

»Dessa samtal ligger nära kärleksmötet – inga andra mål sätts än de som formas under själva mötets gång. Alltså, genuint mänskliga aktiviteter låter sig inte lätt operationaliseras så att de kan värderas vetenskapligt.«

verklig nytta av tekniken, inte utsätts för den därför att medicinen som helhet är förförd och fångslad av sin egen skapelse!

»Dialogue based or evidence based medicine?«

Ett annat begrepp med tekniska implikationer som lyftes fram i Linköping var »evidence based medicine«. Professor Starfield har visat att allmänläkare arbetar mer hälsobefrämjande och kostnadseffektiva än organspecialiserade läkare [1]. Också här bör vi emellertid vara försiktiga och inte svälja ännu ett modebegrepp med hull och hår. Begrepp kan bli gudomliga om de predikas tillräckligt ofta (statistisk signifikans, IT, bredband).

Risken finns att vi är fångslade av de tysta tankar som styr organspecialiserade verksamheter när vi försöker utvärdera den allmänmedicinska. Det kan vara just detta som gör att intresset för att utforska dialogen som professionell hållning fått stå tillbaka för studier av tekniskt hanterbara göromål. När allmänläkares verksamhet är som bäst vilar den, inte på »diagnose ...«, utan på »dialogue based medicine«.

Reformerad läkarutbildning borde starta på vårdcentral

För att återigen på allvar göra dialogen till bas i läkarens arbete kan läkarutbildningen behöva reformeras. En god början är att erbjuda AT-läkare att inleda sin praktiska utbildning på lämplig vårdcentral, inte som nu på sjukhus. Med vårdcentralen som bas kan AT-läkarna försiktigt och gradvis också börja lära känna hur sekundärvården fungerar. Då kan de tidigt under sin formbara period enkelt inse och för alltid minnas innebörden i metaforen: »Om militära

mätningar visar tecken på främmande undervattensverksamhet, tänk fisk!«

Det vanliga är oftast det lättaste att se! Eftersom en patients önskade upplevelser av eventuell sjukdom bäst kan mötas och lösas upp i samtal är det lämpligt att alltid först använda samtals möjligheter innan det okända attackeras tekniskt. Först professionell dialog, sedan kompletterande diagnostik eller åtgärder riktade mot symtomen: dialogue based medicine.

Ofta undrar unga läkare efter att ha fullgjort sjukhusdelen i sin AT-läkarutbildning: »Hon söker för ... (t ex yrsel). Nu har jag uteslutit det och det och gjort så och så ... Är det något mer (underförstått: tekniskt) jag bör tänka på?« Var har de lärt sig att tänka så? Om de fick inleda sin AT-tjänstgöring på vårdcentral skulle vi oftare kunna få höra: »Nu har jag och patienten kommit fram till att hennes yrselupplevelser kan stå för svindel ... svindlande tanke ... maken har ALS ... Visst kan jag vänta med (teknisk) utredning, eller ...? Vi ska träffas igen. Kanske håller hon sin otänkbara framtid otänkt med sin tänkbara upplevelse?«

Barnuppföstran, kärlek och vetenskaplig evidens

Det finns många exempel på framgångsrika verksamheter som med fördel bör fortsätta fastän de inte kan visas vara särskilt effektiva. Vi föstrar barn utan att evidensbasera våra tilltag. Kärlek och dans är andra exempel på sådant som vi höftar till, likaså hälsofrämjande dialoger med patienter med så kallade obestämda lidanden.

Dessa samtal ligger nära kärleksmötet – inga andra mål sätts än de som formas under själva mötets gång. Alltså, genuint mänskliga aktiviteter låter sig inte lätt operationaliseras så att de kan värderas vetenskapligt.

Argument för värdet av dialog i praktiken ska inte riktas mot rationellt använd medicinskt teknik. Den tål att granskas. Ty varken medicinsk teknologi eller evidensbaserad medicin är »a gift from God«.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. SoS-rapport 1999: 19.
2. Björkelund C. Är allmänmedicinen effektiv? Allmänmedicin 2000; 21: 39.
3. Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå University Medical Dissertations New Series No 585. Umeå: Umeå University, 1999.

Punkt för debatten innan den börjar?

Ju fler diagnostiska hjälpmedel och behandlingsmetoder som tas fram, desto fler läkare behövs. Om därtill politikerna slutade med sina besparingskrav så skulle det i hög grad gagna patienternas hälsotillstånd. Så kan man sammanfatta Josef Milerads tillrättaväsende svar på mitt korrespondensinlägg i Läkartidningen 19/00 (sidan 2384) om den allt högre andelen läkare i befolkningen.

Doktorn har ju alltid rätt

Han har säkert rätt. Det har ju alltid doktorn. Möjligen skulle man kunna tänka sig att bättre hjälpmedel, som i andra branscher, ibland också kan minska behovet av mänskliga insatser. Men Milerad ser inte någon ände på hur många läkare som behövs. Forskning och utveckling driver hela tiden på.

Mer bekymrad är jag dock över att tidningens medicinske chefredaktör på hela kårens vägnar synes vilja sätta punkt för en debatt innan den ens börjar.

Bosse Tolander

chefredaktör för Läkartidningen
1988–1996

Berättigat diskutera arbetstidens utnyttjande

I mitten på 1960-talet diskuterades i Sylfs styrelse att 20 procent av arbetstiden borde ägnas åt dokumentation, samråd, konferenser, utbildning osv. Tio år senare kunde vi från Skaraborg i en artikel i Läkartidningen visa att denna sk bastid inom barnpsykiatri vuxit till 75 procent. Efter ytterligare tjugo år finns fler och fler siffror om samma tendens i hela sjukvården, låt vara med i snitt något större andel direktkontakt med patienter.

Förvånande svar

Mot denna bakgrund kan man förvånas över det nonchalanta, närmast nedlåtande svaret i Läkartidningen 19/00