

Färre processer, fler patienter!

Låt oss (åter)erövra den personliga patientkontakten

Genom ny teknologi har samhället utvecklats i alltmer abstrakt riktning. I sjukvården märks det genom att antalet direkta patientmöten minskat. Låt oss (åter)erövra den personliga patientkontakten! Låt oss också arbeta vidare med det konkreta förslaget till ett nationellt familjeläkarsystem, som trots vissa brister mig veterligt är det enda förslaget om en personligt färgad allmänmedicin.



CHRISTER PETERSSON
distriktsläkare, Vårdcentralen
Strandbjörket, Växjö
christer.petersson
@ltkronoberg.se

II Människan är en konkret, sinnlig varsel med stora sociala behov och förmåga till abstrakt tänkande. Hennes liv i de förmoderna samhällena var ofta kort, konkret och oförutsägbart. Livet i det moderna konsumtionssamhället är i materiellt avseende tryggare och mera förutsägbart, men också mera abstrakt och indirekt.

Ökat vetande, minskad överblick

Vetenskap och teknik, två grundpelare i det moderna samhället, är frukter av människans förmåga att tänka abstrakt. De har skapat en (kunskaps)utveckling i samhället som bland mycket annat innebär att allt fler vet alltmer inom allt mindre områden. Den genomsnittlige individen lever därför i en värld där han/hon vet allt mindre av allt som finns att veta, och där allt fler kontakter med omvärlden är »indirekta« via massmedier av olika slag. Möjligheten till överblick och djupare förståelse blir paradoxalt mindre när det totala vetandet växer.

Även om man som enskild individ kan njuta det moderna samhällets frukter i form av information, prylar, transporter, sjukvård och bekvämlighet finns i denna utveckling en grogrund för mänskligt främlingskap som är väl dokumenterad i vetenskap, konst och litteratur. När poeten Tomas Tranströmer skriver: »en abstrakt bild av världen är lika omöjlig som ritningen till en storm« berör han en central aspekt av den konkreta sinnliga människans främlingskap i en abstrakt värld.

Från konkret till abstrakt

Den snabba utvecklingen från konkret till abstrakt samhälle är alltså inte oproblematiske. Det gäller för familjeliv, arbete och samhällsliv i stort. Inom min

egen profession som allmänläkare i svensk sjukvård har mycket hänt under en 20-årsperiod. En dag på vårdcentralen i början av 2000-talet innehåller till exempel mångfaldigt fler indirekta kontakter än i början av 1980-talet. E-post, minicall, mobiltelefon, resultatgranskning av provtagningar, receptförskrivning och utredningar tar allt större del av tiden i anspråk, medan antalet direkta patientmöten har minskat. Samma tendens finns inom de flesta sektorer i samhället: färre personer, fler blanketter!

Processtänkande rutin i vården

Processtänkande inom industri och administration håller i viss mening på att bli rutin också inom vården. Många gånger är det effektivt, men ofta motsägelsefullt eller direkt kontraproduktivt. Parallellt med telefonins snabba utveckling har det till exempel blivit allt svårare att nå fram till vårdcentraler, apotek och försäkringskassor. Utan tvivel är detta ett uttryck för det abstrakta samhällets effektivitetsideologi, som tolererar många nätverk och elektroniska kontakter, men skyr tidskrävande personliga möten.

Mot denna effektivitetsideologi står den levande människan, som hunger efter direkt kontakt med andra människor. Det gäller inte minst för den

som har problem med hälsan. Det är klen tröst att bli uppringd om två veckor, när man behövt ett personligt möte idag.

Abstrakt administrativ rationalitet

När sjukskrivningarna springer i höjden och ingen riktigt vet vad det beror på satsar staten många miljoner på att utbilda läkare i att skriva sjukintyg. Som om konsten att fylla i rätt rutor i krångliga intyg skulle lösa ett samhällsproblem med starka existentiella inslag! Det är ett gott exempel på hur administrativt tänkande följer sitt eget abstrakta förnuft. Doktorer på fältet genomskådar, men har svårt att formulera motstrategier, därför att man har fullt upp med alla nya intyg och att sköta all annan formalia, som bakbinde både lust och kraft.

Här tror jag att allmänläkaren/familjeläkaren är särskilt utsatt. På goda grunder odlar vi inom allmänmedicinen en ideologi om den personlige doktorn, som ska vara lättillgänglig och erbjuda kontinuitet genom åren; en radikal ideologi, som det är lätt att få gehör för, men som blir allt svårare att realisera. Det är inte lätt att vara personlig doktor i en tid som inte har råd med personliga möten och där teknikens och administrationens ramverk blir alltmer tvingande samtidigt som patienternas krav på bekräftelse och gott bemötande ökar.

Finns det motstrategier?

Klämda mellan en välgrundad ideologi och en övermäktig verklighet blir många av oss allmänläkare uppgivna, sjukskrivna eller söker oss till annan verk-



samhet. Är det lika bra att ge upp och försöka gilla läget? Eller finns det några motstrategier? Jag vet verkligen inte, men jag tror bestämt att om framtiden i ett högteknologiskt samhälle alls ska vara möjlig måste det mänskliga komma före det instrumentella och det abstrakta balanseras av det konkreta.

Inom sjukvården krävs ökat utrymme för direkta patientkontakter och följaktligen mindre för administration, sammanträden, processer och vårdprogram, som reducerar läkaren till en kugge i ett opersonligt hälsomaskineri präglad av ett allt hetsigare effektivitetstänkande, som blir allt mindre effektivt genom att personalen slits ut och patienterna blir missnöjda. När marginella hälsoeffekter på gruppnivå blir rättensnöret för det individuella patientmötet, blir bemötande och behandling alltmer laboratorieinriktad, vilket skapar en utmärkt grogrund för missnöje och ömsesidig frustration.

Förslag

Låt oss alltså som doktorer (åter)erövra den personliga patientkontakten – självklart i samspel med sjuksköterskor, sjukgymnaster, beteendevetare etc, men utan att späda ut vårt övergripande ansvar.

- Vetenskapen måste blomma, men låt oss inte blanda ihop mål och medel. Det är människan (patienten) som är målet och vetenskapen som är medlet. Ibland får man uppfattningen att det är motsatsen som gäller.
- Låt SBU och andra förslätta med att producera nyttiga underlag för kunskapsvärdering, men låt oss vara återhållsamma med vårdprogram, som ofta blir inaktuella innan trycksvärtan hunnit torka. Låt oss istället utveckla ett intellektuellt klimat, där kollegial granskning och kritisk diskussion på kliniker och vårdcentral blir självklara inslag i vardagsarbetet.
- Låt oss lägga mindre tid på processarbete, som hittills mest varit kontraproduktivt genom att problematisera även de enklaste beslut och ta massor av tid från duktiga doktorer, som skulle gjort större nytta i mötet med levande patienter.
- Slutligen: Det finns sedan ett par år ett konkret förslag om ett nationellt familjeläkärsystem i Sverige. Det har en del svaga punkter, framför allt när det gäller teamarbetet i primärvården, men är mig veterligt det enda konkreta förslaget om en personligt färgad allmänmedicin. Låt oss lokalt och nationellt arbeta vidare med det programmet och övertyga beslutsfattare om dess bärkraft! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Att utfärda dödsbevis – ett livsfarligt uppdrag



Upplevelser under orkanen fick artikelförfattaren att reflektera över föreskrifterna. (Bilen på bilden har inte med saken att göra!)

Under mitt jourpass under orkanen mellan den 8 och 9 januari ringde polisen hem till mig vid 03-tiden och begärde hjälp med konstaterandet av ett dödsfall. Orkanen hade visserligen bedarrat något i södra Älvsborg, men mer än storm var det fortfarande. Klädd i skoteroverall och stövlar och försedd med yxa och ficklampa åkte jag bara 200 meter innan jag mötte den första granen liggande över vägen. I regn och stormvindar tog jag mig sen vidare in i riktning Småland. Det var ett kryssande och slalomåkande på vägrenar och mellan grannar, även om polisen hade varit vänlig nog att röja en och annan grantopp från vägbanan.

Efter en timme på kryss mötte mig två poliser som visade mig till den döde, funnen i naturen.

Jag utfärdade ett dödsbevis och vi var rörande överens om att fortsatt handläggning var en polisiär angelägenhet. Ja, så överens var vi att polismännen redan innan jag kom till platsen, hade begärt transport för den döde.

Föreskrifterna

Kanske vare det just de dramatiska omständigheterna som fick mig att reflektera mer än vanligt över de föreskrifter som vi har att följa, eller kanske det var min hustrus oro över att ha mig ute orkanvädret.

Men, om polisen är den som först finner en presumtivt död person och dessutom inte kan utesluta att brott kan ha begåtts, finns två alternativ:

- Antingen är personen död och brottsplatsen säkras avseende eventuella fynd. Polisen tillkallar sedan transport, och den döde skulle i så fall for-

melet kunna förklaras död av närmaste läkare vid vårdcentral eller sjukhus.

- Eller så är personen inte död och då skall ambulans omedelbart tillkallas. Man skall i alla fall definitivt inte vänta på att jourhavande distriktsläkare ska dyka upp så småningom.

Inte i något av fallen behövs läkare på plats ute i buskarna. En sådan situation har jag inte sett beskriven i våra lagar och författningar [1, 2]. Att på polisens initiativ och pliktskyldiga begäran åka militars för att konstatera dödsfall är inte klokt.

En helt annan sak är naturligtvis dödsfall, där jag som läkare kallas av annan person eller av polis som är på plats och som uteslutit brott. Då skall naturligtvis jourhavande distriktsläkare rycka ut.

Förslag

Mitt förslag är att föreskrifterna ändras så att läkare inte behöver kallas till platsen för konstaterande av dödsfallet om polis, som första tjänsteman på dödsplatsen, finner att brott inte kan uteslutas. Polisen tar i så fall kontakt med och ombesörjer transport till närmaste ort med en tjänstgörande läkare, som utfärdar dödsbevis.

Bertil Hagström

distriktsläkare, Vårdcentralen, Sättila
bertil.hagstrom@vgregion.se

Referenser

1. Lag om kriterier för bestämmande av människans död. SFS 1987:269.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall SOSFS 1996:29 (M).