

Vad skiljer ”kundcentrering” från vår traditionella läkarroll?

Verksamheter som inte klarar av att utveckla strategier för att införa ny kunskap och rensa ut förlegad, förlorar förtroende och undergräver sin egen existens.

Detta budskap i artikeln »Traditionellt förbättringsarbete räcker inte!» av Magna Andreen Sachs och medarbetare i Läkartidningen 30–31/00 (sidorna 3380–3) visar på ett slående sätt skillnaderna i synsätt mellan sjukvårdens politiker och tjänstemän å ena sidan och många av oss läkare å den andra.

Liknande formuleringar har jag hört flera gånger tidigare, varje gång förvånats och inte förstått beskrivningen. Jag förmodar att få kliniskt verksamma läkare upplever ovanstående fel i vården som så allvarliga som artikelförfattarna antyder att de gör.

Utan att ha några synpunkter på artikelns huvudinnehåll – kontinuerligt lärande är väl alltid bra – så är dess inledande motiverande del svårattlig på flera punkter.

Patientens centrala roll

En sådan är resonemanget om patientens centrala roll. Läkarens viktigaste uppgift har alltid varit att se till sin patients bästa, att jämnt vara patientens talesman och vakt. Denna lojalitet är enkel och tydlig för varje läkare. De råd och behandlingar som vi ger våra patienter är de vi uppfattar som de bästa för den aktuella sjukdomen.

Kundfokusering

Varje gång man hör politiker resonera om »kundfokusering» undrar man vad som skiljer denna »hörnsten i modernt utvecklingsarbete» från vår traditionella roll. Många av oss upplever snarare att sjukvårdens organisatoriska reformer och ekonomiska styrsystem bidragit till att dribbla bort förutsättningarna för oss att behålla patienten i centrum. Detta trots att vi försökt ha det rätta processtänkandet och helhetssyn.

Kunskapsgap

En annan punkt är betydelsen av »kunskapsgapet». I de två artiklar som Andreen och medarbetare refererar till inledningsvis går det inte att finna bevis för att detta problem är speciellt stort eller ökar. Jag känner heller inte igen från sjukvårdsvardagen att vi är speciellt dåliga på att rensa ut förlegade metoder.

Kanske har författarna ytterligare referenser som styrker denna tes?

Trots idoga försök kan jag inte heller komma på vad som menas med »traditionellt förbättringsarbete» – det som inte längre räcker i min verksamhet. Är det klinisk forskning och artiklar i medicinska tidskrifter?

Gapet personal–politiker

Jag förstår önskan att skapa en kostnadseffektiv och högkvalitativ sjuk-

vård. Det vill vi väl alla. Men betyder högkvalitativ samma sak för mig som för er? Om vi ska samarbeta om nödvändiga förbättringar av sjukvården behöver större kraft ägnas åt att förstå varandras synsätt. Artiklar av denna typ kan leda till att gapet mellan politiker och sjukvårdspersonal ökar. Detta gap tror jag är mycket farligare för vården än det som artikelförfattarna diskuterar.

Eric Wahlberg

kirurg, Stockholm

Replik:

Modernt utvecklingsarbete är ett *komplement*

Vi måste beklaga att vi formulerat oss så otydligt att Eric Wahlberg uppfattat det som att vi skulle åsidosätta läkarens engagemang för den enskilda patienten, och inte värdera det som ett uttryck för en sann »kundfokusering»!

Vad vi pekar på i vår artikel är behovet av ett patientfokuserat utvecklings- och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården. Det ligger inget motsatsförhållande i detta. Det är inte fråga om *antingen–eller* utan i högsta grad *både–och!* Hela systemet måste bli patientorienterat. Det räcker inte med att personalen är det.

Liksom Wahlberg konstaterar vi också att reformarbetet inom hälso- och sjukvården under senare år haft »tveksam effekt beträffande verkliga förbättringar för patienterna».

Kunskapens användning

Vad gäller Wahlbergs bristande förståelse för det påstådda »kunskapsgapet» beror den kanske på att Wahlberg har förmånen att arbeta i en organisation som kontinuerligt och aktivt införlivar evidensbaserade metoder och utmönstrar de förlegade? En lycklig situation i så fall för patienter och medarbetare!

Tyvärr är ju inte bilden lika ljus överallt! Det kan vi bl a avläsa i de nationella kvalitetsregistren samt i uppföljningar som görs beträffande följsamhet mot riktlinjer [1,2]. Nu är ju gapet mellan den kunskap som faktiskt finns och den som kommer till användning på intet vis ett unikt fenomen för hälso- och sjukvården utan kännetecknar hela det s k

kunskapssamhället. SBU och Marsdatabasen är redskap som syftar till att överbrygga gapet.

Modernt utvecklings- och förbättringsarbete är det *komplement* till det traditionella förbättringsarbetet som behövs för att införliva nya kunskaper i den takt som patienterna har rätt att kräva – och förväntar sig. Med traditionellt förbättringsarbete menar vi just som Wahlberg förmodar: »traditionell forskning och artiklar i medicinska tidskrifter». Det behövs alltså *både* traditionellt *och* modernt förbättringsarbete!

Ansvar för överbyggningen

På tal om gap: visst är det önskvärt att politiker och sjukvårdspersonal ägnar mer kraft åt att förstå varandras synsätt och överbrygga »gapet» i förståelsen för vad som på ömse sidor menas med god hälso- och sjukvård. Ansvar för att så sker vilar som alltid i lika mån på bägge parter.

Säger vi som varken är politiker eller sjukvårdspersonal (fast sjukvårdspersonal har vi varit i många år!).

Magna Andreen Sachs

Carina Svensson

Jan-Erik Synnerman

Jesper Olsson

Referenser

1. Stenstrand U, Wallentin L, Sonnhag C. Akut kranskärlsvård – framgångsrik, men ojämlig. Läkartidningen 1998; 95: 2812–8.
2. Berglund U, Karlsson E. Betydande underbehandling av hög kolesterolnivå vid kranskärlssjukdom. Läkartidningen 2000; 97: 155–7.