

Göran Bodemar – framsynt pedagog ifrågasätter "helhetssynen"!

Livskvalitetsmåten kan bli förödande för sjukvården

»En människas livskvalitet är beroende av så oändligt många faktorer. Inte ens en svår sjukdomsperiod är automatiskt förenad med låg livskvalitet. Och en fin livskvalitet kan kompensera för sjukdom», säger Göran Bodemar och betonar att livskvalitet som sjukvårdens mål, det kan bli ett farligt mål: »Vi riskerar att dränkas i irrelevanta saker. Livskvalitetskravet kan också leda till en oriktig kritik mot sjukvården: 'Titta, den gör ingenting, patienternas livskvalitet blir ju inte bättre'.»

REPORTAGE

BIRGIT
WILHELMSON

FOTO

STAFFAN
GUSTAVSSON

Livskvalitet! Hett stoff inom dagens sjukvård, den stackars sjukvård som ska fixa allt. Nu räcker det inte riktigt att stödja/hjälpa den sjuka människan, lindra/bota symtom och sjukdom. Nej, nu utarbetas enkäter med allsköns skalor och mått för att bedöma patienters livskvalitet före och efter behandling.
– Förödande! tycker gastroenterologen Göran Bodemar.

Ibland händer det att en intervju plötsligt tar en oväntat intressant vändning, gör en kullerbytta, ställer sig på huvudet ett ögonblick – innan den kommer på rätt köl igen.

Och det är det som händer under intervjun med Göran Bodemar, docent i medicinsk gastroenterologi och hepatologi och överläkare vid gastroenterologiska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping. Här har han varit sedan början av 1970-talet då han kom som nyfärdig läkare till medicinkliniken. Här halkade han, mest av en lycklig slump, också in på gastroenterologin.

»... en genomgjuten syn på patientarbetet och undervisningen – en bra förebild för studenter och kolleger ... han försöker tränga in i såväl människans som tarmens mysterier...» Det är så han har beskrivits för mig.

Säkerligen – hans lugnt forskande läkarögon har nog inte låtit någon patient passera osedd, mången har antagligen genomskådats genom åren. Så har han också blivit utsedd till kandidat Kork vid ett par tillfällen, läkarstudenternas utmärkelse till årets bästa lärare.

Han var en gastroenterologins superkändis under en tioårsperiod från mitten av 1970-talet och framåt. Då åkte han jorden runt, tillsammans med forskarkollegan Magnus Ström, till världens alla gastroenterologkonferenser. Deras banbrytande studier kring magsårsmidlet cimetidin hade revolutionerat ulkusbehandling.

Idag är den revolutionen lagd på den medicinhistoriska hyllan. Nutidens banbrytare heter protonpumpshämmare och *Helicobacter pylori*.

Men Göran Bodemar själv, han ligger näppeligen på den nämnda hyllan. Nej, han står på tröskeln in till gastroenterologins nya era. Här väntar »alldeles enastående förändringar», som han säger: Å ena sidan superteknik, databaser, avancerad läkemedelsterapi etc – å andra sidan metoder som hypnos och beteendeterapi.

Men mer om det senare. Nu cirklar intervjun kring läkarens möte med patienten: Hur skapa en bra patientkontakt? Hur förmedla sina insikter till kandidaterna? Så börjar intervjun

också cirkla kring risken för utbrändhet: Hur skydda sig mot den?

Och det är nu det händer. Vi hamnar på huvudet en kort stund.

Jag har just tagit en sipp av det kaffe han bjuder på och sneglat mot bandspeglaren. Jodå, bandet snurrar snällt. Och då, pang! Klunken hamnar snudd på i vrångstrupen, jag sätter mig käpprätt upp och spetsar öronen: Vad är det han säger?

Jo: »... och till slut blir det så mycket helhet att vi drunknar i den ... och då blir det väldigt farligt ...»

En modern läkare av idag som ifrågasätter den heliga helhetssynen! Denna doktor, som så ofta säger medmänniska i stället för patient.

Göran Bodemar vet att han sticker ut hakan, att det han säger kanske ter sig litet drastiskt.

Han förklarar det hela, lugnt och metodiskt, och jag inser att det är inte för inte han utsetts till läkarstudenternas kandidat Kork.

– En bra läkare måste naturligtvis ha empati. Har jag ingen känsla för att min medmänniska är sjuk och behöver stöd, då är det fullständigt hopplöst. Vi är här för att stötta och hjälpa. Och alla patienter har alltid rätt att få vår hjälp, alldeles oavsett om vi kanske tycker att en del patienter har orsakat eländet själv.

Men – detta betyder nu inte att man får bli »nerkörd som doktor». Här finns en fara. Göran Bodemar brukar varna kandidaterna: »Risken är att människor kommer med alla sina problem och försöker lägga dem på er – och kanske allra helst på en kvinnlig läkare.»

– När jag talar med de kvinnliga kandidaterna om detta, då blir de alltid litet olyckliga och undrar om jag är en gammal gubbe. Men när de sedan står där som färdiga doktorer, då tror jag de förstår vad jag menar.

Och vad Göran Bodemar menar, det är att allt kan inte läkaren ordna. Och att läkaren heller inte är till för det.

– Vi kan inte ta oss an människors alla problem. Det är sjukdomen, symptomen, vi ska ta hand om, inte människors

hela liv. Det är viktigt att hålla det avståndet, sätta den gränsen.

Men Göran Bodemar är orolig idag.

– Vi har i sjukvården börjat tala alldeles för mycket om livskvalitet, som sjukvårdens mål.

– Men doktorn ska försöka hitta sjukdom, bota så mycket som möjligt och lindra på alla sätt – och därmed ge patienten möjlighet till livskvalitet. Men det är mitt eget ansvar som människa att själv bestämma över min livskvalitet och hur jag skapar den.

Men hänger då inte livskvaliteten ihop med sjukdom? Nej, det finns inga direkta, enkla samband, säger Göran Bodemar.

– En människas livskvalitet är beroende av så oändligt många olika faktorer. Det har gjorts studier som klart visar att livskvalitet, socialt handikapp, sjukdomssymtom, sjukdomen i sig och organiska förändringar är klart åtskilda, inte alls direktkorrelerade.

Dvs, inte ens en svår sjukdomsperiod är automatiskt förenad med låg livskvalitet. Och dessutom – en fin livskvalitet kan kompensera för sjukdom.

Göran Bodemar berättar också om studier, som gjorts på hans egen klinik, som visar att t ex ett skov av ulcerös kolit inte påverkar livskvaliteten. Däremot – om skovet inte går över, om patienten måste opereras och kanske få en temporär stomi, då kan patienten uppleva att livskvaliteten försämras.

Hur påverkar då denna fokusering på livskvalitet värderingen av sjukvårdens insatser? frågar sig Göran Bodemar och svarar direkt: Detta kan ju bli förödande.

– Tänk dig en patient som söker en distriktsläkare för en visserligen irriterande, men ofarlig diarré som doktorn lätt botar. Patienten har säg 75 på livskvalitetsskalan före behandlingen, och 75 efteråt. Patienten har aldrig tänkt sig att diarrén ska bli stadigvarande, och den har heller inte påverkat livskvaliteten.

Men, vad har då den doktorn gjort, enligt en sjukvårdspolitikers sätt att möjligen se på saken? Ingenting!

– Däremot, den patient som söker en kirurg för en cancersjukdom och blir

botad kanske får en dramatisk skillnad i livskvalitet efter behandlingen.

Och där kan då kanske sjukvårdspolitikern tycka att kirurgen har gjort det förnämligaste jobbet. Men det är ju inte sant, poängterar Göran Bodemar.

Dessutom – formulär som används för att bedöma en patients livskvalitet blandar emellanåt ihop pären med äpplen. Här frågas om sjukdomssymtom som om de vore del av livskvaliteten.

– Om man frågar en reumatiker »hur kan du röra dig, resa dig från sängen, gå i trappor?» och tror att det är livskvalitet man frågar efter, då får man självklart ett utomordentligt starkt samband mellan livskvalitet och sjukdom. Men egentligen är det ju bara sjukdomssymtom man frågat om.

Och så fungerar också de livskvalitetsformulär som nu används världen över bland patienter med inflammatorisk tarmsjukdom.

– Man frågar hur tarmen mår när tarmen är sjuk, och då får man naturligtvis en 100-procentig korrelation mellan livskvalitet och tarmsjukdomen.

Nej, troligen räcker det med en mer allmän, bondförnuftig fråga: Berätta hur du mår? Och så lyssna till svaret, understryker Göran Bodemar.

Livskvalitet som sjukvårdens mål – det kan bli farligt.

– Vi riskerar att dränkas i irrelevanta saker. Livskvalitetskravet kan också leda till en oriktig kritik mot sjukvården: »Titta, den gör ingenting, patienternas livskvalitet blir ju inte bättre.»

Men det är klart – varje doktor måste ha som absolut grundprincip att behandla den sjuka människan som en helhet. Det betonar Göran Bodemar. Samtidigt ...

– Vi måste sträva efter att identifiera själva problemet, och försöka se det med en helhetssyn. Men det är problemet vi sedan ska försöka lösa, och därmed ge patienten förutsättningar för att själv skapa sig en god livskvalitet. Själva helheten, den kan inte vi doktorer lösa.

Just här har den problembaserade inläringen sin styrka, poängterar pedagogen Göran Bodemar som, med sin Linköpingsförankring, sedan länge är inriktad på att undervisa kandidaterna utifrån denna metod.

Göran Bodemar uppmanar dem: »Tala med patienten, drunkna inte i journalen.» Vid t ex mottagningsbesök ger han alltid kandidaterna möjlighet att först träffa patienterna ensamma, dvs om patienterna accepterar det.

– Det är imponerande att så många då förstår att utnyttja tiden. De vågar möta patienten, fråga efter symtom och problem, och de får verkligen reda på hur patienten mår.

– Det är också den problembaserade inläringens grundprincip. Som läkarstuderande behöver man inte kunna alla detaljer i journalen. Man talar med patienten, frågar undan för undan och så tar man i efterhand reda på det man inte kan.

Sedan träffas patienten, kandidaten och Göran Bodemar tillsammans på mottagningen. Då är det kandidaten som först håller i samtalet, tillsammans med patienten.

– Det kan bli riktigt trivsamt. Kandidatens inte så förutfattade diskussion kan ge en värdefull anamnes där patientens uppfattning kan komma fram på ett mer äkta sätt.

Ty patient-läkarrelationen rymmer i sig en knepig aspekt, säger Göran Bodemar. Patienten är beroende av läkaren, kanske vill hon/han därför inte alltid säga riktigt hur det är. Patienten vill göra läkaren glad!

– Det är litet underligt, men så är det.

Men det här kan ge spännande resultat.

– Och det här sättet att möta patienter, det tycker kandidaterna är kul. De får en mer aktiv uppgift. Dels får de axla läkarrollen och träffa patienten på egen hand, dels får de lära sig att prata om patienten när patienten är med.

Så tar då Göran Bodemar, som experten, mer aktivt tag i samtalet.

– Men då försöker jag alltid prata med patienten så att kandidaten också har nytta av det. Det ska trots allt vara en patofysiologisk diskussion.

Men även patienten ska förstå. Så detta blir också en möjlighet att visa läkarstuderande att det går att tala om komplicerade medicinska frågor så att alla kan förstå.

– Har vi själva förstått, då kan vi också förklara. Har vi inte förstått, då måste vi gömma oss bakom termer.

Denna undervisningsmetod är fjärran från Göran Bodemars egen kandidatid i slutet av 1960-talet. Då gällde det att lära sig journalerna utantill och kunna svara rätt på frågor. Då var det mer av råpluggande: »Vi skulle kunna kompendiet.»

– Visst fanns det förstås enastående förebilder. Fina, mjuka män, för det var ju oftast män, som verkade veta allt och som involverade alla i diskussionerna.

Men ganska så ofta kände man sig liten och osäker, vid sidan av när ronden gick.

Vitsen med den problembaserade inläringen är att läkarstudenterna tidigt ska få säkerhet och självständighet i arbetet, poängterar Göran Bodemar. Idag är han själv – bevisligen – en omtyckt förebild för de studerande.

För dem poängterar han också den svåra processen: Från att å ena sidan som ung oerfaren läkare ha ödmjukhet inför sin egen okunskap, att inte vara för säker och snabb i sina bedömningar – till att å andra sidan som äldre och mer erfaren våga just detta, vara klar och bestämd, inte gömma sig i luddiga besked.

– Som ung doktor är ens uppgift trots allt att försöka lära sig allt. Patienten kan få dåligt förtroende för den yngre doktor som bestämmer sig för tidigt, om någon äldre läkare sedan säger: »Nej, det är tvärtom.»

Men det är en svår balansgång, patienter vill ha tydliga besked, poängterar Göran Bodemar: »Som ung doktor får man försöka vara bestämd, men ändå inte ...»

Dessutom!

– Ska vi klara patient-läkarrelationen måste vi alltid komma ihåg att det är inte vårt fel att patienten är sjuk.

Inte heller är det läkarens fel om pati-

enten inte blir frisk.

– Trots alla våra ansträngningar kan vi inte alltid lyckas.

Och för att överleva i läkarjobbet måste man kunna »stänga dörren» när arbetsdagen är slut.

Det säger Göran Bodemar, som också poängterar för kandidaterna den verkliga kicken i läkaryrket: De snabba rollbytena – i ena stunden en patient med en banal åkomma, i nästa en med ett livshotande tillstånd.

– Det är fascinerande att vi som doktorer har så olika roller. Och att vi kan göra så oändligt mycket positivt. Det gäller att komma ihåg det.

Göran Bodemar betonar också betydelsen av den »mänskliga handen på en medmänniskas mage». För all teknisk utveckling till trots – kontakten mellan patient och läkare är det avgörande.

Och den »mänskliga handen», den är minst lika viktig i den nya medicinska gastroenterologi som nu skymtar, ett fält som spänner från rena råvetenskapen till »alternativa» metoder.

Det berättar Göran Bodemar som

”... betydelsen av den ’mänskliga handen på en medmänniskas mage’... all teknisk utveckling till trots – kontakten mellan patient och läkare är det avgörande.”

För läkarkandidaterna (här Sofia Holmgren och Susanne Pettersson) poängterar Göran Bodemar bl a den svåra processen från att å ena sidan som ung läkare vara ödmjuk inför sin egen okunskap och inte göra för säkra och snabba bedömningar – till att å andra sidan som äldre och mer erfaren våga just detta, vara klar och bestämd. Och patienterna, de vill ha tydliga besked: »Som ung doktor får man försöka vara bestämd, men ändå inte ...»

själv började inom gastroenterologin på den tid då inte ens ultraljud var klinisk praxis, en tid då endast röntgen med buköversikt kunde ge besked om t ex lever- och mjältstorlek. Med dagens ultraljud är det möjligt att bedöma även t ex hela kärlanatomien i buken.

Och inom diagnostiken utvecklas nu allt mer icke-invasiva metoder: Magnetkamera för att bedöma bl a levermetabolism – utan biopsi. En annan metod är leukocytskintigrafi för att utesluta/fastställa inflammatorisk tarmsjukdom och följa behandlingsresultat och förlopp efter t ex kirurgiska ingrepp – utan vare sig röntgenundersökning eller laxering.

Medicinsk informatik är också en utvecklingslinje inom diagnostiken. Databaser som *inte* är modeller, utan grundade på verkliga patienter med reella provsvar, reella biopsier, byggs nu upp. Dvs, här blir det möjligt att få direkt praktisk hjälp med diagnostiken i det egna patientarbetet.

Inom behandlingen öppnas för bl a än mer avancerad immunmodulerande läkemedelsterapi och »elit»-kirurgi vid

inflammatorisk tarmsjukdom. Dessutom väntar möjligheter till effektiv medicinering vid colon irritabile.

Men samtidigt utvecklas också »alternativa» behandlingar som beteendeterapi och hypnos vid t ex just colon irritabile.

– Detta är inte »alternativa» metoder. Det är beprövad behandling som har verklig effekt genom att påverka och korrigera de felaktiga undermedvetna reflexer som en gång skapats.

Likaså finns studier som visar att djupandning enligt speciell teknik täpper till övre magmunnen och därmed minskar reflux.

– Här behövs satsning från samhället för att ge en stark motvikt till massiv medicinering som dels är mycket kostsam, dels litet »trist» om det finns ofarliga metoder att själv styra symtomen vid godartade åkommor som colon irritabile och dyspepsi.

Allt detta sammantaget gör den medicinska gastroenterologin till en

synnerligen bred specialitet, poängterar Göran Bodemar där han nu spejar framåt.

Spejar gör han också bakåt, efter sina efterföljare. Ty bristen på specialister i den medicinska gastroenterologin, denna ännu lilla specialitet, är »betydande», säger han.

– När vi gamla går i pension, då verkar det inte finnas ett omedelbart gäng som tar över.

– Det saknas nästan en generation, tycks det som. Vart har alla doktorer tagit vägen?

Undrar gastroenterologen och pedagogen Göran Bodemar – doktorn med en »mänsklig hand» på sin medmänniskas mage, doktorn som ifrågasätter den heliga helhetssynen. •