

Den desillusionerade doktorn

Om läkarrollens kris i vårdens omöjliga uppgift

Dagens läkarroll är i kris. I en tid då anspråken på hälsa och välbefinnande är av aldrig tidigare skådat slag – där vården ställts inför en omöjlig uppgift – känner läkare allt mer frustration och allt mindre tillfredsställelse i yrket, samtidigt som patienternas förtroende för den traditionella vården sviktar. Kontraktet mellan läkare och patient behöver förnyas, och en modern läkarroll måste ta form.

CECILIA MAGNUSSON

med dr, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm
cecilia.magnusson@phs.ki.se

Min 8-åring är lätt febrig och hängig. Till slut tar oron över, och vi sitter hos dr Maddison, privatpraktiserande GP i Oxford, och diskuterar för- och nackdelar med en antibiotikakur. Det kryper fram att jag är medicinare, men jag påpekar, aningen urskuldande, att jag inte arbetar kliniskt. »Wise choice. The clinic is such a hassle«, kommenterar dr Maddison, och jag hajar till.

Vad får en representant för en tidigare så ansedd profession att framtida avfärd sitta yrkesval?

Dr Maddison är inte ensam

Men dr Maddison är inte ensam. I allt snabbare takt landar rapporter om läkares bristande yrkestillfredsställelse på förbundskanslierna runt om i världen. I Storbritannien ångrade 14 procent av 1966 års doktorer sitt yrkesval. Tjugo år senare var motsvarande siffra 58 procent [1].

Idag rapporterar hälften av de svenska läkarna att de ibland, ofta eller mycket ofta är trötta och nedstämda på grund av arbetet [2]. Förväntningarna på arbetslivet hos blivande doktorer är låga: en 27-årig läkarstudent skriver [3]: »Om arbetsförhållandena inte förbättras, är det osannolikt att jag kommer att stanna inom yrket till pensionen. Min nuvarande syn på läkaryrket är inte alls positiv, och jag skulle inte rekommendera någon att börja studera medicin.« Var tredje AT-läkare funderar på att byta yrke [4].

Parallellt med den negativa trenden i läkarnas självsyn sviktar patienternas förtroende för den traditionella vården. Den medicinska utvecklingen sedan andra världskrigets slut kan räknas till mänsklighetens större vetenskapliga bedrifter. Ändå firar alternativmedicinen nya triumfer, och anmälningarna till

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ökar för varje år.

Är dagens dr Svensson en sämre karl?

Beror detta misslyckande för skolmedicinen på att den nutida doktorn är en sämre, mindre altruistisk, kliniker? Det finns förvisso indikationer om att min generation värdesätter en rik fritid och familjeliv framför andra livsprojekt [3]. Den ökade frustrationen hos läkare råkar också sammanfalla i tid med hemmafruns frånfälle. Idag är unga läkare både småbarnspappor och småbarnsmammor och utför ett krävande arbete i hemmet utöver det professionella uppdraget. Familjeansvaret kan tänkas ge viktiga erfarenheter för folk i vårdbranschen, men det innebär begränsningar i arbetskapaciteten under den tidigare delen av karriären.

Belöningsystemen som försvann

Darwin ansåg att ett kooperativt beteende kan förväntas upprätthållas endast när det tjänar individens syften. Är minskad reciprocitet i läkargärningen, snarare än 70-talistens bristande engagemang eller underläkares fiskpinne-stekande, för-

Konturerna av en modern läkarroll börjar anas, men för att ta form måste den undersökas, prövas och diskuteras på sjukhusgolv, i mottagningsrum och på läkarutbildningarna. Här råder för stor passivitet. Det är synd och skam ...

Se även artiklarna på sidan 2402, 2407 och 2410 i detta nummer.

klaringen till att inte alla unga doktorer satsar helhjärtat på karriären? Är det kontraktet mellan läkaren och hennes/hans arbetsgivare, snarare än kontraktet mellan läkare och patient, som har brutits?

I Sverige har läkarlönerna försämrats drastiskt sedan 1960-talet, om än från en generös nivå [5]. Samtidigt har läkarnas professionalism minskat; demokratiseringen av kunskap innebär att den tidigare maktasymmetrin i mötet mellan läkare och patient är ersatt av en mer jämlik relation.

Doktorn är inte heller längre den odiskutabla ledaren i de moderna vårdteamen, där andra grupper har specialistkompetens som hon/han själv saknar. Sjukvården organiseras i allt större enheter, vilket leder till längre beslutsvägar och minskad autonomi för all personal. Till sist är läkaren som politisk makthavare en allt mer marginaliserad företeelse. Ledningsfunktioner inom såväl vården som tillsynsmyndigheter innehades tidigare uteslutande av doktorer, men idag bemannas de till stor del av politiker och tjänstemän [5].

Diagnosen på den nya doktorssjukan tycks vara klar, och jag söker i Fammis (Familjemedicinska institutet) senaste undersökning om familjeläkarnas arbetsituation efter bekräftande provsvar [6]. Japp, »Kontakter med politiker och andra beslutsfattare« rankas som det fjärde viktigaste förbättringsområdet. Jag läser vidare för att se hur »klaga-på-lönen« och »den-krävande-patienten«-kapiteln skall te sig. De kommer aldrig. I stället ansåg man att sjukskrivningarna var det viktigaste »förbättringsområdet«.

Kanske är den viktigaste nyckeln till paradoxen om den moderna läkarrollens kris inte hur det medicinska uppdraget utförs eller ens uppdragets förutsättningar? Kanske är den i stället hur uppdragets natur förändrats?

Det moderna medicinska uppdraget

I detta nu hör jag Gudrun Schyman i en riksdagsdebatt om kvinnorna och de höga sjukfallen: »Mannen är norm. Mannen är människan, kvinnan är avvikel-

sen. När kvinnors kroppar säger ifrån är sjukvården stum, den har inget att erbjuda.« Att kvinnor fortfarande har huvudansvar för hemmet i kombination med slitiga, lågavlönade jobb i kommuner och landsting är goda förklaringar till de höga sjukskrivningstalen i denna grupp. Men var är receptblocket för förskrivning av »jämlighet« eller »rimliga arbetsvillkor«?

Den sociala kontrollen i bondesamhället ledde till förtryck av den avvikande och upphöjde immanensen till norm. Vår tids transcendent ideal möjliggör individuell, och därmed civilisatorisk, utveckling, men innebär att det sociala skyddsnetet blir allt mer grovmaskigt. Men hur opererar man »ensamhet«?

Dagens anspråk på hälsa och välbefinnande är av aldrig tidigare skådat slag. Självförverkligandet som ny religion ställer krav på social kompetens, rörligt intellekt och inte minst skönhet – egenskaper som alla förutsätter nästintill perfekt hälsa. Företeelsen får sitt tydligaste uttryck i den moderna hälsoindustrin: Naturläkemedel, hälsokurser, ro-senterapi, bantningskurer och »självhjälpslitteratur« – allt säljer som smör (eller mer exakt: för 3,2 miljarder kronor år 2003) [7].

Sjukvården får naturligtvis sin släng av slev: mina kurskamrater brukar redogöra för hur man som doktor på vårdcentralen ofta är sjukare i den egna höstförkylningen än patienterna i sin. Men hur behandlar man »intolerans för kroppens svaghet«?

Numera är sjukvården medaktör i alla normala livsprocesser, från födandet via klimakteriet till döendet. Är förklaringen till medikaliseringen det kommersiella intresset att hitta »an ill for every pill«? Eller är förklaringen redaktörernas betingade reflexer att fylla löpsedlarna med larm om den senaste dödliga åkomman och nyheter om den senaste underkuren? Eller politikernas behov av att flytta arbetslösa till kolumnen för sjukskrivna? Professionens vilja att utöka sin maktsfär?

Få torde i alla händelser vara betjänta av att övergångsåldern betraktas som en sjukdom eller döden som en anomal. Eller lurar molekylärbiolegerna på ett vaccin för evigt liv?

Nutida medicinare är naturligtvis varken mer eller mindre måna om sina patienter än gångna tiders. Men vården är ställd inför en omöjligt uppgift, och när botande insatser inte längre är möjliga återstår palliation. En läkare i återvändsgränden skjuter problemet framför sig genom sjukskrivning och remittering till, förhoppningsvis, tidskrävande utredningar.

Den onda cirkeln är slut, och vård-

konsumtionen eskalerar i en rakt uppåtstigande spiral.

Doktors väg till självhjälp

Soten är delvis iatrogen betingad, och doktorn måste därmed själv bidra till boten. Redaktören för BMJ skriver vad ett förnyat kontrakt mellan läkare och patient borde innefatta (min övers) [8]: »Både patienter och läkare vet att:

- död, sjukdom och smärta är delar av livet,
- läkekonstens förmåga är begränsad, speciellt vad gäller lösningen på sociala problem, och den är riskabel,
- doktorer vet inte allt; de behöver vägledning i sitt beslutsfattande och psykologiskt stöd,
- vi sitter i samma båt,
- patienter kan inte lämpa över problem på doktorer,
- läkare skall vara öppna om sina begränsningar,
- politiker skall avhålla sig från extravaganta löften och koncentrera sig på verkligheten.«

Socialstyrelsens Bo Lindblom är inne på samma linje i sin viktiga artikel på DN Debatt [9]. Konturerna av en modern läkarroll börjar anas, men för att ta form måste den undersökas, prövas och diskuteras på sjukhusgolv, i mottagningsrum och på läkarutbildningarna. Här råder för stor passivitet. Det är synd och skam, för dr Maddison har i likhet med sina svenska kolleger all rätt att vara stolt över sitt yrke.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little, Brown; 1999.
2. Arbetstillsynskat om läkares arbetssituation. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2000. <http://www.lakarforbundet.se/upload/Lakarforbundet/Arbetsliv/arbetslivsenkat.pdf>
3. Holmström I, Sanner M, Rosenqvist U. Swedish medical students' views of the changing professional role of medical doctors and the organisation of health care. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2004;9:5-14.
4. Enkätstudie om arbetsförhållanden, AT-stämman, 2002. <http://www.at-stamman.nu>
5. Nordgren M. Läkarprofessionens feminisering [dissertation]. Stockholm: Stockholms universitet; 2000.
6. Familjemedicinska institutet. Problem detection study, 2003. http://www.fammi.se/content/1/c4/11/11/PDS-Slutrapport-Familjelakare_och_DSK.pdf
7. Jacobsson M. Vi har aldrig mått så bra som vi gör nu. *Svenska Dagbladet.* 13 juli 2004.
8. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ.* 2001; 322:1073-4.
9. Lindblom B. Läkarna saknar kompetens att samtala med patienterna. *Dagens Nyheter.* 11 februari 2005.



Sigmund Freud:

»Under medeltiden skulle de ha bränt mig, nu är de nöjda med att bränna upp mina böcker«

II Rubrikens yttrande gjordes av Sigmund Freud i ett brev 1933. Strax före tyskarnas inmarsch i Österrike 1938 hade familjen lyckats lämna Wien, Freud fick en fristad i London men dog där bara ett år senare.

Freud föddes i nuvarande Tjeckien, växte upp under knappa omständigheter men var ett skolljus. Han började läsa medicin, påbörjade en yrkeskarriär som neurolog och kom på stipendium till Paris, där även han sägs ha bevisat Charcots uppvisning av kvinnor med hysteri.



Freud ville bli neurolog.

»Hysteri« hade blivit en sjukdom på modet, och Freud öppnade en privatpraktik i Wien för att pröva hypnosbehandling. Undan för undan noterade han att hysterin blev begriplig först om patienten fick tala om de ofta sexuellt laddade situationer när symtomen debuterade.

Freud övergav hypnosens 1895 och inledde sin nästa professionella fas, psykoanalysen. Drömtydning, sexualteori och fallstudier blev till berömda böcker som förde honom ut i världen som föreläsare, bl a till USA.

Även om Freud fick många kända arvtagare såsom Jung, Reich och dottern Anna blev han hårt kritiserad redan under sin samtid och tvingades redan då revidera flera av sina teorier. Eftersom de psykoanalytiska teorierna inte gått att objektivt bevisa har de enligt vissa kritiker alltmer marginaliserats vetenskapligt.

Stephan Rössner
professor, Karolinska
Universitetssjukhuset Huddinge