

Varför tiger läkarna?

Vissa läkare tiger aldrig ...

Det finns en växande kunskap om hur förändringsarbete skall bedrivas för att verkligen leda till förbättringar. Goda resultat redovisas från många håll. Men även i den bästa av världar finns människor som uppfattar de mest angelägna förändringar som försämringar

Varför tiger läkarna? Den frågan ställer Christer Enkvist i Läkartidningen 51–52/1997. Och det är väl en fråga som bara läkarna själva kan svara på, men Christer Enkvists artikel lockar onekligen även oss andra till debatt.

Då jag själv numera (efter 17 års kliniskt arbete som sjukgymnast) anser mig tillhöra kretsen administratörer, och dessutom på nationell nivå arbetar för att stödja och påskynda utvecklingen inom hälso- och sjukvården och säkert flera gånger om dagen tar ord som kvalitet, utveckling, patientfokus etc i min mun, har jag kanske kvalificerat mig för att delta i debatten.

Dels skulle jag vilja hävda att inte alla läkare »tiger». Det finns massor av läkare som på ett mycket konstruktivt sätt aktivt engagerar sig i hälso- och sjukvårdens utveckling och då inte primärt inom sin egna medicinska specialitet, utan i hela verksamhetens utveckling.

Jag har uppfattat att de gör det för att de är övertygade om att utvecklingen gynnas mest och bäst för patienterna om *alla* som arbetar inom vården *tillsammans* deltar i utvecklings- och förbättringsarbetet. Många hävdar till och med att det tvärprofessionella arbetet är en förutsättning för framgångsrikt förbättringsarbete.

Befälskandidaterna finns

Det finns en annan sorts läkare som inte tiger. Det är de som aldrig missar ett tillfälle att tala om för omvärlden att vårdens chefer måste vara läkare. Detta blir på något sätt målet och inte medlet. Befälskandidaterna som Enkvist efterlyser finns således redan.

Problemet med dem, och deras iver att bli eller förbli just chefer, är bara att tiden rusat ifrån dem. Varken dagens el-

ler morgondagens arbetsliv går att utveckla med gårdagens hierarkiska ledningsstruktur.

Jag tror att vi skall försöka styra över de presumtiva befälen till en karriär inom försvaret. Inom hälso- och sjukvården tycker jag att vi skall ha andra kompetenskrav på ledarna och cheferna.

För respektive emot vad?

Åter till debattartikeln. Fast när jag för femte gången läser artikeln, har jag fortfarande svårt att helt förstå vad det är Enkvist är för respektive emot.

Å ena sidan skall läkare i lugn och ro få ägna sig åt det yrke de en gång utbildade sig till och inte sitta i möten på andras villkor. Å andra sidan skall de bringa ordning i det kaos som råder, och som främst anses bero på obegripliga förändringar, trender som syftar till att framhålla andra grupper än läkare i vården samt slagordsmässiga kampanjer från administrationen (i vilken väl landstingsöverläkaren är en del?).

Att helheten i omhändertagandet av patienterna brister har läkare och alla andra som arbetar med patienter vetat länge, enligt Enkvist. Att några på senare år försöker göra något åt det problemet, anser han visar på okunnighet. Läkarna skall vara chefer och andra se och förstå helheten. Det senare kan ju i alla fall inte skada, läser jag implicit i Enkvists artikel.

Konstruktivitet behövs

Många förändringar har säkert genomförts på grund av s k modetrender såväl inom hälso- och sjukvården som inom andra branscher. Visst finns det anledning att vara kritisk, men det finns också ett behov av att vara konstruktiv.

Det tycks ju trots allt finnas konsensus om att förändringar behövs, även om behoven uppfattas olika av olika grupper. Var går gränsen mellan trend och en effektiv omvärldsbevakning, som görs i syfte att förutse behov och anpassa verksamheten innan behoven ens har hunnit uttalas?

Själv tror jag inte att det finns någon tydlig sådan gräns, men det finns en växande kunskap om hur en organisation bör bedriva förändringsarbete för

”Jag tror att vi skall försöka styra över de presumtiva befälen till en karriär inom försvaret. Inom hälso- och sjukvården tycker jag att vi skall ha andra kompetenskrav på ledarna och cheferna.”

Författare

CARINA SVENSSON
projektledare Genombrott, Landstingsförbundet.

att de förbättringar som eftersträvas faktiskt skall uppnås. För visst är det förbättringar vi vill uppnå? Inte förändring för förändringens egen skull.

Både bättre och billigare

Inom hälso- och sjukvården har förvisso förändringarna under senare år alltför ofta initierats utifrån krav på kostnadsreduceringar. Sådana uppfattas av många som liktydiga med försämringar, men det märkvärdiga är att enheter som systematiskt arbetar med utveckling upptäcker att de, förutom att uppnå bättre medicinska resultat och mer nöjda patienter, också får nöjda personal som, förutom att känna arbetstillfredsställelse, också får mer tid att forska och utveckla. Sist men inte minst – detta åstadkoms till lägre kostnader än innan det systematiska förbättringsarbetet inleddes.

Men även i den bästa av världar kommer det säkert att finnas människor som uppfattar de mest angelägna förändringarna som försämringar, beroende på att de ser till sin egen roll och funktion i stället för till vad organisationen som helhet skall uträtta och uppnå. Men förbättringar för vissa behöver ju inte innebära försämringar för andra. Det finns erfarenhet av att systematiskt förbättringsarbete leder till vinnare och vinnare.

En lättläst bok om förändringsarbete som jag varmt vill rekommendera är

»Lära läkare förändra» skriven av Barbro Dahlbom-Hall och Birgit Jacobson, Natur och Kulturs förlag. Boken ökar nog både läkares och icke läkares förståelse för varför det är så svårt att bedriva förändringsarbete i vården. För visst är det svårt. Förbättringar i våra system sker aldrig av en slump. De är resultat av ett målmedvetet och uthålligt förändringsarbete.

Skingra dunklet!

Fram för fler förändringar i vården – men bara sådana som leder till förbättringar! Hur vet man vilka förändringar som leder till förbättringar? Ibland vet man det därför att andra har genomfört dem, med önskvärt resultat. Ibland vet man det inte i förväg och då måste de som kommer att »drabbas» av förändringen först pröva den i liten skala för att i praktiken se och lära om den leder till förbättring.

Först när man vet det bör förändringen genomföras i större och så småningom i full skala. För att veta om en förändring blir en förbättring måste man således både veta var man står idag, och vad man vill uppnå i stället. På den senare punkten syndas det sannerligen en hel del inom vården.

Hur var det han sa skalden: »Det dunkelt sagda, är det ...» Att skingra dunklet är en uppgift för våra ledare, och jag håller med Christer Enkvist om att det krävs respekt, lyhördhet och samarbete från och mellan vårdens olika intressenter, för att vårt hälso- och sjukvårdssystem fortsatt skall förtjäna allmänhetens tilltro. •

Privatisering av vård drabbar de svagaste

Läkarförbundets ledning pläderar för en privatisering av sjukvården, med den egna ekonomiska vinningen som främsta motiv. Men marknaden kan inte erbjuda sjukvård för de olönsamma om verksamheten samtidigt ska drivas med vinst.

Återigen har förespråkare för privat sjukvård i en debattartikel i DN för någon månad sedan tagit upp diskussionen om att låta marknadskrafterna verka fritt i sjukvården. I Läkartidningen har dessa idéer ofta propagerats, framför allt av Läkarförbundets ledning, och i nummer 51–52/97 försvarar man DN-artikeln och menar att avsikten med den var att sätta igång en debatt.

Förbundet har med undermåligt faktaunderlag hävdat åsikter om privat sjukvård, som snarare är baserade på tro, myter och orealistiska förväntningar.

Språkbruket är häpnadsväckande, och ord som processtyrning, investeringar, produkt, köpare, säljare, drift, marknad etc är återkommande och avspeglar en människosyn som inte hör hemma i ett fackförbund som företräder vårdpersonal.

Diskussionen om privat sjukvård var speciellt livlig under några år före valet 1991. Långa köer inom vissa kirurgiska discipliner gav då liksom nu vind i seglen för dessa förespråkare. Att antalet gamla ökar och med dessa behovet av bl a höftleds- och starroperationer har emellertid inte anförts tillräckligt starkt som skäl till köernas längd. Dessutom har utvecklingen resulterat i att behandlingsmöjligheterna för de gamla blivit större. Kraven på vårdgivarna har därmed ökat.

Med minskade ekonomiska resurser och en sjukvårdsorganisation – från politiker till klinikchefer – som varit van vid en aldrig sinande pengapåse, har det blivit svårt att lägga om kursen till ett ökat sparande och till att göra prioriteringar inom vården. Det »privata» alternativet dyker därför upp, som vanligt, utan att en konstruktiv och beprövad

”Vad de privata företrädarna i Sverige i stället nu kämpar för är unikt, nämligen att utöka den offentligt finansierade sjukvården under privat administration. Att förklara innebörden och nyttan av detta ... är inte alltid så lätt!”

Författare

BO SEVASTIK
leg läkare, Stockholm.

lösning på problemet om bra vård för alla kan redovisas.

Hypotetiska bedömningar

Debatten före valet 1991 dirigerades av en överentusiasmerad ledning i Läkarförbundet och av medier som, genom hypotetiska bedömningar och ensidiga beskrivningar av vården i andra länder, i huvudsak stipulerade idén om att en privatisering av den svenska skattefinansierade sjukvården skulle resultera i ett ekonomiskt överskott. Medel skulle därmed frigöras för användning som ett ekonomiskt incitament till effektivare arbete framför allt för läkarna.

De ekonomiska resurserna är emellertid begränsade, och risken för försämringar för många behovande är överhängande. Effektivitet, och därmed eventuella ekonomiska vinster, borde snarare tillfalla dessa människor. Att i det läget propagera för ett ökat ekonomiskt incitament i den skattefinansierade vården är näst intill omoraliskt.

Paradoxalt nog har de största företrädarna för idén om ekonomiska morötter i den offentliga vården varit de som samtidigt förespråkade kraftigt minskade skattemedel till denna sektor. Ekvationen går inte ihop.

I den privatfinansierade sjukvården är emellertid pengarna drivkraften och där finns möjligheter till höga inkom-