


Har det blivit sämre att vara doktor?

 Läkarnas tillfredsställelse med sitt yrke är på nedgång enligt många undersökningar. Förhållandet har väckt uppmärksamhet i framför allt USA. Bland förklaringarna noteras en mer osjälvständig yrkesroll, tidsbrist, ökade krav från försäkringsgivare och juridiska institutioner samt medikolegala problem. Missnöjda läkare får lätt missnöjda patienter. Såväl patienters som läkares tillfredsställelse med vården behöver följas upp systematiskt.

GÖRAN NILSSON
överläkare, medicinkliniken, Västerås lasarett
(goran.nilsson@tvastmanland.se)

|| Tiden närmast efter andra världskriget var den bästa tiden att vara doktor i. Han – för det var naturligtvis mestadels en man – stod då på höjden av sin prestige, omgiven av beundrande personal och nöjda och tacksamma patienter. Doktorn utövade sitt yrke med stor frihet och självständighet, jobbet var säkert och inkomsterna mycket goda. Den vetenskapliga bakgrunden till läkares arbete gav stor prestige och ifrågasattes sällan. Doktorn var nöjd med sitt arbete.

Växande missnöje

Hur mycket av verklighet och hur mycket av romantiserande nostalgi ligger i denna bild, som med stöd av sociologiska undersökningar målas upp av den medicinske vetenskapshistorikern Edvard Shorter i boken »Doctors and their patients« [1]? En motsvarande svensk bild av en glorifierad läkarroll återfinns t ex i Ingemar Bergmans film »Smultronstället«.

På senare tid har det i framför allt USA publicerats en hel del litteratur, som på ett inträngande sätt analyserar läkaryrkets utveckling under det sista halvsekle [2-5]. Dessa rapporter visar en nedgång, om än inte dramatisk, av läkarnas tillfredsställelse med sitt arbete. Två av tio amerikanska läkare är mer eller mindre otillfredsställda med att vara doktor [3]. Utvecklingen är likartad inom närliggande yrken, som tandläkare och sjuksköterskor. I Sverige kan vi också dra paralleller till utvecklingen av lära- rarnas situation.

Glädjen i vården är viktig och otillfredsställda läkare får lätt otillfredsställda patienter. Sådant som i onödan försäm- rar läkarnas tillfredsställelse med arbetet bör därför rättas till. Många av de orsakssammanhang som rapporterats i

amerikansk litteratur känns igen från den svenska sjukvården. Några av dem förtjänar att påpekas.

Alltmer begränsad frihet

Läkaren, som tidigare var en relativt fri yrkesutövare, har fått se sin autonomi begränsad. Hans eller hennes arbete präglas numera i stor utsträckning av rekommendationer och mer eller mindre tvingande styrning från ett betydande antal administrativa, politiska och professionella organisationer, t ex specialistföreningar, socialstyrelse, folkhälsoinstitut och landstingens beställaravdelningar. Alla har de stora ambitioner vad gäller att ha kontakt med och styra sjukvården ute på fältet. Även om denna styrning av det praktiska sjukvårdsarbetet ofta är värdefull kan den sammantaget bli alltför omfattande och ibland verklighetsfrämmande. Ironier över skrivbordsprodukter flödar friskt ute på landets läkarmottagningar.

Evidensbaserad medicin är ledstjärnan för dagens sjukvård. Kontrollerade, randomiserade studier av medicinsk utvärdering hör till de verkligt stora framstegen inom sjukvården under senare delen av 1900-talet. Vägjorda sådana studier är en av de viktigaste grunderna för evidensbaserad medicin och tvingar ofta fram ett drastiskt och i grunden mycket positivt omtänkande. De senaste rapporterna från kontrollerade, randomiserade studier av långtidsbehandling med östrogen [6, 7] kan tjäna som exempel. Dessa visar ju att behandlingen vanligen gör mer skada än nytta. Doktorn får dock inte alltid en lätt uppgift att förklara för patienten att den östrogenbehandling som han/hon tidigare rekommenderade i själva verket är skadlig.

Inom farmakologisk preventiv medicin, t ex behandling av högt blodtryck och höga blodfetter, har evidensbaserad behandling medfört stora framsteg – men den tar tid. Om de av US Preventive Service Task Force rekommenderade preventiva medicinska åtgärderna sam-

vetsgrant tillämpas på 2 500 patienter, med en köns- och åldersfördelning som USAs befolkning, beräknas de samman- taget kräva 1 773 timmar av årsarbetstiden för en läkare i primärvården. Detta innebär 7,4 timmars arbete per arbetsdag (sic!) [8].

Tidsbrist trots färre patienter

Brist på tid för kontakt med patienterna är enligt flera undersökningar en väsentlig orsak till läkares missnöje med arbetet, speciellt inom primärvården. Det finns något paradoxalt i detta, eftersom flera undersökningar visar att antalet patientbesök per arbetsdag minskar, vilket är något att fundera över. Telefonsamtal och elektronisk post utgör en tilltagande del av kontakten mellan patienter och läkare. Detta kommer inte fram i besöksstatistiken. Svärnätbara kvaliteter i vården, t ex tröstande och personliga samtal, kan ha trängts undan till förmån för hanteringen av en snabbt expanderande mängd av undersökningsresultat, medicinföreskrivningar och dokumentation.

Man får naturligtvis inte heller blunda för möjligheten att det finns kulturella generationsskillnader. En äldre generation läkare var kanske helt enkelt mer stresstålig än vad den yngre är.

Den moderna patienten

Flera undersökningar visar att patienterna genomsnittligt blivit kunnigare, förväntar sig mer information och är mera aktiva i att diskutera och ha synpunkter på sin vård. Sökning av medicinsk information via Internet praktiseras av många. Utvecklingen ställer stora och berättigade krav på läkarna att hänga med i den medicinska utvecklingen. Alla orkar inte leva upp till detta.

Den lovvärda utvecklingen mot större autonomi för patienterna understöds livligt av lagstiftare och politiker. För några år sedan möttes patienten i vänt- rummet på medicinmottagningen på Västerås lasarett av ett anslag som meddelade att patienten hade laglig rätt att få information om sin sjukdom! Detta betraktades tidigare som självklart men har nu blivit föremål för lagstiftarnas intresse! Det gällde för patienten att se upp och bevaka sina rättigheter hos doktorn.

Ibland kan den beskrivna utvecklingen naturligtvis slå över i en alltför krävande inställning från enstaka patienter, ibland förenad med en underliggande oro för att i en tid av valfrihet tvingas att ta alltför mycket ansvar för sin behandling. Överkrav från enstaka patienter

kan suga ut en doktor emotionellt. Medicinsk information via t ex Internet kan vara splittrad och svårtolkad. Behandlingen av en sjukdom är inte alltid självklar, och patienterna kan stöta på många professionella kontroverser i sitt sökande. Det kan inge oro, som tar tid att bearbeta vid läkarbesöket.

Besvärliga försäkringsfrågor

Flera undersökningar visar att läkaren upplever sitt förhållande till försäkringsgivare och juridiska institutioner som alltmer problematiskt [5]. I Sverige är det framför allt sjukskrivningsfrågorna som vällar bekymmer. Det uppstår lätt konflikter med patienten om läkaren är restriktiv med sjukskrivning. Rollen som dubbelagent för patient och försäkringskassa är grundligt avskydd av många doktorer. Möjligen hade läkaren förr en mera oomstridd auktoritet att bedöma lämplig sjukskrivningstid liksom andra sociala och ekonomiska faktorer i samband med sjukdom. Det rör sig här om frågor för vilka det ofta inte finns något svar som är rätt eller fel. Är t ex tre eller fyra veckor den rätta längden på en viss sjukskrivning? Svaret är sällan självklart. Någon, lämpligen doktorn, måste ha tillräcklig auktoritet att avgöra frågan.

Medikolegala problem

I USA har antalet domstolsprocesser i anslutning till läkarbehandling ökat kraftigt, vilket präglar många läkares vardag. I den totala kostnaden för en medicinsk åtgärd utgör i genomsnitt kostnader för olika slags advokatur i samband med åtgärden en snabbt ökande del. Läkarna tvingas gardera sig med allt mera omfattande försäkringar. Detta har bidragit till kostnadskrisen i den amerikanska sjukvården. Vårt system med Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har många brister, men det hanterar problem med verkliga eller förmenta felbehandlingar på ett sätt som ger relativt låg genomsnittlig medikolegal totalkostnad per medicinsk åtgärd och möjligen mindre press på läkaren.

Defensiv medicin med omfattande provtagningar kan bli följderna av alltför stor inriktning på medikolegala aspekter på sjukvården. Undersökningar visar att skamkänslor, självföreläuser och depression i anslutning till anmälningar och processer i vissa fall kraftigt minskar läkares yrkeskapacitet [9]. Detta problem har sannolikt ökat i omfattning.

Nöjda och missnöjda specialister

Ett slumpvis urval av 12 474 läkare från



ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

Överkrav från vissa patienter kan suga ut doktorn. Dessutom har specialistföreningar, socialstyrelse, folkhälsoinstitut och landstingens beställaravdelningar alla stora ambitioner vad gäller att ha kontakt med och styra sjukvården ute på fältet.

den amerikanska läkarkåren undersöktes i slutet av 1990-talet med tanke på sambandet mellan specialitet och yrkestillfredsställelse [2]. Stora skillnader noterades mellan den bästa specialiteten, geriatrisk internmedicin (60 procent mycket nöjda, 7 procent missnöjda) och den sämsta specialiteten, otorinolaryngologi (39 procent mycket nöjda, 36 procent missnöjda). Bland de bästa specialiteterna med tanke på läkarnas tillfredsställelse noterades neonatal-perinatal medicin, dermatologi och pediatrik, medan obstetrik-gynekologi, oftalmologi och ortopedi representerar den andra ändan på spektrumet.

Svårförklarliga skillnader

Det finns påfallande stora regionala variationer i förekomsten av missnöjda läkare. Medan 34 procent av läkarna i Miami, Florida, är missnöjda är bara 9 procent av läkarna i Lansing, Michigan, missnöjda [3].

Skillnaderna är svåra att förklara. Möjligen har läkarna en bättre samarbetskultur på vissa orter än på andra. Det uppkommer lätt positiva och negativa spiraler i utvecklingen. Om det på en ort finns en god arbetsatmosfär attraheras positiva personer, vilket förbättrar arbetsatmosfären ytterligare.

Samverkan med det omgivande samhället och anställningsförhållanden har givetvis betydelse. Hur vore det att låta

primärkommunens ledning ta över ansvaret för allmänläkaryrden från landstinget i vårt land? Varje svensk kommun måste ju ha minst ett par allmänläkare. Det är viktigt att administrativa beslut fattas nära läkarna så att de får en direkt och naturlig anknytning till den bygd där de verkar.

Könsperspektivet

Andelen kvinnor bland läkarna har ökat dramatiskt. I de yrkesaktiva åldrarna utgör för närvarande kvinnorna 30 procent bland de äldsta och 63 procent bland de yngsta i den svenska läkarkåren. I USA drivs ett stort projekt Women Physicians' Health Study [10, 11], som studerar kvinnliga läkares hälsa och arbetsförhållanden. Kvinnor trivs bäst i specialiteter som anses medge en kontrollerbar struktur på vardagslivet, t ex dermatologi, patologi och anestesio- logi. Trivseln är sämre för kvinnliga läkare i exempelvis allmän intern- medicin och primärvård – specialiteter som präglas av en gränslöshet, som gör det svårt att få kontroll på tillvaron.

Kvinnliga läkare är mer än manliga dito tillfredsställda med sina relationer till patienter och kolleger liksom med sin yrkeskarriär. De rapporterar däremot oftare än sina manliga kolleger att de är utbrända [11].

Kvinnliga läkare är mer än manliga dito tillfredsställda med sina relationer till patienter och kolleger liksom med sin yrkeskarriär. De rapporterar däremot oftare än sina manliga kolleger att de är utbrända [11].

Troget och respektabelt gammalt par

En väl fungerande läkarkår har stor betydelse för patienternas väl och ve. Läkarna är outhärliga för många funktioner i samhället. Patienternas tillfredsställelse med vården följs systematiskt upp genom stickprovsundersökningar, och liknande uppföljningar bör göras av läkarnas situation. Problem i läkarkåren spiller lätt över i problem för patienterna. Svepande vecklagan över att läkarna är överbetalda och sjukskriver för mycket tjänar inga konstruktiva syften.

Det är möjligt att problemen delvis ligger på ett djupt mänskligt plan. I hyrdoktorernas tid byggs sällan en långsiktig professionell och mänsklig relation upp mellan läkare och patient. En sådan relation karakteriserade t ex förhållandet mellan patienterna och många provinsialläkare, som förr ägnade ett livsverk åt en bygd.

De medicinska möjligheterna till en bra vård förbättras snabbt, men i förhållandet mellan läkarna och deras patienter finns det säkert mycket viktiga kvaliteter som gått förlorade och behöver återskapas.

Patienten och läkaren är trots allt ett synnerligt troget och respektabelt gam-

malt par som kämpat ihop under tusentals år. Deras relation bör vårdas väl.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Shorter E. Doctors and their patients. New Brunswick, New Jersey, USA: Transaction Publishers; 1991.
2. Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley S. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med* 2002;162:1577-84.
3. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997–2001. *JAMA* 2003;289:442-9.
4. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 2003;290:941-6.
5. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004;350:69-75.
6. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
7. Cherry N, Gilmour K, Hannaford P, Heagerty A, Khan MA, Kitchener H, et al. Oestrogen therapy for prevention of reinfarction in postmenopausal women: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2002;360:2001-8.
8. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93:635-41.
9. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Arch Intern Med* 2002;162:1217-9.
10. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. *Arch Intern Med* 1999;159:1417-26.
11. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med* 2000;15:372-80.



= artikeln är referentgranskad