

Vad göra med en arbetsgivare som förskansar sig bakom monopolets barrikader?

Europeiska ferieskolan (EF) har under senare tid annonserat upprepade gånger i stockholmstidningarna och på helsidor explicit sökt läkare. Man vill ha »unga entreprenörer som kan leda och utveckla verksamheten på nya marknader». Och varför söker man just läkare till detta? Svaret är att läkaren »är välutbildad och van att fatta snabba beslut även i komplexa situationer» och att läkaren har »förmåga att sätta sig in i andra människors situationer». Vad EF värdesätter är således läkarens »utbildning och kompetens» och därför vill man ge den intresserade läkaren »fantastiska möjligheter».

Vad är det då EF erbjuder? Är det inte trots allt ett förstajobb med möjlighet att så småningom avancera inom en hierarki, dvs ungefär som i landstingen för den nyfärdige läkaren. Ack nej. Här satsar man stort och brett och säger att »till en början får du genomgå vårt utvecklingsprogram för blivande ledare ... samtidigt som du får en ledande befattning med eget ansvar».

Lönen då? Den måste väl enligt landstingsmodell sättas ganska lågt med tanke på att läkaren inte vet särskilt mycket om det nya arbetsområdet? Svaret är att »redan från dag ett får du marknadsmissig lön på managementnivå. Den kommer sedan att växa i takt med dina framgångar inom organisationen».

Hög lön

Nu måste det väl finnas någon hake? Det så kallade marknadsmissiga lönen är kanske inte så hög trots allt? Svaret är att det är den. Inom EF betalas dessa läkare i ingångslön ca dubbelt mot vad landstingen erbjuder en välmeriterad läkare under AT.

Jämförs läkarlönerna med vad som generellt betalas inom industrin för chefer och andra ledare kan konstateras att chefslönerna inom industrin i huvudsak vuxit i paritet med index till skillnad från läkarlönerna hos landstingen. Industrins chefer har i dag en köpkraft som väl motsvarar vad som gällt under tidigare år, medan våra löner och vår köpkraft urholkats.

För detta har landstingen och landstingsförbundet huvudansvaret. Jag vet att Läkarförbundet genom åren kämpat väl för att höja våra löner och bibehålla vår köpkraft. Men det krävs som bekant

två för att dansa tango. Vad göra med en arbetsgivare som förskansar sig bakom monopolets barrikader och som enbart riktar sitt positiva intresse mot andra personalkategorier?

Kanske åtminstone två saker – dels verka för en attraktiv och välfungerande mångfald inom sjukvården, dels bejaka att arbetsgivare inom andra områden än de traditionella för oss läkare

värderar vår personliga kompetens och erbjuder anställning med ansvar och befogenheter i paritet med den.

Jag önskar alltså EF och de läkare som är intresserade av deras erbjudande lycka till!

Björn Meder

ordförande

Stockholms läkarförening

Bättre rutiner för existentiellt stöd behövs

Magna Andreen Sachs' artikel i Läkartidningen 38/98 »Livshjälp – eller dödshjälp» redovisar ett fall som är en sorglig läsning: man med spridd cancer, har ont. Får hjälp med smärtbehandling men utvecklar en depression. Samtalsstöd erbjuds inte, däremot en sederig/nedsövning. Efter 5 dygns nedsövning dör mannen.

Vi avser inte att kommentera fallet, utan mera generellt kommentera behovet av psykologiskt stöd, specifik palliativ kompetens och – i fall som detta – behovet av ett fungerande eexistentiellt stöd.

Patienten utvecklade en depressiv bild med självmordstankar. Nedstämdhet i någon grad är vanligt vid spridd cancer, som en reaktion på sjukdomen. Ofta räcker psykologiskt stöd. Samtidigt visar fallet på vikten att kunna identifiera när en väntad nedstämdhet övergår i en behandlingskrävande, men behandlingsbar depression (SSRI preparat). All nedstämdhet i livets slutskede är inte en »normal reaktion» på en svår situation, vissa depressioner är behandlingskrävande!!

Huvudproblemet, som vi ser det, är bristen på rutiner för existentiellt stöd. Patienter i en liknande situation som denna brottas med tankar om existens, livet, döden, mening/meningslöshet, ensamhet. Det finns välfungerande rutiner för sådant stöd bl a i form av »sorgeterapi», existentiella samtal och transcendens [1, 2]. Den så kallade sorgeterapin går ut på att bekräfta patientens förluster, sorger och i fokuserade samtal eftersträva acceptans. Existentiella samtal eftersträvar integration, att avsluta och handlar många gånger om att titta på fotografier, sammanfatta livet,

»så blev det». Transcendens innebär att när yttre omständigheter (sjukdomen) inte längre går att påverka kan man ändå påverka inställningen, söka mening eller tillskriva den svåra situationen mening och därmed minska lidandet.

Vi tror att vården behöver diskutera igenom det existentiella stödet, gärna i samråd med sjukhuskyrkan. Utbildning och fortbildning inom området behöver prioriteras.

Peter Strang

professor, Linköpings Universitet

Barbro Beck-Friis

professor,

Silviahemmet, Drottningholm

Referenser

1. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books. 1980
2. Strang P, Adelbratt S. Andlighet kan göra lidandet meningsfullt och hanterbart. Existentiella frågor aktualiseras i palliativ vård. Läkartidningen 1999; 96: 2942-4.

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.