

Är en äldre läkare äldre eller yngre än en gammal läkare?

Äldre läkare bör vara en stark fackligt och socialt engagerad grupp inom Läkarförbundets ramar, och de bör representeras av Föreningen Sveriges äldre läkare.

Det är inte så länge sedan en läkare förutsattes lämna jobbet när han eller hon uppnådde 65-årsåldern. När jag själv var så där 64 1/2 tillfrågades jag av personalavdelningen vilka jag ville bjuda in till pensionskaffet. I sanningsens namn måste jag väl nämna att jag inte hade ingett någon avsiktsförklaring eller uttryckt någon önskan att jobba vidare efter de sista 10 åren som verksamhetschef på Centrallasarettets anestesiklinik. Men ingen hade heller frågat, och min tilltänkte efterträdare hade jag ju själv förberett som biträdande chef under fem år. Det är nu några år sedan, och under det här decenniet har stora förändringar skett i synen på läkares arbete efter »pensionsåldern«.

Går man längre tillbaka, till 1967, då Samfundet äldre läkare (SÄL) bildades, så gjorde den nya föreningens ordförande Nils Liedberg vid det första årsmötet följande deklaration: »Vi äldre är ingen populär grupp i dagens samhälle. Vi betraktas nog ofta som en belastning. Och pensionärernas »extraknäck« har för många unga strebbar blivit en mycket seg tugga.« Vid starten var SÄL en förening för social kontakt mellan pensionerade kollegor och helt fristående från Sveriges

läkarförbund. Redan året efter tillkomsten blev SÄL accepterat som en intresseförening i Läkarförbundet. Under perioden 1975–92 hade SÄL flera egna representanter i förbundets fullmäktige, men förlorade dessa vid omorganisationen 1992, där tyngdpunkten lades på lokal- och yrkesföreningar. Sedan dess förfogar SÄL endast över ett mandat genom att Sjukhusläkarna har avstått ett av sina. Ändå har föreningen spelat en viktig roll även fackligt för att tillvarata äldre läkares rättigheter och tidigt motverka alla försök att inskränka pensionerade läkares yrkesfrihet.

På 1970-talet fanns en motion till förbundets fullmäktige om »viss begränsning av äldre läkares yrkesutövning«. Den tillstyrktes av centralstyrelsen men avlogs av fullmäktige. Två år senare motionerade en riksdagsman från Huskvarna om en övre åldersgräns för utövande av läkaryrket. Motionären hade noterat att »under två år hade 300 anmälningar mot läkare inkommit till Socialstyrelsen« och förutsatt att dessa anmälningar främst gällde äldre läkare. Det kunde då visas att endast två gällde äldre läkare (varav en friats av ansvarsnämnden). Motionen drogs tillbaka.

Men historien går igen ibland, och samtidigt som ny lagstiftning mot åldersdiskriminering nu tas fram har Socialstyrelsen rapporterat att den överförskrivning av narkotiska läkemedel som uppmärksammats 2007–2010 »ofta återfinns bland äldre, ensampraktiserande och privatverksamma läkare«.

Som ordföranden i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd Thomas Flodin skrev i LT 17–18/2011 (sidan 859) finns



Foto: Colourbox

Erfarna, äldre, seniora, gamla eller kanske rent av »årsrika«?

inget som helst underlag för Socialstyrelsens befämda slutsats. Bland överförskrivarna (47) var 62 procent mellan 45 och 64 år, och endast 12 procent 65 år och äldre. Ingen skillnad fanns heller mellan privata och offentliganställda läkare. Ändå förordar Socialstyrelsen en generell begränsning av förskrivningsrätten för äldre läkare, något som såväl Läkarförbundet, dess ordförande och SÄL givetvis motsätter sig på det bestämdaste.

SÄL ändrade år 2011 sitt namn till Föreningen Sveriges äldre läkare och är fortfarande en delförening (intresseförening) inom Sveriges läkarförbund. I en pågående organisationsutredning av förbundet diskuteras bland annat om SÄL ska representeras i centralstyrelsen och få egna mandat i fullmäktige.

De frågor SÄL framför allt driver är åldersdiskriminering inklusive hotad receptförskrivningsrätt enligt ovan, fortbildning för läkare över 65, anställningsförhållanden och rena pensionsfrågor. Intressant är att läkare över 65 kostar arbetsgivaren endast cirka 10 procent av lönen i sociala avgifter mot 30 procent hos de yngre kollegorna, ett förhållande som väl motiverar rätten till särskilda betalda fortbildningskurser.

Uppskattningsvis 1/3 av läkare över 65 år fortsätter att yrkesarbeta i någon om-

fattning, en stor samhällsförändring som har många orsaker. En är förstås att dagens 65–70-åringar har en betydligt högre »life expectancy« och en klart bättre hälsostatus än tidigare generationer och därför ofta orkar och vill fortsätta att arbeta. En annan är att behovet av läkarinsatser har ökat och bristsituationer har uppstått inom många områden. I dag är därför pensionsåldern för läkare flytande, och vårdavtal och anslutning till Försäkringskassan kan komma till stånd upp till 70 års ålder i stället för tidigare 65-årsgräns.

I samband med namnbytet och nya stadgar diskuterades i SÄL:s styrelse bland annat ordet »äldre«, som formellt är en komparativform som borde betyda »mer än gammal«.

- Borde ordet äldre bytas ut mot något som speglar en högre grad av aktivitet (senior, erfaren) eller som är mer neutralt (någon föreslog »årsrika«)?
- Är äldre ett ord som 60–65-åriga läkare för egen del skyr som pesten och värjer sig emot?

Möjligen är det på det viset. Det skulle kunna förklara att intresset för att gå in i en »pensionärsförening« som SÄL verkar ha minskat något på senare år. Sedan många år får alla läkare när de fyller 65 år ett brev där de inbjuds att gå med i föreningen, oavsett om de avser att lämna sitt yr-



INGVAR GUSTAFSON
med dr; ledamot av styrelsen för Sveriges äldre läkare (SÄL), redaktör för tidningen SÄLbladet
ingvar.gustafson@comhem.se

kesliv eller tänker fortsätta ytterligare ett antal år.

För att kunna vara med i SÄL måste man stanna kvar i Läkarförbundet, eftersom SÄL är en delförening inom förbundet. Vår uppfattning är att läkare ska fortsätta i förbundet men vid 65 års ålder övergå i »SÄL-form«.

Ett intressant och givande läkarliv fortsätter då med eller utan yrkesarbete, med tredagarsmöten vår och höst (dit också partner bjuds in) med fortbildningsföredrag, fackliga, kulturella och sociala aktiviteter, resor i hela världen tillsammans med likasinnade, samt en medlemstidning som i fyra nummer/år speglar de äldre läkarnas verklighet fackligt och kulturellt, och givetvis hemsidan.

SÄL vill värna om uttrycket »äldre läkare« som något positivt. Vi jämför gärna

med uttrycket »äldre kollega«, som i allmänhet är starkt positivt värdeladdat och står för kunskap och erfarenhet, någon som med glädje ställer sig till yngre kollegors förfogande, särskilt i situationer där den yngre kollegan känner osäkerhet och behöver stöd.

Äldre läkare, som är en stor och viktig grupp i samhället, bör vara en stark fackligt och socialt engagerad grupp inom Läkarförbundets ramar och de bör representeras av SÄL, med cirka 2 500 anslutna läkare och mottot »Läkare är du livet ut«. En äldre läkare är i våra ögon inte en gammal läkare, utan en aktiv senior kollega med erfarenheter och kunskaper som ofta kan ställas i samhällets tjänst.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Israeliska läkare måste sluta medverka i tortyr

■ Den israeliska sjukvården mörkar om tortyr utförd av säkerhetstjänsten Shin Bet. Det framgår av en rapport framlagd av Public committee against torture in Israel (PCATI) och Physicians for Human Rights – Israel (PHR).

Rapporten, som baseras på över 100 undersökta fall, pekar ut olika former av inblandning i tortyr, såsom bristande dokumentation av tortyrfall, avstående från att rapportera misstankar om övergrepp mot fångar, överlämnande av medicinsk information till förhørsledare och återlämnande av offer till deras torterare [1].

Redan 1996 kritiserades Israel av Amnesty Internatio-

nal för att på ett systematiskt sätt använda tortyr vid förhör av fångar. I ett beslut i Israels högsta domstol i september 1999 förbjöds flera former av tortyr, men samtidigt lämnades dörren öppen för att under särskilda omständigheter, »nödsituationer«, använda förbjudna metoder för att avvärja »tickande bomber« [2].

I maj 2012 satt närmare 5 000 palestinska fångar i israeliska fängelser, nio kvinnor och 190 barn. De flesta av barnen var dömda för stenkastning mot israeliska soldater och militärfordon. Nio av fångarna var palestinska parlamentariker, utsedda i allmänna och demokratiska val. 320 fångar hölls i

»administrativt förvar«, utan rättegång eller dom.

Enligt PCATI utsätts de flesta fångar fortfarande för tortyr och misshandel. Man använder ögonbindlar och handfängsel, sätter fångar i plågsamma kroppsställningar, använder sparkar och slag, extrem värme och kyla, påträngande ljud och ljus, sömn deprivation och kränkningar som att spotta på eller dra fången i håret. Det israeliska fängelsesystemet använder sig också frikostigt av internering i isoleringscell, utan möjlighet till besök av anhöriga och advokater, och nyligen har en hungerstrejk bland fångarna genomförts i protest mot förhållandena [1].

Sedan år 2001 har PCATI följt upp över 700 fall av anmälningar rörande tortyr av fångar. I de flesta fall har myndigheterna helt enkelt förnekat att tortyr förekommit. I en mindre del av ärendena, ungefär 15 procent, har man erkänt övergrepp men motiverat detta med »nödvärn«. Inte ett enda fall har lett till någon rättslig påföljd [2].

FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning [3], som Israel undertecknat, stadgar att »Inga som helst särskilda omständigheter, vare sig krigstillstånd eller krigshot, inre politisk instabilitet eller annan allmän nödsituation får anföras för att rättfärdiga tortyr« (artikel 2) [3].

World Medical Association (WMA) slog i sin Tokyodeklaration [4] fast att läkare inte ska »uppmuntra, tolerera eller delta i tortyr« (artikel 1) och inte heller »tillhandahålla förutsättningar, instrument, substanser eller kunskap för att underlätta sådan verksamhet« (artikel 2). Vidare ska man vara »särskilt noga med att garantera konfidentialitet kring all personlig medicinsk information« (artikel 3) [4].

Det israeliska läkarförbundet, IMA, som är medlem i WMA,

har haft gott om tid på sig att komma till rätta med missförhållandena och leva upp till den standard man själv anger på sin hemsida om att inte delta i någon användning av tortyr, grymhet eller förnedring av en annan människa oavsett vad denne gjort, anklagelserna mot honom eller hans övertygelse. När så inte skett är det dags att agera.

Sveriges läkarförbund måste kräva av sin israeliska motsvarighet att man genast sätter stopp för läkares medverkan i tortyr och vidtar trovärdiga åtgärder för att få dem som är inblandade i verksamheten lagförda. Initiativ bör tas för att tills vidare suspendera IMA från WMA. Vetenskapliga sammankomster i Israel bör inte besökas av svenska läkare, och Israel inte inbjudas till medicinska sammankomster i Sverige.

Gunnar Olofsson

med dr, specialist i kirurgi och urologi, kirurgiska kliniken, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås
gunnaroson@gmail.com

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jag är sedan många år engagerad i Palestina-konflikten, hela tiden med FN:s hållning i frågan som utgångspunkt, har rest och tidvis bott i Mellanöstern, men har inte någon ansvarsposition i Palestina-grupperna eller någon annan organisation.*

REFERENSER

1. Doctoring the evidence, abandoning the victim. Jerusalem: Public committee against torture in Israel (PCATI)/Physicians for Human Rights – Israel (PHR); 2011. Rapport, okt 2011.
2. Accountability still denied. Periodic update: January 2012. PCATI; 2012. http://www.stoptorture.org.il/files/PCATI_eng_web.pdf
3. Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. FN:s generalförsamling; 1984. <http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm>
4. WMA Declaration of Tokyo – Guidelines for physicians concerning torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in relation to detention and imprisonment. Tokyo: WMA; 1975. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/>

Läkekonst eller medicinsk ingenjörverksamhet?

Om professionalism inom läkaryrket

■ »Om du vill lära känna det osynliga, så iakttag med öppen blick det synliga.« Med detta citat från Talmud börjar Strindberg, som dog för hundra år sedan i dag, sin Ockulta dagbok. Detta vore också en lämplig inledning på en läro-/handbok i professionell utveckling för (blivande) läkare, och i dagarna har det också kommit en sådan.

Sedan Hippokrates, och traditionen från Kos, har mötet med den enskilda patienten varit det centrala inom läkekonsten. Under åren som gått har ibland ett mer ingenjörsmässigt tänkande utmanat detta möte. Redan under antiken stod den mer organinriktade knidiska traditionen för en syn som satte de olika organen i centrum. Under 1900-talet har ett biologiskt paradig haft stort inflytande på läkarutbildningen och på sjukvården i stort. Men för oss som arbetar med praktisk sjukvård är och förblir just mötet med patienten det centrala.

Därför är boken »Professionell utveckling av läkaryrket« så välkommen. Det är helt enkelt dags att se på medicinen som en konst. Vilka citat man än söker uppbringa för att formulera medicinens förhållande till humaniora och naturvetenskap är det just i mötet med den Andre, mellan läkare och patient, allting börjar.

»Professionell utveckling« behandlar olika aspekter av mötet: Från mer värdegrundade ämnen såsom grundläggande värderingar, psykiska reaktioner i samband med förlust av anhörig och krävande möten, till mer formella såsom lagstiftning och journalföring.

Själv läste jag medicin och gjorde min allmäntjänstgöring på 1970-talet och hade då varken någon utbildning i



En välkommen bok som hjälper oss att se medicinen för vad den är – en konst, menar Anders Jeppsson.

professionalitet eller någon formell handledning. Den implicita synen på utbildningen var att man lade till ett antal olika kunskapsmässiga byggstenar, baserade på i bästa fall aktuell biologisk kunskap. Mot slutet förväntades studenten ha tillägnat sig en färdig konstruktion som på något magiskt sätt skulle göra arbetet möjligt.

Detta ledde ju också till ständiga krav på att nya byggstenar skulle läggas till, i stället för att ställa frågan om vad som var centralt. Vi känner igen efterdyningarna av denna debatt kring frågan om AT:s avskaffande: Det finns ingen ände på hur mycket man kan stoppa in i utbildningen. Men ökad mängd av kunskap leder inte i sig till professionalitet eller kvalitet.

Det går att lära sig den hårda vägen också, men många misstag hade kunnat undvikas om en bok som denna hade funnits tidigare. Och även om läkekonst är ett livslångt lärande så finns det inte någon anledning att vänta till pensionen med att vara fullärd.

Hur fungerar då boken? Som helhet får den godkänt. Vissa kapitel är lysande, medan andra spretar. Några absolut lysande kapitel är Abbe Schulmans om att bli sjuk eller förlora en anhörig och om att ha ett människovärdande yrke och Ingela Josefssons och Astrid Seeborgers kapitel om personlig utveckling. Här skiner det humanistiska idealet som tydligast.

En stor del av den kliniska läkarverksamheten handlar om att hantera osäkerhet. Samtalet äger inte alltid rum under idealiska förhållanden, och man måste för det mesta göra det bästa av en situation som inte är perfekt. Verklighetens exempel är oftast mer komplexa än de som beskrivs i läroböckerna. Josefsen och Seeberger tangerar detta, och diskussionen utvecklas något i Sven-Olof Anderssons och Nina Cavalli-Björkmans kapitel om krävande möten och svåra besked. Men ämnet osäkerhet hade kunnat utvecklas, inte minst som en paradoxal bieffekt av den evidensbaserade medicinen.

Ett kapitel om det mångkulturella mötet i hälso- och sjukvården talar om vikten av att lyssna, men tyvärr leder detta resonemang inte vidare till den dialog som

lyssnande bör vara en förutsättning för. Lyssnande är nödvändigt, men räcker inte i mötet. Det krävs både självreflektion och flexibilitet: Vilka värderingar har vi själva, och är dessa alltid de rätta? Det finns en tendens att vi drabbas av rationalistisk hybris, där vi ser patientens värderingar och åsikter som mindre betydelsefulla, särskilt om hon kommer från en annan kultur.

Detta leder till frågan vad som är mening för patienten – och för doktorn. Vad ger patienten mening i livet? Vad är viktigt, och hur kan läkaren hjälpa patienten att vidmakthålla denna mening? Om man inte tar hänsyn till detta hamnar man lätt fel. Detta vore kanske en mer fruktbar inledning till kapitlet om värderingar, som är traditionellt positivistiskt och som bygger på det gamla »principlistiska

mantrat«. Och det handlar inte bara om meningen för patienten. I mötet handlar det också om vad som är meningen för doktorn: Att bota? Eller kanske lindra? Eller »bara« trösta? Om vi inte reflekterar över detta riskerar vi att snabbt bli missnöjda med vårt eget arbete.

För att anknyta till den fjärde principen i »mantrat«, den om rättvisa, antyder flera av författarna läkarens ansvar även utanför hälso- och sjukvården. Boken nämner vårt ansvar för världen utanför det individuella patientmötet, men detta är också ett område som skulle kunna utvecklas. Dr Stockmann i Ibsens »En folkfiende« är fortfarande högst aktuell.

Vi behöver alla krafter för att stå emot ekonomism, överdrivet ingenjörstänkande och reduktion av patienter till

kunder i sjukvården. Mötet mellan läkare och patient får aldrig reduceras till ett »kundmöte« – det har en helt annan karaktär. Men det räcker inte med att säga vad det inte är. Vi behöver visa på positiva exempel på alternativ: Hur kan vi göra i stället?

I detta perspektiv fyller »Professionell utveckling« ett behov, och det är bara att önska att den kommer att användas på landets samtliga läkarutbildningar och av de alltfler medicinare som har studerat utanför Sverige.

Anders Jeppsson
läkare och antropolog,
Lunds universitet
anders.jeppsson@
med.lu.se



REFERENS

1. Andersson SO, Björkegren K, Foldevi M, et al (red). Professionell utveckling inom läkaryrket. Stockholm: Liber; 2012.