

Läkare och ledarskapet i hälso- och sjukvården

Det är en ödesfråga att säkra Det Goda Ledarskapet i svensk sjukvård. Läkare har goda möjligheter att platsa bland sjukvårds-Sveriges bästa ledare, men bör lägga alla ansträngningar på att bli föredömen som goda ledare, däremot inte nedlåta sig till att kräva ett regelverk som exkluderar andra grupper.

I debatten om vem som bör vara ledare i sjukvården har företrädare för olika intressesammanslutningar gjort sin röst hörd. Förutom ledaren i Läkartidningen 50/2005 har emellertid ingen åsikt från någon som representerar de läkare som faktiskt valt att axla chefsuppdrag lyfts fram. Frågan om goda förutsättningar för att vara chef är i sig mer intressant och viktigare än frågan om att bli chef. Där tycker vi att den senaste tidens debatt kommit att handla om delvis fel sak. Om en av de viktigaste förutsättningarna för en god arbetsmiljö för alla är en bra chef – är det inte då viktigare att diskutera vad som gör en bra chef än vem som skall få eller inte få vara chef i sjukvården?

Sveriges läkarförbunds chefsförening är en sammanslutning som finns till för att stimulera och förbereda läkare att ta på sig chefsuppdrag, stärka chefsrollen hos de läkare som är chefer och verka för bra förutsättningar för att också vara chef. Vi skall sträva efter att våra medlemmar utgör ett gott val som chefer men inte förbjuda andra kategorier att komma i fråga! Även vi, en del av Sveriges läkarförbund, anser att läkare med rätt upp-

sättning personliga egenskaper och gediget intresse för organisations- och ledarskapsfrågor borde ha särskilt goda möjligheter att lyckas bra med uppgiften att vara chef i sjukvården. Att däremot en läkarlegitimation skulle vara den enda garanten för att man funnit den perfekta chefskandidaten är att gravt förenkla och snedvrida frågan. Vi tror däremot att det finns några saker som både uppdragsgivaren och läkaren som blir chef, mer än annat, måste vara klara över om chefskapet skall bli lyckat.

En första förutsättning för att läkare skall kunna bli chefer i sjukvården är att det finns sådana som vill och dessutom har förberett sig. Det är därför viktigt att fler läkare går »prova-på-kurser« i ledarskap för att känna på hur man trivs i rollen. Likaså att kliniskt verksam läkare med ledarintresse tar upp det med sin chef i utvecklingssamtal så att utbildning och ledaruppgifter kommer tidigt och som en förberedelse för en senare formell roll.

Lika viktigt är det att vi gör upp med det som våra yngre kollegor kallar »senilitetsprincipen« som innebär att i vissa ögon endast klinikens duktigaste och mest erfarna läkare kan komma i fråga som chef. Vi har inte råd att internt snörpa på munnen åt en ledarbegävnings som kanske är intresserad av att söka en chefstjänst bara därför att den personen är ung specialist, ST- eller till och med

AT-läkare, med resultat att han/hon inte söker.

IBland är det rent absurt när kravprofilen för ett chefsjobb – om du är läkare – är mångårig specialist eller disputerad, men är du ekonom eller sjuksköterska så går det bra utan dessa kompetenser. Konsekvensen blir att läkarutbildningen ses som en belastning!

Det är dags att vi börjar inse att ledarskap är en kompetens i sig och att det även på detta område finns naturbegåvningar som skall stöttas, inte hållas tillbaka. Sjukvården har färre sökande till verksamhetschefsbefattningar än vad industrin har på motsvarande nivå och skulle må bra av ett större urval.

Att lönen som chef – även för sådana med annan grundprofession än läkare – inräknat olika former av tillägg, ofta är densamma eller till och med lägre än i tidigare specialistbefattning är heller inget som gynnar ett gott urval till chefsbefattningar.

Om man går in i rollen som chef måste det vara med ett helhjärtat engagemang. Visst kan det beroende på uppdragets storlek finnas utrymme för att göra annat vid sidan om chefskapet, t ex kliniskt arbete, forskning, vidareutbildningsprogram, föräldraskap eller till och med annat arbete. Det viktiga är emellertid att inse att ledarskap tar tid



Chefs funktion är att vara lika mycket chef för alla grupper oavsett var man själv har sitt ursprung.



För styrelsen för Sveriges läkarförbunds chefsförening
THOMAS LINDÉN

och att planera realistiskt för det från början.

Det är också viktigt att inse att chefsuppgiften är nummer ett och det mesta i övrigt får komma i andra hand. Exempel på situationer som annars kan få ett chefskap att haverera är när chefen – oavsett yrkesgrupp – av olika skäl väljer att ha en orealistiskt stor andel kliniskt arbete och t ex låter fördröjda patientmottagningar leda till att man uteblir från möten och uppgifter i ledarskapet. Man blir då inte trovärdig som chef och positionen undergrävs.

Efter vad vi hör från flera av våra medlemmar som är verksamma i primärvården är det oroande vanligt att flera primärvårdsläkare som blir internrekryterade som vårdcentralschefer av sina uppdragsgivare åläggs lika många listade patienter eller lika många patientbesök som den läkare som inte är chef. Liknande ålägganden brukar förresten inte hamna på sjuksköterskor som får samma position.

Chefskapet, och mandatet att utöva det, kommer uppifrån. Vi förstår mycket väl att det inom vissa professioner finns önskemål om att få lansera »sin« chef, en chef som rådgör före beslut och aldrig går emot Gruppen. Ibland finns till och med en föreställning om att Gruppen borde få utse chefen. Men chefs funktion är att vara lika mycket chef för alla grupper oavsett var man själv har sitt ursprung och att väga olika intressen mot varandra med verksamhetens bästa som ledstjärna.

Och om det är en önskan att ha en chef som aldrig går emot Gruppen som ligger bakom krav på att klinikchefen måste vara en läkare, eller för all del att en avdelningschef måste vara en sjuksköterska, så kan det i och för sig vara ett förståeligt fackligt krav. Men det kan aldrig vara en godtagbar ordning vare sig för den som blir chef eller för den som ger mandatet. Detta rollbyte brukar beskrivas som svårt, men det är nödvändigt för att chefen skall kunna fungera väl.

Chefen har helhetsansvaret för sin verksamhet, men varken behöver eller bör göra allt själv ens vad gäller ledningsuppgifterna. Väl utförda delegationer kan bidra till utveckling av förmågor och ökad delaktighet hos medarbetarna. Ibland kan man från fria debatter få höra en nästan naiv föreställning om att det borde fungera så att en läkare är chef och bestämmer allting, men där bakom

finns det någon annan som inte är chef som gör allt jobbet: går på möten, lägger budget, har utvecklingssamtal, driver arbetsmiljö och jämställdhetsarbete, tar i de svåra medarbetarfrågorna m m. Det fungerar inte så! Chefen kan aldrig delegera bort ansvaret, det kvarstannar alltid samlat.

Istället för att polemisera mellan olika yrkesgrupper om vilken profession som lämpar sig bäst för chefspositioner borde vi, åtminstone vi som företrädere dem som är verksamma som chefer, fundera över hur vi förbättrar och förstärker chefskapet i svensk sjukvård.

I vår förening har vi seminarier och utbildningar i för chefer viktiga frågor (sedan ett par år inbjuder vi även dem som inte är medlemmar att delta), och vi försöker också delta i andra sammanlutningars utbildande och verksamhetsförbättrande fora. Andra professioner har organiserat sig olika

runt chefsfrågorna, men ett gemensamt forum saknas. Lokalt hos landstingen finns ansatser av olika grad för chefsutveckling, men inget samlat.

Vi tror att svensk sjukvård skulle må bra av ett samlat forum för chefs- och verksamhetsutveckling, där chefer kan delta oavsett grundprofession och kanske även inkluderande andra ledningsfunktioner som personalchefer och ekonomiansvariga och utvecklare. Vem som anordnar ett sådant forum är mindre viktigt, men kanske är Sveriges Kommuner och Landsting rätt instans?

Sveriges läkarförbunds chefsförening

anser att det är en ödesfråga att säkra Det Goda Ledarskapet i svensk sjukvård. Läkare har goda möjligheter att platsa bland sjukvårds-Sveriges bästa ledare, men bör lägga alla ansträngningar på att bli föredömen som goda ledare, däremot inte nedlåta sig till att kräva ett regelverk som exkluderar andra grupper. Vi behöver mer samarbete för sjukvårdens bästa och mindre positionering och bekämpande av varandra. Du som är läkare – prova på och se om chefskap är något för dig, vänd dig gärna till oss med dina frågor inför att bli chef. Du som är ledare i sjukvården med annan profession – håll utkik efter våra seminarier, delta gärna och låt oss jobba tillsammans för en bättre sjukvård!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Homocystein: kris – utveckling

Jag läste med intresse Jan-Håkan Janssons analys i debatten kring homocystein (LT 3/2006, sidan 126). Sambandet mellan högt homocystein och kärlsjukdom kom i fokus under 1990-talet. Det väckte stor entusiasm. Dessvärre blev det rejäla störningar i kommunikationen. Entusiasterna betraktade skeptikerna som förstockade bakåtsträvar. Skeptikerna såg entusiasterna som svärmeandar eller giriga skojare.

Bland de många skeptikerna – inte otaliga men troligen en stor minoritet eller en liten majoritet inom läkarkåren – har Jansson under snart 10 år på ett kunnigt och nyanserat sätt formulerat invändningar mot homocystein som kausal riskfaktor för kärlsjukdom.

De resultat av homocysteinsänkning med B-vitaminer som nu föreligger har lett till omprövning även bland entusiasterna [1]. Hypotesen är försvagad, särskilt i fråga om vaskulära sjukdomar, men inte död.

Med ledning av de erfarenheter som nu föreligger är det möjligt att i nästa generation av interventionsstudier rekrytera mindre grupper med fler konklusiva patienter och att använda enhetliga och optimala doser av vitaminerna i behandlingsgrupperna [2].

Mycket talar för att den dagliga dosen av vitamin B₁₂ bör ligga omkring 1 mg, folsyra mellan 0,4 och 1 mg, och pyridoxin, om behövt, i närheten av rekommenderad dygnsdos, i framtidens interventionsstudier.

Personligen betraktar jag tills vidare homocystein över 15 mikromol/l som en känslig markör för B₁₂-brist, folatbrist eller njurskada. Om andra tecken på brist eller malabsorption föreligger, är full bristbehandling motiverad. Värdet av profylax är inte dokumenterat.

Bo Norberg

internist, medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå;
redaktör för Rondellen/The Rondel
<www.rondellen.net>
bo.norberg@vll.se

REFERENSER

1. Schneede J. Hypoteser om homocystein – »jungfru men ikke fanatiker« [ledare]. Rondellen 2005;25. URL: <http://www.rondellen.net>
2. Sato Y, Honda Y, Iwamoto J, Kanoko T, Satoh K. Effect of folate and mecobalamin on hip fractures in patients with stroke. A randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:1082-8.