

# Problemen med den ”besvärlige”

Vad ska en stackars välmenande doktor göra?

**H**ur många gånger har jag inte hört kolleger säga ungefär så här: »Det är administratörerna, politikerna och allt papperselände, som är jobbigt, inte patienterna.» Men är de verkligen så »oskyldiga» till läkares lidande – patienterna? Efter några år i Balintgrupp kan man i alla fall inte undgå att identifiera ett antal »patienttyper» som ofta sätter läkares tålamod och empati på prov.

I LT 9/99 sidan 996 beskrivs syndromet »Talande kuddar»; patienten som pockar på uppmärksamhet genom att framställa en oändlig räckvidd på särskilda hänsyn utan relevans för sjukdomstillståndet. Besläktad är »beställartypen», som deklarerar, nästan innan han satt sig ner, att han kommit till mig för att jag »skall» skriva remisser till magnetröntgen och till ortoped. »Tror du jag är nån sorts springschas eller...?!» kan man känna. »Här är det jag som bestämmer, jag ska minsann ...» osv. Det krävs här en medveten ansträngning för att få adrenalinvägorna att sluta åka runt i kroppen.

Patienten framför mig är faktiskt livrädd. Han har ju ont i ryggen, precis på samma sätt som den där arbetskamraten som häromveckan visade sig ha skelettmetastaser. Eller någon annan liknande historia. Han är i underläge, eftersom han tror att jag har nyckeln till hans räddning, han tror att jag har makten. Sådär, nu är jag lugn igen. Nu kan jag titta vänligt på honom och ställa de rätta frågorna. Men vad har detta inte kostat mig i form av endokrino-synapto-obalans (eller annat dylikt arbetsskadefenomen)?

**Något annat som frestar** på är patienten som, utan att säga det öppet, är kritisk och hela tiden ifrågasätter om man verkligen kan sin sak. En liten underton, en liten anspelning, och man börjar svettas. Känner oron i magen från tiden då man som kandis på storonden, inför kursare, sjuksköterskor, underläkare och lagom sarkastisk överläkare, skulle svara för sig. »Vad är det nu jag har glömt? Hur kommer dom att prata om mig när det visar sig att jag trots allt bara var en bluff-läkare ...».

Vem har inte någonsans en osäkerhet som kan triggas av en doltstöt på rätt ställe? Också då måste den inre

övertalningsmaskinen igång: »Patienten projicerar sin osäkerhet på dig. Du kan det du kan, och det du inte kan, kan du ta reda på. Hjälpt henne nu, det är hon som behöver hjälp, inte du.» Men energin som detta kostade mig måste tas någonsans ifrån – varifrån?

**Det finns den »familjäre»** patienten, som betraktar en som sin egen lille privata doktor. Denne patient börjar gärna lömskt med en komplimang om att man ser pigg, brun, eller dylikt, ut. Illa till mods tackar man, lite kort och professionellt, och väntar sedan med fasa på det egentliga ärendet, nämligen att vi tillsammans, under lång tid, och utan att missa en enda detalj, skall ägna oss åt XXs alla små krämpor och bekymmer.

»Jag vill ha en totalöversyn» kan man ofta få höra i detta sammanhang. Eller »Vad tänker du göra åt min huvudvärk, Catarina?» Han avslutar nämligen gärna alla meningar med ens förnamn. »Jag har haft så ont i tån, Catarina, och nu måste du hjälpa mig, Catarina.» Även här får man resonera med sig själv. »Det är inte ditt fel att han har en oro i hela kroppen. Om du känner att

ögonblicket är det rätta, fråga vad han egentligen är bekymrad över, och visa då all den värme och det engagemang du kan uppbringa. Men om det inte är rätt tillfälle, sätt dina gränser, vänligt men bestämt. Magen, huvudvärken och tån idag; hudutslaget, de sköra naglarna och armpirningarna får vänta till nästa gång». Men vem hjälper doktorn med den plågsamma känslan av att – än en gång – inte ha kunnat hjälpa alla med allt? Vem hjälper doktorn med det självförakt denna insikt föder?

Sedan har vi patienten som inte vill följa råd om s k livsstil: »Om du röker en enda cigarett till, så dör du!» Med dessa barska ord lyckades sjukhuspecialisten elegant med det som jag stretat med i flera år – att få min kraftigt överviktiga, hyperblodfettiga och diabetiska patient att sluta röka. Och ändå hade jag enligt konstens alla regler varit »patient-centrerad»; lyssnat på henne och försökt ta reda på vad hon själv ville. Jag hade stöttat: »Så fantastiskt att du har minskat från 23 till 18 om dan ...» Vid återbesöket efter vistelsen på intensiven – där hon hamnat för nydebuterad kärkramp, och där hon alltså blivit åttuhud och hotad till livet – var hon pigg

ILLUSTRATION: MAY STRANDBERG

# patienten

och glad, hade slutat hosta och var mäktigt stolt över sig själv.

Och där fick jag stå, med min långa patient-centrerade näsa. Hon hade inte sett sig som »sjuk» tidigare. Jag hade däremot bredvid den fysiskt närvarande patienten kunnat »se» histologiska snitt av tilltäppta blodkärlslumen, flimrande overhead-er med mortalitetstabeller, och sist, men inte minst, hjärnans fotografier av alla andra liknande patienter jag mött, i rullstol efter det oundvikliga slaganfallet. Oroad försökte jag då och då påtvinga patienten mina medicinska kunskaper på ett så finkänsligt sätt som möjligt. Men patienten ville inte höra – skulle jag ha skrikit det i örat på henne som den duktige doktorn därinne gjorde? Eller var det bara en fråga om timing?

**Nå, jag blev snopen,** och eftertänksam, men inte knäckt. Situationen tangerade ändå den där patienten väljer sitt liv, och där jag näppeligen kan lastas. När patienten dessutom klart och tydligt deklarerar vad hon vill, är det ännu lättare. En pigg och vital 75-årig kvinna som inte vill låta utreda sin järnbrist-anemi måste jag förstås ge viss medicinsk sakinformation. Men när hon i alla fall står fast vid sitt beslut känner jag mig inte frustrerad, hon är inte »besvärlig» för mig. Det är ju ändå hennes liv.

Till och med en patient som hävdar att hon inte vill följa mitt råd och byta ut den ålderdomliga och nu ansedd som felaktiga x-medicinen mot y, till och med detta resonemang måste jag till slut acceptera. Detta trots att hennes skäl är »irrationellt»: Jo, hon såg hur illa hennes bortgångne man mårde i slutet av sitt liv, då man »bara ändrade och ändrade i medicinerna». Hennes slutsats är att man faktiskt aldrig bör ändra något i medicinerna.

**Patienter som överhuvudtaget** vägrar ta ordinerad medicin, trots att de behöver den, hur »besvärliga» är de? Om jag känner till och kan förstå patientens skäl, tycker alltså jag personligen, i linje med ovanstående, bara i vissa fall att det är frustrerande. Men det är ju inte alltid patienterna vågar säga till oss vad de tänker om erbjuden vård.

En hel bok, med titeln just »Den besvärlige patienten», författare Marianne Hansson Scherman, berör denna

följsamhetsproblematik. Eftersom författaren – som tillika är sjukgymnast – bedriver forskning vid en allergologisk klinik är det huvudsakligen dålig följsamhet i samband med medicinskt väldefinierade tillstånd (astma, allergi) som behandlas i boken. Förutom att presentera rikhaltiga hänvisningar till vetenskapsteori kring hälsa och sjukdom, med historiska återblickar, erbjuder boken mycket spännande läsning genom att dyka in i »inifrånperspektivet» – hur tänker patienter om sin sjukdom och om olika typer av vård?

Här finns en hel värld av föreställningar från vardagslivet, vilka kan stå i direkt motsatsställning till, och vara betydligt mer lockande och slagkraftiga än de stelbenta förklarings- och behandlingsmodellerna i skolmedicinen. Ta till exempel det magiska tänkandet som uttrycks i »lika framkallar lika»: Genom att bete sig som om man vore frisk, är det som om man vore det! En frisk människa har sin identitet intakt och kan fritt välja sina njutningar. Det kan då vara »logiskt» att t ex fortsätta röka – man gör sig då frisk, på något vis. (Intressant är påpekandet att sk mental träning, positivt tänkande, kan sägas tangera detta magiska tänkesätt.)

**En annan föreställning** är att »ont ska med ont fördrivas». Om man provocerar smärtan eller om man, tvärtemot doktors råd, utsätter sig för allergenet, kan man »hårdas» och så småningom bli frisk igen.

Den patient som slutat ta medicinen när den »tog slut» kanske inte var så »dum» att han inte förstod att han kunde ringt mottagningen för att få ett recept per telefon. Han ville prova vad som hände när han slutade! Han ville återta kontrollen över sitt liv och sin egen kropp, den kontroll som han tillfälligt givit till doktorn.

Att många upplever medicinering överhuvudtaget som ett ont i sig är välbekant. »Jag är emot mediciner, tar inte ens huvudvärkstabletter.» Men vad står detta för? Man kanske är mer rädd för alla okända effekter en medicin kan ha än för själva sjukdomen, som ju i alla fall är välkänd och bekant. Det gäller här alltså inte rädsla för biverkningar i egentlig mening, utan rädsla för att vara utsatt för »okänd påverkan». En patient säger i boken att han upplever det onaturligt att inte ha några symtom av sin sjukdom; när han tog kortisonspray var han »helt ren», och det kändes »skumt».

Överhuvudtaget finns i boken mängder av intressanta patientcitat, förutom från astmasjuka även från reumatiskt sjuka patienter. I intervjuerna har de uttryckt sig fritt, och berättat vad de innerst inne tänker. »Jag menar, läkarna får ju ekonomisk vinning av att sälja tabletter.» Vet vi vilka av våra patienter som har sådana övertygelser?

**Åter till de,** enligt Balint-gruppserfarenhet, »besvärliga» patienterna. Man kan bli påmind om en anhörigs sjukdom och död genom att ens patient på något sätt liknar ens närstående. Min far dog i emfysem vid 60 års ålder. Äldre män med KOL kan just för mig

## KRÖNIKÖREN

CATARINA CANIVET  
distriktsläkare, VC Kroksbäck,  
Malmö  
Catarina.Canivet@smi.mas.lu.se

” Vad är det nu jag har glömt? Hur kommer dom att prata om mig när det visar sig att jag trots allt bara var en bluffläkare ... ”

vara ett känsligt kapitel, om de har bara lite av samma framtoning som han hade. Det gäller att behålla sin »kallblodighet» samtidigt som man ger patienten tröst och stöd jämsides med det rent medicinska omhändertagandet.

Bland det svåraste är patienter som torterats eller farit outhärdligt illa på andra sätt; maktlösheten och förtvivlan över livets djävlighet kan många gånger göra det svårt att fungera bra som läkare. Ibland är kunskaperna om patientens bakgrund skriande dåliga: hur känner hon sig, hur är det att vara hon som sitter framför mig – den 30-åriga, icke-svensktalande kvinnan från Albanien, med fem barn och knappt några tänder kvar, och som har ont i magen? Och hur ska jag hjälpa henne?

**Ett annat frustrerande problem** jag mött, och som jag inte kunnat lösa med förnumstiga tillrop till mig själv, är hur man bör göra när patienten kräver något som den medicinska sakkunskapen inte entydigt backar upp, och som kostar alltför mycket pengar. Min patient med fibromyalgi krävde två kontinuerligt löpande sjukgymnastikremisser med specifikationen »två ggr per vecka» skrivet på var och en av remisserna. Det rörde sig om massage respektive styrketräning under överinseende av sjukgymnast.

Denna behandling hade han haft i flera år. Efter konsultation med reumatologspecialist avböjde jag; en gång i veckan (istället för fyra) fick räcka. Jag fick då ett långt brev från patienten, där han påpekade att det var hans kropp, och det var han som bäst visste vad som hjälpte honom att fungera i vardagslivet. »Bortse från specialistens 'råd' och se till din egen

läkaretik – lyssna på mig som patient – jag är specialist på min egen kropp och dess smärta!»

**Visst trodde jag** på patientens upplevelse. Det kan inte heller sägas strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet att han får en behandling som han tycker hjälper honom. (En Medline-sökning på »fibromyalgia and physiotherapy» gav inga entydiga besked angående vetenskapligt bevisad effektivitet respektive ineffektivitet.) Hälso- och sjukvårdslagen ålägger oss vidare att låta patientens ord väga tungt när hans behandling planeras. Men den albanska fembarnsmamman, och många andra med henne, kanske också skulle må väl av massage två gånger i veckan!

Resurserna är begränsade, det vet vi alla, och de ska även räcka till vård av cancersjuka, trafikskadade etc. Är det mitt ansvar att se till att resurserna räcker till alla? Skall jag följa Prioriteringskommitténs direktiv i mitt dagliga mottagningsarbete? Eller skall jag i varje enskilt fall se till min egen patients väl och ve, och låta politikerna – medborgarna – ordna fram mera resurser?

**Sammanfattningsvis tycker jag** nog att det inte bara är »administratörerna» och »pappersexercisen» som bidrar till läkarens dagliga vändor. Men man lär »the art of medicine» så länge man lever (eller i alla fall till dess man pensioneras), och den nödvändiga ödmjukheten inför patientens erfarenheter och val går nog hand i hand med fascinationen inför olika livsöden och inför komplexiteten i de möten man som läkare har privilegiet att få vara med om. •

## LITTERÄRA LÄKARE

En bok om  
FRANÇOIS RABELAIS  
TOBIAS SMOLLETT  
JEAN PAUL MARAT  
EMIL AARESTRUP  
ARTHUR CONAN DOYLE  
ANTON TJECHOV  
WILLIAM SOMERSET  
MAUGHAM  
ALFRED DÖBLIN  
GOTTFRIED BENN  
MICHAEL BULGAKOV  
LOUIS-FERDINAND CÉLINE  
WALKER PERCY  
GERHARD VESCOVI  
RICHARD SELZER  
NAWAL EL SAADAWI  
OLIVER SACKS  
CLAES ANDERSSON  
PAAL-HELGE HAUGEN  
EVA STRÖM

LARS-ERIK BÖTTIGER har under många år intresserat sig för läkare vars litterära insatser gjort dem kända i vida kretsar. Ett resultat av detta är de uppskattade författarporträtt han skrivit i Läkartidningen och som nu – inklusive en utförlig översikt över den svenska läkarparnassen – finns samlade i en rikt illustrerad bok på 176 sidor. Han vill med den visa att det i alla tider funnits läkare som sett helheten – och haft förmåga att uttrycka den i ord.

LITTERÄRA LÄKARE kostar 160 kronor och kan beställas med kupongen nedan.

-----  
Beställer härmed

..... ex Litterära Läkare

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
”Litterära Läkare”

Beställning per fax:  
08-20 76 19