

Handledningsgrupper för bättre patientbemötande

Under en 2-årsperiod har samtliga fast anställda läkare på S:t Görans sjukhus i Stockholm deltagit i handledningsgrupper. Syftet har varit att utveckla läkarnas empatiska förmåga i kontakten med patienter, anhöriga och övrig sjukvårdspersonal.

Läkartidningen har talat med två av läkarna, konsulten och sjukhusdirektören.

Handledaren Lili Skarby:

Identifiera och stöd läkarna som sjukvårdens nyckelresurs

Läkarna är sjukvårdens nyckelresurs men behandlas inte så.

– Det är slående hur maktlösa de upplever sig vara, säger organisationskonsulten Lili Skarby, som lett samtalsgrupperna för läkarna på S:t Görans sjukhus.

Det är en ganska mörk bild av läkarnas situation som hon tecknar.

Lili Skarby är psykolog, sjukgymnast och organisationskonsult vid konsultföretaget Sinova AB i Stockholm. Hon har erfarenhet både från offentlig sektor och från det privata näringslivet.

Som ledare av samtalsgrupperna har hon fått en omfattande inblick i hur läkare tänker och resonerar. Hon har mött S:t Görans 75 fast anställda läkare i grupper om fem deltagare i varje. Varje grupp har träffats minst sju gånger.

Handledningens syfte

Främsta syftet med handledningsgrupperna har varit att utveckla läkarnas psykologiska kompetensnivå.

Viktiga teman i grupperna har varit:

- Att meddela svåra beslut
- Döendets psykologi och omhändertagande
- Att hantera klagomål och anmälningar
- Att hantera misstag
- Psykosomatik.

Ett syfte har varit att identifiera läkarna som sjukvårdens nyckelresurs och att ge dem stöd i deras arbete.

Lili Skarby jämför med näringslivet där det är självklart att nyckelpersonerna får all den uppbackning de behöver för att kunna utföra ett bra arbete. Det är ju de som drar in pengarna.

Men i sjukvården fungerar det inte

så. Lili Skarby har funnit ett stort sug bland läkarna efter att bli betraktade som just vårdens »nyckelresurs».

Men hon har också funnit en utbredd känsla av maktlöshet.

– Sjukvården är ett kunskapsföretag, vars främsta kapital är de anställdas kunskaper och yrkesskicklighet. Det är ofta känsliga och sårbara personer som värnar om sin integritet. Då duger det inte att peka med hela handen – då vissnar snart kunskapsarbetarna.

Men Lili Skarby har funnit för lite stöd, uppmuntran och omhändertagande.

– Många i grupperna berättade att de inte ens sett skymten av ett utvecklings-samtal.

Läkare är ofta också rädda för sina chefer.

– Det finns en stark rädsla för att få sparken om man inte passar in. Det finns en realism i detta, men känslan är starkare än vad som är befogat. Att många yngre läkare saknar fast anställning bidrar säkert till denna farhåga.

Men inte heller läkarna själva går fria från konsultens kritiska kommentarer. De är dåliga på att ge varandra kritik, såväl positiv som negativ.

Upplever maktlöshet

Ibland blev Lili Skarby så provocerad av de dystra tongångarna i grupperna att hon började argumentera tillbaka.

– Det är synd – och förvånande med tanke på hur högutbildade de är – att läkarna upplever sig vara så maktlösa. Många resonerar att »det går inte att göra någonting i alla fall». Kanske ett resultatet av »inlärdd hjälplöshet» och att man förväntar sig att någon annan ska lösa problemen?.

Men läkarna har större möjligheter att förändra än vad de själva tror, anser Lili Skarby. Hon har försökt öka deltagarnas civilkurage att säga ifrån och på-

verka, inte minst cheferna, och att tala om vad de behöver för att utföra sitt arbete så bra som möjligt.

Lili Skarby har velat ge deltagarna perspektiv på deras ofta orimliga arbetssituation. Alltför många läkare får sällan t ex någon feedback på sin insats.

– Själva tror de att bristen på stöd och uppmuntran är det naturliga tillståndet. De saknar i regel erfarenhet från arbetslivet utanför sjukvården. Läkarna har så lätt för att bli hemmablinda.

Det finns en outtalad maktkamp med sköterskor som anser att de inte ska passa upp på läkarna. De svarar att »Du får gå ronden själv för vi ska skriva omvårdnadsjournal», eller »Reflexhammaren ligger på expeditionen».

– Men varför ska sköterskorna se ner på sin servicefunktion? De har inte förstått sin uppgift. Det kan inte vara vetligt att doktorn ska ägna tid åt att ta fram journalutdrag när hans eller hennes främsta uppgift är att träffa patienterna.

Det finns också många sköterskor som förstår sin roll i serviceorganisationen, betonar Lili Skarby för att inte bli missförstådd.

Men fortfarande också andan att »du ska inte tro att du är något för att du är läkare», vilket särskilt unga läkare kan få känna av.

Lili Skarby betonar att hennes iakttagelser inte är unika för S:t Görans sjukhus utan generella för sjukvården som sådan. Däremot är det, tror hon, unikt att ett sjukhus satsar så här stort på läkargruppen.

Bristande stöd vid kriser

Lili Skarby har förundrat sig över bristen på stöd för läkare som varit med

REPORTAGE

JAN LIND

– Jag vill påverka sjukvården att bli bättre på att ta hand om också den egna personalen. Det finns chefer som är bra, men hela kulturen är mycket traditionell och läkare är dåliga på att ge varandra feedback, säger Lili Skarby. Hon har som handledare träffat alla fast anställda läkare på S:t Görans sjukhus i samtalsgrupper.

om upprivande händelser i arbetet. Stödet som ges är oftast av arten att man konstaterar att ingen begått något medicinskt fel.

Men att upplevelsen varit förfärlig kommenteras inte. Det är bara att fortsätta med nästa arbetsuppgift.

Vid anmälningar till ansvarsnämnden får läkaren i regel hjälp att tekniskt och medicinskt gå igenom händelsen. Men det psykologiska stödet saknas.

– Och värst är kanske att läkarna själva inte förväntar sig att få något stöd.

Men det finns andra yrkesgrupper som lärare, kuratorer och poliser som har tillgång till en formaliserad organisation som fångar upp personal som varit med om svåra upplevelser i arbetet.

Sjukvårdens system för att lära av begångna misstag behöver utvecklas. Lili Skarby jämför med flygvapnets incidentrapportering.

– På morgonmötet går piloterna igenom föregående dags händelser, och tar upp såväl tekniska som psykologiska

aspekter. Något liknande vore rimligt för sjukvårdens del.

Entusiaster och bromsklossar

Deltagandet i samtalsgrupperna har i princip varit obligatoriskt för S:t Görans fast anställda läkare. Reaktionerna har skiftat. Många har sett grupperna som en möjlighet men bromsklossar har också funnits.

– Den besvärliga gruppen uttrycker att det här med psykologi bara är flum och tjafs – eller förklarar att det här kan de redan.

Det är lite tragiskt, säger Lili Skarby, att kirurger och ortopedier som är mycket skickliga på att operera kan vara oerhört omedvetna om sitt sätt att uppträda och förhålla sig gentemot andra människor.

– Men om fem personer oberoende av varandra säger att en viss person har noll i bemötande, men personen själv tycker att det går jättebra – ja, då är det svårt att komma åt.

Sedan finns det en mellangrupp som är omedvetna och oflekterade om sitt samspel med omgivningen. De kan ha en auktoritär stil, vara präglade av äldre förebilder och är ofta strikt naturvetenskapligt och forskningsmässigt inriktade.

– Men de flesta av läkarna på sjukhuset har verkligen aktivt velat delta i grupperna. De har sett handledningen

som en chans att reflektera och få distans till sin dagliga gärning.

Hennes budskap till deltagarna kan illustreras av ett citat av Albert Schweitzer: »*Medicine is not only a science, but also the art of letting our own individuality interact with the individuality of the patient.*»

Meningen med handledningen är förvisso inte att göra deltagarna till något slags psykoterapeuter, men Lili Skarby tycker ändå att läkarna skulle kunna använda sig mera av sin intuition.

– »Men det är vi inte vana vid – intuition är ju inget som kan mätas och vägas», säger läkarna. Men intuitionen kan likafullt vara till hjälp vid bedömningar och tolkningar, exempelvis om läkaren ska säga ja eller nej till en begäran från patienten.

Man blir bättre på att använda sin egen intuition genom att lära känna sina egna reaktioner. »Min känsla av ilska – säger den något om mig själv eller bara om patienten?» Patienterna testar gränserna.

– Men det finns också läkare som är alldeles briljanta på att utnyttja sin intuitiva känsla i kontakten med patienterna, tillägger hon.

Rättigheter och skyldigheter

Lili Skarby ser en samhällstendens där patientens rätt till vård poängteras men inte skyldigheten att ta hand om sig själv för att inte i onödan belasta sjukvården.

– Den finns också en tendens att samhället i onödan dumpar sociala problem på sjukvården, åtminstone i storstadsområden. Hur mycket gör sjukvården som bättre kunde tas om hand på annat håll i samhället?

Slå vakt om sjukvården

Lili Skarbys övergripande budskap är att samhället inte får fortsätta att behandla läkare på det sätt som sker idag.

– Om samhället inte snart förstår att vi måste bättre värdera och och behandla dem som dagligen utsätts för risken att genom misstag orsaka allvarliga och tragiska händelser, ja då kommer vi till slut inte att få några duktiga människor som vill ägna sig åt läkaryrket.

– Då kan vi stå med vår rätt att anmäla men utan doktorer.

På dig låter det nästan som om det är mest synd om läkare av alla grupper? Kan det verkligen vara så?

– Med tanke på deras långa utbildning, stora ansvar och pressade situation tycker jag nog att det är förhållandevis synd om dem, ja.

– Jag ömmar för dem och gör det också ur patientperspektivet. Jag vill att de ska ha det bättre så att jag får en bättre vård den dag jag behöver det, avslutar Lili Skarby.

Johan von Schreeb, kirurg:

Ökat behov av etisk diskussion när sjukvården klarar alltmer

Hur ska läkaren orka hålla fast vid sin roll när den tekniska utvecklingen, ekonomiska besparingar och patienternas förväntningar trycker på från alla håll?

– **Behovet av etiska diskussioner ökar, konstaterar Johan von Schreeb, kirurg och avdelningsläkare vid S:t Görans sjukhus.**

Vi ses en tidig förmiddag. Johan von Schreeb kommer från ett jourpass och har många timmar i kroppen. Han känner sig lite uppskruvad, euforisk, säger han.

Han blev specialistkompetent kirurg 1995 och är gift med Susanne som ock-

så är läkare. Tillsammans arbetade de i Afghanistan under ett halvår 1989, och i Rwanda en månad 1995.

Startade etikgrupp parallellt

Johan von Schreeb deltog i en handledningsgrupp som träffades hösten 1995 plus ett par gånger i början av 1996. Parallellt har han varit med om att tillsammans med några kolleger på sjukhuset starta en informell etikgrupp.

– Tanken väcktes när jag randutbildade mig inom narkos för ett och ett halvt år sedan. Intensivvården ställer på sin spets frågor om patientens rätt till sitt liv, men också till sin död. Jag kände ett behov av att öka min etiska kompetens.

I gruppen träffas kirurger och nar-

kosläkare, och det finns också deltagare med professionell etisk kompetens. Etikgruppen är ett forum för att dryfta frågor som det är svårt att få utrymme för på annat sätt.

Läkare – ett humanistiskt yrke

Vi börjar med semantiken – att syftet med handledningsgrupperna till en början angavs vara att öka läkarnas kundorientering. Även om tankegången är god har Johan von Schreeb svårt att se patienten som kund. Jämförelsen haltar.

– En kund har valfrihet, förutsatt att han har pengar. Men patienten är ofrånkomligen i underläge i förhållande till läkaren och organisationen i övrigt, och förstår inte till fullo vad som händer.

Snarare är mötet mellan läkaren och patienten av karaktären förälder–barnrelation.

– I handledningsgruppen har vi fått träna och diskutera att möta patienten på ett vuxet sätt – ett där patienten inte reduceras till blott ett objekt för åtgärder.

För Johan von Schreeb är läkarens yrke i grunden humanistiskt. Detta vill han framhålla trots – eller kanske just därför – att den medicinska tekniska utvecklingen går i rasande snabb takt.

– Vi kan göra mycket mer idag än för 20–30 år sedan. Men samtidigt riskerar vi att reduceras till apparatskötare – i Belgien har man nyligen gjort försök med robotassisterade laparoskopier! Men läkaryrket är inget ingenjörsyrke.

Här har handledningsgruppen fyllt en funktion. Deltagarna har i den kunskatt tala om allt det som ligger utanför de tekniska förklaringsmodellerna.

Hur hanterar vi svåra patienter?

Hur hanterar vi svåra patientfall? Hur sätter vi gränser mot aggressiva patienter? Hur ser vi på att man som läkare kan inta en distansnerande hållning mot – eller rentav känna förakt för – vissa typer av patienter? Exempelvis för alkoholisten som är stamkund på akuten.

– Just det exemplet tog jag upp, eftersom jag hade märkt de tendenserna hos mig själv. Svaret är ett förhållningssätt som gör att man behandlar även dessa patienter med respekt. Men det kan vara oerhört svårt.

På akuten kan det vara bra att symboliskt kunna ta ett steg tillbaka och låta patienterna ge utlopp för sin ilska och frustration. Detta för att undvika att de

För många klagomål över dåligt bemötande

För många patientklagomål över dåligt bemötande var en anledning till satsningen på samtalsgrupper för sjukhusets läkare.

Detta innebär inte att S:t Görans sjukhus skulle vara sämre än andra sjukhus på patientbemötande.

– Men det var ändå ett incitament att vi hade fått lite för många anmälningar där patienter klagade på dåligt bemötande, särskilt i det akuta omhändertagandet.

Handledningsgrupperna är ett av flera exempel på sjukhusets satsning på »kvalitet, kompetens och kundorientering», framgår det av årsredovisningen 1995 för S:t Görans Sjukhus AB, som ägs av Stockholms läns landsting men drivs självständigt med egen styrelse.

Utvecklingsarbetet inleddes med cheferna för att tydliggöra deras roll i organisationen. Under 1994 genomfördes därför ett utvecklingsprogram för chefsöverläkarna och chefssjuksköterskorna. Syftet var att stödja cheferna i deras roll, stärka deras självförtroende och att ge dem ett klarare uppdrag.

Satsning på kärnkompetensen

En av chefsöverläkarna, Lennart Bergsten, tyckte att erfarenheterna varit så positiva att alla läkare på sjukhuset

borde få del av dem. Så blev det också, med preciseringen endast de fast anställda läkarna (ca 75 personer).

Handledningsgrupperna är motiverade av två skäl, förklarar Sören Olofsson:

Behovet av att satsa på sjukhusets kärnkompetens – läkarna – och deras personliga utveckling. Men också behovet av att utveckla läkarnas relationer till den övriga vårdpersonalen.

Sören Olofsson bedömer kostnaden till ett par miljoner kronor, inräknat bortfall av arbetstid (sju halvdagar per läkare) och konsultkostnad. Det är väl använda pengar, anser Sören Olofsson, och en initialkostnad för att utveckla sjukhusets lönsamhet.

– Det allra roligaste med handledningsgrupperna har varit den fantastiskt positiva responsen från deltagarna! kommenterar Sören Olofsson.

Något för Huddinge också?

Sedan hösten 1995 är Sören Olofsson sjukhusdirektör på Huddinge sjukhus och ansvarar därmed för en betydligt större verksamhet.

Utvecklingsbehovet finns i minst lika hög grad på universitetssjukhuset.

– Vi kommer nog att hitta på något som liknar handledningsutbildningen, men kanske i lite annorlunda former, avslutar Sören Olofsson.

Jan Lind

Att inte få kalla patienten på återbesök efter operationen gör att jag inte får något kvitto på min insats. Det är mycket otillfredsställande, anser Johan von Schreeb, kirurg på S:t Görans sjukhus.

fastnar i sina symtom, blir rättshaverister eller söker hämnd.

I skalans andra ände kan vissa patienter, t ex yngre människor med ovanliga eller svåra sjukdomar, bli intressanta fall som ägnas särskild uppmärksamhet.

I samtalsgruppen diskuterade man också gamla människor i sjukvården. Är det en prestigeförlust för doktorn om patienten dör?

– I stället för att vi alltid sätter in alla resurser vore det kanske rimligare att inrikta sig på att göra den sista tiden för patienten så bra som möjligt. Men det är alltid lättare att göra allt än att avstå.

I gruppen har deltagarna också diskuterat den egna arbetssituationen, problem med kolleger eller andra arbetskamrater. Men också varför man blev doktor och ifall förväntningarna på yrket har infriats.

Sjukvårdens löpande band

Johan von Schreeb talar om »det hysteriska tempot» i dagens sjukvård. Produktionen får alltså karaktär av löpande band, där de rent tekniska aspekterna kommer i första hand.

Konkret får kirurgerna på S:t Görans sjukhus inte längre kalla patienterna på återbesök. Beställarstyrelsen betalar inte för återbesöken. De ska göras i primärvården i stället.

– Direkt efter operationen har patienterna mera ont än före. Vi hoppas att de förstår att de blir bra men det kan vi inte säkert veta. Som kirurg vill jag känna att jag har ett helhetsperspektiv på patienten och hennes situation. Helhetssynen är inget som ska vara förebehållet distriktsläkarna.

– Ironiskt kan man ju känna att man som kirurg kan strida mot Hippokrates' ed om läkarens plikt att aldrig skada, då vi sällan ser den av operationen förhoppningsvis botade patienten igen.

– I samband med patientens första besök, då operationen bestäms, inleds en relation. Att inte få avsluta den relationen i ett möte när patienten är frisk igen är otillfredsställande för både läkare och patient.

Lösningen? Ja, inte är den att vi läkare tjarar, menar Johan von Schreeb. Då kommer det bara att heta att vi är ute efter mera pengar för egen räkning.

– I stället måste patienterna säga ifrån. Men jag tror också att det vi nu ser är pendelns maximala utslag och att det måste komma en reaktion i motsatt riktning. Det går inte att pressa sjukvården hur långt som helst. Effektivitet är bra, men undersköterskan har samma mängd bajs att torka nu som tidigare. Sjukvård går inte att rationalisera som biltillverkning.

(Men sedan intervjun gjordes har beslut om nya, mycket omfattande besparingar i Stockholms sjukvård fattats, vilket möjligen jävar påståendet.)

Alternativmedicinen växer

Jämsides med utvecklingen inom sjukvården växer paramedicinska och alternativmedicinska verksamheter.

– Det ökade intresset för sådant som homeopati och zonterapi står för någonting som vi i sjukvården inte kan ge. Men vi bör ändå vara vakna för och ta på allvar de medicinska behov som här kan finnas dolda. Akupunktur sågs över axeln för 20 år sedan, men är idag beprövad vetenskap.

Johan von Schreeb tror att man gör patienterna en björntjänst om deras upplevda problem förvandlas till ickeproblem. Då hänvisas patienterna kan-

ske till kvacksalvare och diverse nyandliga rörelser som vill slå mynt av människors oro.

– Men samtidigt är det knappast sjukvårdens uppgift att göra alla människor lyckliga!

Denna paradox måste sjukvården och läkarna kunna hantera.

Den västerländska skolmedicinen kan lära av andra kulturers förhållningssätt, menar Johan von Schreeb och nämner som exempel Indien och Ayurveda-medicinen som utgår från Vedaskrifterna.

– Vi förutsätter att vår syn på sjukdom är den enda möjliga – den är sanningen – men det kan finnas andra synsätt som också är relevanta. Men allt som inte kan bevisas föraktas hos oss.

Erfarenheterna av sjukvårdsarbete i fattiga länder plus det faktum att han är uppvuxen i Etiopien bidrar säkert till att han också vill se vår sjukvård utifrån.

– Vi tror att det bara är vi i Västerlandet som har något att lära de fattiga länderna. Men de har mycket att lära oss också.

Ska vi operera 100-åringar?

– Vi kan operera 100-åringar, men ska vi göra det? Det är fel att hemfalla åt etisk lättja bara därför att man inte vågar fatta beslut. Tekniskt är det möjligt att hålla en människa vid liv genom att ge mat via slang i magen, men ska vi göra det – för alla, alltid?

Ytterligare en faktor som Johan von Schreeb vill ge sig på är människors många gånger orealistiska förväntningar på vad sjukvården kan åstadkomma. Den medicinska forskningen – och/eller rapporteringen om den – invagar människor i falska förhoppningar. Snart har väl forskningen tagit fram en tablett som gör att vi lever i 100 år till? Och i en framtid kan kanske rentav själva döden utrotas?!

En bov i dramat är, menar von Schreeb, att många människor har orealistiska föreställningar om den mänskliga organismens natur.

– Folk borde tvingas att diskutera döden! Då skulle inte allting i sista stund hänskjutas till sjukvården, och barnen skulle slippa det dåliga samvetet för att inte ha skött om sin far och mor.

Ska vi alla dö på intensivvården? Det kan vi göra idag. Men en människa som uppnått en respektabel ålder umgås med tankar på döden som något som kommer.

– Om de anhöriga frågar »Hur vill du ha det på slutet?» kan de meddela sjukvården att »pappa har pratat om det här – han vill dö hemma». Därmed kan sjukvården också lämna folk i fred för onödiga åtgärder när väl stunden är inne, avslutar Johan von Schreeb.

Jan Lind

Mikaela Luthman, ST-läkare

Skönt få höra att vi ska slå vakt om vår kompetens

– I en tid när det talas om problem, nedläggningar, mobbing kändes det skönt att få vara med om någonting positivt.

Blivande internmedicinaren Mikaela Luthman tycker att deltagandet i handledningsgruppen sått frön som fortfarande gror.

Mikaela Luthman deltog i den första handledningsgruppen som bildades våren 1995. Trots att det snart är ett år sedan hon och de fyra andra i gruppen träffades händer det fortfarande att hon tänker att »det här skulle jag kunna ta upp i gruppen».

Hon har avverkat två år av sin specialiseringstjänstgöring och siktar på att bli hematolog. Hon har kommit in på den banan via arbete inom onkologin, på Radiumhemmet, och vården av döende patienter. Efter att ha gjort sin allmäntjänstgöring på S:t Görans sjukhus fick hon en ST-tjänst där.

Hon trivs med vården av patienter med blodsjukdomar – att ta hand om och bota akut sjuka patienter men också att vårda dem som inte blir bättre.

Relationerna till patienterna

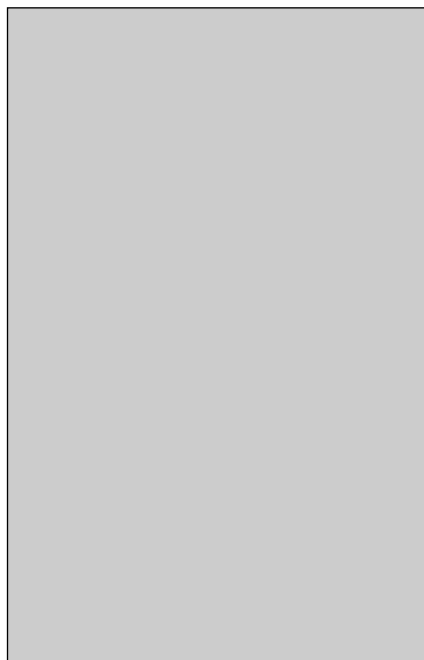
När meddelandet om handledningsgrupperna kom anmälde Mikaela sitt intresse av att vara med i första omgången. Gruppen skulle ha en allsidig samsamsättning med avseende på ålder, kön, specialitetstillhörighet och rang.

– I gruppen pratade vi mycket om de olika relationer vi har som läkare – till patienterna, till de anhöriga, till övriga personalen och till varandra.

I gruppen fick deltagarna ta upp aktuella frågor eller problem. Det gick till så att en deltagare valde ut en annan i gruppen och förde en dialog med honom eller henne om sitt ämne. Övriga satt tysta. När dialogen var uttömd fick de andra i gruppen ge sina synpunkter. Det gav många idéer och kloka kommentarer, anser Mikaela.

I en mer personligt inriktad handledning med konsulten Lili Skarby kunde gruppdeltagarna också ta upp sådant som inte hade direkt medicinsk anknytning. Exempelvis trivseln i arbetet, relationer till arbetskamrater, etiska frågor.

För att skapa öppenhet och trygghet fick deltagarna i förväg ingå ett avtal om



– En fördel med en sådan här grupp är att man lär känna kollegerna personligen och att man förstår hur det fungerar på andra kliniker. Det har man nytta av i arbetet sedan, menar Mikaela Luthman, ST-läkare på medicinkliniken.

att inte yppa något för utomstående om det som avhandlades i gruppen.

Lär känna varandra som personer

Gruppen träffades sju gånger våren 1995 och två gånger på hösten. Sedan har man träffats vid ytterligare tillfällen utan handledare. Gruppen träffades i tre timmar åt gången inklusive paus för kaffe och smörgåsar.

– En fördel med en sådan här grupp är att man lär känna de andra personligen och förstår hur de fungerar på andra kliniker. Genom att på det här viset träffas över klinikgränserna bygger man ut sitt personliga kontaktnät. Det har man nytta av sedan i arbetet. Det ger också på ett naturligt sätt upphov till gemensamma etiska diskussioner.

Definiera vår yrkesroll

En sak som Mikaela uppskattar är att handledaren Lili Skarby betonade att deltagarna skulle definiera sin roll i sjukvården.

– Hon diskuterade vad som är vår unika kompetens, och talade om för oss att vi ska våga hävda vår kompetens. Att få det påpekat för sig av någon utomstående är ganska nyttigt.

Läkare har stor makt att fatta beslut i

det enskilda patientärendet, men styr mycket litet över politiska beslut om antalet vårdplatser och vårdtider. När patienter och husläkare klagar på att patienterna skickas hem för tidigt är det sjukhusets läkare som får ta stöten.

Läkarna ansvarar för att det inte finns någon medicinsk risk förknippad med att patienten går hem tidigt.

– Men många gånger skulle patienterna säkerligen vara lite raskare och pigare om de hade fått stanna någon dag till på sjukhuset, kommenterar Mikaela.

Påfrestande nedläggning

I början av 1996 lades 24 vårdplatser ner på S:t Görans sjukhus. Två avdelningar, 32:an – med huvudsakligen hematologisk/onkologisk inriktning – och 33:an – som främst ägnar sig åt gastroenterologi – slogs samman.

Två kulturer möttes, fastän avdelningarna funnits intill varandra på samma våningsplan.

– Gamla 32:an var en fantastisk avdelning, vi jobbade enormt bra ihop, alla kategorier av personal.

Att bilda en gemensam avdelning var påfrestande för personalen från båda avdelningarna. Invanda rutiner och synsätt ändrades. Arbetsron stördes när energi måste läggas på att hitta gemensamma sätt att t ex dokumentera och planera – energi som bättre behövts i det ofta mycket påfrestande patientarbetet.

– Dessutom förlorade man arbetskamrater som man hade trivts bra ihop med.

Men annars försöker Mikaela stänga av »nedläggningspratet». Hon är lycklig över att ha ett arbete som hon älskar – ett ovärderligt privilegium. Då får man ta de påfrestningar som ändå uppstår, menar hon. Och i hennes grupp trivdes alla med sina jobb.

Handledning kan minska klagomål

Ska det verkligen behövas handledningsgrupper för läkare? Allt är relativt, svarar Mikaela, men om handledningen gör sjukvården bättre och minskar antalet klagomål över dåligt patientbemötande, så varför inte?

– Anmälningarna över dåligt bemötande leder i regel inte till någon åtgärd, men skapar oro och medför mycket arbete. Om den energin kan användas till förnuftigare ändamål är det rimligen en fördel, menar hon.

Jan Lind