

Kräver sjukvården Ledare av Guds nåde – eller räcker det med för uppgiften dugliga?

Vem skall leda hälso- och sjukvården? På den ena sidan står läkare som menar att läkaren automatiskt är självskriven som ledare i sjukvården. På den andra sidan finns företrädare för andra legitimerade yrkesgrupper, främst sjuksköterskorna. Läsningarna i debatten visar vådan av långtgående professionalisering.

Den problemställning som den nuvarande debatten om ledarskapet i hälso- och sjukvården inte når fram till, handlar om att två synsätt kolliderar – ett hierarkiskt konservativt och ett öppet demokratiskt.

Läkarkåren är delvis förblindad efter att länge haft tolkningsföreträde inom sjukvården. Man uppfattar att läkarnas långvariga medicinska kunskapsöverläge skulle garantera dem ledningen av sjukvården i framtiden. Den hierarkiska modellen, med underläkare, AT-läkare, ST-läkare, specialistläkare, överläkare, disputerade överläkare och docenter, lyfts fram som ett axiom. Man kan jämföra med hur adeln såg på sig själv när den hävdade att ståndsricksdagen skulle vara kvar, trots att omvärlden för länge sedan ändrats i mer demokratisk riktning.

Sjuksköterskorna har ett mer öppet synsätt och menar att ledningen kan utövas av andra än läkarna. Läkarnas självklara rätt att leda har i själva verket försvagat läkarkåren då den inte varit konkurrensutsatt. I stället för att tvingas fokusera på ledarskapet har man behållit sin specialistroll som läkare. Detta



Foto: IBL

Läkarna har goda möjligheter att utöva stort inflytande på ledningen av hälso- och sjukvården. Men de kommer att få konkurrera på samma villkor som andra yrkesgrupper.

ibland halvhjärtade ledarskap har inte varit bra för sjukvården. I brist på konkurrens om ledarskapet har läkarkåren odlat tröga och långsamma utbildningskarriärer som inte gagnat nytänkande.

Vem är professionell? Ordet används synonymt med att vara skicklig, men det står också för kompetens som endast kan förvärfvas inom ett yrke som inte kan eller får utföras av lekmän. Professionen kan vara kopplad till monopoliserande auktorisation.

Skråväsendet postulerade t ex att hantverk endast fick bedrivas av vissa professionella. Ett system med läringar, gesäller och mästare övervakade att utbildningen inte gick för snabbt. Industrialismen konkurrerade ut skråsystemet, och på tjänstesidan har nyligen yrken med professionella behörigheter, som postkassörska eller bankkassörska, i princip försvunnit, eftersom medborgarna idag utför tjänsterna bättre själva via Internet.

För att tillhöra en professionell organisation måste man genomgå speciella utbildningar. Inte explicit för att erhålla specifik kunskap, men man lär sig ett förhållningssätt och ett språk för att kommunicera inom skrået. Den aktiva kunskapsmassan behöver inte alltid vara så stor.

Genom ett stort antal informationskanaler sprids idag kunskap om hälsa och sjukdomar. Medborgaren använder

och förstår t ex begrepp som »glykemiskt index« eller »laktatproduktion« – kunskap som nyligen var förbehållen den medicinska professionen och som endast förmedlades på spärrade utbildningar på universitet.

Läkarna har haft monopol på vissa sjukvårdsuppgifter, t ex att diagnostisera sjukdomar, utföra operationer och förskriva läkemedel. Polisen har också monopoluppdrag, t ex våldsanvändning. När man överlåter delar av samhällsverksamheten till legitimerade yrkesgrupper innebär det att de professionella utövarna ges tolkningsföreträde. Ett företräde som inte alltid gagnar utvecklingen i stort. Det finns också fördelar med auktorisation. Att minimera legal våldsanvändning till endast en grupp i samhället är en fördel, och att ha en restriktiv läkemedelsförskrivning kan vara bra ur både ekonomisk och medicinsk synvinkel.

Men ledningen av organisationer med högspecialiserade och professionella medarbetare bör vara öppen och fri. Annars finns risk att de professionella yrkesgrupperna strävar efter exklusiva samhälleliga fördelar och tolkningsföreträden inom verksamhetsområdet.

Sjukvården har omgärdat sin verksamhet med regelverk. Detta har historiskt varit till gagn för medborgarna då det skyddat sjuka från charlataner och



POUL KONGSTAD
chefläkare, Region Skåne
poul.kongstad@skane.se

kvacksalvare. Men idag luckras regelverket upp. Allt fler patientgrupper styr sin egen behandling på basen av egen kunskap. Denna utveckling accelererar, dels därför att patienter och medborgare kräver det, dels därför att det inte är ekonomiskt möjligt eller försvarbart att låta all sjukvård utföras av auktoriserade sjukvårdsutövare.

Det är i ljuset av denna utveckling som ledarskapet för hälso- och sjukvården skall diskuteras. Hur troligt är det att endast läkare eller sjuksköterskor skall leda sjukvården i framtiden?

Den klinik som söker en verksamhetschef som skall vara läkare, specialist och docent inom ett specialområde har missförstått skillnaden mellan ledning och specialistkunskap. Den kliniken går troligen miste om många kompetenta chefskandidater.

Läkarna har i kraft av sin utbildning och kompetens goda möjligheter att utöva stort inflytande på ledningen av hälso- och sjukvården. Men de kommer att få konkurrera på samma villkor som andra yrkesgrupper. Läkarna kommer ständigt att få erövra och försvara sitt ledarskap, precis som alla andra ledare.

Egocentrisk världsbild. Den hierarkiska sjukvårdsmodellen utgår historiskt från att läkaren är i centrum och att andra yrkesgrupper assisterar läkarens arbete. Till stor del fungerar sjukvården så även idag.

Den hierarkiska strukturen är bekväm för läkarna. Man behöver inte visa kostnadseffektivitet eftersom fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar är statisk. Ledarskapet utövas emellertid endast inom ett uppgjort fält, och läkarna kan bli passiva och konflikträdna när man måste visa vägen inom områden där den hierarkiska kartan inte gäller.

En annan effekt av den hierarkiska modellen är att den inte förmår producera mer än vad det finns läkarkraft att driva runt i systemet. Den hierarkiska modellen är därför självbegränsande i sin produktivitet men även i sin kreativitet.

Andra nackdelar är att läkarna blir alltför operativa. Eftersom läkarna monopoliserat vissa funktioner kommer de ofta att syssla med arbete av rutinkaraktär. Det kan vara t ex signering av mediciner, receptförskrivning och självklar sjukskrivning m m. Detta reaktiva arbetssätt inverkar menligt på arbetsmiljön och innebär konkret att många läkare t ex inte får lunch eller vila i rimlig omfattning.

Ofta kommer läkare sent till mötesaktiviteter på grund av t ex operationer,

patientsamtal och mottagningar. Andra yrkesgrupper tar därför över det ledarskap som läkarna egentligen borde vara lämpliga att inneha. En konsekvens är att det är extremt ovanligt att läkare är personalansvariga för sjuksköterskor medan sjuksköterskor oftare blir personalansvariga för och anställer läkare. Att en läkare skulle ansvara för att en avdelning har duktiga sjuksköterskor ingår inte i de arbetsuppgifter som läkarna uppfattar som viktiga. Detta trots att det har stor betydelse för vården hur sjuksköterskorna fungerar både på det individuella planet och som grupp.

I näringslivet är en verkställande direktör ansvarig för hela verksamheten, inte endast för några utvalda prestige-fyllda sektorer. Icke-medicinska delar är ofta ointressanta för läkarna som ibland är oförstående inför de problem som finns där.

Elementa för chefskap och ledarskap.

Effektiv ledning innebär att man arbetar med ramar, utveckling, ekonomi och personalfrågor för hela verksamheten. Den normativa och strategiska ledningen är viktig, men läkarna är inte alltid bekanta med detta eftersom de utbildats i den operativa delen av verksamheten.

På många håll framförs att man måste vara exponerad för kliniskt arbete för att ha rätt att leda en sjukvårdsorganisation. Förståelsen för begreppet beslutsfattare är därför ofta svagt utvecklad hos många läkare. Läkarna associerar ofta till svåra beslut kopplade till en sjukpatient.

Men chefskapets elementa är enkla – att fatta beslut och ta ansvar. Ledarskapets elementa är också enkla – att ta fram gemensamma mål och att inspirera och engagera hela verksamheten mot dessa. Även den senare förmågan är dåligt utvecklad hos läkare. Läkarna glömer bort andra personalkategorier än sin egen. Detta kan bero på den egocentriska världsbilden och på vilka människor man vill ha som referens och publik för sin yrkesverksamhet. Att vara uppskattad av undersköterskorna på en klinik brukar inte ha något mervärde i karriären för läkare. Detta gör att läkare ofta har svårt att entusiasmera alla medarbetare.

Specialist versus generalist. För att leda med både chefskap och ledarskap krävs att man lämnar sin specialistroll och blir generalist. Detta är det första som beskrivs i näringslivets managementlitteratur. En litteratur som läkare ofta anser inte gäller sjukvården, men som många andra uppfattar som allmängiltig.

När civilingenjören går in i en ledningsfunktion måste han/hon lämna sin roll som specialist. Specialistkunskapen inom ett fält kan vara omistlig, men rollen måste lämnas.

Om man inte gör detta blir beslutsena, mål och visioner otydliga och medarbetarna engageras inte tillräckligt på grund av att läkaren först skall operera, åka på kongress eller ha mottagning innan ledningsfunktionerna prioriteras.

Att leda innebär närvaro. Läkarna bör ta aktiv del av den konkreta administrativa driften av sjukvården. Det innebär att man i vardagen organiserar och genom-syrar verksamheten, även ibland ner på detaljnivå. Dessa arbetsuppgifter ingår självklart i ledningen, men läkarna har under många år lämnat ifrån sig instrumenten och ansvaret för överblick och styrning av dem.

Vissa läkare kräver storordigt uppifrån att de skall ha ett obligat mandat att leda sjukvården. Detta utan att man skaffat sig verktyg, tid, mål eller visioner för den verksamhet man vill leda.

I det gamla sjukvårdssamhället utgjorde legitimationen säkringen för att läkaren hade nödvändig kompetens. Man kan se det som en kvalitetssäkring gjord i förväg. Detta var klokt eftersom det inte fanns någon organiserad uppföljning, mer än den subjektiva skattning som sjukvårdsutövarna själva stod för. När lappmarksdoktorn Einar Wallquist skidade i väg i Norrbottens inland och utförde sin sjukvårdsgärning var det endast han själv som bedömde resultatet.

Nuerna finns alltför verktyg för att objektivt bedöma hur sjukvård bedrivs både kvantitativt, kvalitativt och ekonomiskt. Dessa system kommer att förenkla och decentralisera sjukvården till medborgarna och till andra yrkesgrupper än läkarna och sjuksköterskorna.

Patientperspektivet och vinna-vinna. I en kvalitetssäkrad öppen verksamhet blir patientperspektivet tydligare än i en professionaliserad sluten. Professionella organisationer har svårt med brukarperspektivet. Man tycker sig veta a priori vad som är bra för den sjuka, kriminella eller skattskyldiga medborgaren.

Medborgaren har endast fördelar av en minskad professionalisering och slutenhet. Öppna system med god ledning borgar för bättre effektivitet, utveckling och kvalitet. Även för de professionella själva!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*