

## Läkaren bör lotsa patienten förbi de värsta behandlingsblindskären

Lars Werkö beskrev i Läkartidningen 32–33/99 hur en god relation patient–läkare kan förebygga användning av dyrbara och överksamma metoder vid t ex cancerbehandling. Det fordras en person med Werkös breda vetenskapliga och personliga meriter för att våga yttra sig i detta svåra ämne. Jag tror, som Werkö, att tyngdpunkten i behandlingen av svårt kanske terminalt sjuka människor till stor del bör kunna skötas av distriktsläkaren. Emellertid uppstår ofta svårigheter att dra gränser mellan berättigade önskemål från patienten och viljan att inte uppmuntra till kostnadskrävande och från dokumentationssynpunkt »ineffektiva» behandlingar. Patientens tro och hopp om en verkningsfull behandling måste naturligtvis stödjas på olika sätt. I den kliniska verkligheten finns oftast alltför lite tid utmätt till att på ett bra sätt stödja och hjälpa. Förutom brist på tidsmässiga resurser finns också inte sällan en svårighet för läkaren att på det personliga planet hantera situationen med den terminalt sjuke.

Vårdens tillkortakommanden är en realitet: vi saknar ibland behandling för dessa svåra tillstånd. Första steget på vägen är att erkänna detta för oss själva. Nästa steg är att till patienten trots allt förmedla någon form av hopp. Djupast kan det röra sig om livsåskådningsfrågor, där vi som läkare traditionellt har lärt oss att vara försiktiga i vår kontakt med patienterna. Vi kan inte bete oss som präster i medicinsens tjänst. Jerzy Einhorn har beskrivit förmågan att lyssna till patienten som den kanske väsentligaste av alla gåvor. Att etablera en lyssnande relation kräver dock en viss inre mognad och erfarenhet.

Svårigheten är bl a att undvika att döma samtidigt som man skall lotsa patienten förbi de värsta blindskären från behandlingssynpunkt. Det är svårt för mig som distriktsläkare att yttra mig med bestämdhet om t ex behandlingen på ett polskt sjukhus. Jag vet inte det minsta om behandlingen där. Evidensbaserad sjukvård och beprövad erfarenhet i all ära – vi kommer aldrig att kunna undvika att s k alternativa behandlingsmetoder kommer att spela en roll i våra patienters liv. Det gäller att skapa en fungerande samexistens samtidigt som läkaren måste få reagera mot vad

som i det enskilda fallet kan ses som ett utnyttjande från ekonomisk och mänsklig synpunkt. Vi måste tillåta en öppen och icke dömande diskussion. Således måste vi, för att låna ett uttryck från den religiö-

sa sfären, kombinera gnosis (den intuitiva kunskapen) med agnostikerns synsätt (kunskap baserade på våra sinnen).

*Torbjörn Jonson*  
distriktsläkare, Halmstad

## Kvacksalvare eller läkare – en fråga om förtroende

Lars Werkö tar i en debattartikel i Läkartidningen 32–33/99 upp frågan om varför patienter går till kvacksalvare och påminner om THX-doktorn, veterinär Elis Sandberg, som uppsöktes av patienter från när och fjärran. Professor Jerzy Einhorn, som ingick i Socialstyrelsens av riksdagen beordrade kommission för utredning av THX, beskriver i sina memoarer hur han imponerades av Sandbergs handlag med sina patienter, hur han lyssnade på dem, gav sig tid och tröstade. Kommissionen förklarade THX verkningslöst, men Einhorn skickade sina med kand från KI på studiebesök till Aneby för att lära sig, hur man tar hand om sina patienter.

### Personlig relation

Den långvariga personliga relationen mellan patienten och den av denna fritt valda läkaren var grundtanken i den Hjerneska husläkarutredningen. Vår förlaga var dels den gamle provinsialläkaren, som alltid fanns till hands för sina patienter, dels Englands NHS och Danmark. Liksom där bör husläkaren vara privatpraktiker, som tecknar avtal med sjukvårdsmyndigheten och arveras med ett årsbelopp per listad patient. Det ger läkaren ett incitament att ta väl hand om sina patienter utan väntetider och att ge snabb telefonservice, annars listar sig patienten hos en annan läkare. En sund marknadsekonomi ger alltid kunden den bästa servicen till skillnad från dagens myndighetsstyrda öppna vård, där patienterna får vänta i veckor på en besöksstid och aldrig kommer fram per telefon.

### Kontinuitet

Mycket oklok var 1970 års s k 7-kronorsreform, som avskaffade sjukhusläkarnas privatmottagning. Dessförinnan

kunde en patient välja vilken specialist han ville anlita och kunde sedan ofta behålla den läkarkontakten under årat. Den kontinuiteten var till gagn både för patientens behandling och för läkarens kompetensutveckling. Det fanns just inga väntetider för specialistmottagningarna på den tiden – man höll på så länge det fanns patienter i väntrummet. Nu är överläkarna heltidsavlönade med reglerad arbetstid och har inget intresse av att ta emot fler patienter än nödvändigt, och patienterna träffar vid återbesök sällan samma läkare. Notoriskt är att flertalet patienter efter ett sjukhusbesök inte vet, vad den behandlande läkaren heter.

### Fundamentalism och okunskap

Den goda patient–läkarrelationen och kontinuiteten representeras idag främst av privatpraktikerna. Sedan våra översåtar bestämt att pensionerade läkare inte får arbeta avlövedes Uppsala Läkarhus till tusentals patienters stora sorg och besvikelse. Vård med god kvalitet, kontinuitet och patientomsorg – dessutom för landstinget billigare än den egna öppna vården – raserades. Så går det när fundamentalism och okunskap styr de politiska besluten.

*Nils Brage Nordlander*  
pensionerad överläkare och politiker  
Uppsala

## KOLLEGIALT NÄTVERK

Information om Kollegialt Nätverk  
tel 08-22 58 38 eller [www.slf.se](http://www.slf.se) på  
Doktorsnäs sida. Du kan också kon-  
takta oss via e-post  
[kollegialt.natverk@slf.se](mailto:kollegialt.natverk@slf.se).