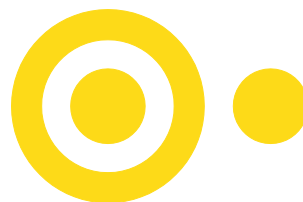


Den sjuka vårdcentralen

Om läkekonst som motstånd och möjlighet i en marknadsstyrd sjukvård

Av: Leila Tamaddon

Handledare: Carl Cederberg
Södertörns högskola | Institutionen för kultur och lärande
Magisteruppsats 22,5 hp
Den praktiska kunskapens teori | Vårterminen 2017
Centrum för praktisk kunskap



SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se

SAMMANFATTNING

Denna essä syftar till att belysa och problematisera rådande ekonomiska och management-baserade styrningsformer och dess effekter inom hälso- och sjukvårdssystemet genom att undersöka hur läkekonsten och allmänläkares praktiska kunskap påverkas i en marknadsstyrd vård. Utgångspunkten är en gestaltning av en allmänläkares arbetsdag på en vårdcentral i Stockholm. Med avstamp i en hermeneutisk och politisk filosofisk tanketradition utforskar essän frågor kring patientens narrativ, läkares utmattning, samvete och empati, reflektion och motstånd, arbete och alienation samt konflikten mellan olika rationaliteter och kunskapsparadigm. Essän visar hur den nyliberala rationaliteten och nuvarande naturvetenskapliga och biotekniska paradigmen förstärker varandra och en reduktionistisk och ekonomisk människosyn. Essän förespråkar förändring genom en mer balanserad kunskapsyn och medicinsk praktik med en mobilisering av kollektiv och individuell fronesis hos läkare för att upphöja värdet av det mellanmännskliga mötet, den praktiska kunskapen och läkekonsten.

Nyckelord: praktisk kunskap, fronesis, läkekonst, läkare, patient, New Public Management, utmattning, alienation, biopolitik, empati, motstånd

ABSTRACT

The ill healthcare center

Art of medicine as resistance and opportunity in a market-based healthcare

This essay aims to highlight and problematize current economic and management-based forms of governance and its effects in the healthcare system by exploring how the art of medicine and general practitioners' practical knowledge are influenced in market-based health care. The starting point is a narrative of a general practitioner's working day at a healthcare centre in Stockholm. The theoretical framework is mainly within the fields of philosophical hermeneutics and political philosophy. The essay explores questions about the patient's narrative, physician burnout, conscience and empathy, reflection and resistance, work and alienation, and the conflict between different rationalities and knowledge paradigms. The essay shows how neoliberal rationality and current paradigms of natural sciences and biotechnology reinforce each other and a reductionist and economic view of human being. The essay advocates change through a more balanced understanding of knowledge and medical practice with a mobilization of collective and individual fronesis in physicians in order to elevate the value of the interpersonal meeting, the practical knowledge and the art of medicine.

Keywords: practical knowledge, fronesis, art of medicine, physician, patient, New Public Management, burnout, alienation, biopolitics, empathy, resistance

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

EN DAG PÅ VÅRDCENTRALEN	4
SYFTE	9
METOD	10
FRONESIS VERSUS NEW PUBLIC MANAGEMENT	12
Läkekonst.....	13
New Public Management.....	14
Homo Economicus.....	15
SJUKVÅRD PÅ VINST OCH FÖRLUST.....	16
Vårdval – vård efter val och inte behov.....	16
Avprofessionalisering och tillitsbrist.....	18
ALLMÄNMEICIN - SJUKVÅRDENS GRUND	21
Narrativ medicin och medicinsk poetik.....	23
Tid för god vård.....	24
ETISK STRESS OCH UTMATTNING.....	26
Fronesis, empati och samvete.....	27
REFLEKTION OCH MOTSTÅND.....	29
ARBETE OCH ALIENATION.....	31
Alienation – utmattning som förfrämliande.....	32
DEN ANSIKTSLÖSA RÖSTEN	34
Ansiktets etik.....	35
OLIKA KUNSKAPSPARADIGM – GRÄNSÖVERSKRIDANDE BEHOV	36
SLUTORD	38
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	41

EN DAG PÅ VÅRDCENTRALEN

Måndag 07.58. Jag öppnar dörren till mitt rum på vårdcentralen. Rusar fram till skrivbordet, böjer mig ner och klickar på ON/OFF knappen på en stor, svart PC. Den börjar brumma under den ljusa furuskivan. Under kommande 5 minuter det tar för datorn att starta upp Windows byter jag snabbt om till vita landstingspyjamas och mina röda trätofflor. Sen städar jag skrivbordet från post-it lappar, journalutskrifter och intorkade kaffemuggar som efterlämnats av någon som suttit där under helgens jourpass. Jag tittar runt i rummet. Ser dammtussar i rummets vrår, på skrivbordet och i hyllorna. Städningen upphandlades för tre månader sedan. Jag ser några fläckar på britsen. Ytspriten ångar och sticker i näsan medan jag rengör den gråa ytan med lite papper. Ingen pappersrulle har fyllts på. Nu är inloggningsfönstret uppe på skärmen. Jag loggar in i datorn med mitt personliga kort i kortläsaren och slår en 6-siffrig kod, klickar på ikonen för journalprogrammet Take Care. Nytt pop-up-fönster. Loggar in igen med en 6-siffrig kod till. Hjulet snurrar. Uppdatering pågår. Klockan 08.15 kommer första patienten. Plötsligt ser jag att verktygsvagnen inte heller är påfylld. Jag får gå en snabb runda till förrådet för tungspatlar och glidslem. Knackar och smyger in på kollegors rum för att hitta ett bortkommet otoskop. När jag städad, fyllt på en del av vagnen, hittat otoskopet och lyckats logga in i Take Care är klockan redan 08.15. Irritationen stiger. Under denna kvart skulle jag egentligen ha fått en överblick över dagens patientarbete och planerat min dag.

Undersköterskorna brukar hålla reda på att allt finns påfyllt i läkarrummen. Nu har vi bara två kvar som inte har en chans att hinna med alla sina uppgifter. Nåja, måndagar är värst.

Schemat är fullproppat. Pulsen stiger bara av att ögna igenom de röda, gröna, gula och blå raderna med klockslag, personnummer och namn. Färgkoderna anger akuta och planerade besök, telefontid, receptförnyelse och administrativa uppgifter. Alla planerade besök på 30 minuter är fullbokade sen länge. Samtliga akuta tider på 15 minuter har gått åt sedan sköterskorna började svara i telefonrådgivningen imorse. Jag ska träffa 14 patienter som är inbokade. Sedan förväntas jag ta ca 10 patienter på eftermiddagens drop-in-mottagning. Utöver detta: fem inbokade telefonsamtal med patienter. Ett samtal med Försäkringskassans handläggare. Trycket måste ha varit hårt på telefonen tänker jag. Jag öppnar min signerings- och vidimeringskorg i journalen och ser 23 olika laboratoriesvar, röntgensvar och konsultationssvar som jag också måste hinna med under dagen. Intryckta som små pappersböner i en klagomur poppar det dessutom upp korta blå bokningar på 5 minuter i mitt schema. Sköterskorna framför önskemål om att jag ska ta ställning till olika patienters

tillstånd, receptförnyelser och intyg. Ett par sekunders överblick över schemat brukar avslöja hur dagens tempo kan bli.

08.21. Första patienten har anlant och tiden började för 6 minuter sen. En kvinna i 40-årsåldern med långvarig trötthet och återkommande förkylningar är allt jag vet genom bokningen. Mötet börjar redan i det överfulla väntrummet. Snoriga barn som kastar leksaker. Skröpliga äldre som tittar förväntansfullt på mig. Och alla däremellan med huvuden nerböjda i sina mobilskärmar. Efter att jag ropat upp hennes namn, ser jag en gestalt med bister min och uppdragna axlar komma emot mig. En eventuell utskällning avvärjas snabbt av att jag ler stort, ber om ursäkt för att jag är sen och ber henne snällt följa efter mig längs korridorrens beigegula plastgolv. Jag sätter mig i den ergonomiska stolen som fastnat i ett för högt läge så mina röda trätofflor dinglar. Lutar mig lätt fram och iakttar patienten tyst tills hon satt sig ner och gett mig blickkontakt. ”Berätta, vad behöver för du hjälp idag?” säger jag. Det tar inte många sekunder innan hennes ögon fylls med tårar. ”Jag orkar inte mer.” säger hon. Efter ett år av oförklarlig trötthet, håravfall och återkommande förkylningar har hon senaste tiden dessutom fått hjärtklappning och yrsel. Hon vill ta blodprover så det inte är brist på något ämne, kolla hjärtat så det inte är fel på det och ta reda på så att yrseln kanske inte är en hjärntumör. Jag är tyst och inväntar med följdfrågor. Lyssnar uppmärksamt och uppmuntrar henne att berätta mer. Försöker ta in hennes berättelse. Tick tack. Klockan hänger på väggen bakom henne. Hon öppnar sig mer. Relationen är på upphällningen, hon kan inte sova på nätterna och lusten och glädjen är borta. Hon önskar bli sjukskriven ett tag för att få vila och återhämta sig. Jag bekräftar hennes önskemål. Och börjar fråga mer riktat. Det visar sig att alla symtom har börjat efter stora omorganiseringar på gymnasieskolan där hon är lärare. Flera av hennes kollegor är sjukskrivna för utmattning och några har redan sagt upp sig. Hon gråter. Jag ger henne en näsduk. Hon känner sig maktlös och har dåligt samvete gentemot sina elever och deras föräldrar. Rummet är stämt i ångest, som om min kropp känner stämningen i hennes kropp medan jag välvilligt försöker förstå henne.

08.40. Mötet började för 19 minuter sedan. Hon gråter. Jag har 5 minuter kvar till nästa patient. Jag borde hinna undersöka hjärtat, blodtrycket och göra en grov neurologisk undersökning. Jag behöver skriva ett omfattande sjukintyg då hon inte klarar arbeta, ordinera eventuella mediciner mot ångest och sömnproblem, boka tid till en av våra kuratorer och slutligen skriva en journalanteckning. Jag gör en intuitiv, snabb prioritering av det viktigaste idag. Symtomen talar inte för någon allvarlig kroppslig sjukdom, så jag väljer att göra en fysisk undersökning vid uppföljande besök. Fokus ges åt det psykiska lidandet. Hon verkar uppskatta att jag gett henne tid för detta. Jag frågar om hon vill ha hjälp med kuratorsamtal,

det vill hon. Jag ger korta livsstilsråd för sömn, ångest, balans mellan vila- träning. Skriver elektroniskt recept på Atarax 25mg mot ångest, Imovane 5mg för insomning för att tas vid behov. Beställer labprover genom journalen. Försöker hitta och boka in en tid till en kurator i schemat. Pappret i skrivaren är slut. Fyller på med papper. Utskrift till patienten. Försöker hitta en ny tid till mig om 3 veckor för ett återbesök. Ny utskrift. Och nu det allra mest tidskrävande: skriva sjukintyg till Försäkringskassan.

08.50. Nästa patients besök började för 5 minuter sedan. Jag säger att jag skriver sjukintyget senare under dagen när jag har mer tid och skickar en kopia hem till henne. Olika diagnoser far runt i mitt huvud. Akut stressreaktion eller kanske Utmattningsyndrom? Jag behöver tänka mer på detta. Jag följer henne till dörren, lägger en hand på hennes axel och försöker i en hoppfull ton säga: ”Det kommer att bli bättre! Vi ses snart igen!”. Hon ger ett snabbt leende tillbaka och går med tunga steg mot labbet. Jag stänger dörren. Springer till min för höga stol. Sätter mig. Suckar djupt och sjunker ihop. Tar fram fliken Nybesök i journalen. Hinner bara skriva in en temporär diagnos och några ord för att komma ihåg besöket. Spara. Får skriva resten på rasten. Tar fram schemat. Memorerar namnet på nästa patient och springer till väntrummet.

Förmiddagen flyter på i samma tempo. Åtta bokade patienter. Vissa redan kända för mig, vissa helt nya. De söker för: värk i axel, magproblem, huvudvärk (här knackar det på dörren under besöket, en sköterska behöver en omgående läkarbedömning av en patients bensår, jag pausar och går iväg, får kort info i korridoren av sjuksköterskan, hälsar på patienten, ber hen berätta vad som hänt, tittar snabbt på det infekterade såret, ger korta råd, går tillbaka till rummet, byter journal och ögnar snabbt igenom patientens mediciner, skriver ut antibiotika, sätter diagnos och skriver en kort anteckning och ger åter fokus till min egen patient som fått vänta), uppföljning av depression, hudförändring, hjärtklappning (här ringer det på telefonen, ber om ursäkt till patienten i rummet, svarar: apoteket undrar om ett recept som en patient vill hämta ut, jag har glömt skicka det tidigare under dagen, byter journal, ögnar igenom, skickar recept), årskontroll av blodtrycket och slutligen sömnproblem.

11.52. Jag ska hinna ringa fem patientsamtal, skriva fyra journalanteckningar och skicka två remisser. Handläggaren på Försäkringskassan svarar inte. Skönt, tänker jag. Klockan 12.42 är jag klar. Då har jag jobbat in förmiddagens kafferast. Tur att jag tog in en kaffekopp på morgonen. Dock har jag varken hunnit gå på toa eller skriva första patientens sjukintyg. Nästa patient kommer om 18 minuter. Jag går med hastiga steg mot lunchrummet. Förbi toaletten. Ut från toan kommer en rödgråten läkarkollega. Jag frågar hur det är. Hon säger: ”Det är för mycket nu! På ett halvår har det listats tusen nya patienter på mig. Har du sett mitt

schema!/? Ingen luft. Det är inte klokt!”. Jag: ”Nej, det är faktiskt helt sjukt. Du får ta upp det här på nästa läkarmöte!”. Min mun är alldeles torr. Mitt hjärta slår fort. Jag vill lyssna och trösta. Men jag behöver hinna få i mig lite mat innan nästa pass börjar om några minuter. Ger en kram, säger: ”Hörs sen!”. Rusar vidare.

13.00. Kort akutbesök. Man 23 år. Söker för panikattacker. Jag hör min egen röst utifrån säga samma ord jag brukar säga till patienter med panikångest. Som ett mantra nästan. Fight or flight. Det sympatiska och parasympatiska nervsystemet. Förmågan till empati minskar i takt med att min puls ökar under dagen. Klockan tickar. Jag hinner inte höra mer om hans liv än precis det nödvändiga för att kunna förskriva ett litet paket tabletter mot oro och råda honom om internetterapi. Och ett återbesök till hans ordinarie läkare om ett par veckor. Egentligen ska psykiska besvär bokas på 30 minuter. Minst. Men sköterskorna svarar i telefon under tidspress. Om de inte når antalet samtal landstinget satt per dag får vårdcentralen vite. Ju fler korta samtal de tar, desto mer risk för stressade bokningar till läkarna. Och läkartiderna tar fort slut, så sköterskorna hamnar i kläm mellan frustrerade patienter och mindre optimala bokningar.

14.58. Om 2 minuter börjar drop-in-akuten. Jag har med nöd och näppe avslutat eftermiddagens femte patientbesök. En 83-årig dam med urinvägsinfektion. Hade det inte tagit så lång tid för henne att gå med rullatorn och ta av sig ytterkläderna hade besöket gått på 5 minuter. Då hade jag hunnit ikapp en del av min administration. Men nu behöver hon prata om sitt barnbarn som hon inte får träffa på grund av en konflikt med sonen. De ska inte fira jul med farmor. Hon är förkrossad. Jag är helt slut. Men lyssnar utan att visa. Jag tar hennes hand, ger några tröstande ord och säger att jag vill lyssna mer men tyvärr måste jag ta nästa patient nu. Jag erbjuder ordna en tid med distriktsköterskan som gör hembesök. ”Det behövs inte” säger hon. ”Jag klarar mig”. Jag hjälper henne med rocken, rullar fram rullatorn och öppnar dörren. Vid tröskeln säger hon: ”Tack så mycket, det var trevligt å prata en stund i alla fall”. Vi kramas. Hjärtat snörper sig och jag skäms över att inte ha mer tid. Till datorn. Skriver recept. Klickar fram diagnos: Cystit. Skriver en kort journal. En kaffe hade suttit fint. Hämtar snabbt en kopp som ställs bredvid den förra.

15.03. Drop-in-akuten. Stämningen i väntrummet är hätsk. Vi är fyra läkare. 32 drop-in patienter köar med nummerlapp. Fler är troligtvis på väg. Vi börjar ta patienter från en gemensam liggare i schemat i tidsordning från att de har kommit till kassan. Sekreteraren eller undersköterskan i receptionen säger till om de upplever att någon är väldigt sjuk och behöver tas in på akutrummet. De flesta har förkylningar, halsont, snuva, hosta. Men vissa kommer med sin värta sedan ett år. Eller svullna knä sedan två veckor. Eller med akut bröstsmärta.

Ibland får man sy sår och tömma bölder. Helst vill ingen råka hämta en drop-in-patient som inte skulle ha kommit på drop-in. En med psykiska besvär, sömnproblem, kronisk värk eller diffusa symtom. Någon som behöver längre samtal, utredning, sjukskrivning och mer hjälp. Fastnar jag med en patient som behöver mer tid, då får kollegorna jobba snabbare. Tiderna är dimensionerade för 5-10 minuter för enkla fall.

16.41. Vänttrummet är äntligen tomt. Om 19 minuter slutar min arbetstid. Ett berg av administrativa lappar väntar i min klagomur. Det ringer. Försäkringskassans handläggare. Hen vill ha komplettering angående mitt utförligt skrivna sjukintyg med diagnos Utmattningssyndrom och Kroniskt smärtsyndrom. ”Varför kan inte patienten jobba? Din beskrivning av patientens smärta, trötthet och nedstämdhet är ju ingen objektiv funktionsnedsättning utan patientens beskrivning. Hur har du observerat att patienten inte kan arbeta?” säger rösten. Min röst är nu irriterad: ”Jag har ju beskrivit hennes psykiska och fysiska symtom och min undersökning tydligt i detalj. Jag har inte följt henne dygnet runt i hennes liv för att observera henne. Jag litar på min patients ord och den bedömning jag gör i rummet. Vi har ca 20 minuter på oss att göra en bedömning”. Det räcker inte enligt handläggaren. Jag måste ange patientens ”aktivitetsbegränsning”. Gärna i ”mätbara enheter”. Hur många meter kan hon gå? Hur många minuter kan hon koncentrera sig? Hur många kilo kan hon lyfta? Hur många minuter orkar hon samtala? Hur många sidor i en bok kan hon läsa? Och så vidare. ”För hon måste prövas mot alla jobb på marknaden nu.” säger rösten. Jag påtalar det absurda i det hela. Att hon kommer bli sjukare av den psykiska och materiella stress en nekad sjukpenning ger mitt i en rehabilitering. Och hon kan inte söka andra jobb nu. Hon rehabiliteras ju tillbaka mot det yrke hon har sedan 20 år. Hon behöver minst en månad till. Det går ju sakta framåt. Den ansiktslösa rösten har sista ordet i beslutet. Jag ser patientens ansikte framför mig. Rummet har krympt. Mina öron susar. Jag undrar om jag pratar med en robot eller en människa. ”Tack för dina synpunkter” säger rösten. Klick.

17.48. Stänger journalfönstret. Loggar ut ur Take Care. Drar ut mitt kort. Huvudet värker. Axlarna är spända. Kaffekopparna har torkat in. Några post-it lappar ligger framme för morgondagen. Britsen är smutsig. Otoskopet har laddat ur. Dammet virvlar upp när jag stänger dörren. 24 livsvärldar har passerat igenom mitt rum idag. 24 berättelser öga mot öga om smärta, rädsla, förväntan, oro, stress, ensamhet, ångest, besvikelse, trötthet och livsleda. 25 om jag räknar in min rödgråta kollega.

*

*

*

På tunnelbanan på väg hem funderar jag över hur jag ska orka arbeta i detta tempo. Jag är emotionellt urholkad och matt av att ha använt min egen kropp och själ som verktyg hela

dagen. Av en ofattbar arbetsbörda och samtidigt ansvar gentemot så många människor. Om jag bara hade haft mer tid. För att lyssna. Reflektera. Andas mellan varje patient. Få möjlighet att samtala längre med mina kollegor. Arbetsituationen och kraven får mig att känna mig otillräcklig hur mycket jag än överskrider min kapacitet. Samtidigt känner jag mig utbytbar. Som en pinne i statistiken. Trots allt detta får jag oftast en god kontakt med mina patienter som bekräftar mina ansträngningar. Jag får höra att jag är en engagerad, kunnig, empatisk och lyhörd läkare. Många patienter vill åter tillbaka till mig just för att de upplever att jag lyssnar, ger tid och tar dem på allvar.

En kan undra varför jag måste jäkta och möta så många patienter på en och samma dag? Vilka har bestämt att mitt schema ska innehålla ett visst antal bokade och obokade patienter? Varför saknas övrig personal vars uppgifter jag måste göra? Hur avgörs vilka patienter som ska prioriteras? Varför måste alla träffa en läkare? Varför finns ingen tid avsatt för samtal, intygsskrivning, administration, fortbildning och reflektion? Varför får läkarna som har kunskap om patientvård inte bestämma över sitt eget arbetssätt och arbetsinnehåll? Hur blev det så här?

Under åren efter införandet av en ny ekonomisk styrning av primärvården i Stockholm börjar mina mest engagerade och kompetenta kollegor att en efter en bli sjuka av stress. Majoriteten är kvinnor. En del kollegor säger upp sig innan de hinner bli utmattade. Vissa blir sjukskrivna. Andra fortsätter kämpa allt mer stressade och olyckliga. Ett fåtal ter sig mindre berörda av förändringarna och anpassar sitt arbetssätt. De vårdcentraler som har förstående och stödjande chefer och kollegor verkar ha större motståndskraft. Men tempot är uppskruvat för alla. Jag skönjer en röd tråd i mitt yrkesliv som löper igenom flertal år av brist på allmänläkare, brist på ökade resurser till primärvården och samtidigt nya reformer och effektivitetskrav som gör vårdcentralerna allt mer sjuka. Den sjuka vårdcentralen blir min metafor för hur sjukvården som ska ge rum till lidandets narrativ själv drabbas av ett lidande som gör dess verksamma kroppar sjuka.

SYFTE

I denna essä vill jag undersöka hur allmänläkares praktiska kunskap och utövande av läkekonst påverkas av rådande ekonomiska och management-baserade system och ideologier som dominerar dagens svenska sjukvård. Jag vill med avstamp ur en hermeneutisk och politisk filosofisk tanketradition reflektera djupare kring vårdens och medicinens etik, kultur och kunskapsformer genom att utgå från erfarenheter ur min egen praktik som allmänläkare.

Mitt syfte är:

- att belysa och problematisera rådande ekonomiska och management-baserade styrningsformer och dess effekter inom hälso- och sjukvårdssystemet
- att undersöka hur läkekonsten och allmänläkares praktiska kunskap kan ses som möjlighet och motstånd i en marknadsstyrd sjukvård

METOD

Essä är ett begrepp som kommer från franskans *essai*, vilket betyder försök. Essän som form eller metod för att skriva har sitt ursprung i renässansförfattaren Michel de Montaignes praktverk *Essayer* där han utforskar olika fenomen och händelser utifrån subjektiva iakttagelser och flätar dem samman i dialog med andra tänkare.¹ Essäns form är fri, men med krav på stringens, stil och förvandling.² Essän är inte vedertagen som metod varken inom den medicinska disciplinens naturvetenskapliga kunskapssyn eller inom humaniorautbildningar. Därför försöker jag här att beskriva vad en essä kan vara och argumentera för dess användbarhet. Som vetenskaplig metod inom ramen för Masterprogrammet i den praktiska kunskapens teori blir essän modifierad med krav på redogörelse av syfte, metod, uppdelning i en inledande subjektiv gestaltning följt av reflektioner sammanlänkade med teorier samt en källredovisning.³

Utgångspunkten för det som studeras i denna essä är min egen yrkeserfarenhet och därför blir mina reflektioner, observationer, känslor och kroppsliga förnimmelser en del av det som skrivs fram i utforskningen. Essän utgår från en situerad kunskap som är subjektiv och reflekterande och gör inget anspråk på en objektiv sanning. Det unika får allmängiltig relevans genom essäns försök att fördjupa förståelsen med hjälp av teorier, dialoger och kritiska förhållningssätt. Denna metod genererar en erfarenhetsbaserad kunskap som annars inte kan utvinnas genom objektiva studier eller empiriskt insamlande av material. Just därför är essän en lämplig metod för att utforska den praktiska kunskapen. På Centrum för praktisk kunskap på Södertörns högskola har man sedan cirka femton år tillbaka använt sig av essän som undersökande metod av den erfarenhetsbaserade praktiska kunskapen i mellanmännsliga och konstnärliga yrken.

¹ Michel de Montaigne. *Essayer Bok 1-3*. Atlantis, 2012

² Mara Lee. *När Andra skriver. Skrivande som motstånd, ansvar, tid*. Glänta produktion, Göteborg 2014, s.26-30

³ Ledningsgruppen för Centrum för praktisk kunskap, Att skriva essä i vetenskapliga sammanhang: En vägledning för magisteruppsatsen i praktisk kunskap, Södertörns högskola 2014

Vad är då praktisk kunskap? Fredrik Svenaeus, professor i filosofi vid Centrum för praktisk kunskap beskriver den praktiska kunskapen på följande sätt:

Den praktiska kunskapen bärs som en personligt erövrad kunskap som tagit plats i individen – och i den mänskliga gemenskap där han eller hon handlar – och den utövas på ett intuitivt sätt. Det är förvisso inte frågan om en kunskap som exkluderar teoretiskt kunnande – det finns ingen motsättning mellan att vara en god praktiker och att använda sig av vetenskapliga rön för att förbättra sin praktik, tvärtom kan en sådan teoretisk medvetenhet ofta vara ett krav – men det handlar om en kunskap som har fler och andra dimensioner.⁴

Essän inleds med en gestaltning av en arbetsdag på en vårdcentral i Stockholm där jag tidigare har arbetat. Gestaltningen görs på ett sätt så att vårdcentral, kollegor och patienter är avidentifierade. Gestaltningen följs av en sammanflätad reflekterande och teoretiserande del där jag går i dialog med filosofer ur den hermeneutiska traditionen, politiska filosofer, statsvetare, sociologer, idéhistoriker, journalistiska reportage, rapporter om ekonomiska styrformer, forskning om läkares arbetsförhållanden och allmänmedicin för att få ett vidgat perspektiv och ökad förståelse för det jag tar upp i mitt syfte. Filosofen och sociologen Theodor Adorno menar att essän upphäver den traditionella föreställningen om metod och utgår från det som är komplext och välbekant för att sedan vidga detta i polemik med andra utan anspråk på det slutgiltiga. Adorno skriver i *Essän som form*: ”I frihet tänker den samman det som är förenat i det fritt utvalda objektet” och ”tanken skrider inte entydigt framåt utan de olika momenten flätas samman som i en matta. På den sammanflätningens täthet hänger tankens fruktbarhet”.⁵ Min utblicksposition är att jag medvetet har sökt mig till andra kunskapsformer än den medicinska för att utforska allmänläkares praktiska kunskap och sjukvårdens styrformer. Som Adorno beskriver flätar jag min förförståelse med mina personliga erfarenheter, mina praktiska och teoretiska kunskaper, en etisk och systemkritisk medvetenhet, läsningar av andras texter, skrivseminarier och i dialog med andra.

Essäskrivandet innefattar både inre och yttre dialoger. För mig har den yttre dialogen i seminarier med medstudenter och lärare varit av stor vikt för denna essäs utformning. Vi har läst varandras texter, kommenterat dem och diskuterat. Den yttre dialogen har också pågått i arbetslivet med kollegor och patienter samt privat med vänner och familj och i större bemärkelse i det offentliga rummet genom media. Den inre dialogen är samtalet som pågår i en själv. I boken *Skriva – en metod för reflektion* skriver Maja Hammarén hur den inre dialogen ”kan omfatta allt från moraliska överväganden till det inre koncentrerade samtal som

⁴ Fredrik Svenaeus. “Vad är praktisk kunskap?”, *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus. Södertörn studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009, s.13-14

⁵ Theodor W. Adorno. *Essän som form*, övers. Anders Johansson. Glänta nr 1, Göteborg 2001, s.37-38

följer och ständigt utvärderar en arbetsprocess. (---) Att använda skrivande som metod för reflektion i arbetslivet syftar till att stärka den inre och yttre dialogens växelverkan.”⁶. Under skrivprocessen har min inre dialog pågått mera intensivt och med nya infallsvinklar genom läsningar. Essän har fått hitta en form med tiden mellan den inre och yttre dialogen.

Även tiden har varit en faktor som varit närvarande i mitt skrivande. Texten har bytt skepnad över flera månader även om essäns temporalitet sträcker sig långt tillbaka genom år av reflektioner och erfarenheter och har samtidigt en förankring i pågående processer i nuet. Detta faktum riskerar ge texten en spretighet i takt med dialogseminarier, nya dilemman och texter som införlivas i essäns kropp, samtidigt som essäns styrka ligger just i dess bredd och sökande natur. Jag har försökt att ha en riktning och samtidigt vara öppen för det nya som kan uppstå under skrivprocessen. Essäprocessen påminner mig om den hermeneutiska erfarenheten som filosofen Gadamer beskriver i sitt verk *Sanning och metod*. Den cirkulära rörelsen av tolkning och förståelse förflyttar subjektet närmare sanningen. Enligt filosofen Hans Ruins läsning av Gadamer är detta ”en erfarenhet av hur en förståelse växer genom att vi träder ut ur oss själva, lånar oss till det främmande som blir förståeligt genom oss, liksom vi själva genom det.”⁷.

FRONESIS VERSUS NEW PUBLIC MANAGEMENT

För att kunna undersöka hur läkekonsten påverkas av rådande ekonomiska styrningsformer, behöver jag redogöra för centrala begrepp som praktisk klokhet och läkekonst samt ge en bakgrund till New Public Management och dess ideologiska ramverk.

Under antiken utvecklar Aristoteles grunden till vår förståelse av olika kunskapsformer som fortfarande är gällande inom den västerländska filosofin och vetenskapsteorin. Aristoteles talar om fem kunskapsformer, varav de tre vi mest kommer i kontakt med är episteme, techne och fronesis. Episteme är den vetenskapliga kunskapen som är förenat med bevis och som inte kan förhålla sig annorlunda som exempelvis matematik och logik. Inom medicinen skulle detta kunna motsvaras av anatomi och fysiologi, även om en del av medicinens teoretiska kunskaper med tiden visat sig behöva revideras. Techne innefattar den tekniska kunskapen, ett hantverk eller en konkret procedur som kan läras ut, exempelvis en kroppslig undersökning av en patient eller en kirurgisk metod. Fronesis betecknar det goda

⁶ Maria Hammarén. *Skriva: en metod för reflektion*. Santérus Förlag, Tyskland 2005, s.27

⁷ Hans Ruin. ”Frihetens hemlighet och bildningens uppgift”, *Bildningens förvandlingar*, red. Bernt Gustavsson. Daidalos, Göteborg 2007, s.68

omdömet eller den praktiska klokheden som har med det mänskliga att göra och som är unik för varje situation.⁸ Fronesis inbegriper ofta både episteme och techne, inom medicinen skulle därför läkekonsten kunna ses som en form av praktisk klokhed där det goda omdömet är centralt. Men fronesis är mer än bara ett gott omdöme, Aristoteles beskriver klokheden som ”... ett sant, resonemangstyrt praktiskt förhållningssätt rörande det mänskligt goda och dåliga”⁹. Aristoteles ser denna kunskapsform som sammanlänkad med ett gott eller lyckligt liv. För att kunna leva ett lyckligt liv måste vi uppnå den högsta kunskapsformen som är visdom (sofia), vilken också inbegriper insikt (nous). Vägen mot det goda livet och visdom är genom att människan lever dygdigt och genom utövandet av fronesis i hela livet enligt Aristoteles.¹⁰ De olika kunskapsformerna är således inte oskiljbara i en klinisk kontext, utan samspelar med varandra och vägleds genom fronesis. Jag kommer att återkomma till fronesis och dygdernas roll i min yrkesutövning längre fram i essän under kapitlen *Allmänmedicin – sjukvårdens grund* och *Etisk stress och utmattning*.

Läkekonst

Läkekonst, ars medicinae, är ett begrepp som kommer från latinets ars (=konst/hantverk) och medicinae (=bot/medicin). Begreppet fick trolig spridning under 1100-talet efter verket *Ars Medicinae*, en lärobok i medicin med textsamlingar från olika tongivande läkare alltsedan den västerländska medicinens fader Hippokrates var verksam för cirka 2500 år sedan.¹¹ Hippokrates förkunnade den berömda hippokratiska eden som varit en grund för den medicinska etiken och genom århundranden modifierats fram till dagens etiska principer inom sjukvården. Hippokrates utges ofta för citatet ”inte skada, stundom bota, ofta lindra och alltid trösta” som ganska väl fångar in syftet med utövande av läkekonst och egentligen all vårdkonst.¹² Ordet konst i läkekonst, som i likhet med konstarterna, tolkar jag förutom ett hantverk som lärs ut i en lärling-mästar-modell också som ett kreativt och reflekterande utforskande av människan och dess tillvaro. Utifrån Aristoteles kunskapssyn inbegriper läkekonsten förutom episteme och techne, en stor del fronesis. Läkekonsten innebär således att veta *vad* för typ av lidande jag bevittnar och *hur* jag bör gå till väga för att trösta, lindra och bota patientens lidande samt veta *när* det är lämpligt att agera utifrån temporalitet, kropp, narrativ, kontext och etiska avvägningar. I min gestaltning exemplifieras detta samspel mellan

⁸ Christian Nilsson. “Fronesis och den mänskliga tillvaron”. *Vad är praktisk kunskap?* red. Jonna Bornemark och Fredrik Svenaeus, Södertörn Studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009.

⁹ Aristoteles. “Bok VI ur Den nikomachiska etiken”. *Klassiska texter om praktisk kunskap*, red. Jonna Hjertström Lappalainen. Södertörn Studies in Practical Knowledge 7, Stockholm 2014. s.45

¹⁰ Nilsson, s.39, s.45

¹¹ Constantinus Africanus och *Ars medicinae*, Kungliga Biblioteket, 2017-04-24

¹² Den hippokratiska eden, Svenska Läkaresällskapet, 2017-04-24

de olika kunskapsformerna i mötet med den utmattade läraren där jag lyssnar, känner av stämningar, bedömer kliniska symtom, informerar, förskriver läkemedel, skriver intyg och får improvisera och omprioritera vissa medicinska rutiner utifrån patientens behov och den unika kontexten. I mötet vägleds jag av min medicinska kunskap, erfarenhet och intuition. För att utöva god läkekonst krävs således förutom teorikunskaper och teknisk/klinisk skicklighet även förmågor som intuition, empati, klokhet, reflektionsförmåga och kreativitet i mötet med patienten. Den erfarenhetsbaserade praktiska kunskapen hos läkare och läkekonst är därför två begrepp som jag kommer att använda ibland som synonymer, och ibland som olika aspekter av läkares kunskap.

New Public Management

New Public Management (NPM) är ett samlingsbegrepp för ekonomiska styrformer som under 1980-talet fick ett genombrott inom offentlig sektor inom västvärlden för att lösa ökade kostnader inom välfärdsstater som byggdes upp efter andra världskriget. Målet var att effektivisera statens verksamheter genom privatiseringar, konkurrens och resultatnriktad styrning hämtade från företagets principer och metoder. Styrformerna utvecklades av ekonomer och managementkonsulter och implementerades av den nyliberala politik som sedan dess dominerat Storbritannien, USA och de flesta europeiska länder.¹³ I sin översiktsrapport om NPMs effekter i Sverige visar Rydh och Eldh hur reformerna fick ett genomslag under 1990-talet och sedan dess har en storskalig omvandling av samhället och välfärden i synnerhet skett i det tysta genom en våg av privatiseringar, avknoppningar och upphandlingar av skola, vård, telekom, apotek, post, el, järnväg och pensioner.¹⁴

Forskaren Per Molander diskuterar i en nyutkommen rapport kring hur offentlig och privat sektor skiljer sig avsevärt beträffande den grundläggande logiken (vinstmaximering som mål i privat sektor) och i graden av demokratisk öppenhet (företagssekretess och brist på meddelarskydd inom privat sektor). Molander menar att NPMs effekter har varit både positiva och negativa, även om han betonar det senare. De positiva effekterna är ökat utbud och sänkta kostnader i vissa branscher medan negativa effekter är kvalitetsproblem, ökad risk för korruption och ökande utgifter. Trots att valfrihetssystemen gett ökat utbud och produktivitetsökning, så är fördelningen över befolkningen ojämn och de ekonomiska vinsterna tillfaller inte skattebetalarna. Molander framför också kritik mot en

¹³ Christopher Hood. *A public management for all seasons?* Public Administration, 69: 3–19, 1991

¹⁴ Gunilla Ryd och Kerstin Eldh, *Vi räknar minuter, vi räknar pinnar... Till nytta för vem?* Nätverket för Gemensam Valfärd, Malmö, 2015, s.10-11

avprofessionalisering och ett granskningssamhälle som NPM-reformerna tvingat fram i form av ökande krav på dokumentation, tillsyn, revision och utvärdering.¹⁵

Homo Economicus

För att förstå motivet till NPM-reformerna och deras globala genomslag, behöver vi utforska den nyliberala rationalitet som ligger bakom. I sin bok *Undoing the Demos – Neoliberalism's Stealth Revolution*, beskriver statsvetaren Wendy Brown grundligt den osynliga nyliberala omvandlingen av demokratier. Brown visar, i dialog med filosofen Foucaults föreläsningar i *Biopolitikens födelse*, att den nyliberala rationaliteten genom sina tekniker (NPM), språkdräkt och marknadsanpassning av samhällets institutioner ekonomiserar varje del av mänskligt liv och förvandlar varje människa till en *homo economicus* som behöver investera i sig själv med målet att höja sitt värde på marknaden. Samhällets mål är ekonomisk tillväxt genom konkurrensens dynamik. Välfärden (offentlig sjukvård, omsorg, utbildning, sociala försäkringar, kollektivtrafik med mera) och ekonomisk fördelningspolitik för att utjämna orättvisor har ingen plats i nyliberalismens rationalitet där alla ska klara sig på egen hand i en tillvaro av ständig konkurrens. Enligt Brown är själva förutsättningen för ett sådant konkurrenssamhälle ojämlikhet och en omdefiniering av frihet till en fri marknad.¹⁶

Eftersom konkurrens och fri marknad inte är naturligt givna tillstånd, blir den nyliberala statens roll att skydda och understödja marknaden och garantera konkurrens genom olika styrformer och kontrollmekanismer.¹⁷ Brown visar hur den nyliberala rationaliteten inte bara gynnar de som redan har kapital och makt, utan ökar bördan för och förstärker osynliggörandet av de personer och praktiker som anses ha lägre eller ingen marknadsvärde (exempelvis kvinnors omsorgsarbete och etniskt och socialt underordnade grupper).¹⁸ Även högre utbildning som syftar till reflektion och kritiskt tänkande (humaniora, filosofi) är hotad, då utbildning och kunskapsformer som ger mätbara resultat, konkurrenskraft och tillväxt prioriteras. Brown menar att den nyliberala rationaliteten försvagar och hotar demokratin, ett folkstyre (demos=folk) med grundläggande principer om jämlikhet, frihet och rättvisa som förenar människor i en gemensam offentlighet. Den nyliberala rationaliteten ger inga

¹⁵ Per Molander. *Dags för omprövning* – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2017:1

¹⁶ Wendy Brown, *Undoing the Demos – Neoliberalism's Stealth Revolution*, Zone Books, New York 2015, s.9-39, s.211

¹⁷ *Ibid.*, s.40

¹⁸ *Ibid.*, s.105-107

incitament att eftersträva det som Aristoteles beskriver som ett gott etiskt liv, där människan bör kultivera sig, vara dygdig och utveckla sin praktiska klokhet och visdom.¹⁹

SJUKVÅRD PÅ VINST OCH FÖRLUST

Jag har gett en bakgrund kring NPM och dess nyliberala rationalitet för att nu kunna belysa hur dessa yttrar sig och ger för effekter inom sjukvården och i min praktik som läkare. En av de mer illustrativa skildringarna av effekterna av NPM inom svensk sjukhusvård är skriven av journalisten Maciej Zaremba.²⁰ Han åskådliggör hur patienter drabbas av att läkare på olika kliniker tvingas konkurrera med varandra om resurserna på en fiktiv marknad av gemensamma skattemedel, samtidigt som landstingets managementekonomer i detalj bestämmer över vilka diagnoser och behandlingar läkarna ska välja. Ett träffande citat från en överläkare på Karolinska universitetssjukhuset lyder: ”Sjukvården lider under ultraliberalism och stalinism samtidigt”²¹. Medan sjukhusklinikerna får konkurrera med varandra i en fiktiv marknad, får privata kliniker och vårdcentraler börja konkurrera på riktigt där vissa förlorare går i konkurs och andra vinnare tar ut miljonvinster. Stockholm utmärker sig i detta men även i att regionen är segregerad socio-ekonomiskt, lider av underdimensionerade sjukhus med för få vårdplatser och akutmottagningar och har samtidigt en ökande befolkning. Privatiseringen av vården är mest driven i Stockholm och landstingets satsningar med Nya Karolinska Sjukhuset, inhyrda konsultbolag och nya vårdvalsreformer är ideologiskt präglade av de tre senaste borgerliga mandatperioderna.^{22 23} Situationen i Stockholm påverkar givetvis primärvårdens förutsättningar och villkor som jag verkar i och beskriver i min gestaltning, samtidigt som liknande processer sker allt mer i landets övriga landsting.²⁴

Vårdval – vård efter val och inte behov

Inom primärvården som huvudsakligen utgörs av vårdcentraler blir effekterna av NPM tydliga först med införandet av lagen om valfrihet i vården år 2008 som två år senare blir

¹⁹ Ibid., s.41-45

²⁰ Maciej Zaremba. *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Weyler förlag, Stockholm 2013

²¹ Ibid., s.21

²² Kent Werne, O. Unsgaard, M. Beeck, S. Esmailian, M. Färnbo. *Den stora omvandlingen – En granskning av välfärdsmarknaden*, Leopard förlag, Stockholm 2014 s.197-224

²³ Henrik Ennart och Fredrik Mellgren. *Sjukt hus. Globala miljardsvindlerier – från Lesotho till Nya Karolinska*. Ordfront förlag. Stockholm 2016, s.40-61

²⁴ Molander, s.116-119

obligatoriskt vårdval i alla landsting.²⁵ Politikerna ger löfte om ökad tillgänglighet, valfrihet och kostnadseffektivitet genom att uppmuntra konkurrens mellan vårdcentraler oavsett driftsform och ger incitament för privata vårdföretag att starta vårdcentraler. Genom ekonomisk ersättning kopplade till olika mätbara mål som vårdarbetarna måste utföra och registrera, vill man styra vårdens innehåll och riktning. I det borgerligt styrda Stockholms Läns Landsting väljer man att villkora största delen av vårdcentralernas ekonomi på antalet läkarbesök och en mindre del på det som kallas fast ersättning som fås genom antalet listade per mottagning.²⁶

I min gestaltning märks förändringarna genom att jag får ta många patienter per dag genom anpassningar av schemat. Korta drop-in besök till läkare börjar införas för att öka besöksstatistiken och få ekonomin att gå runt. På personalmöten talas det allt mer om produktionsmål, besparingar, snabbare flöden och pinnar i statistiken. Vålfungerande projekt för preventivt arbete av kroniska sjukdomar drivna av sjuksköterskor läggs ner allt mer då de inte ger intäkter. Sjuksköterskorna tvingas istället besvara ett visst antal telefonsamtal dagligen och boka alla patienter till läkare istället för råd om egenvård. Antalet undersköterskor, psykologer och läkarsekreterare minskas eller utökas inte för att sänka kostnader. I gestaltningen blir detta tydligt genom att jag får skriva mina egna journaler istället för att diktera dem, sköta administration som sekreterare kunde ha utfört, ha samtal med patienter som egentligen borde ha fått snabb tid till psykologer, städa rummet och britsen och fylla på verktygsvagnar och se till att fixa stolar och skrivare. Det är en irrationell och dyr arbetsdelning där andra yrkesgruppers kunskap och uppgifter bortprioriteras på bekostnad av läkarnas tid och arbetsuppgifter i ett redan pressat schema.

Under åren efter vårdvalet arbetar jag dels på vårdcentral och dels inom olika organspecialitetens sjukhuskliniker och mottagningar i privat och offentlig regi, då detta är en del av allmänläkares breda specialisttjänstgöringsutbildning (ST). De korta och varierande inblickarna i Stockholms sjukvård visar stora skillnader i arbetsbelastning, där läkarna på vårdcentralerna oftast har störst arbetsbörda och minst ”luft” i sina scheman i jämförelse med sjukhusens kliniker. Jag får också erfara hur patienter kan uppfattas som ”besvärliga” eller ”olönsamma” och hur patienter fördelades ojämnt över Stockholms olika områden och kliniker. I analogi med Wendy Browns analys av den nyliberala rationalitetens förstärkande av orättvisa strukturer, tenderar faktorer som kön, klass, etnisk bakgrund, utbildningsgrad

²⁵ Vårdval i Sverige, SOU 2008:37, Sveriges Riksdag 2008

²⁶ Ibid., s.47-53

med mera bli underlag för en (o)medveten prioritering/diskriminering i eftersträvan efter ”lätta och lönsamma” patienter enligt marknadens logik.

I reportageboken *Den stora omvandlingen* granskas konsekvenserna av de marknadsanpassade reformerna i bland annat primärvården med fokus på vårdvalet i Stockholm. Offentliga vårdcentraler säljs antingen ut till underpriser eller får gå i ”konkurs”. Vårdcentraler i områden med stor socioekonomisk sjukdomsburda går plötsligt inte runt, medan privata vårdcentraler nyetableras i områden med välmående befolkning.²⁷ Samtidigt kan man se i en jämförande registerstudie att personer med låg utbildning ökar antalet läkarbesök efter vårdvalets införande, medan de med högst utbildning ökar sitt kontaktmönster mest mot privata vårdgivare. Studien betonar svårigheten i att utvärdera vårdvalens effekter genom att endast sammanställa registerdata inlämnad av vårdgivare, utan att gå in på kvalitativa aspekter av sjukvården. Författarna förespråkar att ersättningsmodeller bör viktas mindre utifrån efterfrågan och mer utifrån vårdbehov som premierar ett jämlikt vårdutnyttjande.²⁸

För att utjämna en del av vårdvalets oönskade effekter i Stockholm modifieras ersättningen 2016 så att den liknar mer övriga landsting. Mer pengar för listning och mindre för läkarbesök för att styra om patientflödet till fler yrkeskategorier. Samtidigt försöker man utjämna befolkningens skillnader i sjukdomsburda genom att indexera patienters ”vårdtyngd”, ålder samt socioekonomiska parametrar med en extra utbetalning per år.²⁹ Riksrevisionens granskning av flera av landets vårdval (inte Stockholms) visar dock att starkare, friskare och mer talföra patientgrupper har fått ta del av vården mer än de sjukare och äldre. Författarna betonar konflikten mellan marknadens effekter och de etiska principerna om lika värde, solidaritet och vård efter behov i en resursbegränsad, offentligt finansierad vård.³⁰

Avprofessionalisering och tillitsbrist

Mina erfarenheter av styrningsformernas effekter delas av många läkare. Thomas Brante och medarbetare visar i en stor jämförande studie av svenska professioner att 75 procent av tillfrågade läkare tycker att den ökade byråkratiska styrningen har negativa konsekvenser för deras yrkesverksamhet. NPM och ekonomiska styrssystem har minskat läkarnas professionella

²⁷ Werne, s.197-224

²⁸ Vårdval och jämlik vård inom primärvården, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2015:6, s.7-16

²⁹ Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård – FFU2017, SLL 2017, s.41-44

³⁰ Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22, Riksrevisionen 2014

autonomi, frihet och möjlighet att påverka sin arbetssituation enligt studien.³¹ I en annan enkätstudie framkommer att en del läkare ser fördelar med den ökade tillgängligheten till läkare genom styrsystemen, samtidigt som en majoritet är emot den ökade administrativa bördan och den ekonomiska styrningen. I enkätkommentarerna framkommer att läkare är för passiva i frågor kring styrsystemen och att det finns fruktan för bestraffningar vid kritik av dessa.³²

Tillitsbristen till professionernas kunskap har nyligen fått politiskt gehör i form en nytillsatt tillitsdelegation med syfte att ta fram en reform i statens styrformer för att ”balansera behovet av kontroll med förtroende för medarbetarnas verksamhetsnära kunskap och erfarenhet”.³³ Detta är välkomnande, då bristen på tillit till min yrkeskunskap i styrformernas logik är central för den avprofessionalisering som uppstår. I mitt arbete upplever jag detta genom ersättningsmodellernas krav på registreringar och konsekvenser i form av administrativa uppgifter och utformande av scheman som reglerar antal patienter, mötesformer och vilka patienter som behöver träffa läkare utifrån ekonomisk ersättning. Ekonomiseringen av schemats och journalsystemets form disciplinerar mig att följa regler istället för att vara kreativ, följa vetenskap och beprövad erfarenhet samt få mandat för mina etiska och medicinska beslut. Varje gång jag registrerar diagnos, åtgärdskod, blodtryck, rökvanor, fysisk aktivitet blir jag en del av ett mätande system kopplat till en ekonomisk bonus-vite-logik och nationella kvalitetsregister.

I förlängningen bidrar dessa obligatoriska handlingar till upprätthållandet av en sorts biopolitik för att tala med Foucault. I *Biopolitikens födelse* redogör Foucault för hur de nyliberala styrformerna inriktar sig på att med olika tekniker disciplinera våra kroppar och levnadsvanor. Allt som är mätbart kan kopplas till målresultat, belöning och bestraffning enligt rådande maktstrukturer. Genom artificiella och ekonomiska modifieringar kan man således styra den som tvingas acceptera denna verklighet och därmed styra livet självt.³⁴ Jag ser NPMs ekonomiska incitament kopplade till prestationer och medicinska behandlingsmål som ett modernt exempel på de modifieringar Foucault beskriver. Likaså vår tids besatthet av hälsa som modifieras genom motion- och hälsoappar i telefoner, kroppsregistrerande

³¹ Thomas Brante, Eva Johnsson, Gunnar Olofsson, Lennart G. Svensson. *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Liber, Stockholm, 2015, s.179-180, s.184-185, s.190

³² Joar Björk och Christer Peterson. *Läkare ser både för- och nackdelar med vårdens ekonomiska styrning*. Läkartidningen, nr 20-21, 2015

³³ Tillitsreformen, Regeringskansliet, 2016-06-21

³⁴ Michel Foucault. *Biopolitikens födelse*, Tankekraft förlag, Hägersten 2014 s.198-200, s.209-213, s.233-234

armband och klockor som fungerar både som självdisciplinering och frivillig insamling av enorma mängder livsdata till olika företag.³⁵ Idéhistorikern Karin Johannisson ser en fara i vår tids hälsokultur där kroppen blivit ett projekt som alltid kan förändras och förbättras utifrån en människosyn där hälsa blivit ett grundkapital för individen som ska slimmas och formas i en konkurrensbaserad ekonomi och arbetsmarknad.³⁶ Filosofen Deleuze menar, genom vidareutveckling av Foucaults tankar, att de tidigare disciplinära samhällena håller på att ersättas med kontrollsamhällen vars språk är numeriskt. Deleuze skriver: ”Kontrollens numeriska språk består av koder som indikerar att man har tillgång eller ej till information. Vi står inte längre inför paret massa-individ. Individerna har blivit »dividuer« och massorna till statistiska provtagningar, data, marknader eller »banker«.”³⁷ Inom vården kan man tolka Deleuzes dividuer som patienter vars kroppar och levnadsvanor blir allt mer dividerade och reducerade till olika organ, funktioner, diagnoser och nummer i kvalitetsregister och databanker som syftar till forskning och förbättring av sjukvården, men som också allt mer visar sig kunna kopplas till NPM, styrningsformer och ekonomiska syften bortom sjukvårdens etiska principer.³⁸ När läkarnas medicinska bedömningar, behandlingar och insamlade av diagnoser och data används för att detaljstyra och modifiera arbetets form och innehåll blir vi ironiskt nog själva en del av den kontroll och avprofessionalisering som drabbar oss och i förlängningen patienterna.

Ryd och Eldh menar att ekonomernas styrning- och effektiviseringsprinciper från tillverkningsindustrin, det som ofta kallas för taylorism³⁹, är en bidragande orsak till den pågående avprofessionaliseringen inom vården.⁴⁰ Författarnas exempel på minuter och pinnar som räknas i olika omsorgsyrken återspeglas även i min dag på vårdcentralen. Det löpande bandets villkor med alla registreringar i journalen korresponderar med Deleuzes beskrivning av ett kontrollsystem som kräver mer disciplin och lydnad av mig. Schemat rullar på utan att

³⁵ Lars Berge. ”Kan artificiell intelligens göra oss övermänskliga?”, *Svenska Dagbladet*, 2017-06-04

³⁶ Karin Johannisson, ”När kroppen blev ett projekt”, *Tidningen Vi*, juni 2016

³⁷ Gilles Deleuze. *Postskriptum om kontrollsamhällena. Skriftserien Kairos*, Raster förlag, Stockholm 1998, s.198

³⁸ Yvonne Dellmark och Lars Falk. ”Svenska patientdata skickas till privata bolag utomlands”, *Dagens Nyheter*, 2017-05-24

³⁹ Frederick W. Taylor var en amerikansk ingenjör och konsult i slutet av 1800-talet som fick stort genomslag med sina idéer både i USA och Sovjetunionen. I boken ”The Principles of Scientific Management” från 1911 utvecklar han *scientific management* och *funktionell organisation*. Taylor ville utveckla arbetet till en vetenskap där kontroll, målproduktion, belöning efter prestation, specialisering och distinkt uppdelning mellan arbetare och ledning skulle leda till en hög produktion och det bästa utförda arbetet. Taylors kritiker menar att reformer baserade på hans idéer lett till ökad arbetsbörda, stressbesvär, vantrivsel, brist på ansvar och möjlighet att påverka arbetet samt att varken kvaliteten på arbetet eller dess produkter har höjts.

⁴⁰ Ryd och Eldh, s.23

ta hänsyn till mina och patienternas behov. Jag får arbeta in raster och sitta kvar efter arbetstid för att få allt att gå ihop. Ju fler patienter jag tar belönas vårdcentralen som ekonomisk enhet för sin produktion, medan jag ”bestraffas” med mer arbetsbörda och ansvar och patienterna riskerar få sämre vårdkvalitet. Varken schemat eller statistiken återspeglar själva det värde som uppstår i mitt möte med patienterna. Ett förtroligt samtal, en kram, empatisk närvaro, ansvar, kunskapsöverföring, tillit. Det som ofta går förlorat i offentliga upphandlingar och kontrollmätningar är värden som omsorg, trygghet och vänligt bemötande enligt Ryd och Eldh. Då de inte går att mäta i ekonomiska siffror och termer blir de inte heller identifierade eller prioriterade.⁴¹ Jag ska återkomma till detta längre fram, då dessa värden är centrala i det allmänmedicinska arbetssättet.

ALLMÄNMEDICIN - SJUKVÅRDENS GRUND

Primärvården utgör sjukvårdens grund och första kontakt med befolkningen och består till största del av vårdcentraler där specialistläkare i allmänmedicin (kallas också allmänläkare, distriktsläkare, husläkare, familjeläkare) arbetar.⁴² Mitt arbete som allmänläkare utgår ifrån läkekonstens kärna: mötet med patienten. Förutom att jag bör vara en skicklig kliniker och ha en bred medicinsk kunskap, ingår i min vardag en stor dos existentiella frågor, samtal och förkroppsligande av komplexa narrativ. Världen brinner och livsöden från när och fjärran fyller väntrummen. Barn, unga vuxna, medelålders och äldre passerar mitt rum om vartannat. Enkla hälsoproblem till svåra psykiska, kroniska och obotliga sjukdomar bedöms, handläggs och behandlas. Jag behöver ha inblick i hela sjukvårdsapparaten, konsultera och diskutera med kollegor, sjukhusspecialister och andra yrkesgrupper. Men den mesta av tiden arbetar jag ensam i ett rum, i ett flöde av direktkontakt med patienter. Allt detta är charmen och svårigheten med denna specialitet. Den medicinska bredden, helhetssynen och möjligheten att få inblick i ett mänskligt liv där hälsa och sjukdom utgör en del av livet förde mig till denna specialitet.

Det allmänmedicinska arbetssättet har konsultationen, alltså patientmötet, som viktigaste verktyg. Den befintliga forskningen om konsultationen är ganska stor och metodologiskt spretig men visar sammanfattningsvis att vården blir bättre när läkaren är patientcentrerad genom att utgå från patientens behov och narrativ. Läkaren bör ha tid, ha ett

⁴¹ Ibid., s.14

⁴² Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, Socialstyrelsen 2016, s.10-11

empatiskt förhållningssätt, vara bekräftande och lyssna på sin patient.⁴³ Läkares sätt att tänka och använda språket har stor effekt för patientmötets utfall.⁴⁴ Patientcenterade samtal ger bättre följsamhet till råd och behandlingar samt nöjdare och friskare patienter.⁴⁵ Kvinnliga läkare som grupp tenderar oftare vara patientcenterade än manliga läkare.⁴⁶ Kontinuitet hos samma läkare över tid ger bättre förebyggande vård och färre inläggningar på sjukhus.⁴⁷

I ett idealiskt fungerande perspektiv arbetar en allmänläkare i Sverige på en stabil vårdcentral och har en egen så kallad lista med max 1500 patienter vid heltidsarbete, en siffra framräknad under 1970-talet utifrån den vårdkontext som gällde då men som fastslogs senast år 2000 i en nationell handlingsplan för primärvården. I många länder är antalet patienter på listan betydligt lägre tack vare fler allmänläkare och ett mer avgränsat primärvårdsuppdrag.⁴⁸ Patienterna på sin lista lär allmänläkaren känna genom kontinuitet över längre tid. Det bör avsättas tid för reflektion, fortbildning, undervisning och kollegiala möten utöver den administrativa tiden. Med åren bör patientlistan bli allt mer stabil och lätthanterlig. Verkligheten idag är dock annorlunda på grund av stor brist på allmänläkare. Trots att Sverige har fler läkare än någonsin (cirka 37000), så finns det bara cirka 7000 allmänspecialister verksamma inom primärvården och många arbetar endast deltid.⁴⁹

Den låga attraktionen till specialiteten bland nyutbildade läkare beror framförallt på att många upplever arbetet på vårdcentral alltför tungt och svårt. Specialiteten har också låg status enligt de kulturella normer som genomsyrat medicinhistorien med en organhierarki där hjärta och hjärna har högst status. En utmaning för många läkare tror jag är att en stor del av patienterna på vårdcentraler lider av psykosomatiska besvär kopplade till existentiella, sociala och arbetsrelaterade bekymmer. Dessa patienter passar inte in i sjukhusspecialisternas styckade patientkropp som delas allt mer ju längre ut på subspecialiseringens grenar man kommer. Läkarutbildningens fragmenterade, biologiska och organhierarkiska topografi förbereder knappast nyutbildade läkare för denna verklighet. Samtidigt riskerar dessa patienter att medikaliseras mer i ett biotekniskt vårdssystem där snabb handläggning och

⁴³ Björn Landström. *Den kompetenta allmänläkaren – mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden*, Göteborgs Universitet, Göteborg 2012, s.24-26, s.32-33

⁴⁴ Jerome Groopman. *Hur läkare tänker*, Daidalos, Riga 2009

⁴⁵ J-O Ottosson (red). *Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund*. SBU rapport nr 144. Natur och Kultur, Stockholm 1999

⁴⁶ Debra L. Roter, Judith A. Hall. *Physician gender and patient-centred communication: a critical review of empirical research*. Annual Review of Public Health 2004; 25: 497-519.

⁴⁷ John W. Saultz, Jennifer Lochner. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. 2005 Mar-Apr;3(2):159-66.

⁴⁸ Strategier för att öka antalet allmänmedicinska specialistläkare, Svenska Distriktläkarförbundet, mars 2013

⁴⁹ Läkarfakta 2016 - statistik över medlemmar i Sveriges läkarförbund

behandling enligt vårdprogram och checklistor är eftersträvansvärt. Vi läkare är delaktiga i denna medikalisering och skapar ett biomedicinskt narrativ varje gång ”vi tolkar ett symtom, ger en diagnos eller ett läkemedel”, som den brittiske allmänläkaren John Launer uttrycker det.⁵⁰

Narrativ medicin och medicinsk poetik

I min gestaltning är det just besvär som trötthet, sömnproblem, huvudvärk, hjärtklappning, yrsel och diffusa smärtor som patienterna söker för. Många av patienterna lider av förkroppsligad ångest, stress och oro. I sin tolkning av filosofen Martin Heidegger, beskriver Fredrik Svenaeus vår hemlöshet när vår i-världen-varo brister i mening. Hemlösheten yttrar sig då som existentiell ångest. Svenaeus menar att sjukdom yttrar sig som en form av hemlöshet i världen. Mening kan skapas när vår i-världen-varo sätts i ett sammanhang, både fysiskt och kulturellt, men även tidsligt i vår förståelse om vår egen dödlighet.⁵¹ En viktig del av läkekonsten är därför förmågan att lyssna och ge patientens vilshenhet och oro ett språk och en hemvist som ger mening och möjlighet att tolka sina symtom. Därför är patientens narrativ och samtalet av stor vikt för att ringa in varför patienten söker och hur jag bäst kan hjälpa patienten. I patientens meningsskapande berättelse finns nycklar till att hitta ett gemensamt språk och förhållningssätt att angripa patientens lidande. Inom fältet narrativ medicin som ännu inte riktigt etablerats i Sverige studeras just patienternas narrativ i mötet med läkaren. Läkaren och litteraturvetaren Rita Charon talar om läkares förmåga att arbeta professionellt med berättelser som ”narrativ kompetens” och något som läkare behöver förbättras på då läkarutbildningen endast erbjuder det biomedicinska narrativet.⁵²

Uppdraget i primärvården är gränslöst och vårdbehovet omätligt. Därför är också förmåga till prioritering, sortering, avgränsning och beslut viktigt. Trots dessa svåra utmaningar kan man som allmänläkare bli en jourhavande medmänniska för livets alla problem, eftersom man oftast är patienternas första och eventuellt enda kontinuerliga kontakt inom vården. En som ibland slår följe med patienterna över månader och år. Som en livläkare. En guide i vårdgalaxen. Belöningen för ens engagemang och själsliga utmattning är patienternas förtroende och tacksamhet. Det är just de ovärderliga möten och livsnarrativ som berör och engagerar mig som också gör att jag vill fortsätta arbeta inom primärvården i olika

⁵⁰ Lotte Hvas, Linn Getz. *Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 1*. Tidskriften Allmänmedicin 1:2015

⁵¹ Fredrik Svenaeus. *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Natur och Kultur, Stockholm 2003. s.68-69

⁵² Lotte Hvas, Linn Getz. *Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 2*. Tidskriften Allmänmedicin 2:2015

former. Patienternas berättelser ger inblick i liv som jag aldrig skulle ha känt till annars och vidgar min existentiella förståelse för vad det innebär att vara människa. I gestaltningen försöker jag visa vikten av pauserna och tystnaderna. Gesterna och intonationer. Det kroppsliga och verbala språket. Vikten av att läsa situationen genom att känna in stämningen. Och hur dessa kunskaper riskerar att gå förlorade när möten forceras och inte ges utrymme.

Konsultationen pågår även när patienten har lämnat rummet. Tiden för att återge mötets essens i skriven text eller i diktat är en del av min reflektion över mötet och ett utrymme och verktyg för tolkningar och hypoteser. I journalerna försöker jag, trots disciplinerande mallar och koder, beskriva och tolka på ett sätt som begripliggör situationen för de som behöver ta del av journalen. Filosofen Fredrik Svenaeus talar om det medicinska tänkandets gestaltningar i journaler och rapporter som en sorts medicinsk estetik och poetik. I dessa texter framkommer sällan patientens röst och närvaro, utan det medicinska perspektivet dominerar. Svenaeus tycker att det är nödvändigt att textbegreppet utvidgas till andra meningsbärande fenomen. Dessa fenomen är en form av ”undertexter” under konsultationen som inte är endast biologisk fakta, utan läkarens tolkning av patientens kropp och patientens berättelse om upplevda lidande och symtom.⁵³ En stor del av läkekonsten är att vara lyhörd för dessa ”undertexter” eller det intuitiva eller det tysta i mellanrummen. Svenaeus applicerar filosofen Gadamer's hermeneutiska teori om förståelsehorisonter som sammansmälter vid läsningar av texter på det medicinska mötet genom att se att ”medicinens essens återfinns just i dialogen mellan läkare och patient”⁵⁴ samt att ”Den medicinska praktiken rymmer nämligen just ett avstånd mellan två olika förståelsehorisonter som måste överbryggas i ett horisontsammansmältande möte”⁵⁵.

Tid för god vård

Jag har tidigare nämnt vikten av tid i mitt arbete på vårdcentralen. Känslan av att vara konstant något försenad i relation till schemat, att aldrig hinna ikapp. Min upplevelse är att tiden har en förmåga att krympa ju viktigare och mer avgörande ett patientsamtal är. Förseningarna under min dag beror på att jag prioriterar att lyssna på min patient i det partikulära mötet. Samtidigt är arbetsdagen fullsprängd med andra uppgifter som också måste göras. Men det går inte att forcera möten. Varje patientmöte är unikt och behöver sin tid. En ohållbar ekvation helt enkelt. Just avbrotten mitt i ett samtal eller när jag själv tvingas avbryta är förödande för att skapa ett rum av trygghet och tillit. Tillit är grunden för ett gott möte

⁵³ Svenaeus, *Sjukdomens mening*, s.95-97

⁵⁴ *Ibid.*, s.100

⁵⁵ *Ibid.*, s.101

mellan mig och min patient. En förutsättning för att jag och patienten ska kunna lyssna, berätta och försöka förstå varandra. Om jag misslyckas med att få patientens tillit på vårt första möte, riskerar en stor del av kunskapen, råden och behandlingar jag erbjuder patienten att gå förlorade. Filosoferna Henriksen och Vetlesen skriver i sin bok *Etik i arbete med människor*:

För att inge en känsla av tillit, trygghet och ro krävs tid. *Tid* att lyssna, tid att se – *att se efter*. Att tid är en bristvara i dagens hälso- och sjukvård upplevs som ett enormt problem bland alla berörda. Utan tid att etablera och vidareutveckla relationen mellan vårdare och patient blir de värden vi talar om bara fina ord.⁵⁶

Som Henriksen och Vetlesen beskriver, riskerar fina ord som tillit och patientcentrering endast bli tomma om dessa inte får omsättas i handlingar, i scheman och i kroppar. Fredrik Svenaeus beskriver hur det medicinska mötet idag placeras i ”ett nätverk, som styrs av politiska beslut och ekonomiska hänsyn.”⁵⁷ Problemet är att ”man inte fångar essensen i den vårdande verksamheten” eller ”den *goda* vårdande verksamheten” med pågående ekonomiska analysmodeller och nedskärningarna av sjukvården.⁵⁸ Vad menas med det goda vårdandet och det goda mötet? Jag återgår till Aristoteles tankar kring fronesis och dess sammankoppling till dygderna för att leva ett gott liv.

Dygdetiken lär oss att våra handlingar avgörs av vilka vi är och vår välvilja för gemenskapens bästa. Vi är alltså inte utbytbara eller medel för andras mål.⁵⁹ En dygd är förmågan eller egenskapen att förverkliga det goda i oss och andra.⁶⁰ Dygder kan exempelvis vara rättvisa, klokhet, mod och måttfullhet. Dygderna är således centrala i mötet mellan mig och en patient och i utövandet av fronesis i läkekonsten. Utifrån Aristoteles tankar tolkar jag att en viktig utgångspunkt inom vårdens styrning blir vilka dygdetiska mål vi ska ha i verksamheter för att kunna utföra ett gott arbete där vi ges möjlighet att utvecklas själva samt behandla våra patienter utifrån ett etiskt perspektiv genom utövande av praktisk klokhet och gott omdöme. Utmaningen är att lyfta de dygdetiska målens värde i en nyliberal rationalitet som inte värdesätter just dessa handlingar och egenskaper.

⁵⁶ Henriksen, Jan-Olav och Vetlesen, Arne Johan. *Etik i arbete med människor*, 2:a upplagan, Studentlitteratur, Lund 2001, s.18

⁵⁷ Svenaeus. *Sjukdomens mening*, s.132

⁵⁸ Ibid., s.163

⁵⁹ Henriksen och Vetlesen, s.198

⁶⁰ Ibid., s.196

ETISK STRESS OCH UTMATTNING

I min gestaltning beskriver jag hur emotionellt urholkad och matt jag blir av att använda min egen kropp och själ som verktyg hela dagen. Min kropp blir stämd av rummets skiftande stämningar. Jag lyssnar, tröstar, undersöker, tänker, känner och tolkar. Allt emotionellt och intellektuellt fokus med många beslut och stort etiskt ansvar gentemot många människor gör mig trött. Läkares arbetsrelaterade hälsa med stress och utmattning är av relevans för att förstå effekterna av NPM på individnivå. Forskningsfältet om allmänläkares arbetsrelaterade hälsa är skvalt, men sammanfattningsvis visar studier att det finns ett positivt samband mellan läkares välbefinnande på arbetet och patientnöjdhet, bättre följsamhet till behandlingar och bättre utfall av patient-läkarmötet.⁶¹ I stora delar av västvärlden ser man att läkares arbetsmiljö har försämrats med tiden och orsakerna är många och komplexa. I en översiktsstudie anges orsakerna vara ökade krav, minskat inflytande, minskad tid för intellektuell stimulans, ökat våld och hot om våld, ekonomiska besparingar och managementstyrning, snabb utveckling av teknologier och ett informationssamhälle som utmanar kliniken och kräver en ny läkarroll. Starkt samband visas mellan läkares stress på arbetet och sämre utfall för patientvården. Läkarnas roll anses vara central för en välfungerande hälso- och sjukvård och forskarna efterlyser att det satsas mer på att förbättra läkares psykosociala arbetsförhållanden.⁶²

I Socialstyrelsens sammanställning om utmattningssyndrom framgår att bland långtidssjukskrivna inom landstinget varierar det stort mellan olika diagnosgrupper, varav psykisk ohälsa drabbar mest läkare och sjuksköterskor.⁶³ Fridner och medarbetare visar att mellan 2009 och 2015 ökade andelen långtidssjukskrivna läkare med psykiatrisk diagnos från 35 till 54 procent, och ökningen drabbade enbart de kvinnliga läkarna. Orsakerna till läkarnas ohälsa var främst den försämrade organisatoriska och sociala arbetsmiljön med ökade krav och minskad kontroll. Bland allmänläkarna visar sig underbemanning och högre krav än möjligheter vara särskilt utmärkande.⁶⁴ Fridner har även visat att läkare som yrkesgrupp drabbas i högre utsträckning av utmattning, depression och självmordstankar jämfört med

⁶¹ Renée A. Scheepers, Boerebach BC., Arah OA., Heineman MJ., Lombarts KM. *A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care*. International Journal of Behavioral Medicine. December 2015, Volume 22, Issue 6, pp 683–698

⁶² Bengt B. Arnetz. *Psychosocial challenges facing physicians of today*. Social Science & Medicine, Volume 52, Issue 2, January 2001, Pages 203–213

⁶³ Socialstyrelsen. Utmattningssyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen, 2003

⁶⁴ Michael Lövttrup. "Den psykiska ohälsan ökar bland läkare", *Läkartidningen*. nr 01-02/2016

andra yrkesgrupper trots att läkarnas hälsa i övrigt är bättre än genomsnittsbefolkningen.⁶⁵ Även stressforskaren Alexander Perski visar att höga krav, låg kontroll och bristande socialt stöd bidrar till utmattning och då främst bland kvinnor.⁶⁶

På Ersta psykiatriska klinik i Stockholm finns en lång erfarenhet av vårdpersonal som patientgrupp. Senaste årens kartläggning visar att fler kvinnliga läkare än manliga läkare insjuknar i psykisk ohälsa, varav de kvinnliga allmänläkarna dominerar. Alexander Wilczek som är psykiater på kliniken ser ett samband mellan ekonomisk styrning i verksamheter och den värdekonflikt som uppstår när läkarna måste kompromissa med sina egna värderingar i mötet med människor, något som leder till samvetsstress.⁶⁷ Forskningen och min egen erfarenhet är samstämmig att kvinnliga läkare drabbas allt mer. Detta skulle kunna delvis förklaras av, som jag tidigare nämnt, kvinnliga läkares tendens till mer patientcentrerade samtal som inbegriper mer empati och fronesis, men också av de genusdiskurser som råder både i yrkeslivet och i samhället i stort med ojämställda villkor och krav för kvinnor och män.⁶⁸ I min gestaltning är den utmattade patienten i dagens början en kvinna i ett mellanmänniskt arbete, min rödgråta kollega är en kvinnlig läkare, patienten som behöver prata ut om sin sorgliga relation med sin son är en äldre dam. Jag själv i min roll som kvinnlig läkare är trött och stressad av allt emotionellt arbete och ansvar. Vi blir alla en del av ett narrativ kring kvinnors emotionella omsorgsarbete både professionellt och privat och hur det i sig gör kvinnor mer sårbara för utmattning.⁶⁹

Fronesis, empati och samvete

För att förstå hur den etiska stressen hos läkare uppstår återgår jag till begreppet fronesis, den praktiska klokheten. Fronesis utvecklas genom erfarenhet i livet och i mötet med patienter. Enligt Aristoteles kan denna form av kunskap inte glömmas. Filosofen Christian Nilsson tolkar detta som att fronesis inte kan beskrivas i några allmängiltiga satser, utan bör tolkas som en ”omdömeskraft”. Martin Heidegger tolkar fronesis oglömskbarhet med att den är besläktad med samvetet. Det praktiska kloka handlandet är alltså samvetsgrant, vilket innebär

⁶⁵ Ann Fridner, Karen Belkic, Massimo Marini, Daria Minucci, Luigi Pavan, Karin Schenck-Gustafsson. *Survey on Recent Suicidal Ideation Among Female University Hospital Physicians in Sweden and Italy (The HOUBE Study): Cross-Sectional Associations With Work Stressors*. *Gender Medicine*, vol. 6, s. 314-328, 2009

⁶⁶ Aleksander Perski, Giorgio Grossi, Birgitta Evengård, Vanja Blomkvist, Berrin Yilbar, Kristina Orth-Gomér. *Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor*. *Läkartidningen*, Nr 18, Volym 99, 2002

⁶⁷ Michael Lövdtrup. ”Läkarna nu fler än sjuksköterskorna bland Erstas patienter”, *Läkartidningen*, nr 01-02/2016

⁶⁸ På tal om kvinnor och män – Lathund om jämställdhet 2016

⁶⁹ Arlie R. Hochschild. *The managed heart. Commercialization of the human emotion*. University of California Press, Berkeley 2003, s.162-184

”(...) att man handlar med en viss uppmärksamhet och omsorg.”⁷⁰. På liknande sätt kopplar Fredrik Svenaeus empatibegreppet till fronesis. För det första särskiljer han empati från begreppen medkänsla, sympati och känslsamhet som ofta förväxlas med empati. Empatin är snarare en ”känslomässigt vägledad förståelse för den andres situation där jag strävar efter att hjälpa henne på bästa möjliga sätt”⁷¹. Empatin är alltså inte bara förmåga till inkännande och en känslostyrd hjälpande impuls utan innefattar både en hermeneutisk tolkningsprocess och en praktisk visdom rörande vad som är gott för den andre.⁷²

Läkares utmattning beror således inte på en överdriven känslsamhet eller ett gränslöst medlidande. Utan samvetsstressen är en signal på att det etiska utövandet av läkekonsten är det som förloras av de förändringar och styrformer som försämrar läkares arbetsmiljö. Med andra ord tvingas läkare att antingen bli samvetlösa eller att ständigt ha dåligt samvete. Utifrån en fenomenologisk tolkning ser jag det som att fronesis bebor läkarens kropp och orienterar sig i världens tid och rum. När de yttre villkoren är påfrestande och oetiska, tvingas jag som en samvetsgrann läkare att hållbar systemets brister i en flexibel kropp som riskerar att bli sjuk. Som jag skrev inledningsvis i essän så blir den sjuka vårdcentralens verksamma kroppar själva sjuka. Inte för att de samvetlöst följer vårdcentralens nya sjuka tillstånd, utan just för att deras kroppar och omdömeskraft gör motstånd i själva utövandet av läkekonsten.

För filosofen Hannah Arendt är samvetet intimt förknippat med vår förmåga till tänkande. I sin föreläsning *Tänkande och moraliska övervägningar* visar Arendt hur medvetandet, *consciousness*, och samvetet, *conscience*, inte bara är språkligt förbundna utan förhåller sig till varandra på liknande sätt som tänkandet och omdömeskraften. Arendt menar att samvetet ”att veta med och av mig själv” är ”ett slags kunskap som aktualiseras i varje tankeprocess” och att det är själva processen av reflekterandet och granskandet som kan hindra människor att begå onda gärningar.⁷³ Arendt skriver: ”Tankevindens yttringar är inte kunskap; den yttrar sig i förmågan att skilja mellan rätt och orätt, mellan vackert och fult. Och

⁷⁰ Nilsson, s.50

⁷¹ Fredrik Svenaeus. ”Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal”, *Omtankar: Praktisk kunskap i äldreomsorg*, red. Lotte Alsterdal. Södertörn studies in practical knowledge 5, Stockholm 2011, s.211

⁷² Ibid., s.217-219

⁷³ Hannah Arendt. ”Tänkande och moraliska överväganden.” *Tanke, känsla identitet*, red. Ulla Holm, Eva Mark & Annika Persson. Anamma, Göteborg 1997, s.43, s.69

*Arendts resonemang kring onda gärningar är i relation till hennes tidigare rapporter under Eichmannrättegången där hon talar om ”det ondas banalitet” och med det avsåg att onda gärningar utförda i gigantisk skala inte beror på elakhet eller ondska hos enskilda individer utan just på grund av oförmåga att tänka. (s.41)

detta kan faktiskt tänkas förhindra katastrofer, åtminstone för mig själv, i de sällsynta ögonblick när allt ställs på sin spets.”⁷⁴.

REFLEKTION OCH MOTSTÅND

Som Hanna Arendt beskriver ledde mitt eget reflekterande och samvetsstress till ögonblick när allt ställdes på sin spets. Jag valde att säga upp mig från mitt arbete när jag insåg hur arbetets villkor stod i skarp konflikt med min yrkesetik gällande både patienters och personalens hälsa. Detta blev ett uppvaknande om vad som är av vikt i mitt yrke och i livet som jag inte kan kompromissa med. Jag valde att arbeta deltid och sporadiskt för att orka vara närvarande, empatisk och trogen min etiska kompass. Men jag ville också få tid och möjlighet att vara kreativ, bilda mig och reflektera mer. Jag sökte Masterprogrammet i den praktiska kunskapens teori på Södertörns högskola. För mig är dessa handlingar en form av motståndspraktik mot sjukvårdens nuvarande styrning och villkor.

En färsk enkätstudie om läkares arbete på vårdcentraler visar hur hälften av de 900 allmänläkare som besvarat enkäten, arbetar deltid då arbetet är krävande. Över en tredjedel har allvarligt övervägt att lämna läkaryrket på grund av hög belastning.⁷⁵ Den etiska insikten och djupare reflektionen sprungen ur förtvivlan och ångest kring arbetets villkor har också bidragit till att jag reflekterar mer kritiskt kring rollen som läkare. Det är inte alltid lätt att leva upp till idealet om att läkare ska vara starka och uthålliga. Tvärtom ser jag en styrka i de läkare som gör motstånd och de som vågar visa sin skörhet och använda sig av den. En som skrivit om sin utmattning är psykiatern och onkologen Pia Dellson: ”Hjärnan och kroppen tystnar, urverket stannar. Det går inte längre. Kan inte mer. Kan inte röra mig. Kan ingenting.”⁷⁶ Dellsons reflektioner får mig att tänka på hur den utmattade kroppens motstånd sker i det tysta och ensamma. Ett passivt motstånd där kroppen går i viloläge efter en längre tids kamp. Det aktiva motståndet behöver mod och energi för att våga höras och bryta sig loss från dåliga strukturer.

Min upplevelse är att motstånd lätt kan uppfattas som ett hot och sjukdom som ett tecken på svaghet på grund av normer om hur läkare bör vara starka individer, lojala mot kollegiet och arbetet. Detta skulle kunna vara en bidragande faktor till att många läkare

⁷⁴ Ibid., s.72

⁷⁵ Hur mår vårdcentralens läkare? Kaliber, Sveriges Radio, 2017-04-23

⁷⁶ Pia Dellson. *Väggen: en utbränd psykiaters noteringar*. Natur och kultur, 2015, s.16

kämpar hårt i det ensamma, istället för att säga ifrån i tid eller söka hjälp hos andra.⁷⁷ Därför kan just kollegiala dialoger och kritisk reflektion över yrkesrollen och yrkeskunskapen vara en förutsättning för att bryta den ensamhet som drabbar både den utmattade och den som gör normbrytande motstånd.

Filosoferna Hjertström Lappalainen och Schwarz skriver om reflektionens betydelse i essän *Tänkandets gryning*, utifrån en vidgad tolkning av filosofen Deweys tankar om reflektion i yrket. Reflektionen behöver utgå från en praktisk erfarenhet som kräver motivation och engagemang i yrket: ”reflektion implicerar ett intresse av en händelses utgång, en viss, som Dewey skriver, ’välvillig identifikation – om så bara i fantasin – mellan vårt eget öde och händelseförloppet’”⁷⁸. Detta tror jag de flesta läkare känner igen sig i. När jag möter en patient finns implicit en välvilja och önskan om att komma fram till ett gemensamt handlande som kan hjälpa patienten mot ett mer gott liv och mindre lidande. Däremot har jag ofta på arbetsplatser saknat de högre formerna av reflektion som Hjertström Lappalainen och Schwarz beskriver som kräver en ännu större distansering från det jag tolkar som yrkets normer, kultur och vetenskapliga sammanhang.⁷⁹ De skriver:

Om man vill betona förmågan till reflektion som en del av bildningsprocessen så måste man också eftersträva en nivå av reflektion där människan inte bara reflekterar över sig själv och sitt handlande, utan över sin situation och sig själv inplacerad i ett större sammanhang. I slutänden kan det leda till att den yrkesverksamme ifrågasätter yrkesrollen överhuvudtaget.⁸⁰

Som jag beskriver i min gestaltning finns knappast något andrum för djupare reflektion efter varje patient. Desto mindre för kollektivt reflekterande i dialog med kollegor. Som allmänläkare arbetar jag dessutom oftast ensam i ett rum med en ström av patienter som passerar. Det blir bara korta stunder på en rast, i korridoren eller ett personalmöte där det finns möjlighet till dialog under arbetstid. Möjlighet och förmåga till en större och mer distanserad reflektion är avgörande för att kunna ta initiativ till förändring eller göra motstånd. I likhet med Arendts resonemang kring samvete och tänkande, så kan en högre reflektion som Hjertström Lappalainen och Schwarz nämner kunna leda till att man ifrågasätter förutsättningar till att kunna utföra sitt yrke på ett gott och rimligt sätt.⁸¹

⁷⁷ Reidar Tyssen. *Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies*. *Industrial Health*, 2007;45:599–610.

⁷⁸ Jonna Hjertström Lappalainen och Eva Schwarz. ”Tänkandets gryning: Praktisk kunskap, bildning och Deweys syn på tänkandet.”, *Våga veta! Om bildningens möjligheter i massutbildningens tidevarv*, red. Anders Burman, Södertörns Högskola. Stockholm 2011, s.104

⁷⁹ Ibid., s.114-115

⁸⁰ Ibid., s.114

⁸¹ Hjertström Lappalainen och Schwarz, s.114-115

ARBETE OCH ALIENATION

Ofta har jag längtat efter ett arbete som är etiskt hållbart och som ger utrymme för det oförutsedda, kreativa och komplexa. Ett rum som rymmer frihet och ro för reflektion. Under arbetsdagen i min gestaltning är jag långt ifrån denna utopiska arbetsplats. Jag känner mig fångad på ett rullband i en vårdproduktion som tar ifrån mig meningsfullheten och det kreativa utrymmet i mitt arbete. I sin bok *Arbetsamhället* beskriver sociologen Roland Paulsen hur dagens arbetsideologi bär historiska raster av olika idéer genom den västerländska historien. Under antiken förknippades arbetet med förnedring och slaveri och ett hinder för det fria tänkandet och filosoferandet. Paulsen visar hur olika syn på arbetet fortfarande lever kvar i vår tids föreställningar om vad arbetet är:

Från religionen kommer idén om arbetet som ett kall, som ett sätt att bevisa sin utvaldhet på. Med industrin etablerades arbetet som en plikt i var människas vardag – arbetet blev ett styrkebevis, ett sundhetstecken, en skötsamhetsmarkör. Med välfärdsstatens framväxt föddes idén om arbetet som en rättighet som garanterar ekonomiskt oberoende, socialt erkännande, integration i samhället och personligt självförverkligande.⁸²

Paulsen visar genomgripande hur villkoren för vårt globala ekonomiska system fört samman olika politiska strömningar (nyliberala, socialistiska, feministiska, identitetspolitiska) i bevarandet av arbetet som en grundläggande princip för tillvaron. Arbetsamhället bevaras genom vad Paulsen kallar den endimensionella arbetsideologin om evig tillväxt. Syftet med arbetet har alltmer blivit oklart eftersom vi inte längre kan tänka utanför rådande hegemoni. Vi arbetar allt mer trots att de tekniska möjligheterna skulle kunna ge oss mer fritid. Paulsen skriver: "(...) vi kan producera varor och tjänster i oändlighet, men vi får allt svårare att förstå vad det var för *mening* eller *dygd* som Platon och Aristoteles så högt värderade."⁸³ Enligt Paulsen är arbetsbegreppets förlorade mening ytterst central för denna process och gör att "arbetet framstår som en substanslös vålnad som i sig aldrig bekämpas."⁸⁴

Läkaryrket är som kontrast till denna substanslösa vålnad fylld med meningsfulla möten med människor. Däremot är det själva arbetets organisering och kontrollstyrning som gör professionen och yrket allt mer ofri och berövad på mening. Paulsens arbetskritik är således användbar i mellanmännsliga yrken om den vänds mot de fenomen som berövar arbetsglädjen och essensen i mellanmännsliga yrken. Förutom managementstyrd vårdproduktion är exempel

82 Roland Paulsen. *Arbetsamhället: Hur arbetet överlevde teknologin*, Gleerups AB, Malmö, 2010, s.21

83 Ibid., s.50

84 Ibid., s.72

på dessa fenomen den växande marknaden för hälsotester, tekniska lösningar och nätbaserade vårdtjänster.^{85 86}

Paradoxalt nog finner jag både hos Paulsens generaliserande arbetskritik samt hos drivna förespråkare för elektroniska tjänster inom sjukvården en föreställning om att tekniken kan lösa djupa, strukturella brister på arbetsplatser och frigöra arbetskraft. Min erfarenhet från primärvården visar att denna övertro på både tekniska lösningar och marknadslogiken urholkar själva meningen med varför en patient möter en läkare när vården blir efterfrågestyrd och inte behovsstyrd. Den unika kunskapsöverföringen och det existentiella mötet mellan läkare och patient blir då reducerad till en reklamförmedlad vara/elektronisk tjänst som rör sig långt ifrån läkekonstens kärna och hälso- och sjukvårdens etiska principer. Tekniken kan och bör vara ett komplement och hjälpmedel inom ramen för en välfungerande sjukvård med tillräcklig och kunnig personal med goda arbetsvillkor. Men tekniken kan aldrig ersätta läkarens fronesis och det goda mötet med patienten som oftast varken kan bedöma vårdens kvalitet eller göra ”rätt” vårdval utifrån oberoende forskning. Val av vård blir snarare baserat på rykte förmedlad av släkt och vänner, närhet, kontinuitet och uppfattning om personalens kompetens/bemötande.⁸⁷ Patienterna behöver därför kunna lita på att läkare ger bästa möjliga professionella vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet inom ramen av en demokratisk, skattefinansierad, rättvis, solidarisk och jämlik hälso- och sjukvård.

Alienation – utmattning som förfrämmande

Idéhistorikern Karin Johannisson skriver i sin bok *Melankoliska rum* om likheterna mellan sekelskiftena 1900 och 2000 beträffande stress, trötthet och utmattning. Bägge tidsepoker kännetecknas av snabba förändringar med teknikutveckling, ökat informationsflöde, nya tempon, höga prestationskrav på arbetsplatser och ”en rå marknadsekonomi” enligt Johannisson. Nya diagnoser skapas för att benämna symtomen som drabbar unga, friska och arbetande människor. 1800-talets mer exklusiva diagnoser som nervositet och melankoli skiftar till mindre glamorösa trötthet, nervkollaps och neurasteni för att åter på 1980-talet återkomma som utbrändhet och under 2000-talet som utmattning. Symtomen är snarlika och det som förenar dem är emotionell utmattning, fysisk trötthet, lättretliga sinnesintryck och

⁸⁵ Stefan Lindgren, Mikael Hoffman, Göran Petersson. ”Vårdcentralerna bromsas medan nätläkare prioriteras”, *Dagens Nyheter*, 2017-03-06

⁸⁶ Berge, ”Kan artificiell intelligens göra oss övermänskliga?”

⁸⁷ Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2012:2, s.60-61

alienation (=förfrämligande).⁸⁸ Just alienationen är utbränningens kärna. Johannisson tolkar alienationen som en förlust av världen ”där mening och sammanhang går förlorade.”⁸⁹ För att förstå hur alienation hänger ihop med arbetet vänder jag mig till filosofen, sociologen och nationalekonomen Karl Marx som undersökte förhållandet mellan arbete och kapital just i termer av alienation.

Marx skriver 1844 i det första manuskriptet i *De ekonomisk-filosofiska manuskripten* att arbetarens existens avgörs av marknadens efterfrågan på hans arbete och den vara arbetaren producerar, således är arbetaren själv med sin yrkeskunskap en vara. Kapitalet och egendomen som kapitalisten äger är utbytbara ting, medan arbetet utgörs av mänsklig verksamhet som är unik.⁹⁰ Marx försöker utifrån nationalekonomins ståndpunkter visa att i ett samhälle med ekonomisk tillväxt krävs ökad produktion och hög konkurrens bland arbetare så att arbetslönerna kan pressas och arbetet effektiviseras till den grad att arbetaren blir som en maskin i fabriker. Arbetet blir skadligt och ohälsosamt för arbetaren då dess ändamål är endast tillväxt av kapitalet.⁹¹ Marx menar att för att kunna göra vinst måste värdet från arbetarens arbete överföras till tingen som produceras. Ju mer värde varan får, desto mer avtar arbetarens människovärde. Produkten som arbetaren producerar blir någonting utanför arbetaren och dess makt. På så sätt objektiveras arbetet genom att objektet bestämmer över arbetaren. Denna process kallar Marx för arbetets alienation. Ju mer arbetaren arbetar desto mer alieneras hen och desto mer berövad på sitt eget värde blir hen.⁹²

Alienationen sker inte bara gentemot produkten utan även själva den producerande verksamheten, alltså arbetet i sig. Arbetaren förlorar därmed sig själv genom arbetet. Förlusten av frihet, kreativitet, lycka, andlig och fysisk energi leder till självalienation enligt Marx. Dessa tankar för mig till den utmattade läkarens kropp och själ, som just genom de processer som Marx beskriver berövats sin kreativitet och frihet att utöva sin kunskap. NPMs effekter i sjukvården inte bara förvandlar mötet med patienten till en ”vårdprodukt” som ska säljas till ”en kund” i termer av produktion, utan den alienerar läkaren från den praktiska kunskapen som bebor läkarens kropp, medvetande och känslor och därmed läkaren som människa. Utmattning är således den förkroppsligade alienationen.

⁸⁸ Karin Johannisson. *Melankoliska rum – om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Bonnier Pocket, Stockholm 2010 s.219-238

⁸⁹ Ibid., s.238

⁹⁰ Karl Marx. ”Första ekonomisk-filosofiska manuskriptet”, *Människans frigörelse*, Göteborg: Daidalos, 1995. s. 55-56

⁹¹ Ibid., s.58-61

⁹² Ibid., s.63-64

Då människan enligt Marx är en fri och medveten varelse som blir till i relation till andra fria människor leder självalienationen även till att människan alierar sig från andra människor, till den grad att de riskerar bli medel istället för mål i sig.⁹³ Arbetet och samarbetet med andra blir således medel för tillfredsställelse av de egna basala behoven, vilket gör människan ofri och olycklig.⁹⁴ På vårdcentralen skulle detta kunna yttra sig i form av att viljan till kollektivt förbättringsarbete på mottagningen och samarbetet med andra yrkesgrupper och kollegor försämras, då många bara försöker klara sig igenom dagens patientarbete och inte orkar föra dialoger med varandra. När alla försöker överleva, tenderar isolering, konkurrens och individuella strategier ta över istället för gemensamma utgångspunkter och visioner.

När vårdproduktionen tvingas öka i en verksamhet som inte tillförs mer resurser eller personal, kan ”mervärdet” eller vinsten endast skapas på bekostnad av vårdarbetarnas ökade arbetsbörda. Således riskerar även mötet med patienten drabbas genom en alierad läkare som inte förmår vara empatisk. Å andra sidan, eftersom mötet med patienten trots allt innefattar ett ansvar för en svagare part, kan möjligen just utövandet av empati delvis skydda mot en alienationsprocess. För mig har just meningsfulla patientmöten kunnat vara ett andrum mitt under en stressig dag. Att kunna vila i sin närvaro och fokus på den andres behov i en kort stund har gett mig mening. Men det finns gränser för hur mycket jag och de flesta läkare orkar.

Marx teorier om arbete, kapital och alienation synliggör hur min yrkesroll förvandlats genom NPM med ekonomisk styrning och krav på effektivitet. Det egentliga värdet i mitt arbete är yrkeskunskapen, läkekonsten och det goda mötet med patienten. Precis dessa värden som skapar mening är de som inte låter sig mätas av ett ekonomiskt och administrativt tankesystem och därför rationaliseras bort. När läkekonsten endast blir ett medel för en effektiv vårdproduktion och inte ett mål i sig finns överhängande risk för alienation.

DEN ANSIKTSLÖSA RÖSTEN

Relationen mellan Försäkringskassan och sjukskrivande läkare fångas i min gestaltning genom den ansiktslösa rösten över telefonen och min frustration över att försöka göra patientens livsvärld rättvisa. Genom att förenkla handläggaren till en ansiktslös röst försöker jag acceptera att hen bara följer en myndighets order. Utan att möta patienten. Utan att se individens lidande. Säkerligen innefattar handläggarens arbete moment av samvetskval och

⁹³ Ibid., s. 66-68, 72

⁹⁴ Ibid., s.69

stress, men i gestaltningen finns inget utrymme för att empatisera med rösten eller gå in i handläggarnas etiska dilemman på Försäkringskassan. Handläggarens följsamhet till protokoll där hen måste kvantifiera mina beskrivningar av patientens symtom, arbets- och livssituation under rubriker som exempelvis ”aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos och funktionsnedsättning”⁹⁵ blir absurda, snudd på komiska. Ofta får jag vittna hur handläggarnas beslut drabbar den enskilde patientens liv samt minskar förtroendet mellan patienten och mig när sjukersättning inte beviljas. Den dåliga kommunikationen mellan Försäkringskassan och sjukvården är tyvärr också ett växande arbetsmiljöproblem för många allmänläkare.⁹⁶

För att patienter inte ska komma i kläm och för att följa god yrkesetik tvingas jag och mina kollegor med tiden att lära oss konsten att skriva på Försäkringskassans (föränderliga) administrativa språk. Komplexa symtom och bedömningar som inte kan mätas, får omskrivas effektivt och gärna kvantifierbart i små rutor på en blankett så att utrymmet för feltolkning från handläggaren minskas. Detta tar oerhört mycket tid i anspråk. Och blir till slut en excess i ett språkligt ordkrig mellan olika rationaliteter mer än ett samverkande omhändertagande av en lidande patient. För att tala med filosofen och sociologen Jürgen Habermas ord så koloniserar livsvärlden, i detta fall både patientens och min livsvärld, av systemvärldens rationalitet med ekonomiska och administrativa termer och anspråk.

Habermas försöker i sitt verk *Kommunikativt handlade* att förena olika handlingslagar som rör subjekt med en systemteori. Han landar i begreppet livsvärld, lånad från filosofen Husserl, för att beskriva den värld som utgör ett subjekts medvetna bakgrundstankar, språk och kultur. Livsvärldar delar sina erfarenheter genom det kommunikativa handlandet som kännetecknas av ett erkännande av den andre och en vilja till förståelse genom ett reflexivt förhållande. Motsatsen till livsvärlden är ”systemet” som använder sig av det teleologiska handlandet som är strategisk och gör anspråk på att förverkliga objektiva mål. Enligt Habermas tränger ekonomisk och administrativ rationalitet undan det kommunikativa handlandet genom att kolonisera livsvärlden med sin rationalitet.⁹⁷

Ansiktets etik

Som det framkommer i min gestaltning hamnar jag i kläm mellan två skilda uppdrag som tilldelats mig: som läkare i mötet med patientens livsvärld och medicinska behov där sjukskrivning är ett verktyg för tillfrisknande samt som intygsskrivande myndighetsutövare där systemrationalitetens regler och krav måste fullföljas då det finns ekonomiska

⁹⁵ Läkarityg 7263, Försäkringskassan, 2017-05-21

⁹⁶ Samuel Åsgård, ”Uselt samarbete”, *Dagens Medicin*, nr 18/17, 2017-05-04

⁹⁷ Walter Reese-Schäfer. *Habermas - en introduktion*. Daidalos, Göteborg 1995, s.25-43

begränsningar i en välfärdsstat. Denna rolldelning blir i praktiken problematisk när livsvärldens och systemvärldens förhållningssätt är i kollision med varandra. Lojaliteten hos mig blir större till min patient som jag lyssnat på, tröstat och försökt förstå. Mötet med patienten, ansikte mot ansikte, utkräver ett etiskt ansvar från mig för att tala med filosofen Emanuel Lévinas ord. För Lévinas är det i mötet med den andres ansikte som vi blir givna ett moraliskt ansvar för denne. Det är inget självvalt, utan ansvaret ges från den andre till oss som ”ett ansiktets appell”. Ju mer hjälplös och svag den andre är, desto större ansvar har vi enligt Lévinas att visa omsorg för den andre.⁹⁸ Därför finns det en risk att handläggaren på försäkringskassan fräntas detta etiska ansvar genom att agera utifrån systemrationalitetens blanketter, brev och telefonsamtal. När myndighetens avslag kan ges på bas av mitt intygsskrivande, förskjuts handläggarens etiska ansvar inför ett ansikte över till mig som läkare. Vid svåra och längre sjukskrivningar kan man ha något som kallas avstämningsmöte med patienten, arbetsgivaren, handläggaren och läkaren. Dessa möten ger ofta en mer nyanserad förståelse för patientens situation och handläggaren förvandlas också till en person med en egen livsvärld som får möta patienten, om än fortfarande i systemrationalitetens tjänst.

OLIKA KUNSKAPSPARADIGM – GRÄNSÖVERSKRIDANDE BEHOV

I mitt arbete erfar jag hur den nyliberala rationalitetens tjusning i att mäta och ekonomisera mänskliga kroppar och liv, går hand i hand med den allt mer biotekniska människosynen inom det medicinska och naturvetenskapliga vetenskapsparadigmet. Dessa rationaliteter kan därmed förstärka varandra och tränga undan en humanistisk människosyn inom sjukvården och det medicinska tänkandet.

Liknande tankar framförs överraskande nog av en forskare i företagsekonomi, Margareta Damm, som i boken *Läkarinfarkt – en effekt av New Public Management (NPM)* beskriver hur ”ett infarktliknande tillstånd innebär att läkare (...) får sin energi blockerad på grund av förändringar som inte tycks anpassade till sjukvårdens förhållanden.”⁹⁹ Damm menar att NPMs maskinella byråkrati krockar med läkarnas professionella byråkrati. Vidare menar hon att den naturvetenskapliga och objektiva vetenskapssynen inom medicinen gör

⁹⁸ Henriksen och Vetlesen, s.212-218

⁹⁹ Margareta Damm. *Läkarinfarkt – en effekt av New Public Management (NPM)*, Studentlitteratur, Lund 2014, s.13

läkarprofessionen extra mottaglig och utsatt för NPM-reformernas matematiska och mätbara managementidéer inom sjukvården.

Enligt Damm måste vår tids ”normalvetenskap”, som utgörs av naturvetenskap, teknik, ekonomi och evidensbaserad medicin, integreras med fler teoretiska perspektiv hämtade från humaniora och samhällsvetenskap för att ge mer värde till fenomen som praktiskt kunnande, gott omdöme, etik och ansvar. Med avstamp i humanistisk och systemkritisk forskning förespråkas en gränsöverskridande kunskapssyn där subjektiv kunskap och erfarenhetsbaserad kunskap bör lyftas fram mer inom läkarprofessionen och samhället i stort. Författaren nämner behovet av en ny samhällsdiskurs där professionernas kunskap stärks, breddas och ges möjlighet till reflektion och kreativitet för att kunna möta framtidens utmaningar.¹⁰⁰

Dessa slutsatser knyter väl an till professorn i praktisk kunskap Ingela Josefsons bok *Läkarens yrkeskunnande*. I en kvalitativ studie med åtta allmänläkare för hon samtal kring praktisk kunskap i läkaryrket varvat med filosofiska utläggningar. Josefson tar upp det antika grekiska dramat som exempel för att åskådliggöra hur visdomen blir synlig genom gestaltningar av enskilda händelser. I linje med Aristoteles tankar om fronesis, kan dramat förvandla oss genom att vi erfar en berättelse om känslor och mellanmänskliga handlingar och når därmed nya former av kunskap.¹⁰¹ Detta i kontrast till Platons mer analytiska och abstrakta syn på kunskap där han i sin berömda grottlignelse tar avstånd från sinnena som källa till visdom genom sin beskrivning av hur den upplysta människan lämnar skuggorna och stiger upp mot ljuset för att se den enda rätta sanningen. Platon betonar dialektiken, det filosofiska samtalet, som den högsta tankeverksamheten vilket också åskådliggörs i Sokrates dialoger kring det rätta levernet.¹⁰² Josefson lyfter även Gadammers kritik av naturvetenskapernas objektivitetsanspråk och bejakar den konstnärliga utövningen som förebilden för intuitiv förmåga och kunskap med hänvisning till filosofen Hans Larsson som menade att intuitionen är ”intelligensens förädlade form”.¹⁰³

I konsultationen med patienten använder jag mig ofta av min intuition när jag tolkar den sammantagna bilden av samtalet, kroppsliga undersökningen, röntgen- och provsvaren och förloppet över tid och rum. Det är genom min intuition som jag förstår eller hittar det icke uppenbara, det som inte sägs uttryckligen eller det som inte framkommer utifrån provsvar eller röntgenundersökningar hos patienter.

¹⁰⁰ Ibid., s.117, s.135-165

¹⁰¹ Ingela Josefson. *Läkarens yrkeskunnande*, Studentlitteratur, Lund 1998, s.29-32

¹⁰² Ibid., s.60-66

¹⁰³ Ibid., s.17, 23

För att få mer kreativa och reflekterande inslag under min specialistutbildning i allmänmedicin, tog jag och några intresserade ST-kollegor initiativet till teaterbesök, filmvisning och läsning av skönlitteratur som komplement till medicinska seminarier. Genom gestaltningar på scen, film och i litteratur identifierades många situationer, känslor och reflektioner med beröringspunkter till den egna yrkespraktiken och rollen som läkare, patient, anhörig med mera. Inslagen uppskattades och genererade samtal och reflektioner som var komplexa och existentiella rörande våra egna och patienters liv samt större samhälls- och vårdpolitiska frågor. Vi delade med oss av kunskaper och erfarenheter som sällan berördes i specialistutbildningens delmål, vårdcentralens checklistor eller medicinska manualer men som likväl praktiserades dagligen i mötet med patienterna.

Som Ingela Josefson förespråkar, behövs en mer balanserad kunskapssyn mellan teoretisk och praktisk kunskap med mer kreativa och reflekterande metoder för kunskapsinhämtning. Den traditionella läkarutbildningens naturvetenskapliga och tekniska syn på kunskap ser praktiken och mötet med patienten som en underordnad tillämpning av teorin. Josefson visar tydligt med sin studie att utvecklandet av den praktiska visdomen och utövandet av den praktiska kunskapen, såsom uppmärksamhet, improvisationsförmåga, urskillningsförmåga och känslomässig fantasi, kan bidra till en vidgad förståelsehorisont kring mellanmännsliga aspekter av läkares yrkeskunnande.¹⁰⁴

SLUTORD

Det jag bär med mig genom essäns färd genom olika reflektioner över mina egna erfarenheter, dialoger med och läsningar av andra är att den sjuka vårdcentralen har en sammansatt symtombild av många olika fenomen som historiskt, politiskt, kulturellt och (o)vetenskapligt har traderats och införlivats i själva vårdcentralens kropp. Därför kan läkekonsten inte på egen hand vara ett bot mot vårdcentralens sjukdom. För att den praktiska klokheden och läkekonsten som bebor min och andra läkares kroppar ska kunna omsättas till ett motstånd och en möjlighet till förändring, bör våra kroppar samverka i en kollektiv tankerörelse som för oss bortom den rådande nyliberala och biotekniska synen på människan och hur sjukvården bedrivs. Läkekonsten och den etiska kompassen kan då vara en riktning för vad som är en god sjukvård och vad läkare kan kräva för att kunna utföra ett gott arbete för att trösta, lindra och bota utan att själva alieneras. Ur ett etiskt och demokratiskt perspektiv är detta nödvändigt eftersom marknadslogikens mekanismer i vården inte inbegriper värden som

¹⁰⁴ Ibid., s.9-13

jämlikhet, solidaritet och rättvisa. Frågan är om en sådan kollektiv mobilisering av fronesis är möjligt? Och hur skulle läkares kollektiva motståndspraktiker kunna formuleras och utformas?

Jag har inget bra svar på detta. Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Svensk Förening för Allmänmedicin är läkarsammanslutningar som driver frågor kring sjukvårdens styrning och läkares yrkesförhållanden ur olika positioner. Även om riktningarna går isär, uppfattar jag att dessa sammanslutningar i mer eller mindre grad accepterar rådande systems rationalitet och försöker påverka inom ramen för det rum som finns utan att verka gränsöverskridande. Värt att lyfta i detta sammanhang är dock den något bortglömda men utmärkta rapporten *En värdefull vård*, skriven 2015 av en oberoende arbetsgrupp tillsatt av Svenska Läkaresällskapet.¹⁰⁵ I sammanfattningen läser jag att författarnas utgångspunkt och mål med en värdefull vård är:

[E]n jämlik hälso- och sjukvård av hög medicinsk kvalitet som svarar mot patienters och närståendes behov samt samhällets resurser och prioriteringar. Den viktigaste förutsättningen är det mänskliga mötet där patientens värderingar och behov synliggörs i samspel med professionell kompetens.¹⁰⁶

Rapportens slutsatser och förslag för framtiden är: 1) Primärvården utvecklas och stärks med ekonomiska resurser och fler allmänläkare så att alla får tillgång till en fast specialist i allmänmedicin med en rimlig patientlista och arbetsbörda; 2) Landstingens ansvar för sjukvård ersätts med statliga universitetssjukvårdsområden (USO) som har finansiellt och integrerat ansvar för sjukvård, omsorg (även kommunal), forskning och utbildning; 3) All hälso- och sjukvård finansieras genom ramanslag. Ramanslagen fördelas av staten till USO som ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvård genom att själva driva eller upphandla vård; 4) Kvalitetsutveckling sker genom professionell granskning och klinisk revision baserad på yrkesetik och evidens och inte detaljstyrning och ekonomiska incitament; 5) Styrsignalerna (NPM) i hälso- och sjukvården reduceras och harmonieras över landet; 6) Professionellt och personligt ansvar stärks för yrkesutövare inom hälso- och sjukvård; 7) Obligatorisk årlig fortbildning för alla specialistläkare införs; 8) Systematisk utvärdering av övergripande reformer av hälso- och sjukvården genomförs för att stärka och bevara den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården.¹⁰⁷

¹⁰⁵ En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Arbetsgruppen för projektet En Värdefull Vård, Svenska Läkaresällskapet 2015 (rapport)

¹⁰⁶ En värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Arbetsgruppen för projektet En Värdefull Vård, Svenska Läkaresällskapet 2015, s.3 (sammanfattning)

¹⁰⁷ Ibid., s.3-5

Budskapet i *En Värdefull Vård* är tydligt och konkret och jag önskar att fler beslutsfattare läser och försöker implementera dess slutsatser. Medan denna essä skrivs pågår en aktiv och livlig debatt bland politiker, lobbyister, vårdföretag, professionernas organisationer och inte minst patienter och anhöriga kring sjukvårdens problem och utmaningar. Nya nationella primärvårdsutredningar pågår och sjukvårdsfrågan har seglat upp som den allra viktigaste politiska frågan i Sverige under 2017.¹⁰⁸ Säkerligen är nya reformer och förändringar på väg inom kort. Frågan är bara vilka våra beslutsfattare lyssnar på och utifrån vilka ideologier, paradigm och kunskaper de utgår ifrån i formandet av framtidens hälso- och sjukvård?

Från min allmänmedicinska horisont tänker jag att det kanske mest radikala idag trots allt är att möjliggöra tid och rum för en vidgad kunskapssyn, mer dialoger och mer reflektion hos varje läkare som utövar läkekonst i sin vardag och på sin arbetsplats. Förändring och motstånd börjar där, i reflektionen och i dialogen med varandra. Den största faran är en sjukvård och en medicinsk värld som förlorar sin humanistiska grund och reproducerar en reduktionistisk, ensidigt naturvetenskaplig och teknisk människosyn som rådande ekonomiska kontrollstyrning och managementkultur tenderar att ta fram. Mötet med patienten kommer dock aldrig lyckas inordna sig i ett sådant system. På så sätt finns det något radikalt i patientmötet och läkekonsten som ger mig mening och orienterar mig som allmänläkare gentemot det mänskliga, unika och högst osäkra i vår existens som varken kan diagnostiseras, mätas eller prissättas. Jag låter poeten Gunnar Ekelöf avsluta essän med följande rader ur diktsamlingen *Vägvisare till underjorden*:

Kunskapens innerlighet, som är vetenskapen
att den barmhärtige gör skada utan kunskap
att den i vetenskaper kunnige gör en obotlig skada
om inte hjärtat är med honom, Asclepi!
En åder som förbinder det med hjärnan måste finnas
Detta är vetenskapens innerlighet
och det är innerlighetens vetenskap¹⁰⁹

¹⁰⁸ Rapport: Viktigaste politiska frågan, Novus 2017-05-09

¹⁰⁹ Gunnar Ekelöf. ”Vägvisare till underjorden”, *Samlade dikter*. Albert Bonniers förlag, Stockholm 2007, s.531-532

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

Litteratur

- Adorno, Theodor W. *Essän som form*, övers. Anders Johansson. Glänta nr 1, Göteborg 2001
- Arendt, Hannah. ”Tänkande och moraliska överväganden.” *Tanke, känsla identitet*, red. Ulla Holm, Eva Mark & Annika Persson. Anamma, Göteborg 1997
- Aristoteles. ”Bok VI ur Den nikomachiska etiken”. *Klassiska texter om praktisk kunskap*, red. Jonna Hjertröm Lappalainen. Södertörn Studies in Practical Knowledge 7, Stockholm 2014
- Arnetz, Bengt B. *Psychosocial challenges facing physicians of today*. Social Science & Medicine, Volume 52, Issue 2, January 2001, Pages 203–213
- Brante, Thomas, Johnsson E., Olofsson G., Svensson L. G. *Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner*. Liber, Stockholm 2015
- Brown, Wendy. *Undoing the Demos – Neoliberalism’s Stealth Revolution*, Zone Books, New York 2015
- Damm, Margareta. *Läkarinfarkt – en effekt av New Public Management (NPM)*, Studentlitteratur, Lund 2014
- Deleuze, Gilles. *Postskriptum om kontrollsamhällena*. Skriftserien Kairos, Raster förlag, Stockholm 1998
- Dellson, Pia. *Väggen: en utbränd psykiaters noteringar*. Natur och kultur, Stockholm 2015
- Ekelöf, Gunnar. ”Vägvisare till underjorden”, *Samlade dikter*. Albert Bonniers förlag, Stockholm 2007
- Ennart, Henrik och Mellgren, Fredrik. *Sjukt hus. Globala miljardsvindlierier – från Lesotho till Nya Karolinska*. Ordfront förlag., Stockholm 2016
- Foucault, Michel. *Biopolitikens födelse*, Tankekraft förlag, Hägersten 2014
- Fridner, Ann, Belkic K., Marini M., Minucci D., Pavan L., Schenck-Gustafsson K., *Survey on Recent Suicidal Ideation Among Female University Hospital Physicians in Sweden and Italy (The HOUPE Study): Cross-Sectional Associations With Work Stressors*, Gender Medicine, vol. 6, s. 314-328, 2009
- Hammarén, Maria. *Skriva: en metod för reflektion*. Santérus Förlag, Tyskland 2005
- Henriksen, Jan-Olav och Vetlesen, Arne Johan. *Etik i arbete med människor*, 2:a upplagan, Studentlitteratur, Lund 2001
- Hjertröm Lappalainen, Jonna och Schwarz, Eva. ”Tänkandets gryning: Praktisk kunskap, bildning och Deweys syn på tänkandet.”, *Våga veta! Om bildningens möjligheter i massutbildningens tidevarv*, red. Burman, Anders. Södertörns Högskola, Stockholm 2011

- Hochschild, Arlie R. *The managed heart. Commercialization of the human emotion.* University of California Press, Berkeley 2003
- Hood, Christopher. *A public management for all seasons?*, Public Administration, 69: 3–19, 1991
- Hvas, Lotte och Getz, Linn. *Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 1.* Tidskriften Allmänmedicin 1:2015
- Hvas, Lotte och Getz, Linn. *Narrativ medicin i den allmänmedicinska praktiken – del 2.* Tidskriften Allmänmedicin 2:2015
- Johannisson, Karin. *Melankoliska rum – om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid.* Bonnier Pocket, Stockholm 2010
- Josefson, Ingela. *Läkarens yrkeskunnande*, Studentlitteratur, Lund 1998
- Landström, Björn. *Den kompetenta allmänläkaren – mottagningsrummets praxis utmanar idealbilden*, Avhandling, Göteborgs Universitet, Göteborg 2012
- Lee, Mara. *När Andra skriver. Skrivande som motstånd, ansvar, tid.* Glänta produktion, Göteborg 2014
- Marx, Karl. ”Första ekonomisk-filosofiska manuskriptet”, *Människans frigörelse*, Daidalos, Göteborg 1995
- Montaigne, Michel de. *Essayer Bok 1-3.* Atlantis, 2012
- Nilsson, Christian. ”Fronesis och den mänskliga tillvaron”, *Vad är praktisk kunskap?* red. Bornemark, Jonna och Svenaeus, Fredrik. Södertörn Studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009
- Ottosson, J-O (red). *Patient–läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund.* SBU rapport nr 144. Natur och Kultur, Stockholm 1999
- Paulsen, Roland. *Arbetsmiljön: Hur arbetet överlevde teknologin*, Gleerups AB, Malmö 2010
- Perski, Aleksander, Grossi G., Evengård B., Blomkvist V., Yilbar B., Orth-Gomér K. *Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor.* Läkartidningen, Nr 18, Volym 99, 2002
- Reese-Schäfer, Walter. *Habermas - en introduktion.* Daidalos, Göteborg 1995
- Roter Debra L., Hall Judith A. *Physician gender and patient-centred communication: a critical review of empirical research.* Annual Review of Public Health 2004; 25: 497–519.
- Ruin, Hans. ”Frihetens hemlighet och bildningens uppgift”, *Bildningens förvandlingar*, red. Gustavsson, Bernt. Daidalos, Göteborg 2007

Saultz John W., Lochner Jennifer. *Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review*. Annals of Family Medicine. 2005 Mar-Apr;3(2):159-66.

Scheepers, Renée A. Boerebach, BC. Arah, OA. Heineman, MJ. Lombarts, KM. *A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care*. International Journal of Behavioral Medicine, December 2015, Volume 22, Issue 6, pp. 683–698

Svenaesus, Fredrik. ”Autonomi och empati: två missbrukade och missförstådda ideal”, *Omtankar: Praktisk kunskap i äldreomsorg*, red. Alsterdal, Lotte. Södertörn studies in Practical Knowledge 5, Stockholm 2011

Svenaesus, Fredrik. *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*, Natur och Kultur, Stockholm 2003

Svenaesus, Fredrik. ”Vad är praktisk kunskap?”, *Vad är praktisk kunskap?*, red. Bornemark, Jonna och Svenaesus, Fredrik. Södertörn studies in Practical Knowledge, Stockholm 2009

Tyssen, Reidar. *Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies*. Industrial Health. 2007;45:599–610.

Werne, Kent, Unsgaard, O. Beeck, M. Esmailian, S. Färnbo, M. *Den stora omvandlingen – En granskning av välfärdsmarknaden*, Leopard förlag, Stockholm 2014

Zaremba, Maciej. *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Weyler förlag, Stockholm 2013

Rapporter

Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2012:2

En Värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Arbetsgruppen för projektet En Värdefull Vård, Svenska Läkaresällskapet 2015 (rapport)

En värdefull Vård – en hälso- och sjukvård med människan i centrum. Arbetsgruppen för projektet En Värdefull Vård, Svenska Läkaresällskapet 2015 (sammanfattning)

Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård – FFU 2017, Stockholms Läns Landsting 2017

Läkarfakta 2016 - statistik över medlemmar i Sveriges läkarförbund, 2016

Molander, Per. *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2017:1

Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22, Riksrevisionen 2014

Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, Socialstyrelsen 2016

På tal om kvinnor och män – Lathund om jämställdhet 2016

Ryd, Gunilla och Eldh, Kerstin. *Vi räknar minuter, vi räknar pinnar... Till nytta för vem?* Nätverket för Gemensam Valfärd, Malmö 2015

Strategier för att öka antalet allmänmedicinska specialistläkare, Svenska Distriktläkarföreningen, mars 2013

Utmattningsyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Socialstyrelsen, 2003

Vårdval i Sverige, SOU 2008:37, Sveriges Riksdag 2008

Vårdval och jämlik vård inom primärvården, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2015:6

Tidnings- och tidskriftsartiklar

Berge, Lars. ”Kan artificiell intelligens göra oss övermänskliga?”, *Svenska Dagbladet*, 2017-06-04

Dellmark, Yvonne och Falk, Lars. ”Svenska patientdata skickas till privata bolag utomlands”, *Dagens Nyheter*, 2017-05-24

Johannisson, Karin. ”När kroppen blev ett projekt”, *Tidningen Vi*, juni 2016

Lindgren, Stefan. Hoffman, Mikael. Petersson, Göran. ”Vårdcentralerna bromsas medan nätläkare prioriteras”, *Dagens Nyheter*, 2017-03-06

Lövtrup, Michael. ”Den psykiska ohälsan ökar bland läkare”, *Läkartidningen*, nr 01-02/2016

Lövtrup, Michael. ”Läkarna nu fler än sjuksköterskorna bland Erstas patienter”, *Läkartidningen*, nr 01-02/2016

Åsgård, Samuel. ”Uselt samarbete”, *Dagens Medicin*, nr 18/17, 2017-05-04

Otryckta källor

Constantinus Africanus och *Ars medicinae*, Kungliga Biblioteket, 2017-04-24
<http://www.kb.se/codex-gigas/Svensk-Codex-Gigas/long/texter/medica/#Ars%20medicinae>

Den hippokratiska eden, Svenska Läkaresällskapet, 2017-04-24
<http://www.sls.se/Etik/Etiska-koder/Den-Hippokratiska-Eden/>

Hur mår vårdcentralens läkare? Kaliber, Sveriges Radio, 2017-04-23
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1316&artikel=6675208>

Ledningsgruppen för Centrum för praktisk kunskap, *Att skriva essä i vetenskapliga sammanhang: En vägledning för magisteruppsatsen i praktisk kunskap*, Södertörns Högskola 2014 (utdelad stencil)

Läkarintyg 7263, Försäkringskassan, 2017-05-21

<https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/medicinska-underlag-och-blanketter>

Rapport: Viktigaste politiska frågan, Novus, 2017-05-09

<http://novus.se/wp-content/uploads/2017/05/6ee6b60be7d2433cb158c92fbdfcb00c.pdf>

Tillitsreformen, Regeringskansliet, 2016-06-21

<http://www.regeringen.se/regeringens-politik/tillitsreformen/>