

LÄKARES LEDARSKAP BESTÅR

Avskaffas chölen är ansvaret ändå läkarnas

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer ständigt ökande krav på effektivitet, konkurrenskraft och kompetensutveckling. Detta ställer i sin tur allt större fordringar på ledarskapet i vården.

I samband med att chefsöverläkarreformen genomfördes 1991 fick frågorna om sjukvårdens ledarskap större uppmärksamhet än tidigare. Då samlades det medicinska och administrativa ansvaret för en klinik hos en enda person, vilket förbättrade möjligheterna att effektivt leda verksamheten.

Samtidigt innebar reformen att ett ökat intresse ägnades åt frågor om vilka individuella ledarkvaliteter och vilken organisation som fordras för att läkare skall kunna axla detta ansvar. Läkarkollektivets ställning inom »vårdapparaten» blev därmed en central fråga.

Att diagnostisera sjukdomar och behandla patienter är sjukvårdens kärnverksamhet. Huvudansvaret för detta arbete åvilar läkare. Följaktligen får det ledarskap som läkare utövar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården avgörande betydelse för vårdens utveckling och kvalitet.

Man bör ha klart för sig att ledarskapsfrågan inte handlar enbart om klinikchefens, chefsöverläkarens eller sjukvårdsdirektörens ställning. *Alla* läkare leder verksamheten på något sätt, vilket bör återspeglas i att även läkare utan formell chefsposition ges möjlighet att utveckla ett gott ledarskap.

Detta gäller hela befordringsgången – från AT-läkaren, som via medicinska beslut påverkar andra läkares och annan personals arbete, till chefsöverläkaren som har totalansvaret för en eller flera kliniker. Många av morgondagens chefer återfinns vi idag bland läkare utan formellt ledningsansvar.

Det finns fyra tunga skäl för att just läkare bör axla ledarskapet. För

det första handlar det om tryggheten för patienten. Som framgår nedan är vårdkvaliteten beroende av ledarens medicinska kompetens, och därtill kräver patientsäkerheten att ansvarsvägarna är klara och odiskutable.

För det andra bör man beakta vårdens snabbt skiftande verklighet. Ökande efterfrågan, minskande resurser, ny teknologi och nya organisationsformer ställer större krav på prioriteringar. Följden blir svåra etiska överväganden som kräver aktiva insatser från den medicinska professionen.

För det tredje har vårdens kvalitet ställts allt tydligare i centrum. Dagens och framtidens krav på ett systematiskt och dokumenterat kvalitetsutvecklingsarbete ställer stora krav på såväl medicinskt kunnande som ett effektivt ledarskap. Det är ett ansvar som knappast kan läggas på några andra än läkare.

För det fjärde utvecklas arbetslivet i takt med nya vetenskapliga insikter och nya värderingssystem. Detta förändrar successivt synen på organisation, ledarskap, kompetens och lärande. Både medarbetare och patienter ställer nya och högre anspråk.

Den som förvaltar och utvecklar den medicinska kunskapen bör lika självklart ta sig an vårdens organisatoriska aspekter.

Det finns två beslutsstrukturer inom svensk sjukvård. Det medicinska ansvarsområdet innefattar prevention, diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering. Det administrativa ansvaret omfattar ekonomi, personalfrågor, arbetsmiljö m m.

Medicinska beslut måste effektivt samordnas med beslut av organisatorisk/administrativ art. Idag sker denna samordning genom chefsöverläkaren, som fördelar arbetsuppgifterna mellan sektionsansvarig överläkare och avdelningsföreståndare.

Regeringens olycksaliga förslag att avskaffa alla kompetenskrav för den som i framtiden skall ta det samlade ansvaret för medicinska och administrativa beslut på klinik- och vårdcentralsnivå kan – om det genomförs – leda till en diffus och svårfattlig beslutsordning inom vården.

Om den person som utses till »verksamhetschef» (enligt den nya terminologin) besitter en lägre medicinsk kompetens än dem som han eller hon är satt att leda är risken stor för att det uppstår auktoritetsproblem. Även ur patientens synvinkel måste en så oklar organisation framstå som problematisk.

Ty – vem bär i ett sådant läge det yttersta ansvaret för organisatoriska och ekonomiska beslut som får medicinska konsekvenser? Skall läkaren utses till syndabock när någonting gått snett till följd av någon annans administrativa felbedömningar om t ex resursbehov eller erforderlig bemanning?

Det finns anledning att befara att förslaget om ett avskaffande av chöl-reformen får accept i de politiska boningarna. Ute i verkligheten, på sjukhusgolvet, är risken kanske inte så stor att denna förändring leder till en väsentligt annorlunda beslutsstruktur än den rådande.

Alldeles oavsett chefsöverläkarnas vara eller icke vara kommer den medicinska professionen att behålla ett stort inflytande över beslutsprocesserna på flertalet nivåer i sjukvården. Ledarskapet är så att säga inbyggt i läkarens yrkesroll.

Det handlingsprogram för läkarens ledarskap (se sidan 1181) som utarbetats inom Läkarförbundet är därför inte avhängigt chöl-reformens framtid. Programmets förslag till en fortlöpande förkovran i ledarskap för läkare genom hela utbildnings- och karriärgången blir bara ännu mer angeläget om det skulle bli ökad konkurrens kring ledarposterna. •