

# Framtidens läkarroll kräver personligt engagemang

I vår yrkesutövning utsätts vi för påverkan. Akademien och administrationen vill styra den enskilda konsultationen genom avtal, vårdprogram och behandlingsriktlinjer; inte minst i diskussionen om ohälsan har det blivit tydligt vilket tryck läkarkåren är utsatt för. Industrin påverkar både oss och patienten. Och patienten utsätter oss emellanåt för stark emotionell påverkan och vill bestämma över vårt handlande. Vi måste därför hävda vår rätt att göra en bedömning utifrån det unika i varje enskild konsultation. I framtidens sjukvård behövs läkarens personliga engagemang och ansvarstagande.

**CHRISTER SJÖDIN**  
ordförande, Stor-Stockholms privatläkarförening (S-SPLF)  
[sjodin.christer@telia.com](mailto:sjodin.christer@telia.com)

»Mötet mellan patienten och den kompetenta organisationen« är det centrala navet i framtidens sjukvård. Så uppfattade jag att Socialstyrelsens generaldirektör Kjell Asplund uttalade sig på Läkarförbundets fullmäktigemöte 2003. Vi har anledning att fråga oss vad som händer med vårt yrkes etik när ansvarstagandet förs över från en individ till en organisation? Mötet mellan patienten och försäkringskassan, en annan kompetent organisation, är inte direkt uppmuntrande.

## Globalisering och postmodernism

Samtidigt är det ofrånkomligt att sjukvårdens organisation och finansiering ändrar sig i takt med att välfärdssamhället förändras. Det är i sin tur en följd av den process som kallas globalisering [1]. Den processen understöds av informationsteknologin. De elektroniska nätverken knyter samman världen. För läkarnas del innebär det att Europa blivit en gemensam arbetsmarknad på ett helt annat sätt än tidigare. Vi står också inför en framtid där det inte är otänkbart att delar av sjukvårdsproduktionen läggs utanför vårt land. Metoder hämtade från industrin används för att leda och styra sjukvården. Vi har anledning att fråga oss om denna »industrialisering« av sjukvården leder till att läkaryrket degraderas.

## Mentalitetsförändring – feminism

Mentaliteten förändras också, framför allt genom den feministiska rörelsen. Den är polyfon, men i grunden samstämmig i sina ambitioner att omdefiniera

den kvinnliga identiteten i opposition mot patriarkatet. Som en viktig kärna i den feministiska rörelsen finns idén om varje individs rätt till sin egen självdefinition [1]. Individens subjektivitet betonas, och det påverkar sjukvården. Läkaren måste kunna möta sin patient som ett subjekt samtidigt som han eller hon också kan betrakta patienten som ett objekt under diagnostik och behandling [2].

## Hälso- och sjukvårdssektorns utveckling

För att bli effektiva behöver vi ha en intuitiv förståelse av det system inom vilket vi arbetar. Det behövs för att kunna företräda regler och lagar gentemot våra patienter. Svårigheten att se klart, att förstå sammanhanget, beror bland annat på att vi är mitt uppe i den tredje medicinska revolutionen, den som handlar om medicinsk revision [3].

Den första revolutionen var införandet av den vetenskapliga medicinen i början av 1900-talet. Den har lett till osannolika framsteg i behandlingen av många sjukdomar, och detta har påverkat

... en god sjukvård kräver att personalen har tillgång till tankens och känslans fria rörelse. Om personalen uppfattas som instrument för att nå ett visst mål kan det urholka det personliga ansvaret.

Se även artiklarna på sidan 2404, 2407 och 2410 i detta nummer.

kat sjukvårdens organisation. Till inte för så länge sedan var läkarnas verksamhet för det mesta en form av fri företagssamhet. Läkarna ställde sina diagnoser, gav sina råd, botade eller botade inte patienter – mot en viss avgift.

I och med den vetenskapliga medicinens framsteg blev det oacceptabelt att stora grupper ställdes vid sidan av sjukvården av ekonomiska skäl. Därav följde den andra medicinska revolutionen i slutet av 1940-talet, när allmänna socialförsäkringssystem infördes i många europeiska länder.

Den tredje medicinska revolutionen – den medicinska revisionen – har fortfarande inte funnit sina former. En central tanke är att sjukvårdens alla aktörer skall rikta sökarljuset mot kostnader, behandlingseffektivitet, kvalitetskontroll och prioritering. Det ger ett nytt sammanhang och nya problem.

Min mening är att beställaren behöver uppmärksammas på att en god sjukvård kräver att personalen har tillgång till tankens och känslans fria rörelse. Om personalen uppfattas som instrument för att nå ett visst mål kan det urholka det personliga ansvaret. Följden kan bli att vi får en sjukvård där personalen, bakom en vänlig yta, etiketterar sina patienter utan närmare eftertanke. I stället behöver vi avtal som understödjer vårdpersonalens stolthet och kreativitet. Avtal som inte skapar en känsla av vanheder för att man inte kan leva upp till de ideal som generationers arbete kodifierat i de läkaretska reglerna.

## Prioriteringar

Det växande gapet mellan tillgängliga resurser och vårdbehov gör att rationaliseringen inom sjukvården kommer att fortsätta. Vi i sjukvården måste lära oss att leva med prioriteringar som inte bara uppkommer utifrån den kliniska vardagens prioriteringar utan också med prioriteringar som åläggs oss utifrån de avtal som styr vårt arbete.

Som behandlare har vi lärt oss att ha siktet inställt på den enskilde patienten. Nu måste vi också lära oss att handskas med de konflikter som är förenade med att värdera patientens behov i förhållan-

de till andras behov. Vi får inte glömma att de patienter som bortprioriteras eller nedprioriteras fortfarande har ett vårdbehov. När det inte kan tillgodoses i den gemensamt finansierade sjukvården blir följden att den helt privata sjukvården ökar. Det gäller både den vård som finansieras av patienten själv och den som finansieras via privata försäkringar. Läkarna kommer att röra sig mellan vårdformer som sinsemellan har helt skilda ekonomiska utgångspunkter.

## Dagens sjukvårdsmiljö

Patienterna blir inte bara äldre utan förmodligen stannar många av oss läkare också kvar längre i arbetslivet. Därför behöver vi nya karriärvägar för sjukvårdens personal. Det ställer nya krav på sjukvårdens förmåga att organisera sin verksamhet. Nya krav ställer också de äldre patienterna med allt större självmedvetenhet, kunskap och ekonomiska resurser.

**Fler personalgrupper.** Förutom sjukvårdens traditionella personalkategorier så möter vi idag allt fler ekonomer, jurister, administratörer och IT-tekniker. Var och en med sin speciella kunskap och sina ambitioner och anspråk på sjukvårdens gemensamma resurser. Vi måste göra klart för oss om läkaren är en produktionsfaktor bland andra. Eller om det fortfarande är, som jag själv gärna vill tro, mötet mellan läkaren och patienten som skapar det huvudsakliga mervärdet i sjukvården. Det är nödvändigt för att det inte skall uppstå tidsödande konflikter mellan olika personalkategorier.

**Informationsflöde.** Informationstekniken har verkligen förändrat sjukvården. Vi avkrävs alltmer information till centrala administrativa organ. Det är en informationshantering som tar tid från sjukvården. Så upplevs det i alla fall när syftet är oklart. Då kan denna typ av arbetsuppgifter bli till ett arbetsmiljöproblem.

För den enskilde läkaren är det omöjligt att ha en tydlig överblick över det vetenskapliga informationsflödet. Därför behöver vi översikter och behandlingsprogram, framför allt behöver vi ett beslutsstöd som är tillgängligt i situationen och som är pålitligt. Vi har ofta svårt att skilja mellan vad som är vetenskap och vad som är opinionsbildning, också när informationen kommer från landstinget. Vi, liksom många av våra patienter, lider av ett informationsöverskott som aldrig får en personlig mening.

**Avtal och vårdprogram.** Avtal, vårdprogram, behandlingsriktlinjer och kvalitetssäkringsprogram spelar en allt större roll. En sida av dessa styrinstrument är

normativ. Ambitionen från akademien och från beställaren är att påverka den enskilda konsultationen. Men det hindrar inte att en annan sida är kvalitetshöjande. Vi behöver dessa hjälpmedel, särskilt med tanke på att utrymmet för den direkta kollegiala kontakten minskat. I takt med att sjukvården flyttas ut från sjukhuset till den öppna vården försvinner de informella mötesplatser där tidigare generationers läkare kunde diskutera kliniska problem.

**Läkarens auktoritet.** Läkare förknippas inte sällan med gamla patriarkala mönster. Det är en uppfattning om vår yrkeskår som vi behöver förstå och lära oss att leva med. Samtalet, dialogen mellan läkare och patient, är viktig för att förändra den bilden av läkaren. Behandlingens effektivitet är beroende av att läkaren och patienten kommer i dialog med varandra, där bägge parter respekterar varandra. Som läkare behöver vi kunna presentera olika behandlingsalternativ på ett rationellt sätt. Vi ställer oss också till patientens förfogande och för dennes talan.

Samtidigt är det nödvändigt att vi som läkare kan säga nej och hävda vår rätt att göra en bedömning. Vi kan inte handla i strid med vårt professionella omdöme. Inte sällan sviktar stödet från sjukvårdens ledning för ett sådant nej, eftersom varje nej i vår tids offentliga diskussion lätt förknippas med ett patriarkalt förtryck. Vi behöver en organisation som premierar det personliga ansvarstagandet.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Castells M. Informationsåldern. Ekonomi, samhälle och kultur. Band II: Identitetens makt. Göteborg: Daidalos; 1998.
2. Sjödin C. Läkekunst och subjektivitet. Psykisk Hälsa 1999;4(3):258-70.
3. Relman AS Assessment and accountability. The third revolution in medical care. N Engl J Med 1988; 319:1220-2.

## Medicinhistorisk paus

»När fet och glad du duschen tål då har du uppnått kurens mål«

II Rubrikens versrader är ett citat från ett av Harriet Löwenhjelm poem, där hon sammanfattar terapimålet för sanatorievistelser med en liten teckning av en fet herre, långt ifrån de »krasse, förkrumpne och sene att tro« patienter med tuberkulos som hon själv kom att tillhöra de fem sista åren av sitt liv.



Hennes broder Carl vid Löts sanatorium hade först ställt diagnosen 1913. Brodern hade själv överlevt sin tuberkulos genom ett strikt disciplinerat liv. Harriet Löwenhjelm (1887-1918) for i stället från sanatorium till sanatorium, skrev sina dikter, tecknade och levde med i det hektiska liv som de unga tuberkulossjuka fördrev sina sanatoriedagar med.

Harriet Löwenhjelm saboterade sanatorieföreskrifterna och levde med i det hektiska liv som de unga tuberkulossjuka fördrev sina sanatoriedagar med.

»Tallyhoe, tallyhoe, jag har skjutit en dront«, är hennes försök att övermodigt bemäktiga sig världen, där kriget utanför rasade. Desperat saboterar hon sanatorieföreskrifterna, hoppar i trappan och åker skridskor i stället för att vila.

**Att bli fet,** ett tecken på tillfrisknande från den tärande sjukdomen, var naturligtvis ett eftersträvanvärt mål under denna epok. Tuberkulosen griper tag i hennes strupe, och till sist kan hon bara till sin sista födelsedag få ner några ostron; 43 kg lätt dör hon på Romanäs utanför Tranås. Hennes dikter och teckningar kommer ut några år senare.

**Stephan Rössner**

professor, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge