

# »Och hur står det till i övrigt då ... ?«

... eller hur man bidrar till en splittrad syn på den sjuka människan

**E**n berättigad invändning mot dagens sjukvård är att den både på organisatorisk nivå och på individnivå skapar och upprätthåller en tudelad bild av den människa som söker hjälp. Officiellt anförs »helhetssynen« på patienten som eftersträvs. Men det finns rikligt med motkrafter mot den inriktningen, inte minst i vårt språkbruk avslöjar sig annat än en odelbar syn på den hjälpsökande. Vårt ordval speglar odesurerat vad sinnet håller före.

Det klassiska framställningssättet att något är »psykiskt« och annat är »fysiskt« är ett betecknande exempel på hur vi särskiljer vad som i andra sammanhang beskrivs som odelbart. Uttrycket »den biten« har blivit vanligare. »Nu har vi klarat av den biten« är ett uttryck man kan höra när en analys är gjord för att förklara en sammansatt och svårtolkad sjukdomsbild. »Det är inget neurologiskt bakom yrseln«, sägs ibland – vad menas? Yrsel är varken »neurologisk« eller något annat – yrsel är i första hand en totalupplevelse av rotation, obalans, ostadighet, risk/rädsla att falla m m – något som i sin tur har olika orsaker, men som är en självupplevelse.

**Dessa språkliga begrepp** har ett starkt och omedvetet inflytande på oss, och i det vardagliga medicinska samtalet finns många liknande uttryck och termer som bidrar till splittringen. Vi tar uttrycken för givna. De har odlats genom åren, blivit till jargong och del i ett slags yrkesspråk som bara undantagsvis ifrågasätts. Och det talade ordet styr vårt tänkande och hur vi förhåller oss till patienten.

Den österrikiske författaren Stefan Zweig skrev redan 1930 följande i förtälet till sin bok »Själlig läkekonst«: »... På klinikerna, dessa jättevaruhus för mänskligt elände uppdelas sjukdomarna noga, liksom i dylika stora affärshus, på specialavdelningar med egna avdelningschefer, och alldeles på samma sätt uppdelas läkarna, ett slags ändlös rullande rem, som hastigt löper från säng till säng och undersöker de enskilda 'fallen', alltid blott det sjuka organet, mestadels utan att därvid kasta en blick i den människa ur vilken lidandet växer fram ... «

Jag har erfarenhet av undervisning i kommunikation och har hört många

samtal mellan studenter/läkare och patienter. Ett vanligt mönster i dessa dialoger är följande: Efter en stunds samtal och fördjupning kring vad som är patientens symtom/besvär kommer man till en kritisk punkt. Detaljerna i symtomet är utredda. Man har fått svar på frågorna: »Hur länge har du haft ... « och »Hur ofta har det kommit på ... «. Ärtligheten (»Finns det något i släkten ... ?«) är klarlagd och de tidigare sjukdomarna har gått genom.

Man har då kommit till den punkt då man vill veta något om det som i journaltexten rubriceras som »det sociala«. Hittills har samtalet rört sig i den medicinska domänen, men nu sker en perspektivförskjutning och mer personliga uppgifter skall inhämtas.

**Denna kritiska punkt** eller övergång har kallats »spårbyte«. Studentens/doktors ton och röstläge ställs då ofta om och får en nyans av försiktighet i ansatsen. En paus, ett varligt skruvande på stolen, ett byte av kroppsställning sker inte sällan och sedan kommer det: »Och hur står det till i övrigt då?« Man tänker sig då att få kännedom om arbete, familj, barn, rök- och alkoholvanor med mera.

Patientens reaktion på den vida och oprecisa frågan brukar vara svår att tolka. De upplysningar som ges i en efterföljande dialog tenderar att bli magra, diffusa, och ett drag av misstänksamhet från patientens sida är inte ovanligt. Vad vill studenten/doktorn egentligen veta? Tror vederbörande att det är något »psykiskt«?

Om den grundläggande utgångspunkten är helhet och symtomet/besvä-

## Att vara doktor

ret skall ses ur ett odelat perspektiv så är det nödvändigt att ta med »besväret« hela tiden. Är personens besvär ryggont, yrsel, klåda eller trötthet blir huvudfrågan när detaljerna om hur länge, hur ofta, på vilket sätt etc är avklarade: »Vad betyder dessa besvär för dig i ditt övriga liv?«

Symtomet är inte något som lever ett eget liv – det berör vanligen hela det liv som levs. »Hur påverkas ditt liv av dina besvär?« skulle frågan kunna bli.

»Har du barn du måste bära och lyfta upp ibland, och vad betyder det för ryggen?« (Frågan ger en möjlighet att naturligt få med barnen/familjen i samtalet.)

»Har du ett arbete där yrselbesvär blir särskilt handikappande?« (I bästa fall blir arbetet, eller avsaknad av arbete, beskrivet.)

»Din trötthet, vad hindrar den dig från att göra på din fritid?« (Måhända ges en inblick i olika fritidsaktiviteter.)

**Med frågor som rör familj, arbete och fritid, och där symtomet kopplas till dessa verksamheter framträder en fylligare bild av patienten. Ett »spårbyte« utan att symtomet ledsagar övergången gör att uppsplittring hotar.**

Symtomet/besväret skall vara en följeslagare som man har med sig i den »rundvandring« man gör bland patientens aktiviteter. Själva huvudinriktningen i samtalet blir från »kroppen« mot »livet« utan att besvaren överges under vägen.

Det behöver då inte bli något onaturligt när familj- eller yrkesvillkoren läggs på bordet. Det uppstår en frihet för studenten/doktorn att röra sig mellan symtomdetaljer och ett generellt perspektiv – öppenheten mot något okänt hålls levande och ingen hierarkisk ordning uppmuntras. Så bör det vara särskilt i upptakten av varje nytt patientmöte. Det är då inte viktigare med en aspekt framför en annan och patientcenteringen får den helhetsinriktning som sägs vara sjukvårdens målsättning.

**Bengt Mattsson**

professor, allmänläkare  
Allmänmedicin, Göteborgs universitet