

”Dessa samtal ligger nära kärleksmötet – inga andra mål sätts än de som formas under själva mötets gång. Alltså, genuint mänskliga aktiviteter låter sig inte lätt operationaliseras så att de kan värderas vetenskapligt.”

verklig nytta av tekniken, inte utsätts för den därför att medicinen som helhet är förförd och fångslad av sin egen skapelse!

#### »Dialogue based or evidence based medicine?»

Ett annat begrepp med tekniska implikationer som lyftes fram i Linköping var »evidence based medicine». Professor Starfield har visat att allmänläkare arbetar mer hälsobefrämjande och kostnadseffektiva än organspecialiserade läkare [1]. Också här bör vi emellertid vara försiktiga och inte svälja ännu ett modebegrepp med hull och hår. Begrepp kan bli gudomliga om de predikas tillräckligt ofta (statistisk signifikans, IT, bredband).

Risken finns att vi är fångslade av de tysta tankar som styr organspecialiserade verksamheter när vi försöker utvärdera den allmänmedicinska. Det kan vara just detta som gör att intresset för att utforska dialogen som professionell hållning fått stå tillbaka för studier av tekniskt hanterbara göromål. När allmänläkares verksamhet är som bäst vilar den, inte på »diagnose ...», utan på »dialogue based medicine».

#### Reformerad läkarutbildning borde starta på vårdcentral

För att återigen på allvar göra dialogen till bas i läkarens arbete kan läkarutbildningen behöva reformeras. En god början är att erbjuda AT-läkare att inleda sin praktiska utbildning på lämplig vårdcentral, inte som nu på sjukhus. Med vårdcentralen som bas kan AT-läkarna försiktigt och gradvis också börja lära känna hur sekundärvården fungerar. Då kan de tidigt under sin formbara period enkelt inse och för alltid minnas innebörden i metaforen: »Om militära

mätningar visar tecken på främmande undervattensverksamhet, tänk fisk!»

Det vanliga är oftast det lättaste att se! Eftersom en patients önskade upplevelser av eventuell sjukdom bäst kan mötas och lösas upp i samtal är det lämpligt att alltid först använda samtals möjligheter innan det okända attackeras tekniskt. Först professionell dialog, sedan kompletterande diagnostik eller åtgärder riktade mot symtomen: dialogue based medicine.

Ofta undrar unga läkare efter att ha fullgjort sjukhusdelen i sin AT-läkarutbildning: »Hon söker för ... (t ex yrsel). Nu har jag uteslutit det och det och gjort så och så ... Är det något mer (underförstått: tekniskt) jag bör tänka på?» Var har de lärt sig att tänka så? Om de fick inleda sin AT-tjänstgöring på vårdcentral skulle vi oftare kunna få höra: »Nu har jag och patienten kommit fram till att hennes yrselupplevelser kan stå för svindel ... svindlande tanke ... maken har ALS ... Visst kan jag vänta med (teknisk) utredning, eller ...? Vi ska träffas igen. Kanske håller hon sin otänkbara framtid otänkt med sin tänkbara upplevelse?»

#### Barnuppföstran, kärlek och vetenskaplig evidens

Det finns många exempel på framgångsrika verksamheter som med fördel bör fortsätta fastän de inte kan visas vara särskilt effektiva. Vi fostrar barn utan att evidensbasera våra tilltag. Kärlek och dans är andra exempel på sådant som vi höftar till, likaså hälsofrämjande dialoger med patienter med så kallade obestämda lidanden.

Dessa samtal ligger nära kärleksmötet – inga andra mål sätts än de som formas under själva mötets gång. Alltså, genuint mänskliga aktiviteter låter sig inte lätt operationaliseras så att de kan värderas vetenskapligt.

Argument för värdet av dialog i praktiken ska inte riktas mot rationellt använd medicinskt teknik. Den tål att granskas. Ty varken medicinsk teknologi eller evidensbaserad medicin är »a gift from God».

#### Referenser

1. Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. SoS-rapport 1999; 19.
2. Björkelund C. Är allmänmedicinen effektiv? Allmänmedicin 2000; 21: 39.
3. Hellström O. Patienten som person. Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik [dissertation]. Umeå University Medical Dissertations New Series No 585. Umeå: Umeå University, 1999.

## Punkt för debatten innan den börjar?

Ju fler diagnostiska hjälpmedel och behandlingsmetoder som tas fram, desto fler läkare behövs. Om därtill politikerna slutade med sina besparingskrav så skulle det i hög grad gagna patienternas hälsotillstånd. Så kan man sammanfatta Josef Milerads tillrättavärande svar på mitt korrespondensinlägg i Läkartidningen 19/00 (sidan 2384) om den allt högre andelen läkare i befolkningen.

#### Doktorn har ju alltid rätt

Han har säkert rätt. Det har ju alltid doktorn. Möjligen skulle man kunna tänka sig att bättre hjälpmedel, som i andra branscher, ibland också kan minska behovet av mänskliga insatser. Men Milerad ser inte någon ände på hur många läkare som behövs. Forskning och utveckling driver hela tiden på.

Mer bekymrad är jag dock över att tidningens medicinske chefredaktör på hela kårens vägnar synes vilja sätta punkt för en debatt innan den ens börjar.

Bosse Tolander

chefredaktör för Läkartidningen  
1988–1996

## Berättigat diskutera arbetstidens utnyttjande

I mitten på 1960-talet diskuterades i Sylfs styrelse att 20 procent av arbetstiden borde ägnas åt dokumentation, samråd, konferenser, utbildning osv. Tio år senare kunde vi från Skaraborg i en artikel i Läkartidningen visa att denna sk bastid inom barnpsykiatri vuxit till 75 procent. Efter ytterligare tjugo år finns fler och fler siffror om samma tendens i hela sjukvården, låt vara med i snitt något större andel direktkontakt med patienter.

#### Förvånande svar

Mot denna bakgrund kan man förvånas över det nonchalanta, närmast nedlåtande svaret i Läkartidningen 19/00

(sidan 2384) på Bosse Tolanders frågor om läkartäthet och produktionsförhållanden i sjukvården.

Det finns – som också Tolander framhåller – många legitima skäl till att vi har ett gap mellan behov och resurser trots en mångdubbling av bland annat antalet läkare. Och som framgått av Olle Edhags och andras utredningar är det svårt att peka ut något som görs i vården som omotiverat eller obehövligt.

### Användningen av arbetstiden diskuteras inte

Men det är ändå egendomligt att vi haft en stor statlig utredning och nu en stående delegation för att rangordna vilka sjukdomar och vilka mediciner som man skall satsa skattepengar på. Men nästan ingen offentlig diskussion om prioritering av olika arbetsinsatser och användning av arbetstiden.

Bosse Tolanders efterlysning av en

»genomträngande analys» av personalbehovet i vården är väl högst berättigad. Man kan t ex fråga om alla former av dokumentation är lika nödvändiga? Alla kategorier av samråd, konferenser och utbildning? Om det kanske finns prioriteringsaspekter beträffande förekomsten av en ständig omorganisation, täta byten av chefer osv?

Josef Milerad antyder betydelsen av den sistnämnda faktorn, men konkluderar att »Den ökande andelen läkare ... beror på tillkomsten av helt nya specialiteter och nya möjligheter att diagnostisera och behandla ...».

Är Läkartidningens nye medicinska redaktör redan så fången i det politiskt korrekta att han blundar för de olika intressen, fackliga såväl som politiska och juridiska, vilka tenderar att inskränka det medicinska innehållet i vården?

*Claes-Göran Westrin*

professor emeritus, Uppsala

Kommentar:

## Gapet mellan medicinska framsteg och resurser kan inte trollas bort

Bosse Tolander och Claes Göran Westrin är kritiska till mitt genmäle som de menar på ett mästrande sätt bagatelliserar frågan om läkarresurser. Det är tråkigt att diskussionen har fått en sådan vinkling eftersom det jag uppfattar som kärnfrågan i Bosse Tolanders inlägg om läkartätheten – förhållningssättet till ett ökande utbud av allt effektivare (och mer resurskrävande!) diagnostiska och terapeutiska metoder – är en central fråga i dagens medicinska debatt.

Ämnet har hög relevans även för medicinska redaktörer som skall presentera detta för läsarna – det var anledningen till att jag kommenterade inlägget.

### Ingen effektiviseringsdelegation

Det är en självklarhet att man hinner producera mer och bättre i en effektiv organisation. Det är också allmänt omvittnat att organisationen i stora delar av den svenska vårdsektorn lämnar en hel del att önska. En bra organisation kan minska klyftan mellan sjukvårdsutbud och sjukvårdsbehov, men vi kan inte – som Claes Göran Westrin antyder – organisera oss ur dilemmat att antalet möjliga medicinska åtgärder ökar, och

därmed också antalet doktorer som skall verkställa dessa åtgärder. Det är ingen slump att vi har en prioriteringsdelegation men ingen effektiviseringsdelegation; det är få som tror att gapet mellan medicinska framsteg och tillgängliga resurser kan trollas bort genom man skär ned på konferenser och utbildning.

### Vad anser läsarna?

Vår, liksom flertalet andra tidskrifters medicinska rapportering, präglas säkert av detta synsätt på resursfrågan. Vi håller läsarna à jour med de nya tekniker som kommer och granskar nyttan (och kostnaderna) av dessa åtgärder utifrån den evidensbaserade medicinens perspektiv.

Det är inget utslag av läkarpolitisk konformism men det kanske kan uppfattas som att vi stirrat oss blinda på det medicinska och förbisett betydelsen av hur man disponerar sin arbetstid.

Det vore intressant att höra läsarnas synpunkter och reaktioner.

*Josef Milerad*

medicinsk chefredaktör,  
Läkartidningen

## Dialog mellan teologer och naturvetare – ja, men finns intresset?

Ett ökande intresse för dialog mellan teologer och naturvetare kan man läsa om i Läkartidningen 22/00 (sidorna 2756-61). Som naturvetare är jag intresserad av att inhämta fakta för att därefter kunna föra ett konstruktivt resonemang. Finns det ett motsvarande intresse bland teologer?

### Naturvetenskapens kunskap går att verifiera

Teologi handlar om Gud och har rimligtvis olika innebörd beroende på vem som definierar. Gudsbegreppet förekommer i t ex kristendomen, judendomen och islam. Till grund för gudsbegreppet finns ofta urkunder som människor tecknat ned och som med tiden fått allt större betydelse. Det som skiljer dessa dokument från naturvetenskapliga rapporter är att händelser eller företeelser som dokumenterats på ett naturvetenskapligt sätt går att upprepa eller verifiera på ett eller flera sätt.

### Definiera Gud

Att definiera Gud så som många religioner och troende gör, det vill säga att Gud är ett obestämbart medvetande i tillvaron, skapar intellektuella otydligheter, som kan vara svåra att leva med men är samtidigt en självklar tröst för

### Till signaturen

”Nemo Nisi Mors”

Möjlighet finns att anonymt ta kontakt med Läkarförbundets kollegiala nätverk. Nätverket är till för läkare som behöver någon att tala med om personliga angelägenheter som rör arbete eller privatliv. Kontaktperson är beteendevetare Inger Löfvander, Sveriges läkarförbund, tel 08-790 33 87 (direktnummer), e-post: kollegialt.natverk@slf.se

*red*