

Besvärliga patienter i allmän praktik

Allmänläkaren är enligt den engelska psykiatern Michael Balint den som har störst möjligheter att nå resultat i vardagspsykoterapi. Särskilt gäller detta patienter som i förstonet sig som allra mest besvärliga.

Om olika "typer" av sådana besvärliga patienter och metoder för att hjälpa dem skriver i denna artikel Kjell Bengtson som är industriläkare vid Svenska Cellulosa Aktiebolaget.

Artikeln återger huvudinnehållet i ett föredrag vid efterutbildning av industrisjuksköterskor i SCA:s regi.



Kjell Bengtson

Hos varje läkare förekommer alltid några patienter, som bereder honom speciella bekymmer. Han tycker kanske, att han har utrett patientens sjukdom ordentligt, att han har ordinerat adekvat behandling och ändå lyckas han icke få kunden nöjd. Trots hans ärliga ansträngningar och åsikt, att han har handlat enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, lyckas det liksom inte ändå. Antingen blir patienten inte alls fri från besväret såsom man kunde förvänta sig, eller också kommer patienten ständigt igen med liknande eller nya symtom. Detta kan sägas vara definitionen på den besvärliga patienten, men man måste förstå, att förhållandet mellan läkaren och hans patient, som i de här fallen alltid blir ansträngt eller spänt, även måste bero på vissa egenskaper hos läkaren själv. En läkare kommer kanske inte så bra överens med patienter, som däremot kan trivas mycket bra hos en annan läkare. I själva verket är det så, att allmänheten, som söker läkare så småningom finner en läkare, där man tycker sig passa bäst och få bästa hjälpen, med andra ord sker här en viss selektion eller anpassning. Jag tycker skämtteckningen (sid. 459) utmärkt illustrerar denna selektionsprocess.

Definitioner

Michael Balint har i sin bok *The Doctor, His Patient and The Illness* givit det i mitt tycke väsentligaste bidraget till de psykologiska faktorernas spel hos patienterna och läkarna. Från hans bok vill jag nu först taga några *definitioner* eller snarare grundläggande resonemang.

A. Hur en patient får en psykosomatisk åkomma. En stark eller mera vardaglig stressfaktor är det ursprungliga, som inverkar på patienten och beroende på patientens grundläggande konstitution m.m. så kan han reagera på olika sätt. I början, innan han har hunnit "*organisera*" sina besvär till någon speciell kroppsdel eller något speciellt organ, så har han rätt diffusa besvär, men så småningom så har han en samlad och enhetlig sjukdomsbild, med vilken han kommer till läkaren. Patienten talar alltså om magbesvär eller ont i ryggen eller ont i huvudet etc. Men i grunden behöver han egentligen prata om t.ex. olösta personliga problem och har en mer eller mindre omedveten önskan att diskutera dessa problem. Man har om detta fenomen talat om ett patients "blomsterspråk", vilket det gäller för doktorn att förstå.

B. Det besvär eller den sjukdomsbild, som patienten presenterar, kan man betrakta som ett *erbjudande till doktorn*, som han antingen bör nappa på eller avvisa.

C. Den åtgärd eller den attityd, som doktorn svarar med, är den andra faktorn i detta spel mellan läkaren och hans patient, som kan bli ganska komplicerat. Det kan man kalla *doktors svar* på patientens erbjudande.

D. Läkarens sätt att leverera "svar" beror i hög grad av hans "*apostoliska funktion*". Med detta avses läkarens personlighet, alltså hans erfarenhet i livet, hans utbildning, hans bakgrund etc. Ett exempel på hur mycket läkarens apostoliska funktion kan betyda, utgör följande. Man kan ju tänka sig vilken olika attityd gentemot en ung man med en färsk gonorré som kan intagas av å ena sidan den äldre lite stränga doktorn med frireligiös bakgrund och å andra sidan en kanske något yngre läkare, som själv "sått sin vildhavre". Det märkliga med läkarens apostoliska funktion och som har givit den dess namn "apostolisk" är, att han likaså absolut kräver av sina patienter, att dom skall acceptera densamma, innebärande, att dom skall se på och värdera symtom och sjukdomar på ett sätt som han kan acceptera. Ungefär lika egendomligt är hur en läkares kundkrets tämligen snart lär sig hans apostoliska funktion och snabbt anpassar sig därefter.

E. Slutligen också några ord om *hur patienten i gemen reagerar på en sjukdom*. Bara detta faktum, att det har konstaterats en sjukdom, d.v.s. något fel på ens kropp eller på ens psyke, är i och för sig en stor stressfaktor och om man då inte är starkt psykiskt utrustad, så kan man reagera på lite olika vis. För det första så kan det uppfattas som ett *behagligt* faktum, att sjukdomen tillåter en att dra sig tillbaka från alla besvärande kanske ångestfyllda relationer till sin omgivning. Ett annat och starkare reaktionssätt på sjukdomsstämpeln kallas för *introversion*, vilket ungefär innebär, att patienten blir självupptagen eller hypokondrisk, men begreppet introversion är inte

särskilt väl utrett. Det tredje, utvidgade och mer intressanta reaktionssättet är *regression*. Med detta menar man inte bara att patienten finner det skönt att dra sig tillbaka och fundera på sina egna problem utan även att han börjar uppträda på ett barnsligt sätt. Detta med regression är ett mycket intressant fenomen inom sjukvården. I liten skala kan man säga, att regression är ett normalt beteende för en patient. Det är t.ex. normalt att patienten inför ett mindre eller större ingrepp låter sköterskan hålla sig lugnande i handen eller att han i övrigt låter sig hanteras på ett sätt som han aldrig skulle göra annat än i denna speciella situation som sjukling.

Men hur långt skall man låta patienten gå i regression? Eller rättare: hur mycket mognad skall man fordra? Hur mycket av t.ex. smärta, ångslan, obehaglig upplysning skall man begära, att han skall tåla? Frågan kan ej besvaras generellt. Läkarens apostoliska funktion är individuell även här, och dessutom är patienter individuellt varierande förstås.

Denna patientens helt normala, regressiva, barnsliga attityd, som vi i yrket dagligen möter, ställer för övrigt oss sjukvårdspersonal inför en risk, nämligen att vi misstolkar situationen och överför den till vårt liv utanför yrket. Aktar vi oss inte för den här risken undgår vi inte den kritik, som annars mest brukar drabba lärare.

Patientens "erbjudanden"

Efter dessa inledande resonemang tänker jag nu övergå till att beskriva några vanliga typer av s.k. besvärliga patienter. Man kan säga, att de karaktäriseras av de olika sätt som de har att ge doktorn "erbjudanden".

Patienten med de många besvären

Dessa patienter tyckas på ett naivt och ivrigt sätt önska påkalla läkarens uppmärksamhet till sin person och är sålunda lätta att definiera som en patient, med vilken man bör taga upp en diskussion om de personliga problemen.

En 50-årig fabriksarbetare söker för smärtor helt utan sinne för anatomiska regler, huvudsakligen i hela vänster sida, dessutom besvär med synen, orolig

mage, hjärtklappning och besvär från öronen. Medger själv, att det för närvarande inte är någon större idé med närmare utredning, då han minst 8 gånger röntgat varje pryl i kroppen förutom att även ryggmärgsprov är taget. Han har de sista åren seglat mellan ett flertal olika läkare och varit mycket ofta sjukskriven. Objektivt halsryggsspondylos samt Titzesyndrom, vilka behandlades. Sedan man fått honom att diskutera sina besvärliga problem hemma med dålig bostad och sjuklig hustru, försvann hans symtom för lång tid i bakgrunden och han kunde för första gången genomföra ett arbetsår utan sjukskrivning.

Den tysta och tillknäppta patienten

Den här sortens patient utgör en påtaglig och omedelbar irritationskälla för läkaren. Efter några få ord har patienten presenterat sina symtom och tiger i fortsättningen. Försök till att få fram ytterligare information misslyckas och konsten är väl egentligen, hur man skall kunna knäppa upp dem. Det finns naturligtvis inget universalmedel till detta, beroende på, att tystnaden kan ha så många varierande orsaker.

En ung, kvinnlig laborant uppenbarade sig på mottagningen med en begäran om att få ett läkarintyg till omskolning till datatekniker, förebärande att hennes påtagliga plattfotet orsakade henne sådana besvär i det nuvarande arbetet, att en omskolning var absolut nödvändig. Detta lät inte särskilt trovärdigt, hon måste uppenbarligen ha andra skäl till att önska byta yrke, något som hon bestämt dock förnekade. Hon fick ett intyg som dock icke möjliggjorde bidrag från det allmänna för omskolning. Sedan detta var klart, uppsökte jag henne tillsammans med personalchefen på hennes arbetsplats för att beskåda denna lite närmare och för att få en förnyad kontakt. Hon hade ett alldeles utmärkt arbete, som knappast kunde ge besvär från benen. Under samtalet berättade hon nu bl.a., att hon hade gått i ett tekniskt gymnasium ett år men sedan slutat på grund av personliga skäl, dock tillade hon med en viss accent: "Jag slutade inte för att det gick dåligt för mig." Jag bad att få träffa henne nästa dag och efter ett allmänt inledande samtal frågade jag henne direkt, varför hon slutade i det tekniska gymnasiet. Då bröts isen och hon berättade delvis under tårar, att orsaken var en graviditet, som slutade med missfall i sjätte månaden, hur hennes pojkvän hade övergivit henne i denna situation och hur han efter ett par år hade återkommit och hur de nu åter hade återupptagit samlevnaden. Hon upplevde det nu som det största misstaget i hennes liv, att hon slutade skolan, fastän hon inte behövde göra det och

hon hade nu en stark önskan att skaffa sig en mer kvalificerad utbildning och en bättre ställning i livet. Hon var nog också ganska ekonomisk och kanske utnyttjade besvären i fötterna till att skaffa sig en ekonomisk fördel, vilket väl får anses vara orsaken till att hon hade så föga benägenhet att uppenbara sina tankar för doktorn. Sedan hon hade fått ge uttryck för sin aggression gentemot doktorn för hans dåliga intyg, så kom vi ganska väl överens om att visst skulle hon skaffa sig utbildning, men på vanliga villkor.

Den ivrigt bredvidpratande patienten

Den här typen av patient är ju en prövning för varje läkare, då hon pratar och inte tycks nå något egentligt mål med sitt pratande. Ofta är det väl så, att hon i själva verket försöker prata vid sidan om för att liksom komma ifrån något obehagligt. Ofta har patienten kanske symtom som uppfattas som väldigt farligt och försöker att prata på för att lindra sin ångest. Ibland är det här frågan om ett samspel mellan t.ex. patienten och hans äkta hälft, som kan vara ganska komplicerat.

En kvinna sökte på en psykiatrisk mottagning för en mängd tämligen diffusa besvär, varom hon pratade i ett i ett. Hennes man var också med och försökte allt emellanåt att börja berätta om en historia om deras 5-åriga sons död efter en magoperation och



varje gång avbröts han av patienten som pladdrade på om sina diverse symtom. När tiden hade lidit väl långt och psykiatrikern började förstå situationen, sa han till patienten: Ni måste ha starka skuldkänslor ikring er sons död. Då slutade hon att prata och började i stället att gråta och patientens man kunde tala färdigt sin historia och patienten kunde behandlas på ett adekvat sätt.

Patienten som skyller sina symptom på en syndabock

Det här är patienter som talar om symtom och besvär i detalj och alltid sammanför det i tiden eller på annat sätt med någon annan persons uppträdande, i regel är det då fråga om en nära anhörig, en hustru, en man, ett barn, men det kan också röra sig om t.ex. en förman eller annan representant för arbetsgivaren. De här patienterna ställer stora krav på läkarens erfarenhet och förmåga till objektivitet. Man bör ju komma ihåg, att det är i regel inte ens fel, att två träter. Själv har jag varit utsatt för det här på ett mycket pinsamt sätt en gång, när jag på en jourkväll tillkallades för att samtala med två äkta makar, som beskylldes varandra för att vara sinnessjuk respektive alkoholist. Bägge hade nog rätt, men det var mycket svårt att avgöra och jag fick ta en psykiatriker till hjälp. Påfallande ofta är nog alkohol en faktor i den här omtalade situationen.

Den masochistiska patienten

Denna typ av patienter uppenbarar sig väl hos den allmänpraktiserade läkaren mest i skepnad av alkoholisthustrun, som sedan hon skilt sig från den ena alkoholisten, flyttar ihop med nästa, som kanske var värre. Ett annat exempel är de patienter som ordnar så att dom blir utsatta för en serie kirurgiska ingrepp. Kanske hör "Johansson med skeppet" hit.

Apropådetpatienten

Den här patienten är förarglig, därför att läkaren liksom tvingas att starta från början igen som i följande fall.

En kvinna hade besökt sin läkare för diffusa buk-symtom och en ordentlig undersökning hade utförts och läkaren höll på att göra en sammanfattning av

sina fynd och vad han ansåg skulle göras åt detta. När han var nästan färdig, så avbröt patienten honom med följande fråga: Vad är schizofreni?, en i sammanhanget helt irrelevant fråga och som ju kan tänkas vara störande för doktorn. Sen fick hon tala en kvart om sin son, som hade uppträtt säregt och hon fruktade, att han hade schizofreni. Sedan det samtalsämnet var uttömt, hade patienten i stort sett glömt alla sina besvär från magen.

De här fallen är betydelsefulla i så måtto, att doktorn skall känna till, att apropådetinpassen från patienterna som regel innehåller känsloladdade nyckelord, som han kanske bör ta upp till behandling.

Den hysteriska patienten

Här är man på gammal välkänd mark och mycket skall inte ordas om detta här. Vad som är viktigt är, att doktorn tänker på, att det finns hysteriska anfall även i vårt samhälle (man dånar ju inte och behöver luktsalt nu för tiden). Förutom att man skall försöka avdramatisera en sådan här patient, så måste man också försöka få patienten att bli medveten om den starka ångest, som alltid ligger under det hysteriska anfallet.

Den psykotiska patienten

Äkta sinnessjukdom är inte alltid helt uppenbar. Detta tycks framgå av följande patienthistoria som jag upplevt för nära 10 år sedan.

En gammal kvinna bodde ensam i sin lägenhet. Som en i den långa raden blev även jag tillkallad med anledning av hennes besvärande symtom. Förutom en rad av läkare, höll hon hemvårdarinnorna varma närmast natt och dag. Hon hade en yttlig fasad av skenheligt lidande och pratade mycket och gärna framförallt om sina olika sejourer på olika typer av sjukhem i privat regi. Nu för tiden hade hon emellertid inte råd att resa på privata sjukhem utan fick hålla till godo med den personal som stadens socialvård kunde hålla henne med. Utom diverse olika symtom framförallt ifrån skelettmuskelsystemet hade hon hudförändringar som plågade henne mest. De var rätt ospecifika och jag funderade ganska mycket. Jag tänkte mig, att det kunde vara en dermatitis herpetiformis, varför jag ordinerade henne ett sulfapreparat. Vid ett återbesök blev jag nogsamt underrättad hur dåligt min medicin hade verkat. För det första hade hon blivit mycket sjuk och illamående av den, för det andra hade den inte hjälpt hennes hudbesvär ett

enda dugg. Hon klagade som vanligt mycket över sin sveda och sin klåda men började nu också tala om vad hon ansåg vara orsaken till sin sjukdom, nämligen maskar, som kröp under hennes skinn och hon beskrev även, hur hon hade sett dem vid några tillfällen. Detta gjorde, att jag började tänka på schizofreni. Vi kunde inte draga jämnt utan någon vecka senare tillkallade hon nästa doktor. Jag tog kontakt med honom och meddelade honom min misstanke. Han ordnade då kontakt med en psykiatriker, varefter hon fick tillbringa resten av sin tid på sinnessjukhuset.

Den deprimerade patienten

Depression är en sjukdom, som man i sina mildare och vanligaste former nog har väldigt lätt att överse med. Läkaren skall alltid tänka på depression, när han konfronteras med en sjukdomshistoria innefattande trötthet, apatilöshet, viktnedgång, sömnlöshet, trög mage, långsamhet. Bara man tänker på, att det kan vara depression med i spelet, tror jag själv, att det är ingen större svårighet att upptäcka en sådan. Personligen tycker jag, att jag liksom känner det på atmosfären i rummet, att patienten är deprimerad. Kanske är det hans stilla långsamma attityd, som får mig att uppleva denna känsla.

Den arroganta och kritiska patienten

Denna uppenbart besvärliga och otrevliga patienttyp kan vara något lättare att ta hand om, om läkaren kommer ihåg följande två saker om honom. För det första, den yttre attityden representerar som regel en försvarsmekanism, bakom vilken patienten försöker skydda sig, då han tror, att han kan bli skadad eller avvisad vid läkarbesöket. För det andra, hans otrevliga uppförande är icke personligt riktat mot läkaren i grund och botten. Kanske kan man lyckas komma till tals med honom, om man låter honom prata av sig sin olust att ha behövt sitta och vänta, att det kostar så mycket pengar etc, utan att reagera alltför mycket själv, varefter man kan övergå till vad saken egentligen gällde.

Läkarens "svar"

Efter denna uppräknings av några olika sätt, som dessa s.k. besvärliga patienter använder sig av för

att spela ut eller erbjuda sina symtom till läkaren, är det dags att övergå till några olika vanliga sätt, som vi läkare använder oss av för att svara på dessa utspel. I det dagliga umgänget med patienterna engageras läkarens psyke och känslor på ett ofta ganska tröttnande sätt och detta kan bli i hög grad accentuerat om alltför många av dessa s.k. besvärliga patienter dyker upp på mottagningen. Mången läkare torde någon gång ha känt trötthet, sömnlöshet och andra besvär som en följd av sådana här problem och en kunskap om problemen kan hjälpa honom att klara sig bättre.

Läkaren också en människa

Även om fansen i vår kundkrets försöker få oss att tro, att vi är gudalika, får vi icke falla för den frestelsen, utan vi måste förstå, att vi är vanliga människor och det innebär ju, att även vi har våra svagheter och känslor och att vi också gör våra misstag. Vi måste förstå, att våra patienter kan framkalla känslor av t.ex. ondska, ånger, osäkerhet, tillfredsställelse etc. hos oss. Det kan vara skäl att vi ibland sätter oss ner och funderar på varför vi har den och den känslan gentemot en patient och kanske kan det hjälpa oss att bättre förstå denna patient.

Läkarens apostoliska funktion

Denna är ju i stort bestämmande för läkarens sätt att reagera gentemot patienternas proposer och det kan vara ganska nyttigt för varje läkare att fundera över vad han har för apostolisk funktion. En vanlig ingrediens i äldre läkares apostoliska funktion betingas av den dåtida utbildningens rent somatiska inriktning och innebär, att så fort läkaren kan besluta sin patient med att lida av ett neurotiskt symptom, så innebär det, att patienten borde skämmas. Eftersom detta torde vara ett drag i läkarens apostoliska funktion, som snabbt sprider sig bland hans kundkrets, så får det till följd, att han knappast får tillfälle och möjlighet att ta hand om dessa s.k. besvärliga patienter. Jag tror, att de flesta läkare, om dom tänker över det här, ska kunna slipa av sin apostoliska funktion till ett bättre instrument.

Den arga eller irriterade läkaren

Den strängt upptagne läkaren utsätts för en stark stress, när han upptäcker, att hans tidsschema inte håller, och det är just vad som ofta sker då det gäller dessa s.k. besvärliga patienter. Eller situationen är kanske den, att en lång rad väl utförda terapeutiska försök helt slår slint och patienten anger sig bli bara sämre och sämre utan adekvat orsak. Ja, detta är två av många olika anledningar, då doktorn kan ha anledning att reagera.

En 29-årig gift kvinna hade i ett antal år sökt en internist med jämna mellanrum på grund av magbesvär, huvudvärk, sömnbesvär. Ordentlig utredning och vanliga åtgärder i form av medicin etc. gjorde henne ingen som helst nytta och slutligen antydde hon lite försmäddigt, att doktorn var nog inte särskilt kompetent. Läkarens reaktion var naturligtvis ilska men så funderade han på det hela och hon kom tillbaka och han konfronterade henne med sjukhistorien i sin helhet och berättade, att detta stämmer inte med vedertagna medicinska lagar, utan det måste finnas något annat, och inför detta faktum började hon berätta om sina svåra förhållanden hemma etc., vilket så småningom visade sig vara pudelns kärna.

För att undvika sådana här otrevliga reaktioner från läkarens sida, kan man rekommendera ett knep och det är att inte hålla på för länge, utan dela upp det hela i flera konsultationer med kanske inte alltför täta intervaller.

För stark identifikation

Om läkaren råkar inta denna olyckliga attityd gentemot sin patient, löper han risk att bli subjektiv, och han kan t.ex. drivas till att skriva intyg, som han senare kan få anledning att ångra. Det är naturligtvis mest yngre mindre erfarna läkare, som råkar ut för detta, och patienten är nog som regel en attraktiv intelligent kvinnlig sådan.

Som industriläkare ligger det ibland nära till att identifiera sig för mycket med sina patienter, när man tycker att dom i något avseende har det för besvärligt i sitt arbete och lider av det och man måste behärska sig för att behålla sin objektivitet.

För mycket terminologi

Detta är en intellektuell ovana eller snarare ett

oskick, som endast kan verka mycket störande i umgänget med patienterna. Som regel återspeglar det väl en viss osäkerhet hos läkaren.

För snabbt acceptering av det erbjudna symtomet

När patienten kommer med diffusa eller svårförståeliga symtom eller börjar tala om symtom, som egentligen medelsvensson icke går till doktorn för, så är det klokt av läkaren att slå sig ner och prata en liten stund till och ställa frågor av typen: Varför kom Ni egentligen hit nu? eller: Är det något annat Ni skulle vilja prata om? och sedan låta patienten prata utan att själv verka jäktad.

Behandla ett tillfälligt objektivet fynd

Ofta är ju fallet, att man vid undersökningen inte kan finna något som kan förklara patientens symtom, men att man under undersökningen har upptäckt någon mindre krämpa, som kan behöva korrektion. Det ligger då nära till hans att behandla denna och därmed lämna själva grundproblemet. Det kan ju inte vara särskilt lämpligt och ägnat att hjälpa patienten. I stället bör läkaren då försöka taga upp patientens sociala eller personliga problematik t.ex.

Dåligt underbyggd lugnande försäkran

Det är en god regel att undersöka först och uttala sig sedan. I en upprörd situation ligger det emellertid mycket nära till hands för läkaren att säga t.ex. "Seså, lugna Er, det här är nog inget farligt". En någorlunda intelligent patient reagerar ju då genast negativt och med misstro, emedan han naturligtvis förstår, att det saknas underlag för denna lugnande försäkran. Överhuvud taget tror jag, att det inom läkarkåren i gemen förekommer ett ganska allmänt missbruk i form av ett dåligt kontrollerat utpräglade av läkarauktoriteten. Vi borde nog vara lite försiktigare härvidlag.

Enligt Balint är det för den neurotiserade och kanske besvärlige patienten icke tillfyllest att även efter ordentlig läkarundersökning få ett besked i lugnande riktning, att "det är inget fel på Er". Om man icke därefter tar upp hans djupare problematik, har man förmodligen knappast hjälpt

honom. Kanske känner han sig lugnad för en kortare tid, men snart vaknar misstankarna om allvarlig kroppslig sjukdom igen och så flyter han upp hos nästa läkare.

Läkaren undviker att tala om sexuella ting

Det är (eller var?) väl ett allmänt kulturdrag detta, som vidlåder även oss läkare, att man inte gärna skall tala om det sexuella. Emellertid är det faktiskt nog rätt ofta, som just sexuella svårigheter kan vara en orsak till patienternas besvär och läkarna bör nog inte dra sig för att fråga även på detta område, men naturligtvis med tillbörlig takt och hänsyn.

Hur förbättra relationerna med besvärliga patienter?

En hel del har redan skrivits om detta i det föregående. Här skall nu endast tilläggas några allmänna synpunkter.

Det är naturligtvis till fromma för ansträngda läkar-patientrelationer, om *läkaren har skaffat sig utbildning* i och förståelse för de psykologiska och sociala faktorerna, som praktiskt taget alltid finns i varje sjukhistoria. Men kanske viktigare anser jag ändå det vara, att läkaren har en ordentlig utbildning och erfarenhet i somatisk medicin. På det sättet kan han känna en större säkerhet i bedömandet, om symtom inte stämmer och att det alltså är skäl att gå in på de omtalade faktorerna.

Här kommer man in på kapitlet "lugnande försäkrar" igen. En sådan kan den väl utbildade läkaren ge med större övertygelse och kraft. Men vad man skall komma ihåg är, att det är mycket viktigt att *ge sjukdomen ett namn*. Utan detta knep lyckas man aldrig lugna en patient enligt Balint. Kan doktorn inte nämna sjukdomen vid namn, så reagerar varje patient definitivt med misstroende, ja han kan t.o.m. få en *iatrogen neuros*. En god utbildning minskar risken att läkaren uppammar en sådan genom att överföra sin egen osäkerhet på patienten via ett oklart, osäkert besked. Tänk på alla som fått besked i ungdomen, att de "nog har hjärtfel" p.g.a. ett blåsljud, som läkaren hörde och var osäker på vad det innebar,

men "för säkerhets skull" så fick vederbörande ej vara med i gymnastik!

Enligt psykologerna bör läkaren liksom kunna splittra sig i två hälfter, varav den ena känner med patienten under upptagandet av sjukhistorien och den andra hälften fungerar som en analyserande objektiv del. På så sätt ska han kunna liksom iaktta sig själv och fråga sig själv: Hur kommer det sig, att jag känner det på det och det sättet inför den här sjukhistorien? Och sedan så kan han också då föra frågan vidare till patienten. T.ex. "Känner Ni Er ängslig?", "Är Ni lessen över någonting?" etc. Detta utgör då ofta vändpunkten i samtalet och patienten talar mer öppenhjärtigt och förtroligt.

En mycket viktig regel är, att läkaren skall *låta patienten prata* och han *skall själv lyssna*. Det är en svår konst att kunna lyssna och kanske inte så lätt att få patienten att prata heller. Men ett faktum är, att om vi läkare bara ställer frågor, så får vi inget annat än svar på dessa frågor, medan om vi får patienten att prata spontant och vi ger oss tid att lyssna, så får vi något mycket mera värdefullt, nämligen patientens spontana sjukberättelse, och då gäller det för oss att *hitta nyckelorden*, d.v.s. de ställen i berättelsen, där det bränns, där man liksom kan söka en nyckel till gåtan. Som ett exempel på det vill jag berätta följande sjukhistoria.

En äldre man sökte mig för ett flertal olika besvär, varav magbesvär och yrsel var tyngdpunkterna. Han hade i många år sökt annan läkare och hade genomgått många röntgenundersökningar av skilda slag. Det var alldeles tydligt, att han hade en stor rädsla för att få en dödlig sjukdom, men jag kunde inte få fram den djupare orsaken till denna rädsla. Även jag skickade honom på några röntgenundersökningar och vid ett av återbesöken fick han sitta och prata om sina besvär en gång till, fastän det hela föreföll för mig rätt ointressant. Just när han var på väg att gå, berättade han i förbigående ungefär följande: "Ja se min yrsel, förstår doktorn, den är väldigt besvärlig, för häromkvällen så var min flicka hemma och hon är barnmorska och då fick jag min yrsel igen och då sa hon till mig: Men Pappa, vad du ser dålig ut! Men då sa jag till henne: Näe, du ska inte vara rädd för det här du inte, jag vet, att det inte är farligt och jag ska inte dö ifrån dej, inte." Detta yttrande föranledde ytterligare samtal, varvid det framkom, att pati-

enten hade haft två barn, den äldsta en son, som hade avlidit vid tolv års ålder, och det kvarvarande barnet, flickan, var ännu inte färdig med sin utbildning till barnmorska. Patienten tycktes ha koncentrerat hela sin livsuppgift på att hjälpa henne fram till en examen och eftersom han hade uppnått rätt hög ålder, så var han ständigt ängslig, att han genom sjukdom skulle behöva lämna henne, innan hon var färdig. Dottern, som trots uppmaning aldrig infann sig hos mig, hade förmodligen i den situationen reagerat med en överdriven ängslan och hon bevakade ständigt pappans alla symtom och misstrodde alla läkarundersökningar, vilket bland annat tog sig det kuriösa uttrycket, att hon lånade en blodtrycksapparat för att själv konstatera, att pappan inte hade för högt blodtryck.

Slutligen bör i detta sammanhang sägas några ord om *förbindelserna mellan oss läkare*. Om detta är mycket att säga, men jag skall inskränka mig till följande. Vi bör tänka på, att många av våra kunder är högt intelligenta och att det ibland inträder den situationen, att det är dom som handskas med oss läkare och icke vi med dem. Den typen av patient kan ge upphov till mycket ansträngda förbindelser mellan oss läkare. Det borde vara en regel, att vi aldrig tror direkt på vad en patient beskriver och berättar om sina föregående läkarbesök, utan att vi i stället tar in objektiva uppgifter. Dels undviker man då situationer, som beskrivits ovan, dels är det ju allmänt bekant, att patienter ofta missuppfattar, vad som har sagts och gjorts om medicinska ting beträffande dom själva.

Lönar det sig?

Det är ju ofrånkomligt, att det tar lång tid att sysselsätta sig med denna typ av patienter på sätt som ovan beskrivits, och den jäktade praktikern har onekligen rätt att fråga sig, om han har råd att slösa bort så mycket tid på en patient, när kanske många andra vill söka honom med mera lättbotade krämpor. Men frågan är om man i själva verket förlorar tid. Det torde nog i stället vara så, att man i det långa loppet vinner tid. Bakom detta påstående ligger följande resonemang.

När man så att säga har nått botten med en sån här patient, så när man i allmänhet det resultatet, att deras ständiga upprepade sjukbesök upp-

hör eller starkt minskar. Dom har kommit underfund med sig själva och kanske blivit av med en viss grad av ängslan, så att dom inte längre besöker läkaren för struntsaker. Låt oss antaga, att en patient på det sättet slutar att söka för småsaker under ett år. Ett besök i månaden av en sådan patient är inget ovanligt. Även ett kort besök kan beräknas ta 10 minuter. Då har man 2 timmar. Jag tror det är mera rationellt att i stället ha använt dessa 2 timmar på t.ex. 4 halvtimmesbesök, varunder man gott hinner reda upp en ganska lång och trasslig sjukhistoria, och det av två skäl. För det första så har man på ett helt annat sätt botat patienten. För det andra så kan man räkna med att under åren, som följer, kommer denna patient att ta mindre tid och det är där man ser tidsvinsten. Och slutligen för läkaren personligen en ganska viktig vinst: I stället för det spända ouppklarade förhållandet till patienten uppstår efter en ordentlig genomgång av patientens personliga problem ett sorts harmoniskt förtroendefullt kamratskap, som gör det mycket lättare att arbeta.

LITTERATURFÖRTECKNING

- William A. Stieger, Herman Hirsch: The Difficult Patient in Everyday Medical Practice, Medical Clin. of North America, Volym 49 Nummer 5. Sid. 1449—1465, 165.*
Michael Balint: The Doctor His Patient and The Illness, 2nd Edition 1964, Pitman Medical.
Jackson A. Smith: Difficult Patients, 1963, Year Book Medical Publishers Inc.