

Allmänläkaren och kunskapen

Det är av största vikt att använda rätt kunskapskarta när man som läkare vill förstå och hjälpa en människa med både mänskliga och medicinska svårigheter.

En gång sade en allmänläkare: »Folk nu för tiden är ju så upplysta att dom inte vill ta Valium. Sen vill dom kanske inte vara sjukskrivna heller – och då är det ju kört.« Mitt mål här är att belysa den allmänmedicinska kunskapen, hur den svarar mot patienternas önskemål om att få hjälp och hur läkare utvecklas genom praktiken. Slutligen berör jag hur vi kan göra det intressant och attraktivt att vara allmänläkare.

Man kan som människa ibland behöva något som avleder ens tankar från det som inte kan eller får tänkas, till exempel en nära anhörigs förestående död, förgörande självkritik eller sviktande tro på egen framtid. Hos läkare börjar patienter vanligtvis att berätta om kroppsliga skavanker och befarade sjukdomar. De känner att det gör ont, att de är yra, trötta, håglösa, utsatta för påfrestningar av vitt skilda slag. Några har kroppslig grund för sina upplevelser.

Vi läkare är naturvetenskapligt skolade, inte humanvetenskapligt. Det innebär att vi vet mycket om kroppens organ och funktioner, det som kan drabba människan sedd som objekt. Vi vet mindre om människan som subjektiv varelse, som den som bland annat är upptagen av att söka sin mening i livet, ibland genom att uppleva sig sjuk.

Vi finner litet stöd i vår kroppsorienterade typ av kunskap (den enda vi har), när vi vill förstå och hjälpa en människa ut ur hennes mänskliga svårigheter. Det blir inte lättare av att hon själv hoppas att problemet kan lösas bara hon får hjälp med den sjukdom som hon föreställer sig ha drabbats av.



OLLE HELLSTRÖM
allmänläkare, med dr, Vansbro
ollew.hellstrom@spray.se

Patienter kan ha låtit sig fångas av en tänkbar föreställning, som i sin tur hindrar dem eller räddar dem från att tänka på det otänkbara. I synnerhet allmänläkare behöver kompetens att möta också det som tenderar att hota patienten som människa, och färdighet att locka fram också det som patienten själv inte orkar veta av.

Att vara svårt sjuk är tänkbart. Att vara utan mening är otänkbart. Den strängaste domaren har människan inom sig. Självvranssaken kan mildras av tanken att hon har drabbats av till exempel en sjukdom. En sådan föreställning kan fångla henne och håller undan frågan om skuld och eget ansvar för att kanske ha misslyckats att nå önskvärdt mål i livet. Så länge hon inte på allvar provat finns möjligheter och hopp kvar.

Patienten som människa och som kropp. Vädjande ögonkontakt utlöser alltid beredskap att bistå den vädjande. Vi läkare gör vad vi kan. Frågan är: vad kan vi och hur gör vi?

Det kan vara så att också vi läkare i mötet med patienten på olika sätt försöker undkomma eget, erfarenhetsgrundat missnöje med oss själva och våra möjligheter att hjälpa. Vi kan undkomma vår oönskade självbild genom att, omedvetet, överbetona sådana tecken hos patienten som matchar vår ensidiga, rent biomedicinska kunskap. Patientens eventuella och outtalade försök att med tecken på sjukdom maskera sin mänskliga börda kan vi omedvetet bortse ifrån. Vi kan, på i princip samma sätt som patienten, låta oss fångas av självkritiskt mindre komprometterande hot än okunskap och hjälplöshet. När det börjar bli läge att få iväg en sådan patient till förman för nästa plåga, kan vi, likt läkaren i inledningen, lita till att Valium eller sjukskrivning löser oss från vår vanmakt, kallad tidsnöd. Mötet är dubbelt blint.

Tro nu inte att jag nedvärderar läkares kunskap om patienten som kropp. Tvärtom! Jag har så stor respekt för naturvetenskaplig kunskap att jag vill reservera den för de situationer där den är användbar. När vi kommer till mötet med patienten som människa kan samma kunskap vara en belastning.

Välorienterad eller vilsen. Metaforen med läkaren som orienterare är till god hjälp för att handleda AT-läkare. En

orienterare vägleds av karttecknen. De symboliserar den terräng där orienteraren befinner sig. Läkare har under sin utbildning skapat sig en egen kartbild. Tecknen i den symboliserar patienternas alla möjliga åkommor. Kartan saknar emellertid de symboler som kan vägleda läkare i möten med patienter som inte har någon sjukdom, men som behöver sin sjukdoms-

upplevelse för att undkomma det som rör deras specifikt mänskliga liv. Den unge AT-läkaren har i sådana möten inte mer nytta av sin medicinska kunskapskarta än vad en skidturist i Kebnekaisemassivet har av en karta över Stockholms tunnelbana.

När AT-läkaren på vårdcentralen har gjort allt med sin patient som han eller hon med sin biomedicinskt utformade föreställning kan tänka sig uppstår ofta frågan: »Vad gör jag nu?« AT-läkaren förstår lätt – att den går vilse som låter sig vägledas av en missvisande karta. De inser undantagslöst att de behöver komplettera sin kunskapskarta med tecken som symboliserar mer mänskliga aspekter i patienters verklighet. De förstår också varför de ibland känner sig förvirrade i öppna och nära möten med patienter och varför deras äldre kollegor gärna söker socialt acceptabla flyktvägar bort från vardagsarbetet.

Vad gör då många läkare, utan att själva förstå det, för att kväva tanken att deras kunskap inte bara är undermålig utan också i stora stycken till direkt hinder? Sätten är många. Patienter som presenterar sina existentiella svårigheter som om de är drabbade av sjukdom har lärt mig att se också hur läkare gör för att undkomma sina besvärigheter.

Patienter låter sig ofta fångas av något tänkbart för att inte riskera att få syn på det som i annat fall skulle få dem att gå under. Kvinnan med »fibromyalgi« eller mannen med »el-allergi« är goda exempel. Båda har fått sina avlatsbrev av läkare, som själva undkommer känslan av hjälplöshet genom att sätta till synes förnuftiga diagnostiska namn på det som de inte förstår. Både läkare och patienter kan förskansa sig i, eller fångas av, sina respektive föreställningar. Det är inte längre lätt att hjälpa dem att få syn på det som en gång drev dem in i fångenskapen.

Josef K i Kafkas »Processen« trasslar



Wilken karta använder du? Stämmer karttecknen med verkligheten? För allmänläkaren är det viktigt att komplettera kunskapskartan med de tecken som symboliserar mer mänskliga aspekter av patienters verklighet.

in sig allt mer och går slutligen under i sin kamp för sin fångslände, personligt stagnerade tillvaro. Under går också el-allergikern. Han svälter och fryser ihjäl, ensam i sin elsanerade husvagn djupt inne i skogen.

Josef K är maktlös. Vi allmänläkare har fortfarande visst utrymme att kunna påverka vår yrkesroll så att »terrängen överensstämmer med kartan«. Vi kan ofta skapa en egen liten nisch. Den som känner olust inför möten med patienter och deras till synes obegripliga sjukdomsupplevelser, kan lägga tid på att försöka »jämna terrängen«. Svåretiketterade patienter kan lotsas över till vårdcentralens baspsykiatri. En sådan lösning gör ofta att också andra läkare på vårdcentralen känner sig lättade. De behöver inte längre utsätta sig för situationer som kan störa deras föreställning om värdet av den enda tillgängliga kunskapskartan. Känslan av förvirring och vilsenhet mildras. Snart nog tappar de förmodligen och talang att alls möta folk som vill något utöver det som har med kroppen att göra.

Andra allmänläkare kan ta ledningen i kontrollen över någon av kroppens många olika delfunktioner: blodfetter, kroppsvikt, allergi, blodtryck, med mera. IT är en säker flyktväg också för läkare.

Forskning är en annan väg bort från doften av patienter och deras förvirrande tal. Med flykt in i idéernas sfär följer

möjligheten att åka omkring och berätta för andra hur de ska utföra det som föreläsaren själv kanske aldrig förstod eller orkade göra.

Hur kan en allmänläkare avgöra när en patient verkligen har något som ska mötas med hjälp av vår nuvarande karta och när ska han eller hon låta sig vägledas av humanvetenskapliga karttecken? Genom att våga gå in förutsättningslöst i möte efter möte kan vi lära oss att avgöra när det ena eller andra är fallet.

Vår specialitet vilar först och främst på förmågan att avgöra när vi ska lägga störst vikt vid att se sjukdomen eller *upplevelsen* av samma sjukdom i patientens presenterade problem. Med sådan färdighet kan vi med högre precision än nu, för patientens räkning, utnyttja andra specialisters djupare detaljkunskap på ett effektivt sätt. Organspecialister borde inte som nu tas i anspråk för att utreda krämpor hos människor där det inte finns något att utreda.

Människor i början av en hotande patientkarriär, som möts enbart som om deras sjukdomsupplevelse står för tecken på sjukdom, löper hög risk att just i vården få sin föreställning bekräftad och sin flykt från frihet och ansvar sanktionerad.

De riskerar att fastna i sjukrollen och kan i värsta fall befästa den som sitt enda hopp. Allmänläkares och patienters framtid blir ljusare när medicinskt utbildningsansvariga inser att framför allt allmänläkare behöver mer kunskap

om patienten som människa. Minskande intresse för allmänläkarbanan och flykten från den botten, tror jag, i människans strävan att undvika en terräng som inte är kartlagd. Många lojala och ambitiösa kollegor famlar sig nu fram i möten med patienter utan att inse att den enda karta de har saknar de mest betydelsefulla tecknen.

Det kan inte vara särskilt svårt för utbildningsansvariga att inse att en patient alltid ska mötas som person. Även om denna person har en kropp, finns alla skäl att i första hand värdera det specifikt mänskliga i de uttryck vi möter. Patienten strävar vanligtvis efter att framställa sitt ärende så att möjligheten att nå önskat mål maximeras. Patientens mål kan vara att få hjälp med sådant som läkare vanligtvis förväntas kunna göra, det vill säga utesluta närvaron av eller identifiera och behandla ett kroppsligt missförhållande.

Målet kan också vara att i mötet söka bekräftelse på att det finns skäl att driva vidare den föreställning som hjälper personen att fly undan det personliga ansvaret för att bli den som han eller hon vill vara. Patienten kan då ofta inte släppa tanken på det som upplevs ha drabbat honom eller henne: »Det måste ju vara någonting!«

I det senare fallet söker patienten inte samförstånd och sådana möten är förvirrande för den läkare som försöker orientera sig med hjälp av enbart biomedicinska karttecken. Vi måste lära oss att samtala framgångsrikt också med dem som omedvetet strävar efter att behålla sina upplevda krämpor. I sådana dialoger måste vi våga ompröva värdet av vår ensidiga, biomedicinska kunskap och lyssna så förutsättningslöst som möjligt, vilket förutsätter att vi lägger vår biomedicinska karta åt sidan tills den är användbar. Vi får med andra ord inte initialt se patientens verklighet genom vårt traditionella begreppsfilter, det som kan få oss att känna att det som vi tycker oss ha redskap för också finns hos patienten.

Patienter använder ofta hela sitt mänskliga och utmanande variationsrika uttrycksregister. Inser vi detta i de möten jag talar om, kan vi oftare etablera sådana relationer att vi, utan att kränka någon, kan säga ungefär så här: »Jag tror att du i fortsättningen borde satsa på en annan väg. Att göra patientkarriär är jobbigt – och ont gör det.«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*