

Patientens uttalade problem syns

I sin diktsamling »Klinisk blick» fångar läkaren Pia Dellson [1] i starkt kondenserad form den erfarenhet unga läkare ofta gör i början av sitt kliniska arbete:

*I böckerna radades upp
provsvår och röntgenutlåtanden,
testresultat och kurvor.*

*Först nu har jag förstått
hur mycket man kan få veta
när man träffar patienten,
genom en enda blick.*

Det finns en tendens i medicinen att söka tekniska, instrumentella lösningar på mänskliga frågor där spontana samtal kan vara lämpligare för att lösa upp det som besvärar patienterna.

Tekniska lösningar går hand i hand med utövning av naturvetenskaplig faktakunskap. Informationstekniken inbjuder till att fokusera på enbart sådana aspekter i patientmötet som till sin natur är skönt ytliga och fria från överraskningar. Den uppfattas kunna användas för att ta kontroll över allt möjligt i begreppets djupast möjliga innebörd. I informationsteknisk mening kan »nät» beskrivas som en oändlig mängd isoleerade fält av tomhet sammanfogade av en vision om en global tekniskt förmedlad gemenskap. Medicinska teknofiler attraheras av ett tänkt samfund där patienters frågor kan reduceras till att gälla enbart tekniskt hanterbara fakta.

Existentialanalytikern Rollo May är bekymrad: »Jag ... ser mycket allvarligt på de risker som är förknippade med tendensen i den moderna naturvetenskapen att betrakta människan som en maskin och att använda motsvarande tekniker vid studiet av henne» [2].

När allmänläkare försöker utvidga datateknikens användningsområde till att gälla kommunikation också av t ex livsfrågor, är det viktigt att reflektera över vad det är att vara patient och att vara den specialist som har störst ansvar för att rätt förstå patienters presenterade upplevelser av ohälsa. Vi möter ständigt frågor där få svar står att finna i det biomedicinska faktakunskapslagret. Kanske dras vi till tekniska lösningar för att undkomma känslan av medmänsklig otillräcklighet.

Som allmänläkare är det viktigt att vi alltid håller ett öga på uttalade existentiella aspekter i patientens symtombeskrivning. Dessa tar sig inte sällan uttryck i metaforiskt framställda sjukdomsupplevelser.

En 80-årig kvinna, Anna, söker för tyngdkänsla och trötthet i nacke och skuldror. Hon försöker komma tillrätta med en grundläggande värdekonflikt genom att uppleva smärta i ena skuldran, men hon kan inte sätta ord på den. Hennes man är svårt senildement. Anna för handen fram och tillbaka över skuldran när hon talar. Budskapet i hennes tvetydiga kroppsspråk är: »Jag kan väl ändå inte 'överge' min stackars man?» Jag ser den mening hon inte vågar uttala och svarar på samma metaforiska språk: »Ja, Anna, det är mycket som vilar på dina skuldror.» Tyst förstår vi. När hon går säger hon: »Egentligen vet jag vad 'det är'. Och det är så skönt att veta att någon förstår ...»

Essensen i vårt möte är kvinnans ambivalenta språk och min beredskap att se det otänkbara i hennes blick och hållning. Om hon nu varit uppkopplad på nätet och om hon e-postat sina symtom, inses lätt att hennes existentiella, djupt mänskliga livsfrågor återigen hade kunnat misstolkas som handlade de om kroppsliga felfunktioner.

Det är inte lätt att komma till sin rätt för den som försöker fylla det otänkbara (en hotfullt hopplös framtid) med något tänkbart (känsla av nedtyngdhet) genom att uppleva och framställa sig som bar man på en börda. Det är inte heller lätt att »maila» en nödvändig tvetydighet. Den förutsätter dissonans mellan å ena sidan ord och å andra sidan blick, tonfall, kroppshållning och gester. Patienter använder sina möjligheter att uttrycka sig mångtydigt i kliniska samtalsrelationer. Därigenom kan de – omedvetet – å ena sidan göra sig förstådda som individer och få adekvat hjälp med sitt existentiella dilemma och, å andra sidan, undgå både att behöva ompröva centrala värderingar och att få bekräftelse på att livet är så meningslöst som det ibland upplevs.

Läkares glättiga iver att sprida sin starka tro på informationsteknikens möjligheter är inte harmlös. Vi får dock inte glömma att vårt existensberättigande

som specialister i den medicinska gemenskapen främst vilar på vår färdighet att fånga och förstå den mening som patienter tillskriver sina sjukdomsupplevelser. Faktakunskap är ett av flera komplement till denna färdighet. Professionell framgång kräver nära möten där vi dels avstår från att ty oss till dehumaniserande teknik, dels uppfattar faktakunskap, inte som den enda kunskapen, utan som ett värdefullt komplement efter det att ett möte skapats, och dels avstår från att tidigt i mötena diagnostisera, sätta etikett på det vi tycker oss se.

Vi behöver mod att möta patienten i genuin dialog, dvs vara beredda att ompröva den vägledning vi försetts med under utbildning och träning. Det ligger de facto nära till hands att famla efter egna modeller av verkligheten för att få struktur på det förvirrande okända i varje möte. Varje människa är unik och har alltså en alldeles egen bild av den upplevelse hon försöker förmedla. Varje möte är ett uruppförande. Att söka stöd i medicinsk teori är rationellt i endast drygt hälften av våra möten [3]. I andra möten underlättar vi för patienter att göra sig förstådda om vi ökar vår förmåga att förhålla oss till det ambivalenta i presenterade sjukdomsupplevelser.

Elektroteknisk interaktion kan på sikt bli en del av vårt vardagsarbete. E-posttid kan komma att komplettera vår telefontid på dagarna. Därför är det viktigt att vi i tid försöker klarlägga essensen i varför läkare attraheras så starkt av IT.

Att hantera patienters frågor med hjälp av IT kan vara ett sätt att fly från ångestprovocerande närhet till andra människor. Tänk att under arbetsdagen kunna ägna sig åt att hantera »rena» medicinska frågor och undvika att konfronteras med sådant som kan få oss att tvivla på värdet av vår kunskap och instrumentella handlingsrepertoar! Tänk att i lugn och ro och utan patientens fysiska närvaro och ångestprovocerande blick kunna inventera vårt förråd av faktakunskap som ju ger oss så skön mening åt allt det som eljest skulle framträda som tvetydigheter!

De som känner sig kallade att missionera om informationsteknikens välsignelser vittnar gärna om hur de genom

dåligt mellan e-postraderna

patienternas frågor fått starka incitament att uppdatera sin kunskap, och de sätter ofta likhetstecken mellan medicinsk kunskap och faktakunskap [Poster, SFAMs Höstmöte, Luleå 1999].

Starkare incitament att söka interaktionell medicinsk kunskap än att vara närvarande, öga mot öga med en patient, är svårt att tänka sig. Blickar kan ibland vara utmanande och inspirerande. Det är frestande att vilja reducera ens dialogiskt syftande engagemang i patientens ibland otänkbart svåra problem och istället gripa till enkelriktad kunskapsutövning.

Patientens blick och ambivalens utmanar oss att vara lyhörda, att tåla, att visa mod att lämna kontrollskapande teorier och att ställa patientens uttryck mot den enda relevanta tillgängliga referensramen, den kontext som patienten i känsla av tillit och hopp kan finna det lönt att förmedla och i samma stund själv få kontakt med. När vi är medvetna om dessa förhållanden kan vi arbeta som allmänmedicinska specialister. Då är vi inte biomedicinskt styrda mångsysslare utan eget avgränsat kunskapsfält. Då kan vi möta patientens ambivalenta uttryck och därigenom förlösa hans eller hennes egen kraft att återfinna den brutna livslinjen eller avbrottet i livsplanen som krämpor ofta maskerar och visar hän mot. I stället för att låta biomedicinskt föreställda kroppsfel skymma blicken kan vi förhålla oss till personen-patienten och dennes ambivalenta förmedlade kroppsupplevelser.

Faktainformationsflöden kan rationaliseras med hjälp av sansat använd IT. Det är ändå sunt att reflektera över naturen i det öronbedövande IT-oväsen som fyller vårt medicinska samtalsrum och som i debatter om vår specialitets framtid ofta kväver spirande tendenser till systematisk självreflektion. Allmänmedicinen som specialitet är i fara om vi låter tekniskt instrumentella ambitioner ta över och påverka samtalsrelationen till våra patienter.

Försök att hantera och reducera känslan av olust i förhållande till patienters krämpor, att inte låta sig beröras av deras existentiella frågor, genom att gömma sig bakom föregivet neutral teknik utarmar möteskonsten. Elimineringen av den andres blick och röst (ges-

ter och ambivalenta uttryck) öppnar för maktutövning och förtryck. I ljuset av hur IT kan deformera samtal till medicinskt dikterat, välregisserat informationsutbyte framstår till och med telefonen som samtalskonstens räddning.

Vi får inte underskatta värdet av den insikt som en analys av hur IT-frågor exponeras kan ge. Visar inte de som ivrar mest för IT med emfas att vi behöver öka vår förmåga att utöva den mellanmänskliga samtalskonsten? De kolleger som ser att »doktor på nätet» är en ny variant av marknadssamhällets konformistiska massunderhållning (jämför veckotidningars frågespalter och TV-doktor) har förstått vad det är att samtala med patienter som genuina personer. De skulle inte drömma om att mena att ett samtal kan reduceras med avseende på både röst, blick och kroppsligt förmedlad undran och ambivalent hållning.

IT som interaktivt fenomen kan analyseras vetenskapligt med hjälp av t ex empirisk fenomenologisk psykologisk metod [3, 4]. Syftet med sådana studier är att klarlägga meningsstrukturen i fenomenet IT. Grundfrågan i en tänkt intervjustudie kan då formuleras enligt följande: Vilken mening tillskriver läkare informationstekniken i kontakt med patienter?

Intervjuade allmänläkare kan uppmanas att berätta om en viss e-postkontakt med en patient och hur de själva upplevt den. Den bandade texten kan sedan analyseras och resultaten presenteras på ett metodologiskt och vetenskapligt vedertaget sätt. Därigenom kan intervjuade läkares oreflekterade upplevelse av mening klarläggas och illustreras öppet och fördomsfritt.

Slutsatsen kan bli att vissa läkare kanske upplever att de genom undersökt teknik har fått tillgång till ett värdefullt hjälpmedel som effektiviserar arbetet och att tekniken underlättar utvecklingen av en rik och nyanserad kommunikation med patienten. En annan slutsats kan kanske vara att läkare löper risk att med sin biomedicinska kunskapsprofil omedvetet överutnyttja informationstekniken för att upprätthålla den distans till patienter som deras instrumentella hållning och beröringsängest kräver.

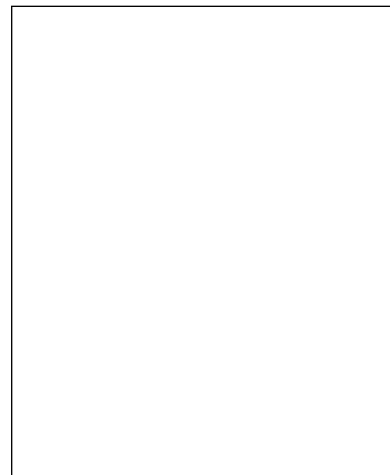


FOTO: CHARLOTTA RÅDMÄNDALA-DEMOKRATEN

KRÖNIKÖR

OLLE HELLSTRÖM
distriktsläkare, Vårdcentralen,
Gagnef.

e-post: olle.hellstrom@ltdalarna.se

”Professionell framgång kräver nära möten, där vi dels avstår från att ty oss till dehumaniserande teknik, dels uppfattar faktakunskap, inte som den enda kunskapen, utan som ett värdefullt komplement efter det att ett möte skapats och dels avstår från att tidigt i mötena diagnosticera, sätta etikett på det vi tycker oss se.”

Referenser

1. Dellson P. Klinisk blick. Reflexioner kring läkekonst. Stockholm: Natur och Kultur, 1997:98.
2. May R. Den omätbara människan. Stockholm: Bonniers Fakta Bokförlag AB. 1986.
3. Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, 1999. Umeå university medical dissertations. New Series No 585.
4. Karlsson G. Psychological qualitative research from a phenomenological perspective. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1993.