

Olyckligt ställa dialog mot evidens

II Olle Hellström framhåller i Läkartidningen 47/00 (sidorna 5506-8) med all rätt patient-läkarrelationens fundamentala betydelse i diagnostik och behandling av många av de oklara sjukdomstillstånd som ses i primärvården.

Hans värnande om en professionell dialog där »läkare och patient [söker] det möjliga genom att ständigt vara beredda att ompröva det som visar sig i mötet« är väl motiverat. Att rubricera detta förhållningssätt »dialogue based medicine«

må vara hänt, och vi kan hålla med om att det är svårt att evidensbasera.

Lika viktigt för organspecialisten

Men det är olyckligt att sätta det i motsatsställning mot evidensbaserad medicin. Och rent obegripligt blir Hellströms påstående att »'Dialogue based medicine' är för allmänläkaren det 'evidence based medicine' är för organspecialisten«.

Att »utveckla sin förmåga att höra det

osagda« är precis lika viktigt för organspecialisten som för allmänläkaren. Och en uppstramning av den medicinska vetenskapen ad modum evidensbaserad medicin är lika angelägen för alla läkare.

Även Hellström vill väl veta att den livslånga medicinering han förordar är till gagn för patienten?

Staffan Lindeberg

distriktsläkare, Sjöbo vårdcentral

Jan Håkansson

distriktsläkare, Krokoms Hälsocentral

Replik:

Evidens- och dialogbaserad medicin kompletterar varandra

II Först några tillrättalägganden: Jag framhåller *inte* »patient-läkarrelationens fundamentala betydelse i diagnostik och behandling av många av de oklara sjukdomstillstånd som ses i primärvården« (mina kursiveringar). Inte heller sätter jag dialogbaserad medicin i motsatsställning till evidensbaserad medicin (EBM).

Vill inte få vår världsbild rubbad

Också vi läkare värjer oss gärna för sådant som kan rubba vår trygga bild av världen. Och värjer vi oss för nya betydelsesammanhang så kan vi inte heller uppfatta det som sammanhanget gör meningsfullt.

Både vi och våra patienter verkar benägna att slå vakt om det tänkande där t ex upplevelser av värk, yrsel och klåda görs till faktiskt hanterbara tankeobjekt. Alla söker vi rimliga, bekanta förklaringar. Sådant tänkande kan rädda oss från känslan av hjälplöshet, och våra patienter kan undkomma känslan av meningslöshet och förvirring.

Det är kanske vi som ser oklart

Vi talar om att patienter har oklara sjukdomstillstånd, och inser kanske inte att det ofta är vi som ser oklart. För att reducera vår förvirring inför människor som med sina ambivalent exponerade lidanden både förmedlar och döljer det som bara inte får nå medvetandet, söker vi selektivt efter tecken på sjukdomsdiagnoser. Vi blir rofyllda när våra bekanta vårdprogram är tillämpbara.

Patienten tar hjälp av »oklara symtom«

Det går att läsa min berättelse om Birgitta (Läkartidningen 47/00, sidorna 5506-8) med olika grader av öppenhet – alternativt olust. Jag avser att illustrera en specifikt allmänmedicinsk klinisk situation där jag tycker mig se hur Birgitta

försöker skapa uthärdbar mening med hjälp av sina »oklara symtom«.

Om jag hade varit låst till enbart evidensbaserad kunskapsutövning hade hon riskerat att ånyo få sin önskan att bli sedd som människa uppfattad som led hon av ett oklart sjukdomstillstånd. Jag vill visa att skolmedicinska förklaringsmodeller, tillämpade på kroppsbaserade uttryck, inte bara är harmlösa utan till och med kan hindra förståelsen av det som patienten vill förmedla.

Dialogen grund för kunskapsstillämpning

Först när vi allmänläkare förfinat vår förmåga att föra dialog kan vi också tillämpa vår likaledes värdefulla fakta-kunskap på ett raffinerat, effektivt och evidensbaserat sätt.

Dialogbaserad medicin står för samtal mellan två subjekt som båda försöker förstå saken på ett så öppet och förutsättningslöst sätt som möjligt. Båda vågar gradvis ompröva och överskrida sina förutfattade utgångsföreställningar. Först när målet dialog nåtts kan det finnas skäl för läkaren att söka diagnos.

Beror på problemet

Dialogbaserad klinisk kompetens är inte nödvändig i kontakten med en patient som t ex brutit lårbenshalsen. Men när någon för första gången söker för att han eller hon tror sig ha drabbats av t ex kroniskt trötthetssyndrom är det viktigt att läkaren inte låter sin egen blick skymmas av motsvarande begreppskonstruktion.

När vi skaffat oss begreppsinstrument – så att vi kan förhålla oss framgångsrikt till människors upplevelser av att vara sjuka, utan att först reducera dem med avseende på deras unika och framåtriktade meningsinnehåll – kan vi bidra till att öka hela vårdkedjans effektivitet. Då kan vi med hög precision förse andra

specialister med sådana arbetsuppgifter som de behärskar bättre än vi.

Organspecialisterna ges möjlighet att använda sina evidensbaserade åtgärdsprogram på ett effektivare sätt. De behöver t ex inte längre behandla de patologiska resultaten av att patienternas försök att förmedla sitt kryptiskt exponerade behov av mening misstolkats som tecken på organsjukdom.

Vi vet t ex att kvinnor i Holland, som låtit sina livsfrågor ta sig kroppsliga uttryck hos läkare, i större utsträckning än andra mist livmodern.

Komplement

Evidens- och dialogbaserad medicinsk hållning kompletterar varandra. Evidensbaserad klinisk kompetens ser jag som ett latent närvarande, värdefullt komplement i dialogen. Det är som med sex. Visst går det – man kan nå det tekniska målet utan att se varandra – men det blir aldrig riktigt bra.

Olle Hellström,

med dr, distriktsläkare, Vansbro