

Elisabeth Ivarsson om ledarskapet i vården:

Lyssna, respektera, delegera!

Det är länge sedan, den där sommaren 1965 då Elisabeth Ivarsson vikarierade som sjukvårdsbiträde på infektionsklinikens akutavdelning i Göteborg. Då stod hon längst ner i den stränga vårdhierarkin, livrädd för avdelningssköterskan och utan någon chans att påverka sitt jobb. Det var bara att lyda och göra som hon blev tillsagd.

INTERVJU

BIRGIT
WILHELMSON



Idag är läget ett annat. Idag står Elisabeth Ivarsson i hierarkins andra ände som verksamhetschef för kvinnosjukvården i norra Älvsborg och norra Bohuslän – och hon är inte längre livrädd för någon.

Men den gamla hierarkin, den finns inte längre, den har stukats till och planats ut. Tack och lov! tycker Elisabeth Ivarsson som själv varit behjälplig med tillplattningen. Hon vill inte ha någon hierarki, det ligger inte för henne. Och hierarkier håller inte i dagens samhälle, betonar hon.

Hennes ledarskapsfilosofi, som

prövats hårt, tycks lika orubbligt enkel som genomtänkt självklar.

Det viktigaste är att lyssna till och respektera *alla* medarbetare, det poängterar hon gång på gång. Dialogen är nödvändig för den goda utvecklingen – i ett öppet tillåtande klimat, där alla kan våga säga sin mening.

Och Elisabeth Ivarsson är inte den som sitter på sitt chefsrum och administrerar. Hon är ute på kliniken, talar med folk, vet vad som sker.

Kreativiteten i vården ska främjas, och alla ska stöttas i att hitta rätt i yrkesrollen, att finna sin yrkesidentitet.

– Det är viktigt att jag som chef samtalat och diskuterat när det varit något speciellt svårt. Och att jag uppmuntrar på olika sätt: bl a genom att se till att det finns förutsättningar för utveckling och möjligheter att åka på kurser, utbildningar osv.

Delegera! är en annan huvudingrediens i hennes filosofi. Det handlar om att delegera *både* för att avlasta sig själv: »Jag har lämnat över så mycket arbete till andra att jag nästan skäms, ändå har jag så mycket jobb att jag drunknar i det» och för att ge andra

Vi måste se till helheten, inte bevaka revir. Vi är till för alla, det måste vi komma ihåg. Och dagens fördelning är inte rättvis: många gamla och riktigt sjuka får inte tillräcklig vård, medan en del unga och friska får mycket vård, anser Elisabeth Ivarsson som också inser att detta kan låta som en hädelse i en del kollegers öron.

chansen att få ökat ansvar. T ex: Sektorsansvariga läkare håller i trådarna för förlossningsvård, onkologisk terapi samt endoskopisk kirurgi, medan avdelningschefer har ansvaret ute på avdelningarna för budgeten, personalen osv.

Beslut ska självklart också delegeras: »Det är inte jag som ska bestämma allting. Det bästa är om de som jobbar med ett problem själva kan besluta hur det ska lösas.»

Sedan är det hennes sak att hålla ögonen på att det hela fungerar: det är trots allt hon som har det övergripande ansvaret – också medicinskt – för vårdens organisation, ekonomi, produktion, kvalitet och patientsäkerhet.

– Men hittills har jag inte behövt återkalla någon delegation.

Så nog skiljer det sig diametralt mot hur det var då, för över 30 år sedan.

– Då var det ett auktoritärt ledarskap.

Läkarna stod högst i rang, därefter kom avdelningssköterskan som alla var rädda för och längst ner de som skötte vården. Det var inte fråga om annat än envägskommunikation och direktiv. Det var ingen information, ingen diskussion, inga förklaringar till varför vi skulle göra så eller så.

Idag handlar det om lyhörddhet och om att inte presentera färdiga förslag: »Vi har ett problem, hur ska vi lösa det?»

Men ... vad Elisabeth Ivarsson *inte* tycker om är när man pratar bakom ryggen eller när man inte säger något alls.

Det viktigaste som chef i vården, det är att lyssna till och respektera *alla* medarbetare. Och att se till att alla kan jobba med respekt för varandra – också över yrkesgränserna. Den dialogen är nödvändig för den goda utvecklingen – i ett öppet tillåtande klimat, poängterar Elisabeth Ivarsson.

Eller när man gnäller utan att själv komma med konstruktiva motförslag: »Det kan jag inte med. Men det gnälls allt mindre nu.»

Hon tillträdde som chef vid kvinnokliniken på Norra Älvsborgs länsjukhus (NÄL) i Trollhättan 1992, i samma veva som chölreformen sjösattes. Denna gav chefsöverläkarna mer ansvar och bättre möjligheter att påverka vården, t ex en större frihet gentemot sjukhusdirektören, än de forna klinikcheferna hade haft.

Dessutom fick avdelningsföreståndarna, eller avdelningscheferna som de kom att kallas, större befogenheter med bl a eget budgetansvar.

– En sådan decentraliserad, utplanad organisation passade mig bättre än den toppiga hierarkin, kommenterar Elisabeth Ivarsson.

När så den s k NU-sjukvården kom till för drygt ett år sedan blev Elisabeth Ivarsson verksamhetschef för hela kvinnosjukvården i norra Älvsborg och norra Bohuslän. NU-sjukvården är ett s k kommunalförbund bildat av Bohuslandstinget och Landstinget i Älvsborg. I förbundet ingår NÄL, Uddevalla sjukhus, Dalslands sjukhus samt länsjukvården vid sjukhusen i Strömstad och Lysekil.

Slutenvården inom gynekologi och obstetrik hade tidigare varit fördelad på Uddevalla sjukhus och NÄL. Nu koncentrerades den till NÄL. Elisabeth Ivarsson fick därför stanna kvar på sin gamla, men omformade och utbyggda klinik.

Med NU-sjukvården startade en gigantisk strukturförändring – och Elisabeth Ivarsson fick sitt elddop som chef.

Idag kan hon pusta ut. Idag är det värsta gjort. Nu börjar det flyta på. Nu börjar arbetsron komma åter – äntligen.

Med facit i hand kan Elisabeth Ivarsson tycka att det varit bra om hon varit bättre förberedd på hur människor reagerar i sådana omvälvande situationer.

Visserligen har hon gått ledarutbildning: »Det är nödvändigt om man ska vara chef.» Och visserligen har hon själv varit med om att utforma program för ledarutveckling. Hon är bl a styrelseledamot i Sveriges läkarförbunds chefsförening, och det är viktigt att föregå med gott exempel, poängterar hon.

Men – sådana stora strukturförändringar ger speciella problem som går utöver det vanliga ledarskapet.

– Jag fick lära mig erfarenhetsmässigt under tidens gång. Det var tufft. Och jag fick stå till svars för politiska beslut på både riks- och lokalplanet.

Absolut avgörande i den satsen är att informera, understryker Elisabeth Ivarsson:

– Jag måste berätta *allt* jag vet om sjukvårdspolitikernas planer. Inte förtiga något.

Men det var inte alltid lätt att bli trodd: »Bekymret var att en del antog att jag hade mer information än vad jag faktiskt hade.»

Och hur tackla de starka känslorna?

– Ibland blev jag förvånad över att intelligent, högt utbildade människor reagerade så primitivt. Men nu förstår jag det. Doktorerna hade diskuterat detta och kommit fram till att med en större grupp läkare samlad skulle det bli lättare att sköta jourer, utveckla subspecialiteterna osv.

– Men då det politiska beslutet kom att slutenvården i Uddevalla skulle flyttas hit, då reagerade de naturligtvis där.

De hade hoppats att slutenvården skulle placeras i Uddevalla. Och då kom reaktioner och frågor som rörde det närmast privata: Hur ordna transporter? Hur mycket restid går åt? Ska man flytta? Hur blir det med familjen? Osv.

– Att ändra arbetssätt, metoder osv, det är inte så svårt. Det har vi alltid gjort för att försöka utveckla vården. Men stora förändringar som också griper in i det privata livet, de frestar på.

Olika kulturer skulle smältas ihop inom den slutna kvinnosjukvården, NÄL-kulturen och Uddevallakulturen – det fick inte bli »vi och de».

Detta stöttes och blöttes inom klinikledningen och på avdelningsmöten osv. Hur skulle personalen från Uddevalla tas emot? Inte för översvallande, men så att de kände sig välkomna, inte så att de behövde hållas i handen.

– Det är känsligt, och svårt att förklara. Det handlade om att respektera dem och deras känslor och att få en arbetsgemenskap tillsammans.

Att jobba med respekt för varandra, det är viktigt.

– Vi måste prata om att visst har vi gjort olika i olika sammanhang såväl medicinskt som omvårdnadsmissigt. Men nu ska vi jobba fram nya sätt: dels ta till oss nya rön, dels ta reda på hur vi vill jobba tillsammans.

Och att arbeta tvärprofessionellt, över yrkesgränserna, det är också viktigt, betonar Elisabeth Ivarsson.

– För att få nya medicinska och omvårdnadsmissiga rutiner har vi haft grupper med läkare och annan vårdpersonal tillsammans. Rent läkarmedicinska rutiner har diskuterats av bara läkare.

Den moderna vården med vårdlag,

gruppvård, parvård etc ger också anledning till samarbete över yrkesgränser: en undersköterska kan t ex behöva rapportera direkt till doktorn, utan att gå omvägen via sköterskan, understryker Elisabeth Ivarsson.

– Vi måste kunna kommunicera sinsemellan i det dagliga arbetet, oberoende av titel.

Nu är det värsta gjort. Åtminstone för denna gång. Nu går det inte att hyvla mer, tycker Elisabeth Ivarsson. Om det kommer sparkrav utöver dem som redan genomförts i den nya organisationen »då måste vi ta tårtbitar i stället», som hon säger.

Litet orolig är hon för att det ska dimpa ner ytterligare krav. Nu vill hon komma till arbetsro, låta den nya organisationen sätta sig, arbeta på.

– Vi har en bra fysisk arbetsmiljö här på kliniken med fina lokaler osv. Men de stora förändringarna har inte gynnat den psykiska arbetsmiljön. I maj 1997 flyttade slutenvården från Uddevalla hit till NÄL. Och hela omorganisationen inom NU-sjukvården är inte genomförd förrän 1999.

– Förändringar i sig är inte negativa. Men det är svårt när de kommer så här slag i slag och är så genomgripande, säger Elisabeth Ivarsson.

Hon verkar stabil och säker – i dessa tider då vårdens chefer hoppar av på löpande band i protest mot nedskärningar och politikerbeslut. Vacklar hon aldrig själv?

– Jag har inte kommit till den punkten. Och kvinnosjukvården är inte lika tung som vården på t ex de stora medicin- och kirurgklinikerna, särskilt i storstäderna. Men om jag inte kan stödja ett politiskt beslut, om det går ut över patienterna så att jag inte kan stå för vården – då ska jag gå av, det är riktigt.

– Men vi måste se till helheten, det är viktigt att vi inte bevakar några revir. Vi är till för alla, det måste vi komma ihåg. Om vi på kvinnokliniken skär ned, vart går då pengarna i stället? Dagens fördelning är inte rättvis: många gamla och riktigt sjuka får inte tillräcklig vård, medan en del unga och friska får mycket vård.

Detta kan av kolleger uppfattas som en hädelse, tror Elisabeth Ivarsson. Helhetsperspektivet kan ju leda till att något av den egna verksamheten ryker.

– Den dag då övriga i klinikledningen tycker att jag inte bevakat våra revir som jag ska och då jag misslyckats med den pedagogiska uppgiften att övertyga om det riktiga i en omprioritering, då måste jag naturligtvis avgå. Det går inte att jobba med klinikledningen emot sig.

Detta är hypotetiska resonemang. Men visst, Elisabeth Ivarsson känner

skepsis inför morgondagen där vårdens framtid intimt hänger ihop med samhällsekonomins utveckling.

– Hur ska vi få balans i ekonomin? Vi vill inte ha det här jättetrycket över oss. Men samtidigt ... finns det inget tryck då släpper fördämningarna. Vi kan inte leva på lånade pengar igen. Och hur ska vi mäka ta hand om de allt fler äldre och äldre-äldre på ett värdigt sätt?

– Läget är ännu inte tillräckligt stabilt för att ge någon fast framtidstro. Jag har mer av en förhoppning om att det ändå ska reda upp sig.

Än så länge orkar hon. Och hon trivs med jobbet. Men hon betonar att det är bra att vänta med chefsjobb till uppåt medelåldern: det är omöjligt att ha ett jobb som t ex verksamhetschef och samtidigt ha stort ansvar för hem och barn.

Idag är barnen vuxna och maken, kirurg, veckopendlar till ett likartat chefsjobb i Norge. »Jag behöver inte ha

dåligt samvete för att jag är så trött på kvällarna.»

Och i äktenskapet finns stöd, förståelse, avlastning och uppbackning. Ivarssons pratar mycket jobb hemma. Och det känns bra.

Medelåldern är över huvud taget en bra ålder för chefsjobb, tycker hon.

– Då har man oftast skaffat sig bra medicinska kunskaper och erfarenheter, man har fått livskunskap och hyfsat god självkänedom. Och dessutom kanske man då känner lust att göra något annat, det är inte lika roligt att stå och operera längre.

Många krav från en mängd håll, det är vårdens dilemma. Vårdens medelpunkt – patienterna – kommer emellanåt i skymundan.

– Ibland måste jag framhålla: Varför är vi här? Vi är här för patienternas skull och för att göra ett bra jobb! För att kunna göra ett bra jobb måste vi själva må bra, visst. Men patienterna är *inte* här för oss, det måste vi komma ihåg. •

Då läkaren blev patient ...

”Aldrig anade jag hur svårt det är”

Det hände mitt under brinnande nedskärningar och omstruktureringar, som en blixt från klar himmel ... nästan. Under ett möte med sjukhusledningen förra våren drabbades Elisabeth Ivarsson av ett epileptiskt anfall. Det blev början till en sjukdomsperiod.

Med ilfart fördes hon till akutmotagningen på Uddevalla sjukhus. Här sov hon mest, efter alla mediciner hon fått. Det enda hon minns är att hon vaknade till ett ögonblick då chefen för anestesikliniken, han hade följt med henne, berättade att hon var på akutmotagningen, att hon hade haft ett epileptiskt anfall.

Hon fick därför aldrig tid att fundera över diagnosen: »Som tur var.»

En akut datortomografi som gjordes medan hon ännu mer eller mindre sov visade på ett meningeom, en godartad hjärnhinnetumör, beläget under hjässbenet.

Hur det skulle ha varit att tvingats invänta undersökningssvar – medan tankarna mal tänkbara diagnoser – vill hon knappast ens tänka sig.

Och det var Elisabeth Ivarssons make Lars Ivarsson (docent och överläkare, klinikchef vid kirurgkliniken i Fredrikstad i Norge) som berättade om diagnosen då hon vaknade: »Bättre kunde jag inte haft det.»

Lars Ivarsson hade kallats till sjukhuset och åkt från jobbet i Fredrikstad utan att veta annat än att hustrun haft ett epileptiskt anfall: »Den värsta och längsta resa han någonsin gjort.»

Så blev det operation, på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Huvudet rakades. »Jag var litet emot det, men kirurgen ville ha det så. Och efteråt tyckte jag att det var bra, det blev ju mer lätt-skött.»

Tack vare meningeomets placering var det relativt lättopererat. Under operationsdagen var Elisabeth Ivarsson som utslagen, men redan dagen efter var hon uppe på benen. En märklig känsla minns hon, att så snart ändå repa sig någorlunda.

På Sahlgrenska visste de flesta inte att hon var läkare. Hon upplevde inte att hon fick någon särbehandling. Och det var nog bra.

Men hon kände sig ensam, utlämnad, utanför. De yngre i personalen var

svåra, tyckte hon. Ett slags gåpåig käckhet utan egentligt intresse för patienten/henne: »Visst kan vi säga du till patienterna, men vi kan göra det på olika sätt.»

Hon kände att hon tappade integritet, värdighet, respekt. Hon krympte.

Efter sju dagar flyttades hon över till Norra Älvsborgs länssjukhus, det egna jobbsjukhuset, för en veckas rehabilitering före utskrivning. Här visste alla vem hon är. Det blev jobbigt, en del hade svårt att vara naturliga. Det blev pressat, kanske i en missriktad respekt för henne som läkare – inte för henne som patient.

Så blev hon utskriven. Nu började vägen tillbaka. Hon hade tappat åtskilliga kilo: »Det mesta var nog muskelmassa. Jag hade inte kunnat föreställa mig hur snabbt det kunde gå att bli så svag, mina ben var eländiga.»

Hon började träna ihärdigt för att återfå muskelstyrkan. Hon var en exemplariskt duktig patient. När hon kom på återbesök till neurokirurgen på Sahlgrenska två månader efter operationen hade hon spurtat upp sig ordentligt.

Men hon kände sig nollställd inför neurokirurgen: »Jag kom aldrig på de rätta frågorna, visste inte riktigt hur jag skulle bete mig. Jag undrar hur vi skulle hanterat situationen om det rört sig om en cancerdiagnos.»

Han sade: »Du kommer att känna dig trött.» Och då var Elisabeth Ivarsson inställd på fysisk trötthet.

Den verkliga tröttheten som kom ett tag efter det att hon börjat arbeta igen efter knappt tre månaders sjukskrivning, var i stället en enorm *psykisk* trötthet som hon var helt oförberedd på. »Jag hade svårt att koncentrera mig, tappade tråden ideligen, behövde hjälp för att hänga med i samtal. Och så grät jag, grät och grät.»

Nu har det vänt, nu går det stadigt uppåt. »Det var inte så att jag var orolig för någonting, jag är ju helt klar över diagnosen och prognosen, det var inte det.»

Hon har varit helt öppen om sin sjukdomstid för omgivningen: »Det blir så mycket tissel annars.» Och hon vill berätta.

Lärdomarna för läkaryrket är många. Hon har fått andra perspektiv på sin egen läkarroll. Idag kan hon vara litet ledsen över att hon, som verksamhetschef, lämnat större delen av den kliniska verksamheten bakom sig.

»Tänk om jag vetat bättre hur det verkligen är att vara patient, hur det är att vara så psykiskt uttröttad. Aldrig anade jag hur svårt det är. Tänk om jag bättre kunnat informera och tala med mina patienter, t ex de som genomgår en

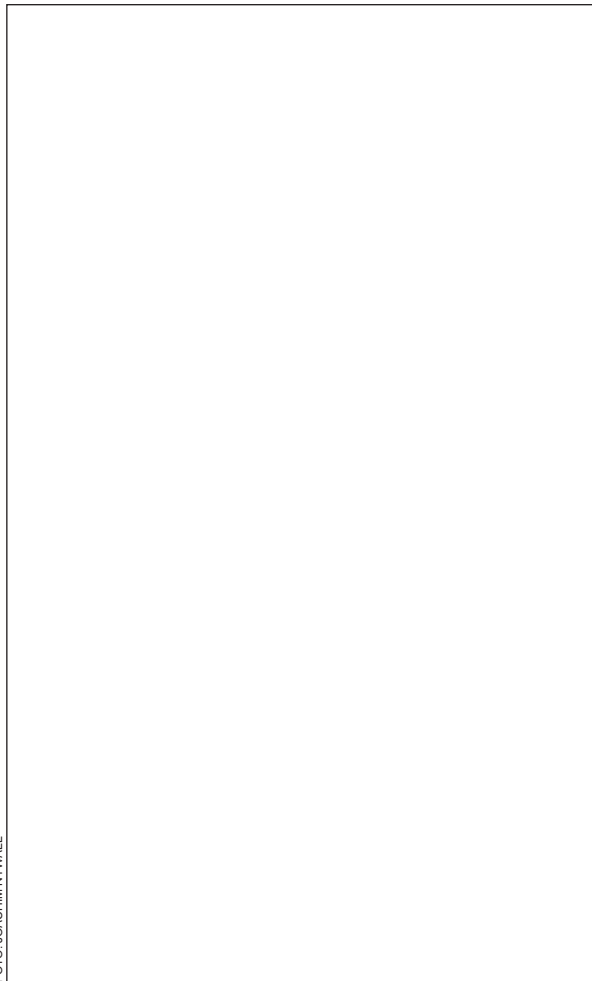


FOTO: JOACHIM NYWALL

Tiden som patient har skakat om och satt spår: »Tänk om jag vetat bättre hur det är att vara patient», säger Elisabeth Ivarsson.

stor operation som hysterektomi. Jag hade kunnat förbereda dem bättre, ställt mer direkta frågor till dem, öppnat för ett mer givande samtal.»

Elisabeth Ivarsson har talat med egen sjukvårdspersonal på kliniken om att verkligen samtala med patienterna, om att visa respekt och värdighet och lämna utrymme för patienternas integritet.

Och visst är det särskilt svårt att vara läkare och patient, att byta sida: »Jag tror läkare lätt missförstår läkarpatienter och deras patientbehov. Egentligen bör vi nog behandla läkarpatienter som mindre vetande än andra patienter, som kanske i ännu mer behov av information och samtal.»

»Det kan vara så att läkare är rädda för att komma en annan läkare, patienten, för nära. Rädda för att kliva över yrkesskranket och i grunden behandla läkaren som den patient hon är, inte som en kollega.»

Men hon har också positiva erfarenheter av att vara patient »på riktigt», som hos den neurolog som sköter henne postoperativt. Där upplever hon en bra läkar-patientrelation, där läkaren stöder och tar det professionella ansvaret.

Läkare ska vara duktiga, också när de är patienter. Och läkare får inte sjåpa sig, en läkare blir inte patient i första taget.

– Som läkare tror jag man är rädd för att bli hypokondrisk, en läkare söker inte för litet småkrämpor eller diffusa symtom, det ska mer till.»

Elisabeth Ivarsson har själv förträngt symtom. För en del år sedan hade hon t ex en svår peritendinit som hon drog med länge innan hon tog sig för att söka hjälp. »Och då går man först till specialistkollegan på sjukhuset och rådfrågar i korridoren, sedan söker man läkarmottagningen för ett regelrätt besök.»

Och Elisabeth Ivarsson hade fått varningar från den långsamt växande tumören på hjärnhinnan. Under två års tid hade hon stundtals känt domningar i vänster arm: »Det var som om den ibland inte fungerade riktigt. När jag skrev på datorn t ex var jag tvungen att titta på handen för att den skulle hänga med och göra som jag ville.»

Första gången det hände minns hon tydligt, hon var varm och stressad på jobbet. Den vita rocken var tung, fullproppad, vänster bröstficka vägde bly. Så kom den märkliga känslan från armen, hon tog av rocken, lättade på trycket och det kändes bättre.

Så kom den märkliga känslan från armen, hon tog av rocken, lättade på trycket och det kändes bättre.

Så blev det i fortsättningen lätt att bortförklara domningarna.

Att rätt lyssna till och tolka de egna signalerna är svårt: »Men tänk om man förtränger mycket allvarliga symtom, t ex symtom på en cancersjukdom.»

Elisabeth Ivarsson är allvarsam. Tiden som patient har skakat om och satt spår. Det är en tid som behöver bearbetas och smältas, så småningom sjunker den undan – det vet hon.

Kvar blir de viktiga lärdomarna: Respektera patientens värdighet och integritet. Och lyssna till och tala med patienten – såväl läkarpatienten som den »vanliga» patienten. Detta visste hon självklart innan. Nu vet hon det också utifrån den egna erfarenhetens obehagligt hårda skola..

Birgit Wilhelmson