

Vad händer i mötet? - En analys av kvinnliga värkpatienters konsultationserfarenheter

Eva Johansson

Katarina Hamberg

Vad upplever egentligen den kvinnliga patienten, när hon söker läkare för långdragen värk? Den frågan har vi ställt oss utifrån den vanmakt vi som distriktsläkare känt inför värkpatienten med svårdiagnostiserade och svårbehandlade symtom. Tjugo kvinnor som sökte vårdcentralen djupintervjuades vid tre tillfällen under två års tid. Intervjudata behandlades kvalitativt, enligt grounded theory.

Analysen visar att kvinnorna upplevde djup misstro i och mot sjukvården. De kände sig nonchaletrade, förlöjligade och avspisade. De beskrev strategier för att göra sig förtjänta av en 'hedervärd diagnos' och för att behålla självaktningen. I artikeln diskuteras kvinnornas erfarenheter i relation till det biomedicinska ramverket, maktasymmetrin och könspositioneringen i patient-läkarrelationen. När en entydig organisk diagnos saknas, ställs komplexa förhållanden i vården på sin spets.

Eva Johansson och Katarina Hamberg är distriktsläkare och doktorander vid Allmänmedicinska institutionen, Umeå universitet.

Vad är det som händer?

I arbetet som distriktsläkare har vi haft ambitionen att bemöta våra patienter som vi själva skulle vilja bli bemötta. Det är möjligt att vi förkovrat oss extra om kvinnliga patienter, eftersom vi just som kvinnliga läkare tyckt oss ha ett ansvar att agera föredömligt. Kanske har vi också trott att vår kvinnomedvetenhet skulle leda oss rätt. Trots våra föresatser har det varit svårt att förhålla sig till kvinnor som söker för diffusa, långdragna och svårdiagnostiserade symtom, som t ex värk. När den medicinska utredningen inte visar någon bakomliggande sjukdom och när mediciner och sjukgymnastik inte lett till någon bättring, sitter vi där igen i mottagningsrummet. Från olika utgångspunkter sitter vi där, med samma frågor, doktor och patient: "Vad är det här?" och "Vad ska jag ta mig till?"

Doktors svårigheter i konsultationen har aktualiserats, inte bara i kollegiala samtal och i Balintgrupper

(1), utan också i forskningssammanhang (2, 3). Många delar den frustrerande upplevelsen av att inte kunna hjälpa värkpatienten. Förslag på förhållningssätt som ska hjälpa läkaren (4), lika väl som terapimöjligheter för den kroniska patienten, har diskuterats (5). Ändå, för vår egen del, hade vi inte fått grepp om vad det var som var så frustrerande i patientmötet.

För att få djupare förståelse för vad som gör vissa konsultationer så svåra, bestämde vi oss för att fråga efter de kvinnliga patienternas egna erfarenheter - vad de upplevt, vad de förväntat sig och gjort, när de träffat läkare. Tanken var att göra kvinnornas röster hörda.

Vi hade också en idé om att i svåra, kanske tillspetsade, situationer finns kunskap att hämta (6). 'Kvinnor med värk' borde kunna lära oss något om sjukvården, men också om oss själva och vårt sätt att reagera.

METOD OCH MATERIAL

Vi valde att arbeta med grounded theory (7), eftersom den kvalitativa metoden lämpar sig väl för att utforska och finna förståelse för sammansatta problem. Vi hade inte specifika hypoteser utan ville vara öppna för överraskningar. - Vad händer i mötet mellan doktorn och värkpatienten?

Vi rekryterade informanter till vår studie bland patienter på vår vårdcentralen. Det var kvinnor med långdragna besvär (över 2 månader) från muskler och leder, där utredningarna inte pekat på en entydig medicinsk, vare sig fysisk eller psykisk, förklaring till de långvariga smärtorna.

Vi informerade kvinnorna om att vi genom intervjuer ville öka vår kunskap om hur det är att leva med värk, att vi ville ta del av deras vardagliga erfarenheter; i hemmet, på arbetet och i mötet med sjukvården. Vi försökte

Vid långvarig värk, utan entydig organisk diagnos, ställs komplexa förhållanden i vården på sin spets

få ett brett urval av informanter, i olika åldrar (20-60 år) och med olika långa perioder av sjukskrivning (2 mån - 4 år). Tjugotvå kvinnor tillfrågades, två avböjde. De övriga tjugo intervjuades vid upprepade tillfällen - när de gick in i studien, efter tre - sex månader, samt efter två år. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ordagrant ut. Varje informant fick sig intervjun till-sänd. När vi träffades andra gången var materialet utgångspunkt för förtydliganden, rättningar och fördjupningar. Den tredje intervjun fungerade som avslutning, uppsummering och diskussion av fynden.

Metoden, forskningsintervjuer mitt i den kliniska vardagen, har styrkor och svagheter. Den ger en autentisk bild av patient-läkarförhållandet, men å andra sidan begränsad information. De metodologiska problemen kan av utrymmesskäl ej diskuteras här, men behandlas utförligt i andra artiklar av författarna (8, 9).

Denna artikel sammanfattar analysen av patienterfarenheter i konsultationen - vad kvinnorna förväntade sig, upplevde och hur de agerade när de sökte läkarhjälp (10).

FYND

Misstrodd? - Misstroende gentemot sjukvården

Kvinnorna i vår studie hade stor erfarenhet av sjukvården. Det var besvikelserna och vanmakten de upplevt i kontakten med vården som frapperade i genomläsningen av det samlade intervjumaterialet. Kvinnorna kände sig misstrodda - och misstrodde själva. De beskrev sin situation som mycket sårbar. De var utelämnade till doktors intresse och diagnostiska förmåga. Doktorn var den som skulle besluta om åtgärder, mediciner, remisser och intyg. Om de själva försökte medverka, t ex föreslå diagnos eller ge förslag på utredningar, kände de sig snarast fientligt bemötta. En 60-årig undersköterska berättar:

Läkarbesöket gick snett från början till slut. *Vi förstod inte varandra.* Jag drog detta om att jag hade ont i ryggen och hur jag upplevde att mina besvär i ben och fötter var sammankopplade med ryggen. Men det förklarade han som *rent nonsens*. Jag upplevde honom som snäsig och ovänlig. Jag var också själv skrämdd och ängslig. Han ville ge mig antidepressivt. Jag sa att jag äter inte antidepressivt. Jag orkar bara inte mer, jag orkar inte ett dugg mera än vad jag redan har. Då satte han sig och skrev recept *då utan att förklara nåt* närmare. Jag bad om sömntabletter men det *vägrade* han. Och så *stack han iväg*. Jag kände hur jag fullständigt hängde i luften. Jag har tänkt jag borde

Kvinnorna kände sig misstrodda - och misstrodde själva

ha en liten bjällra som de pestsmittade hade förr i världen, så att de kunde springa undan så fort jag kom

Hon ville bli tagen på allvar, ville berätta om och diskutera sina farhågor med läkaren. Men hon kände sig *missförstådd, förlöjligad, ignorerad och avspisad*. Upplevelser av läkares förhållningssätt, som kan liknas vid härskarstrategier (11) delades av alla dessa 20 kvinnor, mer eller mindre.

Strävan efter en 'hedervärd diagnos'

Kvinnorna ställde inga specifika krav på läkaren, utan uppgav mer allmänna önskemål om att "få en diagnos", att "få hjälp", att "bli frisk". Men det var inte vilken diagnos som helst. Till en 'hedervärd diagnos' var tre implicita förväntningar kopplade; att bli tagen på allvar, att få tid och rum för information och dialog, samt att få stöd och behandling i en fortsatt kontakt.

Nästa steg i vår analys var att granska kvinnornas förhållningssätt i konsultationen. Det var strategier av två slag:

A. Strategier för att fånga doktors intresse.

- Kvinnorna koncentrerade sig på att beskriva sina *kroppsliga* symtom: "Jag tror han visste att vi hade det besvärligt hemma, men det pratade jag inte om. Man vill ju inte att det ska tas för något psykiskt."

- De *lindade in* sina frågor och önskemål, i t ex hot och smicker.

- De *vädjade* och *grät*.

B. Strategier för att upprätthålla självrespekt. De starka känslor som väcktes i att bli avvisad, ledde till att de sökte alternativa tolkningar av sitt eget och doktors beteende.

- De *mystifierade* sig, beskrev sig själva som omöjliga: "Ingen biter på mej. Ingen förstår sig på mej. Jag följer inga medicinska lagar". Många antydde alternativmedicinska förklaringar, som inverkan av metaller och väderförhållanden.

- De framställde sig som *martyrer* - de klagade inte utan bar sitt ok och sökte inte hjälp förrän det var "för sent".

- De *anklagade* läkare för ointresse och därmed okunighet. De berättade om, och gav exempel på, läkares försummelser eller misstag.

Att tolka strategierna som egenskaper hos den kvinnliga patienten, är att blunda för de kontext dessa strategier uppstår i

ANALYS

Är hon eller blir hon manipulerande?

Att se dessa förhållningssätt var i förstone att se en krävande, manipulerande, samtidigt undergiven patient. Var det då konstigt att doktorn blev frustrerad? Nej, men att nöja sig med den tolkningen, 'den manipulerande kvinnliga patienten', är att gå i fällan. Att tolka strategierna som *egenskaper* hos den kvinnliga patienten, är att blunda för de *kontext* dessa strategier uppstår i. Det finns t ex en stor risk med att säga att kvinnan somatiserar, eftersom beskrivningen av det hon gör kan misstolkas som en beskrivning av hur hon är.

Vi utgår från att kvinnornas funderingar och göranden växt fram ur rådande förutsättningar. Ur den synvinkeln är strategierna rationella; underordningsstrategier blir till överlevnadsstrategier. Det optimala målet beskrevs vara att träffa en doktor som "tog tag i dem", nån som "höll i dem". Det önskade omhändertagandet - beskydd under någons vingar - var också en anpassning till en situation som präglades av makt och beroende.

Låt oss granska de kontext som sätter ramar och styr spelreglerna i patient-läkarmötet.

Kontextuella ramar

Det biomedicinska tolkningsföreträdet

Kvinnorna sökte läkare för att de upplevde sig sjuka. De ville ha en 'hedervärd diagnos' och tas om hand i vården. Men i deras fall hade besvären varit svåra att biomedicinskt identifiera. Sjukdomar som visar synliga kliniska tecken och ger objektiva utredningsresultat, labvärden, röntgenutlåtanden, samt har ett dramatiskt förlopp värderas i läkarkretsar högre än åkommor av psykosociala genes [12]. Den biomedicinska ramen sätter alltså sin prägel på mötet. Läkaren är experten med oinskränkt beslutsrätt över diagnostik och behandling. - Det gäller alltså för patienten att presentera sina kroppsliga symtom så fullödigt och komplett som möjligt, så att doktorn intresserar sig för att utreda och finna den biomedicinska förklaringen till värken.

Positionsmakt

Läkaren har makt genom sin expertkunskap, men också

genom sin sociala status och position. Som patient är det inte fritt att "komma och tycka", föreslå diagnos eller ställa krav. Det har visats i undersökningar att doktorer har svårt för patienter som kommer med egna diagnoser (13). Hur gör man då som patient? - Det blev kanske nödvändigt att linda in sina frågor, att skaffa en täckmantel som utmanar, vädjar eller smickrar: "Min granne som är läkare sa att jag måste verkligen gå till doktorn och bli ordentligt undersökt".

Kön

Dessa strategier för oss in på den övergripande ramen av underordning i patient-läkarmötet - den som är betingad av könstillhörighet. Kvinnornas förväntningar, beskrivningar och förhållningssätt genomsyrades av stereotypier om manligt och kvinnligt beteende:

'Doktorn' var underförstått en *han* (en avvikelse från normen markerades med prefixet, 'kvinnlig' läkare). *Han* förväntades vara auktoritär beslutskraftig, och till viss del arrogant, distanserad. Patienten däremot var en *hon*, hjälpsökande, utlämnad, svag. "Jag har gråtit min väg genom sjukvården. Hade det inte varit för mitt tiggande och tjatande hade jag väl aldrig fått nån hjälp".

Det blev uppenbart för oss att de tankemönster som stod till buds för kvinnorna var de vedertagna - att underordna sig, att bära sitt ok, att skylla sig själva: Var det som doktorn sa, "inget medicinskt fel", så var det väl "kvinnors oberäkneliga natur". Kvinnor mystifierades som vanskliga varelser, lydande under osynliga krafter, som väderlek, magnetism, strålning, metaller etc.

Den groende ilskan resulterade på sin höjd i ett verbalt avståndstagande till doktorer: "De är egentligen odugliga, de kan ingenting om ryggar".

Kvinnorna sökte legitimitet

Vi har sett att kvinnornas strategier för att nå medicinsk uppmärksamhet i konsultationen var anpassade till den rådande vårdstrukturen, en naturvetenskaplig, hierarkisk och manlig struktur. Sökandet efter en hedervärd diagnos var ett sökande efter erkännande, legitimitet. De flesta upplevde dock att de inte hade fått något medicinskt erkännande, ingen diagnosticerad organisk *sjuk-*

Kvinnornas strategier för ett erkännande i konsultationen var anpassade till den rådande vårdstrukturen, en naturvetenskaplig, hierarkisk och manlig struktur

dom (disease) (14). I analysen av hennes symtombeskrivningar framkommer att hon också söker legitimitet för sin subjektiva *sjukdomsupplevelse*, sin vardagsverklighet (illness).

Jag har ju bättre perioder. Då passar jag på att göra allt som jag skulle vilja göra.

Jamen, sy nya gardiner, och jag vill städa upp, torka skåp, torka av skåpinredning...sånt som jag inte kan göra va.

Och det får ju till följd att jag blir ju sju resor värre.

Kvinnorna berättade om handlingsvillkoren för sitt egenvärde. Under rådande omständigheter orkade de inte arbeta som de önskade. De beskrev att de hade varit riktiga arbetsmänniskor, som kunnat "ta i". I beskrivningarna av sina vardagsbestyr värdade hon om sin kvinnlighet. "När solen lyste rakt in i mitt kök, så såg man allt." Vad var det som exponerades? Jo, en osynlig kvinnovärld, de tvättade fönstrens värld, de blåsta diskbänkarnas domäner, ansvarstagandet för barnen, bullbaken, de prioriteringar hon måste göra med de krafter som stod till buds. Hon och de andra kvinnorna beskrev sina tillkortakommanden i sysslor som de som kvinnor värderades efter och uppskattades för. Att ge sig tid med barnen, att städa, tvätta och utsmycka hemmet. Därmed ställer hon frågan om *socialt definierad sjuklighet* (sickness) på dagordningen. Bedöms hennes ohälsa, enligt statliga direktiv, vara sjukskrivningsgrundande eller ej?

I ett av fallen kom frågan om arbetskapacitet, sjukskrivning och kvinnlighet att ställas på sin spets. Denna kvinna hade en stark barnönskan och ville adoptera barn. Adoptionsbyrån fick via läkarintyget vetskap om att hon det senaste året varit sjukskriven under diagnosen fibromyalgi. Av den anledningen förhalades adoptionsutredningen. Hon var kränkt och upprörd och sa: "Fastän jag har värk och är heltidssjukskriven är jag en fullständigt frisk kvinna och skulle bli en perfekt mamma".

SAMMANFATTNING

Syftet med undersökningen var att 'ge röst' åt kvinnliga patienter som inte riktigt 'passar in' i sjukvårdssystemet. Analysen exponerar de kontextuella ramar som lägger hinder för att doktor och patient ska uppnå gemensam förståelse för problemet. Kvinnorna söker för värk, men när en klart identifierbar organisk orsak saknas, upplever hon sig ifrågasatt. Läkaren är experter med positionsmakt och maskulina könsstereotypa förtecken. Kontakten präglas av misstro. Kvinnorna

beskriver sig bemötta av härskarstrategier. De utvecklar själva strategier för att inordnas och accepteras i den biomedicinska, hierarkiska och androcentriska diskursen. De söker upprättelse och bekräftelse genom att underordna sig doktorn och accentuera sin kvinnlighet. De betonar och väger sin hälsa/ohälsa utifrån vardagslivets krav, alltså sin kapacitet att utföra (sitt både avlönade och oavlönade) kvinnoarbete. Det blir ett dilemma för doktorn, vars uppgift är att värdera i vilken utsträckning hälsotillståndet påverkar arbetskapacitet - och då handlar det strikt om lönearbete.

Vår analys belyser flera områden där doktor och patient har olika utgångspunkter och referensramar i konsultationen. Den sätter också fingret på dilemmat kring sjuklighetsdefinitioner och definitioner av kvinnlighet.

REFERENSER

1. *Balint M*: Läkaren, patienten och sjukdomen. Lund: Studentlitteratur, 1978.
2. *Arborelius E, Bremberg S, Timpka T*: What is going on when the general practitioner doesn't grasp the situation? *Fam Pract* 1991;8:3-9.
3. *Mathers N, Gask L*: Surviving the 'heartsink' patients. *Fam Pract* 1995;12:176-83.
4. *Malterud K*: Key questions - A strategy for modifying clinical communication. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:121-7.
5. *Stewart MA*: What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med* 1984;19:167-75.
6. *Harding S*: The Science Question in Feminism. Milton Keynes: Open University Press, 1986.
7. *Strauss A, Corbin J*: Basics of Qualitative Research. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
8. *Hamberg K, Johansson E*: Fråga och lyssna - Teori, metod och analys i allmänmedicinsk kvinnoforskning. *AllmänMedicin* 1993;5:238-42.
9. *Hamberg K, Johansson E*: Scientific rigour in qualitative research - Examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994;11:176-81.
10. *Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G*: "I've been crying my way" - qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996; 13:498-503.
11. *Ås B*: Kvinnor tillsammans. Handbok i kvinnofrigörelse. Malmö: Gidlunds, 1982.
12. *Album D*: Sykdommers og medicinske specialiteters prestisje. *Nord Med* 1991;106:232-6.
13. *Scott S, Deary I, Pelosi AJ*: General practitioners' attitudes to patients with a self diagnosis of myalgic encephalomyelitis. *BMJ* 1995;310:508.
14. *Twaddle A, Nordenfelt L*: Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health. Linköping University, 1994.