

Humanism och att fritt få välja:

# Vad är det man vill köpa – och vad är det vi säljer?

En konkurrensbaserad hälso- och sjukvård med behov av »nöjda kunder« kommer att leda till oprioriterad överkonsumtion av läkemedel, medicinsk teknik, sjukskrivningar och utveckling av ökat läkarberoende. Läkarkåren behöver återta ansvaret för sin kunskap och avstå från medikaliseringsprocessen.

**S**åväl Läkartidningen, Dagens Medicin som dagspressen har på senare tid publicerat artiklar med fokus på val i vården. Det är lätt att dra slutsatsen att det är glädjande att man får välja vad man vill ha, men om vi granskar olika uttalanden lite närmare undrar vi om de har någonting med god vård att göra.

Att beskriva sjukvård i marknadsekonomiska termer, och att sätta likhetstecken mellan ett stort antal besök hos en särskild behandlare och effektivt genomförd behandling, tolkar vi som något annat än att vård har prioriterats utifrån den enskil-

des medicinska behov. Att patienten får det den vill ha i stunden är inte samma sak som välvägd medicinska bedömningar som långsiktigt leder till ökad hälsa eller minskat lidande.

**Vilka val kan man göra** och vilka kan man inte göra? Våra nypåfunna idéer om vilka »patientens rättigheter« är skapar osäkerhet och psykisk ohälsa genom att generera förväntningar om att sjukvård, och i förlängningen friskt liv, är en handelsvara som ska levereras efter beställning. När jag inte får det jag beställt blir jag besviken, känner mig kanske till och med kränkt, vilket gynnar utveckling av ångest och nedstämdhet samt tankar om kompensation och »upprättelse«.

**Våra nutida kulturella** föreställningar inbegriper antaganden om livet och hälsan som motarbetar förmågan att delta i livet. Vi lär oss tänka på hur det borde vara utifrån en ytlig bild av vad som »gör en lycklig«, »vad vi inte borde behöva uppleva« osv, i stället för att lära oss hantera vår faktiska situation i förhållande till långsiktigt berikande livsmål.

**Utifrån den stigande** upplevda ohälsan har man politiskt

gjort antaganden om att vi måste ge mer sjukvård (»fler ska få hjälp«) till befolkningen, trots att sjukvårdens metoder är anpassade till att bota sjukdom och inte till att få friska människor att må bra. Det finns inget påvisat samband mellan ökad hälsa och ökad konsumtion av vård. Medikalisering av mänskliga problem baseras på idén att individen genom en diagnos kan få tillgång till en vårdgivares helande behandling. Men värk och stress är allmänmänskliga företeelser – som vi behöver lära oss att hantera i vår vardag, på våra arbetsplatser och utan krav på att först bli sjukförklarade för att sedan bli hjälpta.

**Dessutom behöver vi** generellt i befolkningen lära oss vad som är normalt att känna. Vårt nedärvda känsloregister innehåller flera känslor med negativ laddning (ilska, rädsla, nedstämdhet, avsky, skam och skuld) medan glädjen är den enda primära positiva motvikten. Glädje går inte att köpa på recept (än så länge; forskning pågår i grannlandet Danmark). Humör, engagemang och tacksamhet är några vägar till glädje. Hur bra är vi i sjukvården på att stimulera dessa känslor?

**Vi har ett språkbruk** inom sjukvården och om sjukvården som ger direkta signaler till befolkningen om att det går att slippa livets obehag. »Vi räddar liv!«, »Vi tar bort smärta!«, »Du har rätt att må bra!«, »Ingen ska behöva ha det eller känna på det här sättet!« Vi vill påminna om att vi kan förlänga liv, att vi vid pågående cellskada kan lindra smärta och i bästa fall bota. Men ingen undkommer de



Foto: Tom Willhammar/BL

**Glädje går – än så länge – inte att köpa i affären.** (Personerna på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

negativa livshändelser som på olika sätt och i olika grad kommer att innebära någon form av förlust för oss.

I patientkontakter blir det ofta tydligt att människors liv innehåller en stor mängd plåga därför att man tror sig vara »drabbad av orättvisa« när något oönskat hänt i ens liv. Det är först när man inser vad man kan kontrollera (bl a egna handlingar) och inte kan kontrollera (bl a andras handlingar) som man uppnår riktig kontroll – och hälsa. Antonovskys KASAM(känsla av sammanhang)-begrepp behöver aktiveras inom svensk sjukvårdspolitik. Om man lovar befolkningen något som inte går att uppfylla, eller om man undviker tydliga prioriteringar, kommer man att öka ohälsan genom att motverka individens möjlighet att begripa och hantera verkligheten.

**Och så var det detta** med meningen. I ett sekulariserat konsumtionssamhälle kan det vara svårt att hitta en långsiktig mening då konsumtion ger positiva känslor endast på kort sikt. Om vi svenskar ska kunna njuta av vårt välbefinnande måste vi acceptera livets oundvikligheter – förlust och död. Det är först då som vi kan börja leva fullt ut medan

**ÅSA KADOWAKI**  
psykiater, Linköping  
asa.kadowaki@  
psykologpartners.se

**MICHAEL JOHN**  
psykiater, Linköping  
**MALIN LUNDBERG ISAKSSON**

auktoriserad socionom,  
Vårdcentralen Vadstena

**URBAN BENGTSO**  
distriktsläkare, Linköping

**JÜRGEN LINDER**  
psykiater, Karolinska institutet,  
Stockholm

**ANDRÉAS ROUSSEAU**  
psykiater, Linköping  
**BEATRICE PEEBO**

ögonläkare, Linköping;  
samtliga är medlemmar  
i nätverket Läkare med gränser

tid är. Lura inte medborgarna att tro att de kan sjukvårds-konsumera sig till trygghet och lycka. Det hjälper inte om man får göra en helkroppss-MR i veckan, döden kommer att slå till i alla fall.

**En offentlig sjukvård** baserad på de etiska principer som ingår i hälso- och sjukvårdslagen är en bra bas för god vård för befolkningen. En konkurrensbaserad vård med behov av »nöjda kunder« kommer att leda till oprioriterad överkonsumtion av läkemedel, medicinsk teknik, sjukskrivningar och utvecklandet av iatrogen (= orsakat av läka-

res åtgärder) beroende.

Som läkare kan jag inte bara ha individen framför ögonen, jag måste också väga in konsekvenser på grupp- och samhällsnivå. När vi träffar patienter med symptom som inte kan förklaras av medicinskt åtgärdbara åkommor, borde första steget vara att normalisera och avdramatisera reaktioner på situationer som många i dag uppfattar som obehagliga. Vi bör hjälpa personen att se obehaget som en varningssignal – en röd flagga – tydande på behov av förändring, och inte som tecken på sjukdom och oförmåga, vilket vi gör genom

att ge symtomen ett diagnostiskt namn eller utreda/medicinera trots kunskap om att det inte botar.

Att minska en människas lidandetryck i en viss situation kan minska drivkraften för förändring och vidmakthålla situationen över längre tid. Det vill säga, jag förstärker individens känsla av oförmåga att påverka sin situation och förhindrar möjlig personlig utveckling genom att använda medicinska åtgärder mot en icke-medicinsk problematik.

**Om svensk sjukvård** ska fokusera på ökad hälsa hos be-

folkningen så är steget dit inte ökad konsumtion av sjukvård, utan ökad insikt om livets ofrånkomliga betingelser, utveckling av förmågan att hantera och leva med dessa betingelser samt att koppla sina val till någon form av mening. Den mening- en tror vi inte att vi hittar via världsmodeller. Läkarkåren behöver i stället återta ansvaret för sin kunskap och avstå från medikaliseringsprocessen, som stimuleras av idéer om »behov som ska tillfredsställas«.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Socialstyrelsen:

# Skriftligt individuellt arbete i ST – vad krävs?

■ Socialstyrelsen anser att det är viktigt att åstadkomma en allmän höjning av den vetenskapliga kompetensen hos specialistläkarna med hänsyn till den ökade betoningen av evidensbaserad hälso- och sjukvård. Inom grundutbildningen har man under senare år påtagligt skärpt kraven på detta område, vilket har setts som en nödvändig anpassning av läkarutbildningen till en internationell utveckling mot en mer evidensbaserad hälso- och sjukvård.

**Den nya föreskriften** om specialiseringstjänstgöringen (ST) har nu gällt i snart ett år. En av de nya bestämmelserna gäller området medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete, och målet är formulerat: »att ha förmåga till ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt«. En av lärandemetoderna ska vara »skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer«. Lärandemetodens utformning har lett till diskussion vid flera tillfällen, och man har efterfrågat en precisering av vad formuleringen står för.

**För godkänd specialiserings-tjänstgöring (ST) ingår numera som obligatoriskt moment ett »skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer«. Eftersom frågor ställts om vad som egentligen menas gör ST-ansvariga inom Socialstyrelsen här en precisering.**

Vi vill här lämna några kommentarer om bakgrunden till bestämmelserna. Kraven på en höjning av den vetenskapliga kompetensen hos specialisläkarna tillkom som en direkt följd av de diskussioner som förts med representanter för läkarkårens organisationer.

Det är naturligt att en ambition att åstadkomma en allmän höjning av den vetenskapliga kompetensen omfattar inte bara grundutbildningen, utan även specialistutbildningen. Regleringen av denna utbildning genom myndighetsföreskrifter måste med nödvändighet bli principiell och övergripande.

Om man valde en alltför hög detaljeringsnivå skulle konsekvensen lätt kunna bli ett stelt system med orealis-

tiska bestämmelser och svårigheter att anpassa kraven till olika lokala förhållanden.

**Socialstyrelsen har därför**, efter samråd i Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet), valt att använda formuleringen »skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer«. Det har uppkommit frågor om vi med detta avser publicering i vetenskapliga tidskrifter av den typ som vanligen ingår i akademiska avhandlingar. Svaret är ett obetingat nej. Detta har aldrig varit avsikten med bestämmelsen, som i så fall skulle ha formulerats på annat sätt.

Syftet är dock klart: ST-läkaren ska under sin tjänstgöring, vid sidan av alla andra ingående mål, ges möjligheter att ta sig an en uppgift av nämnda slag och därmed visa sin förmåga att i skrift formulera sig i vetenskapliga termer.

I samband med att målbeskrivningsmodellen togs fram 2005 var läkarorganisationerna starka förespråkare för detta mål. Socialstyrelsen har därför haft förhoppningen att man från professionens

sida skulle arbeta fram en gemensam syn på omfattningen av detta arbete.

**Det är glädjande** att detta arbete nu verkar ha inletts så att man når en samsyn i denna för professionen angelägna fråga, och Socialstyrelsen har tills vidare inga planer på att ändra bestämmelsen.

I samband med uppföljningen av föreskriften, som inleds under 2009, kommer utvecklingen av detta arbete att följas. Om frågan inte blivit tillräckligt utklarad genom en »inomprofessionell konsensus« finns naturligtvis möjligheten att Socialstyrelsen på annat sätt söker nå en samsyn om denna lärandemetods omfattning. En sådan väg att gå är t ex reglering genom allmänna råd, som utgör rekommendationer och inte bindande regler.

**Bo Lindblom**  
ordförande, ST-rådet

**Anna Sundberg**  
samordnare, ST-frågor

**Frida Nobel**  
ST-läkare/informatör;  
samtliga vid Socialstyrelsen