

# Läkaren skall vara vägledaren, inte vägen

Ta bort PAL-begreppet och inför PSL

**S**om ung kandidat på en stor infektionsklinik i Stockholm fick jag möta en överläkare som gjorde starkt intryck på mig. Han förhöll sig till sina patienter på ett nästan faderligt sätt, och han ringde ofta hem till dem under kvällstid för att se hur det förflöt med tillfrisknandet. Detta imponerade på mig.

De första åren efter utbildningen återkom han ofta i mitt minne som ett föredöme för hur man skall vara en riktigt god doktor. Jag försökte kopiera hans sätt genom att se till att mina patienter hade det ur medicinsk synpunkt optimalt. Med åren blev det ganska tungt, tog tid, och jag insåg att det handlade mycket om min osäkerhet – mina behov av att kontakta patienterna under kvällstid var för att jag skulle kunna sova gott om nätterna.

Med tiden började jag inse att jag inte kunde råda över människor. De gjorde ändå som de ville trots mina goda förslag och intentioner. Det verkade som en majoritet på sitt eget sätt ville ta ansvar för sina liv. Ibland när det passade in följde de mina råd, många gånger inte. De tänkte själva, de funderade, provade och valde, var och en på sitt sätt, antagligen enligt de erfarenheter livet bjudit dem.

För mig innebar den insikten en befrielse. Det kom nästan över mig som en uppenbarelse. Jag behöver inte ta ansvar för dem. Jag kan inte. De tillåter mig inte.

Jaha vad händer nu då? Vad är då min roll som doktor? Det är ju ändå jag som vet bäst? Jag vet mest ur en medicinsk synvinkel och min patient vet bäst ur sin egen i relation till sitt liv. Vad är rätt? Antagligen båda synsätten. Om jag på ett enkelt, tydligt och kanske ödmjukt sätt kan presentera dennes medicinska situation och lägga fram de olika alternativ jag kan se som bidrag till tillfrisknande eller lindring, har han/hon en reell möjlighet att själv välja sin väg i relation till hela sin livssituation.

I stället för att vara patientansvarig läkare blir jag patientstödande.

**Detta är centralt.** Patienten är en människa som skall betraktas som an-

svarskompetent och egenansvarig för sina val, samt ta konsekvenserna för dessa. Att vara patientansvarig i gammaldags bemärkelse är att degradera en människa/motparten till beslutsinkompetens och behålla den vi-vet-bäst-attityd som så länge präglad svensk sjukvård.

PAL-begreppet infördes sommaren 1991. Det kom till för att motverka den förvirring många människor kände när de på storsjukhusen fick möta den ena doktorn efter den andra, var och en med sina egna idéer om sjukdomars orsaker och bot. Människor på vårdcentraler fick möta dr X ena dagen och dr Y vid andra besöket medan dr X kanske bara svepte förbi i väntrummet. Nu skulle i stället kontinuitet gälla.

Sedan början av 1990-talet har alltmer människors rätt att ta ansvar för sin egen hälsa betonats och att välja behandling efter det att läkaren gett sin syn på deras sjukdom. Därför stod det också så här om PAL i regeringens proposition till riksdagen: »Han skall informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som står till buds och vilken av dessa han anser vara bäst lämpad för patienten. Om även andra läkare deltar i olika skeden av undersöknings- och behandlingsarbetet, är det den patientansvarige läkaren som har huvudansvaret för att patienten informeras om åtgärderna och situationen i övrigt samt för samordningen av behandlingsåtgärderna.»

Doktorn är en »han» och det är en »denne» som får råd.

**Vill vi få människor** att växa som människor eller blir de för farliga för vårdapparaten då? Att behålla PAL-begreppet är att utveckla stagnationen. Ersätt detta förmyndaraktiga begrepp med PSL: patientstödande läkare, för detta är vår egentliga roll om vi verkligen vill få människor att ta ansvar för sin livssituation. Läkaren skall vara vägledaren, inte vägen. I begreppet att vara patientansvarig ligger att man kan straffa patienten om de inte gör som man säger.

– Det är klart att fru Jönsson fortfarande har ont. Fru Jönsson gjorde ju inte som jag sa!

Detta handlar om makt. Är vi läkare

beredda att på så lika villkor som möjligt (en strävan mot total jämlikhet är ju beundransvärd, men knappast realistisk) stötta patienten, även om denne agerar helt emot de förslag vi givit?

Detta kräver en egenutveckling hos läkarkåren som skulle vara en spännande utmaning, och som i sin förlängning skulle kunna medverka till att sjukvården blev billigare eftersom människor då tvingas ta ansvar för sin situation, en så kallad egenansvarig patient (EAP).

PAL-begreppet hör trots de goda ambitionerna till en hierarkiskt uppbyggd sjukvård där överläkaren är gud och patienten skall stå med mössan i hand och bocka. Under de senaste decennierna har människors kunskap om sina sjukdomar och dess inverkan på människokroppen kraftigt ökat vilket har inneburit att dessa så småningom har mer och mer blivit specialister på sin egen åkomma. Diabetes är numera en sjukdom som den drabbade själv i mycket kontrollerar och även anpassar sin insulindos efter. Astma är ännu ett exempel på en sjukdom där självkontroller och dosjusteringar är en självklarhet för patienten.

Vårdpersonalens uppgifter förändras till en konsultfunktion där man på mer jämlika villkor diskuterar ärendet och den fortsatta handläggningen tillsammans med patienten.

Med ökad information inte minst via Internet kan man anta att människors kunskaper kring sjukdomar kraftigt kommer att öka under de närmaste åren.

Det är betydligt roligare att förstå hur människor tänker och tar sina beslut, än att ta beslut åt dem. Jag lär mig något nytt varje gång, och dessutom »växer» min motpart, patienten, genom att se att han/hon har kontrollutrymme och själv möjlighet att påverka sin sjukdom, som står i nära förening med patientens övriga liv.

Begreppet PSL innebär att läkaren tvingas ta ansvar för sina handlingar och sitt agerande i varje patientmöte för att i realiteten göra detta patientstödande och inte kränkande – något som i någon mån innefattas i att ta ansvar för en annan människa.

**Slutsatsen i mitt resonemang** blir att en människa bara kan ta ansvar för



#### KRÖNIKÖR

ULF LINDSTRÖM  
allmänläkare, Vännäs.

”Med tiden började jag inse att jag inte kunde råda över människor. --- Ibland när det passade in följde de mina råd, många gånger inte. De tänkte själva, de funderade, provade och valde, var och en på sitt sätt, antagligen enligt de erfarenheter livet bjudit dem”

sig själv. Doktorn skall ta ansvar för att vägleda och stötta sin patient till att ta ansvar för sitt liv i relation till sin sjukdom eller åkomma. Detta skall givetvis göras på grundval av vetenskap och beprövad erfarenhet och leda till att patienten kan ta kloka beslut som i bästa fall botar, i andra fall lindrar bekymren.

Jag tror att tiden är inne för att plocka bort begreppet PAL och införa beteckningen PSL: patientstödjande läkare, som i sitt uttryck innehåller mer av jämlikhet och förhandlingsutrymme, samt kan innebära egen personlig utveckling hos den enskilda människan/patienten: den egenansvarige patienten (EAP).

Kanske ska vi också helt avstå från standardbeteckningar som PAL och PSL i en tid som kräver mer individuellt bemötande, och mer se till att vi ordnar vårt arbete patientstödjande och med kontinuitet i patient-kontakterna än att formulera nya slagord i kortordsform. •

## Förändrad läkarroll analyseras i norska studier

Läkarna i Norge har en materiellt sett privilegierad ställning och hög status, men de har inte högre livskvalitet än folk i allmänhet. Visserligen tycker de oftare än andra att de har ett intressant och inte fysiskt slitsamt arbete, men de har längre arbetstid, känner sig oftare trötta, har ofta arbetsrelaterade sömnproblem och beskriver mer sällan sin psykosociala arbetsmiljö som god.

Kanske bör man därför lägga väl så stor vikt vid att förbättra deras arbetssituation som vid att höja lönerna, anser forskare som i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (1997; 117: 3476-81) redovisar enkätsvar från den omfattande Legekårsundersøkelsen, genomförd av norska läkarförbundet.

Slutsatserna bygger på tre olika enkäter, besvarade år 1993 av 6 652, 2 510 respektive 1 077 läkare. Svarefrekvensen var i samtliga fall över 70 procent.

#### Ökande press

Orsaken till att läkarna i mindre utsträckning än andra säger sig vara nöjda med sitt arbete kan vara den ökande press som samhället utsätter läkarna för, anser forskarna. Andra personalgrupper i sjukvården kräver medbestämmande och autonomi, patienterna blir allt bättre informerade och risken att bli anmäld för icke lyckad behandling ökar.

Att läkarna har blivit allt mer kringskurna i sitt kliniska handlande kan också vara ett skäl till att hela 23 procent av dem som svarade på enkäterna ångrade beslutet att bli läkare.

#### Var tredje ville inte råda barnen bli läkare

I denna studie var sjukhusläkarna minst nöjda med sin självständighet i arbetet, med fritiden, arbetsmiljön och lönen. Missnöjet bekräftas i en annan undersökning, där 664 sjukhusläkare som blivit specialister 1970, 1980 respektive 1990 besvarade en enkät om sina arbetsvillkor (*Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1997; 117: 4371-4).

Var tredje av dessa läkare ville inte rekommendera sina barn eller barnbarn att välja läkaryrket. Nästan hälften av sjukhusläkarna hade en mycket stor arbetsbelastning. Kontrollen över den egna arbetsdagen var avgörande för hur nöjda läkarna var.

Kombinationen av stor arbetspress, höga krav och brist på kontroll är en vanlig orsak till stress, sjuklighet och missnöje, vilket kan förklara att 58 pro-

cent av specialister med liten kontroll över sitt arbete inte ville rekommendera läkaryrket till barn och barnbarn.

Dessa studier och några undersökningar om hur nöjda patienter är med sjukvården kommenteras i två ledare om ändrade läkar- och patientroller (*Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1997; 117: 3631-2 och 1998; 118: 353).

#### Deprofessionalisering hotar

Berit Olsen pekar i sin ledare om läkarrollen på att det finns många uttryck för misstro mot läkarna från det norska samhällets sida, t ex motståndet mot att läkarkåren själv sköter specialistutbildningen, accepterandet av alternativ medicin och förslag om lagreglering av läkarnas förhållande till läkemedelsindustrin. Strävandena att få sjukvårdens kostnader under kontroll, standardisera riktlinjer och vårdprogram, som begränsar den kliniska friheten, gör att många anser att läkarna riskerar att deprofessionaliseras.

Dagens läkare kan inte längre använda nedärvd auktoritet som grund för kliniska beslut. Det är kunskap, kunskap om var man kan finna mer kunskap och kunskap om hur man kan kommunicera denna till patienternas bästa som är grunden för den nya läkarrollen. Men varken politikerna eller läkarkåren förhåller sig adekvat till den formidabla utmaning som ligger i att den patriarkaliska och planstyrda sjukvården delvis måste ersättas av den kundstyrda, betonar Berit Olsen.

I en ledare om »brukarmedverkan» betonar Arild Bjørndal att vi går in i en tid då allt färre medicinska beslut fattas av läkarna ensamma. Eftersom sjukvårdens åtgärder ofta har begränsade effekter spelar preferenser och värderingar en viktig roll – även vid »effektiv» åtgärd måste man ofta behandla 20–50 patienter i onödan för att en enda skall få nytta av åtgärden.

Därför gäller det, skriver Bjørndal, att gå vidare från principen om informerat samtycke till målet informerat beslut, där läkaren på ett varsamt sätt, med höga krav på den kunskap som presenteras och med tydlig respekt för patientens autonomi, bidrar till att utforma beslut som är väl förankrade i både kunskap och värderingar. Läkaren blir en tillrättaläggare av beslut, vilket ytligt sett innebär att ge ifrån sig makt. Men på sikt garanterar det ökade patientinflytandet uppslutningen om sjukvården.

Yngve Karlsson, Läkartidningen