

Angående privat mottagning och privat tid

■ I vårt fackliga husorgan Läkartidningen återkommer numera allt som oftast reportage om »det stora lyftet« som utvalda kolleger upplevt i samband med övergång till privatiserad verksamhet.

Ett genomgående drag är att förändringen nyligen är genomförd och således svår att utvärdera efter kort tid samt att intervjuade läkare hänvisar till bättre egen kontroll och styrning av verksamheten. Samtidigt förtigs ekonomiska motiv, liksom bristen på reglerad arbetstid som finns inbyggd i förutsättningarna för egna företagare. Det talas sällan om förutsättningarna för utbildning och forskning inom den privat styrda enheten.

»Arbetar mer, men känns som mindre«

I Läkartidningen 6/01 (sidorna 574-81) framkommer dock att distriktsläkarna i Aneby efter privat entreprenadavtal med landstinget »kanske arbetar mer idag, men det känns i alla fall som mindre«. Som nybliven arbetsgivare ansvarar

man för personalfrågor, inkluderande fortbildning, anställningskontrakt och pensionsavsättning, verksamhetsstatistik och datateknisk utveckling samt den medicintekniska utrustningen på vårdcentralen.

Rimligen finns fördelar med att centralisera denna typ av verksamhet och låta läkarna koncentrera sig på kärnverksamheten hälso- och sjukvård.

Mer kringarbete, fler remisser?

Det går att minska utgifterna för företaget genom att minska på personalstyrkan, men då måste läkarna själva utföra mer kringarbete och väntetiderna ökar.

Det går även att minska kostnader för fortbildning och medicinteknisk utrustning, vilket medför ett ökat antal remisser till nästa sjukvårdsinstans.

Samma sak händer om tidsramarna är för snäva vid patientens besök hos distriktsläkaren, då allmänmedicin är ett kunskapsområde med stor bredd och antalet mediciner hos framför allt äldre och

flersjuka patienter tenderar att öka efter hand.

Finns tid till privat tid?

Vad menas med att styra över sitt arbete som läkare, och vilken relation finns till möjligheten att styra över sin fritid (eller om man så vill: privattid)?

En läkare som ska klara sitt arbete under ordinarie arbetstid med hög kvalitet och på längre sikt, bör även ha tillgång till och kunna styra över sin fritid, ha tid och ork över till socialt umgänge, egen motion och exempelvis läsning av skönlitteratur utöver facktidsskrifter.

Tillkomst av arbetsgivaransvar enligt ovan torde inte underlätta detta. Vi behöver i stället förbundets fackliga hjälp och stöd att sätta gränser för vårt snart alltomfattande hälso- och sjukvårdsarbete.

Örjan Andersson

distriktsläkare, Umeå

Meningslöshet och medicin – kommentar till en recension

■ I Läkartidningen 51-52/00 (sidorna 611-5-6) recenserade Olle Hellström min bok »Föreställningar om sjukdom. Somatisering. Medikaliserings. Prioritering«. Jag har inga klagomål på recensionen – det var som vanligt givande att ta del av Olle Hellströms reflexioner.

Men det blir lite lustigt när Hellström skriver: »En ny yrkesgrupp föreslås kunna operera på den professionella hjälparenan, nämligen praktiserande filosofer.« Jag föreslog inte detta, men jag noterade att det finns en sådan yrkesgrupp – och det hade jag fått veta genom Olle Hellström (i intervju i Läkartidningen 1999; 96: 3090-92)!

Till rubrik på recensionen valde Olle Hellström »Känslan av meningslöshet är en medicinsk fråga«. En recensionsrubrik brukar vara en signal om vad boken handlar om. I det här fallet fick läsarna ett intryck som i huvudsak är raka motsatsen till vad jag framför.

En huvudlinje i boken är att peka på avigsidorna av att livsproblem görs till medicinska problem: det är vilseledande och det tar upp sjukvårdens (särskilt primärvårdens) resurser på ett sätt som är oförenligt med god prioritering.

En patient som berättar om en känsla av meningslöshet kan vara deprimerad. Att ta ställning till detta är naturligtvis en viktig uppgift för läkaren. Min bok inriktar sig främst på hur långvariga livsproblem (som medför »distress« – ett

viktigt ord som tyvärr saknar exakt svensk motsvarighet) kan ta sig uttryck i somatiseringssyndrom.

När en sådan diagnos framstår som den sannolikaste, och när man diskuterar detta noga med patienten, då gäller det att fundera! Om man som Olle Hellström är både läkare och praktiserande filosof (vilket framgår av Hellströms doktorsavhandling) kan man välja att erbjuda patienten fortsatt långvarig samtalskontakt.

Men jag tror knappast att flertalet läkare anser att bästa sättet att använda sin kunskap och sin tid är att arbeta vidare utifrån att patienten »tvingas konstruera hyggligt meningsbärande föreställning-

ar i form av sjukdomsupplevelser« (citat från recensionen).

Frågor

Jag slutar med att fråga Olle Hellström: Är en känsla av meningslöshet alltid en medicinsk fråga? Är livsproblem alltid detsamma som medicinska problem? Är flertalet läkare sådana eminenta människokännare att de är de bäst skickade att ta sig an alla mänskliga problem? Finns det obegränsad plats inom sjukvården för mer eller mindre lyckade försök att vara levnadsrådgivare?

Jörgen Malmquist

leg läkare, författare, Höllviken

Replik:

Människors uttryck och goda böcker är mångtydiga

■ Jag är glad över att Jörgen Malmquist uppskattar mina bokrecensioner, och jag vill gärna besvara ställda frågor. När jag nu läser om boken ser jag igen att det ena medicinska området efter det andra problematiseras med stor respekt för läsarens egen tankeförmåga.

Texten inbjuder till kreativa tolkningar. Också ovanstående fyra frågor visar prov på Jörgen Malmquists lyhörd-

het som skribent och troligen också som läkare.

Meningslöshet kan vara medicinsk fråga

1. När en människa söker läkare och kanske vill förmedla sin känsla av relativ meningslöshet är det, menar jag, bra om läkaren kan förhålla sig så att hon inte premieras att -ja, just det - »konstruera hyggligt meningsbärande före-

ANNONS



FOTO: IBL

Frågar patienterna kan läkaren vara beredd att lyssna till antydda vägval, förhoppningsvis så engagerat att deras självtillit närs och hjälper dem att finna en egen lämpligare väg.

ställningar i form av sjukdomsupplevelser«. Känsla av meningslöshet är inte alltid, men kan vara, en medicinsk fråga. Mycket blir liksom meningsfullare då.

Patienter söker orsaksförklaringar

2. Patienter kan troligen maskera sina utsägbara livsproblem genom att omedvetet presentera dem som sjukdomsupplevelser. Människan är en symbolanvändande varelse och måste som sådan alltid pejla in sin position i meningsvärlden genom att kommunicera.

Orden har sitt ursprung i kroppen. När ord saknas träder primitivare uttryck i deras ställe. Också patienter söker orsaksförklaringar: »Det måste ju va' nånting!« Drabbadheten löser problemen med självrannsakan och skuld för att man kanske inte är den man ville vara: »Om jag inte blivit sjuk, ja, då ...!«

Ibland kan något i ens liv vara så otänkbart svårt att man måste sätta sin tillit till något otänkbart. Att vara drabbad av något ont är tänkbart.

Livsproblem är sällan desamma som medicinska problem. De kan emellertid förväxlas om läkare agerar och tänker i termer av orsak och verkan, också när patienten – om än tvetydigt – avser säga något om sig som person genom att presentera sig som sjuk. Att få en diagnos

som svar på önskan att bli sedd kan vara en katastrof.

Målet diagnos tjänar ofta läkaren bäst

3. Mitt begrepp »dialogbaserad medicin« har fått många kolleger i landet att höra av sig per post, telefon och e-post. Jag tror inte att vi läkare är »sådana eminenta människokännare« att vi kan och bör ta oss »an alla mänskliga problem«. Men många unga läkare inser glädjande nog att målet diagnos ofta tjänar dem själva mest.

Jag har i omfattande journalkopior fått ta del av långdragna »lyckade« patientkarriärer med den ena spännande diagnostiska gissningen efter den andra. Vi reflekterar kring somatiseringssyndrom, kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi osv och försöker tillskriva patientens lidanden en bekant medicinsk betydelse. Vår förtvivlade förvirringsreducerande nödlösningsspraktik kan leda till en omfattande medikalisering.

Finns det inte en annan och lämpligare hållning än att söka fel när patienter vill säga oss något? Kanske kan vi oftare utsätta oss för människors frågor mer förbehållslöst, inte försöka döpa om dem till något som gör vår skolmedicinska kunskap användbar. Att dessa frågor nu artikuleras är hoppningivande.

4. Det handlar inte om att vara *lev-*

nadsrådgivare när läkare i en patients presenterade upplevda sjukdom tycker sig kunna urskilja uttryck för svårigheter att hantera en livskris och förhåller sig så att patienten ges möjligheter att finna sig själv. Vi kan troligen förfina vår handlingsarsenal och bli duktigare på att vara aktivt stilla, tåga, lyssna och våga se det onda utan att alltid vilja göra något åt det.

Bristande respekt försöka ge levnadsråd

Det kan vara uttryck för bristande respekt att försöka ge andra vuxna människor levnadsråd. (Och då talar jag inte om dietrådgivning vid diabetes, osv.) Sådana tilltag vittnar om att vi inte förstått att varje människa från första början själv skapar sin bild av sig själv och verkligheten, och att vi, med vår särskilda bild, inte kan vägleda en person som sedan länge följt sin bild.

Men frågar patienter kan vi vara beredda att lyssna till antydda vägval, förhoppningsvis så engagerat att deras självtillit närs och hjälper dem att finna en egen lämpligare väg. Vilken den är har vi läkare lite med att göra.

Olle Hellström

distriktsläkare, Vansbro,
Centrum för klinisk forskning i Dalarna,
Falun