

MSF-enkät: Kvinnliga och manliga studenter har olika syn på chefskap

Ledarskapsutbildning viktigt för ökad jämställdhet inom läkarkåren

Nylegitimerade läkare tycker inte att deras utbildning gett dem förmåga att utöva ett gott ledarskap, och kvinnliga medicine studerande klassar sina möjligheter att bli chef lägre än vad manliga studenter gör. Läkarförbundet har som mål att chef- och ledarskapet i hälso- och sjukvården skall innehas av läkare. För att nå det målet krävs en förbättrad ledarskapsutbildning på läkarprogrammet. Det behövs krafttag för att både manliga och kvinnliga läkarstudenter skall skolas till framtidens chefer inom sjukvården.

JOHAN ZELANO

ordförande, Medicine studerandes förbund

johan.zelano@slf.se

CHARLOTTA SÄVBLOM

ordförande, Sveriges yngre läkares förening

■ När Läkarförbundet år 2003 frågade nylegitimerade läkare hur väl deras utbildning förberett dem för läkaryrket var resultatet över lag gott. Unga läkare upplever att de förberetts väl på att kommunicera med patienter och på att handlägga akuta fall. De ansåg emellertid inte att de hade fått träna sin förmåga att utöva ett gott ledarskap [1].

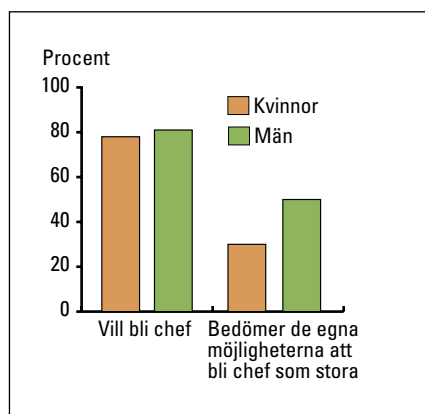
MSF infogade därför i sin årliga handledningsenkät två frågor med fokus på ledarskap: 1) Vill du bli chef? 2) Hur ser du på dina möjligheter att bli chef? Enkäten skickades till de 839 studenter som förra året genomgått medicin- eller kirurgkursen. Svarefrekvensen var 75 procent. Resultatet framgår av Figur 1 och Tabell I och II.

Många vill bli chefer

Glädjande är att 78 procent av studenterna svarat att de absolut eller kanske vill bli chefer. Ungefär 75 procent av kvinnorna och 81 procent av männen valde något av dessa alternativ.

Sylf visade i sin karriärenkät år 2002 att unga kvinnliga läkare har samma önskan som sina manliga kollegor att bli chefer. Samtidigt bedömde bara hälften så många kvinnliga läkare som manliga att de hade stora möjligheter att bli chef [2]. MSF kan nu visa att samma skillnad finns på läkarutbildningen. Endast 29 procent av kvinnorna ansåg sig ha stora möjligheter att bli chef jämfört med 47 procent av männen.

Resultatet är förmodligen dels en



Figur 1. Andel av läkarstudenter på medicin- och kirurgikursen som svarat »Ja, absolut« eller »Ja, kanske« på frågan »Vill du bli chef?« samt andel som svarat »Stora« på frågan »Hur ser du på dina möjligheter att bli chef?«.

Tabell I. Läkarstudenters svar på frågan »Vill du bli chef?«. Procent.

	Ja, absolut	Ja, kanske	Nej, knappast	Nej, absolut inte
Kvinnor	17	59	22	2
Män	21	60	15	3

Tabell II. Läkarstudenters svar på frågan »Hur ser du på dina möjligheter att bli chef?«. Procent.

	Stora	Hyfsade	Små
Kvinnor	29	62	10
Män	47	47	6

korrekt uppskattning av den diskriminering som tyvärr fortfarande väntar kvinnliga läkare, dels ett uttryck för tvivel på den egna förmågan. Oavsett vilken av dessa komponenter som väger

tyngst tyder resultatet på att jämställdhetsaspekten är ett viktigt skäl för att förbättra ledarskapsutbildningen på de medicinska fakulteterna.

Vår kompetens att leda ifrågasätts

Ett annat angeläget skäl är att läkarnas ledarskapskompetens idag är ifrågasatt. Revisorer inom ett landsting ansåg förra året att läkare överhuvudtaget inte hade förutsättningar att vara högre chefer i vården, ett uppdrag som revisorer jämförde med att leda ett medelstort företag. Den tid är alltså förbi då »läkarrocken« per automatik kvalificerade till administrativt ledningsansvar.

Läkarkåren har med den högsta medicinska kompetensen ett ansvar för att leda och organisera vården. I Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program står att »professionen inom hälso- och sjukvården – som i praktiken är vårdens »utförare« – skall ansvara för hur verksamheten bedrivs ... och för att detta skall fungera krävs ett ledarskap med relevanta befogenheter och med professionell kunskap och kännedom om verksamheten« [3].

Skärpning

Kåren behöver stärka sitt arbete inriktat på att skapa intresse för ledarfrågor och träna läkare till ledare i framtidens sjukvård. Ledarskapsutbildningen medför personlig utveckling och administrativ kompetens. Utbildningen skall därför starta redan under läkarutbildningen så att läkarna kan utvecklas och tränas under sin vidare- och fortbildning.

De medicinska fakultetsledningarna måste bearbetas så att ledarskapsträningen i läkarutbildningen förstärks. Detta arbete är än viktigare idag då representanter från flera kategorier av vårdens medarbetare sitter i de medicinska fakultetsledningarna, för vilka läkarstudenternas ledarskapsutbildning möjligen inte är av högsta prioritet.

En bra ledarskapsutbildning kommer att visa för alla läkarstudenter att sjukvården är påverkbar. Ledarskapsutbildningen ska peka ut olika vägar till chefskap och därmed inflytande över den egna organisationen.

Ledarskapsutbildning värd namnet

Enkäter av det slag som MSF presenterar här får ofta kritik som går ut på att det

ANNONS

är männens och kvinnornas natur, självförtroende och/eller blygsamhet som gör att de svarar olika. I det här fallet är det emellertid just uppfattningen om de egna möjligheterna som är avgörande.

Ett alternativ för alla oavsett kön

Idag är andelen manliga chefer i läkarkåren betydligt större än andelen kvinnliga. Andelen kvinnor inom läkarkåren ökar hela tiden. Vi ser också en ökning av icke-medicinare på höga tjänster inom sjukvården. För att läkarna framöver skall vara chefer och ledare inom hälso- och sjukvården måste vi satsa på att utveckla vår ledarskapskompetens. Ett steg är en ledarskapsutbildning värd namnet. Den behövs för att se till och påvisa att chefskap är ett alternativ för alla som utexamineras från läkarutbildningen, oavsett kön.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Nylegitimerade läkares bedömning av grundutbildningen. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2003.
2. Karriärenkät 2002. Stockholm: Sveriges yngre läkares förening; 2003.
3. Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2004.

Vårdprogram för intimkirurgi och fler resultat efterlyses!

De senaste åren har Personskadereglering AB fått in ett ökat antal anmälningar som rör intimkirurgi. Under åren 2002–2003 registrerades tio sådana anmälningar. Dessa ärenden är svåra att handlägga eftersom det saknas såväl vårdprogram som resultatsammanställningar i den vetenskapliga litteraturen.

ELSA RYDE-BLOMQVIST

med dr, medicinsk rådgivare inom obstetrik och gynekologi, Personskadereglering AB (PSR), Stockholm
ryde@post.utfors.se

II Läkartidningens serie om intimkirurgi har varit värdefull, då den behandlar ett viktigt ämne, som kräver bedömning från såväl juridisk som medicinsk synpunkt. Det är speciellt nödvändigt då intimkirurgi tycks vara på frammarsch i vårt land. Personskadereglering AB (PSR) – tidigare Konsortiet för patientförsäkring – har de senaste åren noterat ett ökat antal skadeanmälningar efter operativa ingrepp i yttre genitalia på kvinnor.

Tio anmälningar 2002–2003

Under åren 2002–2003 registrerades tio anmälningar. Resektion av labia minora hade utförts i fem fall, laserbehandling av kondylom i vulva i tre fall, och i vardera ett fall operation av bartholinit respektive vestibulit. Några operationer inkluderande klitoris hade inte utförts.

Skadeanmälan har gällt operativa komplikationer med blödning (tre fall), defektläkning (tre fall), infektion (tre fall) och coitusproblem (ett fall). Förutom de akuta problemen har kvarstående problem med skörhet, smärta och samlagsbesvär anmälts. Utvärderingen av de senare är mycket svår då också psykosomatiska aspekter är knutna till dem.

Frågor kring denna typ av ingrepp

Det saknas klara vårdprogram med riktlinjer vid denna typ av ingrepp. I den medicinska litteraturen är det svårt att finna sammanställningar efter intimkirurgi och dess följder.

Detta gör att bedömningen på PSR blir svår. Där ställer man sig följande frågor.

Fanns det en indikation för ingreppet? Hur graderas förstörade blygdläppar? Vilka besvär skall uppges för att ett ingrepp skall vara medicinskt motive-

rat? Utfördes ingreppet i samförstånd med kvinnan?

Användes rätt metod? Är det en metod som i det aktuella fallet skulle ha använts av en erfaren gynekolog eller plastikkirurg?

Utfördes operationen korrekt? Hade ingreppet kunnat utföras på ett annat, mindre riskfyllt sätt?

Om den anmälda skadan bedöms som undvikbar: Vilka konsekvenser har den fört med sig? Har den lett till bestående medicinsk invaliditet, dvs bestående fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, och i så fall med vilken grad?

Alla anmälningar kommer inte till PSR

Det är ofta svåra och för patienten viktiga beslut som skall fattas. Ett vårdprogram där klara motiv (indikationer) för ingreppet, liksom olika operationsmetoder framgår, efterlyses. Detta borde då vara gemensamt för gynekologer och plastikkirurger. Några anmälningar till PSR efter ingrepp i vulva utförda av plastikkirurger har inte inkommit. Detta kan förklaras av att operationerna utförts av privata vårdgivare, som har tecknat sin patientförsäkring i försäkringsbolag som inte har uppdragit åt PSR att bedöma ersättningsrätten. I sådana fall kommer anmälningarna inte till PSRs kännedom.

Fler resultat och vårdprogram efterlyses

Diskussion har förts om dessa ingrepp skulle utföras endast inom den privata sektorn – underförstått vara ett plastikkirurgiskt ingrepp utfört efter estetiska önskemål. Den offentliga vården kan dock inte dra sig undan dessa operativa ingrepp, då enbart klara medicinska indikationer alltid kommer att finnas i vissa fall!

Fler sammanställningar av resultatet efter intimkirurgi efterlyses liksom vårdprogram med riktlinjer vid denna typ av ingrepp! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.