

Inför kommande 100 år: Vem leder sjukvården åt rätt håll?

Vem ska leda sjukvården i framtiden?

Per Gunnar Holmgren

Den bristande ledningsfunktionen är, det enskilt allvarligasteproblemet för svensk sjukvård, med långt svårare följdverkningar än den mer uppmärksammade resursbristen.

Per Gunnar Holmgren är chefredaktör för Dagens medicin.

Under en längre tid har ledningsfunktionen i svensk sjukvård urholkats. Försök att införa modernare modeller har gjorts men ledningsfrågorna har uppenbarligen inte prioriterats av sjukhusledning och politiska beslutsfattare. Den bristande ledningsfunktionen är, enligt min mening, det enskilt allvarligaste problemet för svensk sjukvård, med långt svårare följdverkningar än den mer uppmärksammade resursbristen.

Som redaktör för en nyhetstidning, som helt och hållet riktar sig till sjukvårdens anställda, får jag ofta höra kritik mot styrningen av sjukvården. De iakttagelser jag förmedlar här är mera grundade på ett stort antal sådana observationer än på ovedersägliga fakta.

Från denna observationspunkt, och med ett mångårigt intresse för dessa frågor, ska jag teckna en bild av sjukvårdens ledning så som den ser ut från redaktionsfönstret. Jag ska granska dem som leder utvecklingen av sjukvården i dag och utifrån detta studium identifiera några brister som borde avhjälpas inom den närmaste tiden.

Tidigare i höst var jag inbjuden för att tala inför ett trettiotal yngre sjukhusspecialister (i åldrarna 30 till 45). Efter en halvtimmes diskussion frågade jag de församlade om någon av dem kommit i kontakt med särskilda program som syftar till att tidigt upptäcka och därefter "odla" fram ledarbegåvningar.

Ingen hade för sin egen del varit aktuell för något sådant program. De hävdade att de inte heller hört talas om att andra kollegor skulle ha deltagit i någon form av ledarutbildning. Deltagarna kom från i stort sett hela landet och var i den åldern då de skulle kunnat ingå i program för ledarutveckling.

En slutsats som flera drog efter en längre diskussion var att "det lönar sig inte" att gå ledarskapsutbildningar. Att välja en karriär som administrativ chef ligger oftast långt från de egna önskemålen. De trodde att de lätt skulle hamna i konflikt med sina kollegor. Det ekonomiska utbytet motiverar inte för den enskilde att satsa tid och engagemang på att utvecklas som ledare. Dessa reaktioner är typiska. Samtidigt som klagomålen mot dem som i dag leder sjukvården är kraftiga finns det få i de yngre läkargenerationerna som är beredda att satsa på chefskarriären. Bland andra yrkeskategorier är ofta motivationen större. Många sjuksköterskor har fått mer utbildning i ledarskap än läkarna.

Vilka styr sjukvården i dag? Vem har format bilden av ledarskapet och vem har det största inflytandet?

Rollerna

Sjukvården är en arena där flera olika intressen har sina väl inarbetade roller. Det betyder att varje yrkeskategori ska samarbeta med flera andra och att ledarna i hög grad måste behärska konflikter som kan uppstå mellan olika yrkesgrupper. Följande grupper har viktiga roller att spela för att leda sjukvården:

- Ekonomen
- Patienten
- Professionen
- Politikern
- Forskaren
- Industrin

Vem ska utveckla sjukvården i framtiden? Innan vi kom-

Samtidigt som klagomålen mot dem som i dag leder sjukvården är kraftiga finns det få i de yngre läkargenerationerna som är beredda att satsa på chefskarriären

mer in på nya vägar kan det vara intressant att se vilka personer som idag har inflytandet över sjukvården. Och ange vilka av ovanstående intressen de representerar.

Detta är frågeställningar som Dagens Medicin undersökt. Förra vintern genomförde vi omfattande intervjuer med ett antal hundra personer och bad dessa ange, med motivering, vilka de ansåg har ett reellt inflytande och makt att ändra sjukvårdens inriktning. Detta är alltså ingen vetenskapligt statistiskt framtagna lista, däremot säger den en hel del om vilka som leder sjukvårdens utveckling.

På listan över de 50 personer som förra året ansågs ha störst inflytande över sjukvården på ett övergripande plan återfinns de tolv första härintill. Dessa personer betyder direkt och indirekt mycket för ledarskapskulturen i sjukvården.

1. Ingela Thalén, socialminister (s), numera ersatt av Margot Wallström.
2. Bengt Holgersson, landstingsråd (s) och ordförande i Landstingsförbundets styrelse. Han ersätts till vintern av Lars Isaksson (s).
3. Ingrid Petersson, departementssekreterare, med stor central påverkan.
4. Leni Björklund, direktör på Sjukvårdens utvecklingsinstitut Spri.
5. Lars Isaksson (s), landstingsråd och blivande blivande ordförande i Landstingsförbundets styrelse.
6. Toivo Heinsoo, hög tjänsteman på Landstingsförbundet.
7. Claes Örtendahl, socialstyrelsens generaldirektör.
8. Anders Milton, VD i Sveriges läkarförbund.
9. Bo Holmberg (s), ordförande i socialutskottet.
10. Nina Rehnqvist, överdirektör på socialstyrelsen och läkare.
11. Lars Werkö, dåvarande chef på SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering), professor emeritus, debattör
12. Bengt Jönsson, professor i hälsoekonomi.

De som leder sjukvården på ett övergripande plan och som har störst inflytande är helt övervägande politiker och toptjänstemän inom departement och Landstings-

förbundet. Även den kontrollerande makten, i socialstyrelsens skepnad, finns representerad högt upp.

Längre ned på listan är det professionerna som är rikligast företrädde. Det är nästan uteslutande läkare som gjort en framgångsrik karriär och sedan hamnat på en maktposition i något samhälleligt organ. Universitet, SBU, forskningsnämnder och stiftelser finns representerade.

Förvånande är att sjukhusdirektörerna hamnar så långt ner när inflytandet ska uppskattas. De befinner sig sannolikt i slutet av en utveckling där de fått allt mindre att säga till om. De stora sjukhusen kräver i dag mer av vardagsgrå förvaltning som tenderar att antingen rullar på i gamla hjulspår än vad som var fallet tidigare. Dessutom har inre stridigheter, oklara beslutsvägar, ständigt försämrade ekonomi och nyckfulla politiska beslut tagit kraft och tid från det visionära arbetet.

Detta är ett av sjukvårdens, åtminstone de stora sjukhusens, största problem när det gäller att just leda sjukvårdens utveckling i den närmaste framtiden. Svaga sjukhusdirektörer föder osäkerhet om administrativa och ekonomiska mål för sjukvården. Detta fortplanter sig nedåt i organisationen och underminerar förtroendet fullt samarbete på många plan. Ledningsfunktionerna ifrågasätts när verksamheten gång på gång måste styras i nya riktningar. Förmodligen hämmas samtidigt utvecklingen av nya arbetssätt och alternativa styrsystem.

Bristerna i dagens ledning blir tydliga när vi konstaterar att ingen av de ledande sjukvårdspolitikerna har skapat sig någon profil, som respekteras allmänt av sjukvårdens anställda, vad gäller att utveckla nya former för sjukvården.

Industrin har lämnat över nya verktyg till sjukvården. Läkemedel och ny teknik är idag helt annorlunda än för bara 20 år sedan. Detta är en form av utveckling som ständigt pågår och som har sin utgångspunkt i hängivna forskargärningar och kommersiella vinstintressen som inriktas på de stora sjukdomarna. Industrin och forskningen ändrar förutsättningarna för sjukvården men påverkar idag inte direkt dess ledning. In-

De som leder sjukvården på ett övergripande plan och som har störst inflytande är helt övervägande politiker och toptjänstemän inom departement och landstingsförbundet

dustrin skulle kunna tänkas få inflytande genom så kallad managed care-modeller i framtiden, men det är högst osäkert om dessa får något genomslag i Sverige.

Bland de personer med störst inflytande finns bara en ekonom. Att också bara en samhällsforskare, från utsidan av sjukhusväggarna, kvalificerar sig visar på en påtaglig svaghet. Det är en stor brist att impulserna från samhället utanför är få. Nya idéer för ledning, organisation och alternativa styrmodeller behöver mycket lång tid för att tränga in bakom klinikväggarna.

Så ser de personer ut som idag leder sjukvårdens utveckling

Nya utmaningar kommer framöver från patienter som kräver ökande medverkan och från de krav som en allt större grupp äldre ställer på sjukvården.

Många patienter får djupare kunskaper, både vad gäller fakta om sin sjukdom och om psykologiska förlopp i behandlingen. De förmodas på ett aktivare vis efterfråga information omkring sin sjukdom. Denna medverkan kan bidra till att belasta chefsfunktionerna men kan rätt utnyttjad göra behandling och lindring mer effektiv.

Andra faktorer "utifrån", som kräver mer av sjukvårdens ledning än idag, blir ett ökande utbyte med andra samhälleliga institutioner, till exempel med äldreboenden, hemsjukvården osv.

Avgångar i protest mot politikernas beslut måste självfallet få förekomma. Under hösten 1996 har särskilt några chefsöverläkares avhopp vid Karolinska sjukhuset fått stor uppmärksamhet. De hävdade, i större eller mindre grad, att de inte kunnat acceptera att dels vara medicinskt ansvariga för en ekonomiskt (för kraftigt) nedbantad sjukvård, dels bli fråntagna beslutsrätten i frågor som de tidigare ansvarat för.

Några reflektioner kan göras inför den allra mest näraliggande framtiden. Avhopp med liknande motive-ring, alltså med hänvisning till det medicinska ansvaret, kommer naturligtvis att äga rum även framöver. Det står dock klart att vid Karolinska sjukhuset har kommunikationen mellan medicinskt ansvariga chefsöverläkare å ena sidan och beslutsfattarna på den ekonomiska och administrativa sidan för länge sedan läm-

nat det konstruktiva, förtroendefulla området. Konflikter av denna typ kommer att uppstå även när en mer genomtänkt och gedigen ledarutbildning i framtiden präglar sjukvården.

Långt innan en mer aktivt genomförd ledarutbildning får verkan kommer cheferna i sjukvården att befinna sig i nya positioner. Närmast gäller det de nyinrättade posterna som verksamhetschefer som inom kort ska ersätta chefsöverläkarna. Verksamhetscheferna behöver inte vara läkare utan kan hämtas från andra yrkeskategorier.

På klinisknivå betyder det att vi har svaret för den allra närmaste framtiden på frågan "Vem ska leda sjukvården i framtiden?": läkarna mister sin ensamrätt till klinikledning. Det betyder samtidigt att ovan beskrivna konflikter kommer att utspelas på en annan arena. Det medicinska ansvaret i relation till ekonomiska resurser blir, i de fall en läkare inte är verksamhetschef, ämne för diskussion i första hand på klinisknivå mellan verksamhetschef och medicinsk ansvarig läkare. Först i andra hand kommer diskussionen då att föras mellan klinik och centrum-, sjukhus- och landstingsledning. Motsvarande resonemang kan tillämpas på primärvården. Detta är en konkret förändring av ledningen av svensk sjukvård under den allra närmaste framtiden.

Det finns inga enkla "grepp" som löser ledningsproblematiken. På det enskilda sjukhuset skulle en mera långsiktig plan kunna innehålla följande konkreta moment:

1. Inför utbildningsprogram för blivande chefer. Alla yrkeskategorier ska bidra med möjliga "förmågor".
2. Satsa rejält på ledarutbildningen. Kandidaterna måste få inblick i reella problem. Det räcker inte med skrivbordskonstruktioner.
3. Utbildningen ska vara långsiktig. Det är en ny "ledargeneration" som ska lära sig hantera svåra verktyg.
4. Lämna utrymme i budgeten till försök med nya arbetsformer.
5. Förstärk eventuellt chefläkarens/chefsjuksköterskans totalansvar för utbildningarna på varje sjukhus och för försöken med nya arbetsformer. Detta ställer ökade krav på chefläkarens/chefsjuksköterskans kompetens. Med det ökade ansvaret följer större befogenheter.
6. Inrätta särskilda program för att fånga yngre begåv-

Läkarna mister sin ensamrätt till klinikledning

Satsa rejält på ledarutbildningen. Kandidaterna måste få inblick i reella problem. Det räcker inte med skrivbordsprodukter

ningar. Motivera med andra karriärvägar än de traditionella.

7. Ta råd av en hälsoekonom som kan tala om för läkaren och sjukhusledningen vad som ger bäst utdelning.

8. Kloka och kunniga sjukhusledare efterlyses, för att införa nya inslag i enlighet med till exempel dessa förslag.

9. Utnyttja erfarenheter från andra länder. Idag växer ett erfarenhetsutbyte mellan olika sjukhus och internationellt fram. Vid kvalitetsgranskningar trimmas man att förbättra sina resultat. Utbytet kan underlättas av ny

teknik och vi kan spekulera om den särskilt skicklige kirurgen som med telemedicinsk hjälp kan operera över hela världen. Det kommer att finnas några sådana superspecialister, men inte många.

10. Ökade patientkrav kommer att leda till ändrade prioriteringar mellan slutenvård och öppenvård, de kommer att styra fram en satsning på hälsorådgivning. I utlandet har de första försöken satt igång. Högre utbildade och mer medvetna patienter kräver mer av sjukvård

Detta är förslag som förändrar sjukvården först på lång sikt.

Avslutningsvis en självklarhet: det måste finnas drivkrafter för individen. Inte minst viktigt är att det, för den enskilde, måste "löna sig" att satsa på ledarskap – socialt, ekonomiskt, statusmässigt och psykologiskt. Dessa förutsättningar råder alltför sällan i dag.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Frivilligarbetets plats i vård och omsorg nr 9/94

Frivilliga insatser inom vård och omsorgsarbete? Vi har inte vetat mycket om hur utbredda dessa insatser är, vad de innehåller, vilket värde de har för såväl dem som tar emot hjälp som för dem som ger hjälp osv.

Socialmedicinsk tidskrift illustrerar i detta temanummer något av den utveckling som skett de senaste 10 åren. Artiklarna är såväl mycket personliga med inlägg hur det är att ta emot hjälp och vad det kan betyda för en ensild person att få ge hjälp som delrapportering från pågående forskningsprojekt kring frivilligt arbete.

Beställ: Socialmedicinsk tidskrift, Slättervägen 38, 178 37 Ekerö, fax: 08-560 301 21



S:t Lukas

UTBILDNINGSinSTITUT

startar följande kurser hösten 1997:

Fortbildning i psykosocialt arbetssätt

Denna fortbildning vänder sig till personer verkssamma inom människovårdande, personalvårdande och/eller arbetsledande områden. Kursen ges dels som internatkurs och dels i Göteborg. Kostnad: 9.700 kr/termin.*

För internat tillkommer inackorderingskostnad. Sista ansökningsdag är 1 mars 1997.

Samtalsmetodik, grundkurs 30 tim

Kurs I: 15, 22, 29 aug och 5 september.

Kostnad 6.500:-.* Anmälan senast 1 juni 1997.

Kurs II: 7, 14, 28 oktober och 4 november.

Kostnad 6.500:-.* Anmälan senast 1 sept 1997.

Samtalsmetodik, forts I, 20 tim

Planerad kursstart november-december 1997.

**Med reservation för eventuellt tillkommande mervärdesskatt.*

Kursprospekt och ansökningshandlingar erhålls på tel 08-616 03 85, måndag-fredag kl 9.00-10.00.