

mer som inte fått samma uppmärksamhet som traditionellt riktats mot den slutna psykiatriska vården.

En dold verklighet

Hur uppgifterna i denna endagsin-
ventering skall förstås är en viktig fråga. Ett sätt att förstå dem kan innebära en lättnad för många som oroar sig över den snabba nedläggningen av den slutna psykiatriska vården. Människor med psykiska störningar/funktionshinder har inte övergivits i den omfattning som ibland antytts i olika skrifter.

Ett annat sätt att se på samma uppgifter är att analysera dem som ett tecken på att de senaste decenniernas av-institutionalisering av den psykiatriska vården (inklusive Psykiatrireformen) har misslyckats.

Vad vi har bevittnat är i stor utsträckning en transinstitutionalisering, ett överförande av människor från den ena typen av institutioner till den andra.

Uppgifterna bör diskuteras men oberoende av hur de tolkas kan de dock ge anledning till oro.

En stor grupp människor med psykiska problem lever alltså fortfarande i institutionella miljöer. Dessa miljöer har tidigare kritiserats för sin skadliga inverkan på de människor som tvingades leva i dem. Situationen idag kan till och med utgöra en försämring i förhållande till den tidigare.

Under en längre period har det förekommit en offentlig och professionell debatt om villkoren på psykiatriska institutioner. Antalet platser var kända. De levnadsvillkor som förekom kritiserades, och förändringar krävdes både av de professionella, patientorganisationerna och olika lekmanngupper.

Idag har en betydande del av heldygnsomhändertagandet gjorts osynligt, och är därmed svårt att komma åt, undersöka och diskutera. Vilka behandlingsinsatser erbjuds patienterna? Vilka möjligheter till återhämtning har de?

Föreställningen om en omfattande nedläggning av den slutna psykiatriska vården innebär en annan fara. Blir den befäst kommer vi att ha en felaktig faktabakgrund inför framtida beslut om åtgärder för att hjälpa människor med svåra psykiska störningar.

Sammanfattning

- Begreppet slutna psykiatrisk vård motsvarar inte längre den konkreta verkligheten efter Psykiatrireformen.

- Heldygnsvård bedrivs av såväl psykiatrien som socialtjänsten.

- Där den egenproducerade slutna

vården minskat kraftigt har den ibland ersatts med köpt vård.

- Idag omhändertars en majoritet av svårt psykiskt störda i heldygnsvård inom socialtjänsten.

- Individer omhändertagna inom socialtjänstens heldygnsvård har de längsta vårdtiderna. Samtidigt saknas de helt i dagens debatt, som fixerats vid en påstådd minskning av heldygnsvårdens omfattning.

- Minskningen av heldygnsvården är kanske inte lika dramatisk som hittills framkommit. En stor grupp omhändertagna har gjorts osynliga på grund av allvarliga brister i den tillgängliga statistiken. Dessa människor och deras situation bör uppmärksammas.

Referenser

1. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up based on the Stockholm county inpatient register. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 650-3.
2. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345-50.
3. Belfrage H. Criminality and mortality among a cohort of former mental patients in Sweden 1994. *Nord J Psychiatry* 1994; 48: 343-7.
4. Belfrage H. »Sundby-rapporten«. En undersökning av kriminalitet och dödlighet hos före detta mentalpatienter. Rapport 1995:1. Stockholm: Karolinska Institutet, sektionen för social- och rättspsykiatri, 1995.
5. Belfrage H. Kriminalitet, sjuklighet och dödlighet hos mentalsjukhuspatienter. Psykiatriuppföljningen 1996:1. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
6. Heilig M. Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatri! *Läkartidningen* 1999; 96: 4427-33.
7. Heilig M. Förenklade sanningar har skadat psykiatri! *Läkartidningen* 1999; 96: 5184-6.
8. Costa F, Brink, U. »Historien får inte upprepa sig«. *Läkartidningen* 1999; 96: 5182-3.
9. Grunewald K. »Otrevlige politiska övertöner«. *Läkartidningen* 1999; 96: 5183-4.
10. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekbohm A, Sparén P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000; 321: 483-4.
11. Bullock P, Hansson JH. 10-årsuppföljning av 1984 års patientpopulation på psykiatriska rehabiliteringsenheten (PRE) i Jönköping. FoU-rapport 1996:2. Jönköping: Hälsohögskolan, 1996.
12. Topor A, Gylling M. Avhospitaliseringsenheten följer. En 10-års uppföljning 1986-1996. Rapport 6:1999. Stockholm: Västra Stockholms psykiatriska sektor, FoU-enheten/psykiatri, 1999.
13. SOU. Adressat okänd. Om hemlöshetens bakgrund, orsaker och dynamik. Delbetänkande av kommittén för hemlösa. SOU 2000:14.
14. Swärd H. Hemlöshet – fattigdomsbevis eller välfärdsdilemma? Lund: Studentlitteratur, 2000.

Läkare – framtidens ledare?

Läkarförbundet har en kampanj »Framtidens läkare» för att stärka läkare i sin professionella roll och att ta ett större ansvar för vården. Stockholms Läkarförening har med anledning av att föreningen fyller 100 år i år utlyst ett stipendium för aktivitet med anknytning till antingen läkares ledarskap inom vården eller professionens roll vad gäller formandet av den framtida sjukvården. Denna artikel är en sådan aktivitet.

Morgondagens ledare inom sjukvården möter helt andra utmaningar än dagens och gårdagens ledare. Situationen kommer på många sätt att vara väsensskild från dagens. Det är tveksamt om dagens ledare kommer att accepteras i morgondagens sjukvård – vare sig av företagsledning eller personal. Kanske är det rimligt att vissa läkare utvecklar sin kunskap i första hand inom personalledning och administration, och i andra hand inom ett medicinskt område.

Läkarförbundet måste ha en annan framförhållning när det gäller ledarskap än vad man hittills haft. För att kunna stötta morgondagens ledare måste man försöka analysera hur sjukvården ser ut i morgon, och vilka ledaruppgifter som väntar.

Läkare har varit ledare

När den offentligt finansierade sjukvården byggdes upp under 1800-talet hade man den militära strukturen som modell. Vården var hierarkisk, och det var en självklarhet att läkaren styrde. Till sin hjälp hade han en styres- eller syssloman och en föreståndare eller

Författare

INGRID ECKERMAN

distriktsläkare, Stockholm; ordförande i Saco-rådet Sydöstra. sacco.sydost@org.sopo.sll.se

chefssjuksköterska. Provinsialläkaren satt med i social- och hälsovårdsnämnden. Tunga poster i Medicinalstyrelsen besattes av läkare. Läkare hade en hög status i samhället.

Under andra halvan av 1900-talet förändrades situationen. Läkarna förlorade i makt, först till sjuksköterskorna, senare till administratörer och politiker.

Anledningarna var många. Läkarna ville ägna sig åt kärnverksamheten, dvs klinisk verksamhet och forskning, och överlät ekonomi och personalfrågor åt andra. Utvecklingen av sjukvården ledde till allt smalare specialiteter. Revirstrider minskade politikernas förtroende för läkarna. Attityder förändrades, och det blev viktigare för politikerna att styra sjukvården mot befolkningens behov.

Så länge som resurstillskotten var relativt obegränsade hade dock läkarna ett stort inflytande i utvecklingen av vården. Detta märktes i Stockholm under de år på 1990-talet då vårdenheter utan kostnadstak konkurrerade om »kunderna», dvs patienterna. Det var inte bara produktionen som ökade, utan också kvaliteten i vården. Nya metoder och rutiner utvecklades för att tillfredsställa »kunden».

Det blev uppenbart att läkarna hade en viktig roll som chefer. Genom att en paragraf om chefsöverläkare infördes i Hälso- och sjukvårdslagen stärktes deras roll. Samtidigt förändrades kraven. Tidigare var det självklart att den med den bästa vetenskapliga meritlistan skulle bli klinikchef.

När uppgifterna för klinikchefen förändrades till att också omfatta ekonomi- och personalansvar stod det klart att meritlistan inte var rätt grund. Trots många läkares invändningar började man lägga större vikt vid personliga egenskaper och administrativ erfarenhet och kunskap. Tillsättningsförfarandet finslipades, och läkare i chefsposition sändes på dyrbara ledarskapsutbildningar.

När de ekonomiska bromsklossarna slogs till på 1990-talet tog tjänstemän och politiker över. Genom att minska inflödet av pengar styrde man personalbemannning, kvalitet, arbetsförhållanden, vårdkedjor, remisshantering m m. Hälso- och sjukvårdslagen förändrades så att även andra professioner kan bli verksamhetschefer.

Den bristsituation på läkare som uppstått under de senaste åren beror delvis på att läkare uppfattat sig sakna inflytande. En omsvängning är nu på väg: man inser att för att få en bra sjukvård är

man beroende av att ha läkare som dessutom har inflytande. Det har uppstått nya verksamhetsfält för läkare, där det direkta eller indirekta inflytandet är stort. Exempel är läkare som sjukhusdirektör, i myndigheter som Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet, i olika samhällsmedicinska institutioner och sist, men inte minst, i beställarverksamhet.

Det är troligt att läkaren som ledare är på väg åter – men i en annan tappning och med andra ledaruppgifter än tidigare.

Vad har präglat läkarnas ledarskap hittills?

I den gamla anslagsfinansierade vården var det vissa egenskaper som fick genomslagskraft och bidrog till utvecklingen av vården: revirtänkande, omnipotens, individualism. Det är troligt att dessa egenskaper fortfarande har betydelse för en ledare inom sjukvården, men i betydligt nedtonat skick.

Vår utbildning har in i modern tid ut-

Betryckt eller offensiv? Kraven är ledarna i sjukvården är många och de lär inte bli färre i framtiden. Illustration: Airi Iliste.

gått från akutsjukvården och dess behov av en hierarkisk beslutsordning, där patienten har minst att säga till om. Hierarkin har varit tydlig även inom skrået. Vissa specialiteter, ofta högteknologiska, har betydligt högre anseende än andra.

Det är troligt att denna hierarkiska verklighet har bidragit till att läkarkåren upplevt sig som omnipotent. Många läkare har inte velat se andra personalgruppers värde eller deras kunskap. Det har varit endast läkarens bild som har varit den rätta, och det har varit självklart att det är läkaren som ska bestämma.

Verkligheten har blivit mer komplicerad. En stor del av dagens sjukvård är inte högakut, och ställer därför krav på en annan beslutsordning. Både personal, patienter och politiker vill ha med-

ANNONS

inflytande. Gårdagens ledare accepteras inte idag, vilket bidragit till att andra professioner övertagit ledningsfunktioner.

Läkarnas organisationer har sent insett nödvändigheten av att läkare också blir goda ledare och administratörer. Först under det senaste decenniet har tillkommit ledarutbildningar för yngre läkare. Trots att man uppmanat läkare att ta ledningsansvar har man inte insett att detta innebär att allt fler läkare försvinner från det kliniska arbetet. Vi vet inte hur mycket läkararbetstid som idag läggs på icke kliniskt arbete.

Framtidens sjukvård

För att förstå vad som krävs av framtidens ledare måste man försöka sätta sig in i hur sjukvården kommer att formas i framtiden.

De driftsformer som kommer att finnas i framtiden är landstingsägd förvaltningsdriven verksamhet, landstingsägda bolag, privata bolag, kooperativa föreningar och privatläkare enligt taxan.

Med nuvarande lagstiftning och organisation gäller Lagen om offentlig upphandling (LOU). Den innebär bland annat att all vård utförd av privata företag och landstingsägda bolag måste upphandlas med anbudsförfarande. Administration för upphandling och uppföljning måste byggas upp både hos landstinget och hos producenterna. De anställda riskerar med jämna mellanrum att få byta arbetsgivare, vilket skapar en otrygg arbetssituation och ökad rörlighet.

Det blir alltmer viktigt att i avtalen reglera detaljerna i uppdraget inklusive ekonomisk ersättning: samarbete med andra vårdgivare, förebyggande arbete, forskning, utvecklingsarbete och utbildning.

Fackens roll kommer att förändras. Vad gäller inflytandet i beställarprocessen är det troligt att inflytandet kommer att försvagas. I bolagsstyrelser kommer personalrepresentanter att vara fullvärdiga medlemmar. När samverkansavtal saknas i privata verksamheter kommer det tvåfackliga samarbetet att förändras. Organisatoriska förändringar av de fackliga organisationerna kommer att behöva göras allteftersom landstingsstrukturer bryts upp så att privat och offentlig vård finns sida vid sida.

Ledare i sjukvården

Det är en komplex framtida sjukvård som söker sina ledare. Den organisation där läkare har sin arbetsplats kan variera från ett jättesjukhus med högspecialiserad vård och forskning, till en liten enläkarmottagning.

”Dagens läkarbrist beror inte bara på sjukskrivningar och arbete i Norge. Arbetsfältet utanför den kliniska sjukvården har bredats. Många läkare har gått över till chefsposter, tjänster för forsknings- och utvecklingsarbete, Socialstyrelsen och andra myndigheter, läkemedelsföretag m m. Många av dessa poster har en direkt eller indirekt ledningsfunktion. Samtidigt innebär det att vården dräneras på erfarna och duktiga läkare.”

liserad vård och forskning, till en liten enläkarmottagning.

Därtill skall läggas andra arbetsplatser för läkare. En växande sektor kommer att vara medicinsk rådgivning i beställarorganisationer, vårdbolag och försäkringsbolag. Läkare kommer också att arbeta med forsknings- och utvecklingsarbete och inom läkemedelsföretag, fackliga organisationer, statliga institutioner m m. Många kommer att vara engagerade på olika nivåer inom utbildningen.

En del befattningar som hittills »självlärt» legat hos landstingsproducenter (t ex studierektorer) kommer att hänga i luften därför att de arbetar med både privat och offentlig verksamhet.

Medicinskt ledningsansvar

Trots att det medicinska ledningsansvaret är den mest självklara av läkares ledningsfunktioner har det varit ifrågasatt av både politiker och medarbetare. Politikerna har hävdat att läkarna använder detta för att få mer pengar till sin egen verksamhet. Medarbetare har ofta ansett att läkare är alltför medikaliserade, inte ser människan bakom patienten. Inom icke akuta verksamheter har läkarnas medicinska ledningsansvar ofta varit otydligt, kanske framför allt i de fall en icke-läkare har det administrativa ansvaret.

Det medicinska ledningsansvaret innefattar:

- Den direkta patientsäkerheten: ru-

tinerna för dokumentation, läkemedels- hantering etc.

- Den indirekta patientsäkerheten: datasäkerhet, fysisk miljö, bemanning, kompetens, personalens arbetsmiljö m m.

- Kvalitets- och utvecklingsarbete.

Det ekonomiska ansvaret för t ex bemanning och kompetens ligger ofta på en administrativ ledare. Detta kräver skriftliga delegationer och dokumenterad ansvarsfördelning som klargör vem som har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten.

Administrativt ledningsansvar

I konkurrensutsatta verksamheter blir arbetsuppgifterna för ledarna anorlunda än tidigare. Det blir tydligare att både personal, patienter och beställare måste vara nöjda. Ledarna måste vara engagerade i anbudsläggande, förhandlingar med beställarna, och uppföljningar. Marknadsföring och finansieringskällor är andra viktiga frågor.

Läkare som är ledare i sjukvårdsorganisationer måste dessutom ansvara för prioriteringar utifrån uppdrag och ekonomi och vaka över att vinstintressen ej tar överhanden över kvalitet och säkerhet.

Ständig förändring

Sjukvården, dess organisation och dess finansiering kommer att på ett annat sätt än tidigare vara utsatt för ständiga förändringar. Likaså förändras verkligheten: teknisk och medicinsk utveckling, lagstiftning, politikernas och patienters krav, samhällets värderingar etc. Detta kräver en följsamhet inte bara av ledningen utan även av personalen.

Hittills har de flesta förändringar kommit »uppifrån» och har av personalen upplevts som onödiga och resurskrävande pålagor. För att kunna genomföra förändringar med bibehållen god arbetsmiljö och vårdkvalitet krävs ett ledarskap som förankrar förändringarna hos personalen. Förändringar som initieras »underifrån» måste dessutom förankras i den övergripande ledningen.

Ledarsituationen

Rollen som ledare kommer att variera starkt. På en liten mottagning kan en ledare i stort sett själv sköta allt ledningsarbete. Ett stort sjukhus kommer att ha en stor stab och ledare på många olika nivåer. Det är troligt att de flesta läkare endast kommer att ha en rådgivande roll till företagsstyrelsen. De läkare som vill bli företagsledare måste

satsa på kompletterande utbildningar redan tidigt i sin karriär.

I icke sjukvårdsorganisationer är det mindre troligt att läkare är chefer. Däremot har de möjlighet till starkt inflytande i kraft av sin kompetens.

En ny roll med ledarinnehåll är den som personalrepresentant i bolagsstyrelse. Dessa skall representera alla anställda, inte bara kolleger. Som fullvärdig medlem av bolagsstyrelsen är man också ansvarig för de beslut som fattas där. Samtidigt som man ser till de anställdas intressen måste man också se till verksamhetens. För läkare kan det säkert vara svårt att inte låta det professionella intresset ta överhanden.

I framtiden måste en ledare inom offentlig verksamhet vara så stark, uthållig och betydelsefull att han/hon stannar även över politiska maktskiften.

Ledarna kommer själva att få arbeta under mycket osäkra förhållanden. Det är inte säkert att det är deras duglighet som blir avgörande för om de får stanna när företaget får ny ägare. Man kommer kanske mer att se till lojalitet med den nya ägaren, eller man har en annan inställning till kraven på en ledare.

Ledare i samhället

Inflytande och indirekt ledarskap kan fås genom politiskt arbete, att synas i medierna m m. Men trots vår långa utbildning, daglig ledarskapsträning och vana att föra ut budskap är vi en förunderligt tyst grupp i samhället.

Läkarnas kunskaper omfattar inte bara vad som är bra för enskild patient. Som grupp har vi stora kunskaper om vad i samhället som påverkar människors hälsotillstånd. I kraft av vår kompetens borde vi ha ett betydligt större inflytande över samhällsplaneringen än vad vi har idag.

I Stockholm läns landsting har nyligen inrättats ett sk branschråd bestående av representanter för privat och offentlig sjukvård samt beställarna. Förslag från branschrådet kan föras upp till landstingets beslutande organ. Med rätt personer kan läkarnas inflytande över vårdens utformning bli mycket stor.

Att delta i beställararbetet är en ledningsuppgift. Här sker prioriteringar mellan olika patientgrupper, förebyggande vård kontra sjukvård, kvalitetskrav kontra kvantitetskrav m m. Det är beställarna som ger förutsättningar för bra arbetsvillkor. Om läkare inte engagerar sig i beställararbetet förlorar vi en mycket stor del av inflytandet i sjukvården.

I Stockholm har läkare aktiva i be-

ställningsarbetet bildat ett eget nätverk. Detta är troligen en förutsättning för att man ska kunna bibehålla och stärka sin ställning. I framtiden kommer de kanske att vara heltidsanställda inom beställarorganisationerna. Det finns risk att en läkare som arbetar länge och enbart med beställningar förlorar den kompetens som han/hon behöver just i beställningsarbetet.

Vilka krav ställs på läkare som ledare?

För att bli en god ledare inom sjukvården krävs samma saker av läkare som av chefer med andra professioner. En läkare som ledare måste kunna samarbeta, får inte ha revirtänkande, måste kunna fatta obehagliga beslut, måste ha kunskaper om lagar och förordningar, och måste, sist men inte minst, ha visioner.

Inom privata och landstingsägda bolag finns möjligheter till privatekonomiska fördelar. Skall läkare vara trovärdiga som ledare får de inte falla för sådana frestelser.

Då det gäller ledarrollen ut mot samhället är det viktigt att man inger förtroende. För detta behövs en enighet inom läkarkåren. Ska vi vara trovärdiga kan vi inte ståta med olika åsikter. Vi måste hålla oss till ett gemensamt rättesnöre – Hälso- och sjukvårdslagen. Vi måste utifrån samhällets accepterade prioriteringar tala om vad politiska beslut innebär för enskilda personers hälsa och för folkets hälsa i stort.

Läkare som ledare i beställarorganisationen är något nytt och oprövat. Även här gäller att enighet inom kåren är en förutsättning för trovärdighet. Arbetet är befolkningsinriktat, inte patientinriktat. Kunskaper inom folkhälsovetenskap och hälsoekonomi är därför ett plus. Andra tillgångar av värde är brett kontaktnät inom vården i stort, erfarenheter av sluten och öppen vård inom olika sektorer, samt förståelse för den politiska beslutsprocessen.

Konsekvenser av att allt fler läkare blir ledare

Dagens läkarbrist beror inte bara på sukskrivningar och arbete i Norge. Arbetsfältet utanför den kliniska sjukvården har breddats. Många läkare har gått över till andra arbetsuppgifter där direkt patientarbete inte ingår, men där erfarenhet av sjukvårdsarbete är av betydelse. Dit hör chefsposter, tjänster för forsknings- och utvecklingsarbete, Socialstyrelsen och andra myndigheter, läkemedelsföretag m m. Många av des-

sa poster har en direkt eller indirekt ledningsfunktion.

Samtidigt innebär det att vården dräneras på erfarna och duktiga läkare. De goda ledarna är ofta goda läkare. Detta medför att de kvarvarande erfarna läkarna får ta en större del av bördan med ökad risk för utbränning.Handledning, utbildning och vårdkvalitet kan bli lidande.

Om läkarna tar en mer aktiv ledarroll i framtiden kommer dessa förhållanden att accentueras. Vi måste därför dimensionera läkarutbildningen med hänsyn till detta.

Vad kan Läkarförbundet göra?

För att kunna bilda sig en uppfattning om lämplig dimensionering av utbildningsplatser måste kunskapen om vad läkare arbetar med idag öka. Vi måste veta hur många läkartimmar som ägnas åt ledarskap och forskning, och hur många av läkarna som befinner sig utanför den direkta sjukvårdsproduktionen. En återkommande enkät kan vara ett hjälpmedel.

Läkarförbundet har en viktig roll då det gäller att främja läkarnas ledarskap. Förbundet är, tillsammans med Svenska Läkaresällskapet, läkarnas ansikte utåt. Man lyssnar på vad förbundet säger. Förbundet har också möjlighet till viss lobbying.

Via Läkartidningen och kampanjer påverkar förbundet medlemmarnas attityder. Genom att olika frågor diskuteras väcks intresset. Förbundet kan på så sätt visa på möjligheter i de förändringar vi utsätts för. Policyprogram för t ex prioriteringar och tolkning av Hälso- och sjukvårdslagen kan bidra till enighet inom kåren. Komplettering av de etiska reglerna till att omfatta även läkarnas roll i vinstdrivande organisationer är befogad.

En viktig uppgift för förbundet är att på olika sätt stödja sina medlemmar, oavsett var de är anställda:

- uppmuntra läkare i alla stadier av sin karriär att skaffa sig kompletterande utbildningar;
- verka för att få in ledarskapsutbildning redan under grundutbildningen;
- erbjuda framför allt yngre medlemmar inte bara fackliga kurser utan också ledarskapsutbildningar;
- erbjuda mentorer för yngre läkare som är intresserade av ledarkarriär;
- verka för ökad läkarutbildning;
- initiera och uppmuntra nätverk för läkare i beställarorganisationerna;
- stå i ständig kontakt med läkare i beställarorganisationerna. •