

Samspel bot mot hierarkisk sjukhussjuka?

Det är ett stickspår att diskutera om läkare eller andra personalkategorier bör vara chefer i sjukvården. Den centrala frågan är i stället hur ledningen ska arrangeras så att alla ges förutsättningar att göra ett riktigt bra jobb i förhållande till mål och resurser.

Jag vill tillföra ett alternativt perspektiv i Lakartidningens debatt om ledarskapet inom sjukvården. Ledning är mer än chefskap och ledarskap. Ledning består av skeenden, processer, som alltid äger rum i relationer. Alla medarbetare, oberoende av roll, är med i ledningen vare sig de vill det eller ej. Hur de agerar ledningsmässigt och hur effektivt ledningen fungerar beror i långt högre grad på den lednings- och organisationskultur som råder än på chefers utbildningsbakgrund och fackliga tillhörighet.

Syftet med ledning är att samordna för att nå resultat, att hushålla med resurser samt att generera lärande och utveckling. Ledning syftar samtidigt till att åstadkomma mening, helhet och sammanhang. Ledning utövas genom kommunikation. Utgångspunkten för ledning är det inre ledarskapet, ledningen av den egna personen.

Ledning bedrivs alltid inom en kulturell ram som den också påverkar. Som Poul Kongstad betonar i Lakartidningen 7/2006 (sidorna 475-6) förefaller sjukvårdskulturen fortfarande vara präglad av ett hierarkiskt synsätt.

Den hierarkiska kulturen var förhärskande fram till åtminstone 1960-talet. Samhällsutvecklingen har därefter underminerat de hierarkiska grundpelarna. Detta är uppenbart inom sjukvården. Cheferna där kan inte längre vara allsmäktiga utifrån vare sig sin kun-

skapsauktoritet eller sin formella makt. De underställda är heller inte lika lydiga som tidigare. Rollen som tillagsinställda och beroende underordnade stämmer allt sämre med de krav som verksamheten ställer. Särskilt yngre människor har dessutom svårt att anpassa sig till auktoritära förhållanden.

I takt med att organisationerna och verksamheter blir alltmer komplicerade och förändringskraven ökar, klarar det hierarkiska kommunikations- och samordningssystemet (via linjen) inte av det ökade trycket. Och sist, men inte minst: Patienterna tolererar inte att placeras längst ned i sjukhushierarkin och vara dess objekt.

När hierarkierna försvagats har organisations- och ledningskulturen i allt högre grad influerats av dess motsats, den »anarkistiska«. Roller och spelregler för chefer och underställda har blivit otydliga. Byråkratiska administrativa system, t ex verksamhetsplaner, respekteras i alltför liten utsträckning och framstår som papperstigrar. Uppföljning och kontroll genomförs slumpartat eller uteblir. Det informella ledarskapet frodas och många försöks till styrning förefaller ske slumpartat.

Politikers och sjukhusledningars försök att styra uppifrån och ner förefaller bli alltmer desperata i takt med anarkins utbredning. Genomgripande omorganisation, sammanslagningar, köp- och säljsystem, nedskärningar, balanserade styrkort, processorientering osv resulterar som regel i alltmer oordning och kaos. De som blir lidande är naturligtvis patienterna, men också medarbetarna, med mer stress, försämrade arbetsmotivation och ökad utslagning som resultat. För att inte tala om det omfattande ekonomiska slöseriet. Det går heller inte att lösa problemet genom att rekrytera nya chefer (med relevant bakgrund och rätta egenskaper!) eller att utbilda dem vidare, så länge inte det hierarkiska paradigmet överges.

Detta är en lika dyster som generaliserande beskrivning. Det finns naturligtvis en hel del enheter och verksamheter som fungerar annorlunda. Deras kultur präglas i mindre grad av hierarki respektive anarki. De är mer »samspelsinriktade«. Utgångspunkten är en hög grad av mål- och värdegemenskap med patienten och verksamheten i centrum. Alla,

även chefer, betraktas i första hand som medarbetare, som vuxna ansvarspåbärande personer och inte som föräldrar respektive mer eller mindre omyndiga barn. Medarbetarna har självklart olika roller, men de uppfattas inte i en hierarkisk rangordning. *Det professionella medarbetarskapet* är grundvalen i den samspelsinriktade kulturen, som i sin renodlade form bland annat har följande kännetecken (enligt den modell jag utarbetat).

Den professionella medarbetaren tar ett tydligt ansvar för sin egen arbetsinsats och för att sätta in den i ett större sammanhang. Det sker främst genom överenskommelser med närmaste chef. Inte genom order, som i hierarkin, eller genom »anarkistisk självstyrning« där medarbetaren i första hand är utlämnad till sin egen ansvarskänsla. Överenskommelsen gäller vilka resultat som ska presteras och villkoren för detta, t ex tid och utrustning. Uppföljning sker ofta och regelbundet. Syftet är lärande, inte repressiv kontroll. (Ansvarstagande definieras här som en överenskommelse mellan två parter som följs upp. Ansvarstagandet grundar sig på att parterna har förtroende för varandra.)

Den professionella medarbetaren tar sin del av ledningen i det samarbete som behövs för att jobbet ska bli effektivt. Dessutom tar han/hon sitt ansvar för att bidra till resultatet för den helhet – arbetsgrupp eller organisatoriska enhet – i vilken arbetsinsatsen utförs. Som professionell tar medarbetaren även ansvar för lärande och utveckling.

I den samspelsinriktade kulturen avlastas alltså cheferna flera av de ledningsuppgifter som de enligt den hierarkiska modellen förutsätts utföra (men oftast inte hinner). När alla berörda hjälps åt med ledningen blir den mer effektiv och stringent. Chefskapet övergår i ett slag till koordinatorskap. Koordinatören tar givetvis den konventionella chefsens resultat-, resurs- och utvecklingsansvar. Utifrån detta, som är formulerat i ett tydligt uppdrag, har koordinatören uppgiften att vara:

1. Upphandlare – beställare – av medarbetarens insatser.
2. Samordnare av medarbetarnas insatser i den mån de inte gör det själva.
3. Ledningsorganisatör och -uppföljare. De ledningsprocesser som behövs på gruppnivå kartläggs och fördelas



BENGT HJALMARSON
organisations- och lednings-
utvecklare, Stockholm
bengt@probus.se

inom gruppen. Det kan gälla effektivitets-, kvalitets- och kompetensfrågor, informationsuppgifter, schemaläggning osv. Koordinatören tar på sig sådana ledningsuppgifter som denne är bäst på, eller sådana som vederbörande av formella själv måste utföra. Koordinatören följer regelbundet upp att ledningsfördelningen fungerar och ingriper vid behov.

4. Utvecklare genom att ta ett övergripande ansvar för lärande och utveckling.

Alla medarbetare, inklusive koordinatören, kan behöva olika slags stöd och support när det gäller alltifrån IT till egen motivation. Det är inte koordinatörens primära uppgift att ge stöd, men att se till att medarbetarna får det stöd som de behöver. Koordinatören har, jämfört med en traditionell chef, en lättare börda att bära. Det betyder att koordinatören får ökade förutsättningar att exempelvis ägna sig åt strategiska frågor eller det egna fackområdet.

Organisering av en klinik, en division, eller ett sjukhus kan naturligtvis ske samspeleinriktat på samma principiella grunder som gäller på medarbetar- och gruppnivåerna. Vitsen ligger i en ökad arbetsglädje, större effektivitet, bättre kvalitet och ett mer positivt klimat för utveckling och lärande. Samspeleinriktad ledning kan med fördel tillämpas i komplicerade och komplexa sammanhang eftersom alla berörda själva då tar ett tydligt ansvar både för egna insatser och för sammanhanget i stort.

Samspeleinriktad ledning har givetvis sina begränsningar. Den kan exempelvis bara fås att fungera om de berörda verkligen vill det, dvs har hög motivation och förmåga att ändra invanda tanke- och handlingsmönster. Utvecklingsarbetet måste drivas av den högsta ledningen. Nya enheter inom och utom landstingsvärlden har större chans att agera samspeleinriktat än de etablerade, eftersom de inte behöver dras med den sjukhus-sjuka som består i en antikverad kultur.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LITTERATUR

Hjalmarsen B. Med förenade krafter. Stockholm: Brain Books; 1999.

Hjalmarsen B. Medledarskap. Stockholm: Ekerlids Förlag; 2003, 2005.

Förbundet måste tala klarspråk om yttrandefriheten!

I slutet av 1990-talet uttalade sig Läkarförbundets dåvarande ordförande starkt kritiskt till lojalitetskraven och till att politiker och sjukvårdsadministratörer försökte kväva en sund debatt kring sjukvårdens resurser. Varför säger Läkarförbundet idag inte något i dessa frågor?

Jag har i Läkartidningen 39/2005 [1] och 10/2006 [2] debatterat yttrande- och meddelarfriheten i vården. Upprinnelsen till min andra artikel [2] var de chefskontrakt som bland andra verksamhetschefer (och även en del andra chefer) vid Karolinska Universitetssjukhuset (och en del andra sjukhus) numera måste underteckna.

Trots att läkarkollegor i e-post och telefonsamtal höll med mig om det allvarliga hot mot yttrande- och meddelarfriheten som den s k lojalitetsparagrafen (sista stycket i 7 § i chefskontraktet, vilket handlar om omedelbar uppsägning) kan utgöra, kom varken kollegor eller företrädare för Sveriges läkarförbund in med några debattinlägg till Läkartidningen. Detta inte ens när personaldirektören Eva Dannert vid Karolinska Universitetssjukhuset i ett genmäle [3] hävdade att hon anser att det inte finns någon koppling mellan yttrandefrihet och chefskontrakt.

Jag menar att Dannert har fel och vill kort säga följande: I mitt inlägg rörande »lojalitetsparagrafen« i chefskontraktet ansåg jag att punkterna i denna paragraf är oprecisa och utan klargörande exempel. Det kan därför uppfattas som att de

inskränker yttrande- och meddelarfriheten, vilket också får stöd i den enkätundersökning som jag redovisade [2].

I sitt genmäle ger Dannert nu några exempel. Hon säger: »Om jag exempelvis klart och tydligt tar avstånd från min överordnade chef och/eller kräver dennes avgång eller deklarerar att jag inte klarar mitt uppdrag på grund av bristande resurser, är det ganska uppenbart att jag inte kan vara chef längre.«

I den första delen av påståendet håller jag med om att det vanligtvis är så att den underordnade chefen får gå, men först måste det göras en ordentlig analys av orsakerna till konflikten. Ibland kan det vara så att det är den överordnade chefen som bör sluta. I den sista delen av påståendet, som rör de bristande resurserna, är det inte alls lika uppenbart att jag inte kan vara chef längre. Går de bristande resurserna ut över patientsäkerheten måste jag som chef och läkare påtala detta och försöka få en ändring till stånd. Får jag inte det som chef bör jag själv säga upp mig och klart säga ifrån varför jag inte längre kan vara kvar som chef och ta ansvar för patientsäkerheten. I detta styrs vi som läkare bland annat av våra läkarets regler [4].

Jag vill fråga Dannert följande: Hade jag varit eller önskat bli verksamhetschef på Karolinska Universitetssjukhuset och skrivit ovanstående två artiklar om yttrande- och meddelarfriheten, skulle detta av sjukhusledningen uppfattas som ett tecken på bristande förtroende eller lojalitet från min sida? Skulle ledningen kräva min omedelbara avgång om jag redan var verksamhetschef eller säga att jag inte fick bli verksamhetschef om jag sökte en sådan tjänst? Jag uppfattar själv att chefskontraktets »lojalitetsparagraf« kan ge stöd för en sådan konsekvens.

Jag tror att vårdchefer som skrivit under en sådan »lojalitetsparagraf«, och läkare eller andra som tänker bli chefer, drar sig för att idag offentligt diskutera, t ex genom att skriva artiklar, yttrande- och meddelarfriheten eller kritiskt granska vårdens bristande resurser.

På Brännpunkt i Svenska Dagbladet 2/5 2006 [5] skriver landstingsrådet Birgitta Rydberg (fp) inför Pressfrihetens dag



JAN HALLDIN

leg läkare, med dr, Stockholm
jan.halldin@sll.se

den 3 maj att folkpartiet nu kräver att »lojalitetsparagrafen« i de särskilda chefskontrakten avskaffas och att tystnad inte är lojalitet. Rydberg anger vidare: »Om personal kanske inte vågar slå larm eller ta upp missförhållanden på arbetsplatsen är det inte bara en demokratifråga utan en fara för arbetsmiljö och vårdkvalitet.« Jag håller med.

Under framför allt den första hälften av 1990-talet skrev jag som klinikchef i dagspress en del ofta kritiska artiklar om sjukvården i Stockholms län. Jag frågade någon gång min chef inom sjukvårdsområdet hur han såg på att jag skrev dessa tidningsinlägg. Han svarade, som jag minns det, att han tyckte att det var viktigt att jag skrev artiklar om sjukvårdens styrning och resurser. Han uttryckte heller ingen önskan att få läsa artiklarna innan de gick i tryck.

I ett förslag till chefpolicy från Nordöstra sjukvårdsområdet inom Stockholms läns landsting 1997 finns ett avsnitt om lojalitet. Sveriges läkarförbunds dåvarande ordförande Robert Leth uttalade sig, som jag tidigare redovisat [1], starkt kritiskt till lojalitetskraven och till att politiker och sjukvårdsadministratörer försökte kväva en sund debatt kring sjukvårdens resurser (DN 19/4 1997).

Varför säger Läkarförbundet idag inte något i dessa frågor? Har det under de senaste tio åren från förbundets sida skett en förskjutning i synsättet på yttrande- och meddelarfriheten för läkarkåren, speciellt för dess chefer? Förbundet måste tala klarspråk!

Avslutningsvis: Avskaffa »lojalitetsparagrafen« i chefskontrakten. Låt oss få tillbaka en fri sjukvårdsdebatt i vilken sjukvårdsanställda på alla nivåer kan delta utan risk för efterräkningar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Halldin J. Vi måste säga ifrån när människors liv och hälsa står på spell! *Läkartidningen* 2005;102:2781-2.
2. Halldin J. Orwells »1984« i svensk sjukvård? *Läkartidningen* 2006;103:773-4.
3. Dannert E. Replik om yttrandefriheten på Karolinska Universitetssjukhuset: Inte ett dugg konsigt att bristande förtroende är grund för uppsägning. *Läkartidningen* 2006;103:960.
4. Läkarbundets etiska regler. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2002.
5. Rydberg B. Inlägg: I morgon demonstration på Pressfrihetens dag. Tystnad och rädsla sprider sig i vården. *Svenska Dagbladet*. Brännpunkt 2 maj 2006.

Replik:

Problemet är chefernas ansvar kontra befogenheter

Lojalitetsparagrafens olyckliga formulering överskuggar det underliggande problemet som gäller oklarheten i verksamhetschefernas ansvar i förhållande till de befogenheter de erhåller. Att påstå att förbundet inget gjort är inte en rättvis beskrivning, anser Thomas Flodin och Eva Nilsson Bågenholm.

I tre artiklar i *Läkartidningen* har Jan Halldin diskuterat den s k lojalitetsparagrafen i de chefskontrakt som används vid Karolinska Universitetssjukhuset. Trots försäkringar från sjukhusets personaldirektör Eva Dannert om motsatsen uppfattar flera chefer och medarbetare på Karolinska paragrafen som ett sätt att strypa en ibland nödvändig diskussion om en verksamhets resultat och inriktning.

Stockholms läkarförening har på många sätt och i olika sammanhang försökt förstå sjukhusledningen att inse detta och att förändra paragrafens formulering så att intrycket av munkavle kan undvikas. Frågan har bl a tagits upp till diskussion i landstingets personalberedning, i landstingets centrala samverkansgrupp och vid kontakter med personallandstingsrådet Lars Dahlberg.

Vid ett flertal tillfällen har frågan också kommenterats av oss i olika medier, senast i TV4 den 3/5 2006 och i SvD den

20/5 2006. En möjligen berättigad kritik kan därför vara att Läkarförbundet via sina fackliga företrädare inte varit tillräckligt effektivt i sin argumentation eller i sin opinionsbildning (paragrafen finns ju tyvärr ännu kvar!). Beskyllningen att vi inte talat klarspråk i denna fråga tycker vi därför inte är rättvis.

Lojalitetsparagrafens olyckliga formulering överskuggar det underliggande problemet. Det är oklart vilket ansvar verksamhetscheferna har i förhållande till de befogenheter de erhåller. Läkarföreningen har i bl a Karolinska Universitetssjukhusets styrelse aktivt verkat för att lösa de oklarheter i delegationsordningen som leder till ett oklart ansvarsförhållande för verksamhetscheferna.

Halldins artiklar belyser ett dilemma för många läkare. Hur kan rollen som patientens företrädare förenas med ett chefskap där läkaren förväntas vara lojal mot beslut som fattats på andra nivåer i organisationen? Att utöva ett etiskt chefskap är en utmaning som kräver både en lyhörd organisation och egen reflektion.

I en motion till årets fullmäktigemöte från Stockholms läkarförening yrkas bland annat på förbundets hjälp med att ta fram ett etiskt program för läkaren som chef. Motionen kommer säkert att bidra till en stimulerande debatt i denna aktuella fråga. Vi anser att det är möjligt och önskvärt för läkare att vara chefer i vården. Vi tycker också att skriftliga lojalitetsförklaringar inte behövs i en modern organisation med god kommunikation och kultur.

Dannert hänvisar till tidigare svar

Karolinska Universitetssjukhusets personaldirektör Eva Dannert har tagit del av Jan Halldins inlägg, men avstår från förnyad replik med hänvisning till sin replik i 12/2006 (sidan 960) som svar på en tidigare artikel av Jan Halldin.

red



THOMAS FLODIN
ordförande,
Stockholms läkarförening
thomas.flodin@medhs.ki.se



EVA NILSSON-BÅGENHOLM
ordförande,
Sveriges läkarförbund
eva.nilsson.bagenholm@sif.se