

Läkares dialogförmåga ”botade” fysiska symtom

»Så blir vi skickligare humanmedicinare»

Genom att lägga stor vikt vid beredskapen och modet att ompröva den egna bilden av världen kan dialogförmågan hos läkare utvecklas. Och på så sätt kan läkaren bli skickligare humanmedicinare.

Manliga läkare verkar ha sämre empatisk förmåga än kvinnliga [1]. Forsberg och Hammar [2] menar att empati ger »...större förutsättningar att ställa rätt diagnos, ge adekvat behandling och få bra följsamhet». Kirsti Malterud, norsk allmänläkare, tror att kvinnliga läkare är duktigare än manliga på att leva sig in i kvinnors krämpor [3]. Det är nog sant.

Hur blir vi – oavsett kön – skickligare humanmedicinare?

Mobbning bakom feberperioder

Jens, 8 år, söker med sin mor. Han har sedan fyra månader genomgått omfattande utredningar på grund av nyckfullt uppträdande och för att ha 2–3 dagar långa perioder med 38–39 graders feber.

Journalanteckningarna visar att läkare mest haft infektioner och orsaksamband i tankarna. Biomedicinskt vägleda frågor, kroppsundersökningar och laboratorieprov ger ingen förklaring till Jens feber. Jens kanske vill säga något [4] med sina kroppsliga tecken, något som kan hjälpa honom att vara människa, inte bara kropp.

Noteringar i moderns almanacka visar att Jens temperatur varit hög i synnerhet på söndagar. När skolan förs på tal börjar modern gråta. Jens är mobbad. Modern berättar hur hon undviker skolgården under barnens raster, för att slippa se hur Jens, medan alla andra ungar leker och stojar, ofta »står ensam och pillar i barken på ett träd».

Tillsammans ser vi till så att föräld-

rar, personal och skolhälsovård engageras. Ett halvår senare är Jens en i gruppen och hans temperatur är normal.

Vännerna hade torterats och mördats

Paulo, en 64-årig brasiliansk pedagog i politisk exil i Genève, tvingas nästan inställa en föreläsningsturné till bland annat Australien på grund av svåra buksmärtor [4]. Pedagogik för förtryckta [5] är hans intresse.

Familjeläkaren använder sin allmänna insikt att upplevelser av kroppsligt kaos kan stå för avsaknaden av ord för något som ändå måste kommuniceras. Hans lyhördhet och dialogförmåga får honom att se känslan av vanmakt i patientens ögon. Många av patientens vänner hade nyligen torterats och mördats under statskuppen i Chile, där patienten verkat ett år. Vad är det för mening med personligt engagemang, när resultatet lätt trampas till marken av andra?

Patienten finner det lönt att berätta om det som känns mest angeläget och kan på så sätt själv avveckla sina symtom.

»Buktalares» frågor tystas

Brita, 23 år och utbildad, söker en kväll för så svåra övre buksmärtor att akut remiss till sjukhus övervägs. Hon får Losec, är smärtfri två dagar senare.

Då börjar »behandlingen», det hälsoförlösande samtalet. Läkaren vågar lämna sin biomedicinska kunskapsbas och kan därigenom se patientens personliga svårigheter. Brita har gjort föräldrarnas tysta krav till sina egna. Ord saknas för det hon inte orkar se. Kroppen finns alltid till hands att uttrycka sig med. Losec tystar »buktalares» frågor.

Brita har nu lämnat sin sambo och börjat en utbildning. Hon mår bra.

Medicinsk omorientering

När läkare anar att ett presenterat problem inte är av övergripande mänsklig natur, när det verkar vara enklare, då är en instrumentell, medel-målorienterad biomedicinsk hållning adekvat. Biomedicinskt tänkande är ingen god grund för att förstå människor. Motsvarande människosyn kan bidra till att begreppet empati förvanskas. Den som

»tror på ... psykosociala mekanismer» [2] kan inte samtidigt vara empatisk.

»En väsentlig del av den professionella hållningen är förmågan till empati, att kunna fånga upp och förstå en annan människas känslor och att kommunicera denna förståelse i ord och handling» [6].

För att kunna leva sig in i och förhålla sig konstruktivt till exempelvis Jens, Paulos och Britas sjukdomskänsla, har läkare glädje av att kunna se patienten som subjekt, en varelse som själv skapar sitt förhållande till omvärlden. En sådan patient ska kanske inte göras till föremål för diagnostik. Sjukdomskänsla kan vara en del av patientens försök att ge tillvaron ställföreträdande mening.

Den biomedicinska föreställningsvärlden är fylld av begrepp som »psykosociala mekanismer», »stress» och andra teoretiska nödlösningar. De hjälper läkare att slippa ompröva själva basen för sin biomedicinska kunskapsutövning. Också själen kan mekaniseras tankemässigt. Föreställningen att människan som system kan påverkas av sitt eget psyke används ofta i vården.

Dialogmedicin

De tre fallbeskrivningarna antyder att vi, om vi vill utnyttja den genuina dialogens möjligheter, i första hand bör beakta följande tre förhållanden: patienten har alltid något att säga; det som blir sagt i mötet bestäms i hög grad av läkaren; läkaren kan bidra till att öka patientens självförståelse.

De tre patienternas personliga frågor göms i respektive förhöjd kroppstemperatur, ond mage och »talande» tolvfingertarm. Om läkarna hade uppfattat kroppsuttrycken som tecken på felfunktioner och inte i första hand som svårigheter att stå i meningsburen relation till omvärlden, hade ärendena lätt kunnat missförstås, med sjukdom som snarast trolig följd.

Varför sade patienterna inte att de var utom sig av förtvivlan? Den som är »utom sig» finner sig (!) gärna i svårigheten att ge sig till känna.

Andan i mötena med patienter präglas av läkarens inlevelseförmåga. Den

Författare

OLLE HELLSTRÖM
distriktsläkare, Vårdcentralen,
Vansbro.

na är beroende av att läkaren har tänkt igenom och låtit sin professionella attityd genomsyras av medvetenheten om mötets möjligheter och att de skapas tillsammans med patienten.

Empati är inget lämpligt diagnostiskt instrument, eftersom diagnos inte är förenlig med genuin dialog [7]. Carl Rogers: »... in every respect in which we make an object of the person – whether by diagnosing him, analysing him... – we stand in the way of our therapeutic goal» [8]. Docks [9] kommentar till Holm m fl [1] ger anledning till optimism.

Eftersom patienten ofta inte själv förstår det mänskliga dilemma som en sjukdomskänsla kan gömma och dessutom fruktar medvetenheten om det som hålls borta, ställs stora krav på läkaren att vara så att patienten får hjälp att rekonstruera sitt sjukdomsorienterade förhållande till omvärlden.

Den empati som en sådan hållning kräver är den som ger sig själv i och med att läkaren är öppen, lyhörd och beredd att förändra sig. Ett av grundvillkoren för att förstå något är nämligen beredskapen att ompröva sina fördomar [10].

En fara med att fokusera könsolikheterna i empatisk förmåga är att sådana debatter tenderar att överflygla engagemanget för radikal omvärdering av mer grundläggande frågor. Att ta till sig ett humanmedicinskt perspektiv, en ny professionell hållning, kräver djupgående omvärdering av ens kunskaps-, människo- och sjukdomssyn. När vi mitt i symtombruset kan se att det finns en unik människa som vill säga något [4] – med eller utan organiska felfunktioner – då är empatin en naturlig del av mötet.

Hur kan man förstärka patient-läkarrelationen?

En ledare i Läkartidningen [11] slår an tonen för utbildningsdebatten 1997: »Hur kan man på nytt förstärka den patient-läkarrelation som professionen alltid har hävdad vara sin huvuduppgift?»

Ottosson [6] poängterar värdet av en god relation för att få bra information om besvär, deras bakgrund och konsekvenser samt god följsamhet.

Diskussionen om dialogens väsen och hur den ska utnyttjas systematiskt i vården återstår. Hur gör vi en diagnosorienterad, instrumentell kontakt till ett interaktionellt möte [12], där man samtalar, där patientens föreställning får forma mötets innehåll? Bara subjekt kan samtala.

Att i ord uttrycka att samtalspartners är subjekt är inte alltid lätt: »(D)et är godtagbart att jag utnyttjar dem (patienterna) som 'läromedel' förutsatt att jag



Jens på »återbesök» vid trädet där han ofta stod ensam och pillade i barken medan alla andra lekte.

också ser att patienten är ett subjekt, och *behandlar* denne så» (författarens kursivering) [13]. Subjekt kan inte behandlas, men väl mötas. På liknande sätt kan samtalsledaren i en Balintgrupp »... bidra till att det skapas en atmosfär i vilken allmänna frågor omformuleras till personliga, abstrakta frågor till konkreta och idémässiga spörsmål till frågor om personliga reaktioner» [13].

Människan har problem med att hantera sitt specifika förhållande till den betydelsevärld hon en gång invaderade och inte kommer levande ur. Ord saknas ofta för att formulera de svårigheter som är knutna till specifikt mänskligt liv, ett liv närt av känslan att vara delaktig i en värld av mening, bekräftad genom att andra förstår den man tror sig vara när man visar sig.

Biomedicinen saknar begrepp för att hantera den dialogrelation till patienten som krävs för att skilja tecken på kroppslig avvikelser från personliga uttryck. De senare syftar ofta till att hantera känslan av brist på sammanhang [14]. Både läkare och patient handlar gärna som om personliga frågor kan lösas från den person som uttrycker dem. Genom att göra frågorna till föremål för diagnos och behandling kan båda undkomma tanken att egna, trygga handlingsgrundande bilder av verkligheten kan behöva omprövas.

Medicinen är en humanvetenskap

Nya urvalskriterier för antagning till läkarstudier har prövats [15]. Genom att lägga stor vikt vid beredskapen och modet att ompröva den egna bilden av världen kan, menar jag, den samlade dialog-

förmågan i läkarkåren utvecklas. Studenternas uppsatser och intervjuer [16] skulle kunna värderas med avseende på förmågan att »se» andra, en utvecklingsbar personlig kraft [17].

Kanske kan vi skönja embryot till hur läkarstuderande ges möjlighet att utveckla sin förmåga att möta patienter så att de som verkligen behöver ta del av biomedicinskt avancerad diagnostisk och terapeutisk kompetens bättre än nu kan skiljas från dem vilkas sjukdomsupplevelser är betydelsebärande på en »högre» mänsklig utvecklingsnivå. Detta kan få till följd att fler läkare med tiden förhåller sig så att patienter i tillämpliga fall inspireras att söka andra uttryck än sjukdomssymtom för att hantera sina liv. Det var troligen detta som Jens, Paulo och Brita gjorde.

Referenser

1. Holm U, Strand V, Söderberg S, Bárány F. Handledning i empati. Nödvändig tidigt i utbildningen framför allt för manliga läkarstuderande. Läkartidningen 1997; 94: 1393-7.
2. Forsberg P, Hammar M. Om de manliga läkarstudenterna brister i empati [1]: Inför i så fall stödundervisning! Läkartidningen 1997; 94: 1516-20.
3. Malterud K. Allmennpraktikerens möte med kvinnelige pasienter. Allmennpraktikerenserien. Oslo: Tano, 1990.
4. Hellström O. Vad sjukdom vill säga. Om dialogmedicin och mänskliga möten. Örebro: Libris Förlag, 1994.
5. Freire P. Pedagogik för förtryckta. Stockholm: Gummessons, 1972.
6. Ottosson JO. Motverkar läkarutbildningen sitt syfte? Förmågan till empati i relationen läkare-patient försummas. Läkartidningen 1997; 94: 1365-6.
7. Burbules NC. Dialogue in teaching. Theory and practice. Advances in contemporary educational thought, volume 10. New York and London: Teachers College, Columbia University, 1993.
8. Rogers CR. A way of being. Boston: Houghton Mifflin Company, 1980: 179.
9. Dock J. Mötet läkare-patient fundamentet i läkekonsten. Läkartidningen 1997; 94: 1520-1.
10. Gadamer HG. Truth and method. London: Sheed & Ward, 1979.
11. God ny vård!? Läkartidningen (ledare). 1997; 94: 1.
12. Hellström O. The importance of a holistic concept of health for health care. Examples from the clinic. Theoretical Medicine 1993; 14: 325-42.
13. Bengtsson K, Reichenberg K, Skott A. Balintgrupper för blivande läkare. Ett sätt att bidra till yrkesmässig mognad. Läkartidningen 1997; 94: 1605-1.
14. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers, 1987.
15. Wahlström O, Sandén I, Hammar H. Undervisningsavdelning. Idealisk möjlighet att träna lagarbete, yrkesroll och praktiskt vårdarbete i integrerad utbildning. Läkartidningen 1997; 94: 153-5.
16. Westerling R. Antagning efter intervju. Läkartidningen 1997; 94: 1053-4.
17. Holm U, Aspegren K. Empatiutvecklingen bland läkarstuderande. Kliniska kurser kan påverka empatisk förmåga. Läkartidningen 1995; 92: 404-6.