

Goda skäl för läkare att tävla om administrativt ledarskap

Det är väl sunt förnuft att den ledarutbildade skall leda, och dessutom klokt i ett positivistiskt naturvetenskapligt paradigmt att basera sitt agerande på vetenskap även inom området organisation. Läkare bör även fortsättningsvis tävla om det administrativa ledarskapet i vården.

Det pågår en debatt i Läkartidningen om ledarskap i vården och om hur läkare skall återta sin roll som ledare samtidigt med en debatt om en läkarroll i förändring. I Sjukhusläkarförbundet tidning »Sjukhusläkaren« har Marie Wedin framhållit att det inte finns något som talar för att sjuksköterskor skulle vara bättre chefer än läkare, ett uttalande som Dan Johansson berömd i Läkartidningen 3/2006 (sidan 148). Tvärtom vill jag hävda att det finns goda skäl att anta att många sjuksköterskor skulle vara bättre chefer än sina medarbetande läkare.

Läkare har av tradition en auktoritet som ledare inom sjukvården. Läkaren är också en naturlig ledare i det primära vårdarbetet, liksom sjuksköterskan är det gentemot exempelvis undersköterskor. Däremot är det inte självklart samma sak i det organisatoriska arbetet, och jag ser där regelbundet läkare som är exempel på motsatsen.

Det synes mig som om den viktiga distinktionen mellan det primära vårdarbetet och det sekundära organisatoriska arbetet ofta förbises i debatten. Givetvis finns många beröringspunkter mellan

primär och sekundär verksamhet i de flesta verksamheter, men föreställningen att primär och sekundär verksamhet kräver samma ledarskap tror jag är en felaktig slutsats.

Inom prehospitalvården har man nupå ett, enligt min mening, föredömligt sätt vänt sig ifrån den traditionella maktfördelningen i vården där den med högst medicinsk kompetens leder, och istället antagit principen »ledarutbildad skall leda«. Det är väl sunt förnuft att den ledarutbildade skall leda, och dessutom klokt i ett positivistiskt naturvetenskapligt paradigmt att basera sitt agerande på vetenskap även inom området organisation.

I dagsläget har nyexaminerade sjuksköterskor, åtminstone på min utbildningsort, mer utbildningstid avsatt för studier inom organisationsteori, förändringsarbete och ledarskap än vad läkarstudenter har. Detta är ett skäl att tro att många sjuksköterskor faktiskt är bättre lämpade än läkare att leda inom sekundärt organisatoriskt arbete.

Det synes mig som om den viktiga distinktionen mellan det primära vårdarbetet och det sekundära organisatoriska arbetet ofta förbises i debatten.

Emellertid finns det goda anledningar för oss läkare att av fackliga skäl tävla om administrativt ledarskap i vården även fortsättningsvis. Visst är det bra för läkare att ha läkare i roller som administrativa ledare vilka kan driva egna intressen vid sidan av de mer självklara verksamhetsmålen. Därför är tidigare skribenters förslag om utbildning i ledarskap och administrativt arbete som del av läkarutbildning intressanta.

På så sätt kan även läkare i framtiden bli lämpliga som ledare utifrån principen »ledarutbildad skall leda«. Dessutom torde det vara av stort fackligt intresse att Läkarförbundets medlemmar också får en ökad förståelse för organisationsteori och förändringsarbete, då sådan förståelse mycket sannolikt skulle leda till ett ökat fackligt engagemang bland medlemmarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



MIKAEL LUDVIGSSON
AT-läkare, Linköping
Mikael.Ludvigsson@lio.se

B-vitaminer och homocystein – dagens debatt behövs!

Jag har några synpunkter på debatten i Läkartidningen om B-vitaminer, nu senast replikväxlingen mellan Recip och Läkartidningen i 5/2006 (sidan 307).

Det är värdefullt att författare under Nya Rön försöker sätta in aktuella fynd i ett kliniskt perspektiv. Det hade då varit bättre för den fortsatta debatten om Anne Bergman och Britta Lewald i stället för sådana formalia som rubrik (lite misslyckad håller jag med om) och status för icke publicerat material hade diskuterat vetenskap och innehållet i metaanalysen. Men det är kanske inte deras uppgift.

Beträffande B-vitaminernas möjliga biverkningar vid kärleksjukdomar [1], så måste misstankarna vara lovliga att diskutera inom såväl läkarkåren som bland allmänheten – nyheterna har cirkulerat i massmedierna i minst ett halvår.

För att spä på det hela så finns det i vetenskapliga kretsar även en oro för biverkningar beträffande cancer och kognition. Här följer två exempel från epidemiologiska data.

I. Cancer. I en svensk fall-kontrollstudie bestående av 223 män med prostatacancer och 435 matchade kontroller från samma kohort i NSHDC (Northern Sweden Health and Disease Cohort), ett material i medicinska biobanken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, fann man att MTHFR 677C-T-polymorfism möjligen ökar risken för prostatacancer om den är kombinerad med höga folatnivåer [2].

II. Kognition. Hos 3 718 deltagare i åldern 65 år och äldre som följts mellan åren 1993 och 2002 i Chicago Health and Aging Project fann man indikationer på att de som haft högst folatintag också hade en snabbare nedgång i kognitiva funktioner, även sedan man justerat för multipla riskfaktorer. Nedgången var mer än dubblerad hos dem med högst intag jämfört med dem med lägst intag.

Sådana här problem måste vi få debattera fritt i dagens läge. Vi får hoppas att det om några år finns resultat från prospektiva interventionsstudier med ade-

kvata vitamindoser och bedömningsbara patienter (jfr [1]).

Jag föreställer mig att patienterna då från början är kliniskt friska, medicinfria, är i åldrarna 75–80 år, har homocystein 15–25 mikromol/l vid starten, och att uppföljningstiden är åtminstone två år.

Det kommer att bli mycket intressant att se vilka som får den gynnsammaste utvecklingen, de som får vitaminerna eller de som får placebo.

Hans Liedholm

docent, överläkare

Universitetssjukhuset MAS, Malmö

hans.liedholm@med.lu.se

REFERENSER

1. Schneede J. Hypoteser om homocystein – »jungfru men ikke fanatiker« [ledare]. *Rondellen* 2005;25. URL: <http://www.rondellen.net>
2. Van Guelpen BR, Wirén SM, Bergh ARJ, Hallmans G, Stattin PE, Hultdin J. Polymorphisms of methylenetetrahydrofolate reductase and the risk of prostate cancer: a nested case-control study. *Eur J Cancer Prevention* 2006;15:46-50.
3. Morris MC, Evans DA, Bienias JL, Tangney CC, Hebert LE, Scherr PA, et al. Dietary folate and vitamin B₁₂ intake and cognitive decline among community-dwelling older persons. *Arch Neurol* 2005;62:641-5.

Årets Fass väger tungt

När jag hämtade årets Fass på posten och öppnade paketet var min spontana reaktion: »Nej, nu får ni väl ge er!«

Boken har verkligen blivit alltför tung och otymplig. Redan förra året var det tveksamt, men nu har det definitivt gått för långt! Man orkar ju knappast lyfta den när man tar ut den ur bokhyllan.

Jag föreslår att Fass delas upp i minst tre band nästa år. Och då kanske uppdelat litet efter specialiteter. Typiska cellgifter m m i en avdelning. Rent internmedicinska i en avdelning. Psykiatri i en avdelning. Och så några sådana avdelningar i varje band. På så sätt slipper man ju att ta fram en bok med en massa preparat som man aldrig kommer i närheten av att använda.

Men för mig som psykiater är det viktigt att ha alla preparaten i ett band, ty för en jämförelse mellan t ex Cipramil och Zolofit skulle det annars med ren bokstavsordning fordra att jag först tog fram band I och sedan band III.

Sven Randén

psykiater, Södertälje

sven@randen.net

En ödesdiger »reform«

År 1970 genomförde den socialistiska majoriteten i riksdag och landsting den s k sjukvårdsreformen. Den innebar att sjukhusläkarnas och provinsialläkarnas privatmottagningar avskaffades. Tidigare hade dessa haft en grundlön för att finnas till hands och för vård av inläggande patienter. Därutöver hade de som löneförmån rätt till privatpraktik på sin arbetsplats och betalade s k eth

(ersättning till huvudman) för lokal och personal som man utnyttjade för mottagningen. I fortsättningen skulle läkarna bli totalavlönade och inkomsten av mottagningen skulle inkasseras av landstinget.

Läkarförbundet lockades att godta avtalet genom att läkarnas grundlön höjdes avsevärt. Särskilt fäste man sig vid att

Fler debattinlägg på webben!

Intresset att debattera och komma med inlägg i *Läkartidningen* är glädjande stort. Därför öppnar vi nu även webben – www.lakartidningen.se – för debattartiklar, brev och övriga synpunkter. Rubrikerna och författarnamnen till artiklarna kommer att redovisas på tidningens debattsidor med hänvisning till att texten i sin helhet finns på webbplatsen. Artiklarna nedan är de första vi publicerar på denna nya debattavdelning.

■ Det finns stöd för att psykodynamisk terapi har effekt vid ångestsyndrom
Peter Ankarberg

Replik: De långsiktiga hälsofördelarna med lågkolhydratkost återstår att belägga
Ingrid Larsson, Elisabet Rothenberg

Slutreplik: SBU:s slutsatser kvarstår
Agneta Pettersson

■ Marie har fibromyalgi – bör hon få fortsatt sjukskrivning?
K G Henriksson

■ Ovetenskapligt och politiskt felaktigt om läkemedel
Robert Svartholm

Replik: Är sjukskrivning en bra behandling eller ej?
Monika Engblom, Carl Edvard Rudebeck

Replik: Behandla andra som du vill bli behandlad själv
Marie-Louise Ekholm

■ Övertro på evidensbaserad forskning missgynnar värk- och smärtpatienter
Rolf Nilzén

■ Frågan kvarstår – varför drabbas bara vissa av gastrit/ulkussjukdom?
Ulf Sundequist

Replik: Diagnosen Fibromyalgi har ingen egen position i ICD-10
Jörgen Malmquist, Christer Petersson

■ Tamoxifen och magnetfältspåverkan
Kjell Hansson Mild, Mats-Olof Mattson, Lennart Hardell, Myrtil Simkó

■ Hur skall barnpsykiatri kunna förbli en medicinsk specialitet?
Henning Beier

■ Tvättsäcksprojektet ett stolpskott i jämställdhetsdebatten
Lars Ettarp

Replik: Misantropisk syn på läkarrollen
Niklas Borell

Replik: Vår undersökning tycks ha träffat mitt i prick
Filippa Nyberg

■ Är trauma en förutsättning för posttraumatiskt stressyndrom?
Tom Flou

■ Vi lever alltid, tills vi dör, Nils-Eric Sandberg!
Bror Gårdelöf

Replik: Livet från den ljusa sidan
Per Borgå

■ Daniel var 2 300 år före James Lind
Inge Axelsson

■ Låt oss ge kolhydratsnäla kostråd till diabetiker
Annika Dahlqvist

Replik: Men han fick i alla fall ett bibliotek uppkallat efter sig
Olav Thulesius

alla läkare nu skulle få likvärdiga villkor. Förut hade vissa specialiteter stora inkomster av mottagningarna, t ex otologerna, som snabbt kunde bestämma diagnos och terapi och hann med många patienter, medan t ex psykiatrerna måste ägna längre tid till varje patient och sålunda tjänade mindre.

Vad ingen tycks ha tänkt på var konsekvenserna för patienterna. Tidigare kunde envar ringa och beställa tid hos en sjukhusspecialist som man hade förtroende för, och fick i regel komma ganska snart. Hos provinssiälläkarna gick man och satte sig i väntrummet, och doktorn arbetade tills detta var tomt.

Genom denna sk reform uppkom snabbt långa köer, ty läkarna tillämpade nu reglerad arbetstid och gick hem kl 17. Det fria läkarvalet försvann, ty vid landstingets mottagningar växlade läkarna ofta, och man kunde inte beställa tid hos någon man tidigare lärt känna och uppskatta. Den tidigare så värde-

fulla läkar- patientkontinuiteten försvann till stor skada för patienten, som inte fick träffa den läkare hon lärt känna utan tvangs upprepa sin sjukhistoria igen för en ny doktor, men också till nackdel för läkaren, som inte kunde följa utvecklingen hos sin patient, vilket är en väsentlig del av det livslånga lärandet.

Kåsörer skämtade om sjukvårdens reformen. Vad betydde de »ronor», som de sjuka nu skulle begåvas med? Lustigheten kom av sig, när de sju kronorna snabbt blev 250 eller mer i takt med landstingens sviktande ekonomi.

Vi begåvas nu med vårdgarantier som innebär tillgång till specialist inom tre månader. Vad hinner hända med sjukdomen under den tiden? Berodde symptomen på en cancer som nu fått tid att metastasera? Eller på en hypertoni, som nu hunnit utlösa en cerebral insult? Etc.

Den gamle romaren Livius präglade uttrycket *periculum in mora* – fara i dröjsmål. Det gäller i högsta grad inom

sjukvården. Symtom eller oro för sjukdom skall omhändertas omedelbart, likaväl som alla andra önskemål som vi har i en fri ekonomi, där efterfrågan skapar tillgång. Inte väntar vi tre månader på att köpa en ny TV eller bil. Inte vi, men det fick man göra i de kommunistiska kommandoekonomierna.

I en fri ekonomi har man inga förbud mot privatmottagningar eller privat drivna sjukhus. Finns det kö till ortopediska operationer kommer driftiga personer att starta resurser för det, likaväl som det startats mottagningar för starroperationer runt om i vårt och andra länder. Givetvis skall vi behålla en solidarisk betalning via Försäkringskassan – det kommer vi att tjäna in på kortare sjukskrivningar.

Det är dags att radera den andliga Berlinmur som har spärrat in sjukvården i en kommandoekonomi.

Nils Brage Nordlander

med dr, pensionerad överläkare,
fd landstingspolitiker, Uppsala
nilsbrage@hotmail.com

Annons 176 x 120 mm