

och om vi ska kunna leva oss in i dem och förstå dem, då måste vi vara öppna och våga fråga. Förstår vi inte, då måste vi fråga igen.

– Vi möter människors livsprojekt: kärlek, arbete, barn. Hur går det ihop? Det är viktigt att vi ser hela det sociala sammanhanget. Livssituationen inverkar i det kroppsliga välbefinnandet.

Det är kvinnosjukvårdens kärna.

– Kvinnor kommer med symtom som kanske egentligen är tecken på något annat, relationsproblem t ex. Mycket av det har vi lärt oss att fånga upp. Men alla ser inte riktigt sambanden eller bryr sig om sammanhangen.

– Tidigare ville vi inte se att det kanske inte var enbart lyckligt att föda barn och att en del hade svårt att anpassa sig till det tidiga föräldraskapet. Men vi såg det, och nu finns många studier av de psykologiska faktorerna kring barnafödande.

– Idag vill vi inte se det sexualiserade våldet mot kvinnor, där symtom som flytningar och underlivsmärta kanske är en vädjan om hjälp.

I mötet mellan kvinnoläkare och patient finns mycket till skänks, betonar Kajsa Sundström.

– Det är lätt att starta från den kroppsliga utgångspunkten, från kvinnors reproduktiva historia t ex. Den är central, det är livshändelser då människor är starkt närvarande.

Att få dela detta är ett stort förtroende, säger hon.

– Vi måste svara på det genom att

visa respekt för patienternas mer eller mindre dolda problem.

– Då blir det möjligt gå ett steg vidare och fråga: »Hur har du det i livet nu?» Och så måste vi lyssna till svaret!

Men den svenska sjukvården, den

»Kvinnoläkaren har ett alldeles speciellt uppdrag – förtroendet att få vara med om människors mest centrala, och friska!, livsupplevelser – kärlek, sexualitet, barnafödande. Kvinnosjukvården handlar mer om livsfrågor än om sjukdomar.»

präglas av en diagnostisk syn, tycker hon.

– Vår sjukvårdskultur är inte inriktad på »healing», lindring, omvårdnad. Den är centrerad kring att vi ska ställa diagnos, behandla och bota – med tekniska medel.

Och när det gäller hälsan är vården intresserad av objektiva, mätbara ting: hur mycket vi äter, dricker, röker, motionerar osv.

– Däremot frågar inte sjukvården så ofta efter hur vi förverkligar våra liv: Hur ser våra relationer ut? Får vi barn när vi vill? Hur lever vi tillsammans?

Det betyder ganska mycket för hälsan också.

Och kvinnosjukvårdens teknifiering är på gott och ont. Tekniken ger trygghet, men emellanåt också falsk trygghet, och ibland blir den för dominerande. Det får konsekvenser för både läkaren och patienten.

– Egentligen bottnar det i godhet, sjukvården vill så väl. Den ska ställa allt till rätta, på ett perfektionistiskt sätt. Men risken finns att tekniken ger orealistiska förväntningar. Besvikelsen kan bli stor.

– Då blir det ofta så i sjukvården när vi inte lyckas, när vi inget mer har att göra ... då stöter vi bort, då lämnar vi patienterna därför att vi är så besvikna på oss själva.

Det skulle vara så mycket lättare också för läkaren om hon/han inte hade sådana krav på fullkomlighet.

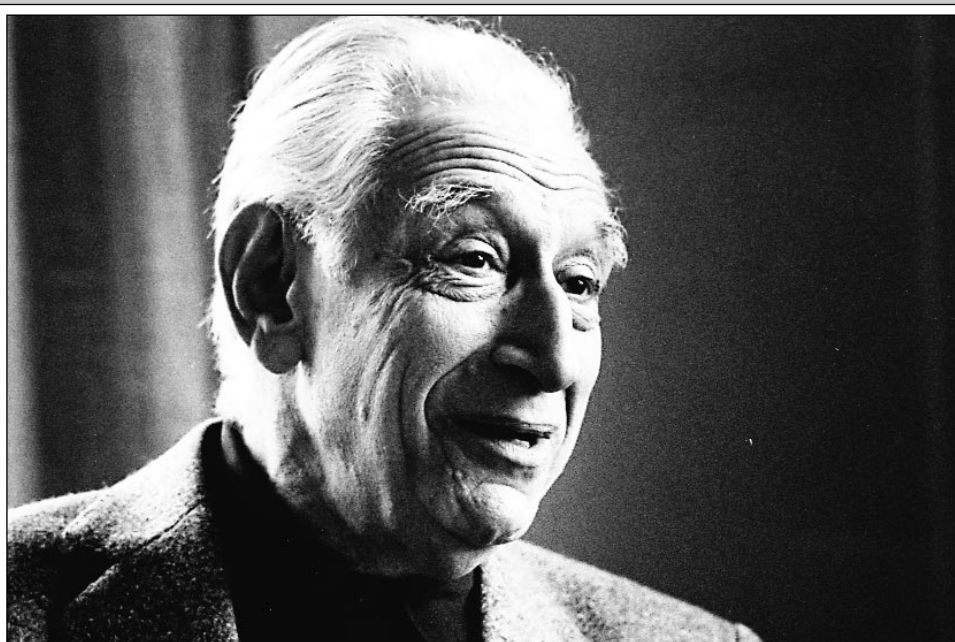
– Vi kan inte ordna allt. Om vi går in i det med en ödmjukare inställning, då behöver vi inte må så dåligt.

»Kunskap, empati, självkännedom» är tre kriterier för ett bra förhållnings-sätt! sammanfattar Kajsa Sundström (och citerar här sin man, framlidne Loma Feigenberg, professor vid Radiumhemmet i Stockholm).

– De medicinska kunskaperna är den självklara grunden. Empatin, inlevelseförmågan – karakteriserar en professionell attityd. Och självkännedomen, den är viktig, vi måste »se» våra egna blinda fläckar, veta hur vi reagerar.

Utifrån sin självklara läkarutgångs-

Var så god och sitt, doktorn!



»Var så god och sitt, doktorn!», är en 15 år gammal text av Loma Feigenberg, Kajsa Sundströms framlidne make. Texten – som håller än idag? – publicerades i Läkartidningen 1983; 80: 4965 (nr 51).

Loma Feigenberg
fotograferad av Rolf Adlercreutz i samband med en intervju i Läkartidningen 1982.

punkt: »Hur ser patientens liv ut, utanför mottagningsrummet?» skrev Kajsa Sundström också sin avhandling »När livet var som bäst – Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn» (Studentlitteratur, 1987) där hon djupintervjuat kvinnor i olika åldrar.

Avhandlingen ger en skildring av kvinnors liv under olika generationer. Här berättar t ex kvinnor som upplevt 1940-talets abortutredningar och som tvingats/övertalats till abort och sterilisering.

Men avhandlingen sammanfattar också hennes eget perspektiv: Från 1950-talet då illegala aborter och tvångssteriliseringar var realiteter, då läkaren hade makt och kontroll över patienten som i tidens anda lydde överheten – läkaren. Fram till dagens sjukvård där vår medbestämmanderätt som patienter är inskriven i lag.

Men visst har sjukvården och läkare ännu kontroll över människor, säger hon, och ger ett exempel.

– Från det ögonblick en kvinna kommer med ett positivt graviditetstest tar sjukvården över och talar om hur hon ska leva, bokar täta kontroller på mödravårdscentralen och övervakar magen med ultraljud.

– Förr hade kyrkan en stark kontroll över människors sexualitet; kvinnan kyrktogs sex veckor efter förlossningen, då ansågs hon »ren». Idag ska hon komma för kontroll på mödravårdscentralen sex veckor efter förlossningen, annars så ...

I samband med att jag nu går i pension – efter att under många år ha sysslat med psykologiska frågor i sjukvården, speciellt vid vård av cancer – vill jag ge en glimt från detta arbete genom att formulera ett konkret förslag.

Att cancer är ett psykologiskt problem för patienterna är uppenbart för de flesta, fastän somliga läkare ihärdigt försöker skjuta det ifrån sig. För mig har cancersjukdomarnas genomgripande innebörd för den sjuke bekräftats med en styrka långt större än jag anade när jag började arbeta.

Min viktigaste erfarenhet är emellertid att cancer i lika hög grad är ett psykologiskt problem för alla som arbetar i sjukvården; alltså för läkare, sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, kurato-

rer, sjukhuspräster m fl.

Det förslag jag här framför gäller sjukvården överhuvudtaget. Jag föreslår, eller snarare kräver, att läkare (liksom sjuksköterskor och andra vårdarbetare) alltid, när de har något allvarligt att tala med patienter om, skall *sitta ned*. Det gäller när man lämnar svar på en undersökning, meddelar diagnos eller diskuterar prognosen. Det gäller vid samtal på mottagningen, vid ronder eller i samband med utskrivningen. Det gäller oberoende av om samtalet sker på en akutmottagning eller på en vårdavdelning, på förlossningen, i långtidsvården eller på ett mentalsjukhus.

Förslaget följer de enkla regler som brukar tillämpas i umgänget människor emellan. Var och en som skall föra ett samtal med en patient

skall, om patienten sitter, också själv sitta ned. Om patienten ligger ned på en bår, en säng eller ett operationsbord, skall läkaren sätta sig ned och placera sig så att han syns och hörs och att han ungefär har sina ögon i jämnhöjd med den sjukes. Att läkaren sitter ned markerar att man talar om något som är viktigt och att läkaren verkligen förstår det.

Att stå upp och se ned på en patient, som sitter eller ligger, understryker läkarens överläge. Dels är det ohövlighet, dels skapar det osäkerhet. När läkaren står kan han eller hon när som helst bestämma sig för att gå vidare, och patienten kan aldrig veta när samtalet kommer att brytas. Om läkaren däremot sitter ned måste samtalet avslutas innan han reser sig och går. Som jag tidigare vid fle-

osv – då finns det där, oerhört mycket och väldigt starkt.

Och så de svenska arbetarförfattarna, t ex Ivar Lo-Johansson och Jan Fridegård, här finns skönlitterära skildringar bl a från de illegala aborternas tid, berättar hon.

Hon minns också Clas Engströms bok »Förrädare mördare» (Bonniers, 1965) som för henne blev ett starkt argument i den häftiga abortdebatten i slutet av 1960-talet.

– Den beskriver det plågsamma och

»... när vi inte lyckas, när vi inget mer har att göra ... då stöter vi bort, då lämnar vi patienterna därför att vi är så besvikna på oss själva. Det skulle vara så mycket lättare också för läkaren om hon/han inte hade sådana krav på fullkomlighet. Vi kan inte ordna allt», säger Kajsa Sundström.

ra tillfällen sagt och skrivit, anser jag att en läkare bör avsluta varje samtal genom att klart och tydligt fråga patienten: »Var det något mer Du ville fråga om?»

Att sitta ned när man för ett allvarligt samtal kan förefalla lätt att genomföra. De psykologiska skälen till att denna enkla åtgärd så ofta försummas i sjukvården lämnar jag därhän. För att få en förändring till stånd måste jag tydligen vända mig till patienterna och uppvigla dem: Jag uppmanar härmed alla patienter att de varje gång en läkare börjar ett samtal med en gest mot stolen eller pallan vänligt men bestämt säger: »Var så god och sitt, doktorn!»

Loma Feigenberg
professor
Radiumhemmet
Stockholm