

# Betydelsen av att vara olika

## Läkarens och sjuksköterskans roller binds samman av patienten

Att döma av debatten mellan läkare och sjuksköterskor om chefskapet är avståndet stort mellan akademisk medicin och vårdvetenskap. Samverkan mellan professionerna är helt nödvändig, och det är angeläget med en vårdfilosofisk dialog, helst redan under grundutbildningen.

I den aktuella diskussionen mellan sjuksköterskor och läkare om chefsrollen har vi noterat argumentet att hälso- och sjukvårdens viktigaste uppgift är medicinsk diagnostik och behandling, företrädesvis utförda av läkare. Jan-Olof Svärd, kirurg i Eksjö, skriver i *Dagens Medicin*: »Det centrala i hälso- och sjukvård är patient-läkarkontakten, allt annat är till för att stödja detta.«

Sjukhusläkarföreningens ordförande Marie Wedin skriver i *Vårdfacket* att vårdvetenskaplig utbildning inte ger sjuksköterskor den kunskap de behöver, samtidigt som hon oroas över »nyutexaminerade sjuksköterskors bristande medicinska kompetens«.

Lars Werkö skrev för några år sedan i *Läkartidningen* att »Läkarnas tidigare obestrida ställning som de som leder sjukvårdsarbetet har inskränkts, dels genom att politiker och administratörer har tagit över kommandot, dels genom att andra sjukvårdsarbetare, framförallt sjuksköterskor, har visat sig kunna leda verksamheter såväl när det gäller patientnära förhållanden som i övergripande funktioner«. Werkö menar att denna utveckling gör det nödvändigt att diskutera

alla personalkategoriernas ställning, både den egna och andras, förhållandet mellan dem och, inte minst, förhållandet till patienterna. Men professionerna verkar bara intressera sig för egna problem och tycks vilja undvika »det getingbo som en gränsdragning dem emellan skulle kunna leda till« [1].

Vi håller med Lars Werkö om att gränsdragning och dialog nu är viktigare än någonsin. Och vi kan inte förstå annat än att dagens hälso- och sjukvård i första hand handlar om att samverka runt patienten med olika vetenskapsområden som utgångspunkt.

För att detta ska vara möjligt krävs inte bara formell kompetens, professionell identitet och skicklighet i den egna yrkesrollen, utan också förståelse för helheten. Detta kräver i sin tur kunskaper om vad andra professioner bidrar med, respekt för dessas kunskapsområden och förmåga att dra fördelar av att verkligheten blir belyst ur olika perspektiv.

**Läkarens tradition** är att arbeta kurativt medan sjuksköterskan står för omvårdnad och hälsofrämjande åtgärder. Tonvikten under läkarutbildningen ligger på biomedicin och på klassificering av sjukdom, och den medicinska forskningen är kvantitativt inriktad. Grunden för sjuksköterskeutbildningen är däremot vårdvetenskapen med dess förankring i humanvetenskap, tonvikt på det individuella och på kvalitativ forskning.

Det är alltså förstaeligt att nyblivna läkare och sjuksköterskor, som kommer från den akademiska världen, kan ha svårt att se sambandet mellan de båda vetenskapsparadigmen. Men när vi lämnat de akademiska studierna bakom oss och befinner oss i det praktiska vardagsarbetet påbörjas något helt annat, nämligen ett aktivt reflekterande lärande, något som kännetecknar all professionell utveckling och som leder till förtrogenhetskunskap.

Våra förtrogenhetskunskaper hjälper oss att på ett smidigt sätt lösa de uppgifter och problem som möter oss i individuella patientfall. Det krävs naturligtvis att man bottnar i en teoretisk grundfilosofi och har tillgång till faktakunskaper från universitet, högskolor och kurser. Men det är förmågan till flexibel problemlösning, uppövad genom praktiskt arbete, som karaktäriserar det professionella handlings sättet.

Poängen är nu att läkare och sjuksköterskor i det löpande vårdarbetet skapar sig denna praktiska problemlösningsförmåga på ungefär samma sätt och med samma mål: att ge den enskilda patienten god vård. I bästa fall delar professionerna detta mål, och då är det patienten som binder samman professionernas bidrag till en helhet. Av detta följer att en insats inte kan vara mer betydelsefull än någon annan.

**Om yrkesgrupperna nu lyckas** samarbeta och föra en dialog med varandra i det praktiska arbetet borde det väl också gå att föra en dialog på det teoretiska planet? Utifrån våra egna erfarenheter tror vi att detta är möjligt – och nödvändigt. Som familjeläkare och distriktssköterska kan vi ibland uppleva att vi har svårt att kommunicera på det teoretiska planet. Men när vi börjar analysera våra olika sätt att beskriva verkligheten finner vi ofta att det mer handlar om olika terminologi än om oförenliga teorier.

Den legendariske kanadensiske professorn i Family Medicine, Ian McWhinney, talar till exempel om läkar-patientförhållandets värde, om »individens med diabetes« i motsats till abstraktionen »diabetikern«, om människans komplexitet i motsats till det mekanistiska perspektivet, om att arbeta med osäkerhet och om oskiljaktigheten mellan kropp och själ [2].

Vårdvetenskap å sin sida talar om »caring«, relationen, om att se människan i sitt sammanhang, om tolkning, hermeneutik, tro och existens. I praktiken handlar det oftast om att vi beskriver samma sak, men med olika ord. Och i den mån grundfilosofierna verkligen skiljer sig, borde detta locka till ömsesidigt kunskapsutbyte. Ska samverkan runt patienten få ett meningsfullt innehåll kräver det en öppen dialog och vilja att lära av andra professioner. Dialogen borde börja redan under studietiden, då nyfikenheten på att lära är som störst.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Werkö L. Starkare ställning för sjuksköterskan: Från läkarens hjälpredda till jämställd vårdpartner. *Läkartidningen* 2003;100:1694-700.
2. McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996;46:433-6.



**GÖSTA ELIASSON**  
familjeläkare  
gosta.eliasson@fammi.se



**ELISABET LINDER**  
distriktssköterska;  
båda vid Familjemedicinska institutet, Stockholm