

Reprispatienten – en terapeutisk utmaning



Ralph Wernbom

Vid de flesta läkarmottagningar förekommer en inte obetydlig patientgrupp vars konsultationer endast resulterar i en upprepning av tidigare ordination och därutöver intet. Den här gruppen förorsakar inte sällan en viss skuldmedvetenhet och känsla av allmän otillräcklighet hos läkarna — men försök att rubba konsultationernas inriktning resulterar gärna i blott en allmän irritation patient och läkare emellan och repertoaren återtar i regel snabbt sin repriskaraktär.

Det sistnämnda är ett av de konstateranden som en forskargrupp ledd av Michael Balint dragit av en systematisk studie av ifrågavarande typ av reprispatienter.

Balints studie refereras nedan av Ralph Wernbom, distriktsläkare i Göteborg.

Han konstaterar att det är en beskrivning av ett i vetenskaplig synpunkt tidigare nästan helt okänt område. En rad slutsatser av både praktisk och principiellt viktig karaktär kan baseras på undersökningsresultaten.

Den ungerskfödde psykiatern Michael Balint, sedan 1949 verksam i England, har bland annat gjort sig känd som ledare för seminariekurser, där allmänpraktiker tränats och forskning bedrivits med särskild inriktning på relationerna mellan läkarna och deras patienter inom ramen för allmänläkareverksamheten.

I det 1970 utkomna arbetet "Treatment or Diagnosis" har Balint och en grupp medarbetare studerat ett klientel från 10 olika läkarmottagningar. Härvid har intresset speciellt inriktats på en grupp patienter, vilken endast erhållit upprepning av tidigare ordination vid förnyad läkarkontakt och därutöver intet. I dessa fall har man ut-

gått från läkarens avsikt, att utan ändring av dos eller administrationssätt samt utan tillägg av annat medel direkt upprepa en föregående ordination. Balint och hans medarbetare har uppställt hypotesen, att patienter, vilka står på en sådan interaktionsregim, i väsentliga avseenden skiljer sig från övriga patienter.

Efter några inledande förstudier, som uppvisade en andel av 15—21 procent iterationsfall gjordes 1967 en huvudstudie, där 10 olika läkare vid samma tid redovisade vardera 100 konsekutiva patientkontakter, omfattande såväl personliga besök på mottagningen som hembesök, besök genom ombud samt kontakt via brev eller telefon.

Olika data samlades, bl. a. ålder, yrke, civilstånd. Tidpunkt för den första läkarkontakten, diagnos(er), upptill tre per patient, samt ordinerade läkemedel och deras antal (upptill nio per patient) samt avsikten med ordinationen noterades. Vi-

BALINT, HUNT, JOYCE, MARINKER & WOODCOCK.

Treatment or Diagnosis

A Study of Repeat Prescriptions in General Practice. Lippincott 1970.

dare ombads de deltagande doktorerna uppskatta, huruvida patienten bedömts som övervägande somatiskt eller psykiskt sjuk eller om blandad sjukdomsbild förelåg. Dessutom bad man läkarna ange sina personliga relationer till patienterna i termer som vänlig, neutral eller fientlig. Påföljande år fick läkarna fylla i ett kortare formulär, där man frågade, om patienten stod kvar på doktors lista, om inte varför? Vidare registrerades patientens aktuella civilstånd, relation till läkaren, datum för sista kontakt, diagnos, ordination samt antalet läkarkontakter under det gångna året. Även gjordes nu en ny bedömning om övervägande somatisk eller psykisk sjukdom kunde föreligga.

Det erhållna materialet har sedan behandlats statistiskt. Material, metoder och resultat redovisas i bokens fyra första kapitel medan senare delen ägnas kasuistiska rapporter och beskrivningar.

Typer av upprepade konsultation

Huvudstudien (del 1) kom att visa en andel iterationspatienter uppgående till 25,4 procent av totala antalet patientkontakter. Vid undersökning av iterationsregimens duration vid tidpunkten för den aktuella studien fann man en kritisk gräns vid sex veckor. Om denna sexveckorsperiod överskreds, var sannolikheten mycket stor, att regimen skulle komma att överstiga ett år i duration. Av praktiska skäl beslöt man emellertid att indela iterationspatienterna i två grupper, kort- och långtidsfall, där gränsen sattes till 6 månaders varaktighet av regimen. Det undersökta patientmaterialet kunde sålunda indelas i tre grupper, nämligen *L gruppen*, long repeat prescription patients, med regim överstigande sex månader, *S gruppen*, short repeat prescription patients, där regimen understeg sex månader samt *N gruppen*,

L gruppen, long repeat prescription patients, med regim överstigande sex månader, S gruppen, short repeat prescription patients, där regimen understeg sex månader samt N gruppen, non repeat prescription patients, övriga patienter.

non repeat prescription patients, övriga patienter. Benämningarna L, S och N kommer i fortsättningen att användas för respektive patientgrupper.

När dessa jämfördes i avseende på åldersdistributionen, fann man, att andelen N patienter minskade med stigande ålder, medan andelen L patienter ökade med tilltagande ålder och antalet S patienter förblev i stort sett konstant genom alla åldrar över 10 år.

Balint och medarbetare berör även diagnosproblematiken, varvid man dels talar om vetenskaplig, "Illness-centered", dels om "Patient-centered" medicin. Den första termen avser konventionell medicinsk diagnostik, baserad på ett "apparatföreläsnings-tänkande", medan den senare termen mera framhåller patientens person och hans eller hennes reaktioner eller reaktionsmöjligheter i den givna miljön. Balint vill uppfatta patienternas reaktionsmönster som resultaten av ändringar i balansen mellan tillfredsställelse och frustration hos dem. Hos varje individ kan man finna två fält, där denna balans kan testas, nämligen inom familje- och yrkeslivet. Då resurserna ej medgivit studier inom det sistnämnda fältet, har man nöjt sig med att jämföra ålder och civilstånd och patienternas status i avseende på iterationsregim, dvs med grupperna L, S och N som parametrar.

Konsultationsmönster — familjeförhållanden

I åldrarna under 20 år erhöles ingen skillnad mellan de tre grupperna. I ålder 21—30 år fann man ett betydligt större antal gifta patienter inom L gruppen men även en större andel fränskilda. Denna trend med ökat antal fränskilda kvarstår sedan inom L gruppen genom alla högre åldrar. L gruppen skilde sig således från övriga patienter genom ökad tendens till giftermål i tidigare ålder men även genom större tendens till skilsmässor. Ett studium av patienternas typ och frekvens av läkarkontakter visade, att L patienterna hade ett klart större antal kontakter per år. Detta märktes dock inte, vad gällde hembesök, men personliga besök och framför allt indirekta kontakter via ombud, brev eller telefon uppvisade en tydligt

Studiet av läkarkontakternas utformning hos L gruppen tolkas så, att dessa patienter förvisso har ett stort kontaktbehov men att de samtidigt har en nedsatt förmåga att uthärda en mera intim personlig kontakt under längre tid.

ökad andel för L patienterna i jämförelse med övriga patientkategorier.

Forskargruppen vill se L patienternas handlingsmönster med tidiga giftermål och ökad skilsmässofrekvens som ett tecken till otillfredsställelse. Dessa patienter söker ständigt något. Då man ej erhåller tillfredsställelse inom äktenskapet uppstår besvikelser ledande till splittring och skilsmässor. Studiet av läkarkontakternas utformning hos L gruppen tolkas så, att dessa patienter förvisso har ett stort kontaktbehov men att de samtidigt har en nedsatt förmåga att uthärda en mera intim personlig kontakt under längre tid. De kräver en viss distans till andra medmänniskor. Härvid tycks patienternas ålder och kön sakna betydelse.

Diagnosmönstrets betydelse

En analys av diagnoserna är alltid en vanskelig uppgift, vilken man även i den här refererade undersökningen i mesta mån sökt kringgå. Ett studium av antalet diagnoser per patient visade emellertid en betydande övervikt av andelen multidiagnosfall i L gruppen jämfört med N patienterna. En jämförelse mellan olika läkare visade olika skillnader i sättet att använda en enda eller multipla diagnoser liksom även i fråga om indelning av patienterna i övervägande somatiskt eller psykiskt sjuka. Sistränmda indelning visade en övervikt av andelen psykiska diagnoser bland L patienterna jämfört med N gruppen. Man erhöi ingen korrelation mellan läkarens benägenhet att ställa multipla diagnoser bland hans N patienter och hans andel av L fall, däremot ett klart samband mellan trenden att ställa en enda diagnos och andelen S fall.

Beträffande läkarnas bedömning av relationerna mellan dem och deras patienter, uttryckt i

termerna vänlig, neutral och fientlig, syntes dessa uppfattningar vara oberoende av patienternas besöksfrekvens.

Man ansåg sig även kunna se vissa samband mellan läkarnas attityder till patienterna, enligt skalan somatisk-psykisk sjukdomsdiagnostik och andelen L patienter i deras material. De läkare som mest finner somatiska sjukdomar bland N patienterna har största andelen L fall, medan de läkare som lättast finner psykiska element hos sina patienter har det lägsta antalet L patienter.

Vidare fann man, att den läkare, som har störst benägenhet att se psykogena faktorer i patienternas sjukdomsbild, även har lättast att finna fientliga relationer mellan sig och patienterna.

Mönstret av läkemedelsordination

Man undersökte även de givna ordinationerna av farmaka, grupperade efter effekten på olika organsystem enl. hälsoministeriets lista. De i studien deltagande läkarnas föreskrifter har sedan jämförts med hälsoministeriets uppgifter om förskrivningar från landets alla NHS anslutna läkare. De vanligaste ordinationerna omfattade psykofarmaka, därefter respiratoriskt verksamma farmaka och i tredje hand antibiotika. Rent allmänt fann man, att de i undersökningen deltagande läkarnas ordinationer visade god överensstämmelse med hälsoministeriets uppgifter, dock med en ökad tendens till förskrivning av psykofarmaka inom den här studerade läkargruppen. Vidare må framhållas, att psykofarmaka ordinerats i nästan dubbelt så stor utsträckning till L som till N patienter (37 mot 21 proc).

Som ett ytterligare led lät man två oberoende läkare, som ej deltagit i undersökningen, granska alla givna data och med ledning av dessa bedöma validiteten av givna ordinationer. Därvid erhöiI bristande överensstämmelse i uppfattningen mel-

De läkare som mest finner somatiska sjukdomar bland N patienterna har största andelen L fall, medan de läkare som lättast finner psykiska element hos sina patienter har det lägsta antalet L patienter.

Vidare fann man, att den läkare, som har största benägenhet att se psykogena faktorer i patientens sjukdomsbild, även har lättast att finna fientliga relationer mellan sig och patienterna.

lan bedömande och behandlande läkare i 25 proc. av iterationsfallen mot i 15 proc. av övriga fall. Denna differens var signifikant på 0,01 nivå.

Med denna validitetsundersökning som grund, har man även sökt jämföra behandlingen av olika sjukdomsgrupper i avseende på effektivitet. Det torde stå klart att ett stort antal patienter, kanske flertalet, någon gång stått under en iterationsregim. När en sådan terapi genomföres tycks den vid senare tidpunkt varken vara mer eller mindre adekvat, än när den först insattes, kanske med undantag av nervösa sjukdomar, där behandlingen med tiden tenderar att bli allt mer adekvat. Detta gäller även metaboliska sjukdomar och hudsjukdomar medan det med gastrointestinala sjukdomar tycks förhålla sig tvärtom.

I ett inte ringa antal fall hade vederbörande läkare ordinerat medicin, som uppenbarligen saknat rimligt samband med hans egen diagnos. Man har här anledning fråga sig, om inte i själva verket patienten i dessa fall dikterat sin egen ordination?

Olika fall av patient—läkarkontakter

Den kasuistiska delen (del II) av studien har främst inriktats på att belysa olika faser av förhållande läkare—patient inom ramen för L regimen, varvid man samlat in rapporter och från dessa samlat exempel på lugna, avspända, harmoniska läkar-patientkontakter men även på motsatsen, där spänning, olust och irritation mellan parterna rått. I Balints uppfattning om dynamiken i patient-läkarkontakten finner man en utveckling genom två stadier, dels ett första, *polemiskt* stadium, där patienten offererar läkaren olika symtom och denne efter mer eller mindre ingående åtgärder antingen accepterar eller förkastar offerten. I sistnämnda fallet återkommer kanske patienten med nya offerter, vilka följes av

nya utredningar osv. I den mån samförstånd ej kan uppnås är detta stadium ofta stormigt och oroligt men i den mån en överenskommelse mellan läkare och patient kan ske kommer man in i ett stadium II, som mera karakteriseras av *fredlig anpassning* mellan parterna.

Läkarens handlande kan i stort schematiseras på följande sätt:

1. Insamling av data (upptagande av anamnes, utförande av olika undersökningar, utredningar och konsultationer).
2. Formulering av diagnos(er).
3. Beslut om behandling. (Åtgärdande).

Lugna patienter med torftigt scenario

I bokens femte kapital, som beskriver 20 patienter med goda lugna relationer till läkaren, har man i ett stort antal av dessa fall kunnat visa, att det ovan beskrivna schemat ej följts på ett adekvat sätt, trots att L regimen insatts, t o m över flera års tid. Denna kritik har i många fall även drabbat läkare som varit särskilt kända för noggrannhet och objektivitet i sin yrkesutövning. Man har frapperats av, hur ofta läkarnas data över dessa patienter varit ytterst sparsamma och torftiga, tydande på en ytlig och högst ofullständig kontakt mellan patienten och doktorn. Den rationella terapin har ersatts med en behandlingsform, som vi knappast ens kan kalla symptomatisk. Allt vi kan säga är, att patienten tycks ha funnit ett sätt att fungera någorlunda hyggligt och att den etablerade regimen därvid utgör en nödvändig hjälp.

Vissa speciella drag kunde också spåras hos de "lugna" L patienterna. I en del fall utvecklades en slags kontakt mellan läkare och patient, som tillät samtal över vissa ämnen och företeelser av neutral, oskyldig karaktär, medan andra person-

I ett inte ringa antal fall hade vederbörande läkare ordinerat medicin, som uppenbarligen saknat rimligt samband med hans egen diagnos. Man har här anledning fråga sig, om inte i själva verket patienten i dessa fall dikterat sin egen ordination?

I en del fall utvecklades en slags kontakt mellan läkare och patient, som tillät samtal över vissa ämnen och företeelser av neutral, oskyldig karaktär medan andra personliga ämnen genom en outtalad överenskommelse tabubelades.

liga ämnen genom en outtalad överenskommelse tabubelades. Dessa tillåtna ämnen har Balint kallat *scenarios*. De ha synbarligen till uppgift att begränsa kommunikationsfältet mellan läkaren och hans patient. Därvid uppnås genomförandet av en regim på längre sikt, utan att en mera personlig, intim relation behöver komma till stånd. Ofta kunde man i sådana fall se, hur det snarare var patienten än doktorn, som initierat regimen.

Av de 20 fallen i serien var åtta parade, dvs man fann mellan olika L patienter relationer som äkta makar, föräldrar—barn, syskon etc. Här kom närvaron av en tredje person i förhållandet läkare—patient att fungera som en avledare. Ett typiskt exempel är modern, som tar med sitt barn vid läkarbesöket och därigenom förhindrar, att läkarens undersökning blir alltför djup eller ingående. Dessa avledare fungerar utmärkt väl som avskärmare av intimare relationer och förhindrar effektivt bildandet av nära kontakter mellan läkaren och hans patient. Man kunde se exempel på, hur två patienter kunde samarbeta, så att varje patient blev avledare för den andra. Dessa "lugna" läkar-patient kontakter uppvisade en anmärkningsvärt uniform prägel. Påfallande ofta iaktogs, hur inflytandet av läkarens personlighet kunde försvinna eller avtaga. Uppenbarligen är vi läkare oftare manipulerade av våra patienter, än vi själva vill inse eller erkänna.

De oroliga fallen

Efter studiet av de "lugna" L patienterna ägnade man sig sedan åt de "oroliga" eller "störda" fallen. Härvid studerade man först vad som händer, när antingen läkaren eller patienten söker avbryta den etablerade regimen. Erfarenheten lärde snabbt läkargruppen, att försök till avvänjning från en redan pågående L regim måste göras

långsamt och med stort tålamod och försiktighet. Alltför hastiga och omstörtande förändringar resulterade i flyktbeteenden eller utlöste akuta kriser hos patienterna.

I de fall, där initiativ till förändring av regimen kom från patienten, fann man, att läkaren oftast gjorde häftigt motstånd och ville föra tillbaka patienten till den gamla regimen utan att fråga efter, vad som kunnat rubba patientens normala tillvaro. En etablerad L regim synes sålunda vara ytterst svår att bryta. Tydligt är den ett slags substitut, som både läkare och patient kan acceptera. I de lugna skedena har livet blivit uthärdligt och konflikterna slumrande, möjligen till priset av en viss olustkänsla hos doktorn. Detta kunde väl märkas, då flertalet läkare vid konfrontation med sina iterationspatienter ville göra gällande, att någon annan kollega startat regimen, medan den aktuella undersökningen visade, att vederbörande läkare själv i minst 2/3 av fallen initierat densamma. Vad patienten får betala vet vi inte. I störda situationer kunde nästan alltid påvisas något, som rubbat patientens jämvikt, om man blott gjorde sig besvär att forska i saken.

Man har även kunnat påvisa fall, där relationerna mellan läkare och patient trots långvarig L regim aldrig kunnat bli riktigt lugna eller avspända. I denna oroliga situation saknas helt *scenarios* och avledare. Alla besök sker personligen på mottagningen, hembesök förekommer ej. Detta slags patient vill uppenbarligen ha personlig kontakt men kan ändå ej tolerera någon mera ingående utredning eller fastare kontakt. Varje försök att införa något nytt medför omedelbar försämring och varje försök att direkt öppet söka angripa de bakomliggande problemen medför en flyktreaktion, stundom panikartad. Allting är fel,

Allting är fel, ändå får man inte ändra något. Här är det orimligt att tänka att bota patienten, allt man kan göra är att söka bibehålla status quo, varvid en slags regim, som för doktorn måhända ter sig irrationell och ovetenskaplig, trots allt kanske för patienten kan förefalla både human och meningsfull.

Balint och medarbetare drar av sina studier slutsatsen, att longterm prescription patienter utgör en särskilt avgränsad grupp, som utmärkes av stort kontaktbehov men betydande nedsättning av förmågan att uthärda en mera intim personlig samvaro.

ändå får man inte ändra något. Här är det orimligt att tänka att bota patienten, allt man kan göra är att söka bibehålla status quo, varvid en slags regim, som för doktorn måhända ter sig irrationell och ovetenskaplig, trots allt kanske för patienten kan förefalla både human och meningsfull.

En avgränsad patientgrupp

Balint och medarbetare drar av sina studier slutsatsen, att longterm prescription patienter utgör en särskilt avgränsad grupp, som utmärkes av stort kontaktbehov men betydande nedsättning av förmågan att uthärda en mera intim personlig samvaro, grundad på djupare kontakter. Denna patientkategori bedömdes olämplig för psykoterapi med de krav på intima personliga relationer, som en sådan behandlingsform medför. Forskargruppen anser det emellertid vara av stor betydelse, att nya behandlingsmetoder utvecklas, som särskilt avpassas till dessa patienters mera begränsade förmåga att uthärda mänsklig kontakt.

Kommentarer

Sett ur en svensk allmänpraktikers perspektiv är den refererade undersökningen som deskriptiv studie över ett tidigare nästan helt okänt område utomordentlig. Man känner utan svårighet igen iterationsregimen från den egna dagliga verksamheten, särskilt i form av de ständigt återkommande "telefonrecepten" och det torde knappast

erbjuda några svårigheter att ur den egna patientstocken finna illustrativa exempel i analogi med bokens material. Vad som särskilt frapperat är annars den lätthet med vilken en iterationsregim uppstår och snabbt utvecklas till ett behandlingsprogram, som är nästan omöjligt att bryta och ändå långtifrån alltid grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt som det må vara till tröst för en jäktad allmänläkare att veta, att han inte är ensam om att handla irrationellt och ovetenskapligt, så stämmer resultaten från Balintgruppens studie till en viss eftertanke och understryker vikten av, att läkaren i sitt umgänge med potentia farmaka iakttagar en ökad försiktighet, framför allt vid tveksamma diagnoser eller hos patienter med multipla diagnoser.

Man skulle kanske önska, att de gjorda resultaten i något större omfattning relaterats till de olika mottagningarnas struktur och organisation och vidare borde man nog på ett mera konventionellt sätt sökt analysera patientklientelet i avseende på förekomsten av psykiska sjukdomsinteter och konstitutionella särdrag, men dessa invändningar väger dock lätt och undersökningen lämnar viktiga rön och aspekter på läkarens arbete ur nya och originella infallsvinklar, som ger stora möjligheter till ett fruktbart utvecklingsarbete och är därför värd att uppmärksammas.

Samtidigt som det må vara till tröst för en jäktad allmänläkare att veta, att han inte är ensam om att handla irrationellt och ovetenskapligt.