

"Curling-samhället har flyttat"

Till sjukvården söker sig allt fler människor med besvär som i många fall har psykosociala orsaker, men som behandlas medicinskt. Curling-samhället har flyttat in i sjukvården och många läkare står handfallna.

▼ Det menar Åsa Kadowaki, psykiater och legitimerad KBT-terapeut som grundat nätverket "Läkare med gränser".

Vi har fått ett allt omognare samhälle där problem som hör livet till betraktas som onormalt och sjukt, menar Åsa Kadowaki.

– Det är inte längre normalt att må dåligt när livet gör ont. Människor söker sig till sjukvården med berättelser om lidande och påfrestningar. Och som läkare är vi tränade i att lyssna och bekräfta det patienten säger. Och det är viktigt. Men det är inte alltid så att det är patienten som vet bäst vad som är medicinskt bra för honom eller henne.

Åsa Kadowaki är specialist i psykiatri och legitimerad KBT-terapeut. I dag arbetar hon som konsulterande psykiater och är knuten till ett flertal vårdcenter i Linköping. En stor del av hennes uppdrag handlar om att stödja och handleda läkare i sin professionella roll och att hjälpa till med kartläggningar och göra second opinions.

För en tid sedan fick hon en remiss från en läkare där frågan handlade om varför en patient med kraftig övervikt var så omotiverad att följa läkarens råd om att äta sundare och motionera mer för att kunna gå ned i vikt. Det visade sig efter en noggrannare kartläggning att läkaren och patienten hade helt skilda mål.



Åsa Kadowaki, initiativtagare till nätverket "Läkare med gränser", menar att det är inte sunt vare sig för patienten eller läkaren eller samhället att invägga patienter i tron att vårdens resurser är obegränsade eller att patienten har makten att bestämma över medicinska behandlingar och prioriteringar.

Foto: Staffan Gustavsson

– Medan läkaren ville att patienten skulle gå ned i vikt, ville patienten gå upp i vikt för att kunna få en magsäcksoperation. Så i det här fallet ville patienten äta upp sig för att komma över ett visst BMI och därmed komma i fråga för kirurgi, säger Åsa Kadowaki.

Människor hjälps sällan vidare av medicin

De senaste åren har Åsa Kadowaki föreläst om "curlingsjukvård", professionellt förhållningssätt och "empower-

ment"; ett begrepp som bygger på tanken att människor har kapacitet att definiera sina egna problem och utveckla lösningsfokuserade strategier.

– Mitt stora intresse är den psykiska hälsan och hur den kan nås och vidmakthållas. Den biologiska, medicinska kunskapen är min bas, men som nybliven läkare insåg jag ganska snart att det sällan räcker med att ordinera medicin för att hjälpa människor vidare i sina liv, säger Åsa Kadowaki.

Hon är initiativtagare till nätverket

stat in i sjukvården"

"Läkare med gränser" som hon startade för cirka fem år sedan. Med hjälp av en kollega utvecklade hon en hemsida för att kanalisera sin frustration till något konstruktivt. Huvudsyftet är att kollegor ska kunna vända sig till hemsidan för att hämta kunskap samt stöd i frågor som rör gränsättning och prioriteringar.

Två gånger per termin träffas även kollegor i nätverket för att diskutera och arbeta med terapiformen ACT (acceptance and commitment therapy). Det är en terapiform som ingår i den tredje vågens beteendeterapi. Budskapet handlar kortfattat om att stödja människor i att träna sig på att acceptera att livet består av smärta och lidande, och att sluta kämpa mot det som inte går att kontrollera. Fokus ligger i stället på att aktivera beteenden som kan ge ett värdefullare liv.

"Mycket av ohälsan har inte medicinska orsaker"

Mycket av den ohälsa vi ser idag och som hamnar i sjukvården, handlar om problem som i grunden inte är medicinska; vi äter fel slags mat och för mycket, vi rör oss för lite och dricker för mycket alkohol. Det kan också handla om stress, relationssvårigheter eller livskriser kopplade till ekonomiska orsaker eller familjeproblem. Men är det sjukvårdens ansvar att ta hand om människor vars problem i grunden inte är medicinska?

– I många fall är det inte det. Den professionella utmaningen är att avstå en åtgärd då det inte är medicinskt motiverat, utan att för den sakens skull överge patienten med sitt lidande. Jag menar inte att vi ska avstå från psykologisk hjälp eller smärtlindring i till exempel livets slutskede eller inom akutmedicin. Det jag pratar om handlar om situationer som handlar om känslomässigt obehag och lidande som inte beror på medicinska orsaker.

Det kan exempelvis handla om en person som är hårt belastad av sitt arbete, har småbarn, drar ett tungt lass hemma och kommer till läkaren med en berättelse som handlar om sömnproblem och stressrelate-

rade symtom. Att då förskriva exempelvis lugnande och antidepressiva läkemedel, och kanske ordinera sjukskrivning, ger en lättnad för stunden, men i ett längre perspektiv har behandlingen ingen effekt på de bakomliggande problemen, menar Åsa Kadowaki.

– De finns ju kvar. Dessutom kan man få svårare att lösa sina problem när man är medicinpåverkad och bortplockad ur sitt sammanhang. Jag kan förstå att personen vill bli sjukskriven och få tabletter för att döva symtomen. Och som behandlande läkare kan det kännas bra att i stunden kunna hjälpa en person som lider. Men det läkaren gör är att medikalisera och patologisera normala påfrestningar i livet, vilket ökar den psykiska ohälsan.

"Livet ska kännas, det är normalt"

Det är lätt att individen hamnar i en moment 22-situation där han eller hon inte blir frisk, eftersom grundorsaken är psykosociala orsaker som kan kopplas till beteenden som i sin tur lett fram till sjukdom.

Det är normalt att livet ska kännas. Det går inte att behandla bort grundkänslor som rädsla, ilska, avsky och nedstämdhet.

"Vårdgivare i vårdvalet vill inte ha missnöjda kunder"

– Det stora bekymret är att vårdvalet grundar sig på att vi ska ha nöjda kunder. Fokus är inte folkhälsa och prevention. Själva systemet innebär att ett gränssättande förhållningssättning kan innebära att vårdcentralen förlorar listade patienter och därmed det ekonomiska underlaget.

Åsa Kadowaki menar att läkarutbildningen präglas av kurser i samtals teknik som går ut på att människor ska få berätta mycket om sig själva och sedan bli bekräftade i deras upplevelse och tolkning av situationen. Många gånger handlar det om hjälplöshet och oförmåga.

– Men jag fick inte lära mig att motivera människor till förändring, att prata om

"Begreppet patientmakt leder helt fel En vårdrelation är inte en maktrelation"

Vi har ett system som strävar efter att patienters behov till varje pris ska bli tillgodosedda, menar Åsa Kadowaki

I juni lämnade Patientmaktutredningen sitt slutbetänkande. Här finns flera förslag som vill stärka patientens ställning i vården. Betänkandet innehåller även förslag till en ny patientlag och förnyad lagstiftning som ska ersätta nuvarande hälso- och sjukvårdslag.

– Jag tror man är ute på helt fel spår när man använder ett begrepp som makt. Det innebär att man etiketterar vårdrelationen som en maktrelation. Det är inte sunt vare sig för patienten eller läkaren eller samhället att invägga patienter i tron att vårdens resurser är obegränsade eller att patienten har makten att bestämma över medicinska behandlingar och prioriteringar. Nyligen kom en studie som visar att en minoritet av stockholmarna konsumerar större delen av vårdresurserna. Om målet är att vi ska få nöjda patienter så kommer systemet att kollapsa.

Fortsättning nästa uppslag >>

– SJUKVÅRDEN HAR INGEN BRA LÖSNING PÅ LIVSPUSSLET

>> Fortsättning från föregående uppslag

acceptans eller att tro på och förstärka människors förmåga att hantera sina liv. Jag har under åren lärt mig, och lär mig fortfarande, strategier som hjälper människor att leva med sina begränsningar. I

Kommentarer av
läkare som
fått handledning

Läs mer:

"Svensk sjukvård till vanvett – om patienten bestämmer" av Åsa Kadowaki (bokförlaget Psykologinsats) www.lakaremedgranser.org

många fall är inte lösningen att hitta rätt kombination av läkemedel. Vad det handlar om är att hjälpa människor att förstå sambanden mellan hur de tänker om livet och sig själva och hur de beter sig. Vi måste bli bättre på att stödja människor att aktivera nya beteenden så att de bättre kan hantera sin livssituation, säger Åsa Kadowaki.

Men hur gör man det? Vi har en pressad sjukvård där utrymmet för kartläggningar och långa samtal med patienter är starkt begränsade. Vissa har kanske utvecklat sjukdom på grund av långvarig stress eller ångestproblematik. Är det inte sjukvårdens ansvar att då hjälpa patienten och vid exempelvis svåra utmattningssyndrom ordinera sjukskrivning och antidepressiv behandling?

– Jag har ibland blivit kritiserad för att jag skulle vara emot sjukskrivning, det är jag inte. Problemet är när sjukskrivning används fel, när det inte finns medicinska skäl. Bekymret som jag ser det är att allt fler blir beroende av sjukvård i frågor som hör livet till, säger Åsa Kadowaki.

Sjukvården har ingen bra lösning på livspusslet, menar hon. Det handlar snarare om att människor behöver träna på att avstå saker, eftersom tiden och resurserna är begränsade. Och sedan stå för de valen och prioriteringarna.

Men vart ska man hänvisa människor som mår dåligt och som inte längre klarar av sin livssituation? Risken är ju att de på sikt insjuknar i svåra depressioner och kanske till och med begår självmord.

– Din fråga väcker just den rädsla som en behandlare kan få när man har lyssnat till en annan människas lidande. Men att lära sig hantera sitt eget liv och ta egna beslut leder inte till depression och självmord utan till personlig utveckling. Men det "kostar" en del obehag, osäkerhet och ansträngning.

Åsa Kadowaki påstår inte att männi-

skor inte ska få tillgång till psykologisk hjälp. Hon hjälper ofta patienter att komma vidare, menar hon.

– Men vi har fått en utveckling där läkare förväntas ska lindra och behandla alla möjliga åkommor som inte är medicinska. De läkare som har ett gränssättande förhållningssätt riskerar att bli kallade oempatiska, kyliga och nonchalanta.

Åsa Kadowaki träffar många AT- och ST-läkare i handledning. Hon upplever att det hos många finns en otydlighet i den professionella rollen och en handfallenhet när det gäller gränssättning. Att sätta gränser utan att bli otrevlig och agiterad och lägga tillbaka problem som inte är medicinska hos patienten, det kräver träning och färdigheter. Läkarkåren behöver träna sig i att använda metoder som till exempel motiverande samtal eller ACT.

– Det handlar om aktivera individens autonomi och egenkraft genom att skapa en medvetenhet hos patienten att hon eller han kan påverka sitt liv. Jag arbetar själv mycket med gränssättning och en del menar att jag gör det enkelt för mig, eftersom jag då låter någon annan ta hand om problemen. Men så behöver det inte alls vara. Bara för att jag inte går med på att förskriva exempelvis bensodiazepiner, så måste inte någon annan göra det.

Åsa Kadowaki menar att det är viktigt att ha en respektfull dialog med patienterna om vilka tankar och känslor de har kring en viss problematik. Det handlar om att vara närvarande och aktivt lyssnande.

Därefter är det viktigt att göra en noggrannare kartläggning för att veta vilka beslut som behöver tas.

– Jag brukar visa patienten hur jag jobbar och går tillväga när jag gör kartläggningen och om det är okej med patienten. Det är en första gränssättning att man inte med självklarhet går med på patientens beskrivning, utan att man



– Att sätta gränser utan att bli otrevlig och agiterad och lägga tillbaka problem som inte är medicinska hos patienten kräver träning och färdigheter. Läkarkåren behöver träna sig i att använda metoder som till exempel motiverande samtal eller ACT, menar Åsa Kadovaki som har ett uppdrag i Linköping att stödja och handleda läkare i sin professionella roll.

behöver göra en medicinsk bedömning. Sedan handlar det om att förklara varför man har fattat ett visst beslut utifrån den kartläggning man gjort och att man stämmer av med patienten innan man lämnar över bedömningen. Under alla mina år är det ytterst få patienter som lämnat mottagningsrummet i ilska eller besvikelse, många blir istället tacksamma, även om det kan vara en tuff insikt att det liv man lever är ohållbart och kräver förändring.

Det är dock viktigt, understryker Åsa Kadovaki, att som läkare vara konsekvent

och tålmodig och kunna förmedla hur allt hänger ihop utan att vara fördömande eller skuldbeläggande.

– Den här färdigheten hänger i allra högsta grad ihop med läkekonsten. Min upplevelse hos de som skaffar sig kunskap och går en fortutbildning i till exempel KBT, motiverande samtal eller ACT, är att de blir tydligare i sin professionella roll och bättre på att hjälpa sina patienter.

Eva Nordin