

Vanskliga patient–läkarrelationer en mångfasetterad utmaning

Vanskliga patient–läkarrelationer är ett förbisett och inte sällan förnekat område. Vilken läkare vill tala om att hon eller han känner sig vanmäktig och misslyckad?

Forskning och utveckling inom detta område är väsentligt, och det är viktigt att allmänläkarna studerar och utvecklar bemötande, behandling, former för handledning och hjälpmedel i vården.

De flesta läkare har erfarenhet av patientkontakter där hon eller han känner sig misslyckad och hjälplös, där utredningen inte ger någon klarhet om diagnosen och där behandlingen inte har effekt trots att läkaren gjort det som patientens tillstånd tycks ha krävt enligt »vetenskap och beprövad erfarenhet».

Problemet är emellertid komplext och svårt att beskriva. Såväl patienter som läkare är olika. En patient som en läkare finner svår kan få utmärkt hjälp av en annan läkare. En patient som inte fått hjälp av en läkare kan av en annan patient med samma åkomma få höra att läkaren är mycket duktig på just den åkomman.

Komplicerade patient–läkarkontakter förekommer i hela sjukvårdsorganisationen men är föga studerade i Sverige. Det finns därför behov av ökade kunskaper om dessa problem.

Med dessa utgångspunkter gjordes en litteratursökning med begrepp såsom »heartsink patients» [1–4], »difficult patients» [5–12], »frustrating patients» [13, 14], »hateful patients» [15], »problem patients» [16] och »disliked patients» [17] samt somatisering. Det sistnämnda begreppet medförde ett stort tillflöde av artiklar. Av dessa valdes litteratur med anknytning till all-

mänläkarvård eller litteratur som behandlade praktiska aspekter på diagnostik, bemötande och behandling [18–26].

Under arbetets gång tillkom ytterligare litteratur med anknytning till problemområdet, t ex artiklar om hög vårdkonsumtion [27–35] och om bemötande, bland annat Jämställdhetsutredningens delbetänkande om möten i vården [36].

Här sammanställs och kommenteras denna litteratur med syfte att öka förståelsen för problematiken och redovisa erfarenheter om bemötande och behandling.

Känslor av vanmakt, hjälplöshet och frustration

De begrepp som nämndes inledningsvis handlar om patienten men beskriver läkarens reaktioner. De betecknar patientens förmåga att hos läkaren framkalla känslor av vanmakt, hjälplöshet, frustration etc.

Man kan ha synpunkter på begreppen. Men klart är att svårigheterna ligger i relationen patient–läkare. Därför har i det följande använts begreppet »vanskliga patient–läkarrelationer» som en samlande svensk benämning.

När det inte finns någon självklar svensk översättning har de engelska begreppen använts.

»Vanskelig» betyder enligt Nationalencyklopedin »svår på grund av stor osäkerhet om utgångsläge, metoder, resultat etc», vilket väl beskriver svårigheterna.

Läkarens svårigheter

Patienter med långdragna symtom utan påvisbar patologi och patienter med allvarliga kroniska sjukdomar kan desperat söka efter något som kan tänkas bota eller lindra. De ställer ibland krav på utredningar, åtgärder och behandlingar som saknar vetenskaplig grund, inte stöds av vår erfarenhet, inte heller bedöms kunna hjälpa patienten och som dessutom medför stora kostnader.

Vetenskap och beprövad erfarenhet skall konkretiseras i mötet mellan läkare och patient och de rutiner som inramar konsultationen. Hela det samman-

hang där läkaren verkar, inklusive Societalstyrelsens råd och anvisningar, påverkar mötet mellan patient och läkare [37]. Läkare är fångade i olika dilemman som begränsar möjligheterna att hantera dessa till synes medicinskt oklara situationer. Den byråkratiska strukturen och den bakomliggande ideologi kring vilken utbildning och erfarenheter i vården är uppbyggda är två sådana dilemman [38].

När läkaren inte uppfattar patientens symtom eller problem så att patienten känner sig förstådd finns risk för konfrontationer och ömsesidig besvikelser. I avsaknad av läroböcker, vårdprogram och rutiner för handläggning av icke-patologisk ohälsa blir den enskilde läkarens person och utformning av kontakten med patienten avgörande. Olikheter mellan läkare och patient i kön, kulturell bakgrund och maktposition kan bidra [39].

Uppgifter i litteraturen visar att läkares intresse för psykiatri är av betydelse för andelen »difficult patients» [12] och att kvinnliga läkare och läkare i större orter har större andel »heartsink» patients [2].

Det är troligt att förmågan att konstruktivt arbeta med egna känslor och svårigheter är av betydelse för hur många vanskliga patient–läkarrelationer en läkare samlar på sig. Hjälplöshet, vanmakt och misslyckande etc är obehagliga känslor, som man gärna undviker, särskilt om man har svårt att arbeta med dem. Samtidigt är dessa reaktioner viktiga signaler [14], och man kan säga att »diagnosen» vanskliga läkare–patientrelation ställs hos läkaren.

För patienter med oklara och vaga symtom är läkarens förståelse av patientens symtomerfarenhet avgörande för utfallet av kontakten i form av tillämpning av biomedicin i diagnostik och terapi. Rudebeck har i sin avhandling pekat på att denna förståelse måste passera läkarens egen kroppsliga självförståelse som genom tusentals möten med olika patienter utvecklas till en särskild förmåga. Han benämner denna förmåga kroppsempati [40]. Klinisk kompetens handlar om denna förmåga ►

Författare

SVEN-OLOF ANDERSSON
allmänläkare, med dr, Mariehems
vårdcentral, Umeå.

ANNONS

hos läkaren och professionalitet om dess användning i den enskilda konsultationen. I bästa fall blir därför vanskliga patient-läkarrelationer mindre vanskliga med ökande erfarenhet hos läkaren.

Patienternas erfarenheter

Patienter som upplever ohälsa och förgäves söker hjälp reagerar med allt större desperation. Med förhoppning om att någon gång möta en läkare eller annan person som skall förstå deras problem och bistå med rätt behandling, kan de söka gång på gång. Sjukvårdens oförmåga att hantera till synes oklara besvär medför att patienterna lätt hamnar i »misstrons» eller »orons» onda [38].

I medicinsk antropologisk litteratur berättas om hur patienterna, ofta i andra kulturer, tänker och agerar [38]. I kontakter med invandrare framkommer hur de tolkar sina besvär och uppfattar bemötandet i svensk sjukvård [41].

Erfarenheter från långtidssjukskrivna kvinnliga patienter med odefinierade muskuloskelettala problem visar att dessa patienter hade svårt att få tillfredsställande relationer till läkarna [42]. Gemensamt för dessa erfarenheter är att patienterna känt sig missförstådda, förlöjligade och avspisade i vården.

Med åren utvecklar en del patienter olika strategier för att hantera dessa svårigheter i kontakten med läkare, bland annat somatisering.

Oftast har patienterna rimliga krav. De vill bli bekräftade, lyssnade på, få saklig information och tillräckligt med tid för att diskutera sin situation och möjligheter till lindring och behandling [43, 44].

Människor med svåra kroniska sjukdomar eller med besvär som inte förbättras trots stora ansträngningar behöver åtminstone få dela den desperation de kan känna i en situation som kan upplevas hopplös.

Sjukdomen

Hur kan vi då förstå symtomen och sjukdomsytringarna?

Valet av perspektiv är avgörande för förståelsen. Ett snävt biomedicinskt synsätt är otillräckligt och medför snarast att de besvär vi här talar om upplevs som anomalier.

Diagnoser och begrepp skall ge ett stöd för bemötande och behandling och för utveckling av ny kunskap. Med det dualistiska perspektiv som dominerar i vården har oklara symtom ofta kallats psykosomatiska och ansetts hänga samman med psykologiska mekanismer. En del patienter uppfattar sådana förklaringar nedsättande och avvisar psykiatrisk-psykologisk hjälp.

Balansgången mellan stigmatisering och försämrade läkare-patientrelation å ena sidan och konstruktiv samverkan med patienten i utredning och behandling å andra sidan är inte alltid lätt. Det behövs därför nya infallsvinklar.

Med ett antropologiskt perspektiv kan situationen för patienter med symtom utan påvisbar patologi beskrivas så här:

Patienterna upplever att de är sjuka, de har en »illness», men sjukvården lyckas inte fastställa någon diagnos eller »disease» och de tilldelas inte heller alltid någon sjukroll av samhället, de har ingen »sickness» [38]. Ibland kan symtomen vara reaktioner på kulturell stress och även tjäna som tillflykt och protest [45]. Svårigheterna kan förvärras allteftersom kampen mellan patienterna och vården fortgår. Symtomen kan försämrats av larmrapporter i massmedia, och patienternas misstro och oro dämpas inte av de förklaringar som sjukvårdens företrädare eventuellt ger [46].

På senare tid har begreppet somatisering kommit alltmer i fokus. Somatisering innebär att patienter söker för kroppsliga besvär utan säkert påvisbart organiskt underlag eller kroppslig sjukdom. Besvären ses istället som reaktioner på mer eller mindre omedvetna psykiatriska, psykosociala problem, traumatiska händelser eller tidigare kränkningar vilka emellertid ofta förblir oupptäckta, obeaktade och obehandlade [24-26, 47, 48].

Till somatisering räknas också patienter som förstörar fysiska besvär, reagerar kraftigt på, eller övertolkar, normala kroppssensationer, och ibland finns också en ökad känslighet för fysisk och emotionell påfrestning.

Patienter med somatisering får inte alltid adekvat hjälp, besvären medför inte sällan stort lidande och höga vårdkostnader, och det finns iatrogena bidrag till detta [25, 42, 49-53].

Begreppet somatisering har emellertid en psykiatrisk tyngdpunkt, och de erfarenheter som redovisas i litteraturen är inte självklart direkt tillämpliga i primärvården [54].

Svårigheterna att urskilja somatisering som en del av anpassningssvårigheter från somatisering som beror på depression eller ångest och från somatiseringssyndrom som en allvarlig kronisk psykiatrisk sjukdom har bidragit till att diagnoser i gruppen somatoforma syndrom sällan används i primärvården [18]. Det är mer gradskillnad än artskillnad mellan de patienter som uppfyller DSM-kriterier för somatiseringssyndrom och dem som inte gör det.

Uttrycken för somatisering varierar med tiden och med massmedias intresse för olika problem [24, 45, 46].

En särskild svårighet gäller patienter med verifierade somatiska sjukdomar som samtidigt har psykiska symtom och/eller odiagnostiserade cerebrala skador, ibland som ett led i sin grundsjukdom [10, 17].

Patienterna kan ha svårt att uttrycka sig och kan därmed vara svåra att förstå. Det tragiska i sådana situationer är att de patienter som kanske mest behöver hjälp är de som är svårast att förstå och hjälpa.

Problem uppstår således när läkaren inte bekräftar patienten som person och inte uppfattar patientens problem och resurser på ett tillfredsställande sätt. De behandlingar som kanske prövas får ingen eller föga effekt.

Patienterna återkommer ofta och vårdkonsumtionen är hög. Både patient och läkare kan så småningom finna situationen hopplös och patient-läkarförhållandet bryter lätt samman. Patienten sänds på odysseer i sjukvården. Detta medför sällan något positivt för patienten, som söker ny läkare eller alternativ medicinsk hjälp, ibland till höga kostnader och med osäkra resultat. Under sådana processer riskerar patienten att drabbas av iatrogena skador, och tillståndet kan försämrats ytterligare.

Hur vanliga är vanskliga patient-läkarrelationer?

Vanskliga patient-läkarrelationer är vanliga, sannolikt i nivå med det vi kallar folksjukdomar. Patienterna finns i hela sjukvården. En studie visar att ca 15 procent av besöken hos allmänläkare gjordes av patienter som upplevdes som svåra [12].

Många patienter har psykiska sjukdomar, vilka inte diagnostiserats eller behandlats [53, 55], och Mindus citerar studier som visar att 20-40 procent av patienter i somatisk vård har psykisk sjukdom [25]. Patienter med psykiska sjukdomar såsom depression och ångest söker ofta först med kroppsliga besvär [25, 35, 53, 55, 56]. Människor med somatiska symtom kan ha uppenbara psykiska problem som de själva förnekar.

Bland mångbesökare finns patienter med svåra kroppsliga sjukdomar vilka kräver regelbunden och återkommande kontakt med läkare. Denna typ av mångbesökare är emellertid knappast vanskliga i den mening som används här, även om ofullständig diagnostik av komplikationer till allvarliga kroppsliga sjukdomar eller samtidig förekomst av sjukdom av annan karaktär

kan medföra vanskliga patient-läkarrelationer [10, 17].

Helhetssyn och förståelse

Kan man egentligen förstå en annan människa?

Trots svårigheterna att göra det är det läka-rens uppgift att försöka förstå och att vidga perspektivet till den kontext i vilken symtomen uppträder, det vill säga patienten själv och dennes situation i vid mening. Det finns ju egentligen inga sjukdomar, det finns bara sjuka människor. Vi möter inte symtom utan människor som berättar om sitt liv [40].

Titeln »Kroppen är den bok som själen skriver» [47] ger uttryck för en väsentlig erfarenhet. Vi uttrycker ständigt på något sätt, i våra kroppar, i tankar, beteende och/eller tal etc, både våra livserfarenheter och vår förväntan på framtiden. Balint talade om »basic fault», som grundläggs under våra tidigaste år och som i skiftande former kommer till uttryck senare i livet [57]. När idealbilden av tillvaron inte stämmer med verkligheten får vi besvär [38].

Insikten om den potentiella komplexiteten i patienternas problem och konsultationens dynamik skapar ödmjukhet inför de svårigheter som läkare och patient gemensamt har att brottas med.

En utgångspunkt är att försöka förstå vad patienten förstår, eller med Kierkegaards ord »Om Du vill föra en människa mot ett bestämt mål måste Du först finna henne där hon är och börja just där» [58].

Den väg som patient och läkare där-efter har att gå tillsammans kan innebära en successivt ökad förståelse av symtom och upplevelser i förhållande till patientens tidigare erfarenhet och/eller aktuell situation. Denna förståelse kan skapa möjlighet till omdefiniering av patientens problem och frigöra patientens egen förmåga till läkedom och återupprättad hälsa. Bemötande, diagnostik och behandling är integrerade processer.



Kontakten med läkaren är avgörande för patienten. Att bli tagen på allvar innebär i första hand att bli lyssnad på, att läkaren söker klargöra och förstå patientens symtom och ser patienten i dennes sociala sammanhang [43, 59]. En bekräftande interaktion är karaktäristisk för god vård och innehåller moment som förmedlar sympati och förståelse, accepterande, insikt i innebörd och betydelse av patientens besvär och slutligen manifestering av kompetens. Det sista inkluderar förmåga att uppmärksamma och tillvarata patientens egna resurser [44, 60].

Malteruds s k nyckelfrågor är exempel på en grundläggande konsultationsstruktur som, kompletterad med uppföljande och klargörande frågor, konkretiserar en sådan bekräftande relation [61]. Dessa frågor är:

»Vad skulle Du egentligen allra helst önska att jag kunde hjälpa Dig med idag?»

»Var tror Du egentligen själv att pirret kommer ifrån?»

»Vad har Du tänkt att jag borde göra med det – för det har du säkert tänkt något om innan Du kom hit?»

»Vad har Du hittills funnit ut är det bästa som Du själv kan göra med besvären?»

»Vi skall inte bara prata om problem, jag vill också höra om Dina starka sidor. Vilka sidor av Dig själv brukar Du använda för att bli frisk eller hålla Dig frisk?»

Kontakten med patienten kan dock inte reduceras till konsultationsteknik och konkreta frågor, och det räcker som bekant inte att vara snäll [62]. Intresse och önskan att förstå den människa som sitter framför är en förutsättning.

Balint pekade på den lilla, men betydelsefulla, förändringen av läka-rens person som gör det möjligt för patienten att använda sig av läka-rens kunskaper [57].

Läkaren måste arbeta med sig själv och sin professionalitet, och sjukvårdsorganisationen måste stödja ett sådant arbete. Utöver tillräckligt med tid för den direkta patientkontakten måste därför finnas patientfri patienttid, så kallad innovativ patienttid [37]. Den kan användas för sammanställning av patientens tidigare kontakter med vården, handledning, arbete i Balintgrupper, FQ-grupper och/eller för arbete med andra medlemmar i ett team.

Pröva och ompröva diagnoser

Patienterna kan uppvisa symtom vilka kan likna vilken sjukdom som helst, och detta medför behov av omsorgsfull differentialdiagnostik. Patienter med psykiska sjukdomar såsom ångest och depression söker ofta först med kroppsliga besvär [25, 35, 53-56]. Patienter med olika kroppssensationer kan förstora sina besvär och tolka dem felaktigt [23].

Patienter som sätter sina besvär i samband med amalgam har inte sällan andra kroniska sjukdomar förutom behandlingsbara tillstånd i tänder och tuggapparat [63, 64].

Förekomsten av subtila hjärnskador som försvårar kommunikationen kan lätt förbises, särskilt om patienterna har en allvarlig kroppslig sjukdom [10, 17].

Patienter med psykiska besvär kan naturligtvis också drabbas av kroppsliga åkommor, och patienter med kända kroppsliga sjukdomar kan drabbas av psykisk sjukdom. I ett långvarigt patient-läkarförhållande, oavsett grundsjukdom, är det därför viktigt att uppmärksamma och ta ställning till förändringar i patientens sjukdomsbild.

Diagnoser i gruppen somatoforma syndrom används sällan i somatisk vård [25]. En diagnos är emellertid inget självändamål utan skall ge vägledning i terapeutiskt arbete och grund för bedömning av prognos. Korrekta diagno-

ser ger möjlighet till systematiska studier och ökade kunskaper.

En svårighet är att klassifikations-systemen är barn av sin tid. Nya sjukdomar och syndrom skapas i ett samspel mellan individ, samhälle och kultur. Allmänläkarens arbetsrum är en arena där sådana nya syndrom ofta presenteras, och här finns ett väsentligt område för utveckling av arbetsmetodik och arbetsredskap. Klassifikationssystemet är ett sådant redskap som behöver utvecklas och även inbegripa salutogena perspektiv [65].

Medicinsk utredning inriktas på det som är indicerat med ledning av patientens symtom. Patienten måste känna att besvären tagits på allvar och att de blivit professionellt bedömda. Upprepade och utvidgade utredningar tillför sällan något positivt och kan istället försämra patientens tillstånd. Eventuella remisser till annan specialist skall sändas riktat och med precisa frågeställningar, och patienten bör efter en sådan konsultation återgå till sin ordinarie läkare.

I litteraturen noteras att patienterna i allmänhet bäst sköts av den läkare som sköter patientens eventuella kroppsliga sjukdom. En anledning till detta är att vissa patienter trots uppenbara psykiatriska problem avvisar remiss till psykiater/psykolog.

När patienten har flera åkommor som kräver kontakt med olika specialister är det viktigt att dessa har kontakt med varandra. En uppgift för patientens läkare är därför att samordna olika insatser. Att göra det som är möjligt och därvid sträva efter kontinuitet med möjlighet till »second opinion» är en lämplig inriktning.

Samförstånd är grunden. Patientens föreställningar om orsak och förväntningar på åtgärder klagas [66, 67]. Det innebär inte att man måste dela patientens uppfattningar om orsaker eller krav på en viss åtgärd. Läkaren har alltför att handla med vetenskap och beprövad erfarenhet som ledstjärna. Det är inte meningsfullt att göra besöken till en intellektuell kamp om vems uppfattning som är rätt. Man måste komma bakom kontroversiella frågor och söka lösningar på konkreta problem utan att riskera iatrogena skador och/eller okritiskt rekommendera ingrepp i t ex patientens tänder eller arbetsmiljö [46, 68].

Långvariga problem

I det följande beskrivs ett arbetssätt i primärvården för patienter med långvariga besvär som beskrivits i internationell litteratur. Redovisningen bygger huvudsakligen på erfarenheter redovi-

sade av Corney och medarbetare [11]. Andra praktiska synpunkter redovisas av Mathers och medarbetare [4] samt Mindus [25].

Intressanta erfarenheter finns i ett projekt där patienter med kroniskt trötthetssyndrom tillsammans med en gruppleddare diskuterade sig fram till hur de skulle vilja att kontakten med läkaren och vården utformades [69].

Ett långsiktigt, målmedvetet och strukturerat arbetssätt, som involverar och aktiverar patienten, eftersträvas. De tillstånd som påvisas och kan behandlas skall självklart behandlas.

Ofta handlar det dock om att hjälpa människor att bearbeta och förstå sin situation, att uttrycka och om möjligt förändra dysfunktionella känslor, tankar och beteenden. Patienten kan behöva hjälp att identifiera, realitetstesta och korrigera tankar som ligger bakom symtomen. Detta är för övrigt ingredienser i kognitiv terapi som kan bedrivas som korttids terapi inriktad på situationen här och nu och som visat sig värdefull för patienter med olika symtom utan påvisbar patologi [70-74].

Sammanställning av symtom, diagnoser, konsultationsmönster, patientberättelser m m. Arbetet sker stegvis och kan involvera flera medlemmar i ett eventuellt primärvårdsteam. Erfarenheter från patientens tidigare kontakter med sjukvården sammanfattas ifrån journalmaterial.

Patientens symtom, diagnoser, genomförda utredningar och resultat likasom effekt av behandlingar genom åren värderas och sammanställs.

Sociala och interpersonella förhållanden sammanfattas inklusive notering av tidpunkt och innebörd av väsentliga förändringar.

Konsultationsmönstret studeras – Vem initierar besöken? Hur ofta söker patienten? Vilka är läkarens egna känslor mot patienten? Vilken är läkarens uppgift för just denna patient?

Detta material kompletteras med patientens berättelse om viktiga händelser i livet och t ex dagboksanteckningar, där patienten beskriver hur vardagen förlöper under ett par veckor.

Det kan också vara av värde att med patientens tillåtelse inhämta uppgifter från anhöriga. Diagnostik av depression, ångest och somatisering kan underlättas av screeninginstrument.

Problembeskrivning och behandlingsplan. I ett andra steg sammanfattas ovanstående erfarenheter och en behandlingsplan upprättas. Här krävs takt och känsla för patientens upplevelse och reaktioner. Patientens delaktighet i denna process är sannolikt avgörande

för utfallet av fortsatt arbete. Information om vilka sjukdomar som faktiskt utesluts liksom om de symtom som kan kräva vidare utredning är viktigt. Tillsammans med patienten kan olika differentialdiagnostiska alternativ prövas och behandlingsförsök övervägas. Behandlingsplanen har till syfte att etablera en relation och tydlig struktur för det fortsatta arbetet. Patientens värdering av relationen och arbetet är väsentlig.

Fortsatt arbete och behandling. Kompletterande utredningar som görs riktat med specifika frågeställningar. Olika medlemmar i primärvårdsteamet kopplas in. Behandlingsförsök följs upp.Handledning, arbete i Balint- eller FQ-grupp kan ge nya infallsvinklar. Exempel på struktur för grupphandledning finns i litteraturen [4].

Kontinuitet och struktur. Patienten bör ha regelbunden kontakt med sin läkare även när andra instanser eller vårdgivare involveras. Överenskommelser om besöksintervall, tidsåtgång etc ger struktur och rimlig tidsåtgång för direkta patientkontakter. I överenskommelsen med patienten ingår det patienten skall göra mellan besöken, vilket följs upp vid återbesöken.

Växling av fokus. När tiden är mogen och tillfälle yppar sig kan fokus växlas till väsentliga problem, som tidigare inte varit möjliga att bearbeta. Hit hör tidigare kränkningar och traumatiska händelser [5, 48, 75]. I litteraturen används begreppen »changing the patient's agenda» och »making the link» för dessa faser i kontakten [4, 25, 76]. Ett livshändelsediagram kan ge möjlighet till sådana öppningar, men det finns inga säkra genvägar.

En tillfyll relation, vilket kan ta tid att utveckla, är en förutsättning för att patienten skall våga/orka aktualisera svåra traumatiska erfarenheter [48].

Hjälp från andra instanser. Den andra linjens sjukvård, t ex psykiatri, kan bidra med diagnostik av psykiatriska sjukdomstillstånd och kognitiv psykoterapi [25, 70-74, 77, 78].

Andra specialiteter, såsom yrkesmedicin, kan konsulteras för patienter som sätter sina problem i samband med yttre miljöpåverkan. Samarbete med tandläkare är av värde när frågeställningar om samband med tandhälsan aktualiseras [64, 72, 79], och andra specialister kan behöva konsulteras beroende på problemets art.

Ambitionsnivå. Ett gott bemötande och intresse för patienten och inte bara för symtomen eller sjukdomen kan bi-

ANNONS

dra till att människor frigör egen förmåga att bättre hantera besvär och svåra situationer. Det fortsatta arbetet måste emellertid ske i medvetenhet om att patientens tillstånd ibland utgör optimal lösning i en svår situation. En rimlig målsättning i sådana situationer är att patient-läkarrelationen utvecklas så att patienten inte riskerar iatrogena skador.

En lönsam investering

Vanskliga patient-läkarrelationer är ofta tidskrävande. Det arbetssätt som skisserats ovan innebär att mer tid initialt läggs på att sammanställa tidigare erfarenheter, värdera dem och tillsammans med patienten upprätta och genomföra en behandlingsplan. Den tid detta arbete tar är ofta en lönsam investering. Relationen till patienten förbättras, tidigare behandlingar och utredningar upprepas inte och man kan komma vidare i försöken att stödja patientens egen förmåga till läkedom.

Vanskliga patient-läkarrelationer är ett förbiset och inte sällan förnekad område. Vilken läkare vill tala om att man känner sig vanmäktig och misslyckad? Forskning och utvecklingsarbete inom detta fält är därför väsentligt, och allmänläkaren har här viktiga uppgifter att studera och utveckla bemötande, behandling, former för handledning och hjälpmedel i vården.

En anledning till att detta område upplevs svårt kan vara att problematiken blottlägger brister i människosyn och uppfattningen om människovärdet i samhälle, läkarutbildning och vårdens vardag [80]. Om det är så finns desto större anledning till fortsatta ansträngningar att utforma en vård som stödjer även dem som är svåra att hjälpa. Det handlar på ett eller annat sätt om oss själva och våra värderingar, och inte enbart om patienterna. Problemområdets komplexitet kräver både ökad självkännedom och att tvärvetenskapliga synsätt tillämpas.

Referenser

4. Mathers N, Gask L. Surviving the »heart-sink« experience. Fam Pract 1995; 12: 176-83.
11. Corney RH, Strathdee G, King M, Williams P, Sharp D, Pelosi AJ. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. J Roy Coll Gen Pract 1988; 38: 349-52.
25. Mindus P. Patienter med problematisk somatisering. Sjukvårdens flygande holländare. Helsingborg: Rhone Poulenc Rorer, 1994.
26. Bass C, ed. Somatization: physical symptoms and psychological illness. Oxford: Blackwell scientific publications, 1990.
27. Shrire S. Frequent attenders – a review. Fam Pract 1986; 3: 272-5.
32. Andersson SO, Mattsson B, Lynöe N. Pa-

tients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – a comparative study. Scand J Soc Med 1995; 4: 251-7.

36. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. SOU 1996: 134.
43. Arborelius E, Bremberg S. Varför är kontakten med läkaren så viktig för patienten? Socialmedicinsk tidskrift 1991; 68: 416-21.
57. Balint M. Läkaren, patienten och sjukdomen. Stockholm: Natur och kultur, 1968.
60. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Fam Pract 1995; 12: 423-9.
61. Malterud K. Almennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Universitetet i Bergen: Tano, 1990.
69. Denz-Penhey H, Campbell Murdoch J. Service delivery for people with chronic fatigue syndrome: a pilot action research study. Fam Pract 1993; 10: 14-8.
71. Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: A practical guide. J Psychosom Res 1992; 36: 515-29.
76. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Techniques of reattribution. J Psychosom Res 1989; 33: 689-95.

En fullständig litteraturlista kan fås från Med dr Sven-Olof Andersson, Stugvägen 8, 903 55 Umeå.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994-95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11-50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19