

samhet, skapa sig en »nisch» inom medicinen eller allmänt trivs med att vara i fokus.

Dessutom kan man ibland undra om personen har tillräcklig kunskap om frågan eller grund för sina uttalanden? Jag tror att man skall vara mycket försiktig med att uttala sig om kolleger och fundera över eventuella konsekvenser, även om det ibland känns fint att vara så betydelsefull att man blir tillfrågad av medierna.

Vem är nästa offer? Nästa gång kan det vara jag själv, och då kanske jag föredrar stöd och inte att någon »lägger mer ved på elden».

Tuffare klimat

Efter att i flera år ha arbetat som radiodoktor och även för övrigt haft en god relation till massmedier har jag funnit att klimatet hårdnat de senaste åren. Min bestämda uppfattning är att vi inom läkarkåren måste ta det massmediala intressets konsekvenser på allvar.

Vi måste diskutera hur vi professionellt och fackligt skall agera gentemot medierna samt stötta kolleger som blivit utsatta. För den som ej är van kan det bli en fruktansvärd påfrestning. Frågan är om inte den massmediala uppmärksamheten ibland kan vara en mycket hårdare bestraffning än en fällning i ansvarsnämnden.

Jag menar inte att vi ej skall delta i den offentliga debatten. Det måste vi göra och det är vår skyldighet, men vi måste skaffa oss mer kunskap om hur man gör detta.

Offentlig pajkastning kan var intressant att följa som åskådare, men det motverkar nog snarast möjligheterna att påverka. Vi riskerar som grupp att förlora allmänhetens och beslutsfattarnas förtroende om vi inte lär oss fungera bättre i relationen till medierna och varandra. •

VISST BEHÖVS EN CIVIL SJUKVÅRDSSEKTOR?

Det centrala i sjukvården – mötet mellan läkare och patient – är i fara när en tredje part, t ex landstingen, av bl a ekonomiska skäl försöker hindra att de läkaretiska reglerna tillämpas. Det vore önskvärt att skapa en alternativ »civil sjukvårdssektor» där varken byråkrati eller lönsamhetskrav är det primära.

Utan tvekan har socialförsäkringarna revolutionerat sjukvården världen över och gjort det möjligt för många människor att få hjälp och behandling. Det har varit en god sak. I Sverige har den helande traditionens värderingar och idéerna om solidaritet fått genom-syra vården.

Följaktligen har det varit konfliktfritt för många läkare att företräda det offentliga regelsystemet gentemot patienterna, oavsett om resurserna har varit begränsade. Vi har varit stolta över den svenska modellen.

Allt eftersom värderingar med rötter i den ekonomiska och juridiska tanke-traditionen har gjort sig mer och mer gällande i sjukvården har konflikterna ökat. När sjukvårdspersonalen avkrävs att kategorisera sin nästa utifrån administrativa och ekonomiska kriterier blir det svårare att företräda socialförsäkringssystemets värderingar helhjärtat.

Internationell tendens

Därtill läggs krav på en systematisk insamling av information samt övervakning av de hjälpsökande. Det känns ovant, och konflikterna mellan läkare, patient och tredje part märks i det dagliga vårdarbetet. Det rapporterar kolleger både i Sverige och utomlands.

Detta sker oberoende av om vården är styrd av politiska församlingar eller via privata försäkringsbolag. I bägge fallen finns hos tredje part en orealistisk och övermodig tro på de administrativa styrsystemens möjligheter och en naiv föreställning om nyttan med bearbetning av stora informationsmängder.

Empatisk barriär

För sjukvårdens personal, som är van vid att känslomässigt förstå den

DEBATT

**”Läkaren är ingen myndighetsperson, och vi bör inte ta på oss fler samhälls-
liga kontrollfunktioner utan
i stället värna om lojalite-
ten med den enskilde pati-
enten. Medvetenheten om
att tredje parts och patien-
tens intressen inte alltid går
ihop måste öka.”**

andres behov och ställa sig själva och sin kunskap till förfogande, känns det främmande att i lojalitet med tredje part bygga en empatisk mur mot patienterna. Anställda inom sjukvård och omsorgsverksamhet – men också de som arbetar i socialförvaltning, på försäkringskassor, på arbetsförmedlingar eller i kriminalvård – far illa av ett sådant förhållningssätt.

Det är ovant och passar inte ihop med den egna personligheten. Sjukvård är i första hand ett praktiskt arbete, och de som sökt sig till vårdarbete är mer inriktade på att förstå mellanmänniskliga handlingar än på att förstå den administrativa dimensionen, att tolka paragrafer och förordningar. Den systematiska nedvärderingen av den empatiska förmågan kan stöta bort människor som är känsliga för andras behov från vården.

Etiska regler avslöjar svagheter

Generationers erfarenheter har slipat de läkaretiska reglerna. Därför erbjuder de utsiktspunkter från vilka svagheter i vår egen tids sjukvård blir synliga.

När illegala flyktingar söker hjälp inom den offentliga vården i Sverige finns det ingen plats för dem. Dessutom riskerar de att anmälas. Den som försö-

Författare

CHRISTER SJÖDIN
privatläkare, Stockholm.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ker ordna plats möts av frågan: »Tillhör vederbörande vårt upptagningsområde?» Ett annat påstående är: »Det saknas rutiner för det här» – allt enligt en »oskyldig», rationell administrativ logik som frågar efter den kostnadsansvarige beställaren.

Att man inte kan kräva människokärlek av ett regelverk förstår jag. Däremot kan man kräva att reglerna inte hindrar medarbetare med hjärta och blodomlopp att visa barmhärtighet.

Att avvisa människor för att de inte tillhör den egna gruppen, inte har rätt pass eller tillräckligt med pengar är ett brott mot de läkaretiska reglerna. Det är ett grundläggande fel i regelverket när det inte finns någon inbyggd spärr mot sådana oetiska handlingar i vår offentliga sjukvård.

Sjukvårdens etiska regler har alltid ställt den enskilde patienten i centrum. Läkarens lojalitet gäller i första hand patienten. Ibland är det nödvändigt att kränka dennes integritet, och då har det omgärdats med tydliga lagtexter som i Smittskyddslagen eller i lagen om tvångsvård med anledning av psykisk sjukdom.

Andra lösningar finns ofta

I en ny förordning från vägverket förväntas landets läkare att delta i en systematisk övervakning av patienterna och rapportera dem som är olämpliga bilförare. Ur ett preventivt trafikmedicinskt perspektiv är tankegången begriplig. Men det finns en konflikt mellan den enskilde patientens rätt till konfidentialitet och allmänhetens behov av att skydda sig mot farliga bilförare.

Vägverkets handlingslinje kommer i konflikt med läkaretiken. Det är onödigt eftersom man i stället kan ompröva körkortstillstånden med jämna mellanrum och då kräva ett intyg om individens hälsotillstånd.

Läkaren är ingen myndighetsperson, och vi bör inte ta på oss fler samhälleliga kontrollfunktioner utan i stället värna om lojaliteten med den enskilde patienten. Medvetenheten om att tredje parts och patientens intressen inte alltid går ihop måste öka.

Trots långvarig erfarenhet av offentlig vård har vi i Sverige inte tillräckligt ingående diskuterat en konflikt som är förenad med läkarens dubbla lojalitet med patient och finansär.

Regelverket kan bli ett fängelse

Sjukvårdens centrala frågor föds i mötet mellan läkare och patient. Försöken att förstå orsakerna till patientens lidande och den omhändertagande impulsen är de viktigaste drivkrafterna i vården.

Tredje parts ambition har varit att skydda detta möte. Vi kan vara tack samma över att man har lyckats så väl. Men tacksamheten får inte göra oss blinda för att regelverket, som är tänkt att försvara mötet mellan läkare och patient, kan omvandlas till ett fängelse.

Den risken finns när tredje parts egna problem kommer i fokus och pockar på att få all uppmärksamhet. Då förskjuts den dynamiska kraften i sjukvården från det levande mötet mellan läkare och patient till administrativa organ. Patientens utlämnas åt grupprocesser som många gånger är tillfälliga och irrationella.

Dynamiken förskjuts från de direkt inblandade till deras ombud och riskerar att bli en dragkamp mellan organisationer, där respekten för den unika individen går förlorad. Då kan den goda vilja som avsågs med styrmedlen i stället kännas som hinder både av sjukvårdens personal och av patienterna.

Smärtsam maktlöshet

Den hjälpsökande får verkligen lära sig vad det betyder att vara patient, att vara tålmodig. För många är det smärtsamt. Det kan också kännas förödmjukande att ställas inför en grupp bedömare.

Patienten känner sig utlämnad och saknar i regel ett eget ombud och har små möjligheter att överklaga besluten. Känslan av instängdhet och desperation kan bli överväldigande när ingen lyssnar, och möjligheterna att påverka den egna situationen är begränsade.

Vad är det sociala kontraktet värt när den enskilde inte kan överklaga ett beslut om att man är medicinskt färdigvårdad eller har blivit nedprioriterad av sjukvården? Känslan av instängdhet kan bli överväldigande om det inte finns några alternativa utvägar.

Allt får ej reduceras till ekonomi

Tredje parts, i vårt fall landstingens, problem verkar inte lösbara inom överskådlig tid. I stället ökar gapet mellan tillgängliga resurser och behov. Prioriteringar och effektivisering löser en del problem, men skapar också nya. Det behövs alternativ, så att patienter och personal som av olika skäl hamnar utanför den offentliga omsorgen kan mötas.

Tendensen att reducera all mänsklig aktivitet till ekonomi är ett hinder när man försöker tänka ut alternativ. Dessutom är det svårt att förstå det rättvisa och meningsfulla i att låta tillväxtsektorerna i ekonomin tävla på samma villkor som de omvårdande sektorerna.

Mänskliga relationer kan endast i ringa omfattning ersättas av robotar eller effektiviseras med snabbare informationsöverföring. Sådant hjälper inte

när en ledbruten åldrig kvinna behöver hjälp upp i den gynekologiska undersökningsstolen för att få sin blödning från underlivet undersökt.

Förslag till alternativ sektor

När kraven på sjukvården blir mer mångskiftande behövs en sjukvårdssektor som utgår från en direkt överenskommelse mellan läkare och patient – utan inblandning av tredje part. En dylik sektor behövs som ett komplement till den offentliga omsorgen.

Detta kräver bl a att skattesystemet ändras, så att den nya sjukvårdssektorn får en chans att också bli lagligt erkänd. Enklast sker det genom att lägga till ett C på F-skatteselel – för *civil sjukvård och omsorg*. C-et kan villkoras att endast gälla för små mottagningar som inte tillgodogör sig samhälleliga transfereringar i form av lön, arbetslöshetsunderstöd eller andra bidrag.

Företag med FC-skatteselel skulle befrias från arbetsgivaravgift, och patientens kostnader för vård på sådana mottagningar skulle vara avdragsgill i den personliga självdeklarationen.

Bryt upp monokulturen!

För att skapa mötesplatser för den personal och de patienter som inte får plats i den gemensamma sektorn behövs en civil sjukvård. Dessutom ter sig en sådan sektor alltmer nödvändig för att värna om sjukvårdens etiska regler. Det går inte i en monokultur.

För den som är anställd eller beroende av vårdavtal är det i längden omöjligt att verka mot de styrandes tolkning av de etiska reglerna. Alternativa tolkningar kräver alternativa organisationer.

Inför tjugohundratalet finns med god vilja förutsättningar att öppna en ny sjukvårdssektor som inte domineras av byråkratiernas regelsystem eller av marknadens lönsamhetskrav. Det behövs för att ge nytt utrymme för individuell stolthet, självkänsla och medmänsklighet. •