

# Dags för läkarkåren att ta ansvar för sin professionella utveckling

Om läkaryrket skall överleva som profession är tiden mogen för ett radikalt grepp om hela kårens fortbildning och vidareutbildning. Beroendet av läkemedelsindustrin måste minska. I ett modernt samhälle behöver också det auktoritära förhållningssättet mot patienterna försvinna. Hoppet står till kvinnorna, menar artikelförfattarna.

**GÖSTA ELIASSON**  
familjeläkare, fortbildningssamordnare,  
Familjemedicinska institutet, Stockholm  
(gosta.eliasson@fammi.se)

**LARS WERKÖ**  
professor, Stockholm  
(management@sbu.se)

■ Är läkare tjänstemän och arbetstagare eller medlemmar av en fri profession? En profession karakteriseras enligt M Conway av ett antal värden: a) förtrogenhets- och intellektuell kunskap, b) teorier som styr praktiken, c) gemensamma värderingar och etiska koder som styr individens handlingar, d) insikt om att verksamheten är viktig för samhället och e) att medlemmarna utövar kontroll över sin verksamhet [1].

De reformer som skedde i Sverige på 1970-talet ledde till att flertalet läkare blev anställda av offentlig arbetsgivare och arbetar för timlön. Läkarna är sålunda arbetstagare och borde kanske vara tillfreds med att fylla den tjänstetid som huvudmännen avdelat till deras verksamhet. Att huvudmännen anser att detta är förhållandet har stått klart länge. Huruvida även läkarkåren är av samma uppfattning är osäkert. I synnerhet de äldre har föreställningen att läkaryrket är en profession och att det är patienternas uppdrag som är viktigast i yrkesutövningen. Ansvar för patienter innefattar även att själv ansvara för sin vidare- och fortbildning, alltid stå till förfogande och se mer till patienternas intressen än till sin egen bekvämlighet eller huvudmännens önskemål.

Synen på den egna verksamheten bygger på några återkommande nyckelord: kompetens, kontinuitet, förtroende och trygghet.

## Kompetens

I början av karriären garanteras kompetensen av de förordningar som finns om grund- och vidareutbildning och på den organisation som är grundad på dessa. Vad som händer därefter är annorlunda.

För den som tillhör en profession ligger ansvaret hos den enskilde, och för en arbetstagare ligger ansvaret hos arbetsgivaren.

Alla utredningar under 1900-talet har kodifierat grund- och vidareutbildningarna och beskrivit deras innehåll. Så fort det kommit till fortbildning har alla utredningar skjutit frågan på framtiden. Inte heller har man varit inställd på att följa upp kunskaper, färdigheter och förmåga att lösa problem längre fram i läkarnas karriär.

Det fortsatta kunskapsinhämtandet i Sverige och de flesta andra länder har blivit frivilligt. Ofta har företag, framför allt inom läkemedelsindustrin, fått stå för detta. Nackdelen med en sådan ordning har blivit alltmer uppenbar. Från både professionens och allmänhetens synpunkt måste man komma ifrån detta system. Den ställning som läkarkåren intar mellan profession och tjänstemän borde medföra att arbetsgivare och anställd tillsammans löser problemet med fortsatt utbildning (kompetensutveckling) och uppföljning.

Professionell integritet kräver kontinuerlig professionell utveckling, något som täcker inte bara inlärande av faktakunskaper utan också ledarförmåga, social kompetens, förtrogenhetskunskap och läkekonst. Professionell utveckling sker huvudsakligen som informellt lärande i dagligt arbete men kräver stöd i form av formaliserad utbildning. Problemen med dagens fortbildning är avsaknad av mål och planering, diskutabel pedagogik, oklar finansiering och beroende av läkemedelsindustrin. Dessutom tillåter arbetsmiljön allt mindre av reflektion, erfarenhetsutbyte och informellt lärande. Profession och arbetsgivare måste ta itu med arbetets organisation, där båda måste ta sitt ansvar.

Familjemedicinska institutet har tillsammans med åtta landsting beskrivit en struktur för fortbildning i primärvården [2] som underlag för en dialog mellan arbetsgivare och profession om för-

utsättningarna för en fungerande fortbildning.

Även patienterna kan medverka då mål och strategier för fortbildning planeras av arbetsgivare och profession. För att behålla förtroendet hos en allt bättre informerad befolkning är det rimligt att läkare kan bevisa att de vidtar åtgärder för att utveckla kunskap och färdigheter och att de är opåverkade av kommersiella intressen. Någon form av certifiering av enskilda läkare, administrerad av det professionella kollegiet med samhällets insyn, borde övervägas. Eventuell markering av att ansvar, initiativ och val av metoder för lärande vilar på individen kan ske med personliga konton för fortbildning (kompetensutveckling).

## Kontinuitet

Kontinuitet i vården anses mest vara i patienternas intresse. Ett vanligt klagomål är när en patient inte får återkomma till samma läkare. Kontinuitet är dock minst lika viktig för läkare och en av primärvårdens stora frågor.

Allmänmedicinens fördel ligger i begreppen kompetens (såväl individ- som generalistkompetens), kontinuitet och tillgänglighet. Det är alltså inte fel på allmänmedicinens princip när patienter blir missnöjda med att inte kunna nå distriktsläkaren och att ständigt möta stafettläkare eller vikarier. Felet ligger i primärvårdens organisation, som inte garanterar vare sig tillgänglighet, kompetens eller kontinuitet. Lagen om upphandling (LOU) medför i vissa lands- ting att såväl läkarnas kännedom om patienterna som kontinuiteten går om intet, eftersom privata familjeläkare riskerar att förlora sina avtal efter några år [3].

John Fry, en av primärvårdens föregångsgestalter i England, betonade alltid betydelsen av att en GP (distriktsläkare) lärde känna sin befolkning. Sådan kunskap var inte bara något som patienterna uppskattade utan underlättade också den service som läkaren gav sitt klientel.

## Förtroende

Förtroende bygger på upplevda och underförstådda företeelser i umgänget mellan två parter, som mellan läkare och patient. En del av förtroendet vilar på det anseende som är knutet till yrket

och till den enskilde individen. Erfarenhet av hur man blivit bemött som patient, vad resultatet blivit av tidigare åtgärder och vilket intresse som visats vid en konsultation spelar alla roll för att bygga upp ett förtroende. Kunskap och känsla men också attityder och sätt att vara har betydelse för hur ett förtroendefullt förhållande byggs upp mellan den patient som söker hjälp och den läkare vars uppdrag är att hjälpa.

Idag då patienten har tillgång till information på annat sätt än tidigare måste läkaren inse att han/hon inte kan allt. Samtidigt måste läkaren vara beredd på att erbjuda sig att förbättra kunskapsunderlaget, kanske med den hjälp som patienten kan erbjuda. Samspelet mellan läkare och patient i en konsultation förutsätter att ingendera är arrogant överlägsen (det finns patienter som »vet bäst«) och att båda är villiga att erkänna eventuella tillkortakommanden. Målet måste vara att ge bästa möjliga råd.

## Trygghet

Trygghet, slutligen, är en förutsättning för en positiv läkare–patientrelation. En kvalitativ studie från Socialstyrelsen har visat att en fast läkarkontakt med kontinuitet skapar trygghet, vilken härleds ur känsla av sammanhang, tilltro till vården, en förtroendefull relation och tillgänglighet [4]. Patienten måste känna sig trygg i förhållande till läkaren, men även läkaren behöver känna sig trygg med sina patienter. Man måste kunna lita på varandra, inte ifrågasätta hur man bemöts vid konsultationstillfället och med orubbat förtroende kunna avslöja känslor och tillkortakommanden.

I ett auktoritärt förhållande framstod läkaren som den som kunde nästan allt. Detta har ändrats med det förändrade kunskapsläget, vilket påverkat relationen mellan läkare och patient.

## Vem avgör agendan vid konsultationen?

När patienten tidigare sökte läkare för symtom bestämde läkaren vilket problem som förelåg. Nu börjar patienten ta över ansvaret för problemformuleringen – inte bara för symtomen utan också för vad som ligger bakom. Läkarens uppgift blir att renodla problemet och utvidga den kunskapsbas som skall leda till adekvat diagnos och åtgärder.

Myndigheter, kolleger och i viss mån medier föreslår ofta att konsultationen hos en primärvårdsläkare bör utvidgas till allmän hälsokontroll. Oavsett patientens problem skulle konsultationen kunna vara ett tillfälle att analysera den hjälpsökandes totala hälsosituation. Sigurdsson, Getz och Hetlevik [5] påpekar att utnyttjande av konsulta-

tionen för screening skulle bli så omfattande att det torde fordra fördubblad personalstyrka. Dessutom kan patienten finna att han/hon inte avsett en sådan utökning av konsultationen, som kan upplevas som integritetskränkande.

I en mejlgruppsdiskussion ställer Anders Lundqvist, chefredaktör för Allmänmedicin, Carl Edvard Rudebeck mot ett antal kolleger rörande omfattningen av kontrollen av diabetespatienter vid rutinbesök [6]. Rudebeck anser att patienterna bör veta sitt bästa och delta i kontrollen, medan andra anser att patienterna måste screenas för riskfaktorer, eftersom de inte vet sitt bästa.

När man ställer konsultation med patienten som utgångspunkt mot en screeningfilosofi innebär det en betydande utvidgning. Sigurdssons, Getz och Hetleviks argument mot omfattande screening är väl underbyggda [5]. Viss riskbedömning av förhållanden av särskild betydelse för diabetespatienter kan dock ingå även i rutinkontroll.

Dansk selskab för almen medicin menar att det är läkares plikt att försöka få människor att välja en hälsosam livsstil men samtidigt acceptera att patienten alltid vet vad som är bäst för honom/henne och att läkare alltid skall acceptera detta val.

Det patriarkala synsättet, att tvinga människor till vad som just nu anses vara en hälsosam livsstil, måste ändras till att man låter patienten avgöra vad som är bäst. Samhället – och medierna – skall informera om allmänna åtgärder och hälsorisker, medan läkaren kan bekräfta eller modifiera budskapen. Läkaren bör knappast inta en position som patienten kan uppleva som fördömande. Gunnar Carlgren är alltför paternalistisk när han anser att patienter i socialgrupp tre »har mindre kraft och förmåga att fullt ut ta ansvar för sin framtida hälsa« [6].

Konsultation är således inget entydigt begrepp, utan den bör utformas efter det sammanhang den sker i. En patient som söker för ett nytt symtom innebär ett annat problem än en patient som kommer för rutinkontroll av ett tidigare konstaterat och eventuellt behandlat tillstånd. I den senare kategorin finns patienter med diabetes, hypertoni eller astma eller patienter som behandlats för hjärtinfarkt eller slaganfall. Just i dessa fall kan det vara tilltalande att varje gång man möter patienten utvidga diskussionen till att omfatta andra frågor, bl a om livsstil.

Om en del av rutinkontrollen överläts åt en sjuksköterska kan det finnas anledning att utöka dialogen när patienten får möta läkaren. Patienten kan dessutom ha ackumulerat frågor som är

obesvarade eller som han/hon inte velat ställa till en sjuksköterska.

## Dags för förändring

Sjukhusläkarföreningen önskar att Läkarförbundet skall arbeta för att 10 procent av budgeten för varje anställd läkare går till vidare- och fortbildning [7]. Samtidigt har centralstyrelsen nyligen beslutat att ta fram ett »Internetbaserat dokumentationsverktyg« [8]. Sjukhusläkarföreningens motion innebär att läkarna för första gången officiellt framhäver såväl arbetsgivarens ansvar som risken med att vara alltför beroende av läkemedelsindustrin. Storleken av den senare framgår av en insändare i Läkartidningen – cirka en miljard om året [9].

Detta är några av flera aktuella tecken på att tiden är kommen för att ta mer

*Fortbildning baserad på konkreta fall och problem i vården torde vara det överlägset bästa sättet att åstadkomma en sådan utveckling ...*

radikala grepp vad gäller hur läkarna skall kunna bibehålla sina redan etablerade kunskaper och samtidigt följa med den medicinska utvecklingen. Det räcker emellertid inte med att uttrycka önskemål om vidare- och fortbildning. Läkarkåren måste också vara beredd på att anordna och leda de aktiviteter för vidareutbildning och kompetensutveckling som är nödvändiga för att hela läkarkåren skall kunna bli delaktig i fortbildningen. Det är viktigt att avgöra vad som är essentiellt och vad som kan vara tillval. Det är bra med möjlighet till dokumentation av fortbildningen [8], men den måste föregås av en diskussion om vad denna fortbildning bör innehålla och hur den skall organiseras och balanseras mellan kompetensutveckling och kunskapsinhämtande.

Diskussionen om för- och nackdelar med beroendet av läkemedelsindustrin har rört kurser, symposier och kongressdeltagande, som om dessa företeelser är viktigast när det gäller fortbildning. Minst lika viktigt torde vara att utveckla kunskap i vardagen, och det är

patienterna som står för problemställningarna. Fortbildning baserad på konkreta fall och problem i vården torde vara det överlägset bästa sättet att åstadkomma en sådan utveckling av kompetensen att den kommer den dagliga verksamheten till godo. Familjeläkarnas FQ(fortbildnings- och kvalitets)-grupper kan vara ett föredöme, vid behov utökade med någon form av extern komplettering från inbjudna specialister.

Vill läkarna acceptera att patienterna inte längre är en del av en föga upplyst hjälpsökande massa utan självständiga, kunniga individer med egna åsikter, kunskaper och behov som måste respekteras? Om läkaryrket skall överleva som profession är det nödvändigt att dagens och morgondagens läkare intar en mer ödmjuk och mindre auktoritär inställning än vad som varit fallet. Detta kommer kanske att underlättas av att den svenska läkarkåren snart har kvinnlig majoritet. I år, 2004, finns i Sverige redan nio specialiteter med minst 50 procent kvinnor. Förhållandet är likadant i åldersgruppen under 35 år [10].

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Conway M. Socialization and roles in nursing. In: Werley HH, Fitzpatrick H, editors. Annual review of nursing research. New York: Springer Publishing; 1983.
2. Eliasson G, Jarl EM, Pettersson S. Struktur för kompetensutveckling inom primärvården. Stockholm: Familjemedicinska institutet; 2004.
3. Nilsson B. Carema tillåts parasitera på entreprenörer i primärvården. Dagens Medicin 2004(17):23.
4. Trygghet. En studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
5. Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. Läkartidningen 2004;101:1412-5.
6. Lundqvist A. Ur ordbytesfloden. Allmänmedicin 2004;25:26-7.
7. Hedbäck S. Tio procent av budgeten till fortbildning. Läkartidningen 2004;101:1353.
8. Stenhaugen T. Dokumentera fortbildning! Läkartidningen 2004;101:1345.
9. Annertz M. Om läkemedelsindustrin och mutor. Läkartidningen 2004;101:1436.
10. Läkarfakta 2004. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2004.