

# Läkares tidsbrist – en omhuldad myt

**N**ästan undantagslöst kommer frågan om läkares brist på tid upp när det är kris i vården. Sjukskrivningskrisen, väntetider, operationsköer, allt ska lösas bara vi får mer tid. Visst, det tar tid att utveckla och utöva förmågan att förstå vad patienter vill säga. Frågan är, menar jag, inte bara att få tid att utöva de samtalsfärdigheter vi behöver, utan också hur vi skaffar oss motivation att förändra och utveckla oss och vår praktik i mer human–medicinsk riktning.

Det kanske största hindret för att utveckla vår kompetens är vår låsta föreställning om tidsfaktorn. Genom att ständigt upprepa att vi inte har tid, undkommer vi den besvärliga tanken att vi kanske behöver ompröva värdet av vår egen trygga medicinska kunskap. Det är kanske mod vi saknar mer än tid, mod att ompröva våra värderingar om vad som är kärnan i medicinen.

Låt mig för säkerhets skull förtydliga att jag inte ringaktar värdet av biomedicinsk kunskap i sig. Jag menar tvärtom att den är så värdefull att den förtjänar att förbehållas de situationer då den är tillämplig. Om vi vill förhålla oss framgångsrikt till patienter som behöver hjälp att ompröva sina egna föreställningar om sig själva och sina krämpor, använder vi fel instrument om vi litar till vår biomedicinska kunskap. En bössa med kikarsikte är fel instrument om man vill ha överblick över det landskap där fåglarna finns.

**Vård är mer än flödesscheman och åtgärdsprogram.** Vi behöver mer tid att lyssna, men vi får troligen aldrig mer tid om vi inte själva skaffar oss den. Och för att skaffa oss den måste vi själva, arbetsledning, verksamhetschefer och politiker komma till insikt om att dialogfärdighet inte i första hand är till för att sätta diagnos, finna och bota fel. Tidskrävande samtal behövs för att förstå vad patienter kan mena, när de tror sig vara sjuka. Att ha en sjukdom är en sak, att uppleva sig sjuk en annan. Ibland sammanfaller dessa två tillstånd. Då är allt ganska enkelt. I alla andra fall krävs framför allt annan kunskap än faktakunskap. Först när vi förstått att patientens sjukdomsupplevelse är mer sjukdom än upplevelse är det dags att börja tänka i diagnostiska banor.

**Yngre läkare har under utbildning** ofta mer tid avsatt för sina patientbesök. Med sin erfarenhet från utbildning och sjukhuspraktik gör unga läkare noggranna undersökningar och ställer »rätt« frågor, allt för att kunna orientera sig framgångsrikt i sin biomedicinskt uppfattade terräng.

De patienter som verkligen har de sjukdomar som läkare letar efter är ofta nöjda med att bli bemötta som föremål för felsökning – bara läkaren har viss social kompetens. De som inte har sina föreställda sjukdomar men ändå upplever sig sjuka är också nöjda.

Till synes omsorgsfullt felletande läkares uppmärksamhet tillfredsställer dessa patienters föreställningar om att de verkligen har något att leta efter. Då kan de fortsätta fångas av sina tänkbara tankar, som ofta hjälper dem att hålla det otänkbara utanför medvetandet.

**Jag tror att vårt** ständiga tal om tidsbrist hjälper många av oss att hålla fast vid den typ av kunskap som vi nu litar till, den enda vi har. En radikal förändring krävs. Det räcker inte att gå på kurs för att lära sig diagnostisera depressioner eller lära sig mer om åtgärdsstrategier av skiftande slag. Sådana tilltag är nog mer ägnade att befästa tron på den kunskapsbas vi redan har nog av. Kanske bör vi stoppa undan våra biomedicinska kunskapskartor då och då. Själva har jag ofta utsatt mig för patienters krämpupplevelser och känt hur hopplöst hjälplös jag är när jag tyr mig till diagnostiskt tänkande i situationer då patienter, utan att själva förstå det, behöver bli mötta

ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

som uttrycksfulla personer. Ur denna hjälplöshet har mitt behov av ny kunskap vuxit. Jag minns att det tog hårt på samvetet att ofta försöka reducera patienters upplevelser till biomedicinskt hanterbara fakta för att själv känna mig någorlunda välorienterad.

Nu tar jag den tid som krävs för att i tillämpliga fall förhålla mig till patienter så att de själva finner nya unika möjligheter. Då kan de överge känslan av att vara drabbade av sjukdomar skapade av oss för att vi ska få struktur på vårt arbete (fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, utbrändhet och så vidare). Rätt använd tidsåtgång tar jag lätt igen när jag orienterar mig med hjälp av min karta med radikalt nya symboler.

Dessa säger mer om kvaliteten i relation till unika personer än om patienter som typifierbara föremål för min biomedicinskt orienterade kunskapsutövning.

**En inte oväsentlig bieffekt** av en personorienterad hållning i medicinen är att mötena med patienter blir intressantare också för oss läkare. Om vi trivs med våra arbeten och stannar på våra tjänster ökar tidsutrymmet totalt för allt slags kliniskt arbete. Då kan vi gradvist lära oss mer om hur vi ska känna igen de patienter som, i relativ brist på språklig symboliseringsförmåga, låter sina svåra livsfrågor ta sig kroppsliga uttryck.

Vår nya kunskap gör att vi inte längre tvingas omtolka patienters missuppfattat kryptiska meddelanden och göra dem till föremål för biomedicinskt vägled diagnostik. Då behöver vi inte heller beställa svagt motiverade utredningar, sjukskriva eller remittera patienter till andra specialister bara för att inte tappa ansiktet. Täta, ömsesidigt givande möten kan skapas. För att inte tala om vad skisserad utveckling kan betyda hälsomässigt och samhällsekonomiskt.



KRÖNIKÖR: **Olle Hellström**  
Centrum för Klinisk Forskning Dalarna  
distriktsläkare i Vansbro  
olle.hellstrom@ltdalarna.se