved hjelp av metoden systematisk tekstkondensering (STC).

**Resultater:** Analysen førte til fem hovedtemaer. Første tema omhandlet hvordan legene hadde lært å forklare MUPS til pasienter. Legene følte ikke de hadde hatt noe særlig opplæring, og den viktigste læringskilden var egne erfaringer. Andre tema var å anerkjenne plager. Deltakerne syntes det var viktig å fortelle pasientene at legene trodde plagene deres var ekte. Tredje tema omhandlet å forklare sammenhenger, hovedsakelig mellom psyke og somatikk. Fjerde tema gjaldt å oppsummere utredning, ved å gjennomgå negative funn, forklare at det trolig ikke var noe farlig og at legen ikke kunne finne årsaken. Den siste kategorien fortalte at disse måtene å forklare MUPS på, varierte rundt hvem pasienten var. Dette avhengte av pasientens ønsker, legens kjennskap til pasienten og lege-pasientrelasjonen.

**Konklusjon:** Hvordan fastlegene forklarte MUPS kan beskrives av å anerkjenne plager, forklare sammenhenger og oppsummere utredning. Legene fortalte at de ikke hadde en fast strategi, men det var likevel likhetstrekk i hvordan de forklarte MUPS. Hvordan legene bruker disse forklaringene avhenger av hvem pasienten er, og hvor godt de kjenner pasienten. Flere studier på dette temaet behøves for å kunne forbedre hvordan fastleger forklarer MUPS.

# 1 Bakgrunn

På medisin profesjonsstudium er det mye en skal lære. Mesteparten av det vi lærer, har bakgrunn i klare diagnoser som settes, underbygget av anamnese, klinisk undersøkelse, biokjemi og diverse andre supplerende undersøkelser. Disse diagnosene vil deretter som regel bli behandlet etter retningslinjer, med flere alternativer dersom det skulle oppstå behandlingssvikt. Denne type lidelser krever selvsagt en god lege, som vet hva de ser etter og hva de skal merke seg. Men, hva gjør vi når vi sitter på legekontoret med en pasient hvor vi ikke klarer å finne årsak til plagene deres?

Allmennedisinen er en liten del av vårt studium, og en enda mindre del av dette går til undervisning om pasienter hvor vi ikke finner årsak til plagene. Det er krevende å være lege i situasjoner hvor en har utredet pasienten etter de mistankene en har hatt, men ikke kommet noen vei. Som lege skal man være en trygghet for pasienten. Når legen som skal ha denne trygge rollen er i tvil, kan dette skape usikkerhet hos både lege og pasient. Denne oppgaven er viet til å kartlegge hvordan fastleger forklarer slike medisinsk uforklarte symptomer til sine pasienter. Det er mange faktorer som spiller inn på hvordan en konsultasjon om medisinsk uforklarte symptomer vil utspille seg. Derfor har jeg i avsnittene under forsøkt å belyse problematikken rundt slike tilstander, fra både pasientens og legens ståsted.

## 1.1 Hva er MUPS?

Medisinsk uforklarte plager og symptomer, forkortet MUPS, er tilstander hvor en ikke finner en klar årsak til plagene og symptomene til pasienten, selv etter grundig anamnese, klinisk undersøkelse og ofte videre utredning i spesialisthelsetjenesten (1). I litteraturen brukes det forskjellige navn på tilstander som disse. Eksempler på slike navn er somatoforme lidelser, funksjonelle somatiske symptomer og uforklarte fysiske symptomer (2, 3). Jeg velger i denne oppgaven å bruke begrepet medisinsk uforklarte plager og symptomer, heretter kalt MUPS.

En av tre konsultasjoner i allmennpraksis er avsluttet uten en konkret diagnose (4). Det finnes forskjellige tall på hvor ofte fastleger møter MUPS i allmennpraksis. Aamland et al. beskrev at i deres studie på norske allmennleger, gjaldt 3% av konsultasjonene MUPS (5), mens i boken «Allmennmedisin» blir det beskrevet at en av fem konsultasjoner omhandler MUPS (1). Aamlands artikkel hadde dog en streng definisjon på MUPS, som «somatiske symptomer

uten identifisert organisk årsak, med varighet på minimum 3 måneder og som leder til tap av funksjon. MUPS-tilstander inkluderer mange tilstander, hvor et stort antall av pasienter har plager som er langvarige eller kroniske (3), og er hyppigere sett hos kvinner enn hos menn (5). Aamlund et.al fant at muskel-/skjelettplager og tretthet var de hyppigste presenterte symptomene, etterfulgt av hodepine, svimmelhet og gastrointestinale plager (5). Diagnoser som defineres som MUPS er for eksempel fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom og spenningshodepine. Forskning tyder på at sykdomsmekanismene i disse tilstandene er komplekse, og de beskrives som et dynamisk samspill mellom somatiske og psykiske mekanismer (1). Det finnes flere fellestrekk mellom de forskjellige MUPS-tilstandene, dermed er det naturlig å tenke at det finnes noen felles underliggende sykdomsmekanismer (1). Tilstander kan defineres som MUPS, selv om det finnes en diagnostisk definisjon av tilstanden, kunnskap om mest effektive behandling og aksepterte teorier for årsakssammenheng, som for eksempel fibromyalgi og irritable tarm (1).

## **1.2 Fastlegers perspektiv**

I Norge, hvor vi har fastlegeordning, bruker de fleste pasienter med MUPS fastlegen sin som sitt hovedsted for kontakt med helsevesenet og er derfor ofte hos sin lege (1, 6). Forskning viser at pasienter med MUPS kan vekke forskjellige følelser hos legen, og at det er flere årsaker til at allmennleger synes slike pasienter kan være vanskelige (7). Mange leger opplever å føle seg usikre og redde for å gå glipp av noe farlig, samt frustrasjon og en følelse av å bli overveldet. Ifølge forskning angir mange leger at slike pasienter er utfordrende på flere plan, både når det gjelder kommunikasjon, egen selvfølelse og det faglige (4, 7, 8).

Johansen og Risør (9) har i sin metasyntese samlet flere utfordringer som allmennleger kan oppleve i møte med MUPS-pasienter. En av disse er at legene opplever at det er en uoverensstemmelse mellom det idealet som blir lært bort på medisinstudiet og realiteten i legerket. Det nevnes at allmennlegene føler at de på studiet har lært om diagnoser og symptomer som kommer av en klar medisinsk årsak, og som kan behandles etter standardiserte retningslinjer. Dette kommer dermed i kontrast til legerkets realitet, hvor problemstillingene er sammensatte, ofte ikke har en klar medisinsk årsak og pasientene ofte trenger ivaretagelse på en annen måte enn medisinsk behandling (9).

Denne artikkelen trakk også frem at det ofte oppstår en inkongruens, altså en slags disharmoni, mellom lege og pasient. Der pasienten oppsøker legen med et syn på symptomene sine som bunn i en ren biomedisinsk tankegang om organisk patologi, vil ofte fastlegen ha et synspunkt som er mer biopsykososialt (9). Wileman et al. poengterer i sin artikkel at legene mener at pasienter setter symptomer i bokser, i større grad enn legene gjør. Dersom en pasient har vondt i magen, kan han/hun, ifølge legene i Wilemans studie tenke at problemet ligger i boksen merket «magen». I motsetning til dette mente mange fastleger vil se en større sammenheng, inkludert biopsykososiale faktorer (10). I en situasjon hvor pasienten tror deres plager kommer av en klar somatisk årsak, benytter gjerne pasienten seg av det som kalles «common-sense modell for illness» (11). Denne modellen sier at pasienten ønsker å vite fem ting om sin sykdom; diagnosenavn, grunnen til at den har oppstått, tidsperspektiver, konsekvenser og evne til å kontrollere tilstanden. Om pasienten da lider av MUPS, er det flere av disse punktene fastlegen ikke kan gi svar på, og det kan oppstå gnisninger i relasjonen mellom lege og pasient. Derfor er måten legen forklarer MUPS til pasienten viktig for å opprettholde denne relasjonen (6).

Et annet problem som har blitt satt lys på er temaet makt i relasjonen. Med tanke på at fastlegen har en stor mengde medisinsk kunnskap, sitter legen ofte med makt i form av kunnskap i lege-pasient-relasjonen. I kartleggingen til Johansen og Risør kom det frem at fastlegene følte at makten lå hos pasienten og at legene i flere tilfeller følte seg maktesløs, da de ikke kunne komme med en medisinsk forklaring på symptomene til pasienten (9). I tillegg, vil også pasienten ha makt til å ikke godta fastlegens mulige forklaring om for eksempel psykososiale faktorer, noe som kan oppleves som veldig frustrerende fra legens ståsted (10).

For mange leger kommer konsultasjoner som inneholder MUPS med en frykt om at det er underliggende patologi som har blitt oversett (7). Dette kan igjen føre til unødvendig stor utredning av pasienter. Overdreven utredning av pasienter blir også brukt som et verktøy for legen for å unngå å måtte forklare at de faktisk ikke vet hva plagene til pasienten skyldes (12). Da mange allmennleger føler seg noe hjelpeløse i slike situasjoner, kan de også føle seg presset til å gjennomføre større utredning enn selv ser nytten i (13).

Det er naturlig at det oppstår et paradoks når en lege blir bedt om å forklare noe som heter medisinsk uforklarte symptomer. Likevel ønsker veldig mange pasienter en forklaring på sine

plager, og dette reflekteres også i de fleste allmennlegers ønske om å gi dette til pasientene (12). Selv om de ønsker å gi en forklaring, synes mange leger det er vanskelig. Noen leger velger bevisst å styre unna å gi en forklaring, da de føler seg for usikre på området (12). Leger som har laget seg en strategi for å takle MUPS-pasienter har i en studie vist å ha en mer positiv tankegang rundt slike pasienter (7). Howman et al. beskrev at forskjellene på de legene med mest negative tanker og de legene med mest positive tanker rundt MUPS, var at legene som tenkte positivt rundt slike pasienter hadde mer realistiske mål for hva de kunne få til, og var villige til å tenke utenfor en biomedisinsk modell (7).

Et annet poeng er at flere leger føler de ikke har fått god nok opplæring i å håndtere disse pasientene (12). Yon et al. skrev i sin studie om nyutdannede leger fra England sine opplevelser med MUPS (12) at flere av legene var usikre på hva de kunne bidra med i slike pasientforløp. Noen leger rapporterte også å unngå slike situasjoner, da de følte en stor usikkerhet knyttet til å forklare og hjelpe pasientene. Få av disse legene hadde fått formell trening i å takle slike pasienter, men samtlige hadde møtt på problemstillinger med MUPS i sitt arbeid.

### **1.3 Pasientperspektivet**

Pasienter som lider av MUPS har ofte nedsatt funksjon i sitt daglige liv, de kan sees på som vanskelige pasienter av leger og de koster mye for samfunnet (9, 14). Mange pasienter med MUPS opplever både stigma for sin tilstand og kan føle at de mangler forståelse fra både samfunnet og helsepersonell (15). For flere pasienter er mangelen på en konkret diagnose vanskelig å takle (15). Mangel på en forklaring på plagene kan føre til en følelse av at symptomene og plagene til pasienten ikke blir sett på som ekte, og mange ønsker å kunne «bevise» sine plager til andre. En stor andel pasienter opplever en mangel på forståelse for sine plager i helsevesenet (1).

Forskjellige pasienter har ulike måter de forklarer MUPS på (11). Et synspunkt som virker å være mye utbredt er at pasientene har et rent biomedisinsk syn på sine plager, og ofte ikke anerkjenner at plagene deres kan være sammensatte av flere faktorer, som i den biopsykososiale modellen (1). Nunes et. al. fant derimot i sin studie at mange pasienter i utgangspunktet trodde på psykososiale årsaker til plagene sine (16). De fant også at de pasientene som i utgangspunktet trodde plagene deres hadde en rent somatisk årsak, i løpet av

konsultasjonen ofte aksepterte en forklaring med et psykologisk aspekt. Det er også kartlagt at mange pasienter er under oppfatning at stress påvirker plagene deres (11). Selv om det er beskrevet at mange pasienter uttrykker at deres plager har en somatisk årsak, er det altså noen studier som tilsier at noen pasienter har et bevisst forhold til hvordan følelsesliv og psyke kan påvirke somatiske plager (17).

Det er gjort flere studier for å prøve å kartlegge hvilke forventninger pasienter med MUPS har til et besøk hos sin fastlege. Noen ønsker seg en klar og tydelig forklaring på hva symptomene kommer av, noen ønsker en nøye utredning og noen nøyer seg med å vite at de ikke lider av noe farlig (14). Et poeng som blir ofte nevnt er å oppleve empati og åpenhet fra sin fastlege (14). Houwen et al. fant tre hovedtemaer for hvordan leger kunne vise empati til sine pasienter. Disse var empatisk lytting til pasienten, å sørge for at pasienten og legen var likeverdige i samtalen og sørge for fokus på problemene pasienten presenterte. Denne studien påpekte også nødvendigheten av en forklaring og hjelp til å takle symptomene (14).

Pasienter i en studie rapporterte at fastlegen kunne få de til å føle at de var til besvær. I den samme studien ble det påpekt at non-verbal oppførsel, som mangel på øyekontakt, førte til dårligere personlig kontakt mellom lege og pasient, og dermed en dårligere konsultasjon (13). Når pasienter med MUPS er misfornøyde med sine konsultasjoner, er årsaken ofte at det pasienten oppfatter som viktig ikke blir oppfattet som viktig hos legen (13) og at pasienten føler at legen ikke tar dem seriøst (14). Pasienten opplever her at det som får fokus under konsultasjonen, ikke er grunnen til at de oppsøkte lege. Noen pasienter har også rapportert at de har vært misfornøyde med at fastlegen ikke har innrømmet at kunnskapene deres er begrenset og at de ikke kan forklare symptomene til pasienten (13), og at de foretrekker en ærlig lege (14).

## **1.4 Strategier for å forklare MUPS**

Selv om MUPS er vanskelig å forklare, da det ligger i begrepets natur at symptomene er uforklarte, er det beskrevet noen forklaringsmodeller som kan brukes. Ravenzwaaij et al. gjorde en analyse av tilgjengelig forskning, for å kartlegge slike forklaringsmodeller (18). De fant hele ni forskjellige forklaringsmodeller. Disse ble kalt «somatosensory amplification», «sensitisation», «sensitivity», «immune system sensitisation», «endocrine dysregulation», «signal filter model», «illness behaviour model», «autonomous nervous system dysfunction»

og «abnormal proprioception». Disse ni modellene er spesifikke på hver sin årsak, blant annet somatiske årsaker, persepsjon, hvordan sykdom oppfører seg og disposisjon. Disse forklaringsmodellene viser at selv om MUPS ikke kan forklares av funn på utredning, finnes det mulige forklaringer likevel.

I tillegg har Ursin og Eriksen laget en modell som heter «Cognitive Activation Theory of Stress» (CATS) (1). Denne modellen er basert på psykonevroimmunologi, og kan brukes for å forstå grunnleggende mekanismer for MUPS. Modellen gir en forklaring på hvordan belastninger og stress som mennesker utsettes for på daglig basis, fører til en fysiologisk aktivering.

Så hvorfor trenger vi å kartlegge kommunikasjon mellom pasient og lege når det kommer til MUPS? Som beskrevet i avsnittene over har flere leger uttrykt at selv om de føler seg hjelpeløse og rådvile i konsultasjoner med MUPS, ønsker de å kunne hjelpe pasientene sine i større grad (7, 12). Selv om det er kartlagt noen forklaringsmodeller for MUPS, ender de fleste fastleger med å lage sin egen strategi for å forklare disse plagene (18). Pasientene ønsker en forklaring og de fleste fastleger har et stort ønske om å hjelpe pasienter med MUPS. De trenger derfor å forklare disse plagene på et vis.

For å kunne forbedre allmennlegers kommunikasjon rundt og forklaring av MUPS til pasienter, er det viktig å beskrive hvordan allmennlegene forklarer MUPS. Om en får kartlagt dette, er det lettere å skjønne hvor denne kommunikasjonen kan forbedres. Det er generelt forsket relativt lite på hvordan allmennleger faktisk forklarer MUPS til sine pasienter, og lite av forskningen som har foregått om MUPS er fra Norge. Denne oppgaven fokuserer som nevnt tidligere på hvordan fastleger forklarer MUPS til sine pasienter, og dette er dermed mitt hovedspørsmål. I tillegg vil jeg undersøke det som gjelder opplæring rundt hvordan man skal takle pasienter med MUPS. Hva er den viktigste læringskilden til allmennlegene når det kommer til å forklare MUPS?

## 2 Materiale og metode

### 2.1 Studiedesign

For å svare best mulig på spørsmålet «hvordan forklarer fastleger MUPS til sine pasienter» ble det av meg og min veileder bestemt at kvalitativ forskningsmetode, med et semistrukturert intervju, var den beste metoden. I utgangspunktet var planen å observere fastleger i en dag med konsultasjoner, for så å utføre intervju på slutten av dagen. Dessverre kom COVID-pandemien midt i perioden når jeg forberedte meg til å utføre datainnsamlingen, så observasjon og generell tilstedeværelse på legekantorene lot seg ikke gjøre. Dermed baserer studien seg på semistrukturert intervju, gjort over videosamtale.

I følge Malterud (19) er kvalitativ metode god til å få vite mer om egenskaper som erfaringer, tanker, motiver og holdninger. Det er mulig å spørre etter nyanser og betydninger, og det styrker vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Kvalitativ metode er godt egnet for områder hvor problemstillingen som skal utforskes er sammensatt, og der man ønsker å finne resultater som ikke er presentert før.

### 2.2 Rekruttering og utvalg

I utgangspunktet ønsket jeg meg maks fem leger til å delta i oppgaven, som arbeidet på legekantor i en region i Nord-Norge. Kriteriene for deltakelse ble bestemt til å være:

- Spesialist i allmennmedisin eller lege i spesialisering i allmennmedisin
- Arbeider på legekantor i regionen

Jeg sendte mail med informasjon om oppgaven og spørsmål om de ville delta til legene tre forskjellige kommuner i regionen. Det skulle vise seg å være vanskelig å rekruttere deltakere til oppgaven. Noen svarte at de ikke hadde tid, andre at de ikke drev med pasientrettet virksomhet for tiden. De fleste fikk jeg aldri svar fra.

Etter en stund med mailkorrespondanse endte jeg opp med fire leger som svarte ja til å delta i studien min. Dermed endte jeg opp med et tilgjengelighetsutvalg. Likevel endte jeg opp med en ganske god spredning i informantene mine. Deltakerne besto av to kvinner og to menn. To av disse var veldig nye som fastleger, mens to hadde mer erfaring. Legene arbeidet på tre forskjellige legekantor.

## 2.3 Etikk

Forskningsprosjektet ble meldt inn til NSD, da det var nødvendig for oppgaven å innhente potensielt personidentifiserende data. Når legene hadde takket ja til å delta i studien, eller ved spørsmål om studien, fikk de tilsendt et dokument med informasjon om studien. I tillegg til dette ble alle disse potensielle identifiserende data om legene, som arbeidsplass og kjønn, anonymisert i transkriberingen.

Legene ble informert om hvordan de kunne trekke utsagn eller trekke seg helt fra studien. Deltakerne fikk også muligheten til å gi beskjed om de ønsket at gitte utsagn ikke skulle siteres i det ferdige produktet. Dette var i tilfelle de fortalte pasienthistorier som var lett gjenkjennelig, men som de ønsket å fortelle på grunn av en større sammenheng.

## 2.4 Datainnsamling

Innsamling av data ble gjort ved et semistrukturert intervju som ble utført over videosamtale. Disse var det egentlig planlagt å gjøre ansikt til ansikt, men dette lot seg ikke gjøre grunnet COVID-19. Jeg valgte å gjøre semistrukturerte intervju da jeg ønsket at intervjuobjektene selv skulle hente frem tanker og erfaringer de fant relevante, samtidig som jeg ønsker at intervjuet skulle være sentrert på forskningsspørsmålet. I forkant av intervjuene ble deltakerne informert om hva intervjuene skulle brukes til, og hvordan de kunne trekke seg fra studien. De fikk tilsendt et informasjonsskriv, slik at de hadde mulighet til å forberede seg noe til intervjuene.

Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide, for å sikre at jeg fikk svar på de sentrale spørsmålene. Intervjuguiden ble endret noe underveis, da jeg underveis i prosessen fant nye relevante spørsmål eller omformuleringer. Malterud skriver at intervjuguiden bør revideres underveis, ettersom forskeren får større forståelse for hvor fokuset bør være (19).

Jeg utførte intervjuene selv. Under intervjuene forsøkte jeg å benytte meg av critical incidence thinking (19). Denne metoden går ut på å forsøke å få intervjuobjektet til å dele konkrete hendelser som har endret eller vært betydelige for deres erfaringer. Dette gjøres ved å stille oppfølgingsspørsmål som «Kan du gi et eksempel på det du forteller nå?». Malterud (19) forteller at under semistrukturerte intervjuer skal en, som navnet tilsier, ikke være totalt ustrukturerte. Det er dog viktig å ha is i magen når intervjuobjekter forteller om noe som kan virke som en avsporing, da ny og nyttig informasjon ofte kan ligge langs slike sidespor.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptak, med samtykke fra intervjuobjektet. Disse opptakene ble brukt til å støtte meg på i senere analyser. Opptakene ble transkribert rett etter intervjuet var gjennomført, for så å bli slettet umiddelbart etterpå.

## **2.5 Analyse**

### **2.5.1 Transkripsjon**

For å gjøre materialet tilgjengelig for analyse, må det transkriberes om på en organisert og håndterbar måte (19). Som nevnt over ble transkripsjonen utført rett etter intervjuet.

Transkripsjonen fra rådata til tekst er første steg mot å analysere dataene, og det er viktig å allerede her være bevisst på at jeg setter mitt preg på dataene. Ved å være bevisst på dette fra start, er det lettere å unngå å overdøve informasjonen fra rådataene (19). Transkripsjonen ble utført nå nøyaktig og virkelighetstro som mulig.

Under transkripsjonen ble dialekter oversatt til bokmål og ventelyder som «eeh» og «hmm», samt bekreftende lyder fra intervjueren ble ikke tatt med. Bortsett fra dette ble alt som ble sagt transkribert. Jeg endret ikke på setningsoppbygging eller liknende, så transkripsjonsnotatene hadde en muntlig ordlyd over seg.

### **2.5.2 Analyse**

Det finnes mange metoder for å analysere kvalitative data. Jeg og min veileder ble enige om at systematisk tekstkondensering (STC) var et godt valg for denne oppgaven, som beskrevet av Malterud i boka «Kvalitative forskningsmetoder for medisins- og helsefag» (19). Denne metoden er systematisk med klare trinn og overkommelig for nybegynnere innen kvalitativ forskning (19).

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn. Det første trinnet går ut på å danne seg et helhetsinntrykk. Jeg startet med å lese nøye gjennom det gjeldende intervjuet. Etter jeg hadde lest hele intervjuet, skrev jeg ned seks foreløpige temaer som jeg følte rommet legens forklaringer. Temaene jeg endte opp med her var «anerkjenne symptomer», «forklare sammenhenger», «ikke farlig», «oppsummere utredning», «opplæring» og «finner ingen årsak».

På trinn nummer to startet jeg med å gå gjennom de foreløpige temaene som ble satt i forrige trinn, for så å danne meg fem kodegrupper som skal brukes i dette trinnet av analysen. Disse

kodene ble «opplæring», «anerkjenne symptomer», «forklare sammenheng», «pasientavhengig» og «oppsummere utredning». I tillegg laget jeg meg en oppsummeringskategori kalt «strategier». Deretter leste jeg gjennom hele intervjuet på nytt, for å finne det vi kaller meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er de delene av teksten som inneholder relevant informasjon. En meningsbærende enhet kan være en setning, flere setninger eller et avsnitt, det er ingen regler som bestemmer størrelsen på disse. Disse meningsbærende enhetene systematiseres så inn i kodegruppene.

Det tredje trinnet i STC er kondensering. Dette trinnet går ut på å abstrahere informasjonen som vi nå har sortert. Da la jeg til side de delene av intervjuet hvor jeg ikke hadde funnet meningsbærende enheter. Her så jeg på hver kodegruppe for seg selv. I hver kodegruppe lages det to til tre subgrupper, for å ta stilling til hvilke aspekter i kodegruppen de meningsbærende enhetene forteller best om. For eksempel ble kodegruppen «oppsummere utredning» delt inn i subgruppene «ikke farlig», «negative funn» og «finner ingen årsak». Deretter laget jeg et kunstig sitat, et kondensat, for hver enkelt subgruppe, som bar med seg innhold fra hver enkelt meningsbærende enhet, i en mer generalisert form. For eksempel ble kondensatet fra subgruppen «ikke farlig» seende slik ut:

**«Mange pasienter vil gå langt for å få vite at de ikke lider av noe farlig. Dermed er det første jeg forklarer til pasientene mine er at plagene deres, etter det jeg kan finne ut, ikke kommer av noe farlig. Jeg pleier alltid å ta opp kreft, og si at jeg har sjekket, så langt det lar seg gjøre, at du ikke har kreft per nå. Jeg sier også at jeg er ikke bekymret for at plagene dine skyldes annen potensielt farlig sykdom, som systemsykdom eller hjertesykdom og eventuell annen farlig sykdom som pasienten kan være redd for. Mange pasienter responderer godt på at man trykker på at man har lett etter de farlige sykdommene. Jeg opplever dog at det ikke er alle som i utgangspunktet er redd for at det er noe farlig, noen er ofte heller på leten etter et klart svar.»**

Det fjerde og siste trinnet kalles syntese, og går ut på å gjøre om materialet fra kondensat til beskrivelser, begreper og resultater. Her måtte jeg vurdere om resultatene jeg har så langt, fortsatt gir en god beskrivelse av hva som faktisk ble sagt i intervjuene. Her bruker man kondensatene for å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe og subgruppe, illustrert med det som kalles et gullsitat. Et gullsitat er et sitat fra intervjuet, som presist og enkelt

fremstiller kjernen i subgruppen. Etter dette er det viktig å se resultatene opp mot den sammenhengen de kom fra. Derfor leste jeg gjennom intervjuene på nytt, for å bli minnet på hva som faktisk ble sagt.

## 3 Resultater

### 3.1 Opplæring

#### 3.1.1 Ingen opplæring

De fleste legene fortalte at de hadde ikke fått opplæring i å takle pasienter med MUPS. De sa alle sammen at de hadde hatt noe opplæring om MUPS, men ikke i hvordan man kunne kommunisere rundt dette. Tre av deltakerne mente dette hadde vært en mangel i deres studier. I tillegg var det lenge siden de hadde hatt slik undervisning, og på den tiden hadde de ikke nok kroker å henge opplæringen på. En annen deltaker forklarte at gjennom deres studier var det ingen som hadde gitt de tips om forklaringer de kunne bruke, dersom de stod i et MUPS-scenario hvor en trengte å forklare MUPS til en pasient.

*«Nei, jeg har ikke fått noen opplæring i dette. Og det er jo litt av det sjokket ved å komme ut. Verden er ikke som i lærebøkene».*

#### 3.1.2 Råd fra kolleger

En viktig måte for legene å tilegne seg kunnskap var gjennom råd og erfaringer fra kolleger i allmennpraksis. Noen leger fortalte at de hadde fått god veiledning på hva man kunne si til slike pasienter gjennom sine veiledere. Andre fortalte at morgenmøtene på legekantoret var en viktig læringsarena for MUPS. Det ble fortalt at det på morgenmøtene ble diskutert både hvordan man kunne kommunisere rundt MUPS, men også generelle MUPS-kasuistikker.

*«Men det aller viktigste er at dette er de casene vi diskuterer på morgenen. Vi har 20 minutter hvor alle legene møtes her på kontoret, og da diskuterer vi noen ganger elgjakt, noen ganger sola som ikke skinte i påsken og ganske mange ganger diskuterer vi pasienter. Da er brorparten MUPS-kasuser.»*

#### 3.1.3 Prøve seg frem

Det som fremsto som den viktigste måten for de intervjuede legene å lære seg MUPS på, var dog å prøve seg frem og gjøre seg egne erfaringer. Flere av legene fortalte at de prøvde nye metoder å kommunisere på, og gjorde seg erfaringer på hvordan dette fungerte. En lege beskrev hvordan vedkommende prøvde ut en ny strategi på noen pasienter, hvor legen prøvde å vende fokuset mer over på håndtering av plagene. I tillegg var det leger som snakket om

viktigheten av å prate med pasientene sine og gjøre seg erfaringer med den spesifikke pasienten, da pasienter er veldig forskjellige. Dette fremsto som viktig, da denne legen trodde at kommunikasjonen var det viktigste og det er begrenset hvor mye man kan kurses i kommunikasjon.

*«Jeg er fortsatt såpass fersk i gamet, at jeg prøver meg frem og ser litt «hvordan kan man si ting, hva fungerer». Så prøver jeg en ting og ser funket det eller funket det ikke? Og jeg tror ikke jeg har funnet noen fasit, for å si det sånn.»*

## **3.2 Anerkjenne plager**

### **3.2.1 Plagene er reelle**

Tre av legene som ble intervjuet var opptatt av at det å anerkjenne plagene til pasienten var avgjørende. De forklarte at pasientene hadde behov for å bli tatt på alvor og bli møtt med at de hadde ekte plager. Legene var enige om at det var viktig å fortelle pasientene sine at selv om de ikke hadde funnet noen årsak til plagene, så stolte legen på at symptomene til pasienten var ekte og at dette var vanskelig for pasienten. Legene understreket at de ville være en støttespiller for pasientene sine. En lege sa at noen pasienter hadde mer behov for støtte i det de sto i, enn å få vite om plagene skyldtes kreft eller annen farlig sykdom. En annen lege var nøye på å forklare pasienten at de stolte 100% på at pasienten hadde plager, men at de ikke alltid var 100% enig i pasientens årsaksforklaring. Det var viktig for deltakerne at pasienten skjønnte at legen ikke tvilte på om plagene var ekte. De begrunnet dette med at de ønsket at pasienten ikke skulle føle seg avvist, selv om de ikke fant årsakene til plagene.

*«Det er den balansen mellom at man forstår kanskje ikke alt, men at man prøver å støtte de og anerkjenne at ting kan være vanskelig likevel. Det er ikke slik at når vi ikke forstår ting så betyr det at ikke det er reelt, og at ikke det er vanskelig.»*

### **3.2.2 Almanneliggjøre**

En annen faktor som ble nevnt var det å almanneliggjøre plagene til pasienten. Deltakerne påpekte at de prøvde å ufarliggjøre det å ha forskjellige plager og ikke lage ting til et større nummer enn det egentlig er. Deltakerne beskrev at de forsøkte å forklare

pasientene at plagene de kom med, som oftest, ikke var unormale, og at de ikke var alene med å ha disse plagene. En lege illustrerte dette ved et eksempel som omhandlet MUPS, hvor legen mistenkte at det var en psykisk faktor med. Legen forklarte her hvor vanlig varianter av psykiatri er, både i hverdagen til en fastlege og i samfunnet generelt. Dette var en måte å ufarliggjøre det psykiske aspektet og vise pasienten at psykiatriske plager ikke er mindre tilgjengelige for forståelse og intervensjon enn somatiske plager. For legene var denne alminneliggjøringen et viktig steg mot at pasienten kunne klare å håndtere plagene.

*«Så jeg sier til pasienten min at i løpet av dagen er 30-40% med det jeg jobber med er psykiatrivarianter. Om det nå skulle vise seg at det du har er lettest å beskrive med en psykisk lidelse eller ikke nødvendigvis lidelse, men bare en prosess som skjer på hjernenivå, så er det noe som er akkurat like lett tilgjengelig og akkurat like greit å forholde seg til som at det skulle være noe annet.»*

### **3.3 Forklare sammenhenger**

#### **3.3.1 Psyke og soma**

Alle legene forklarte at de fokuserte på sammenhengen mellom det psykologiske og det somatiske. Flere av legene fortalte at pasienter som var kjent med psykiske plager, enten hos seg selv eller nære personer, hadde noe lettere for å godta sammenhengen mellom psykiske plager og somatiske symptomer, enn de pasientene som ikke hadde erfaring med psykiske plager fra før.

To deltakere beskrev hvordan de forklarte konkrete eksempler på somatiske symptomer som kan skyldes psykiske plager. De nevnte spesifikt angst som kan føre med seg somatiske symptomer som blant annet prikking og magesmerter, som er utenfor vår egen kontroll. En lege nevnte at for å gjøre det lettere for pasientene å godta det psykiske aspektet, forklarte legene at de psykiske plagene kanskje ikke var hovedårsaken. Likevel var det trolig med på å påvirke bildet, og det var viktig å ta hensyn til når det kom til å håndtere pasientens plager. En annen deltaker hadde opplevd at pasienten følte legen ikke tok de på alvor om det ble satt fokus på det psykiske og en sammensatt problemstilling. Denne legen hadde hatt pasienter som hadde blitt sint på vedkommende for å foreslå dette, så derfor an pasienten før vedkommende la frem denne teorien.

*«I løpet av en slik utredning går vi ofte gjennom scoringsskjemaer for f.eks. depresjoner eller angst. Og selv om de kanskje ikke scorer til en depresjon eller angst, kan jeg bruke resultatet på det de har svart for å vise dem at «du er ikke deprimert, men du har noe her som trykker likevel».»*

### **3.3.2 Soma og psyke**

Flere av legene fortalte at de også forklarte pasientene sine hvordan somatiske symptomer over tid ville påvirke psyken. De la mye vekt på dette, og forklarte at de brukte mye tid på å oppnå en helhetlig forståelse for dette hos pasienten. Det ble fortalt at legene hadde opplevd flere pasienter som hadde motstand mot disse sammenhengene. Årsaker til denne motstanden ble foreslått å være at pasientene hadde forventet en somatisk årsak til sine plager, samt en frykt for å ha en psykisk lidelse. En lege forklarte at vedkommende hadde to modeller som legen brukte til for å forklare hvordan kroppen henger sammen med følelser, tanker og handlinger, samt hvordan hjernen tolker signalene fra kroppen annerledes ut fra hvordan du tenker om dem. En lege sa at vedkommende ofte forklarte hvordan konstante smerter påvirker humøret og gjør at man lett føler seg energiløs og nedstemt. Vedkommende pleide også å forklare at smerter over tid vil, uansett årsak, føre til funksjonssvikt.

*«Noen er veldig redde for at hvis det ikke er noen åpenbar somatisk diagnose, så må det være noe psykisk. Det kan være at de er redde for ting som de føler er tabu, og de vil ikke vedkjenne seg at det er noe psykisk. Det merker man veldig fort. Om de aner at det er den retningen det dras i diagnostisk, så pleier jeg å trekke inn dette med at det å ha vondt over tid, hva gjør det med humøret?»*

### **3.3.3 Tankemessig håndtering**

Tankemessig håndtering ble nevnt av flere av legene som en forklaring på hvordan en kunne hindre plagene i å forverres eller fortsette. Flere leger fortalte at etter de hadde fortalt pasienten at de ikke kunne finne noen årsak på plagene og anerkjent at plagene til pasienten var ekte, forsøkte de å vri temaet over på hvordan pasienten kunne håndtere disse plagene best mulig. Begrepet tankemessig håndtering ble brukt av flere av legene, for å beskrive hvordan

pasientene kunne endre sine adferdsmønstre og tanker til å hjelpe dem med å håndtere plagene sine, når medisinsk behandling viste seg å ikke være et alternativ. Også her dro den ene legen frem den samme modellen som ble brukt under “soma og psyke”, som her ble brukt for å forklare hvordan hjernen tolker kroppens signaler annerledes ut fra hvordan vi selv tenker rundt de. En lege forklarte at vedkommende brukte teknikker fra kognitiv adferdsterapi, for å få pasienten til å selv reflektere rundt dette og komme på løsninger selv, uten at legen la ord i munnen på dem.

*«Da må man kanskje snakke litt med hvordan man håndterer smerten. At man går inn i de atferdsmessige mønstrene, og knytter dette opp til de plagene man har og prøve å få oversikt over det, og da pleier jeg ofte å stille spørsmål på en slik måte at de klarer å finne frem til svarene selv.»*

### **3.4 Oppsummere utredning**

#### **3.4.1 Ikke farlig**

Tre av legene var enige om at mange pasienter er villige til å gå langt for å vite at de ikke lider av noe farlig. Pasientene ønsket gjerne utstrakt utredning og var villig å si imot legen, for å få dette. Det legene først fortalte pasientene sine etter utredningen, var at plagene deres ikke kom av noe farlig. Nesten alle legene beskrev kreft som det viktigste å ta opp, da det var dette som ble opplevd som den vanligste frykten hos pasientene. En lege forklarte at vedkommende begynte med å forklare at det ikke var noen tegn til kreft, for så å fortsette til annen farlig sykdom som for eksempel systemsykdom, hjertesykdom og nyresykdom. Det var enighet blant disse tre legene om at pasientene responderte godt på at de ble trygget på at det ikke var tegn til noe farlig.

En av legene påpekte at vedkommende forklarte at det ikke var noe farlig, om det var noe pasienten var opptatt av. Han opplevde dog at et fåtall av pasientene var redd for at det var noe farlig, men at de heller var på leting etter et klart svar, og slet med tankene om hvordan plagene deres ville påvirke resten av livet deres. Denne legen antydte dermed at vedkommende ikke alltid forklarte pasientene sine at de trolig ikke led av noe farlig, men gjorde dette om legen opplevde at pasienten lurte på dette.

*«Det jeg alltid pleier å si til pasienten er at «de tingene jeg lover at jeg har gjort, det er at jeg så langt vitenskapen har mulighet så har jeg sjekket at du ikke har noen farlige sykdommer. Du har ikke kreft, du har ikke farlig hjertesykdom, du har ingen systemsykdom som truer deg».»*

### **3.4.2 Oppsummere negative funn**

Alle legene fortalte at en forklaring de brukte mye var å oppsummere de negative funnene som var gjort, og dermed også avkrefte diagnoser. En lege nevnte at for noen pasienter er det nok å oppsummere hva som har blitt sjekket og at alle funn er normale. En lege brukte et eksempel hvor en imaginær pasient, som har vært lenge i systemet, kommer til denne legen for å få sett på plagene med nye øyne. Denne pasienten kunne tro at plagene deres for eksempel stammet fra noe reumatisk, som legen ikke kunne avfeie helt da det kunne vært en seronegativ variant eller en betennelse som på tidspunktet var inaktiv. Da beskrev legen den utredningen som var gjort og oppsummerte de negative funnene, for å forklare at det ikke var noe holdepunkter for diagnosen. Oppsummering av negative funn ble dermed brukt for å avkrefte eventuelle årsakssammenhenger som pasientene trodde var årsaken til plagene deres. Legene beskrev at dette ofte gjaldt kreft, reumatisme eller stoffskiftesykdom.

*«Ved MUPS så er det jo egentlig å oppsummere negative funn. Altså du sier at «jeg har ikke funnet det, ikke funnet det og ikke funnet det».»*

### **3.4.3 Finner ikke årsak**

En annen forklaring som ble nevnt av alle fire legene var å forklare til pasientene at legen har ikke funnet noen årsak. Legene beskrev at de var helt ærlige på at de ikke visste hva plagene til pasienten kom av, og at det er ikke alt vi klarer å finne ut. Denne forklaringen ble brukt som en slags avslutning på utredningen. En lege sa at vedkommende pleide å fortelle pasienten sin at legen ikke hadde funnet ut av hva plagene kom av, men vi kan ikke fortsette å utrede deg for alltid. Flere av legene fortalte pasientene sine at noen ganger må en leve med usikkerheten om hva plagene kommer av.

To av legene forklarte at de sa ikke til pasientene sine at “det er ingenting”. De var åpne med pasientene sine om at det kunne være en årsak til pasientens plager, men at legen ikke hadde funnet ut av det. En lege pleide å si at vedkommende hadde utelukket det mest sannsynlige og det farlige, og kunne ikke fortsette å lete for alltid. Denne legen sa at vedkommende var åpen

om at det kunne være en årsak de ikke hadde funnet, da legen trodde pasientene tenkte dette uansett. En annen lege fortalte at vedkommende unngikk å fortelle pasientene at det kunne være en årsak som ikke var oppdaget, da vedkommende følte dette kunne være bensin på bålet for pasientenes fantasi.

*«Jeg har nok blitt mye flinkere og mye tydeligere, spesielt etter det året jeg var i psykiatrien har jeg blitt enda mye mer tydelig på å bare rett og slett si at det er slik at det er ikke alt vi finner ut, og det må vi bare godta. Også sier jeg at vi kan ikke fortsette å ta MR av hele deg og alle blodprøver som finnes på repertoaret til sykehuset.»*

## **3.5 Pasientavhengig**

### **3.5.1 Pasientens ønsker og forventninger**

Alle legene nevnte at pasientens egne ønsker og forventninger var viktig for hvordan både utredning og forklaring av MUPS utspilte seg. En lege fortalte at vedkommende alltid pleide å starte konsultasjoner med å være mest mulig stille, for å faktisk forstå hva pasientens forventninger var, da denne legen tidligere i sin karriere ofte hadde hoppet til det legen selv trodde pasienten trengte hjelp med. En annen lege forklarte dette ved at vedkommende prøvde å nullstille og gå inn i konsultasjonene med et åpent sinn. Alle legene beskrev at om pasientens forventning var klar og tydelig, var det denne de tok utgangspunkt i. Var pasienten for eksempel tydelig redd for kreft, var det naturlig å utelukke kreft først. Var pasienten derimot ikke så redd for at det var noe farlig, men mer opptatt av reumatisk sykdom, var det naturlig å fokusere på dette først. En lege nevnte at vedkommende opplevde at noen pasienter mest hadde et behov for å være i sykerollen en stund. Det var altså gjennomgående viktig å klarlegge pasientens egne ønsker og forventninger, slik at prosessen ikke kun ble styrt av hva legen selv tenkte.

*«Det er viktig å få tak på hvilke forventninger pasienten har. Om forventningen er åpenbar og klar om at de vil henvises så vil det være ikke så smart å slå hånden av de med en gang, men forklare godt at jeg har lyst å gjøre noen ting her først. Og når det er gjort, så kan man sette seg ned og se på veien videre.»*

### 3.5.2 Kjennskap til pasienten

Det framsto som om legene mente at de tjente på å kjenne pasienten fra tidligere. En lege sa at det var en fordel å være fastlege i slike situasjoner, siden man da nettopp ofte kjente til pasienten og dens bakgrunn. Det ble sagt av en lege at vedkommende gjorde seg tanker ut fra hvem pasienten er, om det kom til å bli en lang prosess med vanskeligheter for å godta plager, eller om det kom til å bli en enklere situasjon. En annen lege forklarte at om vedkommende kjente pasientens bakgrunn, ved kultur, familie og oppvekst, kunne det være lettere å se for seg hvordan denne pasienten vil stå i en MUPS-situasjon. Dette ville igjen påvirke hvordan legene forklarte MUPS til pasientene sine. En lege beskrev at om vedkommende hadde en pasient som legen beskrev som "hårsår", ville legen passe på å ikke være for belærende. Dette var i frykt for at pasienten ville ta seg nær av slike utsagn, og at lege-pasientrelasjonen ville ta skade av dette. Samtalen rundt MUPS ble av en lege beskrevet som en dynamisk prosess, hvor det ikke nyttet å ha et fast manus.

*«Det er en fordel å være fastlege der man ofte kjenner pasientene sine litt. Ofte gjør jeg meg noen tanker ut fra hvem denne pasienten er.»*

### 3.5.3 Lege-/pasientrelasjon

Da legene i studien ble spurt om de hadde noen dårlige erfaringer med MUPS, kom det frem at de dårlige erfaringene var situasjoner hvor det oppsto friksjon i lege-/pasientrelasjonen. Dermed var det viktig for alle legene å bygge tillit og bruke tid på disse pasientene, for å danne en god relasjon. En lege fortalte at grunnen til at disse pasientene drar til mange forskjellige leger er at de har vært avvist før, og om pasienten opplevde avvisning hos denne legen, ville spiralen fortsette. Derfor var det viktig for denne legen å bruke tid på å bli kjent med pasienten, og la pasienten bli kjent med legen. I tillegg nevnte denne legen at for at pasienten ikke skulle oppleve avvisning igjen, var legen villig til å gjøre en større utredning enn vedkommende i utgangspunktet trodde var nødvendig.

En lege som ikke hadde opplevd noen dårlige erfaringer med MUPS fortalte at når utredningen kom til det som ble sluttpunktet, hadde pasienten og legen gjerne fått veldig like inngangsverdier til situasjonen. De hadde altså etter mye og god kommunikasjon endt opp med samme forventninger og mål med utredningen. Dermed erfarte denne legen at de hadde fått en såpass god relasjon, at det skulle mye til for å ødelegge denne. En lege som hadde noen

dårlige erfaringer med MUPS fortalte at friksjon i denne relasjonen som regel oppsto når det var en uenighet i hva pasientens plager bunnet i. Et eksempel var om legen mente at årsaken til pasientens problemer var sammensatte, gjerne med et psykisk aspekt, og pasienten ikke åpnet for andre muligheter enn somatiske årsaker til plagene sine.

*«Det jeg ofte ser mot slutten av slike utredninger, hvor vi ikke finner noe resultat, er at min viktigste oppgave blir å gi informasjon og budskapet om måter å håndtere dette på, samt å gi omsorg der hvor noen kan oppleve å møte en vegg hvor de har plager som er kjempetunge for de, men som de ikke får forklart. Og klarer man å vise omsorg da, så tror jeg sjeldent det kan gå galt.»*

### **3.6 Strategier**

Etter å ha undersøkt hvilke forskjellige forklaringer fastlegene brukte for å forklare MUPS, ble det også undersøkt hvordan de satte sammen disse forklaringene. Denne rekkefølgen har jeg kalt for en strategi. Tre av legene fortalte at hvordan de anvendte forklaringene sine var avhengig av hvem pasienten foran dem var, mens en av legene virket å ha en mer fastsatt strategi. Alle legene fortalte at det var viktig å først klarlegge pasientens forventinger. En av de fortalte at vedkommende var opptatt av å bygge tillit og en god relasjon, og lot dialogen styre hvor fokuset havnet. Alle legene begynte med en forklaring fra gruppen “oppsummere utredning”. Tre deltakere startet med å oppsummere hva som var sjekket, de negative funnene og avkrefte spesifikke diagnoser. De gikk deretter over til å forklare at de ikke hadde noen grunn til å tro at pasienten led av noe alvorlig eller farlig. Her var det ofte fokus på kreft. Den siste legen startet med å fortelle pasienten at pasienten trolig ikke led av noe farlig, og gikk så videre til å oppsummere de negative funnene. Etter dette fortsatte alle deltakerne med å fortelle pasienten at de ikke hadde funnet noen årsak til plagene. Her var det viktig for legene å være ærlig om dette.

Deretter fortsatte alle deltakerne med å anerkjenne pasientens plager. Her la legene vekt på at pasienten skulle vite at selv om de ikke fant noen årsak til pasientens plager, så trodde de fullt og helt på at plagene var reelle. En lege nevnte også at vedkommende pleide å alminneliggjøre pasientens plager, og dermed forsøke å ufarliggjøre det å ha slike plager.

Til slutt valgte alle deltakerne å vri samtalen over på håndtering av plagene. Her dukket forklaringene i koden “forklare sammenhenger” opp. Legene forsøkte å få pasientene til å forstå sammenhenger mellom psykologi og somatikk. Tre av legene forklarte pasientene sine hvordan psykologiske fenomener som angst og depresjon, kan gi somatiske symptomer. En deltaker la også vekt på hvordan somatiske plager, over tid, kan gi psykiske plager som nedstemthet og energiløshet. Dette endte hos alle legene opp i en dialog med pasienten om tankemessig håndtering, altså hvordan disse plagene kan håndteres, når det ikke kan behandles medisinsk.

## 4 Diskusjon

Formålet med studien er å forsøke å kartlegge hvordan fastleger forklarer MUPS til sine pasienter. Dette er en paradoksal og vanskelig setting, da legene er nødt til å prøve å forklare noe som heter medisinsk uforklarte symptomer. Legene syntes likevel det var viktig å forsøke å gi en forklaring på de delene av MUPS som vi har kunnskap om.

### 4.1 Sentrale funn

Det kom frem i studien at de fleste av legene fortalte at de ikke hadde en klar strategi på hvordan de forklarte MUPS til sine pasienter. Likevel var det ganske stor likhet mellom hvordan de la frem sine forklaringer. Måten fastlegene forklarte MUPS i studien ble delt i tre kategorier av hovedfunn: «forklare sammenhenger», «oppsummere utredning» og «anerkjenne symptomer». I tillegg fant jeg også to kodegrupper til, «pasientavhengig» og «opplæring». Alle legene brukte forklaringer fra alle kodegruppene, men i noe ulik rekkefølge. Kodegruppen «pasientavhengig» ble til da legene var tydelige på at det nyttet ikke å ha et manus foran seg, forklaringen måtte sees an ut fra hvem pasienten var. Koden «opplæring» ble til som respons på et bispørsmål om hvor legene i studien hadde lært hvordan de forklarte MUPS, hvor nesten alle legene fortalte at de ikke hadde fått noen opplæring i dette.

### 4.2 Sammenlikning med eksisterende litteratur

I litteraturen er det beskrevet at noen allmennleger bruker metaforer for å forklare MUPS til sine pasienter (20). Metaforene som er nevnt i disse studiene er for eksempel at «ryggsekken din er for tung». I denne studien var det ingen leger som nevnte å bruke metaforer i den betydning som litteraturen beskriver. Det ble nevnt uttrykk som «noe som trykker», men dette tolket jeg ikke som en metafor i samme mening som i litteraturen. Likevel kan vi ikke si sikkert at de ikke bruker denne metoden. Kanskje er metaforer mer naturlig å bruke når personen som sitter foran deg ikke har en forståelse for temaet i utgangspunktet. Muligens kunne dette kommet mer til syne om det hadde vært observasjoner inkludert i oppgaven.

#### 4.2.1 Anerkjennelse plager

Normalisering av symptomer har vært kjent som en forklaring fastleger har brukt for å beskrive MUPS. Normalisering kan betegnes som utsagn som indikerer fraværet av alvorlig og farlig sykdom, og at plagene til pasienten er innenfor det en må kunne forvente (11, 20,

21). I begrepet normalisering ligger også en tanke om at plagene er såpass selvbegrensende at de ikke har behov for helsehjelp bare grunnet disse plagene. Slike utsagn har dog vist seg å være ineffektive og kontraproduktive, da pasientene ikke følte de hadde fått en forklaring, følte seg avvist og fortsatte å lete (21). I denne studien var det ingen leger som nevnte at de pleide å normalisere plagene til pasientene sine. En teknikk som kom frem gjennom intervjuene var den forklaringen jeg valgte å kalle «alminneliggjøring», som kan høres noe likt ut som normalisering.

Forskjellen på normalisering og alminneliggjøring ligger i hva utsagnet ønsker å oppnå. Som nevnt vil en normaliserende forklaring fortelle pasienten at deres plager ikke er verre enn hva en må forvente, og ikke trenger helsehjelp. En alminneliggjøring vil derimot heller ufarliggjøre det å ha plager. I stedet for å fortelle pasienten at deres plager ikke er store nok, ønsker legen å fortelle pasienten at de ikke er alene i det å ha plager. Disse utsagnene fremsto som en blanding av anerkjennelse om at pasienten har det vanskelig og et forsøk på å gjøre slike plager mindre fremmede og skumle.

Alle deltakerne i studien beskrev at det var viktig for de å anerkjenne plagene til pasienten. Det er beskrevet at pasienter med MUPS har et behov for at plagene deres blir anerkjente som ekte (22). Houwen et al. forklarer at mange allmennleger synes det er vanskelig å vise at de forstår pasientens perspektiver og følelser (23). Dette ble ikke reflektert i intervjuene til denne oppgaven. Fastlegene som ble intervjuet fortalte at de alle la vekt på å anerkjenne plagene til pasienter og forklare at de var sikre på at pasientens plager var reelle. Ingen leger nevnte at dette var noe de syntes var vanskelig, det fremsto heller som noe som var naturlig for dem. Å anerkjenne plagene til pasienten ble også brukt som et virkemiddel i å fortelle pasienten at legen ikke trodde på deres årsaksforklaring. Også Aamland et al. har funnet at fastleger bruker dette som strategi (24). Fastlegene vil her først si at de ikke tror pasientens plager kommer av f.eks. et flåttbitt, men at legen tror likevel plagene er ekte.

#### **4.2.2 Oppsummere utredning**

Gjennom å oppsummere utredningen pasienten hadde vært gjennom, kunne allmennlegene også avkrefte forskjellige diagnoser. Dette ble mye brukt for å avkrefte både legens og pasientens hypotetiske diagnoser. Denne måten å forklare MUPS på ble også hyppig sett i Terpstra et al. sin studie, hvor stort sett alle legene på en eller annen måte utelukket diagnoser

(6). Oppsummering av utredning kan også virke som en bakgrunn for dialogen mellom lege og pasient, om hva som skal gjøres videre (24).

Legene hadde forskjellige meninger når det kom til å forklare pasienten at de trolig ikke led av noe farlig. Der noen leger mente dette var naturlig å forklare, så andre leger an pasienten foran seg for å vurdere om dette var nyttig for pasienten. Dette er også i litteraturen anerkjent som en forklaring mange allmennleger bruker (20). Burton et al. skrev i sin artikkel at å forklare pasienter at de trolig ikke lider av noe farlig kan føre til at pasientens egne teorier og behov blir glemt bort (11). En kan tenke seg at denne forklaringen står antakeligvis ikke så godt alene, men er en viktig del av en større strategi for å forklare MUPS. Dette vil i så fall sammenfalle med utsagnene til allmennlegene i min studie, da de ikke brukte denne forklaringen alene, men for å berolige pasienten, om dette var nødvendig.

Alle fire legene i min studie var ærlige med pasientene sine om at de ikke visste hva plagene deres kom av, og flere av deltakerne forklarte pasientene sine at de noen ganger bare må leve med usikkerheten som det medfølger. Noen steder i litteraturen har dette blitt kalt for «accepting uncertainty» (11). Denne måten å forklare MUPS på har i litteraturen blitt beskrevet som enkel og attraktiv for legene, men noe neglisjerende ovenfor pasienten (11). Det er likevel en mye brukt forklaring for MUPS (6). I min studie fant jeg at denne forklaringen ble ofte brukt, men aldri alene. Forklaringen ble etterfulgt av andre forklaringer som i større grad tok vare på pasientens egne tanker og følelser. En kan tenke seg at dette er en viktig forklaring for legene, da det er en mulighet for legene å være ærlig med pasienten og samtidig sette en slags stopper for videre utredning. Kanskje er den også nyttig for pasienten, om den lar pasienten forstå at legen er ærlig med dem, og dermed kan dette bidra til å styrke relasjonen mellom pasient og lege.

### **4.2.3 Forklare sammenhenger**

Alle legene i denne studien forklarte pasientene sine at det er en sammenheng mellom psyken og det somatiske, som vi ikke kan kontrollere. Denne forklaringsmåten har også blitt vist som viktig for fastleger i andre studier (11). I litteraturen blir det sagt at denne måten å forklare MUPS på kan være unyttig, da pasienter kan oppfatte det som truende eller er redde for at legen for raskt har hoppet til en slik konklusjon. Det fremstår likevel slik at legene liker å

bruke denne forklaringsmodellen og det var viktig for alle legene å få pasienten med på denne tankegangen.

En lege i denne studien var opptatt av å forklare pasientene sine at smerter og plager over lang tid kan påvirke psyken, og føre til psykiske plager. Denne forklaringen ble brukt for å få pasientene til å forstå at det ikke er uvanlig å få psykiske plager av somatiske plager, da legene opplevde at pasientene ofte var redde for å få merkelappen «psykisk syk». Denne måten å forklare MUPS på har i studien til Burton et al. blitt beskrevet som en biopsykososial forklaring, som fremsto som nyttig for pasientene (11).

Begrepet tankemessig håndtering ble også brukt som en forklaring, selv om det i seg selv er en forklaring på hvordan pasientene kan håndtere plagene sine. Dette ble vurdert som en forklaring da det benytter det å forklare sammenhengene mellom psyke og somatiske plager, som en strategi for å unngå at plagene blir verre. Tankemessig håndtering kan knyttes opp mot forklaringene om sammenhengen mellom psyke og somatikk, da det kan oppfattes som en videreføring av argumentene nevnt der. Dette bunner i en tanke om at hvis pasientens adferd og tankemønster kan bidra til å øke plagene, vil de også kunne bidra til å bedre plagene.

Dette ble også trukket frem av van Ravenzwaaij et al., under navnet «somatosensory amplification theory» (18). Teorien om det de kaller somatosensorisk amplifisering har bakgrunn i at det oppstår en somatisk sensasjon, og som en respons på dette vil pasientens oppmerksomhet fokuseres på denne sensasjonen. Dette vil videre øke denne amplifiseringen og pasienten havner i en vond sirkel. Legene i min studie la vekt på å forklare pasientene sine dette, og hvordan pasientene kunne unngå å havne i en slik vond sirkel hvor plagene blir stadig verre og verre. Van Ravenzwaaij et al. trekker også frem det de kaller «illness behaviour theory» som handler om hva pasienten selv tenker er årsaken til plagene og at dette igjen kan påvirke hvordan de oppfører seg (18). Oppførselen deres kan igjen påvirke symptomene, ved for eksempel unngåelse av sosiale, fysiske og mentale aktiviteter.

#### **4.2.4 Pasientavhengig**

Når intervjuobjektene i denne studien fortalte om hvordan de forklarte MUPS til sine pasienter, nevnte flere at pasientens ønsker og forventninger var viktig for hvordan en slik forklaring utspilte seg. Også i andre artikler er poenget med å samarbeide med pasienten, og

vite pasientens ønsker og forventninger, fremhevet (11). Hartmann et al. viste at i mange konsultasjoner utforsket ikke legen årsaken til at pasienten oppsøkte helsehjelp, og om denne tematikken ble tatt opp var det pasienten selv som tok initiativet (25). Legene i min studie virket å være klar over at det er lett for legen å tenke at de vet hva pasientens ønsker er. De virket dermed mer bevisst på å la pasienten selv uttrykke sine forventninger, gjerne tidlig i konsultasjonen. Houwen et al. skriver at det er viktig at legene ikke drar sine egne syn og tanker om hva som kan feile pasienten inn i konsultasjonen for tidlig (23). Denne holdningen ble også reflektert gjennom intervjuene i denne oppgaven. Legene fortalte at det var viktig å være stille og la pasienten fortelle om sine ønsker, forventninger og eventuelle redsler.

En god lege-pasient-relasjon er karakterisert av en felles følelse av allianse og tillit (16). Denne relasjonen har blitt beskrevet som et viktig terapeutisk verktøy når det kommer til MUPS, da en god lege-pasient-relasjon vil kunne påvirke symptombyrden hos pasienten (26). Dette stemmer overens med funnene i min studie. Legene i min studie la vekt på en god relasjon til pasientene sine, og det var viktig for de å bruke tid på å bli kjent med pasienten og la pasienten bli kjent med dem. Nunes et al. skrev i sin studie at, når det gjaldt MUPS-pasienter, var å styrke lege-pasient-relasjonen den største årsaken til å gjennomføre diagnostiske tester (16). Dette ville føre til å pasienten følte seg sett, og dermed økte sin tillit til legen. Dette gjenspeiler funnene i min studie, hvor legene fortalte at de ofte gjorde en større utredning enn medisinsk nødvendig, for å unngå at pasienten følte seg avvist.

Forskning har vist at mange allmennleger føler at det er vanskelig å opprettholde en god relasjon til sine MUPS-pasienter, da det er lett å ødelegge for relasjonen (27). Likevel virket det som om deltakerne i min studie ikke la mye vekt på dårlige opplevelser. Det er vanskelig å vite om dette er fordi de har få dårlige opplevelser, eller om det kommer av at intervjuet ikke hadde fokus på dette. En av legene sa at vedkommende ikke hadde opplevd noen dårlige opplevelser med MUPS, og trodde dette kom av at vedkommende og pasienten etter ganske mye tid hadde endt opp med felles forståelse av pasientens plager. Opplevelsen av en dårlig relasjon har selvsagt to sider, og det er vanskelig å si om pasienter hadde hatt andre synspunkter. I denne oppgaven er det fastlegenes synspunkt som er viktig, og ingen av deltakerne fortalte om dårlige opplevelser før de ble oppfordret til dette.

Det er ikke gjort mye forskning på nytteverdien av at fastleger kjenner sine pasienter fra før. Flere av legene i min studie påpekte at om de kjente pasienten fra før, kunne de litt lettere se hvor veien ville gå og det ville være lettere å forklare MUPS på en måte som ikke fornærmet eller fikk pasienten til å føle seg avvist. Hjortdahl fant at det å kjenne pasienten sin fra før av kunne påvirke konsultasjonen på flere måter (28). Han forklarte at kjennskap til pasienten kunne påvirke hvordan legen oppfattet det pasienten sa, og spille en stor rolle i hvilke beslutninger legen tok. Artikkelen nevner at denne faktoren kan påvirke om legen når rett konklusjon og hvor fort denne konklusjonen blir nådd. Det virker dermed som litteraturen og deltakerne i min studie er enige i at kjennskap til pasienten fra før av er nyttig, men at de har ulike årsaker til å tenke dette.

#### **4.2.5 Strategier**

Terpstra et al. fant ikke et mønster i hvordan allmennleger forklarte MUPS (6). I min studie fant jeg at det var noen likhetstrekk mellom hvordan deltakerne forklarte MUPS. De fleste begynte med å oppsummere de negative funnene i utredningen, gikk videre til å si at de ikke trodde pasienten led av noe farlig og fortsatte med å si at de ikke visste hva pasientens plager kom av. En av legene begynte med å avkrefte det farlige, fortsatte med å oppsummere de negative funnene og forklarte så at de ikke visste hva plagene skyldtes. Deretter anerkjente alle fastlegene pasientens plager som ekte, før de forsøkte å vri samtalen over på hvordan pasienten kunne håndtere problemene sine. Terpstra et al. forteller i sin studie at deres deltakere først og fremst brukte korte og udetaljerte forklaringer (6). I min studie virket det heller som at legene brukte god tid på å forklare og få pasientene til å forstå. Dette kan jeg likevel ikke slå fast, da jeg ikke har observert legene gi forklaringer.

#### **4.2.6 Opplæring**

To av legene i denne studien uttrykte et klart ønske for mer opplæring i MUPS på medisinstudiet. En lege følte ikke at vedkommende hadde fått så mye opplæring, men at erfaringer var det som hjalp. Dette gjenspeiler funnet i artikkelen til Johansen og Risør, om at et av problemene til fastleger når det gjelder MUPS er forskjellen mellom det som står i lærebøkene under studiet, og virkeligheten på et legekantor (9). Aamland et al. beskriver at mindre erfarne fastleger ofte har større behov for opplæring (24). I og med at de mer erfarne legene ikke har så stort behov for opplæring, kan man trolig si at erfaring spiller en viktig del. Dette gjenspeiles også gjennom utsagnene til intervjuobjektene, hvor de sier at deres største

kilde til læring er deres egne erfaringer, og at de prøver seg frem med sine egne strategier. Houwen et al. beskriver også at mange leger ikke skjønner behovet for opplæring innen MUPS, før de står på kontoret med sin første MUPS-pasient (23). Denne studien foreslo også at ferske leger kan utføre konsultasjoner med MUPS, hvor deres veileder observerer, slik at de i etterkant kan diskutere legens tanker og følelser og opplevelsen av denne konsultasjonen.

### **4.3 Styrker og svakheter ved studien**

Da formålet med denne oppgaven var å kartlegge hvordan fastleger forklarer MUPS til sine pasienter, bestemte jeg i samråd med min veileder at en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju var den beste metoden for å innhente informasjon. Kvalitativ metode er godt egnet for problemstillinger som min, hvor vi er ute etter erfaringer, opplevelser og holdninger. Slike semistrukturerte intervjuer er godt egnet for å få frem enkeltindividets tanker og opplevelser.

Jeg laget en intervjuguide hvor spørsmålene var fokusert på problemstillingen min. Denne brukte jeg som rammeverk for intervjuene. Jeg lot intervjuobjektene snakke fritt fra sine assosiasjoner, men bruke intervjuguiden som en huskeliste for å forsøke å holde intervjuet noenlunde fokusert. Jeg opplevde at jeg fikk rike svar på spørsmålene mine. Svarene til informantene mine samsvarte og nyanserte ofte hverandre, slik at jeg kunne danne meg et bilde av og beskrive deres strategier. Jeg har dog liten erfaring med slike intervjuer fra før, noe som kan ha påvirket hvordan informantenes utsagn ble fulgt opp. Kanskje har jeg gått glipp av noe informasjon der.

I utgangspunktet skulle denne studien også inneholde observasjoner av konsultasjoner hos de legene som ble intervjuet. Dessverre brøt COVID-19-pandemien ut akkurat når jeg skulle gjennomføre datainnsamlingen min, og dette ble ikke mulig. Trolig kunne studien vært rikere på informasjon om disse observasjonene hadde blitt gjennomført. Da ville det vært mulig å først observere hvordan legene forklarte MUPS, for så å stille spørsmål rundt disse observasjonene senere. I tillegg førte pandemien med seg at intervjuene måtte gjøres over video, og ikke ansikt til ansikt. Dette kan ha påvirket kjemien mellom meg og intervjuobjektet, og kanskje ville de snakket friere om en var i samme rom. Likevel kan det ha hatt sine fordeler, da intervjuet kunne gjennomføres hvor som helst, når som helst. Altså kunne informantene selv velge om de ville sitte i sin egen sofa, eller om de ville ta det mellom

pasienter på jobb. Her har legene selv hatt mulighet til å velge en situasjon som de var mest komfortabel med.

Denne studien hadde fire deltakere. I prosjektbeskrivelsen skrev jeg at jeg i utgangspunktet ønsker fem deltakere. Mange av fastlegene jeg kontaktet, hadde veldig mye å gjøre grunnet blant annet COVID-19, og hadde ikke mulighet til å delta i studien. Dermed ble utvalget på fire informanter. Likevel har intervjuene ført til et godt og rikt materiale, som det har vært mulig å hente mye informasjon fra og som passet godt til størrelsen på oppgaven. I tillegg kan det være at de som har svart ja til å delta i denne studien, er leger med en ekstra interesse for MUPS, og at de som føler seg mindre drevne på dette feltet ikke ønsker å delta. Derfor er det mulig at deltakerne i min studie har mer tanker og er mer reflektert rundt dette temaet, enn den gjennomsnittlige allmennlegen. Et skjevt utvalg vil kunne gi skjev informasjon (19).

Problemstillingen «Hvordan forklarer fastleger MUPS til sine pasienter?» er en spisset problemstilling, hvor det er lett å skjønne hva jeg er ute etter. Dermed er det behov for et mindre antall deltakere for å sørge for god informasjonsstyrke, enn det hadde vært om problemstillingen hadde vært mindre spisset. Dette er fordi en bred problemstilling krever et større omfang av data for å dekke det området problemstillingen omhandler, enn hva en spisset problemstilling gjør (29). I tillegg til at problemstillingen var spisset, var også intervjuene relativt lange og legene hadde mye å si om temaet. Utvalget var også godt balansert på flere punkter. To av deltakerne var kvinner og to av deltakerne var menn. En av legene var utdannet ved et annet universitet enn de tre andre. To av deltakerne var veldig nye som fastleger, en hadde noe mer erfaring og den siste hadde arbeidet over 15 år som fastlege. Kanskje hadde studien tjent på flere deltakere, men i utgangspunktet var fire deltakere et passende utvalg for meg som uerfaren i kvalitativ analyse og for det tidsperspektivet som var på oppgaven.

Jeg er fortsatt student, og har liten erfaring fra allmennpraksis. Enda mindre erfaring har jeg med MUPS-kasuser. Dette kan være en svakhet i studien. Kanskje har jeg naivt oversett hint i legenes historier som en allmennlege ville plukket opp, og kanskje kan jeg ha misforstått. Det kan også hende at jeg ville stilt andre spørsmål, om jeg hadde hatt mer erfaring på området selv. Likevel har jeg en stor interesse for temaet, og har gjort det jeg kan for å sette meg inn i

det, samt at min veileder har mye erfaring med dette temaet. I tillegg kan det være en fordel at jeg har begrenset erfaring. Det kan føre til at jeg er mer åpen for legenes erfaringer og har styrt intervjuene mindre enn jeg kunne gjort om jeg hadde mer erfaring.

Funnene i denne studien er basert på en liten gruppe med informanter. Dette kan begrense den eksterne validiteten i funnene. Imidlertid hadde informantgruppen en god variasjon i alder, kjønn og arbeidserfaring. I tillegg stemmer mye av det jeg har funnet overens med tidligere forskning.

#### **4.4 Implikasjoner**

Denne studien avdekket at legene følte de ikke hadde fått betydelig undervisning eller opplæring i å håndtere slike pasienter. Det er tydelig at egne erfaringer var den viktigste læringskilden, men råd fra kolleger fremstår også som viktig. Siden legene fortalte at det var først etter de begynte å arbeide at de merket utfordringene med MUPS, er det naturlig å tenke på økt opplæring etter studiet. På bakgrunn av denne studien vil jeg derfor poengtere muligheten for økt opplæring av yngre allmennleger på dette temaet, i spesialiseringsforløpet. Enten som en del av kursene de skal gjennomføre, eller som observasjon og en-til-en veiledning med veileder på kontoret, som anbefalt i litteraturen. Det kan virke som en god ide at medisinstudenter også i større grad forberedes på at virkeligheten ofte er mer kompleks enn innholdet i studieplanen.

Selv om dette er en studie med få deltakere, forteller denne studien oss noe om hvordan fastleger i dag forklarer MUPS til sine pasienter. Det er fra før gjort relativt lite forskning på dette temaet, og oppgaven er derfor et grunnlag for videre forskning, som er nødvendig for å bedre forstå hvordan disse forklaringene kan forbedres.

## 5 Konklusjon

Denne oppgaven viser at for allmennlegene var egne erfaringer den viktigste læringskilden for forklaring av MUPS, etterfulgt av tips fra kolleger. Allmennlegene som ble intervjuet til oppgaven, hadde forklaringer på MUPS som kunne deles inn i tre hovedtema: oppsummere utredning, anerkjenne symptomer og forklare sammenhenger. Det var tydelig at selv om de fleste legene mente de ikke hadde en fast strategi, var det klare likheter mellom legene i anvendelsen av temaer. Legene brukte i stor grad forklaringer som er anbefalt i litteraturen, og unngikk de fleste forklaringsmetoder som ikke er anbefalt, som for eksempel normalisering.

I tillegg ble det avdekket at hvordan legene brukte disse forklaringene var avhengig av pasienten som satt foran dem. Det var viktig for legene at pasientene fikk god informasjon, samtidig som de anerkjente og tok vare på pasientens følelser og tanker. Pasientens egne ønsker og forventninger var i stor grad veiledende for hvordan legene håndterte og forklarte MUPS, for å opprettholde en god lege-pasientrelasjon. For legene var det viktig å bruke mye tid med pasientene sine, slik at begge parter lærte hverandre å kjenne. Dette gjenspeiler det som er anbefalt i litteraturen, for å oppnå et godt terapeutisk forhold mellom lege og pasient.

## Referanseliste

1. Hunskaar S, Brekke M. Allmenntmedisin. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
2. Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. *Bmj*. 1991;303(6802):534-5.
3. Olde Hartman TC, Rosendal M, Aamlund A, van der Horst HE, Rosmalen JG, Burton CD, et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open*. 2017;1(3):bjgpopen17X101061.
4. Rosendal M, Olde Hartman TC, Aamlund A, van der Horst H, Lucassen P, Budtz-Lilly A, et al. "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. *BMC Family Practice*. 2017;18(1):18.
5. Aamlund AM, K.; Werner, EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15.
6. Terpstra T, Gol JM, Lucassen P, Houwen J, van Dulmen S, Berger MY, et al. Explanations for medically unexplained symptoms: a qualitative study on GPs in daily practice consultations. *Fam Pract*. 2019.
7. 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 Medical Education*. 2016;16(1):27.
8. Stone L. Reframing chaos--a qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician*. 2013;42(7):501-2.
9. Johansen ML, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2017;100(4):647-54.
10. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*. 2002;19(2):178-82.
11. Burton C, Lucassen P, Aamlund A, Hartman TO. Explaining symptoms after negative tests: towards a rational explanation. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2015;108(3):84-8.

12. Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009593.
13. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):e716-e23.
14. Houwen J, Lucassen P, Stappers HW, Assendelft PJJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract*. 2017;34(2):245-51.
15. Stone L. Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC Family Practice*. 2014;15(1):192.
16. Nunes J, Ventura T, Encarnação R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Ment Health Fam Med*. 2013;10(2):67-79.
17. Bekhuis E, Gol J, Burton C, Rosmalen J. Patients' descriptions of the relation between physical symptoms and negative emotions: a qualitative analysis of primary care consultations. *Br J Gen Pract*. 2020;70(691):e78-e85.
18. van Ravenzwaaij J, Olde Hartman T, van Ravesteijn H, Eveleigh R, van Rijswijk E, Lucassen P. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Ment Health Fam Med*. 2010;7(4):223-31.
19. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
20. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2009;10:68.
21. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice*. 2004;54(500):165-70.

22. Stortenbeker I, Stommel W, van Dulmen S, Lucassen P, Das E, Olde Hartman T. Linguistic and interactional aspects that characterize consultations about medically unexplained symptoms: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2020;132:109994.
23. Houwen J, Lucassen P, Stappers HW, van Spaendonck K, van Duijnhoven A, Olde Hartman TC, et al. How to learn skilled communication in primary care MUS consultations: a focus group study. *Scand J Prim Health Care.* 2021;39(1):101-10.
24. Aamland A, Fosse A, Ree E, Abildsnes E, Malterud K. Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *Br J Gen Pract.* 2017;67(661):e572-e9.
25. olde Hartman TC, van Rijswijk E, van Dulmen S, van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns.* 2013;90(3):354-60.
26. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract.* 2003;53(488):231-9.
27. Brownell AK, Atkins C, Whiteley A, Woollard RF, Kornelsen J. Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): a qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(12):e012379.
28. Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care.* 1992;10(4):290-4.
29. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res.* 2016;26(13):1753-60.

# Vedlegg 1: Infoskriv til deltakere

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *«Hvordan forklarer fastleger MUS til sine pasienter?»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke strategier fastleger bruker for å forklare medisinsk uforklarlige symptomer til sine pasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Prosjektet er en masteroppgave på profesjonsstudiet i medisin ved UiT. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan fastleger forklarer medisinsk uforklarlige symptomer til sine pasienter. Litt dypere forklart skal jeg undersøke om fastlegene har noen faste eller bevisste teknikker for dette, og se om det er en sammenheng mellom de forskjellige fastlegenes metoder.

Dette skal undersøkes ved å observere en dag med konsultasjoner hos en fastlege, for så å gjennomføre et semistrukturert intervju med bakgrunn i disse observasjonene. Utgangspunktet i studien er at dette skal gjennomføres hos fem fastleger, med base i din region i Nord-Norge.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for samfunnsmedisin (ISM), UiT.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utgangspunktet for studien er fem fastleger som praktiserer i din region i Nord-Norge. Jeg ønsker å få et utvalg som har størst mulig variasjon i faktorene kjønn, alder, erfaring i allmennpraksis, utdanningssted og spesialisering.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg observerer dine konsultasjoner i en dag, og senere utfører et semistrukturert intervju med deg. Tankene jeg gjør meg rundt observasjonsdagen vil jeg notere. Intervjuet vil bli tatt opp som et lydopptak som vil transkriberes så raskt som mulig etter intervjuet, for så å slettes.

Dette intervjuet vil inneholde spørsmål som omhandler om du har noen bevisste strategier for å forklare MUS til dine pasienter, hvordan du anvender disse i praksis, litt om hva du synes er mest utfordrende med pasienter med MUS, samt eventuelt spørsmål rundt observasjoner jeg har gjort meg i løpet av dagen jeg observerte dine konsultasjoner.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De dataene som jeg bruker videre i mitt prosjekt vil det kun være jeg og min veileder, May-Lill Johansen ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT, som har tilgang til.

Jeg vil bruke dine opplysninger om kjønn, alder, erfaring i allmennpraksis, utdanningssted og spesialisering for å illustrere variasjonen i utvalget. Alle data som brukes videre i prosjektet anonymiseres, slik at det ikke er mulig å vite hvem som har kommet med utsagn som siteres i artikkelen.

Som nevnt tidligere vil intervjuene transkriberes så raskt som mulig etter opptak, og personlige opplysninger vil da slettes fra transkripsjonen, slik at det ikke er mulig for utenforstående å vite hvem som står bak intervjuene.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2021. Etter dette vil all data som ikke står i masteroppgaven slettes.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Ane Bones Nyhus, MK-16 ved UiT ([ane055@uit.no](mailto:ane055@uit.no))
- Veileder for prosjektet: May-Lill Johansen ([may-lill.johansen@uit.no](mailto:may-lill.johansen@uit.no)) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold ([personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)), personvernombud ved UiT.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

May-Lill Johansen

Ane Bones Nyhus

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Student

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan forklarer fastleger MUS til sine pasienter?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjon
- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 1. juni 2021.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 2: Intervjuguide

## Intervjuguide

### **Innledning:**

Fortelle kjapt om studien og hensikten med intervjuene. Informere om hvordan de kan trekke eventuelle utsagn.

### **Bakgrunnsinfo:**

- Alder
- Spesialiseringsstatus
- Hvor lenge har du arbeidet som fastlege?
- Sett bort fra turnus, har du arbeidet som lege i andre sammenhenger enn fastlege?

### **Innledningsspørsmål:**

Hvilke assosiasjoner/hva tenker du på når jeg nevner MUPS?

- Tenker du at det er utfordrende?
- Hva er de største utfordringene rundt slike pasienter?

### **Videre spørsmål:**

- Hvordan vil du forklare din egen erfaring med pasienter med MUPS?
- Hvilke tanker går gjennom hodet ditt når du ser en pasient på timelista, hvor du vet eller tenker at dette blir en MUPS-case?
- Tror du det er viktig for disse pasientene å få en forklaring på sine symptomer av sin fastlege? I så fall, hvorfor?
- Gitt at du har en pasient hvor du har gjort utredning, og du har kommet frem til at det passer i MUPS-boksen. Hvordan forklarer du MUPS til pasientene dine? Dra gjerne inn eksempler og ord, fraser eller metaforer du bruker.
  - o Hva avgjør hvilken tilnærming du anvender?
- Føler du at måten du forklarer ting på er forskjellig hos pasienter med MUS og pasienter med forklarlige symptomer?
- Har du fått opplæring i å takle slike pasienter? Hvor god føler du denne opplæringen har vært?
  - o Hvor tenker du dine strategier kommer fra? Er de lært gjennom erfaringer, eller opplært?

### **Mulige oppfølgingsspørsmål:**

- Legger du vekt på å prøve å berolige pasienten/opplever du at du ofte forklarer at du tror det ikke er farlig?
- Er det spesifikke strategier du har merket virker bedre enn andre til å berolige pasienten?
- Er det spesifikke forklaringsmodeller du bevisst ikke benytter deg av, med tanke på pasientens reaksjon?
  - o Beskriv gjerne erfaringer som har ledet til dette.
- Et scenario som er ganske vanlig, er scenariet hvor du som lege mener at plagene til en pasient skyldes et psykiatrisk problem. Noen ganger kan pasienten være uenig i dette, og ønske en videre somatisk utredning. Hvordan takler du en slik situasjon?
- I hvilken grad lar du grad av utredning styres av pasientens ønske?

## Vedlegg 3: Sammendrag av kunnskapsevalueringer hovedartikler

Referanse:		Design: Kvalitativ studie	
Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract. 2009;10:68.		Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig for kvalitativ studie
		GRADE	Ikke mulig for kvalitativ studie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Å utforske allmennlegers syn på å forklare MUPS til pasienter og hvordan relasjonen med disse pasientene utvikler seg over tid.	<p><b>Studiedesign:</b> Kvalitativ metode med fokusgrupper.</p> <p><b>Populasjon:</b> N=22 allmennleger (14 menn, 8 kvinner), valgt gjennom strategisk utvalg for å sikre størst mulig variasjon i alder, kjønn, arbeidserfaring, akademisk karriere, antall pasienter på listen, geografisk plassering og utdanningssted.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Allmennleger</p> <p><b>Ekklusjonskriterier:</b> Ikke beskrevet</p> <p><b>Rekruttering:</b> Ikke beskrevet</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Deltakerne ble delt i fem fokusgrupper på 4-5 leger. Fokusgruppene var homogene for faktorene «akademisk karriere» og «geografisk plassering». Moderatoren i fokusgruppen styrte samtalen etter en diskusjonsguide. Fokusgruppene ble tatt opp på lydopptak.</p> <p><b>Analyse:</b> Lydopptakene ble transkribert ordrett og analysert med bruk av gjentatt sammenlikninganalyse (constant comparative analysis).</p>	<p>Fastlegene anerkjente viktigheten av å gi pasienter med MUPS en god forklaring på konseptet MUPS, men følte at dette var vanskelig. Legene prøvde derfor forsikre pasienter på en mer uspesifikk måte, for eksempel ved å normalisere symptomer, forklare pasientene at det ikke er alt man finner en medisinsk årsak til eller forklare at de ikke kunne finne alvorlig sykdom. Det ble også brukt metaforer for å forklare MUPS.</p> <p>Alle fokusgruppene snakket om viktigheten av lege-pasientrelasjonen. Det ble avdekket tre lege-pasientrelasjon-modeller; gjensidig allianse, ambivalent allianse og ikke-allianse. Disse tre beskriver en grovinnstilling av lege-pasientrelasjonen. Legene som rapporterte at deres lege-pasientrelasjoner passet inn i «gjensidig allianse», var i stor grad villig til å henvise pasienten videre og prøve ut medisiner for å opprettholde en god relasjon til pasienten. Legene som hadde lege-pasientrelasjoner som passet inn i «ambivalent allianse» henviste også ofte videre og gjorde videre utredning, men hadde en større motstand mot og ønsket egentlig ikke å gjøre dette. Legene som rapporterte relasjoner som passet inn i «ikke-allianse» fortalte at om de ikke fant somatisk årsak til pasientens plager, forklarte de dette direkte til pasienten og sa til pasienten at han/hun ikke trengte å søke lege for disse plagene. Denne metoden var lite brukt.</p> <p>Analysen av fokusgruppediskusjonen viste at hver allmennlege hadde sin foretrukne måte å takle problematikken rundt lege-pasientrelasjonen.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er formålet klart formulert? <b>Ja</b></li> <li>2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <b>Uklart</b> <b>Kommentar:</b> Rekruttering er ikke beskrevet i artikkelen. Forskerne har brukt strategisk utvalg.</li> <li>5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> beskrevet godt bakgrunn for bruk av fokusgrupper, intervjuguide er beskrevet og endret underveis. Lydopptak.</li> <li>6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Nye tema har blitt lagt til i diskusjonsguiden etter hvert som nye tanker kom opp i tidlige fokusgrupper. Ikke vurdert egen rolle, mulig forutinntatthet eller påvirkning av studien.</li> <li>7) Er etiske forhold vurdert? <b>Nei</b></li> <li>8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? <b>Ja</b></li> <li>9) Er funnene klart presentert? <b>Ja</b></li> <li>10) Hvor nyttige er funnene fra denne studien? <b>Kommentar:</b> Funnene fra denne studien er nyttige. Det er beskrevet modeller for forholdet mellom lege og pasient som ikke er beskrevet tidligere. Viser at det er behov for mer forskning på dette.</li> </ol> <p><b>Styrker:</b> Strategisk utvalg fører til god variasjon i populasjonen. Forskerne fikk uavhengige leger til å lese gjennom resultatene, for å se om de kjente seg igjen i det som ble sagt i fokusgruppene</p> <p><b>Svakheter:</b> Får ikke innblikk i legenes faktiske oppførsel i slike konsultasjoner, fokusgruppe kan påvirke om legene sier det de tenker,</p> <p><b>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene?</b> Ja</p>
Konklusjon	Allmennleger synes det er vanskelig å forklare MUPS. Leger forteller at når det gjelder pasienter med MUPS, holder de fokus på å opprettholde en god relasjon til pasienten og å unngå uheldige konsekvenser som følge av unødvendig utredning.		
Land	Nederland		
Årstall (datainnsamling)	Ikke oppgitt. Utgitt i 2009		

Referanse:		Design: Kvalitativ studie	
Yon K, Nettleton S, Walters K, Lamahewa K, Buszewicz M. Junior doctors' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms: a qualitative study. BMJ Open. 2015;5(12):e009593.		Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig for kvalitativ studie
		GRADE	Ikke mulig for kvalitativ studie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Å undersøke nyutdannede legers kunnskap om og opplevelser med å håndtere pasienter med MUPS, samt å søke deres anbefalinger for forbedring av trening på dette temaet.	<p><b>Studiedesign:</b> Kvalitativ metode</p> <p><b>Populasjon:</b> «Junior doctors» N=22 (13 kvinner, 9 menn. 14 mellom 20-29 år, 7 mellom 30-39 år og 1 mellom 40-49 år)</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Nyutdannede leger i et 2-åring britisk «trainee»-program. Rekruttert fra tre sykehus i London</p> <p><b>Eksklusjonskriterier:</b> Ingen</p> <p><b>Rekruttering:</b> Legene ble først kontaktet på mail, samt at en forsker møtte med legene på de tre sykehusene for å informere om studien. Legene som var interesserte tok kontakt med studien, og ble valgt ut på bakgrunn av kjønn, alder, etnisitet og erfaring, for å sikre et størst mulig mangfold.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Dybdeintervjuer, med en intervjuguide.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble tatt opp på lydopptak. Analysert etter «framework» metoden.</p>	<p>Det kom frem under intervjuene at veldig få deltakere hadde fått formell opp trening på tematikken MUPS, men alle hadde møtt pasienter med MUPS. Pasienter med MUPS virket å fremprovosere negative følelser hos legene, som frustrasjon, engstelse og irritasjon. Dette virket å påvirke legenes villighet til å arbeide med disse pasientene.</p> <p>Legene følte de hadde en tendens til å overutrede MUPS-pasienter, grunnet frykt for å overse alvorlig patologi. Andre fortalte at hyppig utredning var et verktøy for å slippe å snakke med pasientene.</p> <p>Legene beskrev en følelse at å være uforberedt på slike pasienter, og følte seg usikker på hva de som leger kunne tilby slike pasienter. Legene sa likevel at de gjerne ville hjelpe pasientene, selv om de var usikre på hvordan de kunne gjøre det.</p> <p>Legene fortalte at de teknikkene de brukte i konsultasjoner med MUPS, ofte var hentet fra hva de hadde observert eldre kolleger gjøre. Mange fortalte at eldre kollegers negative syn på MUPS, påvirket hvordan de selv tenkte rundt disse pasientene. De mente at å gå mot denne normen ikke ville være populært hos de eldre kollegene.</p> <p>Deltakerne mente at å øke bevisstheten mot MUPS, samt å øke trening på å takle slike pasienter ville være til hjelp. Legene tenkte selv at å diskutere pasienter med MUPS i en gruppesetting ville være hjelpsomt, for å dele ideer og opplevelser. Andre mente at videoopptak og rollespill kunne være nyttig. De mente fokus i opplæring burde være kommunikasjon og det å gi psykologiske forklaringer på symptomer.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er formålet klart formulert? <b>Ja</b></li> <li>2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Inkludert deltakere av begge kjønn og forskjellig alder</li> <li>5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Dybdeintervju</li> <li>6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Forskere med flere forskjellige yrkesbakgrunner tolket data, da fagpersoner med ulik bakgrunn vil legge fokus på forskjellige deler av datamaterialet.</li> <li>7) Er etiske forhold vurdert? <b>Uklart</b></li> <li>8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Bruker «framework»-metode, støttes av sitater. Motstridende data er med. Gjøres ikke rede for de forskjellige steg i analyse.</li> <li>9) Er funnene klart presentert? <b>Ja</b></li> <li>10) Hvor nyttige er funnene fra denne studien? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Første studie på dette tema, ifølge studieforfatter.</li> </ol> <p><b>Styrker:</b> Første studie på temaet. Legene var åpne i intervjuene. Godt mangfold i populasjon. <b>Svakheter:</b> Legene var rekruttert fra North Thames-regionen i London, og det kan være deres utsagn ikke er representative for leger steder.</p> <p><b>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene?</b> Ja</p>
Konklusjon	Det er et stort behov for å forbedre trening etter utdanning når det gjelder MUPS og unngå for mye utredning. Dagens trening gir ikke nyutdannede leger kunnskapen og verktøyene de trenger.		
Land	Storbritannia		
Årstall (datainnsamling)	Ikke oppgitt Publisert: 2015		

Referanse:		Design: Tverrsnittsstudie	
Aamland AM, K.; Werner, EL. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. BMC Fam Pract. 2014;15.		GRADE	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Estimere konsultasjonsprevalens hos pasienter med persistent MUPS, inkludert pasientenes karakteristika, symptommmønster, ansettelsesstatus og sosial støtte, og allmennlegenes strategier for å håndtere disse.	<p><b>Populasjon:</b> 84 (53%) av fastlegene som ble forespurt ble med i studien. 59 menn, 25 kvinner. Alder mellom 26-68, gjennomsnittsalder 48 år.</p> <p><b>Rekruttering:</b> Alle allmennleger i Vest-Agder (N=160) ble, gjennom et brev, invitert til å delta i studien. De 84 legene som responderte ble med i studien.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> I denne studien ble persisterende MUPS definert som «physical symptoms with no identified organic cause, lasting for at least three months and leading to a loss of function». Legene ble bedt om å registrere løpet av fire uker på, et avkryssningsskjema. Spørsmålene på skjemaet involverte demografisk informasjon, symptommmønster, deltakelse i jobb og allmennlegens strategi i konsultasjonen.</p> <p><b>Analyse:</b> Data ble analysert i SPSS, med deskriptiv statistikk for alle variabler og «split analysis» for kjønn og alder. Analysen besto av «independent sample t-test, kjiqvadrat test og Pearson korrelasjon. Nivå for statistisk signifikans ble satt til <math>p &lt; 0.05</math>.</p> <p><b>Etikk:</b></p> <p>Kun hver allmennlege kjente identiteten til pasientene og alle persondata var anonyme.</p>	<p><b>Hovedfunn:</b></p> <p>Det var variasjon i antall registrerte MUPS-konsultasjoner hos legene (range 0-26, gjennomsnitt=6,38, SD=4,97). Ingen signifikant sammenheng mellom antall registrerte MUPS-konsultasjoner og kjønn, alder, spesialiststatus, arbeidserfaring eller totalt antall konsultasjoner ble funnet.</p> <p>Legene registrerte 526 MUPS-konsultasjoner av totalt 17 688 konsultasjoner, som gir en konsultasjonsprevalensrate på 3%. Av disse var 399 (75,9%) kvinnelige pasienter. Utdanningsnivået hos pasientene skilte seg ikke ut fra fordelingen i den generelle populasjonen i fylket.</p> <p>234 (44,7%) av pasientene var i arbeid, signifikant flere menn (<math>p=0.047</math>). Blant de 289 som ikke var i arbeids, var 91 (31,5%) sykemeldt, 119 (41,2%) hadde uførepensjon og 76 (26,3%) hadde annen sosial støtte. Det var ingen signifikant kjønnsforskjell i pasientenes alder, utdanningsnivå, varighet av symptomer eller symptommmønster.</p> <p>Muskel-/skjelettplager (68,1%) og utmattelse/fatigue (57%) var de dominerende symptomene. Hodepine eller svimmelhet ble rapportert av 31,9% av pasienter, og gastrointestinale symptomer av 20,5%.</p> <p>Flesteparten av legene rapporterte at de hadde tilbydd pasienten støttende veiledning i MUPS-konsultasjonen. Medisin ble foreskrevet i 21,6% av konsultasjonene. Ca. 20% av konsultasjonene inkluderte henvisninger eller biokjemisk testing. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i legenes håndteringsstrategi.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er formålet klart formulert? <b>Ja</b></li> <li>2) Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>3) Er populasjonen som utvalget er tatt fra, klart definert? <b>Ja</b></li> <li>4) Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <b>Ja</b></li> <li>5) Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? <b>Nei</b></li> <li>6) Er svarprosenten høy nok? <b>Uklart</b> <b>Kommentar:</b> 54% av de som ble forespurt om å være med, deltok.</li> <li>7) Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? <b>Ja</b> <b>Kommentar:</b> Utført pilotstudie på 13 allmennleger før studien ble utført.</li> <li>8) Er datainnsamlingen standardisert? <b>Ja</b></li> <li>9) Er dataanalysen standardisert? <b>Ja</b></li> <li>10) Hva er resultatene i denne studien? <b>Konsultasjonsprevalensrate på 3%, med muskel-/skjelettplager som hyppigste symptom. 45% av pasientene var i jobb, signifikant flere menn. En viktig håndteringsstrategi for legene var støttende veiledning.</b></li> <li>11) Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <b>Nei</b></li> <li>12) Kan resultatene overføres til praksis? <b>Uklart</b></li> <li>13) Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? <b>Ja</b></li> </ol> <p><b>Styrker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Den naturlige settingen og en strengt avgrenset definisjon av persisterende MUPS.</li> <li>- Tillater ikke «inter-rater-reliability» mellom legene i studien.</li> <li>- En generelt representativ gruppe leger, fører til mindre «sample bias»</li> </ul> <p><b>Svakheter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultatene i denne studien er en prevalens sett gjennom øynene til legene, ikke generell prevalens.</li> <li>- En pasient kan være registrert mer enn en gang.</li> <li>- Større andel mannlige fastleger kan føre til en undervurdering av prevalens, da kvinnelige leger treffer flere kvinnelige pasienter.</li> <li>- Responsrate på 53% er noe lavt.</li> <li>- Fastleger kan ha levert ufullstendige spørreskjemaer grunnet en travel arbeidsdag.</li> </ul>
Konklusjon	Konsultasjonsprevalensrate på 3% tyder på at persisterende MUPS er vanlig i allmennpraksis. Studien konkluderte med heterogenitet i gruppen når det kom til ansettelsesstatus, noe som viser viktigheten av personlig fokus i stedet for å tenke på pasienter med MUPS som en homogen gruppe.		
Land	Norge		
Årstell (datainnsamling)	2012 Publisert i 2014.		

Referanse:		Design: Kvalitativ studie	
Houwens J, Lucassen P, Stappers HW, Assendelft PJJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. Fam Pract. 2017;34(2):245-51.		Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig for kvalitativ studie
		GRADE	Ikke mulig for kvalitativ studie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å utforske hva pasienter med MUPS forventer av sin allmennlege, ved å se på relevante kommunikasjonselementer i konsultasjoner, identifisert av pasientene.</p>	<p><b>Studiedesign:</b> Kvalitativ metode</p> <p><b>Populasjon:</b> Fastleger: n=20 (9 menn, 11 kvinner)  Pasienter: n=39 (11 menn, 28 kvinner)</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> For leger var eneste inklusjonskriteret at de var allmennpraktiserende leger.</p> <p><b>Eksklusjonskriterier:</b> For pasienter: under 18 år, snakket dårlig Nederlandsk</p> <p><b>Rekruttering:</b> Forskerne ringte til legekantor i regionen Nijmegen for spørsmål om deltakelse.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Alle konsultasjonene en lege hadde i løpet av en eller to dager ble tatt opp på video. Senere ble de konsultasjonene som omhandlet MUPS valgt ut til å utgjøre datasamlingen. Pasientene så i etterkant på opptaket og gav sine kommentarer, som ble tatt på lydopptak. Dette ble etterfulgt av tre faste spørsmål.</p> <p><b>Analyse:</b> Analysert i henhold til gjentatt sammenlikningsanalyse (constant comparative analysis)</p>	<p>Alle MUPS-pasienter sa at de ønsket å bli tatt seriøst av sin lege. Det ble avdekket tre hovedtemaer for hvordan leger kunne sikre at pasienten følte seg tatt på alvor. Disse var (1) gi empatisk oppmerksomhet til pasienten, (2) sikre at lege og pasient fremstår som likeverdige parter i samtalen og (3) rette oppmerksomheten sin mot de plager pasienten presenterer. Tema (1) gikk ut på at legen var kjent med pasientens personlige historie, og hadde en åpen og empatisk tilnærming. Dette førte til at pasientene følte det var lettere å fortelle om sine plager. Tema (2) gikk ut på at pasientene forventet en lege-pasientrelasjon, hvor begge var likeverdige. De ønsket en dialog hvor det følte ut som de hadde en god kontakt med legen, og at legen gav de øyekontakt. Tema (3) gikk ut på at pasientene ønsket at legen skulle være nøye, og virkelig utforske de plagene pasientene presenterte. Det var også viktig for pasientene at legen hørte på pasientens tanker, ideer og frykter.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er formålet klart formulert? Ja</li> <li>2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja</li> <li>3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? Ja</li> <li>4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Uklart <b>Kommentar:</b> Pasientene som ble brukt i studien var de pasientene som tilfeldigvis hadde time hos allmennlege disse dagene. Ingen grep ble tatt for å skaffe variasjon i populasjonen.</li> <li>5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja</li> <li>6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Nei</li> <li>7) Er etiske forhold vurdert? Ja</li> <li>8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Uklart <b>Kommentar:</b> Analyse ble gjort gjennom constant comparative analysis. De ulike trinnene i analysen fremgår ikke gjennom artikkelen. Klar sammenheng mellom sitater og kategoriene.</li> <li>9) Er funnene klart presentert? Ja <b>Kommentar:</b> En annen forsker har også gått gjennom resultatene. Funnene er diskutert opp mot eksisterende litteratur.</li> <li>10) Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Nyttig <b>Kommentar:</b> Ifølge studieforfatterne er dette første studie som har en direkte interaksjon med pasienter for å identifisere viktige elementer i kommunikasjon mellom lege og pasient, når det gjelder MUPS.</li> </ol> <p><b>Styrker:</b> Første studie på temaet, unngått hukommelsesskjevhet ved å vise pasientene opptak av konsultasjonen, data ble analysert uavhengig av to forskere.</p> <p><b>Svakheter:</b> Utvalget av pasienter, mulig endret oppførsel i konsultasjonen på grunn av at konsultasjonen ble tatt opp. Allmennlegene i studien vurderte selv hvilke konsultasjoner som angitt MUPS eller ikke, og disse vurderingene kan ha variert mellom legene. I tillegg gjorde legene denne vurderingen etter å ha truffet pasienten en gang, noe som kunne gjort at vurderingen ble annerledes enn om de hadde truffet pasientene flere ganger. Til slutt kunne ikke forskerne konkludere om pasientene var fornøyde med konsultasjonen eller ikke, da dette ikke ble spesifikt målt.</p> <p><b>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Ja</b></p>
Konklusjon	Pasienter med MUPS verdsetter en personlig tilnærming hvor allmennlegenes oppmerksomhet ligger på pasientens personlige omstendigheter, for å bedre somatisk håndtering av deres symptomer og for å danne en bedre samtale hvor begge parter er likeverdige.		
Land	Nederland		
Årstall (datainnsamling)	2015 Publisert i 2017		

Referanse:			Design: Kvalitativ studie	
Nunes J, Ventura T, Encarnaçao R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. Ment Health Fam Med. 2013;10(2):67-79.			Dokumentasjonsnivå	Ikke mulig for kvalitativ studie
			GRADE	Ikke mulig for kvalitativ studie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Utforske pasienters forklaringer på MUPS, gjennom å få frem deres forklaringer på plagene, frykt rundt plagene, forventninger til konsultasjonen, endringer i deres tanker om kausalitet og hvilken terapeutisk tilnærming de tenker ville vært nyttig.	<p><b>Studiedesign:</b> Kvalitativ metode</p> <p><b>Populasjon:</b> Pasienter fra São Julião Family Health Unit, med smerte- eller fatiguesymptomer. N = 15 (4 menn, 11 kvinner). Alder 26-75.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Fysiske plager uten organisk forklaring etter 6 måneder.</p> <p><b>Eksklusjonskriterier:</b> Underliggende organisk sykdom.</p> <p><b>Rekruttering:</b> Ikke oppgitt.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Intervju med intervjuguide, utført av samme person. Tatt opp på lydopptak.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble delt i tre punkter for analyse, 1) før konsultasjon, 2) under konsultasjon og 3) etter konsultasjon. Ikke oppgitt analysemetode.</p> <p><b>Etikk:</b> I transkriptet ble navnene til pasientene og legene endret, for å sikre konfidensialitet.</p>	<p><b>Før konsultasjon:</b> Pasienters tidligere opplevelser bidro til hva de selv trodde forklaringen på plagene deres var, spesielt om tidligere plager hadde hatt biofysiske årsaker. Pasienter med personlig erfaring med symptomer assosiert med psykososiale årsaker, hadde oftere en psykososial forklaring på sine plager. Mange pasienter søkte ikke helsehjelp grunnet symptomene sine, men på grunn av frykt for hvilken innvirkning symptomene kunne ha på livet deres. Før konsultasjonen hadde åtte av pasientene en forventning om diagnostisk testing. Tre forventet å få medisiner, tre søkte en diagnose eller forklaring, fire søkte hjelp eller støtte, fem forventet å bli lyttet til og en håpte på å bli henvist.</p> <p><b>Under konsultasjon:</b> Ti av pasientene mottok nye eller endrede medisiner, syv gjennomgikk diagnostisk testing, to fikk rådgivning og to ble henvist videre. Normalisering av symptomene ble brukt hos noen pasienter. En av disse konsultasjonene var den konsultasjonen hvor det ble rapportert at pasienten var minst tilfreds med konsultasjonen.</p> <p><b>Etter konsultasjonen:</b> Pasienter som i forkant av konsultasjonen hadde biofysiske forklaringer på sine plager, endret i løpet av konsultasjonen forklaringen sin til å ha en mer biopsykososial tankegang.</p> <p>Aktiv lytting var det pasientene satte mest pris på under konsultasjonen. Diagnostisk testing kan vise at legene har interesse av å finne ut av pasientens plager. Legene burde være fleksibel og adaptere etter pasientens faser av aksept når det gjelder viktigheten av de fysiske, emosjonelle og sosiale problemene.</p>	<p><b>Sjekkliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er formålet klart formulert? <b>Ja</b></li> <li>2) Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>3) Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? <b>Ja</b></li> <li>4) Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <b>Uklart</b> <b>Kommentar:</b> Utvalgsstrategi og rekruttering er ikke beskrevet.</li> <li>5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <b>Ja</b></li> <li>6) Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? <b>Nei</b></li> <li>7) Er etiske forhold vurdert? <b>Ja</b></li> <li>8) Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? <b>Nei</b> <b>Kommentar:</b> Det fremgår ikke av artikkelen hvilken type analyse som er brukt.</li> <li>9) Er funnene klart presentert? <b>Ja</b></li> <li>10) Hvor nyttige er funnene fra denne studien? <b>Kommentar:</b> Selv om det er usikkert hvor stor overførbarheten fra denne studien er, er det nyttig på mange måter å få kartlagt noen av tankene pasientene har rundt MUPS.</li> </ol> <p><b>Styrker:</b> Pasientene oppgir informasjon som støttes av tidligere forskning.</p> <p><b>Svakheter:</b> Pasientene har gått til disse legene i mange år, og kan derfor ha gitt de svarene legen ønsker å høre. Usikker overførbarhet. Legene i studien arbeidet på familieklinikk, og verdsetter terapeutiske forhold. Hadde pasientene hatt andre leger, kunne de gitt andre svar. Mulig «recall bias».</p> <p><b>Viser forfatterne til annen litteratur som styrker/svekker resultatene?</b> Ja</p>	
<b>Konklusjon</b>				
Pasientene kommer ikke til konsultasjonen på grunn av symptomer, men hva de tenker rundt symptomene. Det terapeutiske forholdet, terapeutisk lytting og fleksibilitet burde være grunnlaget for å tilnærme seg pasienter med MUPS.				
<b>Land</b>				
Portugal				
<b>Årstall (datainnsamling)</b>				
Ikke oppgitt. Utgitt i 2013				

