

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 innehållit 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