

Identitetskris för den svenske läkaren?

Utnyttja informationssamhällets möjligheter

Har den svenska läkaren hamnat i en identitetskris på sin väg in i kunskapssamhället? Stämmer inte den egna bilden av doktorn längre, nu när auktoriteten ifrågasätts och läkaren reduceras till medicinsk rådgivare och medlem i ett vård- och behandlingsteam?

Enligt framtidsforskarna är vi på väg in i ett kunskapssamhälle där kunskapens betydelse lyfts fram på ett alldeles särskilt sätt. Utmärkande för kunskapssamhället är ett visionärt tänkande och att man ställer sig frågan: »Gör vi rätt saker?» Dagens geografiska gränser suddas ut och den expanderande informationsteknologin finner ständigt nya former för kommunikation och information mellan människor. Samtidigt ställer den krav på oss att vi ska hålla oss uppdaterade för att inte gå miste om viktig information. Hur påverkar denna utveckling den svenska läkaren och hans/hennes möte med patienten?

Läkaren och den nya tekniken

Ett viktigt inslag i läkarens yrkesidentitet är att möta människor med olika problem. Det grundläggande mötet mellan patient och läkare kommer alltid att finnas kvar som en förutsättning för en god läkekonst, men formerna för mötet kommer kanske att förändras.

Det talas om att en maktförskjutning har skett i förhållandet mellan patienten och läkaren, till patientens fördel. Internet ger patienten möjlighet att tillgoda göra sig information om sin sjukdom, om alternativa behandlingar och olika vårdgivare – dvs valmöjligheterna ökar.

Patienten kommer att ställa krav på sin läkares tillgänglighet. I takt med utvecklingen av e-post och interaktiva hemsidor kommer morgondagens patienter knappast att nöja sig med doktors telefon tid en gång i veckan.

Samtidigt ökar konkurrensen för lä-

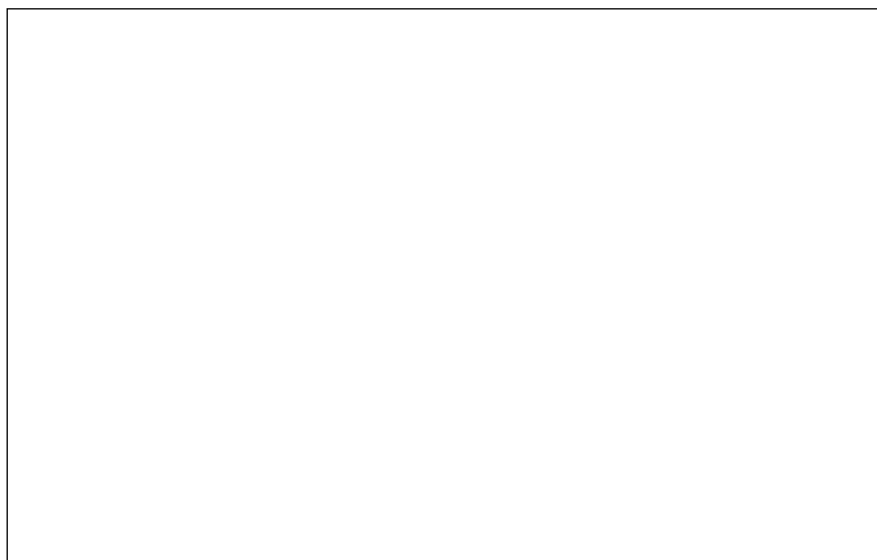


FOTO: PRESSENS BILD

Framtidens patient kan förväntas utnyttja den nya informationstekniken vid sina kontakter med sjukvården.

karen på arbetsmarknaden, och den tekniska utvecklingen kommer att medge att medicinska bedömningar kan göras från vilket ställe i världen som helst. I en vidareutveckling av telemedicin, digital bildhantering och datajournaler ser vi en markant förändring av läkarens arbetsituation. I en framtid kan läkare bedriva såväl diagnostik som behandling, ja rent av kirurgi, på distans i en virtuell miljö via avancerad teknologi.

Kompetensen avgörande

Kompetens värderas högt i kunskapssamhället och den enskildes kompetens kommer att bli det som avgör vid tillsättningen av olika befattningar; faktorer som tjänsteår och ställning i hierarkin får mindre betydelse än i dag.

Kraven på flexibilitet och individanpassning ökar vad gäller såväl arbetstider som anställningsformer. En undersökning bland yngre läkare visar att kravet på fast anställning värderas mycket högt i dag. Samtidigt ser vi hur många kolleger väljer att arbeta för olika bemanningsföretag eller som självständiga konsulter i egna bolag. Detta kan ses som ett uttryck för ett behov på arbetsmarknaden av nya, mer flexibla anställningsformer.

Läkarens självbild

Hur ser då läkaren på sig själv i denna utveckling? Har kunskapssamhällets

nya värderingar påverkat läkarens bild av sig själv eller lever hon/han kvar i det gamla industrisamhällets värderingsystem? Kan en del av det missnöje man ser ute i landet och som avspeglas i debatten om läkarnas arbetsituation bero på just läkarna själva och den syn de har på sig själv och på hur arbetet ska drivas?

Vi svenskar är av tradition motvilliga till förändringar – så även läkarna. En läkare som för några år sedan återvände till en hög administrativ befattning inom sjukvården efter att i tio år ha arbetat inom läkemedelsindustrin slogs av hur konservativa de svenska under-

”Patienten kommer att ställa krav på sin läkares tillgänglighet. I takt med utvecklingen av e-post och interaktiva hemsidor kommer morgondagens patienter knappast att nöja sig med doktors telefon tid en gång i veckan.”

Författare

JOAKIM FÄRDOW
specialistläkare, Växjö.
joakim.fardow@ltkronoberg.se

läkarna är. Envist håller man fast vid den gamla mästare–gesällrelationen och inordnar sig i en traditionell hierarki, där position inte alltid baseras på reell kompetens.

I framtidens samhälle får de hierarkiska lösningarna mindre betydelse och arbetsformerna kommer att domineras av nätverk och olika teambildningar. Här blir doktors särställning inte längre självklar utan den enskilde läkaren måste hela tiden vinna auktoritet genom sitt handlande och sina beslut.

Kunskaperna utnyttjas inte

Läkarens huvudsakliga uppgift är att göra kvalificerade medicinska bedömningar och att erbjuda vård som kännetecknas av hög klinisk skicklighet. Samtidigt visar utfrågningar att många läkare, främst yngre, inte anser sig få använda mer än 10 procent av sina kunskaper i arbetet, vilket står i kontrast till civilingenjörer och civilekonomer vilkas kompetens utnyttjas betydligt bättre. (Hur stor del av Din arbetstid ägnar Du som läkare åt att fatta avancerade medicinska beslut?)

I framtidens sjukvård kommer större krav att ställas på att de medicinska besluten ska vara grundade på evidens. Detta innebär en upphöjning av kunskapens betydelse inom sjukvården och en förstärkning av läkarens ställning, som den som i sin unika egenskap av medicinsk kunskapsbärare kan uttolka och omsätta evidens i klinisk praxis.

Vidare betonas att sjukvården skall vara behovsstyrd – den med störst behov skall ges företräde till vården. Detta behov kan bara rätt bedömas av läkaren, som får en än viktigare uppgift i ett kunskapsbaserat arbete inför stundande prioriteringar och resursfördelning.

Professionell medicinsk expert

Genom att se sig själv som en professionell medicinsk expert som ställer stora krav på sin egen tillgänglighet och som har viljan att utnyttja informations- och nätverkssamhällets nya lösningar – och har ambitionen att inte bara ta makten över sin vardag utan också ett ansvar för formandet av en visionsstyrd hälso- och sjukvård – kan framtidens läkare finna sin nya identitet i kunskapssamhället. Här blir ledorden: kunskap, kompetens och flexibilitet.

Referens

1. Wahlström B. Efter Sverige – från nationalstat till nätverkssamhälle. Malmö: Liber Ekonomi, 1999.

Randomiserade studier bör tolkas med omsorg

Ett viktigt framsteg inom medicinen under detta sekel har varit en förnuftig tillämpning av statistik, och då särskilt användningen av randomiserade kontrollerade studier där kliniskt viktiga händelser är resultatmått – ett metodframsteg som kom sju år vid omröstningen bland Läkartidningens referenter om de viktigaste framstegen under 1900-talet (Läkartidning- en 51–52/ 99).

Vi erfar nu ett paradigmskifte då vi inte längre anser att epidemiologiska observationsstudier, interventionsstudier med surrogatvariabler som effektmått och beprövad klinisk erfarenhet utgör tillräcklig grund för att etablera nya terapitraditioner, i synnerhet inte när det gäller behandling av relativt välmående personer i syfte att förebygga (åter)insjuknanden.

Kardiovaskulär sjukdom

Det är först efter andra världskriget som den randomiserade studien har fått genomslag på allvar, vilket lagt grunden för en närmast succéartad utveckling inom bland annat kardiologin och onkologin. Framstegen är sålunda tydligast när det gäller begränsning av skadeverkningarna av manifesta sjukdomar som ischemisk hjärtsjukdom och cancer. Inom området kardiovaskulär sekundärprevention har även en del framsteg påvisats i kontrollerade studier, och då främst i form av behandling med statiner, lågdos-ASA och betablockerare efter hjärtinfarkt samt ACE-hämmare vid hjärtsvikt.

När det gäller primärprevention har effekten av medicinering inte varit lika uppenbar, utom i vissa fall hos högriskindivider med diabetes eller med flera

”Hippokrates’ ord klingar allt vassare i mitt öra:

»Primum non nocere».

Och förvånad åser jag ett och annat försök i lobbyn att förlöjligen en del rättrådiga skeptiker som kräver rimliga bevis för nyttan med livslång medicinering av icke symtomgivande riskfaktorer. Bland allmänläkarna tycks skeptikerna bli allt fler, vilket gör mig hoppfull inför framtiden när det gäller rimligt säkerställd effekt av medicinsk behandling och en mer rimlig läkemedelsnota.”

riskfaktorer såsom rökning, bukfetma, hypertoni eller hyperkolesterolemi. Vid måttlig hypertoni i medelåldern förefaller antihypertensiv medicinering motiverad endast vid påtagligt förhöjd risk för hjärtkärlsjukdom [1].

Randomiserade studier visar även att diuretika och betablockare är förstahandsval i de flesta fall då behandling är indicerad [2-4]. I fallet statiner finns en icke avskriven misstanke om karcinogenitet, vilket endast visats hos råttor och i högre doser än de aktuella hos människa men som nästan aldrig diskuteras [5]. På grund av denna farhåga samt avsaknad av randomiserade långtidsstudier med övertygande effekt på totala mortaliteten medicinerar jag sällan förhöjt serumkolesterol utan andra påtagliga riskfaktorer.

Läsning påverkar arbetsättet

Sedan jag själv har börjat läsa centrala vetenskapliga arbeten händer det då och då att jag på basen av randomi-

Författare

STAFFAN LINDEBERG,

med dr, universitetslektor, samhälls- medicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Lunds universitet.

Staffan.Lindeberg@smi.mas.lu.se