

Läkares attityder till chefskap

Sammanfattning

Läkarförbundet har genomfört en enkät bland medlemmarna som visar att de flesta läkare vill bli chef, men viljan minskar med stigande ålder. Det framgår även att nästan alla läkare helst vill ha en läkare som sin egen chef. Många tror att de skulle kunna bli chefer om de vill. Från enkäten framgår även att det finns ett flertal förklaringar till att de avstår att söka chefsjänster, framförallt orimlig arbetsbörda, små möjligheter till klinisk deltid och för små möjligheter att faktiskt styra verksamheten. Huvuddelen av den här rapporten bygger på enkäten som gått ut till medlemmarna.

I en kartläggning läkarförbundet gjort har det framkommit att endast ca 13 procent av cheferna i hälso- och sjukvården är läkare. För att förbättra den nuvarande situationen med en så liten andel av cheferna inom hälso- och sjukvården som är läkare finns det många åtgärder som kan vidtas. De utesluter inte varandra men det är givetvis svårt att få till stånd allt på samma gång. Läkarförbundet föreslår bland annat att:

- chefskapet innebär en rimlig arbetsbörda,
- chefskapet innebär ökade påverkansmöjligheter,
- mer fortbildning inom specifika chefskompetenser tillgängliggörs,
- förbättrad arbetsmiljö, för såväl personal som för chefer,
- lönepåslaget för chefer ökar,
- chefer får mer stödjande administration och
- att ökade möjligheter till klinisk deltid som chef.

Bakgrund

En av Läkarförbundets prioriterade frågor är chef- och ledarskap inom hälso- och sjukvården. Läkarförbundet anser att det är en självklarhet att läkare ska betrakta en chefskarriär som en naturlig väg att gå. Fullmäktige beslutade 2017 att studera hur medlemmarna ser på chef- och ledarskap.

Därefter har förbundets arbetat brett med frågorna, både vad gäller policyutveckling och inför avtalsrörelsen. Förbundets policy är bland annat att:

- chefer inom hälso- och sjukvården ska besitta den högsta medicinska kompetensen,
- chefer måste ha möjlighet att fortbilda och utveckla sig i sitt chefskap,
- chefer måste ha möjlighet att utveckla vården och
- att rekryteringsbasen för chefer måste breddas.

En översiktsstudie från Karolinska Institutet har visat att hälso- och sjukvården kan fungera bättre när läkare är chefer¹. Några av de faktorer som kan förbättras av att läkare är chefer är vårdkvalitet, resurshantering, personaltillfredsställelse och förändringsbenägenhet. Som framgår i rapportens resultatavsnitt är det numera få chefer inom hälso- och sjukvården som är läkare i grunden. För att bättre förstå varför så få läkare är chefer har en enkät skickats ut med frågor på ämnet.

Resultat

Nedan redovisas några av de frågor som ställts till deltagarna samt svar. Datamaterialet är omfattande, och tack vare det stora antalet deltagare är det möjligt att dela upp respondenterna i diverse undergrupper och ändå upprätthålla god representativitet. Även ett flertal så kallade bakgrundsfrågor har ställts för att kunna se hur svaren skiljer sig åt mellan grupper, exempelvis åldersgrupper. Resultatets tillförlitlighet bedöms som hög och beskrivs mer utförligt i bifogad metodbilaga.

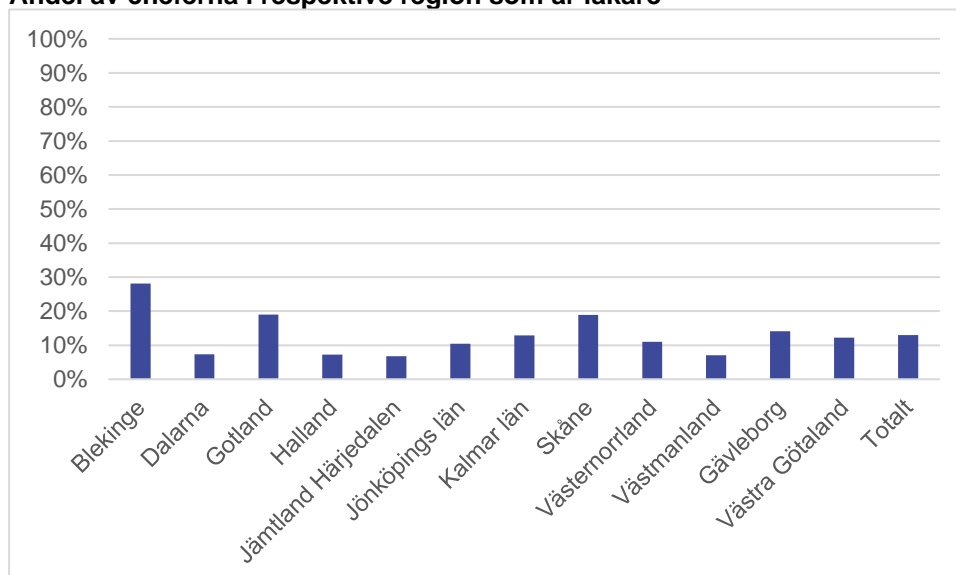
Det första stycket är inte hämtat från samma källa som övriga, utan är en insamling som gjorts direkt mot respektive region.

Få chefer är läkare

När Läkarförbundet kartlade hur stor andel av cheferna i regionerna som är läkare fanns att i de flesta regioner är enbart dryga 10 procent av cheferna läkare, vilket är väsentligt färre än exempelvis andelen chefer som är sjuksköterskor.

¹ *Physicians role in the management and leadership of health care* – Karolinska Institutet 2017.

Andel av cheferna i respektive region som är läkare



Källa: Regionernas registratur/HR-avdelningar²

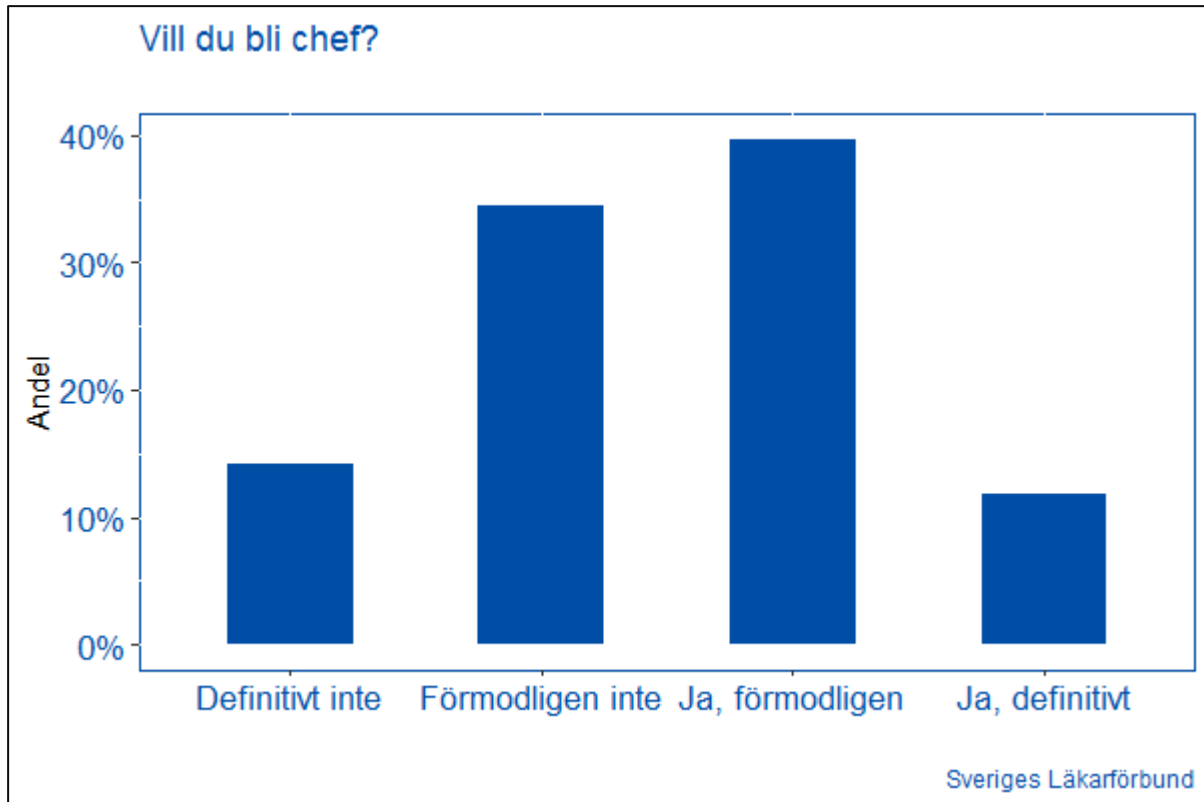
Informationen är hämtad via regionernas respektive registraturer. De regioner som inte är inkluderade har antingen inte någon tillgänglig statistik över chefer med respektive yrkeskod eller klassificerar inte yrkeskod för sina chefer, eller i vissa fall klassificerar på ett så pass avvikande sätt jämfört med övriga regioner att jämförelse ej är lämpligt. Bilden är alltså inte heltäckande, men ger en indikation på att det är mycket få chefer i hälso- och sjukvården som är läkare.

Läkare vill bli chefer

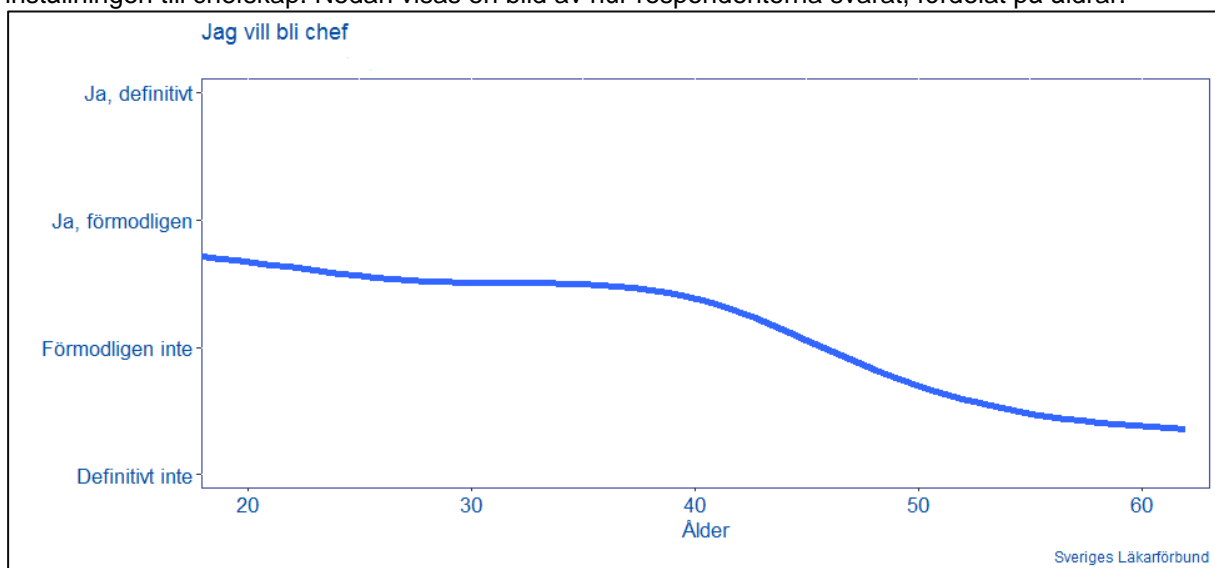
Eftersom Läkarförbundets policy är att hälso- och sjukvården i större utsträckning ska ledas av läkare, och vi har sett att det i dagsläget är få chefer som är läkare är det viktigt att utreda varför det är så. Är det för att läkare inte vill bli chefer, eller för att de inte kan? Den första frågan vi ställt till medlemmarna är huruvida de vill bli chefer.

Diagrammet visar att många läkare vill bli chef. Det är fler som valt något av de jakande alternativen än de nekande. Läkare som idag är chefer är inte med i detta underlag, eftersom de inte kan svara på samma fråga ("vill du bli chef?"). De antas vilja vara chef, varför fler läkare än som syns i nedanstående diagram kan sägas vilja vara chef. Antalet deltagare i hela panelen är dock så pass stort att det inte förändrar nedanstående resultat på ett avgörande sätt att exkludera befintliga chefer i det här fallet, och i det fall det påverkar så påverkar det i positiv riktning.

² Regionernas sätt att redovisa yrkeskoder för chefer skiljer sig åt vilket kan påverka jämförbarheten.



Utöver att ta reda på vad hela gruppen läkare tycker, kan det vara intressant att veta om åsikterna skiljer sig åt mellan undergrupper. En relevant fråga är om personens ålder kan ha ett samband med inställningen till chefskap. Nedan visas en bild av hur respondenterna svarat, fördelat på åldrar.



Linjen som visas i bilden är en form av glidande medelvärde³. Trenden är tydligt nedåtgående över åldrar, där de äldre läkarna mindre gärna blir chef än de yngre. En viktig aspekt att ta hänsyn till är att bland de äldre som *vill* bli chef har flera redan blivit det och de inkluderas inte i den här skärningen. De är dock inte så många att de skulle förändra det aggregerade resultatet på ett avgörande vis om de inkluderades. Nuvarande chefer behandlas separat längre ner.

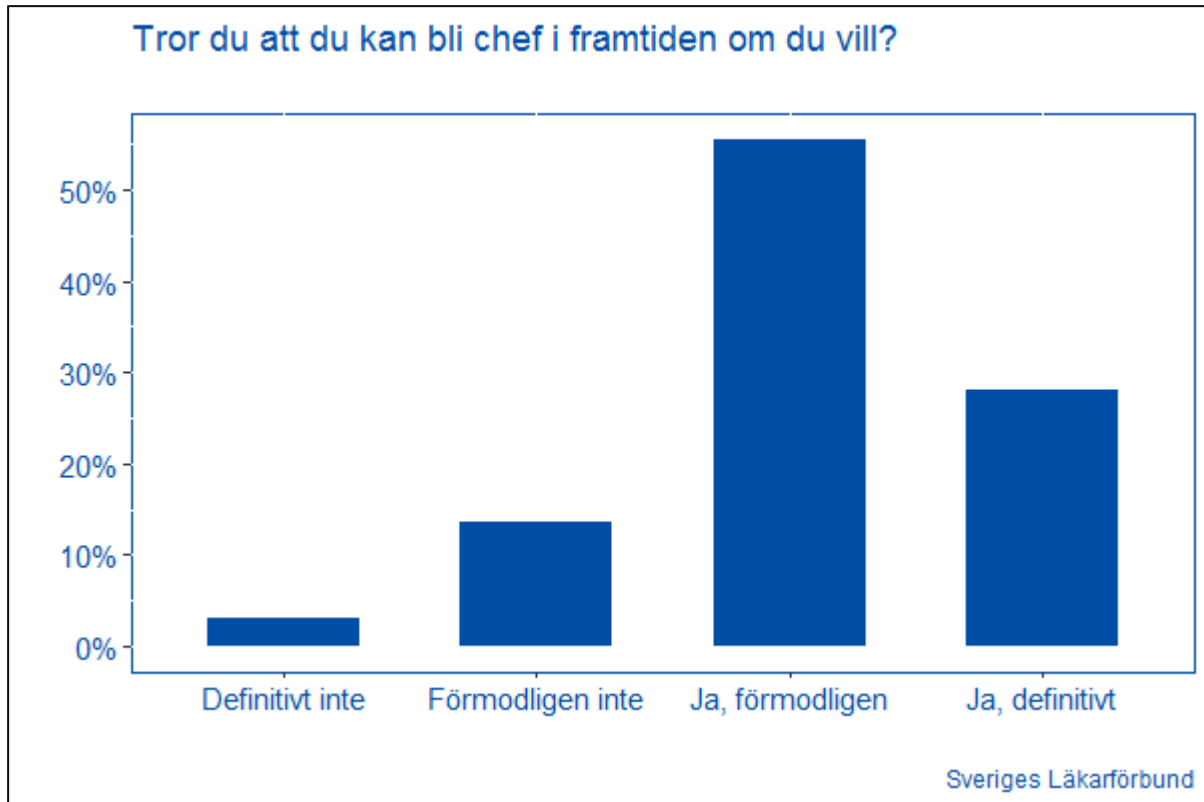
Att viljan att bli chef avtar med ålder kan bero på att äldre generationer aldrig har velat bli chefer lika mycket som yngre eller att läkarna när de är ute i verksamheterna tappar lusten. För att få ett definitivt svar på frågan skulle undersökningen behöva göras om vid ett senare tillfälle, eller jämföras med liknande undersökningar som gjorts tidigare. Kombinerat med att många läkare upplever små möjligheter att påverka och att arbeta kliniskt parallellt med chefskapet ligger det dock nära till hands att just nu inte lägga alltför mycket vikt vid kohorteffekten, till förmån för erfarenhetseffekten.

Resultatet ovan är nedslående, eftersom idealscenariot vore att läkare som samlat på sig erfarenhet och kunskap skulle vilja använda detta för att förbättra verksamheten. Dessvärre förefaller det vara tvärtom. Trenden är nedåtgående över hela åldersspannet, men som tydligast vid ungefär 40 års ålder. Det är den ålder då många läkare har blivit färdiga specialister, och förmodligen har blivit som mest lämpliga att ta på sig chefsansvar. Att just dessa personers vilja att bli chef faller snabbast är på sikt ett stort problem för sjukvården. Att förbättra villkoren i hälso- och sjukvården i stort och för chefskap i synnerhet är därför viktigt även för att skapa en god rekryteringsbas av chefer.

Läkare bedömer att de kan bli chef

Svaren ovan har visat att många läkare vill bli chefer, men att få chefer idag är läkare. Är det då för att de inte kan eller får bli chefer, som det idag är sådan brist på läkarchefer? Nästa fråga berör just det. Studenter och yrkesverksamma har fått frågan om de tror att de skulle kunna bli chef om de vill det. Pensionärer har inte fått den här frågan eftersom de inte är aktuella för att söka nya tjänster.

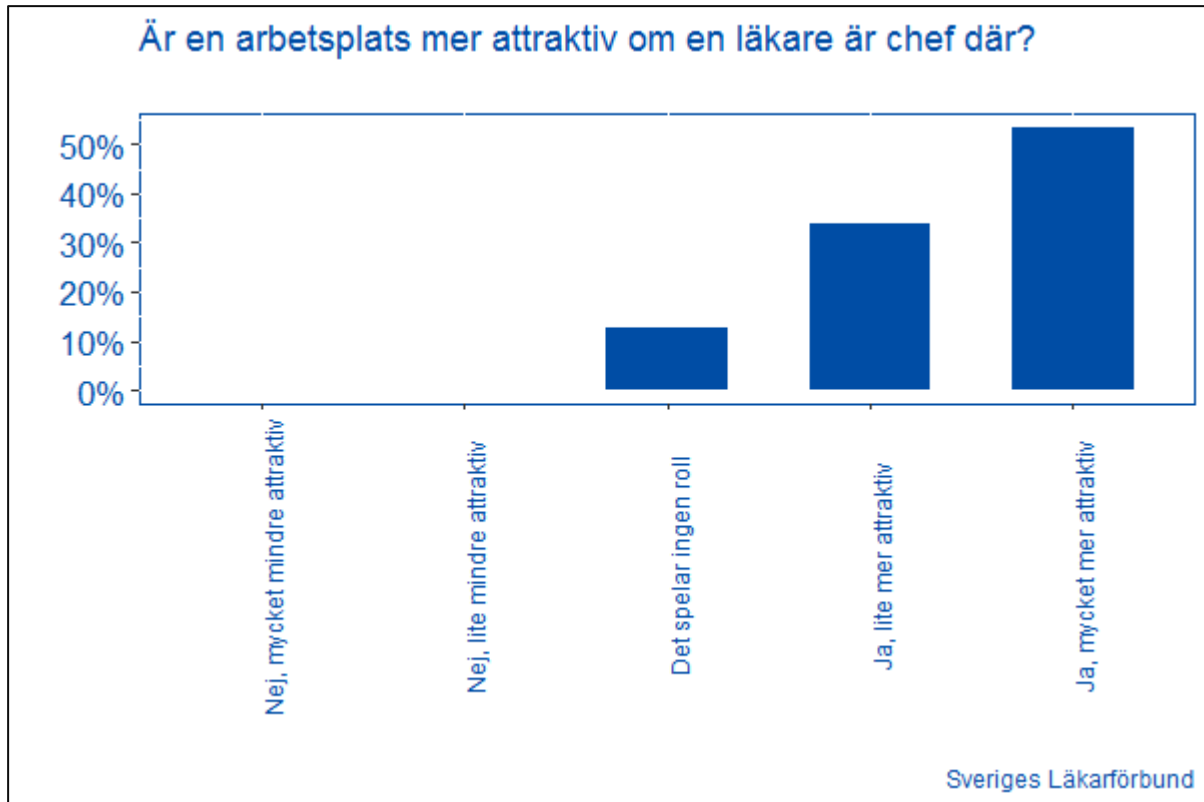
³ LOESS-regression.



Det förefaller finnas en klar uppfattning hos yrkesverksamma och studenter att det går att bli chef om man vill. Att personerna har den uppfattningen betyder inte med säkerhet att de har rätt, men det är åtminstone en klar indikation på att den låga andelen chefer som är läkare inte beror på att de inte tror att de kan utan, på någonting annat. Vad det kan vara återkommer vi till längre ner.

Läkare vill ha läkare som chefer

Både yrkesverksamma och studenter har fått frågan om en arbetsplats blir mer attraktiv om en läkare är chef där, och resultatet från dessa svar är mycket tydliga i favör för att ha läkare som chef. Av de ungefär 2 000 som svarat på frågan är det endast 5 personer som valt något av alternativen "Mycket mindre" eller "Lite mindre", 13 procent har svarat att det inte spelar någon roll och övriga 87 procent föredrar en läkare som chef med "Mycket mer" som det enskilt vanligaste svaret. De som inte vill ha läkare som chef är så få att de knappt syns i stapeldiagrammet nedan.



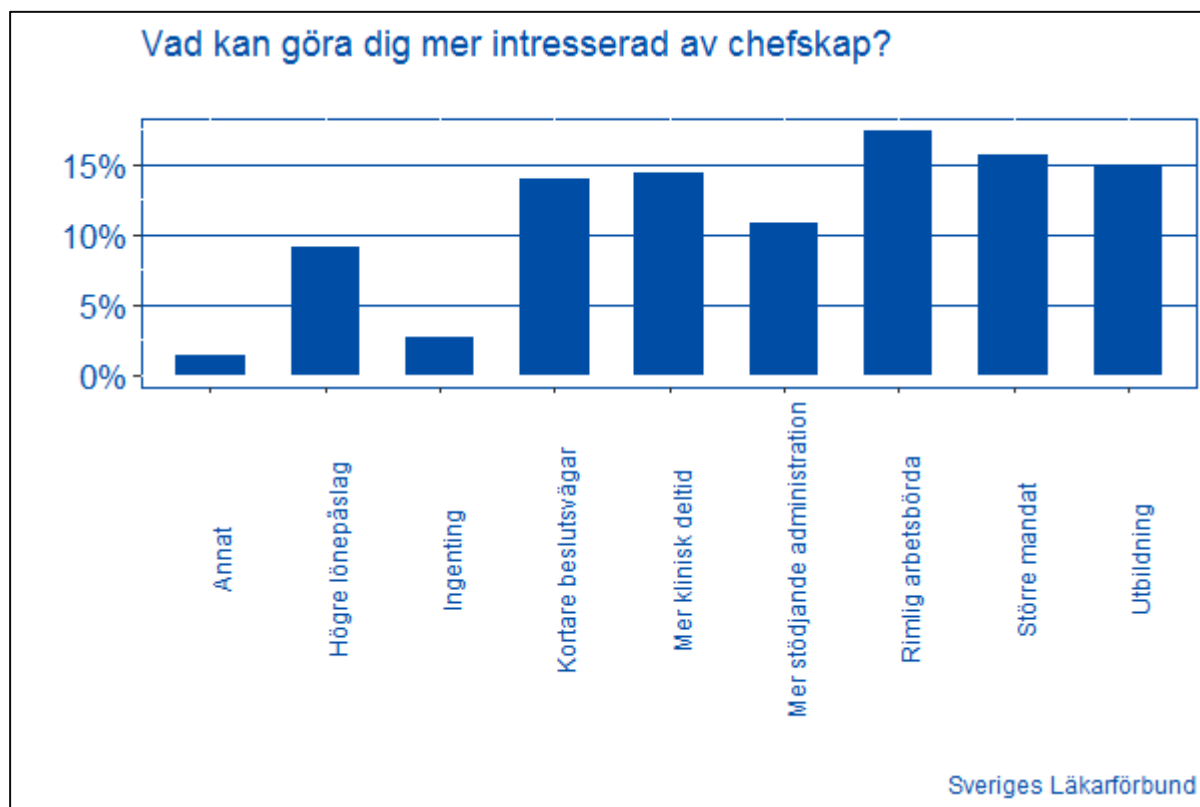
Det är alltså en fullständig överväldigande majoritet som vill ha en läkare som chef, så pass stor att det inte ens är meningsfullt att dela upp resultatet på undergrupper. Det går knappast att få ett tydligare resultat än detta, och det framstår som att det bland läkare finns en uppdämd frustration kring hur verksamheten fungerar och att man tycker att det behövs en större förståelse för medicinska avvägningar i de övergripande besluten.

En slutsats som bör dras av detta är att det underlättar vidare rekrytering av personal att ha en läkare som chef över verksamheten. Utöver andra potentiella fördelar med läkarchefer ökar alltså även möjligheterna att upprätthålla en god läkartäthet i organisationen.

Varför blir de inte chefer?

Om då många läkare (åtminstone tidigt i karriären) vill bli chefer och tror att de kan bli chefer om de vill, varför blir de inte det? Frågan ställdes om vad som kan göra respondenterna mer intresserade av att anta ett chefskap. Här kunde respondenterna kryssa i mer än ett alternativ, samt att ett "annat"-alternativ inkluderades. Den formen av "rest-alternativ" har annars försökt undvikas eftersom det ibland kan bli något som suger upp väldigt många mitternellan-respondenter, till nackdel för tydligheten. Det "rest-alternativ" som framförallt undvikits är "Vet ej"-alternativ. Här har ett sådant inkluderats eftersom det inte var uppenbart innan enkäten skickades ut om svarsalternativen i tillräckligt stor utsträckning representerar åsiktsspannet i panelen. I det här fallet verkar det dock som

att de färdigskrivna alternativen täcker upp en stor del av de hinder som finns för att bli chef, eftersom endast 2,1 procent av respondenterna har valt "annat".



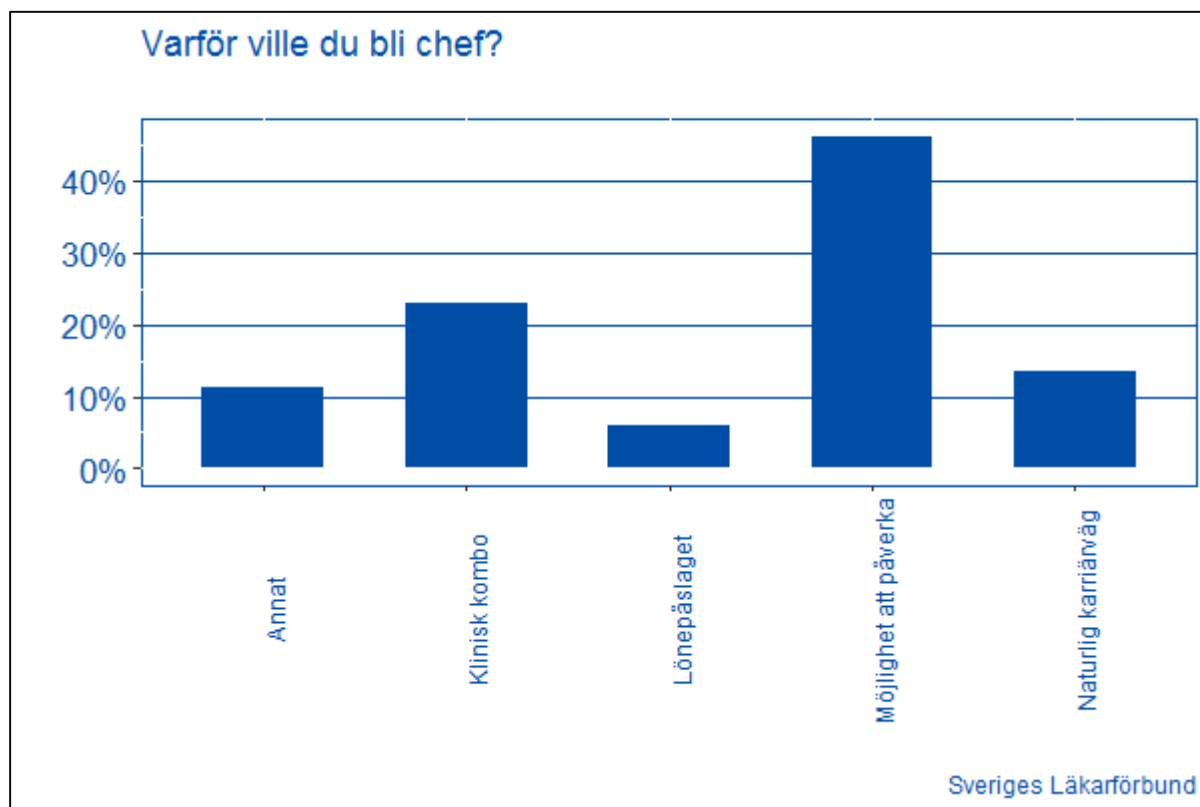
De alternativ som flest valt är rimlig arbetsbörda, större mandat, större möjlighet till klinisk deltid, kortare beslutsvägar och kompetenskomplettering. Kompetenskomplettering formulerades som "utbildning i chef- och ledarskap eller annan kunskap som du idag saknar (ekonomi, arbetsrätt eller annat)". De flesta svarsalternativen i diagrammet är omformulerade från enkäten av utrymmesskäl, men innebörden är densamma.

Endast ett fåtal (ca 2 procent) har svarat att ingenting kan göra dem mer intresserade av att bli chef. Detta tyder på att de som under inga omständigheter vill bli chef är få. Att väldigt få läkare absolut inte vill bli chef är positivt, eftersom det gör att rekryteringspotentialen är stor. Men att många hypotetiskt vill bli chefer hjälper förstås inte om de i slutändan ändå ser för många verkliga hinder för att faktiskt söka chefstjänster. Dessa hinder måste alltså undanröjas för att få fler läkare att i praktiken vilja ta sig an ett chefsansvar.

Läkare som är chefer

De läkare som redan idag är chefer har fått besvara frågan varför de ville bli chef. Nedan visas hur svaren har fördelat sig. Återigen är det få som har svarat "annat" vilket är en god indikation på att de

svaren som getts kan betraktas som uttömmande. De som svarat att de idag är chefer är i genomsnitt 54 år gamla, vilket är något äldre än den genomsnittliga medlemmen i Läkarförbundet.



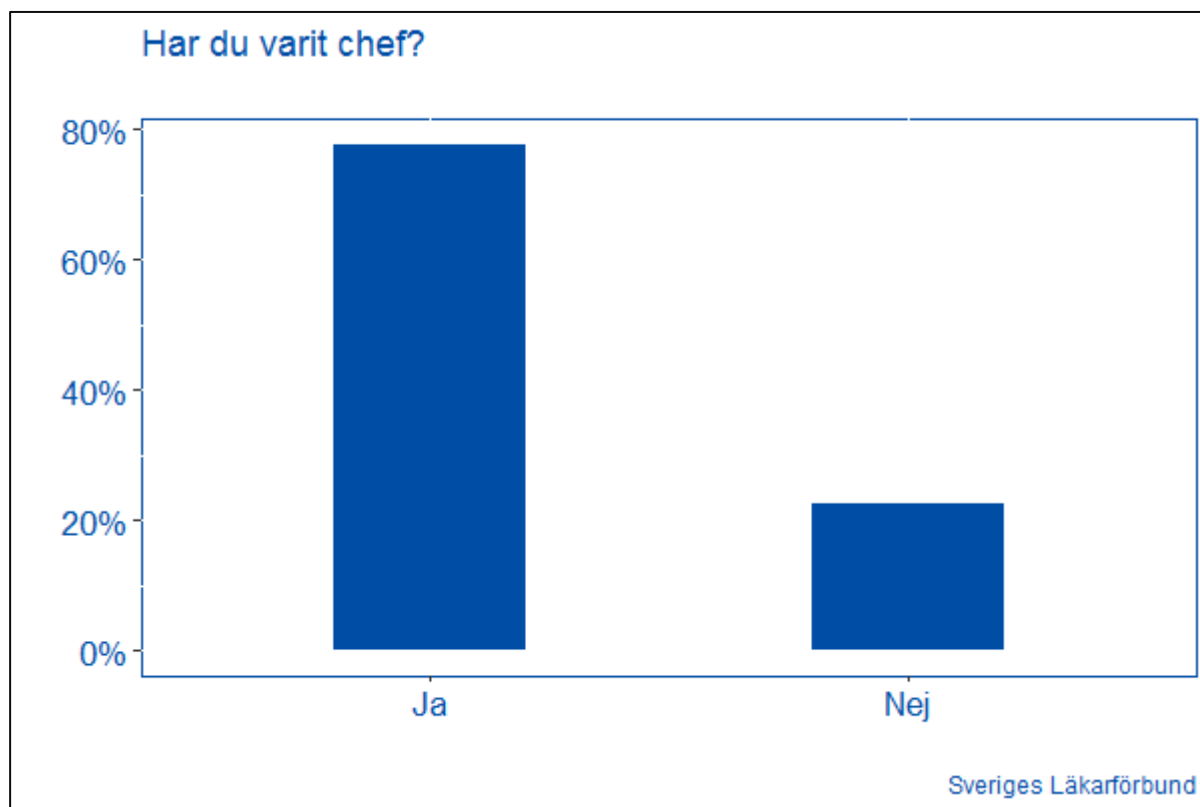
4

Den stora anledningen för chefer att ha önskat bli chefer är enligt de själva möjligheten att få påverka verksamheten, följt av att de hade möjlighet att kombinera chefskapet med att arbeta deltid kliniskt. Kombinerat med den föregående frågan om vad som bör förbättras för att öka viljan att bli chef framgår alltså att de läkare som vill bli chefer och är chefer vill påverka och förbättra verksamheten.

Att så få har svarat lönepåslaget som faktor för att vilja bli chef kan antingen tolkas som att lönen är oviktig eller att lönepåslaget är så litet att det inte är avgörande i det här fallet. Eftersom lönepåslaget för läkarchefer faktiskt inte är lika stort som för till exempel sjuksköterskechefer förefaller den senare tolkningen vara rimlig. Att höja lönen för läkarchefer kan alltså vara en effektiv åtgärd för att få fler läkare att söka chefstjänster.

⁴ Svartalternativen är omformulerade i diagrammet av utrymmesskäl.

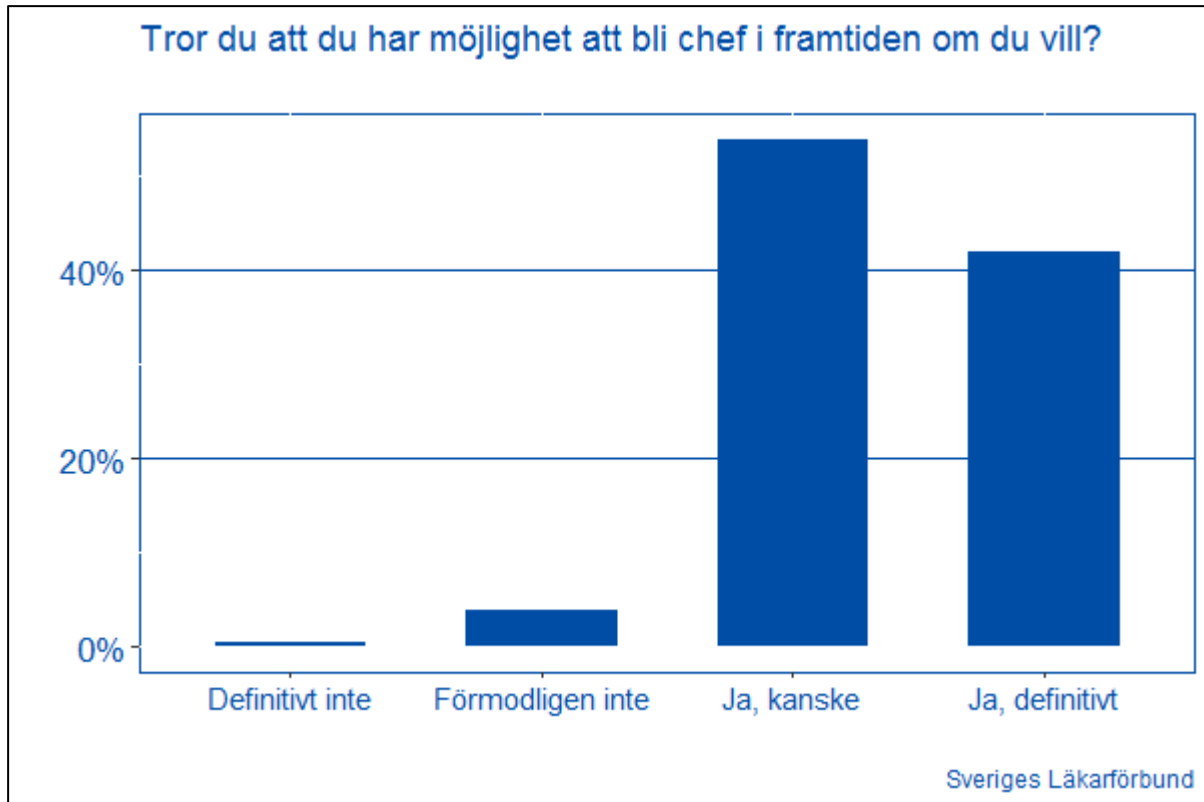
Pensionärer



Av de som angett att de är pensionärer är det många, nästan 80 procent, som svarat att de någon gång varit chefer. Huruvida detta innebär att de flesta läkare någon gång under arbetslivet är chef, eller om läkare förr har varit chefer i större utsträckning än idag går inte att utläsa från det här svaret men det är en intressant frågeställning för framtida utredningar och undersökningar.

Studenter

Läkarstudenternas perspektiv är mycket viktigt, eftersom det är de som är framtidens läkare och ledare inom hälso- och sjukvården. Många av de som påbörjar sin läkarutbildning 2019 kommer arbeta inom hälso- och sjukvården på 2070-talet, och allra helst vara de som leder och har ansvar för sjukvården under många av dessa år.

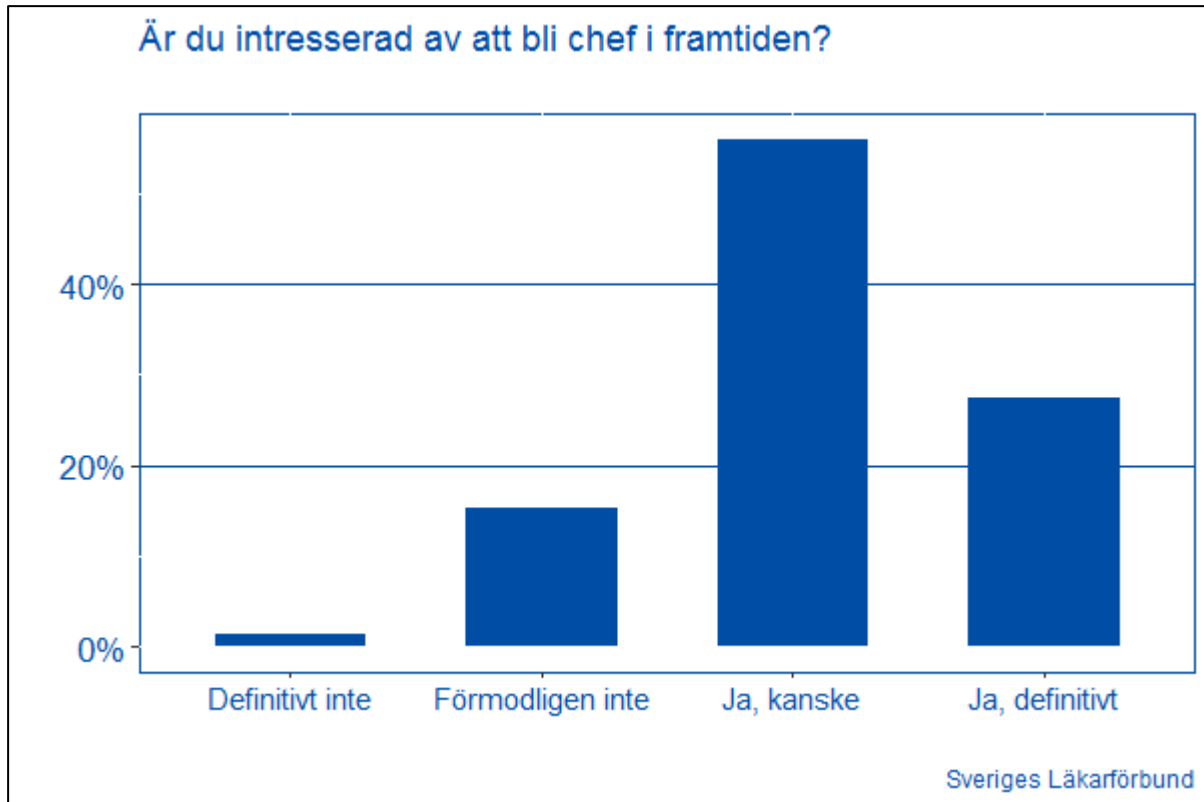


Bland de hundratals studenter som deltar i panelen är det en överväldigande majoritet som svarar jakande på frågan om de tror att de *kan* bli chef i framtiden. Här finns en oerhört stor potential för arbetsgivare att plocka upp, inte minst i ett läge där alltfler unga läkare funderar på att lämna sjukvården.⁵

Vill studenterna bli chefer i framtiden?

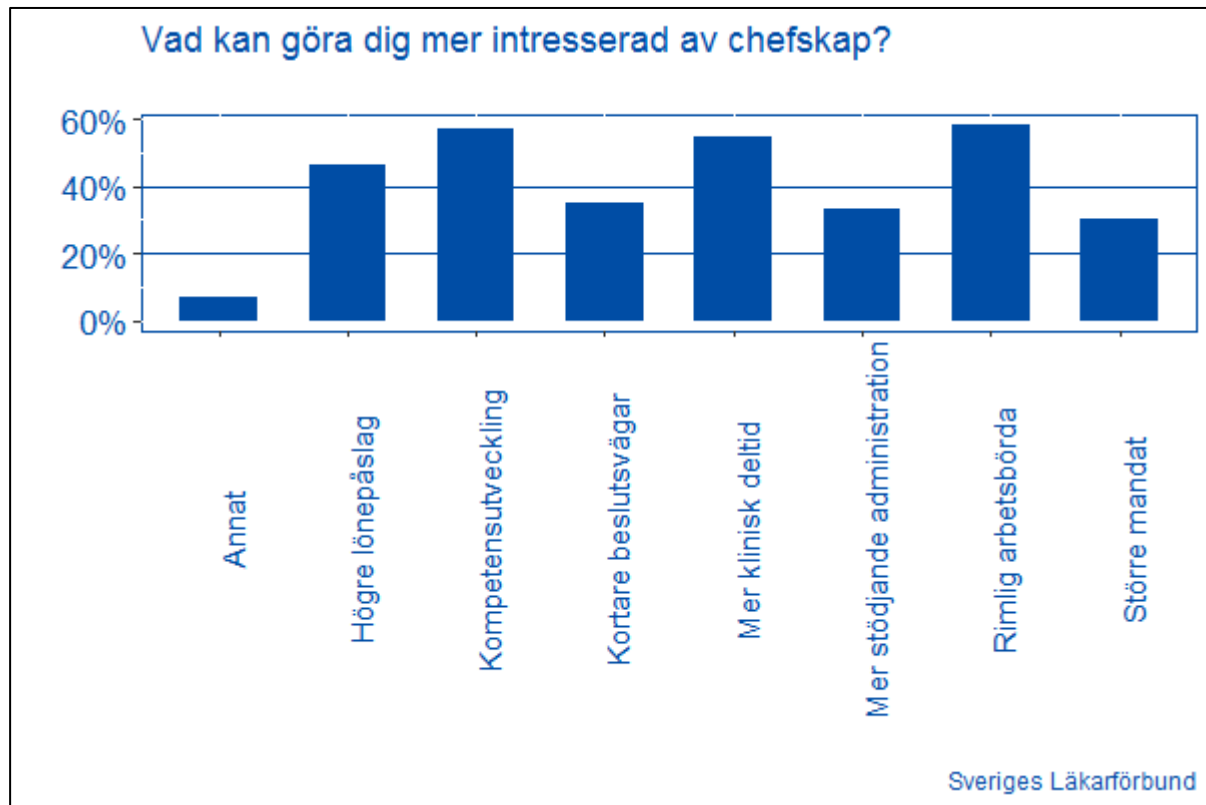
Observera att detta diagram inte säger exakt samma sak som det tidigare diagrammet som visade att yngre medlemmar är mer villiga att bli chefer än äldre eftersom inte alla unga är studenter och inte alla studenter är unga. Överlappet är dock givetvis stort.

⁵ [Läkartidningen - "30 procent av de yngre läkarna funderar på att lämna sjukvården"](#)



I diagrammet ovan framgår att de allra flesta studenterna är intresserade av att bli chefer i framtiden. Väldigt få har uteslutit möjligheten, och de få som svarat "förmodligen inte" har ju svarat detta utifrån den situation i sjukvården de idag betraktar. Om förhållandena för läkarchefer förbättrades skulle fler respondenter svara mer "högerut" i staplarna ovan, dvs större tyngdpunkt skulle ligga mot en vilja att bli chef. För att långsiktigt höja hälso- och sjukvårdens funktionssätt är det den utvecklingen som måste till.

Vad kan göra studenterna mer intresserade av chefskap?



Studenterna har fått svara på frågan vad som kan öka deras intresse att bli chef. De vanligaste svaren har varit att de vill ha en rimlig arbetsbörda, kompetensutveckling inom annat än det kliniska, möjlighet att arbeta deltid kliniskt och ett högre lönepåslag i chefsrollen. Ett litet fåtal har svarat "annat", vilket bör innebära att svarsalternativen som getts täcker in deltagarnas åsikter väl.

Att så många önskar utbildning inom annat än medicin för att deras vilja att bli chef ska vara högre bör innebära att de inte känner sig lika bekväma med sådant som rör personalfrågor eller ekonomi som de är med det kliniska där de har en gedigen utbildning. Det innebär att det krävs kompletterande fortbildning både för att fylla i faktiska kunskapsluckor och för att framtidens chefer ska känna sig redo att ta sig an uppdraget.

Resultatsammanfattning och arbetet framåt

Utifrån resultaten är det uppenbart att läkare vill bli chefer, att de tror att de kan bli chefer samt att de vill ha en läkare som sin egen chef. Anledningarna att många avstår från att bli chef är flera såsom hög arbetsbelastning, små möjligheter att påverka som chef, för litet lönepåslag samt för dåliga möjligheter att bibehålla en klinisk deltidstjänst. Inom läkarkåren finns en väldigt stor rekryteringspotential för framtida chefer om dessa hinder arbetas bort.



Läkarförbundet kommer att fortsätta sitt arbete med opinionsbildning för att öka förståelsen för de nyttor en läkare som chef för med sig. I arbetet finns en handlingsplan vars slutmål är att de flesta chefer inom hälso- och sjukvården ska vara läkare. I handlingsplanen ingår bland annat att läkare tidigt i sin karriär ska få specifik ledarskapsutbildning och kunskap om vårdens organisation och styrning. Det ingår även att det ska finnas fler instegsbefattningar för potentiella chefer, för att sänka tröskeln för intresserade individer, och att löne- och anställningsvillkor för chefer skall vara goda.

Urvalet – representeras populationen?

Läkarförbundet har drygt 56 000 personer inskrivna i sitt medlemsregister, och från dessa har drygt 3 500 personer tackat ja till att ingå i en s.k. åsiktspanel. Dessa personer är sedan de som fått denna enkät skickad till sig, och som kommer fortsätta få enkäter åtminstone 2019 ut. En viktig fråga är hur väl detta urval representerar populationen de är tagna från.

Urvalet är ju inte slumpmässigt utan självrekryterat, och självrekrytering i sig riskerar att skapa en snedvridning mellan personerna som deltar gentemot personerna som inte gör det. För att minska denna snedvridning (och för att öka deltagandet) erbjöds alla som tackat ja att delta i ett lotteri av presentkort om 500 kronor. Lite skämtsamt har det sagts att det visserligen är något misstänkt över de som kräver betalning för att delta i en enkät, men de som gör det gratis är värre. Det ska även poängteras att ren slumpmässighet endast uppnås med fullständig svarsfrekvens i ett i grunden slumpmässigt urval, om någon andel av urvalet inte deltar uppstår en snedvridning även om urvalet från början var slumpmässigt.

Utifrån de variabler som finns att tillgå från medlemsregistret och bakgrundsfrågor vi ställer i själva enkäterna bedöms representationen vara god. Utifrån ålder, kön, geografi och karriärsteg förefaller paneldeltagarna överensstämma hyfsat med populationen. Det går att korrigera för snedfördelningar, men dylika korrigeringar riskerar att skapa andra, oväntade, snedfördelningar. På grund av detta har inga korrigeringar gjorts.

Enkäten är uppbyggd på så sätt att utifrån vad man svarar fördelas man till olika serier av frågor. Den främsta uppdelningen är utifrån om man är yrkesverksam eller inte där yrkesverksamma, studenter, pensionärer och gruppen övriga filtreras till egna spår.

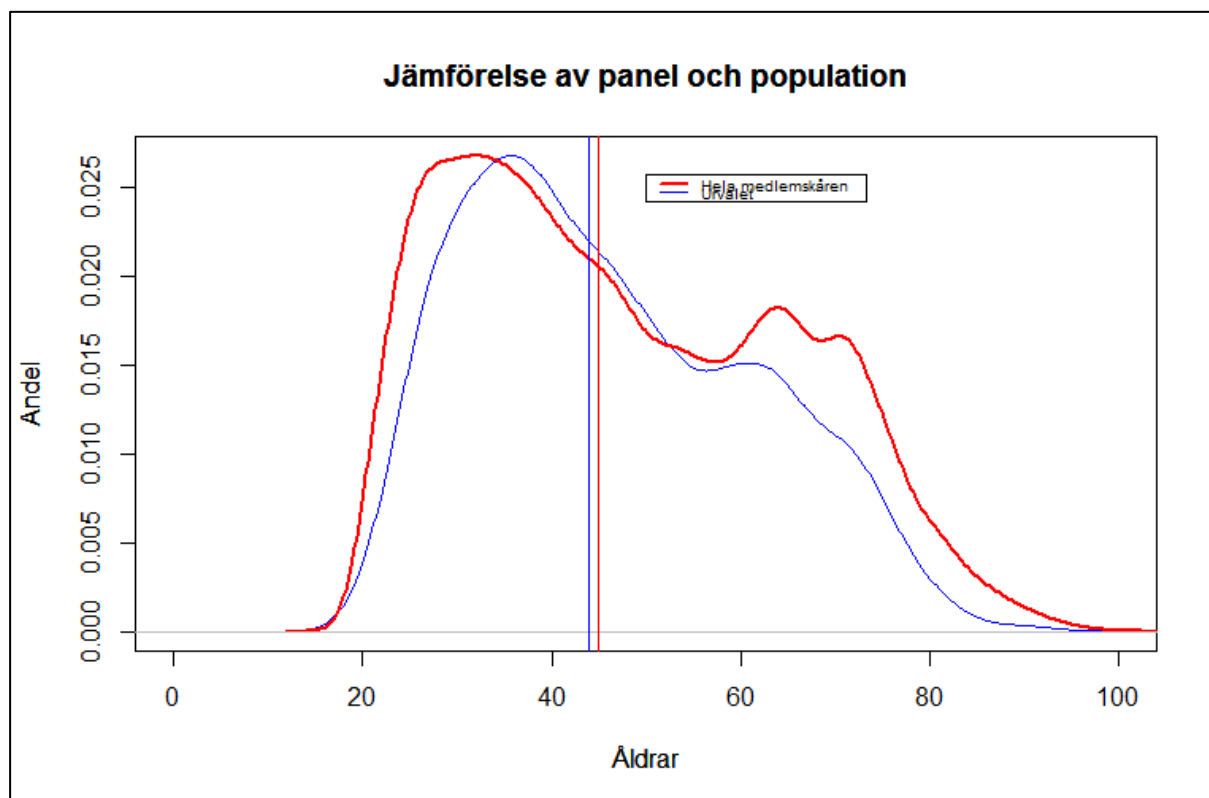
Om urval och metod

När stickprov görs från en population i syfte att uttala sig om populationen finns det alltid risker inblandat. En förutsättning för att genomföra inferens är att det inte finns systematiska skillnader mellan stickprovet och populationen. Den grundläggande frågan är om de personer som villigt svarar på enkäter skiljer sig åt från de som inte vill göra det? Svaret är ja, någonting skiljer ju. Frågan är hur mycket, och om det spelar någon roll för de frågor vi ställer?

Åldersrepresentation

För att resonera kring hur väl stickprovet representerar populationen kan jämförelser mellan dessa göras, med avseende på tillgängliga och relevanta bakgrundsvariabler. För den gällande populationen, medlemmar i Läkarförbundet, är ålder den enskilt överlägset mest avgörande variabeln eftersom denna i stor utsträckning samvarierar med sådant som karriärsteg, lön och arbetstid. Bilden nedan visar hur åldersfördelningen i panelen ser ut jämfört med åldersfördelningen för hela medlemskåren. Som synes följer fördelningarna väl. De vertikala linjerna markerar respektive fördelningsmedian som alltså sammanfaller mycket väl. Om det finns en felrepresentation att tala om

så är det främst att personer i yrkesverksam ålder (ca 30-65 år) är överrepresenterade i urvalet. Med hänsyn till ålder är alltså panelens sammansättning godtagbart representativ för medlemskåren.

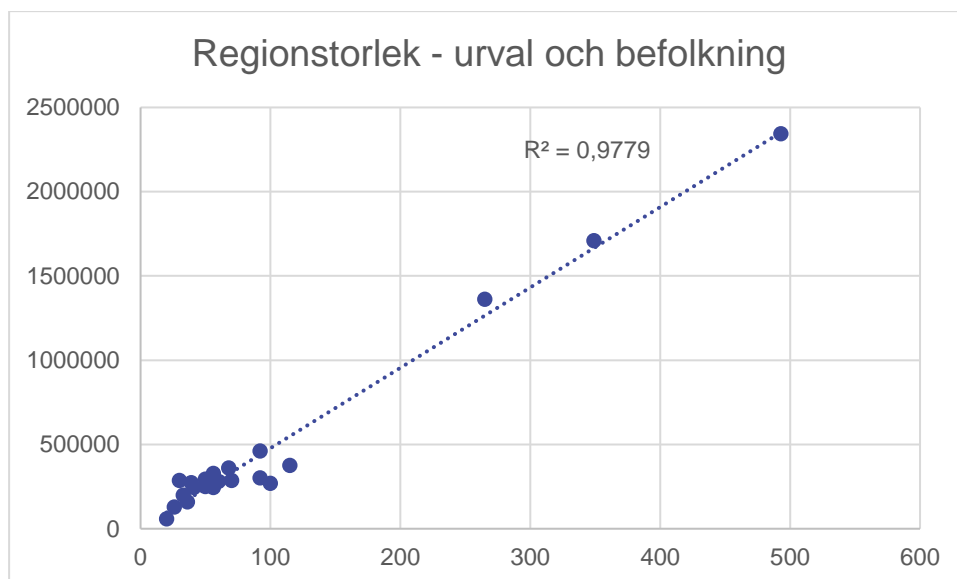


Geografisk representation

Ett annat sätt att bedöma representationen är geografisk representation. I vårt medlemsregister har vi inte region som bakgrundsvariabel. Ett sätt att bedöma representationen blir då att se var respondenterna är yrkesverksamma, och därefter jämföra det med respektive läns befolkningsstorlek. Befolkningsstorlek antas sammanfalla med antalet läkare i länet.

När detta görs finner man en korrelation mellan antalet respondenter per region och befolkningsstorlek per län på strax under 0,99, vilket är en enormt hög korrelation. Västerbottens representation är den lägsta (ca 57 procent) och Gävleborgs är högst (ca 200 procent) vilket innebär att till exempel Gävleborg har hälften så många läkare i urvalet som de har befolkningsproportion. De största regionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland har 100, 108 respektive 103 procents representation. Eftersom dessa regioner utgör mer än 50 procent av befolkningen gör detta att den totala representationen blir så pass god.

Svärmdiagrammet nedan visar att urvalets länsfördelning sammanfaller approximativt linjärt med länens befolkningsstorlek.



Könsmässig representation

Utöver ålder och geografi är kön en viktig faktor för representation. Bland samtliga medlemmar i vårt medlemsregister på dryga 56 000 medlemmar är 50,5 procent kvinnor och 49,5 procent män. I urvalet som besvarat enkäten som ligger till grund för denna rapport är 52,4 procent kvinnor och 47,6 procent män⁶. Det finns alltså en viss skillnad men den är inte att betrakta som betydande. En faktor skulle kunna vara om det finns skillnader i vilka män och kvinnor som deltar i panelen. Det kan ju vara så att en liten skevhet i kön expanderar till stora skillnader i utfall om till exempel variationer i åldersrepresentation inom könsgруппerna är stora. Med andra ord, eftersom kvinnorna i medlemskåren i genomsnitt är yngre än männen är det positivt för representativiteten om detsamma gäller för urvalet. Detta kan bedömas genom betingade kovarianser, med kön omkodat till en binär numerisk variabel. När detta beräknas är sambandet negativt för bägge grupperna. Det innebär att för såväl urval som population är kvinnor i genomsnitt yngre än männen, och skillnaden är liten (men med mycket låga p-värden) för båda grupperna.

Sammanfattningsvis bedöms panelen representera medlemmarna mycket väl med avseende på de bakomliggande variablerna ålder, geografi och kön. Skulle det vara stora skillnader mellan population och urval skulle justeringar av resultaten kunna göras för att få de två att motsvara varandra i större utsträckning med avseende på bakgrundsvariabler, men eftersom detta riskerar att snedvrider andra resultat är det önskvärt att inte göra detta om det inte behövs. Det bedöms i nuläget inte behövas.

⁶ Medlemskåren består av 28 344 kvinnor och 27 754 män. Urvalet består av 1 385 kvinnor och 1 256 män.