

Dags att angripa läkarkrisen på ett kvalitativt plan

Vill man behålla läkarna, och lyckas rekrytera nya, måste arbetsgivarna se till att de ledningsansvariga har eller får den kompetens som behövs för att leda läkare.

De flesta landsting kämpar med bristen på specialister, och de som finns funderar på att byta arbetsplats eller blir hyrläkare. Tuff arbetsmiljö och dåliga arbetsvillkor ses ofta som anledning. Den ihållande effektiviserings- och besparingsprocessen antas bidra till denna skrämmande utveckling. Men den är bara en del av förklaringen. Det finns kliniker som har rationaliserat och skurit ner, men som också behåller sina läkare och lyckas rekrytera. En betydligt mer väsentlig och icke omskriven anledning till instabiliteten är framför allt arbetsgivarens oförmåga att tillgodose läkarens behov av ledning. Om vi beaktar de negativa följderna av bristen på adekvat ledning kan man kategorisera dessa enligt följande: arbetsmiljö, vårdkvalitet, återväxt samt professionell integritet och moral.

Det har blivit fler jouter för färre specialister, eller för dem som ännu inte har tillräckligt med kompetens/erfarenhet. Kortsiktiga lösningar och ibland många chefsbyten bidrar till bristen på struktur och långsiktiga strategier inom läkarnas ansvarsområden. Ineffektiva administrativa processer är ytterligare en belastning.

Dessutom sker en löpande utveckling av dataprogram som alla ska kunna hinna med att lära sig. Detta är en grovt underskattat stressfaktor. Dels är det en generationsfråga, dels en pedagogisk fråga.

Dessa är bara några få exempel på hur

arbetsmiljön påfrestar. Allt för ofta uppfattar arbetsgivaren att läkarna gnäller eller är oresonabla. Man hör eller förstår inte vad läkarkåren försöker meddela.

Det senaste decenniet har vårdkvaliteten inte varit arbetsgivarens främsta mål. Läkaren har tvingats se på patienterna mer som grupp än som individer. Samtidigt präglas den professionella inställningen av att behandla varje patient efter hennes eller hans specifika behov och tillstånd. Innebörden är att det är irrelevant att diskutera vårdbehovet utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Ändå är det just detta som har varit och är det övervägande samtalsämnet i möten mellan arbetsgivaren och läkarkåren. Att många läkare upplever att de tvingas göra avkall på sina professionella krav är kanske inte det främsta problemet. Det är däremot arbetsgivarens, chefernas, oförmåga att bemöta och leda läkarna i den processen.

För varje landsting, kanske särskilt de som inte har universitetssjukhus, är det livsviktigt att kunna ta emot ST-läkare och verka för att de vill stanna kvar när de blivit specialister. Det är inte ovanligt att frustrationen ökar bland samtliga läkare på en klinik när specialisterna är för få för att hinna med att ge handledning. Specialisterna får dåligt samvete, och ST-läkarna känner sig övergivna. Arbetsgivaren tar många gånger för givet att läkarkåren sköter utbildningsprocessen själv. Man har över huvudtaget alltför ofta en felaktig föreställning om läkarkårens självständighet. När ST-läkarna upplever att chefen inte tar deras utbildning på allvar minskar benägenheten att stanna kvar.

När man väntas göra avkall på ambitionen att göra det man kan och är till för finns det risk för att ens professionella integritet kränks. Det ökar i sin tur risken för att moralen undergrävs. Det första som försvinner är förtroendet för ledningen. Det andra som kan hända är att man tappar självrespekten. Utan att överdramatisera den aspekten kan man lugnt säga att läkarkåren i sin helhet har behövt tampas med det problemet.

Man kan även spekulera över om hyr-

läkarfenomenet är en följd inte bara av läkarbristen utan också av moraliskt förfall. Ta det inte personligt, du som arbetar som hyrläkare. Det här är bara en beskrivning av en process, inte av enskilda individers val. Men vi kan ändå anta att få personer lägger ner så mycket tid och engagemang i utbildning och vidare utbildning för att bli specialist med syftet att bli rik. Med andra ord, inkomsten har blivit av större betydelse i takt med att respekten för arbetsgivaren försvagats.

Varför kräver den kompetenta och ambitiösa specialisten extra mycket betalt för att ta en jour som ingen annan kan ta? Skulle det ske i ett tryggt och solidariskt kollektiv med en närvarande ledning och en stark samhörighet?

Som konsult kunde man i slutet av

1990-talet och början av 2000-talet ofta observera att ansträngningarna från landstingsledning och dåvarande sjukhusledningar att få ner kostnaderna inte blev särskilt framgångsrika. Det kunde till en del förklaras av att de flesta budgetansvariga klinikchefer var väletablerade specialister med stark professionell integritet. Så småningom blev besparingstrycket så starkt att man började söka chefer som var villiga att försvara en budget mer än en profession.

Under relativt få år ersatts klinikchefer som var specialister med chefer med annan bakgrund. Ofta sköterskor som hade visat sin styrande förmåga som enhetschefer. Denna utveckling banade väg för en påtaglig produktionskontroll, större lojalitet mot fattade beslut och en kategorisk anpassning till nyckeltal. Den professionella kommunikationen gick från intellektualitet till rationalitet. Många började uppleva att de inte blev hörda längre trots att de kanske hade en chef som gjorde sitt bästa.

För att kunna samarbeta med läkare

som medarbetare måste chefen förstå och respektera professionens dynamiska vara. Läkaren har det huvudsakliga

»Den som väntas leda läkargruppen måste känna sig trygg i att gå förbi den yttre självständigheten hos läkaren...«



ANDREAS DE KLERK
leg psykolog, organisationskonsult, Gävle
adk@sinnrik.se

Chef

...Chefskapet kan innefatta beslutsfattande, förmedling och inhämtning av information, styrning, uppföljning, lönesättning och budgetarbete.
...Chefens viktigaste uppgift är att leda och fördela arbetet så att medarbetarna kan utföra de uppgifter som krävs för att verksamheten ska kunna nå sina mål.
...Ledarskapet är avgörande för att medarbetarna ska känna engagemang i sitt jobb.
...Chef och arbetsgivare behöver kunskap för att kunna genomföra sitt uppdrag.

Hämtat från Wikipedia

ansvaret för patientens behandling. Varje beslut kan vara ett felaktigt beslut och ha konsekvenser för patientens hälsa. I det avseendet är läkarens situation unik jämfört med situationen för övrig personal och ledning. Det innebär att läkaren alltid måste hårbärgera en viss oro även om man har hunnit bli erfaren. Därtill kommer de många möten med människor som man kanske inte kan ge den hjälp de önskar.

I en sådan emotionell dynamisk tillvaro känns det många gånger torftigt med rationalitet. För läkaren är »att få

ledning« inte att höra vad man måste göra, eller anpassa sig till eller avstå ifrån, utan en dialog kring frågor där det kanske inte finns färdiga svar, men där man kan komma fram till en gemensam hantering med hjälp av reflektion och argumentation. Detta kräver i sin tur en intellektuell förmåga hos chefen och in-tresset för att använda den.

Ytterligare behov som kräver medveten ledning är kollektivitet och samhörighet. Ensamheten i läkarkåren är vanlig, och med en icke-förstående chef kan den bidra till en kollektiv uppgivenhet. Den som väntas leda läkargruppen måste känna sig trygg i att gå förbi den yttre självständigheten hos läkaren och även våga se en individ som behöver stöd, gehör och tillhörighet i ett kollektiv där man kan vänta sig uppbackning och förståelse.

Det är hög tid att vi börjar angripa läkarkrisen på ett kvalitativt plan. Vill man behålla läkarna, och dessutom lyckas rekrytera nya, måste arbetsgivaren öka chefernas förmåga att leda läkarkåren. Man måste sörja för att de ledningsansvariga har eller får den kompetens som behövs för att leda läkare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Debatt endast på Lakartidningen.se

Ompröva antibiotikapolitiken!

Överförskrivningen av antibiotika måste minska. Men metoden som Sverige valt – att belöna landsting som når under 250 recept per 1 000 invånare – är folkhälso-politiskt äventyrlig. Den senaste tidens ökning av allvarliga streptokockinfektioner understryker det olämpliga i att låta ekonomiska hänsyn påverka behandlingen. — Hur Sveriges antibiotikapolitik bäst utformas är en delikat fråga. Uppgiften rymmer etiska, vetenskapliga och pedagogiska utmaningar. En förutsättning för att politiken ska vinna ett hållbart stöd är dock att de ansvariga talar öppet om för- och nackdelar. Tyvärr har företrädare för Strama, Smittskyddsinstitutet och regeringen undvikit eller försökt tysta ner avigsidorna, vilket kan ha bidragit till den synbarligen beskedliga effekten på förskrivningen. Själv kallades jag »oansvarig« av socialminister Göran Hägglund (KD) när jag framförde kritik. Devisen tycks vara att ändamålen får helga medlen.

Björn Ramel



Foto: Colourbox

SLUTREPLIK OM FÖRÄNDRAD LÄKARUTBILDNING:

En osäker framtid – utan AT

I dag har vi en Socialstyrelse, en AT-nämnd och ett AT-prov. Morgondagen ter sig mer osäker, skriver Hannes Jansson och Karl Axel Lundblad.

Professor Stefan Lindgren, regeringens enmansutredare för en EU-anpassad läkarutbildning, klargör i en replik på vår artikel samt i en intervju i senaste numret av Svenska Läkaresällskapets medlemstidning »SLS Aktuellt« [1] att en sexårig utbildning utan AT eller nationellt slutprov kommer att bli utredningens förslag.

Vår kritik gäller att detta innebär en förkortad utbildning till legitimation, med sänkt kompetens som följd. Det innebär också att den kliniska utbildningen förändras i grunden. Utredaren

ser sammanhållen professionsträning på en arbetsplats, verksamhetsförlagd utbildning (VFU), som en fullgod ersättning för AT.

Vi lyfte fram dagens praktik på universitetssjukhus, och obligatorisk AT före legitimation, som svensk läkarutbildnings styrka. Dagens läkare har tjänstgjort fyra månader inom psykiatrin före legitimation. Utan AT kommer legitimerade doktorer endast att ha läst grundutbildningens psykiatrikurs på fem veckor.

Utredarens replik innehåller ytterligare två problematiska punkter:

Han ser ett egenvärde i att universiteten får hela utbildningsansvaret, under Hög-

skoleverkets tillsyn. Vi frågar oss hur HSV:s sedan 2011 reformerade tillsynssystem, med minimerad detaljstyrning, garanterar hög kvalitet och vilka undervisningsmoment som ingår i klinisk praktik och handledning.

Utredaren önskar också en nationell bedömning om läkarens kärnkompetens. Han vill se »samverkan mellan lärosätena kring ett ramverk för examination«. Ett nationellt styrdokument vore av värde, men först måste man finna svar på frågorna: Hur ska styrdokumentet se ut? Vem ansvarar för det? Hur implementeras det?

När vi träffade utredaren diskuterades enbart en nationell flervälsfrågedatabas för strömlinjeformad tentamen,

■ Debatten inleddes i LT/2012 (sidorna 936-7) med »Den nya läkarutbildningen – hellre reform än revolution«. Replik finns i LT 20/2012 (sidan 1033), »Utmaningen ligger i att enas om det som är viktigast för den blivande läkaren«.

så kallat progress-test. I dag har vi en Socialstyrelse, en AT-nämnd och ett AT-prov. Morgondagen ter sig mer osäker. Vi hoppas att läkarkåren och fakulteterna orkar problematisera utredningens utkast till förslag.

Hannes Jansson
läkarstudent termin 10, Lund
hannes.jansson.021@
student.lu.se

Karl Axel Lundblad
läkarstudent termin 8, Lund

REFERENS

1. Nordin E. Dagens AT tas bort när ny läkarutbildning införs. SLS Aktuellt. 2012;(2):33.