

Ersätt »positiv särbehandling« med »korrigerande för negativ särbehandling«!

II »Positiv särbehandling« är i och för sig ett vackert uttryck, men risken är stor att det misstolkas och ges en negativ betydelse. Begreppet används vid tjänstetillsättningar, och ett syfte har varit att jämnar ut eventuella könsskillnader i antal anställda och därmed öka möjligheten för »underrepresenterad kön« att anställas inom en viss yrkesgrupp. Oftast har kvinnor varit det »underrepresenterade könet«.

Pedagogisk risk

Det finns en klar pedagogisk risk med att använda uttrycket »positiv särbehandling«. Det kan uppfattas som att en person, som har mindre reella meriter än en annan person, genom en »positiv särbehandling« skulle premieras på grund av sitt kön och »lyftas upp« till en befattning som hon eller han annars inte skulle ha fått.

Vårt förslag är därför att begreppet »positiv särbehandling« avskaffas och ersätts med ett begrepp som bättre beskriver verkligheten, och som också gör det pedagogiskt lättare att förstå vad det

hela handlar om, nämligen begreppet »korrigerande för negativ särbehandling«.

Den mycket skeva könsfördelningen när det t ex gäller professorer i Sverige torde inte bero på att kvinnan är mannen intellektuellt underlägsen, något som vi tror att alla nu är överens om. Det har också övertygande visats, bland annat i en uppmärksam artikel i Nature [1], att kvinnor när det gäller vetenskaplig bedömning i många fall särbehandlats negativt.

Rättsviseskäl också

Det är denna situation vi har att utgå från, och i detta läge måste det vara pedagogiskt mer korrekt att använda det korrekta begreppet »korrigerande för negativ särbehandling«. Förutom att ersätta ett felaktigt begrepp med ett korrekt är detta en åtgärd som inte bara motiveras av att det är viktigt att få en jämnare könsfördelning, utan även av rena rättsviseskäl.

Vi väckte denna fråga till Jämställdhetskommittén vid Göteborgs universitet,

som hade uppe frågan med Utbildningsdepartementet och Högskoleverket. Där avvisade man frågan om en ändring av begreppet »positiv särbehandling« med att det är en juridisk term som av juridiska skäl inte kan ändras.

Kan inte juridiska termer ändras?

Vi har svårt att förstå denna motivering. Kan inte felaktiga juridiska termer ändras? Är det verkligheten som skall anpassa sig efter juridiska termer, eller juridiska termer som skall anpassa sig efter verkligheten?

Calle Bengtsson

professor emeritus

Cecilia Björkelund

professor;

både vid avdelningen för allmänmedicin, Vasa sjukhus, Göteborg

E-post: calle.bengtsson@allmed.gu.se

Referens

1. Wennerås C, Wold AE. Nepotism and sexism in peer-review. *Nature* 1997; 387:341-3.

Fel att slopa ensamläkarmottagningarna

II I Läkartidningen 3/01 (sidorna 148-9) intervjuas Hälso- och sjukvårdsnämndens i Göteborg ordförande Caterina Franceschi om det planerade nya systemet med fast läkarkontakt i Göteborgs primärvård. Hon säger bl a: »Vi vill inte ha avtal med läkare som ensammar driver mottagningar, den varianten tror vi är förlegad.« Själv tror jag att ensamläkarmottagningarna fyller en viktig funktion av flera skäl.

Vanlig driftsform med små enheter

Så länge läkare över huvud taget har bedrivit praktik har de mindre ensamläkarmottagningarna svarat för en viktig del av den öppna vården utanför sjukhusen. Det är först de senaste decennierna som gruppläkarmottagningar och vårdcentraler, i vissa länder, börjat ta över allt mera av den öppna vården. Detta har ofta skett under politisk styrning.

Ser man på samhället i övrigt så är mindre enheter en mycket vanlig driftsform, t ex optiker, frisörer, guldsmeder, urmakare, pizzerior, advokater, revisorer och boutiqueer. Man kan fråga sig varför olika yrkesgrupper väljer en sådan etableringsform om små enheter skulle vara så usla. Konkurrensen skulle säkert gallra ut dessa om de ej fungerade.

Om jag frågar patienterna på min egen ensamläkarmottagning varför de vill gå här, anger de dels att de tycker det är mer personligt än på de större enheterna, dels att de på en mindre enhet är garanterade att alltid få träffa sin egen läkare och sin egen sköterska som känner dem, samt, slutligen, för vissa patientkategorier att anonymiteten är garanterad att behållas inom en mycket liten krets.

Ingen risk för utspädd ansvar

På en ensamläkarmottagning finns ingen risk för ansvarsutspädning, vare sig för en enskilda patientens skötsel eller för verksamheten i övrigt. Varje beslut om att lämna mottagningen och vidtala någon kollega i grannområdet att ta över ansvaret kräver noggrant övervägande.

Eftersom jag jobbat i offentlig vård i 20 år (varav åtta år med administrativa ledningsuppdrag i primärvården) innan jag blev privat, vet jag att ju större en enhet är, desto större är risken att läkarna lämnar mottagningsarbetet med patienterna för att på arbetstid delta i möten, studiebesök, kurser etc.

Problem att vissa inte fungerar

Varför vill man skrota oss? När man talar med personer med insyn i beslutspro-

cessen får man besked att det beror på att man ibland haft problem med några ensamläkarmottagningar på grund av att den enskilde läkaren där ej fungerat optimalt. Dock finns det inget som tyder på att problemen här skulle vara mer utbredda än på t ex en vårdcentral.

Ett annat argument är att man vill ha ett bättre samarbete mellan olika specialiteter och yrkesgrupper. Detta skulle man uppnå genom att man bygger större enheter innehållande allmänläkare, vissa specialistläkare, distriktsköterskor och sjukgymnaster. Hur stora enheter man än bygger är det dock bara en liten bråkdel av alla samarbetspartner man kan samlokalisera till samma byggnad.

Själv samarbetar jag med kanske 30 specialistläkarmottagningar på och utanför sjukhusen, ett dussin sjukgymnastmottagningar, 10 distriktsköterskegrupper. Det finns ingen möjlighet att samlokalisera alla dessa enheter. Remisser, brev, telefonsamtal och personliga möten hemma hos patienten kommer alltid att utgöra grundbulten i samarbetet.

Ekonomisk överblick och kontroll

I en artikel i Dagens Industri 25/10 2000 redovisar företagsrekonstruktören Hans André de ofta stora svårigheter

som möter personal som i privat drift skall ta över en större vårdcentral.

Vanligen blir resultatet att den ekonomiskt oerfarna personalen inte klarar av det utan överlämnar det mesta till t ex Praktikertjänst, eller att Bure och andra stora intressenter tar över verksamheten.

Offentligt monopol hotar att ersättas av privata oligopol, vilket knappast är vad de flesta önskar.

Jag har total överblick och kontroll

över allt som händer vilket är mycket tillfredsställande.

Stordriftstänkande

Politikers och tjänstemäns stordriftstänkande har skapat mycket problem i sjukvården. Även i primärvården förhärskar tyvärr ett stordriftstänkande som leder till onödigt stora enheter.

Lyssna på läkarna och se hur läkarna själva väljer att etablera sig när etable-

ringen har släppts lös, vilket har skett under den borgerliga regeringstiden under 1980- och 1990-talen! Då skedde en stor etablering av ensamläkare som ofta placerade sig på de ställen där politiker i årtal efterlyst etablering, nämligen i de mera perifera stadsdelarna där människor bor.

Peter Lindvall

privat allmänläkare, Göteborg

Hätska diagnosdiskussioner inget nytt

III Läkartidningen 1-2/01 (sidan 12 frågar professor Lars H Jakobsson, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitets-sjukhus: »Handen på hjärtat – har du läst Helsingforsdeklarationen?».

Mitt svar är »ja«. I min bok »Som man ropar på tonåringen får man svar« (Carlssons, 1994) har jag satt följande citat ur deklARATIONEN som motto för kapitlet »STAR, en terapeutisk diagnosmetod«:

»Avsikten med biomedicinsk forskning innefattande mänskliga individer måste vara att förbättra diagnostiska, terapeutiska och profylaktiska metoder och förståendet av sjukdomens orsaker och förlopp. ... Vid behandlingen av patienten måste läkaren vara fri att använda en ny diagnostisk och terapeutisk metodik, om efter hans eller hennes bedömning den erbjuder hopp om att rädda liv, återställa hälsa eller minska lidande.«

Hätska diagnosdiskussioner på 1950-talet

I början på 1950-talet vikarierade jag på vuxen- och barnpsyki i Lund. Redan där fördes hätska diagnosdiskussioner mellan lesionstroende och psykoanalysfrälsta kolleger. Men professor Essen-Möller styrde sitt skepp med fast hand.

Av hans elev Gunborg Uddenberg, överläkare på barnpsyki i Lund, lärde jag mig särskilt att se läsionstecken i våra små patienters ansikten. På hennes disputation litet efter min Lundatid extrapolerade tre professorer i ämnena pediatrik, gynekologi och neurologi och dessutom en barnöverläkare.

Pediatrikprofessorn Sieve, som kallades »barnpsykiatriens fiende nummer ett«, anmärkte på att respondenten inte hade klätt av patienterna i sitt barnpsykiatriska material, som utgjordes av patienter som var prematurt födda. I pausen före betygssammanträdet kom Gunborg bort till mig och frågade »tycker du inte dom är elaka?»

Kollegerna är elaka i debatten

Det tyckte jag och nu tycker jag också att mina barnpsykiatriska yngre kolleger Christopher Gillberg och P-A Rydelius

och min jämnåriga f d kurskamrat Rolf Zetterström, alla tre professorer, är elaka mot varandra i sina debattartiklar i Läkartidningen.

Diagnosregistrering

Till journalerna på Lundakliniken, där barnpsyki då bara var en av avdelningarna, hörde nålkort, där både etiologiska och symtomatologiska diagnoser måste registreras. Och det blev många hål klippta på de nålkorten.

När jag litet senare vikarierade hos Hans Curman på Stockholms barnvårdsnämnds rådgivningsbyrå lärde han mig att det var psykologerna som satt inne med kunskapen. Där fanns också nålkort men mycket få hål var klippta, och då nästan utan undantag hålet för »neuros«!

Hos Elis Regnér i Göteborg skrapade jag ihop min specialitet i barnpsykiatri under nio somrar. Där fanns inga nålkort. Journalerna skrevs av samtliga teammedlemmar och med en salomonisk sammanfattning av klinikchefen själv, som kommit från vuxenpsykiatri och inte hade disputerat.

Till mina egna journaler på 1950- och 1960-talen, före den barnpsykiatriska klinikens tid i Linköping, fördes också nålkort utifrån frågesiffrorna. Med denna förutsättning kunde min journalblankett lätt anpassas för datorisering av datacentralen på Karolinska sjukhuset 1965.

Patientnära forskning med STAR

I Överläkaren 6/00 frågas det hur vi kan rädda den kliniska forskningen som »är särskilt hotad både vad gäller kvalitet och kvantitet«. Man skriver: »Klinisk forskning har fått lägre status där MFR spelar en huvudroll i sin anslagsfördelning som riktningssgivare till övriga finansierare. Under en tioårsperiod har MFR sänkt den patientnära forskningens andel från 40 % till 25 %, medan icke patientnära forskning står för resten.«

Man konstaterar: »Således håller den patientnära forskningen på att gå i graven«. Den skulle kunna återuppstå, inte

bara i barnpsykiatri utan också i andra medicinska discipliner, om man ville börja tillämpa anamnesmetodiker av liknande slag som STAR.

Etik och symtomdiagnoser

I Läkartidningen 1-2/01 (sidorna 8-10) fann jag en artikel av Per Sundström, professor i etik i Oslo, »Sju kriterier för klinisk forskningsetik. Nyttiga om de tillämpas med kärlek till läkekonsten och patienten«.

En gång var jag med som åhörare på hans disputation i Linköping då filosofiprofessorn Lennart Nordenfelt var hans handledare. Ämnet för Sundströms avhandling var medicinska diagnoser. Nyss hittade jag ett brev från honom, daterat 23/12 1985, med noteringar han gjort efter det att han läst papper där jag börjat skissa på det avhandlingsarbete jag som nypensionerad hade tagit upp igen.

Första gången hade jag i mitten på 1970-talet haft barnneurologen Orvar Eeg-Olofsson som handledare, och denna gång på TEMA vid universitetet i Linköping var det sociologen Karin Tengvald och statistikern Erik Leander som var mina handledare. Bägge gångerna var Gösta Tibblin min tillskyndare.

Per Sundströms »noteringar« löd: »Theoretical features to be emphasized: no disease entities required, simplicity, anamnestic interrogation of patient/client and/or parents/other familymembers is (already) the beginning of therapy.«

Han fortsätter: »Det är naturligtvis upp till Dig att bedöma vad nytta Du kan ha av dessa noteringar. För övrigt har jag noterat Dina korrespondenser i LT.«!

Brita Mannerheim

tidigare överläkare vid barnpsykiatriska kliniken i Linköping, och under ett och ett halvt år vikarierande klinikchef, som är beredd att hålla seminarier för unga kolleger som vill veta hur hon och hennes team under sjutton år arbetade med de tonåringar som, utan Tonårsbyrån i Linköping, kunde ha hamnat i fängelse med en symtomdiagnos, t ex ADHD