

Är läkarkårens kris existentiell?

Det borde vara hög tid att med kraft debattera läkararbets centrala, existentiella frågor. Med det som utgångspunkt kan man kanske utforma en vårdorganisation som tillfredsställer läkarnas behov av självrespekt och yrkesstolthet.

Begreppet kris har stått i centrum för debatten om sjukvården åtminstone sedan 1970-talet. Oftast har krisen formulerats – och formuleras nästan alltid alltjämt – som om den botten i ineffektiva organisationer och finansieringsystem samt otillräckliga eller bristfälliga resurser.

Diskussionen kring dessa frågor tycks också tillta inom och utom vården, vilket Johan Calltorp exemplifierar i en artikel i Läkartidningen [1]. Han nämner där att perspektiven finansiering, organisation och resurser nästan trängde ut det traditionella medicinska stoffet på många av den senaste riksstämmans sessioner.

I sin artikel anger Calltorp att den växande pressen och känslan av kris är ett internationellt fenomen som är *oberoende* av såväl sjukvårdens tillgång till resurser som dess sätt att organiseras – alltså av just de perspektiv som i tilltagande grad diskuteras. Man frågar sig: vad beror då den växande pressen och känslan av kris på?

Uttrycksfulla ledtrådar

Under det senaste året har det inte sällan uppenbarats sig ledtrådar i Läkartidningens spalter, och jag skall beröra två uttrycksfulla sådana. Den ena är vittnesbördet från Sylfs nya ordförande, Eva Nilsson Bågenholm.

Hon berättar [2] att hon är desillusionerad då hon jämför sina förväntningar på läkaryrket med verkligheten. Kreativiteten undertrycks tidigt, och frihet existerar inte. Det råder en tids-

press och en löpande bandsproduktion som förhindrar reflektion. Misströstan sprider sig och man passas in i en gemensam form som inte lämnar mycket utrymme till fritt tänkande.

Den andra ledtråden är ett inlägg av Isis Amer-Wählin [3], som menar att AT-läkarnas dåliga arbetsmiljö inte främst är en organisatorisk fråga utan att den beror på den totala avsaknaden av ansvarskänsla och insikt hos oss andra, deras kolleger, avseende våra roller som förebilder.

Denna avsaknad, skriver hon, beror på en läkarkollektivets förlust av självrespekt, på kårens atomisering ditthän att man först och främst ser till sig själv. Slutligen beror den på en utveckling mot ekonomiskt ansvar utan reell makt ända därhän att dagens doktorer gör det de skall utan några illusioner om att kunna påverka.

Berör yrkets väsen

Det tycks mig som om dessa två kvinnliga läkare starkt och direkt ger uttryck för att den del av sjukvårdens kris som är läkarnas är av existentiell slag – att den berör läkaryrkets själva väsen. Tanken stöds av ett reportage [4] om en studie av läkares arbetsmiljö

Studiens ansvarige, Bengt Arnetz, berättar att den påvisade utbredda vantrivseln i grunden handlar om en ökande, gnagande frustration över den egna situationen i en otillfredsställande arbetsorganisation. Endast indirekt kan vantrivseln kopplas till konkreta produktions- och besparingskrav, nedskärningar och omstruktureringar.

Irrelevant debatt

Det förefaller alltså som om den tilltagande diskussionen om resurser, finansiering och organisation för läkarkårens del inte är speciellt relevant i förhållande till den kris som upplevs. Det borde därför vara viktigt att föra över diskussionens brännpunkt till frågor som berör läkaryrkets centrala väsen, eller innehåll – vad detta är, kan och bör vara i den moderna vården.

Först när denna innehållsfråga diskuteras, kan frågan om organisationer och läkares plats i dessa diskuteras på ett för vården och läkaren respektfullt,

”Oavsett vad som är, kan eller bör vara läkaryrkets centrala väsen är yrkets sjukvårdskris mycket allvarlig. En tredjedel av läkarna i landet vantrivs – var tionde vill lämna vården ...”

konstruktivt och utvecklande sätt. Organisationer är aldrig mer än utanverk, de är former som skall betjäna, lyfta fram och stödja ett bestämt innehåll.

Två huvudinriktningar

Det råder säkert delade meningar om läkaryrkets centrala innehåll, och enighet uppnås aldrig. Det tycks emellertid finnas två huvudinriktningar. Den ena ger Carl Magnus Stolt uttryck för [5] i ett samtal med den kanadensiske hälsoekonom Evans (som inte motsäger honom).

Stolt menar att det centrala är innehållet i det direkta mötet mellan läkaren och den enskilda sjuka människan. I detta möte skall läkaren hjälpa sin patient genom tillämpning av bästa möjliga medicinska vetenskap i kombination med läkekonst.

Den vetenskapliga delen är teknisk och kvantifierbar, medan läkekonsten är icke-teknologisk och kanske omätbar. Läkaryrkets centrala väsen är en syntes av detta kvantitativa och detta kvalitativa, omätbara. Christer Sjödin har menat att denna inriktnings bärande idéinnehåll huvudsakligen har med humanitära etiska värderingar att göra [6].

Hälsoekonomiskt tänkande

Den andra huvudinriktningen vad gäller uppfattningen om läkaryrkets väsen formulerar sig sällan direkt genom egna företrädare annat än stundtals, t ex ibland i annonser efter läkare: »För ytterligare information kontakta produktionshetschef ...» [7], »Driftområde Sjukhusvård» [8].

Den dominerar av ett hälsoekonomiskt tänkande som tycks ha blivit ett självändamål, och benämns av Stolt [5]

Författare

ÅKE THÖRN

överläkare, yrkesmedicinska enheten, Bodens sjukhus.

som en »mätbarhetskult», historiskt liknande 1700-talets merkantilism. Christer Sjödin [6] tycks mena att inriktningen har sina rötter i ekonomiska/juridiska/administrativa tanketraditioner, som försvårar det traditionella mötet mellan läkare och patient genom att favorisera de krav byråkrati och lönsamhet ställer.

Växande apati

Oavsett vad som är, kan eller bör vara läkaryrkets centrala väsen är yrkets sjukvårdskris mycket allvarlig. En tredjedel av läkarna i landet vantrivs – var tionde vill lämna vården – och Arnetz [4] menar att det är bråttom att göra något, därför att hans undersökning visat att en del läkare ej längre försöker förändra vården, »man bara flyter med, det börjar gå mot det apatiska tillståndet».

En sådan apati är förenlig med det sparsamma gehör Christer Enkvist fick när han för något år sedan pläderade för att läkarna måtte häva upp sina stämmor och ge uttryck för den värderingskonflikt många av dem upplever mellan sin praktik och sjukvårdsadministrativa slagord [9]. Det förefaller alltså vara synnerligen hög tid att med kraft diskutera läkararbetets centrala, existentiella frågor.

Först därefter kan utformningen av en vårdorganisation diskuteras, och förhoppningsvis förverkligas så att den ger möjlighet för läkare att känna respekt och självrespekt, yrkesstolthet och glädje i ett tillstånd med återfunnen frihet och kreativitet – antingen nu den ena eller den andra inriktningen vad gäller läkaryrkets väsen visar sig vara den mest omfattade, bara vi vet vilken!

Referenser

1. Calltorp J. Hur skall vi hantera sjukvårdskrisen? Läkartidningen 1997; 94: 4875-7.
2. Ahlgren T. Eva Nilsson Bågenholm, ny ordförande i SYLF om läkaryrket: Kreativitet och frihet saknas. Läkartidningen 1998; 95: 2972-3.
3. Amer-Wählin I. Behöver Sveriges AT-läkare verkligen ett skyddsombud mot dålig arbetsmiljö? Respekt – bättre lösning! Läkartidningen 1998; 95: 3390-1.
4. Wilhelmsson B. Var tionde läkare vill lämna vården! Ny kartläggning visar att läkares arbetsmiljö försämrats drastiskt! Läkartidningen 1998; 95: 3274-5.
5. Stolt CM. Stolt vs Evans – klinikern möter hälsoekonomen. Vad får döendet kosta? Läkartidningen 1997; 94: 3121-4.
6. Sjödin C. Visst behövs en civil sjukvårdssektor. Läkartidningen 1997; 94: 702-7.
7. Annon. Läkartidningen 1998; 95: 3117.
8. Annon. Läkartidningen 1998; 95: 2878.
9. Enkvist C. Varför tiger läkarna? Läkartidningen 1997; 94: 4868-9.

Äldre med osteoporosfraktur bör opereras utan fördröjning!

Äldre patienter med osteoporosfraktur bör opereras snarast, om möjligt inom sex timmar. En fördröjning kan innebära ökad mortalitet och förlängd vårdtid. Tidsfaktorerna stora betydelse för utfallet av operationen gör det också olämpligt, såväl från medicinsk som etisk synpunkt, att uppskjuta operation av dessa patienter till efternatten eller till och med flera dygn, vilket händer på många sjukhus.

I Läkartidningen nr 34/98 skriver Karin Norlén klokt att ålder i sig inte är någon kontraindikation mot operation. Hon betonar bl a den äldre patientens sårbarhet; de avtagande basala och biologiska funktionerna medför att motståndskraften mot påfrestningar minskar.

Frakturkirurgiska ingrepp på äldre patienter med osteoporosfraktur är som regel livräddande, en kunskap som lett till att man för många decennier sedan övergav den tidigare sträckbehandlingen till förmån för osteosyntes och tidig mobilisering.

Inom traumabehandling i allmänhet talar man om de första sex till åtta »gyl-lene timmarna» då aktiva åtgärder ger bäst resultat vad avser överlevnad och funktion. Detta gäller patienter i alla åldrar. De äldre patienterna utgör inget undantag. Fekete och medarbetare [1] fann att operation inom sex timmar gynnsamt påverkade såväl mortalitet som systemiska och lokala komplikationer.

Som Karin Norlén påpekat är denna patientgrupp känsligare för påfrestningar, t ex långvarig väntan på operation vid akut skada.

Fördröjning av det operativa ingreppet vid höftfraktur innebär ökad mortalitet [2-4] och förlängd vårdtid [2-6]. Ökad morbiditet [3, 6] medför ökat institutionsberoende i efterförloppet.

Många opereras på natten

På senare tid har man också blivit mera medveten om att även akut skada-

”Inom traumabehandling i allmänhet talar man om de första sex till åtta »gyl-lene timmarna» då aktiva åtgärder ger bäst resultat vad avser överlevnad och funktion. Detta gäller patienter i alla åldrar. De äldre patienterna utgör inget undantag.”

Författare

ULF LINDSJÖ

docent, överläkare,

BJÖRN RAGNARSSON

med dr, tf överläkare, Fraktursektionen, ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.