

bör således problemen lösas på denna nivå. I dagens förhållanden fokuseras oftast den individuella nivån men man tittar sällan på systemet där vederbörande finns.

Följden av detta blir i många fall att den utbrända patienten efter »rehabiliteringen« kommer tillbaka till det system som en gång bidrog till sjukdomen – utbrändheten. Risken är således stor för återfall och individen är tillbaka i samma situation som tidigare. Att individen då också skulle ha kraften att förändra det förevarande sjuka systemet är mindre troligt. Vederbörande är inne i en ond cirkel.

Öka läkarnas kompetens

Vari ligger då lösningen? Rimligen genom att systemfelen åtgärdas. Redan under läkarutbildningen bör organisatoriska frågor belysas. Allmänläkare och psykiatrer bör öka sin organisatoriska kompetens för att kunna förstå och bemöta inte bara individuella förhållanden utan också kunna diskutera organisationsförhållanden på en adekvat kunskapsnivå. Bygg också upp nätverk av organisationskonsulter att föra diskussioner och konsultera med eller att kunna rekommendera organisationerna att använda sig av.

Företagshälsovården måste också arbeta vidare med att bygga upp den organisatoriska kompetensen och samarbeta med organisationskonsulter med inriktning på arbetslivet i allmänhet och hälsa och utbrändhet i synnerhet.

Om inte problem löses på både individ- och organisatorisk nivå är risken stor att vi får leva med utbrändhet, de kostnader och det lidande det innebär, i många år framåt.

Översiktslitteratur

- Cooper CL. Theories of organizational stress. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Hallsten L. Burning out: a framework. In: Schaufeli W, ed. Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Francis & Taylor, 1993.
- Hirschhorn L. The workplace within. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
- Jürisoo M. Burnout – från stress och utbrändhet till den goda organisationen. Stockholm: Ekerlids förlag, 2001.
- Karasek R, Theorell T. Healthy work. New York: Basic Books, 1990.
- Levi L, Levi I. Guidance on work-related stress. Brusells: European Commission, 1999.
- Schaufeli W, Enzman D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London: Taylor & Francis, 1998.

Är »människans insida« sjukvårdens ansvar?

Människors religiösa och existentiella behov har nyligen förtjänstfullt belysts i Läkartidningen av Stefan Einhorn [1] och Erwin Bischofberger [2]. Båda påtalar många patienters behov av samtal kring existentiella frågor och pekar också på brister i vårdpersonalens »kunskap om och träning i existentiella och andliga frågor«. Den statliga utredningen om vård i livets slutskede [3] påstår till och med att detta är ett av de mest eftersatta områdena i utbildningen.

LARS JACOBSSON

professor, psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
lars.jacobsson@psychiat.umu.se

II Jag vill inte ifrågasätta något av dessa påståenden. Däremot vill jag ifrågasätta om det är sjukvårdens uppgift att tillgodose dessa behov, vilket uppenbarligen Bischofberger anser.

Existentiell nöd

Att sjukvården har en roll i sammanhanget är dock uppenbart. Existentiell nöd kan i många fall leda till depressiva reaktioner och bidra till de psykiska kristillstånd som många sjukdomar leder till. Detta i sin tur skapar diagnostiska problem för läkaren och det kan bidra till sämre läkning och över huvud taget komplicera behandlingen och hela förloppet.

Kanske mest påtagligt är denna typ av problem inom suicidologins område. Själv-mord och självmordsförsök blir genom sina konsekvenser nästan alltid en fråga för hälso- och sjukvården. Själv-mordsförsökspatienter blir aktuella på de flesta stora kliniker, medicin, kirurg, ortoped, intensivvård och naturligtvis inom psykiatrin. Och här spelar existentiella frågor en viktig roll.

Religionens betydelse

Religionen kan också få en direkt betydelse för hälso- och sjukvården genom vissa typer av praktiker som utvecklas. Exempel på detta är Jehovas vittnen, som inte vill ta emot blod, kvinnlig och manlig omskärelse, de legala aborterna, det begränsade självbestämmandet hos kvinnor i vissa kulturer och olika typer av traditionella behandlingar som ges av healers, medicinmän och religiösa funktionärer.

Så förvisso finns det en hel del frågor inom vården där religiösa och existentiella aspekter är viktiga och kanske till

och med livsavgörande och som därför förtjänar hälso- och sjukvårdens intresse.

När det gäller diagnostik av olika tillstånd och särskilt när man upplever svårigheter i behandlingen eller ett förlångsamt tillfrisknande finns det alltså skäl att beakta religiösa och existentiella aspekter. Och det råder nog inget tvivel om att dessa frågor, särskilt inom psykiatrin, har varit försummade.

Fortfarande mycket att lära

Dessbättre har vi väl kommit ifrån den fördomsfulla och ofta mycket negativa inställningen bland många psykiatrer och vårdpersonal över huvud taget till patienters religiösa bakgrund och engagemang, men det finns fortfarande en hel del att lära och utveckla när det gäller dessa frågor.

Särskilt gäller detta inom suicidologin där ju egentligen grundfrågan är exi-

När det gäller religiösa/kulturella inslag i vården, som t ex omskärelse och Jehovas vittnens ovilja att ta emot blod i krissituationer, tycker jag att sjukvården borde vara mera normerande och inte acceptera detta slags religiöst och kulturellt betingade åtgärder.

Annons

Annons

stentiell till sin natur. Vad är meningen med livet? Varför ska jag leva? Förvisso finns det tydliga kopplingar till olika typer av psykiatriska men också somatiska sjukdomstillstånd bland människor som tagit sina liv eller som gjort och gör självmordshandlingar.

Är det hälso- och sjukvårdens uppgift?

Det finns alltså all anledning för läkare och annan sjukvårdspersonal att vara uppmärksamma på existentiella och andliga frågor hos sina patienter. Men krävs det särskilda kunskaper utöver dem som folk i allmänhet har och, framför allt, är det hälso- och sjukvårdens uppgift att försöka tillgodose och möta patienternas existentiella och andliga behov?

När det gäller att uppmärksamma och bedöma de religiösa och existentiella aspekterna på sjukdom och behandling krävs alltså en viss kunskap hos läkare och annan vårdpersonal.

Lekmän vad gäller religiösa behov

När det sedan gäller att försöka möta och tillgodose patientens religiösa och existentiella behov är läkaren/vårdpersonalen lika mycket eller lika litet expert som patienten. I detta avseende ska läkaren/vårdpersonalen vara den intresserade medmänniskan som delar patientens existentiella predikament. Beroende på personligt intresse kan han/hon ge sig in i en dialog, men alltid vara beredd att förmedla en kontakt med lämplig person eller organisation, exempelvis sjukhuskyrkan.

Tidsbristen lägger hinder i vägen

Det finns ett förhållande i modern sjukvård som försvårar utvecklingen av en existentiell diskussion mellan patient och läkare/vårdpersonal. I modern sjukvård är vårdtiderna väldigt korta, och inte sällan är många specialister inblandade i en vårdepisod.

Detta gör att utrymmet för att utveckla en dialog om andliga och existentiella frågor är väldigt begränsat. Inom hospicevården och när det gäller vård av patienter i livets slutskede är situationen lite annorlunda, men också här utvecklas ju vården alltmer mot vård i hemmet och allt mindre tid tillbringas på sjukhus.

Detta är en faktor som definitivt försvårar det existentiella samtalet, som ju kräver en viss tid för att kunna utvecklas. Det måste uppstå en närmare relation mellan patient och vårdare för att frågorna ska bli mogna att ta upp. Å andra sidan ställer det större krav på läkaren att vara lyhörd, precis som det gäller att vara lyhörd och observant när det gäller den medicinska bedömningen. Korta vårdtider och poliklinisering av vårdar-

Finns det plats för patienternas andliga och existentiella behov inom sjukvården?

betet främjar inte just behandlingen av frågor av existentiell karaktär.

Ta tillvara den mångkulturella resursen

Inom vården finns alla slags människor – män, kvinnor, ungdomar, äldre, svenskar, finnar, iranier, etiopier, pingstväner, katoliker, muslimer, hinduer. Vårt samhälle håller verkligen på att bli mångkulturellt. Det betyder att det också bland personalen finns människor med olika intressen, kunskaper och erfarenhetsbakgrund. Det är viktigt att ta tillvara den resursen och att låta den utvecklas.

Våga tala om andliga frågor

Detta sker bäst genom att vi inom vården diskuterar de existentiella och andliga frågorna, att vi vågar tala om dem och att

det blir legitimt att intressera sig för dem. Samtidigt är det ju viktigt att just betona att vårdpersonal i det här avseendet är medmänniskor och inte experter. Det vi ställer till förfogande är vår beredskap att tala om dessa ting, och när behov och intresse hos patienten förligger försöka förmedla kontakter med dem som kanske är bättre skickade att utgöra samtalspartner.

Tas upp i utbildningen

Utbildningen av läkare och annan vårdpersonal måste uppmärksamma de existentiella och andliga aspekterna. Under senare år har också detta skett i allt större utsträckning. Inom sköterskeutbildningen har man sannolikt kommit längst, men även inom läkarutbildningen sker nu en utveckling. Exempelvis i

Umeå har man nu lagt in ett moment kallat »Tillämpad medicin« eller »Professionell utveckling« där just den här typen av frågor behandlas.

Sjukhuskyrkans roll

Einhorn menar att de religiösa frågorna fortfarande är tabubelagda. Jo, så är det nog även om det har blivit bättre under senare år (människans sexualitet är också fortfarande i hög grad tabubelagd trots den massiva sexualiseringen i massmedierna).

Sjukhuskyrkan har ju fått en viktig roll och är numera accepterad och väl sedd inom sjukhusmiljön. Det viktiga för sjukhuskyrkan, vilket jag också tror att man är uppmärksam på, är att vara öppen för olika trosformer och att ha ett brett kontaktnät så att man också kan erbjuda exempelvis muslimer eller hinduer själavård utifrån deras behov.

Sjukvården bör även ha normerande roll

Men fortfarande återstår frågan om religiösa/kulturella inslag i vården som t ex omskärelse och Jehovas vittens ovilja att ta emot blod i krissituationer. I dessa avseenden tycker jag att sjukvården borde vara mera normerande och inte acceptera den här typen av religiöst och kulturellt betingade åtgärder.

Hälso- och sjukvården som står i livets tjänst ska inte acceptera praktiker som kan vara livshotande, vilket ju vägran att ta emot blod i vissa situationer kan vara, liksom den kvinnliga omskärelsen, men faktiskt också den manliga.

Strider mot evidensbaserad medicin

Modern medicin skall vara evidensbaserad så långt det går – då ska vi inte delta i människooffer (Jehovas vittnen som hellre låter någon dö än ta emot blod) eller religiöst motiverad stympling av de mest känsliga kroppsdelar vi har, vilket sker vid såväl manlig som kvinnlig omskärelse. Att miljoner människor har omskurit sin avkomma är inget skäl att fortsätta med detta. Heder åt Yngve Hofvander och andra som vågar opponera mot denna sedvänja.

Enda skälet till att åsamka någon lidande är att det leder till något större gott. Inget talar för att den omskurne är en bättre människa eller lever ett bättre liv än den oomskurne.

Referenser

1. Einhorn S. Människor har ett grundläggande andligt behov oavsett om de tror på Gud eller inte. Läkartidningen 2000;97:6074-8.
2. Bischofberger E. Människans eftersatta insida. Läkartidningen 2000;97:6054-6.
3. Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. SOU 2000:6.

Norsk och svensk sjukvård – olika villkor, lika problem

Under förra året publicerade avdelningsoverlege Stein Bastiansen i Aftenposten en krönika som är av intresse även för Sverige.

SVEN ÅKE FORSBERG

f d överläkare, medicinkliniken, Borås lasarett. Under 1996–2000 verksam som kardiolog i Bodø i Norge halva året; tjänstgör för närvarande som kardiolog på deltid vid Borås lasarett.

■ Med Bastiansens godkännande skall jag sammanfatta några av hans synpunkter på norsk sjukvård:

- Regionala och fylkeskommunala sjukhus strävar med stora underskott och fortsatta krav på ytterligare nedskärningar.

- Det är inte »Patienten främst« som är ledtråd, utan vissa politiska och ideologiska principer såsom jämlikhet, facklig demokrati och ett av medicinsk sakkunskap oavhängigt ledarskap, allt i en miljö av ökande byråkrati.

- När verkligheten icke stämmer med Det Ideologiska Systemet är det verkligheten som det måste vara fel på.

- Klinikens effektivitet har kommit i skuggan av finansiella mål.

- Läkare flyr från dåliga arbetsplatser.
- Det är problem med långa väntelistor på sjukhus landet runt.

- Man upprättar kontor som skall studera väntelistorna och deras dynamik.

- Privata kirurger opererar långt flera patienter per tidsenhet än kirurger vid offentliga sjukhus.

- Det nya lagförslaget bortser från att en klinik är en högt specialiserad enhet för diagnos och behandling och att det överordnande ledarskapet därför bör ges till någon med den högsta kompetensen. Baserat på oklara teorier om ledarkompetens som oavhängig annan kompetens öppnas möjligheten för t ex sköterskor med treårig grundutbildning att bli ledare för medicinska enheter där ändå läkare har det medicinska ansvaret.

Vem styr?

- »Vem och vad« styr norskt hälsoväsende? Det är inte medicinskt sakkunniga, även om det finns läkare som går Systemets ärenden. De viktigaste besluten tas av andra än sakkunniga, icke bara på överordnad politisk och administrativ nivå utan ända ned till sjukhusnivå, och även enskilda kliniker, samt vårdcentraler. När medicinska chefer sätts på sido-

linjen tenderar de att mista motivation för ledning och förändringar.

- Fylkeshälsovårdschefer och sjukhusdirektörer rekryteras ofta från andra områden än det medicinska.

- Den som reser invändningar mot Systemet hamnar i akut konfrontation med »korrekta åsikter«, vilket kan ha sina konsekvenser

- Nuvarande Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld.

Så långt referatet av Bastiansens krönika. Till hans beskrivning kan fogas att det råder brist på sjuksköterskor och, utanför de stora städerna, även brist på läkare, särskilt distriktsläkare i Nordnorge, där inte minst svenska läkare upprätthåller vikariat.

Skilnader och likheter

Denna beskrivning från Norge är bra nära en blåkopia av förhållandena i den svenska sjukvården och behöver därför inte repeteras.

Norge är ett av de allra rikaste länderna på jorden med en oljefond som flödar av miljarder och utan en krona i statskuld. Sverige är ett land med statskuld på mer än 1 000 miljarder kronor, en lång följd av år med budgetnedsänkningar inte minst inom sjukvården, och ett ras i vår välfärd så att vi halkar ned från en topposition i Europa till en plats långt ned i kön.

Det är förbluffande att svenska folket

Det nuvarande Ideologiska Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld.