

olika vårddyrkans kunskande utnyttjas och samordnas.«

**Författarna påpekar vikten** av att ta ställning till vem som skall leda teamet. Läkare tror ofta att läkaren är den självklara ledaren av gruppen, men det är inte alls fallet: »Ledarskapet kan ges till den person som av teamet anses bäst att leda gruppen. Läkare kan vara mindre lämpade som teamledare, om de har bristande förmåga att leda, eller har otillräckligt med tid.«

Det torde vara klart att behandlingen måste utgå från en diagnos om vad som felas patienten. Att ställa rätt diagnos är en förutsättning för att behandlingen skall vara framgångsrik och kan inte ses som ett sätt att staka ut ett revir, så som Vårdförbundet tycks anse. Patientens ställning – och inställning – är också mycket viktig:

»I integrerat teamarbete där man arbetar patientcentrerat, får patienten en starkare ställning och kan själv ange önskemål för behandlingen. – – – Behandling utifrån patientens önskan är framtidens scenario.«

Det gäller också att slå vakt om patientens integritet:

»Huvudregel bör vara att inget sägs om patienten, som inte kan sägas då patienten är närvarande.«

**De två allmänläkarna** visar i en välskriven och översiktlig framställning hur läkaren på bästa sätt skall ingå i det vårdteam som också innefattar annan vårdpersonal. De betonar att det också skall omfatta patienten. Vårdförbundet lyfter i stället fram sjuksköterskor eller biomedicinska analytiker som de som skall skapa framtidens sjukvård. I detta understöds de av vård- och äldreomsorgsministern, som anser:

»Vi vet i dag mer än förr om hur mycket av vår hälsa, och vår ohälsa, som orsakas av hur och var vi lever våra liv. Ändå har så mycket av sjukvården så länge utgått från att vi alla är lika, och utgått från våra sjukdomar, snarare än från en helhetsbild av oss som människor. Det förhållande sättet att organisera sjukvården är utifrån vilken kroppsdel eller vilken diagnos som skall behandlas.«

Ylva Johansson har också en stark tro på distriktssköterskan som den som skall lösa sjukvårdens problem:

»Nu är det dags att återigen stärka distriktssköterskans roll – inte för att det saknas läkare, utan för att just distriktssköterskan är den som kanske är bäst lämpad av alla inom vården att på bästa sätt arbeta med de nya utmaningarna

och placera hela människan – inte bara patienten – i centrum.«

Vårdförbundets inlägg är visserligen en annonsbilaga som är avsedd att stimulera till ökad rekrytering – och högre löner – men det får väl ändå vara måtta på glorifieringen av det egna yrket. Betraktar man verkligen ställande av diagnos – som väl fortfarande är läkarens uppgift – som ett »revirtänkande som måste bort?«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Kommentar:

# Läkarna är omistliga som chefer i vården!

Frågan om chef- och ledarskap i sjukvården har i många år varit central för Läkarförbundet. Vi verkar idag liksom förr för att vården ska ledas av läkare.

Det är glädjande att det förs en debatt om chefskapet i vården – dagens utveckling mot allt färre läkare som verksamhetschefer är mycket oroväckande. Oroväckande är också att många läkare ser det som att sjuksköterskorna har tagit makten ifrån oss. Läkare har traditionellt haft ett stort inflytande över hälso- och sjukvården, vilket vi fortfarande har, men rollerna, förutsättningarna och omvärlden har förändrats. I detta nummer av Läkartidningen finns flera intressanta debattartiklar som beskriver chefskapet ur olika aspekter.

**Läkarförbundets mål** är tydliga. I verksamhetsplanens vision 12 står att Läkarförbundet arbetar för att *chef- och ledarskapet i hälso- och sjukvården innehas av läkare och att vårdprocesserna ska ledas*



**EVA NILSSON BÅGENHOLM**  
ordförande i Sveriges  
läkarförbund  
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

## REFERENSER

1. Bengtsson K, Morén-Hybinette I. Läkarroll i förändring. Att våga nya vägar. Lund: Studentlitteratur; 2004.
2. Framtidens Hälso- och sjukvård. Vårdförbundet, Annonsbilaga i Svenska Dagbladet 21/11 2005.
3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005;365:1099-104.
4. Folkow B. Considering »the mind« as a primary cause. In: Birkenhäger WH, Robertson JJS, Zanchetti A, editors. Handbook of hypertension, vol 22: Hypertension in the twentieth century. Oxford: Elsevier BV; 2004. pp. 62-80.
5. Werkö L. Inverkar psykosociala faktorer? Fortsatt forskning viktig. Läkartidningen 1990;87: 4332-5.
6. Werkö L. Omgivning och utbildning påverkar incidens av hjärtinfarkt. Läkartidningen 2001;98: 841-8.

*av läkare.* För att det ska bli möjligt att uppnå dessa mål har vi delmål, bl a att Läkarförbundet arbetar för att alla läkare får en adekvat ledarskaps- och chefsutbildning.

**För Läkarförbundet har frågan** om chef- och ledarskapet i hälso- och sjukvården varit en viktig fråga under många år, men kanske främst under de senaste tio åren. Fram till 1991 vilade det medicinska ledningsansvaret hos en läkare, klinikchefen, vilket reglerades i Hälso- och sjukvårdslagen, medan det administrativa ansvaret inte var reglerat. 1991 ändrades detta genom den s k chefsöverläkarreformen, som samlade det medicinska och administrativa ledningsansvaret hos en person – chefsöverläkaren (chöl).

En ny lagändring kom redan 1997, och nu var chefskapet för vårdenheter inte längre förbehållet läkare. Vårdgivaren kan efter denna förändring själv bestämma vilken kompetens chefen ska ha, vilket innebär en betydligt bredare bas att välja chefer från – läkare är inte längre de enda möjliga.

Denna utveckling har gjort det möjligt för många professioner att bli verksamhetschefer, även de som inte har medicinsk utbildning. Kunde denna utveckling ha förhindrats? Hade det varit bättre med fortsatt chöl? Svaret på båda frågorna är nej. Hälso- och sjukvården har förändrats oerhört, och den medicinska professionen måste hitta sin nya roll. Det räcker inte med läkarutbildning för att bli bra chef. De läkare som vill ta på

sig chefskap i vården måste vara väl rustade och också visa att vården utvecklas bäst när läkare är chefer.

**För att åstadkomma** det krävs att läkare inte enbart har god medicinsk kunskap utan också kunskaper i t ex ekonomi och administration. Läkarförbundet skrev redan 1996 en skrift, »Läkares ledarskap« och tre år senare »Ledarskap i läkares utbildning«. I båda dessa skrifter lyfts vikten av att läkare skaffar sig kunskap som kvalificerar oss för både ledarskap och chefskap.

Tyvärr sa nio av tio läkare 1993 att de saknade utrymme i grundutbildningen för att utveckla ledarskapets. Bilden är betydligt bättre idag, då de flesta fakulteter erbjuder någon form av ledarskapsprogram under grundutbildningen. Jämfört med grundutbildningen för sjuksköterskor, som ända sedan 1970-talet innehållit integrerade moment av ledarskapsträning och organisationskunskap, ger det ändå en dyster bild.

**Mikael Breimer och Björn Zackrisson** ger i sina debattartiklar flera goda förslag på hur läkares förutsättningar för att bli bra chefer kan förbättras. Breimer föreslår att rekryteringen av studenter till läkarutbildningen breddas genom att informera om de olika läkarroller som finns. Hans andra förslag är mer radikalt – att infoga 20–40 poäng i bl a ledarskap i grundutbildningen kräver en noggrann analys – men är definitivt ett förslag att fundera vidare på. Zackrisson föreslår att det måste bli möjligt att specialisera sig även som administratör eller ledare.

Hur kan Läkarförbundet arbeta för att förbättra förutsättningarna? I »Ledarskap i läkares utbildning« beskriver vi ett konkret förslag till hur läkares utbildning från grundutbildning till färdig specialist kan se ut. Chefskap måste framhållas som ett fullvärdigt alternativ i den professionella karriären. Men det måste finnas flera vägar – för vissa är det naturligt att gå vidare i en administrativ karriär, och för andra är en återgång till kliniskt arbete lika naturligt. Båda möjligheterna måste finnas.

**Dan Johannesson tar i sitt inlägg** upp det s k »fredsavtalet« med Vårdförbundet,

vilket är en rapport från ett gemensamt internatsammanträde i november 1999. Läkarförbundet och Vårdförbundet påbörjade under 1990-talet ett samarbete på nationell nivå för att med gemensamma ansträngningar försöka påverka hälso- och sjukvårdspolitiken.

Vi har i flera frågor liknande ståndpunkter, t ex vad gäller vikten av ökad mångfald av arbetsgivare i vården, patientsäkerhetsfrågor, IT i vården mm. Vi beslutade därför att efter internatsammanträdet 1999 skriva en rapport som vi kallade »Bättre samarbete i vården«, vilken beskriver hur vi anser att vården ska utvecklas. Med bra samarbete ökar chanserna att förändra. Rapporten antogs av båda förbunds styrelser hösten 2000.

En av de frågor där Läkarförbundet och Vårdförbundet har olika syn är ledarskapet i vården. Under internatet kunde vi enas om en skrivning i rapporten som lyder »Lika lite som inom all annan tjänsteproduktion, bör ledarskapet inom vården vara förbehållet en viss yrkeskategori«. Läkarförbundet står fortfarande fast vid den skrivningen – vi anser inte att det vare sig är möjligt eller troligt att en ny chefsöverläkarreform ska komma.

Det är både värdefullt och självklart att vi samarbetar med övriga professioner i vården. Lika väl som vi gör det i den direkta patientvården gör vi det i fackliga frågor, både nationellt och lokalt. Vi samarbetar inte bara med Vårdförbundet utan också med övriga vårdprofessioner, t ex inom Saco Vård. Samarbete mellan fackliga organisationer kan innebära svårigheter, men möjligheterna det inneburit att hitta lösningar som kan leda till bättre vård för våra patienter har varit klart övervägande.

**Läkarförbundet kommer** att med kraft fortsätta driva läkarnas intressen, så att fler läkare axlar chefskapet i vården. För många är inte chefsuppdrag lika attraktiva som tidigare, men om läkare avstår från chefsuppdrag eller inte ges adekvata möjligheter att ta sådana uppdrag, kommer det att leda till en sämre utveckling för hälso- och sjukvården. Läkarna är omistliga som chefer i vården!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Om »sjukskrivning«

Omslagsbilden till Läkartidningen 48/2005 måste vara helt fel av två anledningar, dels gäller det så gott som aldrig ja eller nej, dels inte heller endast nej.

Med förvåning finner jag att debatten om »sjukintyget« förs på denna olyckligt låga nivå. En del av det som anförtrotts oss läkare är att på ett etiskt/moraliskt försvarbart sätt, och med patientens goda minne, informera om väsentligheter rörande en patients hälsotillstånd. Därtill bör vi begränsa oss till den eller de specifika frågor som mottagandeinstitution/ person behöver få besvarade för att kunna ta ställning till de åtgärder som vederbörande förfogar över för patientens och allas bästa, återigen utan att kränka någons integritet.



LT 48/2005.

**Det så kallade sjukintyget** benämndes tidigare »Läkarintyg vid sjukdom« kallas nu »Medicinskt underlag – för bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder«. Själva formen för och mängden av denna kommunikation är även den av betydelse, men vad jag vill betona är att innehållat bör tjäna vår uppgift att underlätta läkning av alla former av sår, även själsliga och »relationella«.

Nej-skylden på Läkartidningens omslagsbild har ingen spegelbild eller motsats i form av grönt ljus eller JA. Är inte de sedan länge utarbetade formerna, blanketterna eller varför inte brev eller samtal något som vi bör bejaka och använda så mycket som möjligt så att exempelvis Försäkringskassan får ett så bra underlag som möjligt för god användning av till buds stående resurser?

Att överföra information om en patients hälsotillstånd till utomstående är en grannlaga uppgift, men samtidigt ett kraftfullt kommunikationsmedel som alltså så mycket som möjligt bör användas med patientens bästa för ögonen.

**Sten Gibson**

specialist i ortopedi, Bagarmossens läkarmottagning, Stockholm  
gpdab@swipnet.se