

## Behöver Sveriges AT-läkare verkligen ett skyddsombud mot dålig arbetsmiljö?

Respekt – bättre lösning!

**AT-läkarna är Sveriges framtida läkarkår, de är framtidens överläkare och framtidens chefer. Äldre läkares uppgift borde därför vara att till sina yngre kolleger förmedla kunskap om vad läkaryrket kräver så att de på bästa sätt kan axla rollen.**

Johan Fischer hävdar i sitt inlägg i Läkartidningen 24/98 att »genom ATs tjänstekonstruktion – korta perioder på olika tjänsteställen och tidsbegränsade förordnanden – har det visat sig att ingen kan komma att känna sig direkt ansvarig för AT-läkarna. Varken för utbildning eller arbetsmiljö...» Fischer föreslår vidare: »En väg för att förbättra för AT-läkarna är att inrätta regionala skyddsombud för dem...»

Visserligen kan man i dagens läge säkert inte skapa nog med »säkerhetsfunktioner» kring så utsatta kolleger som AT-läkare, men tanken känns ändå lite främmande. Den dåliga arbetsmiljö AT-läkarna möter ute i sin kliniska vardag beror kanske till viss del på tjänstekonstruktionen, men viktigare är sannolikt den totala avsaknaden av ansvarskänsla och insikt hos oss andra, deras kolleger, vad avser vår roll som »förebilder».

Denna brist grundläggs antagligen redan under grundutbildningen. Vi lär oss då systematiskt, med vissa lyckliga undantag, att vi är i vägen, synnerligen inkompetenta och mest bara till besvär. Varje medicine kandidat med några år på nacken känner igen känslan av vanmakt som uppstår när man försöker följa en framtida kollega hack i häl för att insupa kunskap, och vederbörande försvinner runt hörnet med ett kort »... jag skall bara...» Inga instruktioner, i värsta fall dålig lokal kännedom, ibland

även ett dåligt självförtroende gör att man då endast kan hoppas på någon snäll sjuksköterskas hjälp att återfå kontakten med »förebilden». Detta sker dagligen på våra undervisningssjukhus; få inser att handledning är en lika viktig uppgift som kontakten med varje patient.

Samtidigt, parallellt med vår undervisningssituation, sker något helt annat. Alla medicine kandidater och AT/ST-läkare har någon gång med avundsneglat på sköterske- eller barnmorskestudierande som efter noggrann introduktion och genomgång av lokaler och rutiner får sig tilldelade en personlig handledare vars huvudsakliga arbetsuppgift då plötsligt blir att inviga till sjuksköterskans/barnmorskans roll och instruera i praktiskt sjukvårdsarbete. Detta sker med mycket stort engagemang och ve den medicine kandidat, AT-läkare eller ST-läkare som råkar komma i vägen!

### Respekteras vi?

Vad beror denna enorma skillnad i respekt för »lärlingen» på ?

Vad är läkarkårens uppfattning om respekt ? Är vi stolta yrkesutövare som åtnjuter allmänhetens respekt i alla lägen ? Upplever vi att omgivningen förstår att uppskatta vår insats ? Svaret på dessa frågor måste nog tyvärr bli nej. Den tid när läkarkåren var en väl sammanhållen grupp där varje ny medlem togs om hand som en fullvärdig medarbetare vad avser respekt och stöd är sedan länge förbi. Vi hjälper och skyddar inte varandra på samma sätt som då, vi arbetar inte ihop som grupp.

Tiderna har i stället blivit sådana att man först och främst ser till sig själv. Från individuell lönesättning till verksamhetschefer med ekonomiskt ansvar men utan reell makt, ett allt större avstånd mellan den sjukvård och därmed arbetsmiljö vi vill ha och den vi lever i. Lagg samman allt detta och vi får dagens doktorer som gör det de ska utan några illusioner om att kunna påverka. Att då komma och prata om handledning är ju nästan fäntigt.

### Vad prioriteras?

Vad är det då vi prioriterar? Medicinska kunskaper? ... absolut. Kirur-

*»Den dåliga arbetsmiljö AT-läkarna möter ute i sin kliniska vardag beror kanske till viss del på tjänstekonstruktionen, men viktigare är sannolikt den totala avsaknaden av ansvarskänsla och insikt hos oss andra ... »*

gisk färdighet? ... helt säkert. Vetenskapligt arbete? ... ja, åtminstone på universitetskliniker. God patientkontakt? ... nja, det är väl mest dålig patientkontakt som noteras i så fall ... om det blir klagomål. Empatisk förmåga då? ... viktigt tycker väl en del, flummigt tycker nog många, i alla fall ingenting man hänger upp sig på eller får mer pengar i en revisionsförhandling för. Administrativa kunskaper? ... det är ju bra om man håller ordning på sina journaler, men annars inte något som får speciell uppmärksamhet. Handledarförmåga? ... alla kandidater vet vem som är bra och dålig, det hänger sällan ihop med vem som har mest medicinsk kompetens. Utmärker man sig riktigt kan man till och med bli omnämnd i Läkartidningen, men det är inget viktigt samtalsämne på kliniker runt om i landet, ingenting som prioriteras, uppmuntras och premieras.

Vid genomgången läkarutbildning kastas man efter 5 1/2 års mer eller mindre oöm behandling [1, 2] ut i en vardag som är allt annat än pedagogisk. Precis som Johan Fischer anger drabbar dålig undervisning *alla* AT-läkare. Många kliniker försöker förbättra, man tillsätter studierektorer och handledare. Ett fåtal AT-läkare har turen att träffa »bra» kolleger, dvs kolleger som på grund av personliga egenskaper är duktiga handledare och inser att relationen student-lärare eller AT-läkare-äldre kollega är lika viktig som patient-läkarrelationen [3].

### Framtidens läkare

Våra AT-läkare är Sveriges framtida läkarkår, de är framtidens överläkare

### Författare

ISIS AMER-WÅHLIN

specialist i obstetrik och gynekologi, avdelningsläkare, klinisk assistent VT 98, Universitetssjukhuset i Lund.

och framtidens chefer. Vår viktigaste uppgift borde därför vara att förmedla kunskap om vad läkaryrket kräver, så att de på bästa sätt kan axla rollen.

Det vi idag tycker är viktigt kommer i framtiden att vara oundgängligt. Medicinsk kompetens, kirurgisk färdighet men även allt det vi genom åren lärt oss av värme, förståelse och ödmjukhet måste vi dela med oss av.

Stolthet och respekt får vi heller inte glömma, så att varje läkare redan under utbildning inser sitt »... ansvar att vara den som leder och utvecklar teamet ... navet kring vilken verksamheten rör sig» som Bernhard Grewin hävdade i en intervju om framtidens läkare i Läkartidningen 24/98. På det viset kan vi kanske innan det är för sent återta initiativet. Slippa bli konsulter i en verksamhet där helt andra aktörer styr, undanröja hotet att läkaryrket blir ett rutinarbete där verksamheten avgörs av helt andra principer än vi tänkt oss.

## Kraven har förändrats

Förr fanns på ett naturligt sätt en insikt om att man som äldre kollega hade ansvar för de yngre, utan att man talade om handledning eller målbeskrivning, det var liksom nödvändigt för arbetsorganisation att var och en hade vissa färdigheter och kunde sköta vissa arbetsuppgifter.

Kraven har förändrats; vi är fler, tidspressen är på de flesta kliniker oerhört stor och dessutom har sjuksköterskeåren övertagit många arbetsuppgifter som kanske skötes av studenter eller åtminstone läkare under utbildning tidigare.

Situationen kräver dock att vi inser några grundläggande detaljer; läkaryrket innebär inte bara riktiga diagnoser och utredningar utan ett ständigt utbyte av kunskaper mellan oss på olika nivåer för att förmedla alla värderingar och egenskaper en bra läkare måste ha.

Ett bättre omhändertagande av yngre kolleger är ett utomordentligt bra sätt att förbättra vår arbetsmiljö och påverka sjukvården i framtidens Sverige.

Respekt kräver respekt ... även från sjuksköterskor, politiker och inte minst vår arbetsgivare.

## Referenser

1. Holm U. Empatiutveckling bland läkarstudenter. Läkartidningen 1995; 92: 404-6.
2. Holm U. Handledning i empati. Läkartidningen 1997; 97: 1393-7.
3. Birgegård G. Använd läkarnas professionella färdigheter. Läkartidningen 1998; 95: 2608-9.

## Bör ljumskbråckskirurgin göras av mänskliga "maskiner"?

**I en intressant artikel i Läkartidningen 22/98 rapporterar Fritz Berndsen och Dan Sevoni- us att mer än en fjärdedel av de patienter som 1990 opererades för ljumskbråck på Blekinge-sjukhuset i Karlskrona fått recidiv efter fem år.**

**Resultatet förefaller åtminstone inte vara bättre än det som uppnåddes på 1890-talet av Jacques Borelius, »en av pionjärerna inom bråckskirurgi i Sverige».**

Författarna poängterar med berömvärd uppriktighet att »resultatet är skrämmande både ur den enskilde patientens perspektiv och samhällsekonomiskt». I artikeln redogör författarna för åtgärder som man vidtagit för att förbättra resultaten: användare av nya tekniker (bl a ökad användning av konstfiberväv för att täcka vävnadsdefekter), bättre undervisning i ljumskbråckskirurgi till yngre kolleger och fortlöpande uppföljning av resultaten. Är dessa åtgärder tillräckliga?

## Lågstatusoperation

Innan jag går vidare vill jag medge att jag diskuterar ett område som jag egentligen inte vet någonting om. Min egen erfarenhet av ljumskbråckskirurgi begränsar sig till det fåtal operationer som jag själv utförde under en mycket kort kirurgkarriär i slutet av 1960-talet. I en kommentar till Berndsens och Sevoni- us artikel framför Erik Nilsson (Läkartidningen 22/98) uppfattningen att ljumskbråckskirurgin haft lågt status hos svenska kirurger, och bara det faktum att jag lämnades att självständigt operera ljumskbråck styrker hans uppfattning.

Att jag ändå dristar mig att kommentera Berndsens och Sevoni- us rapport beror på att jag nyligen läst en intressant artikel om bl a just ljumskbråckskirurgi i tidskriften »The New Yorker» (30 mars 1998). Artikeln är skriven av A Gawande, som är kirurg i Boston och »research fellow» vid Harvard School

*»Den som visar sig vara en skicklig bråckoperatör skall naturligtvis fortsätta att operera bråck och slipa tekniken så att han eller hon uppnår en »maskinlik perfektion» och skall ges uppmuntran och stöd att bygga upp en specialenhet för bråckskirurgi och naturligtvis avlönas efter förtjänst. Den som på ett kostnadseffektivt sätt kan operera ljumskbråck och samtidigt kan uppnå en recidivfrekvens varaktigt i nivå med den som rapporteras från Shouldice borde rimligen hyllas som en hjältekirurg.»*

of Public Health. Den diskuterar möjligheterna att uppnå en »maskinlik perfektion» genom långtgående specialisering.

Gawande tar ljumskbråckskirurgin vid Shouldice Hospital utanför Toronto som exempel. Ett tiotal kirurger utför där vardera 600-800 ljumskbråcksoperationer per år med en recidivfrekvens på omkring 1 procent.

## »Perfection is the excitement»

Verksamheten vid Shouldice beskrivs som »a focussed factory». Ljumskbråcksoperationerna, som utförs med enahanda teknik, genomförs på 30-45 minuter och till halva kostnaden jämfört med den vid andra kliniker. patienterna opereras i lokalanestesi och

## Författare

ANDERS ALVSTRAND

professor, institutionen för klinisk vetenskap, Karolinska institutet, Stockholm.