

Uppsala universitet  
Företagsläkarutbildningen  
VT 2009

# På spaning efter skattningsskalor

*”Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2008/09”*

**Ulla Silkens**  
Handledare: Gudrun Olsson

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>4</b>
<b>2. Syfte och frågeställning</b>	<b>5</b>
<b>3. Undersökt grupp</b>	<b>5</b>
<b>4. Metod</b>	<b>5</b>
<b>5. Teoretisk bakgrund</b>	<b>5</b>
5.1 Historia	5
5.2 Psykoanalys	6
<b>6. Resultat</b>	<b>7</b>
6.1 Skattningsskalan som ögonöppnare	7
6.2 ...som kvitto eller stämpel	8
6.3 ...som projektionsskärm	8
6.4 ...som kvalitetssäkrande instrument	9
6.5 ...som biljett till farmakologisk behandling	9
<b>7. Diskussion</b>	<b>9</b>
7.1 Ur de intervjuades synvinkel	10
7.2 Reflexioner utifrån teman	11
7.3 Den narrativa praktiken	11
7.4 Symptom i skattningsskalor och symboler	12
7.5 Företagsläkaren och skattningsskalan	12
<b>8. Slutsats</b>	<b>13</b>
<b>9. Litteraturreferenser</b>	<b>13</b>

## Sammanfattning

Undersökningens syfte var att studera hur införandet av skattningsskalor i konsultationen påverkade relationen mellan vårdgivare och patient. Frågan formulerades: Hur kan skattningsskalor för depression berika respektive förtyliga mötet med nedstämda patienter? Den teoretiska förankringen ligger i narrativ, hermeneutisk och psykoanalytisk tradition. Metoden var kvalitativ, narrativ.

Fyra vårdgivare intervjuades och ombads att i en berättande form ge exempel på en situation där mötet med en patient hade berikats av införandet av skattningsskala för depression och en situation där relationen påverkades negativt av införandet av skattningsskala. Analysen av dessa berättelser skedde på så vis att jag först studerade varje intervju för sig och sedan hela materialet tillsammans. På detta sätt kunde teman utkristalliseras. Besläktade teman ur olika intervjuer fördes samman och granskades. Samma tema kunde ha både positiv, fördjupande innebörd för relationen och negativ, förtyligande. Varje tema kunde ha olika konsekvenser beroende på om det sågs ur vårdgivarens eller patientens perspektiv. Exempel på teman var skattningsskala som ögonöppnare, skattningsskala som kvitto eller stämpel, skattningsskala som projektionsskärm och skattningsskala som inträdesbiljett till farmakologisk behandling.

I en tid när vi strävar efter att betrakta människor som objektiva, mätbara enheter är det spännande att se att även en liten undersökning som denna förmår framhäva det unika hos varje individ, både hos vårdgivaren och hos patienten. Skattningsskalornas användbarhet verkade vara beroende av vem patienten var och patientens typ av problem. Det var också av betydelse under vilka förhållanden skattningsskalorna användes, tiden för konsultationen, när och hur skattningsskalan introducerades och vårdgivarens möjligheter att sätta in tolkningen av skattningsskalan i ett större sammanhang. En fråga som min underökning ledde till var: Är skattningsskalor för depression ett instrument för nybörjare eller ett instrument för den som kan mycket? Mitt utforskande ledde snarast till tecken på att det kan vara ett kompletterande instrument för den som redan har god klinisk blick och mycket teoretisk kunskap.

# 1. Inledning

Uppsatsen skrivs för en grupp företagsläkare som ofta möter nedstämda patienter. Mötet med patienten syftar till att ställa diagnos så att vi kan bota eller i alla fall lindra patientens plåga. Läkaren är under mötet upptagen med frågor som, hur ska personen bli gott arbetsför igen? Behövs sjukskrivning? Skulle medicinering göra nytta? Behövs annan terapi än de samtal som doktorn kan erbjuda? Min egen bakgrund som läkare och psykoterapeut har kommit till god användning inom företagshälsovården. Vår mottagning i Vara startade 2003 kring ett stort företag och vi är nu företagshälsa till 120 företag med ca 5.000 anställda. Min diagnostik bygger framför allt på patienternas berättelser, ibland kompletterade med medicinska undersökningar samt symboldrama, som är min psykoterapeutiska specialistutbildning. I teamet ingår psykolog även han symboldramaterapiutbildad, fyra sjuksköterskor, ergonom, sekreterare, skyddsingenjör och numera ortoped. Till min bakgrund hör att jag i mer än 20 år arbetat som Balintgruppleddare med mötet mellan patient och läkare i fokus.

Den ungerskfödde psykoanalytikern Michael Balint [1] myntade uttrycket ”Doktorn själv är den viktigaste medicinen”. Bakgrunden till uttrycket är att till läkarmottagningen kommer många patienter vars symtom orsakas av livskriser och konflikter. Vi har goda möjligheter att hjälpa de flesta som kommer till oss genom att lyssna, bekräfta och peka på mönster och sammanhang som vi kan se i personens liv. Doktorn verkar lugnande genom sin kunskap och empati. Företagsläkaren behöver kanske också tillsammans med patienten ha kontakter med arbetsgivare och eventuellt försäkringskassa samt kanske försvara en sjukskrivning. För att få en bild av graden av nedstämdhet och ångest använder en del doktorer skattningsskalor.

Ett gott samtal växer fram i ett kraftfält vars poler är struktur och frihet. Den terapeutiska potentialen av möten beskrivs med Malans trianglar [2], där situationen här och nu gestaltar generella mönster uppbyggda i förhållande till viktiga objekt i personens tidigare liv. Vår ram kan ge oss möjlighet att förstå och arbeta med aktuell problematik t.ex. på arbetsplatsen utifrån vad som blir tydligt i förhållande till oss själva i mottagningsrummet. Det kräver mod, kunskap, empati och tydliga förutsättningar men är kraftfullt verksamt för en bestående förändring av tidigare destruktiva mönster. Orden, berättelsen och symbolerna är redskap i denna process. Innanför en strikt ram kan fantasin flöda och samtalet bli en lek [3]. Psykodynamiska tankar som lyfter fram vikten av relationen mellan patient och läkare och processen i relationen beskrivs av Michael Balint [1], D W Winnicott [3] och David H Malan [2]. Även modern psykoterapiforskning har visat att relationen mellan terapeut (här doktor) och patient är viktigare än metod och teoritillhörighet [4]. Det genuina mötet är det som avgör samtalets effekt.

Den tydliga ramen; tiden, rummet, överenskommelsen om vem som betalar och sekretessen är förutsättningen för det område där ett fritt och läkande möte kan ske. Hur påverkas ett sådant möte av en yttre parameter som en skattningsskala? Det var början till min fråga. Går det att jämföra införandet av skattningsskalor med införandet av livslinjer, relationskartor och symboldrama? När jag läste Gudrun Olssons bok: ”Berättelsen som utgångspunkt, psykoterapi i praktik och forskning”, fann jag ett verktyg som skulle kunna göra det möjligt att fördjupa mig i de frågor som intresserade mig. ”När vi har varit med om något svårt, något obegripligt eller en starkt positiv upplevelse tränger sig en berättelse på. Människan berättar i syfte att förstå vad hon varit med om. När vardagen bryts av det oförväntade vill vi berätta. Berättelsen återskapar balansen i våra liv och är på så sätt i sig själv läkande. Vi berättar också för att stärka oss i känslan kring vem vi är och vem vi önskar vara.” [5]

## 2. Syfte och frågeställning

Undersökningens syfte var att studera hur införandet av en skattningsskala i konsultationen påverkade relationen mellan vårdgivare och patient.

Frågan formulerades: ”Hur kan skattningsskalor för depression berika respektive förtyliga mötet med nedstämda patienter?”

Undersökningens syfte har inte varit att ta hänsyn till de olika skalorna.

## 3. Undersökt grupp

Jag har intervjuat en företagssköterska (A), en läkare tidigare verksam som företagsläkare, nu försäkringsläkare (B), en blivande företagsläkare med psykiatrikompetens (C) samt en allmänläkare med psykiatrikompetens (D).

## 4. Metod

Narrativ forskningsmetod är en kvalitativ metod där jag lyssnade på berättelser och strävade efter att finna teman. Besläktade teman ur olika intervjuer fördes samman och granskades.

Jag valde själv ut de fyra intervjuade utifrån tanken att de skulle kunna belysa olika aspekter av hur ett patientmöte påverkas av införandet av en skattningsskala. De tillfrågade tackade ja till att bli intervjuade. Jag frågade också två personer som visade sig aldrig använda skattningsskalor.

De intervjuade fick berätta om ett patientmöte där de upplevde att skattningsskalan fördjupade eller berikade mötet och ett tillfälle där införandet av skalan förtyligade eller försvårade mötet. Jag spelade in samtalen på band, lyssnade, skrev ut och letade efter teman.

Teman från intervjuerna har ställts i relation till vetenskapliga texter av historiskt och psykoanalytiskt slag och jag har strävat efter att se innebörden av ett tema från både vårdgivarens och patientens synvinkel.

## 5. Teoretisk bakgrund

### 5.1 Historia

Karin Johannisson beskriver i ”Tecknen” 1700-talsläkarens sätt att ställa diagnos.

”Den första tekniken för läkares konsultation var att lyssna.” [6] Konsultation inleddes med en sjukdomsberättelse som placerade patientens kännande kropp i fokus. Patienten erinrar sig och berättar så att hon gestaltar sjukdomserfarenheten genom att förstora och förminska, tillspetsa, förtäta, sortera bort och lägga till.

Bedömningen var mindre en fråga om verifierbar sanning än om en ett försök till förståelse av ett upplevt lidande. Patienten skapade ett meningsfullt sammanhang åt sjukdomen genom att formulera den i ord och läkaren fick veta. Berättelsen fick ta tid. Detaljerna visar på att man hade andra skam- och tabugränser än senare.[6]

”Läkarens förmåga att lyssna aktivt var central, liksom hans förmåga att återberätta patientens historia i en ny version (tolkning och prognos). Det hela kan beskrivas som mötet mellan två berättelser”. Det var ett bekymmer om läkare och patient inte kunde träffas. Diagnostik skedde då ibland per brev. I ”schema för sjukdomsberättelse” från 1800-talets början delas frågor upp i 34 punkter med en mängd underpunkter.[6]

”Den andra tekniken att förstå sjukdomar var teckentydning.” Semiotik uppfattas idag som en språk- och kulturvetenskaplig term men var fram till 1920-talet ett medicinskt begrepp: Läran om sjukdomarnas kännetecken, till exempel undersökning av kroppens vätskor.[6]

#### **4.1 Psykoanalys**

##### *A. Om symptom, tecken och symboler*

I Irene Matthis ”Den tänkande kroppen” [7] 1997 beskrivs en semiotisk modell för pedagogiskt ändamål där symptom, tecken och symbolers förhållande till varandra analyseras. ”Varje företeelse i världen känner vi genom något slags tecken eller symbol för den.” Orden är också tecken eller symboler. Språket ger en ordning till världen. Men språket för också in en mångtydig dimension. Språket, exempelvis hur vi beskriver ett symptom, kan skapa något annat än det som ursprungligen var tänkt. Läkaren blir en teckentolkare. Nedan exemplifieras symptom med Irene Matthis exempel och egna.

Symptom kan vara ett tecken på sjukdom och avvikelser. De kan vara universella (lågt Hb vid anemi) eller individuella (den förlamade armen hos abortören) men också epidemiska, här i meningen en flora av blandade symptom hos många under en viss period (hysteri vid förra sekelskiftet och utmattningsdepression vid detta sekelskifte). Psykosomatiska och psykiska symptom skiljer sig mellan olika tidsepoker. Det betyder inte att de är inbillade eller att de ger ett mindre uttalat lidande. Synsättet är att symptomen inte styrs av den medvetna viljan. Hur symptomen styrs utifrån den tid och det samhälle vi har vet vi ännu relativt lite om [7]. Symptom, tecken och symboler beskrivs vidare i Appendix B i Irene Matthis bok.

##### *B. Att använda motsatsen som skydd*

Vi känner ofta igen oss i och hyser omsorg om det vi själva är nära. Till företagsläkare kommer patienter som åtminstone i utgångsläget är arbetsföra. En patientgrupp jag ofta möter är deprimerade patienter med maniskt försvar. Det ingår i vårt maniska försvar att inte kunna göra den inre verkligheten full rättvisa. Vår förmåga att respektera den inre verkligheten uppvisar fluktuationer som hänger samman med den depressiva ångesten inom oss.

Vanligt är det då att som doktor efter samtalet inte förstå alls, men ngn dag efter vid genomläsning av materialet, faller bitar på plats. Att ta fel avseende en sådan patients arbetsförmåga är lätt. Här ser vi en flykt till den yttre världen från den inre verkligheten som patienten har oförmåga att ”fantisera om” och handskas med. I det maniska försvaret kan sorg inte upplevas.

Den deprimerade patienten som känner sig grå, svart eller tung och trött känner vi igen. När det maniska försvaret används är det som minst sannolikt att personen upplever att han försvarar sig mot depression. Motsatsen tillgrips som skydd. Vid sådana tillfällen känner människan sig mer upprymd, verksam, ivriga och full av liv. Det som är allvarligt, sorgligt; hat och destruktivitet intresserar inte [3]. Omgivningens reaktioner är kanske det som för patienten till doktorn. Prognosen på sikt avseende både kroppsliga och psykiatriska lidanden gör det viktigt att vi kan använda förståelsen så att den får en terapeutisk effekt.

## 6. Resultat

### 6.1 Skattningsskalan som ögonöppnare

Samtliga intervjuade kunde erinra sig fall där skattningsskalan inneburit att de förstått någonting som de tidigare inte hade förstått. Den nya insikten kan ha påverkat relationen positivt, så att den fördjupats eller negativt så att det blivit ett problem.

C beskrev arbetet med en patient här kallad Artur, en tidigare välfungerande men i medelåldern som han tog över från en kollega. Artur själv trodde att han hade en social fobi. Han fick gå till psykologisk behandling men antidepressiv medicinering var aldrig på tal. Utvecklingen gick snabbt och oförväntat med utåtagerande beteende som ledde till skador, flera besök på akutmottagningen även som intoxikerad. C tillskrevs då man bedömde det som att Artur hade en personlighetsstörning. "Han bara vispade runt och han drack. Det var illavarslande". C tänkte, "jag kanske ska plocka fram en sådan där skattningsskala". Artur hade på skattningsskalan skyhöga poäng för depression. "Det var ingen som hade trott att denna man, med det han visade upp, hade en depression. Men då när vi såg det, berättade han att han hade haft en depression tidigare. Han hade sådan ångest." Relationen blev bättre på sikt för att han kände att han kunde få hjälp.

C berättade om Artur på ett inkännande och engagerat sätt. Han var som doktor bekymrad. Relationen blev bättre när Artur kunde få hjälp. Båda förstod mer och kunde komma närmare varandra. Artur kom också att berätta om sådant som han inte hade berättat om före (om en tidigare depression). Ordvalen C använder om sig själv är inte nådiga: "han hade sådan ångest och jag mitt dumma fån förstod ingenting". Det är en hård dom över sig själv av en empatisk och professionell doktor och en reflexion från mig är att den kanske står i dignitet med den brist på självaktning som C:s patient Artur hade i sin depression [8]. Det är ett exempel på hur känslor från en patient går vidare in i doktorn och gestaltas och är i sig ett användbart diagnostiskt instrument. C kände sig otillräcklig och värdelös. Hur kände sig Artur?

C har kunskap och möjlighet att både tala med, förstå och farmakologiskt behandla Artur. Han kunde fortsätta se honom över tid och han kunde remittera till psykoterapi.

A var företagssköterska för en stor mekanisk industri där den administrativa enheten uppgick till tvåhundra personer. Företaget hade bytt ägare och utsattes för flera omorganisationer under kort tid. Särskilt tjänstemännen mårde dåligt och kom ofta till företagssköterskans öppna mottagning. Från företaget bestämdes då att alla tjänstemän (ca 200 personer) skulle erbjudas ett 20 minuters samtal till sköterskan och det hela skulle skötas mellan april och juni ett år med en upprepning ett år senare. A som befarade att det skulle bli svårt blev av beteendevetare visad en skattningsskala som bara skulle ta två minuter att fylla i. A hade möjlighet att remittera till läkare eller beteendevetare vid behov. 120 personer kom till första samtalet, ca 100 året efter.

A berättade direkt vid min fråga om Bo, produktionsansvarig. När de strukturerade om fick han hela tiden mer att göra. "Han hade varit inne hos mig förut, men när vi nu fick möjligheten med samtalet och skattningsskalan kom han tillbaka och han gick i botten på depression. När han såg det här blev han ju faktiskt rädd men samtidigt så fick jag honom inte till att söka doktorn." A beskriver hur hon verkligen försökte övertyga Bo att gå till doktor men han ville inte och hur hjälplös hon kände sig själv. A minns sin oro för denna patient 6 år efter att hon var satt att utföra dessa kontroller på företaget. Relationen till Bo upplevde A inte som dålig men den fördjupades inte. Depressionens djup enligt skalan gav A anledning att

hänvisa vidare, vilket känslomässigt kan upplevas av båda som ett avvisande. Tidigare hade Bo "tittat in" då och då. Bo finns i hennes tankar, hon har sett honom som hastigast efter men vet inte hur han mår. As arbetsförhållanden som innebar att hon behövde ta sig an människor på löpande band kom att avspegla människornas förhållanden på den aktuella arbetsplatsen.

## **6.2 Skattningsskalan som kvitto eller stämpel**

A har ett exempel på en man Christer, IT-tekniker på samma företag, som hade en helt annan beslutsamhet. Han hade flera gånger tänkt att han måste ändra något i sin situation. När han fick de höga siffrorna på skattningsskalan för depression kunde han gå direkt till sin chef och kräva att för varje ny uppgift de lade på honom fick de ta bort en gammal. Christer upplevde skalan som ett kvitto. Den kändes tydlig och inte för privat. Hans beslutsamhet gjorde honom själv övertygad att han kunde påverka sin situation, vilket han också kunde.

Att skattningsskalan skulle uppfattas som viktigare än berättelsen finns som en oro hos de intervjuade, då det inte alltid för med sig något gott för patientens självbild. Andra uttryck figurerade som "det kan bli en stämpel" eller till och med ordet "stigmatisering".

## **6.3 Skattningsskalan som projektionsskärm**

I terapeutiska samtal införs ibland en bild, kanske patientens egen, eller till barn en leksak. Det ger någonting utanför relationen mellan läkare och patient att fokusera på och kan kallas projektionsskärm. När någon är ledsen kan till och med en näsduk ha en effekt som gör att patienten kan få vara ifred och gå in i sig själv. Relationen blir mindre tät genom införandet av något tredje. När skattningsskalan införs som det tredje eller som en projektionsskärm ska vi komma att se att det kan uppfattas både på gott och ont.

Ur mitt samtal med C: "Har Du kommit på någon patient där du tycker att skattningsskalan försvårade kontakten? Ja jag kommer på en grupp patienter. Elallergiker. Att dra dom över en kam går ju inte heller! Men där blir det väldigt mycket diskussioner om diagnos. Någonting är det som bekymrar dem, så någonting är det som är fel för de här människorna. Men där har jag inte haft någon som helst god erfarenhet eller hjälp av skattningsskalor! Där har det inte någonsin varit så att det kunnat öka någon kontakt eller att de på grund av skattningsskalan har tyckt sig bli tagna mer på allvar, tvärtom!"

Det som intresserar mig är att B, C och D, när de ska beskriva en kontakt där relationen försämrats inte ger ett exempel på en patient utan ger exemplet i form av en hel grupp patienter. Jag återkommer till det i diskussionen.

D som numera arbetar som allmänläkare men har en bakgrund inom psykiatri får många patienter med nedstämdhet. Hon använder skattningsskalorna ibland. Det blir mest till manliga patienter, för att en del män saknar ord. D upplever att kvinnor arbetar sig fram till det skalorna frågar efter genom sina berättelser. "Kvinnor vet nästan alltid och tar sig fram själva genom det som frågas efter i formulären. Då blir skattningsskalorna bara ivägen."

A som använde två minuter av sina 20 minuter med patienterna på företaget beskriver också kvinnorna som en grupp. Alla fick göra skattningsskalan men för kvinnorna var det egentligen alldeles onödigt. Det fanns några som gav utslag för depression men då visste de det redan och de hade ofta redan sökt hjälp utanför företaget. A upplevde det som att kvinnorna kände att skalan visade det som de trodde, eller visste. De blev bekräftade men ingenting ändrades.



#### **6.4 Skattningsskalan som kvalitetssäkrande instrument**

B beskriver andra känslor inför att arbeta med skattningsskalorna. B vill berätta om sin tid som företagsläkare inom ett stort företag. Det som upptar Bs intresse mest är mötet med alla ”duktiga flickor” med utmattningsdepression. B berättar inte om någon enskild patient men berättar om sitt förhållningssätt. Hon hade ett långt förstasamtal där skattningsskalan alltid ingick. Hon träffade patienterna två timmar och upplevde att hon vid detta första möte ”byggde ett fundament”. Patienterna kände sig tagna på allvar. Många sökte för smärtor i kroppen och det var först när de talade igenom resultaten av skattningsskalan som de förstod att det låg en depression bakom. ”Ibland kunde det vara svårt för att de sökte för smärtor. Då hade jag väldigt stor nytta av skattningsskalan. När vi räknade ihop det fick vi se det bildmässigt, hur dåligt de mädde.” B undervisade sina patienter mycket om mediciner, verkningar och biverkningar.

B säger i en bisats att det var skönt för henne med hennes noggranna läggning att göra någonting som blev så objektivt som möjligt, skattningsskalorna. Som försäkringsläkare vill B betona att en skattningsskala kan vara ett komplement till en berättelse. Symptom och arbetsförmåga i förhållande till arbetsuppgifter är det allra viktigaste. En skattningsskala kan ge ett lite mer objektivt intryck, men B är mån om att tydliggöra att det bara är ett komplement. ”Det kan ses så nära ett kvalitetssäkrande instrument som man kan komma”.

#### **6.5 Skattningsskalan som biljett till farmakologisk behandling**

A är sjuksköterska och kunde inte sätta in medicin men kämpade för att få sin deprimerade patient till doktor. B använde farmakologisk behandling för flertalet av sina ”duktiga” flickor, C hittade en patient som behövde farmakologisk behandling och D hade ett svårt fall där skattningsskalan innebar att patienten skulle få farmakologisk behandling för att på detta vis skilja om patienten hade en depression eller en demens, eller både och.

Några berättelser hör hemma i flera kategorier. När D berättade om en manlig patient med förbryllande symtom använde hon skalan för att försöka förstå. På frågan: ”Vill Du fördjupa om hur relationen blev, ” sade hon ”Jag kan säga att relationen nog från början blev fel. Det var därför som jag tänkte att jag kanske skulle förstå något mer med hjälp av skattningsskalan. Relationen blev på så vis bättre när vi fick något annat att prata om. Vi fick något annat att fokusera på och rikta uppmärksamheten emot.” Patienten blev ändå förvånad över frågorna och ville inte svara på dem först. Han var totalt förnekande. När D talade igenom resultatet av skalan med patienten och hans anhöriga vände stämningen.

Alla intervjuade ”känner in” ett lämpligt tillfälle i konsultationen för att införa skalan. A och B gör skalan som en del i en rutin. C och D inför den vid behov efter flera möten.

### **7. Diskussion**

Mitt intryck är att jag sparat upp ekvilibrister på skattningsskalor. Mitt urval var också sådant att jag frågade personer som jag förväntade skulle kunna ge mig goda berättelser. Det finns en intressant aspekt kring intervjuerna som handlar om perioden innan jag får min fråga ställd och bandspelaren på. Jag hinner få spännande berättelser. Dessa berättelser anknyter till vad personerna sedan kommer att tala om men belyser mer deras egen situation. A som fick träffa hundratals människor tjugo minuter utan paus emellan fick själv uppleva hur det är att arbeta vid ett löpande band, liksom hennes patienter gjorde, ständigt nedtyngda av för många

uppgifter. B som fokuserade på ”duktiga flickor” nämnde själv om sina ambitioner och använde liksom D mycket kraft på att undervisa även mig, liksom de betonade att det viktigaste i konsultationen är att undervisa och förklara. Det var lätt för mig att förstå känslor av sorg, otillräcklighet, skam, skuld och rädsla redan i dessa berättelser så som jag även beskrivit C:s hårda dom över sig själv när han inte förstod sin patient.

En reflexion är att djupet i A, B och Ds berättelser förändrades när samtalet kom in på användandet av skattningsskalan. Det blev ”grundare” eller ”tunnare” när intervjun fokuserades kring skattningsskalorna. Det kan bero på bandspelaren och det kan bero på att jag inte fördjupade tillräckligt genom mina frågor men det kan kanske också bero på skattningsskalan som metod. I intervjun med C hade jag bandspelaren på från början.

### **7.1 Ur de intervjuades synvinkel**

A använde skattningsskala som en del i ett 20 minuter långt hälsosamtal. Hon tyckte att skalan oftast var en hjälp, att den var till nytta ibland som ett kvitto gentemot arbetsgivaren men att den också kunde ge problem då personen själv inte ville söka vidare som han enligt skalan skulle behöva. I de allra flesta fall bekräftade skalan vad människan som kom redan visste. Särskilt gällde detta kvinnorna.

Det är i intervjun med A som orden ”svart på vitt” och ”kvitto” kommer i dagen. Inom företagshälsovården är kopplingen till företaget en faktor att ta hänsyn till. Doktorer och sköterskor vet att sätta sekretessen högt. Vid handläggning av individuella fall är patienten själv närvarande och för sin talan. Ett annat sätt är att ge patienten ett redskap som han/hon själv kan föra med sig till ledningen vid behov, skattningsskalan blev ett sådant redskap.

Inom företagshälsovård är det enklare att argumentera för och sälja undersökningar än kontakt. A kände en lättnad att under sin korta tid med patienterna få använda en så konkret metod som en skattningsskala. Hon mindes inte riktigt men tror att hon också tog blodtryck på sina patienter. Att göra mycket var något som värderades högt i det företaget.

B använde som företagsläkare alltid skalor i sitt arbete med patienter med oklara smärtor och nedstämdhet. Hon upplevde aldrig att skalan gjorde relationen sämre, men det hände att hon tyckte sig få veta för mycket. Patienterna kände sig tagna på allvar vilket kanske lika mycket kunde bero på att B vid förstabesöket hade ett långt samtal. Som läkare på försäkringskassan betonade B att hon endast ser skalor på intygen som komplement.

C och D hade båda bakgrund inom psykiatri och använde skalorna när diagnostik var svår. Båda kunde ge mustiga berättelser kring var sitt patientfall där skalan inneburit en förbättring av relationen. De hade varit överraskade över en patients symtomatologi och arbetade sig fram på olika sätt för att försöka förstå. Skattningsskalan var en del av denna väg. Deras berättelser om dessa fall var detaljerade och tydliga.

Båda hade också exempel på ärenden där det misslyckats vid användandet av skalor. Dessa berättelser skiljer sig från de ovanstående. Som en möjlig illustration till begreppet förtygligande var dessa berättelser mindre personliga och mindre mustiga. Folk klumpas ihop i kategorier. ”De elöverkänsliga” tas som ett exempel där skattningsskalor inte blev bra. En större grupp ”kvinnorna” tas som ett exempel där skattningsskalor inte behövs. Skalan blev snarast ett hinder som försämrade kontakten.

## 7.2 Mina reflexioner utifrån teman

Önskan att se skattningsskalan som objektiv och kvalitetssäkrande fanns i intervjun med B. Detta är säkert ett argument för läkemedelsindustrin att konstruera skalor och för oss att fästa stor vikt vid dem. En av mina följdfrågor blir: Hur skulle vi kunna skilja mellan om de är objektiva eller om de av oss uppfattas som objektiva?

Om skalan som kvitto, stämpel, kvalitetssäkring och objektivitet: Jag kan se stora risker att dessa begrepp försämrar relationen mellan patient och läkare då de antyder att de siffror vi får ut från en skattningsskala skulle vara viktigare och väga tyngre än det som blir sagt i rummet. Vad gör det med relationen mellan patient och doktor att doktorn tror mer på skattningsskalan än på sin egen känsla när patienten berättar. Affektiva gensvar som bekräftelse på känslor av skam, skuld, vrede, sorg, rädsla och otillräcklighet, hjälpen till patienten att förstå och sätta ord på sina känslor, kommer den också in i samtalet?

Om skalan som ögonöppnare: Den nya insikten, som den nedstämde patienten fick av skalan, påverkade ibland relationen positivt, så att den fördjupades ibland negativt så att det blev ett problem. Patienten fick i vissa fall den behandling som gjorde livet lättare och ville i andra fall inte se vad skalan visade. Risken fanns att patienten kände sig genomskådad, som om någon med hjälp av skalan kommit in genom en bakdörr. Vi hade också exempel på att patienten upplevde att skalan kom ivägen.

De personer jag intervjuade hade alla arbetat länge och hade stor erfarenhet. Deras berättelser visade att relationen till patienten i de flesta fall kunde återtas och det som var emellan (skattningsskalan) kunde både få sin plats i konsultationen men också tonas ner för återtagande av djup relation till patienten utan någonting emellan. De gör också en bedömning kring när i samtalet det är lämpligt att införa en skala (timing).

## 7.3 Den narrativa praktiken

När vi varit med om någonting svårt tränger sig en berättelse på. Berättelsen återskapar balansen i våra liv och är på så sätt i sig själv läkande [5]. Berättandet i ett samtal bygger på att en person får möjlighet att tala så länge han eller hon vill. Lyssnaren får avstå från att avbryta talaren och inskränka sig till stödjande kommentarer och inkännande ljud [10]. Den som har högst status i en grupp är den som oftast får berätta [5]. För att läkaren ska få patienten att berätta behöver läkaren tona ner sin position, sätta sig lägre, signalera tydligt ”jag är här för dig”. Läkaren får vara beredd att vänta även om det blir tystnader eller pauser. Först när berättaren signalerar att hon eller han har berättat färdigt blir det möjligt för lyssnaren att ta ordet.

Berättelsen är från början orden men att lyssna aktivt är att ständigt lyssna efter möjliga mönster och sammanhang i den talades ord. Det är ofta en handling som är på ett vis mycket avslappnad och lekfull, fritt flytande uppmärksamhet [3]. Berättaren ska nå lyssnaren så att denna i slutet har en känsla av att ha hört hela berättelsen [5].

Berättelsen har sin begynnelse med mänskligheten. Berättelser hjälper oss skapa sammanhang i våra liv. Berättelsen är inte en slutlig produkt utan en process. Varje berättelse formas i sitt sociala sammanhang [10]. Vem som lyssnar har betydelse för hur berättelsen organiseras. Om en läkare i vit rock vill ha en berättelse i ett undersökningsrum kanske patienten organiserar berättelsen helt utifrån sina symptom. Då kan det bli ett tufft jobb att förstå vad det rör sig om.

Som jag fått lära mig säga i vissa hårt knutna psykosomatiska fall: ”nej, nu får vi lämna symptomen och tala om det väsentliga. Hur har Du det?”

## 7.4 Symptom i skattningsskalor och symboler

Vi kan införa skattningsskalor, livslinjer, relationskartor och symboldrama för att förstå mer. Med livslinjen ser vi människans historia, vissa partier kan förstoras, fokuseras. Med relationskartor förstår vi anknytningsmönster, familjesituation, arbetskamraters betydelse. Vilka är med och vilka glöms bort? Täta och glesa nätverk gestaltas. Med symboldrama öppnas försiktigt för den inre världens betydelse för de handlingar vi gör här och nu. Samma symbol är mångtydigt determinerad. Den är unik för personen men möjlig att tolka på flera sätt utifrån nu och då och i förhållande till olika människor och situationer. Trauman och känslor som påverkar tankemönster synliggörs men också kraftkällor och inre platser för vila [9]. Till de olika metodernas rikedom hör att de kan öppna upp för berättelser.

En farhåga med skattningsskalan är om den snävar in samtalet istället för att öppna upp. Flera olika verbala svarsalternativ kan trattas ner till en siffra. Jämför 1700-talets korrespondens med en uppsjö svarsalternativ för att ringa in ett symptom [6]. En annan farhåga är följsamheten. Frågan i den narrativa praktiken, eller vid symboldrama följer, fördjupar och bekräftar patientens berättelse. Tolkningar görs med yttersta försiktighet och med trevande frågor. Det finns en kraft och en potential i att symptom och symboler får vara mångtydiga och att livsberättelser skapar förundran och eftertanke. Att vi kan bekräfta det begripliga i det till synes obegripliga! Det är tveksamt läkande att sträva mot entydighet.

Ger skattningsskalan berättelser eller stramar den åt berättelsen eller ger berättandet en annan riktning än det annars skulle ha haft? Både när vi ser skalan och när vi hör berättelsen kan vi sträva efter att ta varandras perspektiv. ”Oj, oj, oj är just ingenting roligt längre, inte ens att träffa barnbarnen!” Om skalan gör att vi får varandras perspektiv, att empati ges så att relationen kan återupptas och känslor delas, då kan vi få en berättelse och kanske en sorg inte ”bara” en depression. Men om ingen relation uppstår ”det är inte ens roligt att träffa barnbarnen längre”. Risk vid uteblivet känslomässigt gensvar: ”Oj, jag är dålig, ingen är så dålig som jag, och nu vet dom...” Hur ska smältningen av skam och skuld ske, var finns förståelsen för varför det blivit som det blivit, att personen sannolikt försökt göra sitt bästa, men det blivit fel ändå. Att få möta förståelse och någon som kan hjälpa till att bära smärtan är av största vikt.

Skattningsskalan kan inte bära smärta men vi har i intervjuerna sett fyra exempel på människor som gör sitt yttersta för att hjälpa patienter och skattningsskalor att finna varandra under olika och ibland svåra omständigheter.

Den kliniska möjligheten att bedöma symptomets symbolvärde till exempel enligt Irene Matthis modell kan gå förlorad. Hur gestaltas och hjälps symboliseringsarbete i skalan? Hur känns det maniska försvaret igen? Läkandet kräver tid. Det arbete som måste utföras är ett intellektuellt och känslomässigt symboliseringsarbete, den enda typ av arbete som kan göra slaven till sin egen herre [7]. ”Ty när det gäller en ny sanning kan man inte nöja sig med att bereda den plats, ty det handlar om att vi ska inta vår plats i den. Den kräver att man gör sig besvär. Man kan inte komma fram till den blott genom att vänja sig vid den. Man vänjer sig vid det reella. Sanningen däremot, den tränger man bort. (Lacan 1957:231)”

## 7.5 Företagsläkaren och skattningsskalan

Som företagsläkare möter vi dagligen patienter med nedstämdhet. Orsaken till att de kommer till företagsläkare kan vara att det är faktorer på arbetet som bidragit till nedstämdheten eller att deras tillstånd gör att de inte klarar arbetet som förväntat. Relationen mellan läkare och

patient är väsentlig för möjligheterna till förbättring. Det viktigaste kan vara att patienten får berätta om sin situation för en empatisk doktor, som hör berättelsen och som även kan följa upp med återbesök. Vi har goda chanser att hjälpa de flesta som kommer till oss genom att lyssna, bekräfta och peka på mönster och sammanhang som vi kan se i patientens liv. Som företagsläkare har vi dessutom kunskap om arbetsplatsen. Ibland behövs medicinering, ibland sjukskrivning och ibland psykoterapi. Ofta kan mötet med doktorn vara den bästa medicinen. Om en skattningsskala införs i konsultationen är det viktigt att reflektera kring hur mötet påverkas.

## 8. Slutsats

Undersökningens syfte var att studera hur införandet av en skattningsskala i konsultationen påverkade relationen mellan vårdgivare och patient. Införandet av en skattningsskala för depression kunde ibland berika ibland förytliga mötet med nedstämda patienter. De intervjuade vårdgivarna hade lång klinisk erfarenhet och kunde reflektera kring relationen mellan behandlare och patient. Två av dem använde skalan som del i en rutin, två använde skalan endast vid ärenden som de hade svårt att förstå. Känslan kring införandet av skalan blev olika beroende av vem patienten var och vilken typ av problem patienten hade. Förutsättningarna under vilka skalan infördes hade också betydelse för utfallet. Samtliga fäste stor vikt vid patienternas berättelse och skalan sågs som ett komplement. Ibland tydliggjorde resultatet på skattningsskalan något som inte kommit fram i berättelsen. Oftare blev utslaget av skattningsskalan en bekräftelse på det som redan hade berättats. Svårigheter som beskrevs var att problem kom fram som patienten ännu inte var mogen att ta itu med, att skalan kom ivägen för själva relationen eller kändes som en stämpel. I uppsatsen diskuteras också riskerna att vid användandet av skattningsskala snäva in en berättelse, att förlora symboliseringsvärde och misstolka maniskt försvar. En fråga som min undersökning ledde till var: Är skattningsskalor för depression ett instrument för nybörjare eller ett instrument för den som kan mycket? Mitt utforskande ledde till tecken på att det snarare kan vara ett kompletterande instrument för den som redan har god klinisk blick och mycket teoretisk kunskap.

## 9. Litteraturreferenser

1. Balint, Michael, *Läkaren patienten och sjukdomen*, Natur och kultur, (1964)
2. Malan, David H, *Psykoterapi och psykodynamisk vetenskap*, Natur och kultur, (1979) svensk utgåva (1981) s 125 De två trianglarna.
3. Winnicott, Donald W, *The capacity to be alone* (1958) i *The maturational processes and facilitating environment*. The Hogarth Press, London (1965) och urval som svensk utgåva *Den skapande impulsen*, Natur och Kultur(1993)
4. Sandell, Rolf och medföljare *Therapists attitudes and patients outcomes* (2004 a) Therapist attitudes and patient outcomes 1. Development and validation of the therapeutic attitudes scale (TASC 2) *Psychotherapy Research* 14(4):471-486.  
Sandell, Rolf (2003) Dags att avsluta psykoterapidebatten. *Psykologtidningen*, 18, 4-7.
5. Olsson, Gudrun, *Berättelsen som utgångspunkt*, *Psykoterapi i praktik och forskning*, Natur och kultur, (2008)
6. Johannisson, Karin, *Tecknen, Läkaren och konsten att läsa kroppar*, Norstedts, (2004)
7. Matthis, Irene, *Den tänkande kroppen* Natur och kultur i samarbete med psykoanalytiskt forum, (1997) s 254 ff

8. Beck-Friis Johan, *När Orfeus vände sig om, En bok om depression som förlorad självaktning*, Natur och Kultur (2005)
9. Leuner Hanscarl, *Symbol drama*, Natur och Kultur (1984)
10. Hyden Lars-Christer, *Vad är en berättelse, Om narrativt inriktad forskning och forskning om narrativ*, Tema Hälsa, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet (2007)