

# Framtiden i backspegeln – blev läkaren en snäv specialist?

**A**r 1980 hade Läkartidningen en artikelserie som handlade om Framtidens läkarroll. Horisonten för utblickarna var ungefär år 2000, och därför kan det nu vara intressant att titta på om spådomarna har slagit in.

Ett av bidragen skrevs av Uncas Serner, min företrädare på posten som utredningschef i Läkarförbundet och i slutet av 1970-talet huvudsekreterare i HSU-utredningen. Han (eller om det nu var redaktionen) gav artikeln rubriken *Läkaren – specialist med eller mot sin vilja*.

Vad menade Uncas Serner med det? Jo, han såg en utveckling, där läkaren skulle bli tvungen att koncentrera sig på sin roll som medicinsk expert och avstå från rollen som ledare och samordnare i hälso- och sjukvården. Han trodde inte att läkarna skulle vilja eller orka med att utbilda sig för ett brett verksamhetsområde som också omfattade sociala, psy-

kosociala och ekonomiska aspekter. »Samhället» och andra yrkesgrupper skulle heller inte acceptera en sådan tingsordning.

## Läkaren som konsult.

Det var nödvändigt, ansåg Uncas Serner, att med hjälp av ett snävare definierat sjukdomsbegrepp dra en skarpare gräns mellan medicinska och sociala insatser. Därmed begränsades också läka-

rens arbetsfält och yrkesroll. Läkaren måste naturligtvis samarbeta med andra sektorer och professioner, men det borde ske i rollen som konsult på rent medicinska frågor och inte som »maktkrävande samordnare», som Serner tillspetsat formulerade saken.

Denna framtidsskiss är ganska tidstypisk. Den måste ses mot bakgrunden av 1970-talets diskussion om hälsa, sjukdom och »medikalisering» av sociala problem, och dess betoning av kollektiva beslut, alternativt uppdelning av ansvaret mellan olika självständiga personalgrupper. HSU-utredningen som beredde den nya hälso- och sjukvårdslagen, var präglad av sådana resonemang.

Vad kan man nu säga om denna profetia? Har läkarrollen blivit snävare? Vad finns det för utvecklingslinjer som kan vara relevanta för läkarrollen på 2000-talet?

**Skarpare gränser.** Först kan man konstatera att gränsen mellan hälso- och sjukvård å ena sidan och social omsorg å den andra har blivit mer markerad i lagstiftning och vårdorganisation. Omsorgen om både de äldre och de lindrigare psykiskt sjuka har flyttats från landstingen till primärkommunerna. Förändringen är inte bara av praktisk natur utan speglar utan tveivel en ideologisk inställning att »ta vara på det friska» hos människan och avmedikaliserat ålderdom och psykisk störning.

Men detta är inte så enkelt som 1970-talets debattörer trodde. I vida kretsar erkänner man i dag, att beslutsfattarna underskattade behovet av medicinsk vård. Det var inte enbart pigga och rosiga åldringar med någon enstaka krämpa som primärkommunerna fick ansvar för. Utvärderingar av ÄDEL-reformen visar, att det för både patienternas och personalens skull krävs en kontinuerlig läkarmedverkan och inte bara avgränsade och »inhandlade» konsultinsatser. Kritik riktas också mot att psykiskt sjuka människor inte får den medicinska behandling som de behöver.

I ett annat gränsområde, nämligen folkhälsoarbetet, har utvecklingen gått

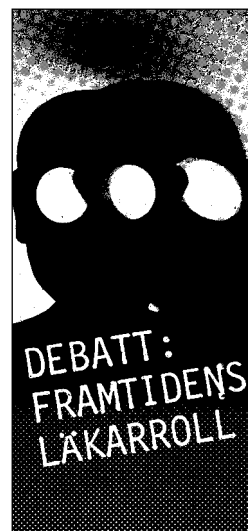
mot en snävare roll för läkare – inte i jämförelse med det faktiska läget för tjugo år sedan, men i förhållande till de mest optimistiska förväntningarna på läkar-engagemang. Den under år 1999 avslutade utredningen HSU 2000 uttalade sig i ett delbetänkande för att tyngdpunkten i läkarnas förebyggande arbete bör ligga i individpreventionen, dvs kontakterna med den enskilda patienten, och inte i ett vidsträckt bevakningsansvar eller stora hälsokampanjer.

Vem skall vara chef? Den kontroversiella frågan om vem som skall vara chef för kliniker, vårdcentraler och andra enheter på operativ nivå i hälso- och sjukvården har präglat både debatt och lagstiftning under de gångna tjugo åren. Sedan flera olika lösningar med delat och sammanhållet administrativt och medicinskt ansvar prövats, finns det numera som huvudregel inte några särskilda krav på vilken utbildning som en verksamhetschef skall ha.

Läkaren har alltså inte längre någon särställning i lagstiftningen som chef och samordnare. Så långt har alltså bedömningen från år 1980 slagit in. Men det är å andra sidan värt att notera, att principen om ett sammanhållet ledarskap har kommit tillbaka med kraft och bekräftats i lagstiftningen. Ett kollektivt ledarskap eller en uppdelning av kliniken i olika oberoende beslutsområden är inte längre aktuellt.

**Bred läkarroll.** År 1980 fanns det 44 medicinska specialiteter. Idag finns det 62. Den utvecklingen verkar vid första påseende bekräfta tesen om en ökad specialisering av läkarens arbete. Till stor del är ökningen emellertid skenbar. Större delen av de specialiteter som formellt tillkom genom LSU-reformen i slutet av 1980-talet fanns redan tidigare som sk behörighetsområden med definierade utbildningskrav.

De detaljerade målbeskrivningar



**Framtidens läkare** gömde sig bakom outgrundliga masker i vinjetten (t v) till 1980 års artikelserie om läkarrollen.

som har gjorts för varje specialitet har heller inte inneburit en ensidig fokusering på det medicinska fackkunnandet. Den läkarroll som framträder i målbeskrivningarna har en betydande bredd.

Här har lagts fast uttryckliga krav på t ex träning i arbetsledarrollen, pedagogisk förmåga, kvalitetsutveckling, förebyggande arbete, etik, ekonomi och sjukvårdspolitik.

**Läkarens ekonomiska roll.** Det som så här i efterhand kan verka mest anmärkningsvärt i Uncas Serners artikel är att ekonomiska aspekter inte alls tas upp. Men år 1980 var sjukvårdens ekonomi inte något brännande problem. Det dröjde några år innan diskussionen om produktivitet, effektivitet, kvalitet, resultatmätning och management brade loss på allvar.

Hur har uppmärksamheten på ekonomiska frågor påverkat läkarens roll? Det kan verka paradoxalt, men man kan med goda skäl hävda att den utvecklingen lyfte fram läkarens betydelse för hela vårdprocessen. När verksamheten skulle läggas under luppen, var läkarnas medverkan oundgänglig.

Hur skulle t ex ett system med diagnosrelaterade grupper kunna anpassas för svenskt bruk och testas i vardagssjukvården, om inte läkarna deltog? Hur skulle medicinska kvalitetsindikatorer kunna tas fram utan beredning i läkarorganisationernas specialitetsföreningar och sektioner? Hur skulle besparingar kunna genomföras, om inte läkarna tog ekonomiskt ansvar?

Förutsägelsen om läkarens utveckling till snäv medicinsk specialist har



sålunda inte slagit in. På de områden där man mest konsekvent har försökt att ge läkaren en konsultroll har betydande problem uppstått. I både allmäntjänstgöringen och specialisttjänstgöringen har behovet av en bred läkarkompetens

lyfts fram. Kraven på produktivitet, effektivitet och kvalitet har givit läkarna en nyckelroll, och här är önskemålen att läkarna skall engagera sig mer, inte mindre.

**Stora krav på läkaren.** Bland läkarna själva finns ett nyväckt intresse för en läkekonst som förenar hög medicinsk kompetens med ett personligt omhändertagande av patienten. Mötet mellan patient och läkare sätts i fokus, och det finns starka krav på att det mötet skall få mer tid och att det skall kunna ske i en varmare och mer förtrolig miljö.

»Den vårdsökande vill, överdrivet uttryckt, ha allt: specialistinsatser, snabbhet, felfrihet, säkerhet – kombinerat med tröst, hjälp och mänskligt omhändertagande. Samt medinflytande och självbestämmanderätt.» Så skrev Uncas Serner år 1980, men han trodde alltså inte att läkaren skulle kunna leva upp till de kraven.

Men kraven kvarstår märkvärdigt oförändrade inför 2000-talet. När det gäller information och medinflytande har de snarast skärpts. Det är en svår ekvation som läkaren måste försöka att lösa. Den snäva, strikt medicinska specialisten har nog inte framtiden för sig – om man nu skall våga sig på att sja om hur det kan se ut om tjugo år. •

**N**är konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 55 kr.

## Enligt min erfarenhet



Beställer härmed ..... ex  
av "Enligt min erfarenhet"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**  
Box 5603,  
114 86 Stockholm

Eller faxa på faxnummer:  
08-20 74 35