nacke–axlar, vilket gjort att jag fått allt svårare att sköta de delar av mitt arbete som innebär längre stillastående (operationer), vilket är olyckligt eftersom det är det jag kan bäst och det är det som är kärnan i mitt arbete. Men så är det, och det finns förstås mycket annat som ska göras.

I våras fick jag utöver mina nackbesvär återigen akut ischias och blev sjukskriven. Jag avsade mig mitt chefskap men har kvar min överläkartjänst (till saken hör att jag har en fru som är cancersjuk, vilket starkt bidrog till detta beslut).

Efter ett halvt års målmedveten träning är rygg och ben bättre, jag har gått ner 8 kilo i vikt och har börjat arbeta deltid. Mina nackbesvär är dock inte nämnvärt bättre, och det gör att jag med all sannolikhet inte kan komma upp till 100 procent eller i varje fall inte arbeta med samma uppgifter som förut. Låt oss anta att det kommer att stanna på 50 procent.

»... men är inte det ett gigantiskt slöseri med kunskapskapital? Och en skymf mot individen?«

Jag har en mycket förstående chef som gläder sig åt att jag är tillbaka och tillför kunskap, jag har fått anpassade arbetsuppgifter och mycket fria arbetstider, och vi utvärderar kontinuerligt hur det går och vad/hur mycket som kan passa mig. Vi har haft ett (1!!) möte med Försäkringskassan, alldeles nyligen, där man förklarar att jag nu står vid 180-dagarsgränsen och alltså måste räkna med att stå till arbetsmarknadens förfogande om man inte räknar med att jag kommer att kunna komma tillbaka på 100 procent inom ett år. Intressant.

Med mitt rygglidande, som har en omfattande journaldokumentation, kan det ju inte komma som en överraskning att jag kanske i längden inte kan upprätthålla samma arbetskapacitet. Jag är 60, snart 61. Vad ska jag, med mer än 30 års kirurgisk erfarenhet, användas bättre till än att få fortsätta att göra det som jag vill och kan bättre än något annat, i den utsträckning jag orkar med? Varför kan inte min arbetsförmåga anses permanent nedsatt utan att jag först ska ställas till arbetsmarknadens disposition? Den skrivningen riktar sig ju uppenbart till yngre personer med många år kvar på arbetsmarknaden.

Jag kan gärna pröva att arbeta på ett kontor, eller bibliotek, eller vad man nu kommer på, men är inte det ett gigantiskt slöseri med kunskapskapital? Och en skymf mot individen? Och om det visar sig att utökning utöver mitt nuvarande arbete eller med helt andra arbetsuppgifter innebär att jag blir generellt sämre och klarar varken det eller mitt ordinarie arbete – har man inte skjutit sig i foten då? Om jag får anpassade arbetsuppgifter på mitt ordinarie jobb och arbetar det jag kan med det, vad kan tänkas bli mer anpassat än det någon annanstans?

Nu ordnar det sig nog för mig. Jag fyller snart 61 och kan ju ta ut delar av min pension om det behövs, gå ner till deltidsanställning på något sätt. Jag klarar mig. Men ska man behöva göra så när man faktiskt inte är helt frisk och kanske aldrig blir det?

Jag ska med stort intresse följa mig själv som pilotärende.

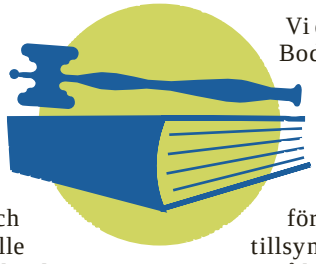
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

replik om »den medicinska etikens kraftlöshet«:

Etikpoliser eller appell till etisk reflexion?

Göran Bodegårds engagemang i frågan om flyktingbarn med svåra sjukdomar (LT 43/2010, sidan 2658) är beundransvärd, och vi förstår hans känsla av frustration inför »den medicinska etikens kraftlöshet«. Bodegård efterlyser kraftigare sanktionsmöjligheter likt Socialstyrelsens eller HSAN:s möjligheter. Bodegård anser vidare att en anledning till att läkare inte bryr sig om eller tar medicinsk etik på allvar beror på att man inte beivrar brott mot etiska riktlinjer, regler och liknande dokument.

Det Bodegård efterlyser är att Läkarförbundet och Läkaresällskapet med större kraft skulle utreda och i förekommande fall beivra läkares moraliska handlande. Detta är förstås en principiell fråga som tål att diskuteras. Men är det verkligen önskvärt att exempelvis Läkaresällskapets etikdelegation eller Läkarförbundets etik- och ansvarsråd skulle fungera som etikpoliser, etikåklagare och etikdomstolar? Vi bedömer att en sådan lösning skulle bli kontraproduktiv och knappast bidra till att höja respekten för ämnet medicinsk etik.



Medicinsk etik handlar om att kunna ge skäl för varför man handlar på ett visst sätt. Medicinsk etik handlar därför inte om att kunna hänvisa till medicinska auktoriteter. Det är det etiska resonemanget som är det centrala. Till detta vill vi bidra med riktlinjer och läkarregler.

Vi delar emellertid Bodegårds ifrågasättande av Socialstyrelsens yttrande, där myndigheten avsvär sig allt ansvar för etiska frågor. I tillsynen av yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område borde, enligt vår mening, också ingå etiska aspekter. I begreppet »god vård« ingår, som vi ser det, också etiska frågor. Att överlåta den delen av tillsynsansvaret på professionella organisationer som saknar sådant mandat är inte rimligt.

Till slut, Göran Bodegård – vi uppfattar inte alls att den medicinska etiken är kraftlös. Sällan har väl etiska frågor i hälso- och sjukvården diskuterats så ingående som under det gångna året. Från professionens särskilda etikorgan har vi deltagit i denna debatt med hög ambition, och vi kan utan tvekan peka på ett tydligt inflytande, såväl i den offentliga debatten som i förhållande till lagstiftare och myndigheter. Detta inflytande skulle riskera att ifrågasättas om vi också påtog oss rollen av »etikpoliser«.

Ingemar Engström
ordförande,
Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik
ingemar.engstrom@orebroll.se

Niels Lynøe
tidigare ordförande,
Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik

Thomas Flodin
ordförande,
Sveriges Läkarförbunds etik- och ansvarsråd