

Rapport 2017:7

# Visa vägen i vården

– ledarskap för stärkt  
utvecklingskraft



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** istockphotos/Getty Images  
**Tryck:** EDITA BOBERGS  
ISBN 978-9187213-74-8



# Visa vägen i vården

– ledarskap för stärkt utvecklingskraft



# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Kajsa Westling har varit föredragande. I den slutgiltiga handläggningen har projektdirektör Hanna Sjöberg deltagit.

Stockholm 2017-09-12

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*

Kajsa Westling  
*Föredragande*





## Förord

Svensk hälso- och sjukvård är mitt uppe i en transformation. En rad omvärldsutmaningar behöver hanteras, nya möjligheter behöver tas till vara och vården måste i grunden se över hur målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen kan uppnås i en ny tid. En lång rad initiativ har tagits för att göra vården mer patientcentrerad, stärka primärvården, ta tillvara digitaliseringens möjligheter, förbättra tillgängligheten och trygga en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. Vilken utväxling vi kan förvänta oss av dessa initiativ beror i slutändan på den samlade förmågan på nationell, regional och verksamhetsnära nivå att genomföra förändringar i ett komplext och ibland trögörsligt system.

Här kommer ledarskapet in. Ledarskapet förväntas vara en katalysator för förändring genom att vara vägvisare i utvecklingen och utforma styrnings- och arbetsformer som är anpassade till uppgiften. Vi sätter också hopp till att ledarskapet ska bidra till en god kultur och ta tillvara den kompetens och det engagemang som finns hos vårdens medarbetare. När vi frågar oss varför vissa organisationer fungerar bättre än andra blir svaret ofta att ledarskapet är en viktig faktor.

Vårdanalys har mot denna bakgrund fått i uppdrag av regeringen att se över på vilket sätt regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen och regionerna i deras arbete med att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården.

I denna rapport presenterar vi ett brett kunskapsunderlag som vi hoppas ska fungera som utgångspunkt för att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården på de olika nivåerna. Vi har undersökt vilka utmaningar som ledarskapet står inför i dag och sammanställt lärdomar från forskningen och organisationer som framhålls som förebilder i fråga om ledarskap.

Vi har identifierat de mest angelägna utvecklingsområdena och lämnar rekommendationer om vad regeringen respektive landsting och regioner kan göra för att stärka ledarskapet i svensk hälso- och sjukvård.

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp bestående av projektledare Kajsa Westling och projektmedarbetare Isabelle Carnlöf. Milan Knezevic ledde arbetet i den inledande delen av projektet. Konsultföretaget Helseplan har bidragit med underlag.

Vi har många att tacka för värdefulla bidrag till den här rapporten. Ett särskilt stort tack vill vi rikta till alla chefer, forskare, myndighetsrepresentanter och professionsföreträdare som tagit sig tid att intervjuas och delta i seminarier för att berätta för oss om sin vardag och ledarskapets utmaningar. Vi vill även tacka vår referensgrupp bestående av Toivo Heinsoo, Olivia Wigzell (Socialstyrelsen), Hans Winberg (Leading Health Care) och Göran Henriks (Region Jönköpings län). Vidare vill vi tacka Region- och landstingsdirektörsföreningen för gott samarbete och värdefulla synpunkter. Slutligen vill vi också rikta ett tack till Mia von Knorring (Karolinska Institutet) för kvalitetssäkring och vägledning i det stora forskningsfältet ledarskap. Synpunkter och diskussioner med samtliga medverkande har varit en viktig del av arbetet, men Vårdanalys är ensamt ansvarig för rapportens slutsatser och förslag.

Stockholm i oktober 2017

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*





## RAPPORTEN I KORTHET

Ledarskapet är en nyckel till vårdens utvecklingskraft. Vårdanalys har haft i uppdrag från regeringen att se över på vilket sätt staten kan stödja landstingen att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. I arbetet har vi genomfört en forskningsgenomgång och en nulägesanalys som fokuserar på ledarskapets förutsättningar och utmaningar men också på ledarskapsutveckling för vårdens chefer.

I rapporten utgår vi från att ledarskap handlar om att skapa riktning och mening, koordinera organisationens arbetsätt och processer samt skapa engagemang för verksamhetens uppdrag och mål. Forskningen visar att ledarskap är beroende av sammanhanget och att det inte finns en bästa ledarskapsmodell eller ledarstil.

I rapporten kommer vi fram till följande:

### Viktiga komponenter för ett gott ledarskap i hälso- och sjukvården är enligt forskningen

- ▶ ledare som förstår sitt sammanhang och har ett systemtänkande
- ▶ ledare med kompetens och förutsättningar för att arbeta med relationer mellan människor och mellan olika delar av organisationen
- ▶ ledarskap med fokus på meningsskapande och lärande
- ▶ ledarskap med fokus på att organisera och styra nätverk som gör det möjligt för verksamheter och medarbetare att samverka för att möta patientens behov
- ▶ ledarskap med kompetens i förbättringsarbete och förändringsledning.

### Utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården är

- ▶ brisfälliga stödstrukturer och mycket administration som försvårar ett närvarande ledarskap
- ▶ brisfälligt stöd för att bedriva utvecklingsarbete
- ▶ styrning som skapar dåliga förutsättningar för ledarskap i komplexa organisationer med ett högt förändringstryck
- ▶ otydliga roller mellan politiker och tjänstemän som kan leda till bristande långsiktighet och fragmentisering.

### Fem områden i en utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap är

1. stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap
2. ökad attraktivitet för chefskap
3. stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring
4. strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
5. sammanhängande regional och nationell styrning för att möta de gemensamma utmaningarna.

Landstingen har ett huvudansvar för att stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården, men regeringen och dess myndigheter har en viktig uppgift i att stödja och komplettera landstingens arbete.

# Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård har flera stora utmaningar att hantera och behöver ständigt utvecklas för att möta befolkningens behov. Vårdens organisation och utförande måste bättre anpassas till patienterna, resurserna behöver användas mer effektivt och kunskap omsättas i högre takt. Ett stärkt ledarskap på alla nivåer i hälso- och sjukvården är en nyckel till att möta utmaningarna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att se över hur staten kan stödja landstingen och regionerna (fortsättningsvis kallade landstingen) att utveckla och stärka ledarskapet – som ett led i att stärka hälso- och sjukvårdens utvecklingskraft.

## **VI HAR GENOMFÖRT EN NULÄGESANALYS OCH IDENTIFIERAT UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR ETT STÄRKT LEDARSKAP**

Vi har genomfört en nulägesanalys för att identifiera de viktigaste utvecklingsområdena för att stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Vår analys bygger på intervjuer och workshops med chefer på olika nivåer och från flera olika delar av landet, fallstudier i två landsting, ett antal kartläggningar av hur landstingen arbetar med ledarskapsfrågor, studier av arbetet med ledarskapsutveckling i några andra länder och samhällssektorer, samt intervjuer med forskare och experter på området. Därutöver har vi sammanställt forskning om ledarskap. Vi har analyserat både förutsättningar och utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården och landstingens arbete med ledarskapsutveckling. Utifrån dessa underlag har vi identifierat utvecklingsområden och utformat rekommendationer. Vi riktar i första hand våra rekommendationer till landstingen eftersom de har det huvudsakliga ansvaret för såväl ledarskapets förutsättningar som ledarskapsutveckling.

Men vi riktar även rekommendationer till regeringen inom områden där vi ser att staten har en viktig roll i att stödja och komplettera landstingens arbete.

### **Särskilt fokus på chefers ledarskap och på hur ledarskapet kan bidra till utvecklingskraft**

Ledarskap utövas av många olika aktörer och det finns både formellt och informellt ledarskap. Vår datainsamling har inriktats på chefers ledarskap; verksamhetsnära chefer, högre chefer och tjänstemannaledningen i landstingen och de förutsättningar och utmaningar de möter. Chefers ledarskap utgör en särskilt viktig förutsättning för det utvecklingsarbete som behövs i hälso- och sjukvården eftersom chefer har ett formellt ansvar och mandat för verksamheten och dess utveckling. Samtidigt är chefers ledarskap i stor utsträckning beroende av ett fungerande ledarskap från den regionala politiska nivån och från den nationella nivån, som utgörs av regeringen och dess myndigheter samt riksdagen.

### **Ledarskap innebär att skapa riktning och mening**

Ledarskap är ett brett och mångtydigt begrepp utan en enda eller enkel definition. Forskningen visar att det inte heller finns ett bästa sätt att leda i hälso- och sjukvården utan att ledarskapet måste anpassas till organisationens och medarbetarnas behov. I vår analys utgår vi från en definition av ledarskap som innebär att ledarskapets uppgift är att skapa en gemensam riktning och mening, koordinering av kunskap, processer och arbetsinsatser samt engagemang hos medarbetare för verksamhetens uppdrag. Forskning visar även att ledarskap och organisationskultur är tätt sammankopplade och att det är en viktig uppgift för ledare att bygga och bära en organisationskultur som stödjer önskade arbetssätt.

### **Motstridiga intressen, starka professioner, ett högt förändringstryck och behov av ökad patientcentrering är några av förutsättningarna**

Chefer i hälso- och sjukvården verkar i en komplex miljö med flera olika och ibland motstridiga intressen från politiker, förvaltning, profession och patienter. Sammantaget innebär detta en komplex verklighet och en stor mängd styrsignaler för chefer att ta hänsyn till.

Hälso- och sjukvården är vidare kunskapsintensiv och består utav högutbildade och ofta specialiserade medarbetare med stor autonomi i patient-

arbetet. I vården finns 21 olika legitimationsyrken och sektorn präglas av starka professionskulturer.

Hälso- och sjukvården förändras ständigt på grund av snabb teknik- och kunskapsutveckling och skiftande behov och förväntningar från patienter och invånare. Chefer behöver därför kunna leda förändring och se till att verksamheterna utvecklas för att möta nya krav och utmaningar.

En utmaning ligger i att öka patientcentreringen i hälso- och sjukvården. Ett ökat fokus på patientens sammantagna behov, preferenser och resurser är en central faktor för vårdens fortsatta utveckling och därför en fjärde viktig faktor som ledarskapet måste kunna hantera. Sammanfattningsvis behöver hälso- och sjukvårdens chefer förutsättningar och kompetens att:

- leda i komplexitet
- leda andra ledare med stor egen autonomi
- leda i och för förbättring och förändring
- leda för ökad patientcentrering.

### **Forskningen visar på betydelsen av relationer, meningsskapande och systemförståelse**

Det finns stöd i forskningen för att ledarskap har stor betydelse för organisationers och medarbetares hälsa. Det finns däremot mindre stöd för *hur* ledarskapet påverkar och det går inte att slå fast en bästa sorts ledare eller ledarstil, ledarskap är situationsberoende. Sammantaget visar forskningen att ledarskap och styrning i komplexa organisationer med starka professionsstrukturer bör präglas av att skapa mening och riktning för medarbetare, samt att utforma organisationer som präglas av ett kontinuerligt lärande.

Tillgången till professionell kunskap och det starka inneboende engagemang som finns hos vårdens professioner är en av vårdens största tillgångar. En central uppgift för ledarskapet är att värna det professionella utrymmet och ta tillvara de inre drivkrafter och det engagemang som vårdens medarbetare har.

En annan viktig komponent av ledarskap i hälso- och sjukvården är att tänka i system och att förstå det sammanhang man verkar inom. Systemförståelse är extra viktigt för att chefer ska kunna arbeta tillsammans med andra verksamheter för att skapa sammanhängande vårdkedjor för patienten.



Med utgångspunkt i forskningen drar vi slutsatsen att chefer bör:

- förstå sitt sammanhang och ha ett systemtänkande
- ha kompetens och förutsättningar för att arbeta med relationer mellan människor och mellan olika delar av organisationen
- arbeta med meningsskapande för medarbetarna med fokus på det högre syftet med den verksamhet som drivs och verksamhetens riktning
- fokusera på att organisera och skapa förutsättningar för nätverk som gör det möjligt för olika verksamheter och medarbetare att samverka runt patientens behov
- ha kompetens i förbättringsarbete och förändringsledning.

## UTVECKLINGSGAGENDA FÖR ETT STÄRKT LEDARSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Fem områden är särskilt viktiga för ett utvecklat och stärkt ledarskap. Inom dessa områden lämnar vi rekommendationer till både regeringen och landstingen som syftar till att stärka ledarskapets förutsättningar och ledarskapsutvecklingen. Flera av de förslag vi lämnar fokuserar på grundläggande förutsättningar som vi ser är centrala för ett ledarskap för stärkt utvecklingskraft – dessa är i stor utsträckning redan väl kända. Vår analys visar dock att det på många håll fortfarande finns behov av att arbeta med dessa grundläggande förutsättningar för att möjliggöra för chefer att leda och utveckla verksamheterna. En stor del av det ledarskapsstärkande arbetet består alltså av att se över att chefer har rimliga förutsättningar och stöd för sitt uppdrag.

### 1. Stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap

#### ► *Landstingen och regeringen bör stärka förutsättningarna för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap*

Chefer i hälso- och sjukvården, främst på verksamhetsnära nivå, har många underställda och inte alltid tillräckliga stödstrukturer för sitt uppdrag. Detta innebär att de måste lägga mycket tid på bland annat administration, bemanningsfrågor och rapportering vilket minskar deras möjligheter att vara närvarande i verksamheten. Det begränsar också möjligheterna att skapa en god arbetsmiljö för vårdens medarbetare, och en stabil och långsiktig kompetensförsörjning. Analysen visar även att

många chefer upplever att deras ledarskap försvåras av detaljstyrning, kontroll och en stor mängd styrsignaler från olika nivåer. Sammantaget ger det ett för litet utrymme för chefer att leda och utveckla vården.

Högre chefer bör fokusera styrningen på verksamhetens övergripande syfte och ge chefer och medarbetare möjligheter och utrymme att leverera vård av god kvalitet utifrån patienternas behov. Varje verksamhet och beslutsnivå bör arbeta aktivt med att rensa bort insatser, arbetsätt eller processer som inte skapar värde för patienten och riktning och mening för chefer och medarbetare.

Även statens styrning kan i slutändan påverka chefer på verksamhetsnära nivå. Det pågår, inom bland annat den statliga Tillitsdelegationen, ett arbete med att utveckla den statliga styrningen som syftar till att minska den administrativa bördan för välfärdsprofessionerna samt öka tillit och förtroende mellan stat och utförare.

En annan central utmaning för hälso- och sjukvården är att den behöver bli mer patientcentrerad. Enkätstudier bland verksamhetschefer visar att interna faktorer så som det dagliga arbetet och den egna organisationen är större drivkrafter i utvecklingsarbetet än att involvera patienter, samt att man i stor utsträckning saknar data som visar på hur väl man lyckas erbjuda en patientcentrerad vård. Här behövs en perspektivförskjutning mot ett ledarskap som i större utsträckning har patienten som utgångspunkt i problembeskrivning och utvecklingsinsatser.

### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- analysera och vid behov minska antalet direkt underställda för chefer för att möjliggöra ett närvarande ledarskap
- analysera hur stödstrukturerna kring cheferna på främst verksamhetsnära nivå fungerar och hur de kan utvecklas för att frigöra tid och utrymme
- fokusera styrningen på att möjliggöra för medarbetare att skapa värde i mötet med patienten
- säkerställa att varje verksamhet har möjlighet att följa upp vården ur ett patientperspektiv
- säkerställa att varje verksamhet har metoder för att involvera patienter och närstående i den egna vården och i vårdens utformning.

### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- intensifiera arbetet med att utveckla den statliga styrningen så att det bedrivs konsekvent och uthålligt och på så sätt får genomslag i verksamheterna.



## 2. Ökad attraktivitet i chefskapet

### ► *Regeringen och landstingen bör arbeta för att öka chefskapets attraktivitet*

Chefskap är inte alltid en attraktiv karriärväg för vårdens medarbetare, framför allt på den verksamhetsnära nivån. En grupp där det minskade intresset för chefskap är särskilt tydligt är bland läkare. Väl fungerande stödfunktioner och en rimlig storlek på personalgruppen, som beskrivs under utvecklingsområde 1, kan bidra till att göra chefskapet mer attraktivt och förbättra chefers arbetsmiljö. En annan strategi för att öka rekryteringsbasen för chefer är att redan på grundutbildningen ge studenter på vårdutbildningarna grundläggande kunskaper i ledarskap – och på så sätt visa att chefskap är en möjlig karriärväg. Det behöver också finnas möjlighet att börja utveckla ledarskapskompetens tidigt i yrkeskarriären och fortsätta att kompetensutvecklas under hela arbetslivet.

#### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- tydliggöra chefers uppdrag och analysera och vid behov förbättra deras arbetsmiljö
- se över incitamenten för chefskap för olika yrkesgrupper och under alla delar av yrkeskarriären
- kontinuerligt erbjuda kompetensutveckling i ledarskap.

#### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- överväga att förändra grundutbildningarna för vårdprofessionerna så att de innehåller ett större inslag av utbildning inom ledarskap.

## 3. Stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring

### ► *Landstingen bör erbjuda kompetensutveckling och stöd till chefer för att arbeta med förändring och förbättring och regeringen bör överväga att stärka systemförståelsen och kompetensen i förbättringskunskap genom förändringar i grundutbildningarna*

För att kunna utveckla hälso- och sjukvården behöver chefer kompetens och stöd för att leda utvecklingsarbete. Det saknas särskilt analyskompetens för att utföra mer avancerade analyser på systemnivå. Dessa brister utgör ett hinder för förändring och förbättring – i synnerhet för



det utvecklingsarbete som behövs för att göra vården mer samordnad för patienter som har kontakt med flera olika delar av vården och omsorgen.

En annan viktig ledarskapskompetens är systemförståelse – exempelvis kunskap om hur beslut tas och hur ett landsting styrs. Där systemförståelse fattas, både hos medarbetare och chefer, kan det skapa konflikter och svårigheter att genomföra förändringar.

Vi har också sett att ledarskap är beroende av ett gott medarbetarskap. Utan ett fungerande medarbetarskap och tydliga förväntningar på hur medarbetare ska bidra till verksamheternas kvalitet och utveckling är det svårt att leda utvecklingsarbete. Bättre systemförståelse hos medarbetare är ett sätt att utveckla medarbetarskapet.

#### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- utveckla chefers kompetens i systemförståelse, förbättringsarbete och förändringsledning genom ledarskapsutbildning
- ge chefer tillgång till den kompetens som behövs för att bedriva ett verkningsfullt utvecklingsarbete
- komplettera ledarskapsutvecklingen med utveckling av medarbetarskapet.

#### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- överväga att öka inslagen av systemförståelse och förbättringskunskap på grundutbildningarna för vårdprofessionerna.

## **4. Strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling**

- ▶ *Landstingen bör utveckla strukturerna för ledarskapsutveckling och behandla ledarskapsfrågorna tillsammans med andra strategiska frågor*

Ledarskap och ledarskapsutveckling bör vara en integrerad del av verksamhetsstyrningen och utvecklingsarbetet. Ledningen bör prioritera ledarskap och ledarskapsutveckling och behandla dessa frågor tillsammans med andra strategiska frågor. Vi kan konstatera att landstingen har kommit olika långt i att ta fram strukturer och processer för ledarskapsutveckling- och utbildning. Därför finns det skäl för ett större kunskapsutbyte och lärande mellan landstingen men även mellan olika verksamheter.



**För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- prioritera ledarskapsfrågan och betrakta den som en högsta ledningsfråga
- integrera ledarskapsutveckling med verksamhetsstyrning
- lära av hur andra verksamheter organiserat sin ledarskapsutveckling och översätta lärdomarna till det egna sammanhanget
- skapa nätverk tillsammans med andra landsting för strategisk diskussion och kunskapsutbyte kring ledarskapsstärkande insatser.

► *Regeringen bör ta initiativ till ett program för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*

Eftersom landstingen har kommit olika långt i sitt ledarskapsarbete finns det behov av att sprida goda exempel och arbetssätt, samt av att beskriva och strukturerat jämföra ledarskapsarbete i olika landsting. Regeringen kan stödja landstingen med kunskapsbildning och kunskapspridning om ledarskap, styrning och organisation i hälso- och sjukvården. Regeringen kan även erbjuda utvecklingsmedel för landsting som behöver utveckla sitt ledarskapsarbete. Målsättningen med medlen bör vara att bygga upp kunskapsbaserade, likvärdiga och långsiktiga strukturer för ledarskapsutveckling i hela landet.

Ett annat sätt att stärka förutsättningarna för ledarskapet i hälso- och sjukvården är att erbjuda utbildning och möjlighet till utbyte mellan nationella och regionala ledare. Här kan högre chefer få ta del av kunskap kring ledarskap, styrning och organisation och genom diskussion skapa förståelse för olika perspektiv och nå samsyn kring komplexa problem.

Det har i våra intervjuer och dialoger framförts att forskningsfinansieringen inom områdena ledarskap, styrning och organisation inom hälso- och sjukvården är för kortsiktig och fragmentiserad för att skapa starka forskningsmiljöer. Regeringen har redan beslutat om insatser för att stärka kunskapen om organisation och processer i välfärden genom ett uppdrag till forskningsrådet Forte. Regeringen bör även överväga andra sätt att skapa långsiktighet och konsolidering av de resurser som finns för att utveckla och sprida kunskap om ledarskap, styrning och organisation.

De statliga insatserna inom detta utvecklingsområde kan med fördel samlas inom ett program som syftar till att skapa bättre förutsättningar för ledarskap och ledarskapsutveckling.

**Regeringen bör, i dialog med landstingen, närmare utforma ett program för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården, som kan innehålla följande delar:**

- insatser för lärande mellan landstingen
- insatser för att stödja kunskapsbildning och kunskapsspridning om ledarskap, styrning och organisation i hälso- och sjukvården
- medel som huvudmännen kan söka för att utveckla sina strukturer för ledarskapsutveckling
- etablerandet av en ledarskapsarena för utbildning och utbyte mellan de högsta ledarna i staten och landstingen
- insatser för att stärka forskning om ledarskap, styrning och organisation i hälso- och sjukvården.

**5. Sammanhängande regional och nationell styrning för att möta de gemensamma utmaningarna**

Vi kan konstatera att ledarskapet på samtliga nivåer behöver stärkas för att på ett bättre sätt möta vårdens utmaningar, exempelvis för att utveckla en mer patientcentrerad vård. För detta krävs nya förhållningssätt och strategier i både den nationella och regionala styrningen, samt nya arbetssätt och organisationsformer på den verksamhetsnära nivån.

- *Landstingen bör se över hur deras styrning kan bli mer strategisk, sammanhållen, långsiktig och inriktad på samverkan kring patientens behov*

För att åstadkomma en patientcentrerad hälso- och sjukvård krävs ett regionalt ledarskap som i högre utsträckning än i dag har ett gränsöverskridande perspektiv och fokus på det samlade värdet som skapas för patienter och medborgare – utifrån tillgängliga resurser. På så sätt kan vårdens olika aktörer få bättre förutsättningar för att samverka runt patienten och dennes behov.

Vår analys visar även att otydliga roller mellan politiker och högre tjänstemän i vissa landsting leder till bristande kontinuitet och svårigheter att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete. Landsting som utmärker sig genom att de har ett välfungerande ledarskapsarbete har ofta en tydlig rollfördelning och uppslutning kring de grundläggande samarbetsformerna mellan politiker och tjänstemän – även över majoritetsskiften.



**För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- utveckla styrsystem som fokuserar på det sammantagna resultatet och värdet som skapas för patienten
- utveckla samsyn kring landstingets samarbetsformer och rollfördelning mellan politik och tjänstemän och etablera en grundläggande styrmodell som är varaktig över tid.

► *Regeringen bör utveckla sin dialog med landstingen för att skapa ett samlat nationellt ledarskap i hälso- och sjukvården*

Det finns ett behov av att fokusera och prioritera i den statliga styrningen och i det ledarskap som utövas från nationell nivå. Bland landstingens tjänstemannaledningarna efterfrågas ökad tydlighet och långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården. Både utredningarna Effektiv vård och Kunskapsstödsutredningen samt Vårdanalys rapport *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft* har konstaterat att den statliga styrningen i vissa fall är mångfaldig och splittrad. Vi gör bedömningen att statens styrning av hälso- och sjukvården, men även omsorgen, i högre grad måste hänga ihop, vara konsekvent och ta sikte på de viktigaste utvecklingsområdena. Det finns därför ett behov av utökad strategisk dialog mellan huvudmännen och det nationella ledarskapet för att diskutera gemensamma strategier för att möta vårdens utmaningar.

**För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- skapa en struktur för dialog med regionala ledare med fokus på strategisk styrning och ledning av hälso- och sjukvården.





# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>25</b>
1.1	Vårdanalys uppdrag .....	25
1.2	Ledarskapet är centralt för att möta vårdens utmaningar .....	26
1.3	En forskningssammanställning och nulägesanalys .....	28
1.4	Våra arbetsmetoder .....	29
1.5	Vi belyser ledarskap på flera nivåer .....	31
<b>2</b>	<b>Ledarskap och chefskap i hälso- och sjukvården .....</b>	<b>35</b>
2.1	Vad är ledarskap?.....	35
2.2	Ledarskap utövas på flera nivåer och av fler än chefer .....	37
2.3	Reglering som är relevant för hälso- och sjukvårdens ledning .....	40
2.4	Vårdens chefer behöver ta hänsyn till ett omfattande regelverk och styrning .....	42
2.5	Chefens uppdrag .....	43
2.6	Förändrad sammansättning av chefers professionella bakgrund .....	46
<b>3</b>	<b>Förutsättningar och lärdomar för ett stärkt och utvecklat ledarskap.....</b>	<b>49</b>
3.1	Att leda och utveckla med patienten i centrum .....	50
3.2	Forskningen om ledarskap .....	52
3.3	Vissa faktorer särskiljer ledarskap i hälso- och sjukvården.....	57
3.4	Leda i komplexitet .....	58
3.5	Leda andra ledare .....	62
3.6	Leda i förändring och förbättring .....	64



3.7	Leda för ökad patientcentrering.....	66
3.8	Ledarskapsutveckling med fokus på kvalitets- och organisationsutveckling .....	67
3.9	Exempel från två regioner .....	71
<b>4</b>	<b>Utmaningar för ledarskapet i dag .....</b>	<b>75</b>
4.1	Stödstrukturer .....	76
4.2	Styrning och organisering.....	80
4.3	Kultur .....	87
4.4	Chefskapets attraktivitet .....	88
4.5	Ledarskapsutveckling och utbildning .....	90
<b>5</b>	<b>En utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården .....</b>	<b>97</b>
5.1	Övergripande slutsatser.....	97
5.2	En utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap .....	103
<b>6</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>119</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>131</b>
	Bilaga 1 – Beskrivning av våra arbetsmetoder.....	131
	Bilaga 2 – Utblick till andra länder och sektorer .....	141







# Inledning

Hälso- och sjukvården har flera stora utmaningar att hantera för att möta befolkningens behov. Vårdens organisation och utförande måste bättre anpassas till den den är till för. Demografiska förändringar ställer krav på effektiviseringar, och därmed utveckling och innovation av vårdens tjänster. Vården behöver dra nytta av ny teknik och ny kunskap så att den kan komma alla patienter till del. Skillnader i resultat inom och mellan landsting behöver åtgärdas och kompetensförsörjningen säkras, bland annat genom bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att se över på vilket sätt staten kan stödja landstingen och regionerna att utveckla ledarskapet – som ett led i att stärka hälso- och sjukvårdens utvecklingskraft.

## 1.1 VÅRDANALYS UPPDRAG

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att se över på vilket sätt regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen och regionerna (fortsättningsvis kallat landstingen) i deras arbete med att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra relevanta aktörer. I uppdraget anges att ledningens kompetens och förutsättningar är centrala för att verksamheterna inom hälso- och sjukvården ska kunna genomföra uppdragen, utveckla kvaliteten i vården samt bland annat vidta nödvändiga åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning. I genomförandet av uppdraget ska myndigheten ta del av internationella erfarenheter samt erfarenheter från andra närliggande områden, såsom skolan (Regeringsbeslut S2016/04584/FS).



## 1.2 LEDARSKAPET ÄR CENTRALT FÖR ATT MÖTA VÅRDENS UTMANINGAR

Sverige presterar ofta goda resultat i internationella mätningar när det gäller medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet (SKL 2015) och större delen av befolkningen anser att de har tillgång till den vård de behöver (Vården i siffror 2017). Samtidigt har hälso- och sjukvården flera stora utmaningar och den behöver ständigt utvecklas för att möta befolkningens behov. Med utgångspunkt i patienters behov och de problem som uppmärksammas i hälso- och sjukvården ur ett patient- och medborgarperspektiv har vi identifierat ett antal utmaningar som vården har att hantera.

Vårdens organisation och utförande måste bättre anpassas till dem som den är till för. En central del är att göra vården mer patientcentrerad där patienten inkluderas som en aktiv partner i sin egen vård och i utformningen av vårdprocesser. För att uppnå detta krävs nya arbetssätt och organisationsformer. I detta arbete måste hälso- och sjukvården även förhålla sig till att invånarnas förväntningar på kvalitet, snabbhet, enkelhet och individualisering ökar och förändras. Utvecklingen stärks av en ökad tillgång på information och nya forum för interaktion mellan patienter, brukare och närstående.

Förändrade demografiska förutsättningar med en större andel äldre i befolkningen, och en mindre andel i arbetsför ålder, kommer kräva ett effektivare och mer ändamålsenligt hälso- och sjukvårdssystem. Inte minst behöver hälso- och sjukvården förändra hur man möter behoven hos den stora del av befolkningen som lever med kroniska sjukdomar.

De stora skillnaderna mellan landsting som råder på vissa områden, exempelvis i tillgänglighet och medicinska resultat, behöver utjämnas för att garantera en jämlik vård och upprätthålla befolkningens förtroende för vården.

Vården behöver också garanteras en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning i hela landet där hälso- och sjukvårdens kompetenser och bemanning utvecklas i förhållande till befolkningens behov och den tekniska utvecklingen. För att uppnå det måste det vara attraktivt att arbeta i vården.

Det finns tecken på att omställningen för att möta utmaningarna går för långsamt. Vårdanalys uppföljning av patientlagens genomslag visar inte på några förbättringar, utan snarare på försämringar inom vissa områden, exempelvis patientens delaktighet och möjlighet att ta del av information (Vårdanalys 2017a). Sverige presterar dessutom sämre än andra länder när

det gäller patientcentrering (Vårdanalys 2016c), och nationella jämförelser visar på stora skillnader i landstingens förmåga att leverera vård inom ramen för exempelvis vårdgarantin, samt på kvalitetsskillnader inom vissa vårdområden (Vården i siffror 2017).

Bristande kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården kan leda till omotiverade skillnader i vården mellan befolkningsgrupper (Vårdanalys 2014c). Samtidigt utnyttjas inte potentialerna i nationella riktlinjer (Vårdanalys 2015) och nationella kvalitetsregister (Vårdanalys 2017b) fullt ut för patienter. Det tar också lång tid för ny kunskap att få spridning i vården.

Socialstyrelsen har konstaterat att landstingen har svårt att rekrytera nya medarbetare, att behålla kompetens och att använda kompetensen hos medarbetare på ett effektivt sätt (Socialstyrelsen 2017a).

Hälso- och sjukvårdens chefer och ledare har en nyckelroll i att utveckla vården och möta dessa utmaningar. Ledarskapet påverkar vårdens organisation och funktion, och i förlängningen patienten och dess upplevelse av vården. Vårdanalys har i tidigare rapporter konstaterat att vårdens värde skapas där patienter, professioner och stödsystem möts i det vardagliga arbetet. Verksamhetsnära chefer befinner sig närmast vardagen och beslutar om inriktningen på utvecklingsarbetet och hur det ska bemannas, prioriteras och följas upp. De har därför en central roll i att förbättra och förändra vården. Vårdanalys enkätstudier visar även att verksamhetschefer är positiva till utvecklingsarbete och upplever att de har stort mandat att driva förändring. (Vårdanalys 2016b)

Utredningar som Effektiv vård har visat att ledarskapet är en viktig faktor för en rad utvecklingsområden, exempelvis utvecklingen av en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst (SOU 2016:2 s. 429), ändrade arbetssätt (SOU 2016:2 s. 516) och effektivisering av hälso- och sjukvården (SOU 2016:2 s. 201). Även Tillitsdelegationen, som arbetar för en mer tillitsbaserad styrning av offentlig sektor, har identifierat ledarskap som en viktig faktor i styrningen av välfärdsverksamheter. Ledarskapet är centralt i en verksamhets normstyrning, det vill säga försök att påverka attityder, beteenden och normer i verksamheten (SOU 2017:56 s. 53).

Ledarskapet är inte den enda viktiga komponenten för att stärka vårdens utvecklingskraft men hur verksamheterna leds, styrs och organiseras spelar stor roll för dess resultat. Frågans strategiska vikt motiverar dessutom insatser på alla nivåer: nationellt, regionalt och i verksamheterna.



### 1.3 EN FORSKNINGSSAMMANSTÄLLNING OCH NULÄGESANALYS

Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en samlad nationell översyn av hur ledarskapet i hälso- och sjukvården kan stärkas. Vi har valt att göra en forskningssammanställning och nulägesanalys för att identifiera de viktigaste utvecklingsområdena. Vi har i arbetet fokuserat på:

- ledarskapets förutsättningar, exempelvis stöd till chefer och andra organisatoriska faktorer
- ledarskapsutveckling och utbildning för chefer på olika nivåer.

Genom rapporten vill vi skapa förutsättningar för ett kunskapsbaserat arbete med att utveckla och stärka hälso- och sjukvårdens ledarskap, från både staten och huvudmännen. Utifrån vår analys lämnar vi rekommendationer och förslag för det fortsatta arbetet. Vårt arbete har vägletts av följande huvudfrågor:

1. Vad innebär ledarskap i hälso- och sjukvården?
2. Vilka är förutsättningarna för ledarskap i hälso- och sjukvården och vilka lärdomar kan vi dra av forskning och arbetet i framgångsrika organisationer?
3. Vilka är utmaningarna för ledarskapet i hälso- och sjukvården i dag?
4. Vilka är de viktigaste utvecklingsområdena för ett stärkt och utvecklat ledarskap?

#### 1.3.1 Förslag till både regeringen och huvudmännen

Vårt uppdrag från regeringen innebär att se över på vilket sätt regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen i arbetet med att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Samtidigt ligger det huvudsakliga ansvaret på sjukvårdens huvudmän, landstingen har arbetsgivaransvaret för den offentligt drivna vården och ansvarar för ledning och styrning. Ett stärkt och utvecklat ledarskap kan därför inte nås enbart genom insatser från regeringen. Vi lämnar därför förslag till både regeringen och landstingen utifrån vår analys.

#### 1.3.2 Fokus på hur ledarskapet kan bidra till utvecklingskraft

Vårdanalys har i instruktion från regeringen att granska och analysera hälso- och sjukvården ur ett patient- och brukarperspektiv. I detta uppdrag

fokuserar vi på ledarskapet i hälso- och sjukvården och *chefer*s möjligheter att leda, utveckla och förbättra vården så att den bättre kan möta befolkningens, patienters och närståendes behov. Detta eftersom cheferna har en viktig roll i att skapa utvecklingskraft för att kunna möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Med utvecklingskraft avser vi den kapacitet, förmåga och engagemang som finns för att ta tillvara ny kunskap och idéer och omsätta dessa till lösningar för hur resurser används på bästa sätt för att garantera en god vård för hela befolkningen.

Vi har således haft ett särskilt fokus på ledarskapets roll i utvecklingen av hälso- och sjukvården, men även dess roll i arbetet mot en mer patientcentrerad vård. En fastslagen definition av patientcentrering saknas men en kärna i begreppet kan vara ”att se, lyssna och vara lyhörd för och respektera individens behov och förutsättningar, samt att erbjuda individanpassad vård, omsorg och stöd. Syftet är att stärka, upprätthålla eller återvinna individens autonomi, oberoende, integritet och ställning i förhållande till vård- och omsorgssystemet” (Vårdanalys 2017a). Begrepp som liknar patientcentrering används ibland, exempelvis personcentrerad eller patientfokuserad vård.

## 1.4 VÅRA ARBETSMETODER

Vi har gått igenom och sammanställt forskning och tidigare utredningar om ledarskap i hälso- och sjukvården, genomfört intervjuer och seminarier med chefer på flera olika nivåer och från flera olika delar av landet, genomfört fallstudier i två landsting, gjort ett antal kartläggningar av hur landstingen arbetar med ledarskaps- och utvecklingsfrågor, studerat arbetet med ledarskapsutveckling i några andra länder och samhällssektorer samt intervjuat forskare och experter på området. Konsultföretaget Helseplan har bistått Vårdanalys i sammanställningen av forskningen, i kartläggningen av landstingens arbete med ledarskapsutveckling och i kartläggningen av ledarskapsarbetet i några andra länder och samhällssektorer. I forsknings-sammanställningen har vi fokuserat på forskningsbasen gällande ledarskap från ett flertal akademiska discipliner. Figur 1 beskriver de huvudsakliga aktiviteterna i vår utredning. En utförligare beskrivning av de olika aktiviteterna i utredningen finns i bilaga 1. Majoriteten av de chefer som vi intervjuat eller som har deltagit i seminarier arbetar i offentligt driven hälso- och sjukvård.

Nulägesanalysen bygger i huvudsak på kvalitativt underlag från intervjuer och seminarier i kombination med forskning och tidigare utredningar. Det finns därför små möjligheter att generalisera utifrån materialet. Den



**Figur 1.** Våra arbetsmetoder.

**Nulägesanalys av ledarskapets förutsättningar och utmaningar**

Intervjuer med landstings- och regiondirektörer samt hälso- och sjukvårdsdirektörer

Intervjuer med chefer i första linjen, verksamhetschefer, områdes/divisionschefer och sjukhuschefer

Intervjuer med forskare, experter och professionsföreträdare

Seminarium med första linjen- och verksamhetschefer

Seminarium om ledarskapets förutsättningar med forskare och experter

Seminarium om framtidens ledarskap med chefer, forskare, experter

Intervjuer med HR-chefer eller HR-strategier i alla landsting

Intervjuer med utvecklingschefer i alla landsting

Kartläggning av landstingens arbete med ledarskapsutveckling- och utbildning

Kartläggning av landstingens strukturer för utvecklingsarbete

Kartläggning av ledarskapsinnehåll på grundutbildningar

Fallstudier i två landsting

**Identifiering av utvecklingsområden och rekommendationer**

I dialog med intressenter

**Litteraturstudie**

Genomgång och sammanställning av forskning om ledarskap

Genomgång av utredningar och annan litteratur om ledarskap i hälso- och sjukvården

**Ledarskapsutveckling i andra sektorer och i sjukvårdssystem i andra länder**

Intervjuer och dokumentgenomgångar om ledarskapsstärkande arbete inom skolan och försvaret

Intervjuer och dokumentgenomgångar om ledarskapsstärkande arbete i hälso- och sjukvården i Norge, Storbritannien och USA

**Dialog och kvalitetssäkring**

Intervjuer och dialoger med forskare

Dialogmöten med landstings- och regiondirektörföreningens styrelse

Dialog med SKL, myndigheter, professionsföreträdare, andra utredningar, landstings- och regiondirektörföreningen, nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer och nätverk för HR-strategier mfl.

Arbetsmöten med extern referensgrupp (Olivia Wigzell, Toivo Heinsoo, Hans Winberg, Göran Henriks)

Läsning och synpunkter på rapporten från forskare på området



generella beskrivningen av nuläget döljer med andra ord variation och bör inte betraktas som rättvisande för ledarskapet i alla verksamheter.

Eftersom det finns begränsade möjligheter att generalisera utifrån slutsatserna från vår intervjustudie har vi arbetat med en triangulerande ansats. Vi har vägt samman uppgifter från intervjuer, seminarier och kartläggningar med slutsatser från forskningslitteraturen samt fynd från andra utredningar. De slutsatser vi dragit utifrån våra intervjuer och seminarier, kartläggningar och andra utredningsaktiviteter stämmer i stor utsträckning överens med forskning och tidigare utredningar. Vi har även fört dialog med ett stort antal aktörer där vi diskuterat slutsatser från analysen. De är huvudsakligen representanter från olika ledningsnivåer inom hälso- och sjukvården, forskare inom organisation och ledarskap samt professionsföreträdare. Det är vår uppfattning att det rätt samstämmighet om nulägesbeskrivningen och slutsatserna.

Utöver landstingens ledarskapsutveckling finns också flera andra ledarskapsstärkande initiativ och ledarskapsutbildningar. I rapporten beskrivs



en del av dessa, men vi har inte kartlagt hela utbudet av utbildningar eller andra insatser för ledarskap.

En annan avgränsning som gjorts är att vi inte har studerat ledarskapsfrågan ur ett medarbetarperspektiv, exempelvis vad medarbetare anser är viktigt hos en chef.

Vårt uppdrag är att undersöka hur staten kan stödja landstingen i att utveckla ledarskapet i hälso- och sjukvården. Vi har därför inte studerat ledarskapets utmaningar och förutsättningar inom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom primärkommunerna.

Att identifiera utmaningar och utvecklingsområden för ett stärkt ledarskap bör inte förväxlas med en utvärdering av hur ledarskapet i vården fungerar. En sådan utvärdering har inte utförts inom ramen för uppdraget.

## 1.5 VI BELYSER LEDARSKAP PÅ FLERA NIVÅER

Ledarskap är ett brett begrepp som kan omfatta i princip alla aktiviteter i en organisation som påverkar människorna i den. Detta innebär att ledarskap utövas av många och att det finns både formellt och informellt ledarskap. Vi fokuserar här i huvudsak på *chefers* ledarskap. Chefer har ett formellt ansvar och mandat för verksamheten och dess utveckling och det ledarskap som chefen utövar är därför särskilt viktigt för den förändring och förbättring som behövs i hälso- och sjukvården.

Vår datainsamling har fokuserat på förutsättningar och utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården, från första linjens chefer upp till landstingens högsta tjänstemannanivå. Vi har inte studerat förutsättningar och utmaningar för det informella ledarskapet, det politiska ledarskapet eller det kliniska ledarskapet.

Det är dock inte meningsfullt att studera chefers ledarskap isolerat från de övergripande styr-, lednings- och organisationsstrukturer som de befinner sig i. Därför belyser vi i rapporten även hur nationell styrning och ledning och regional politisk styrning påverkar chefers möjligheter att leda och utveckla. Vi tar således hänsyn till att ledarskap är vidare än chefskap i vår analys men har i vår egen empiri avgränsat vår insamling till att handla om chefers ledarskap.

Vi har i vår studie kartlagt förutsättningar och utmaningar för det verksamhetsnära ledarskapet, exempelvis första linjens chefer och verksamhetschefer, samt för ledarskap på regional nivå. Med ledarskap på regional nivå menar vi i detta fall högre chefer med ansvar för ett vårdområde eller en större verksamhet, till exempel sjukhuschefer, samt den högsta



tjänstemannaledningen, exempelvis landstingsdirektörer. Vi har även studerat hur det nationella statliga ledarskapet, regeringen och dess myndigheter samt riksdagen, *påverkar* verksamhetsnära chefer, högre chefer och tjänstemannaledningen.





## Ledarskap och chefskap i hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskriver vi hur ledarskap kan definieras och förhåller sig till relaterade begrepp, hur chefskap och ledarskap organiseras i hälso- och sjukvården och vad chefers uppdrag innebär. Vidare beskriver vi kort de regleringar som är centrala för ledarskapet, dels reglering av hälso- och sjukvårdens ledning, dels reglering av olika chefers ansvar eller sådant de bör beakta i sitt arbete. I avsnittet konstaterar vi följande:

- ▶ Ledarskap är ett brett och mångtydigt begrepp utan en enda eller enkel definition. Den definition vi utgått från är att ledarskap handlar om att uppnå riktning, koordinering och engagemang.
- ▶ Chefskap är ett formellt begrepp som syftar på en position inom organisationen där en uppsättning uppgifter av administrativ eller ekonomisk karaktär oftast ingår.
- ▶ Ledarskap utövas på flera nivåer och av fler än chefer.
- ▶ Hälso- och sjukvårdens organisation och ledning är i liten utsträckning reglerad i lagstiftningen.
- ▶ Chefsuppdraget är brett och förväntningarna på chefer är höga.

### 2.1 VAD ÄR LEDARSKAP?

Ledarskap är ett mångtydigt begrepp och har ingen enda eller enkel definition. Det är i stället en vanlig truism inom ledarskapsområdet att det finns lika många definitioner av ledarskap som det finns forskare som försökt definiera det. En minsta gemensam nämnare verkar dock vara att ledarskap handlar om



relationer och inflytande. Ledarskap kan ses som ”en process genom vilken en individ påverkar en grupp av individer att uppnå gemensamma mål”. Att betona ledarskap som en process innebär att det centrala i ledarskapet är de skeenden och händelser som uppstår mellan ledaren och hans medarbetare. Ledaren både påverkar och är påverkad av sina medarbetare vilket gör ledarskapet interaktivt och ömsesidigt till sin karaktär. (Backström m.fl. 2008)

En del forskare menar att ett mer pragmatiskt förhållningssätt till ledarskapets essens är att definiera ledarskap utifrån förekomsten av vissa effekter på organisationen eller gruppen. Dessa effekter har föreslagits vara förekomsten av *riktning*, *koordinering* och *engagemang* i en organisation eller grupp (Drath m.fl. 2008). Ledarskapsuppgiften är enligt detta synsätt att säkerställa riktning, koordinering och engagemang i organisationen (West m.fl. 2015). De tre olika fenomenen kan finnas var och en för sig (till exempel kan organisationer präglas av starkt engagemang men avsaknad av koordinering och riktning) men för att kunna tala om effektivt ledarskap behöver de samexistera (Drath m.fl. 2008). Vi har valt att utgå från denna definition av vad ledarskap i hälso- och sjukvården ska uppnå.

*Riktning* syftar på att det finns en spridd och gemensam uppfattning i organisationen om verksamhetens övergripande syfte, mål och mission. I en organisation där det finns riktning har medarbetarna således en gemensam förståelse för vad syftet med verksamheten är och det finns en brett delad uppfattning om att detta syfte har värde och mening (Drath m.fl. 2008). Det övergripande målet för hälso- och sjukvården fångas i hälso- och sjukvårdslagens (HSL) 3 kap. 1 §: ”målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

*Koordinering* syftar på organiseringen av kunskap och arbete i organisationen. I stora formella organisationer aktualiserar koordinering arbete med sådant som organisationens struktur och den typ av uppgifter som associeras med management, till exempel planering, budget, kontroll, incitaments-system. I en organisation med en fungerande koordinering arbetar grupper och individer inom organisationen på ett sammanhängande sätt (Drath m.fl. 2008).

*Engagemang* kan beskrivas som individernas villighet att inordna sina egna intressen och ansträngningar som en del av organisationens bästa och de övergripande syftet (Drath m.fl. 2008).

## 2.2 LEDARSKAP UTÖVAS PÅ FLERA NIVÅER OCH AV FLER ÄN CHEFER

Ledarskap är alltså ett mångtydigt begrepp och har ingen enda eller enkel definition. Dessutom kan det vara svårt att skilja på ledarskap och andra närliggande begrepp som chefskap, styrning, ledning och organisering. Det engelska begreppet management förekommer också ofta i dessa sammanhang. I denna rapport har vi valt en bred ansats i vår syn på ledarskap. Styrning, ledning, management och organisering betraktar vi som olika begrepp på liknande aktiviteter som syftar till att åstadkomma riktning, koordinering och engagemang i organisationerna.

Inom litteraturen brukar man peka på *chefska*p som ett formellt begrepp, som syftar till en position inom organisationen där uppgifter av administrativ eller ekonomisk karaktär oftast ingår. Budgetarbete, styrning, planering och uppföljning är några av de aktiviteter som förknippas med chefskapet. *Ledarskap* är i stället en ömsesidig process genom vilken en individ (ledaren) påverkar andra individer för att uppnå organisationens mål (Backström m.fl. 2008). Ledarskap är alltså, som vi beskrev ovan, process- och relationsorienterat.

Men ledarskap är därmed inte något som är begränsat till att utövas av chefer. Många av hälso- och sjukvårdens medarbetare utövar ett omfattande kliniskt ledarskap där de har stor egen autonomi att ta beslut i patientarbetet, exempelvis vilka behandlingsformer en patient bör erbjudas eller när en åtgärd bör avslutas. Dessa beslut tas längst ut i verksamheten och har stor påverkan för patienten och på verksamhetens ekonomi. Med chefskapet följer dock ett ansvar och mandat som skapar förutsättningar för att förändringsinitiativ ska få effekter i verksamheterna. Chefers ledarskap är därmed en särskilt viktig nyckel till vårdens utvecklingskraft.

Det är dock inte meningsfullt att studera chefers ledarskap isolerat från hälso- och sjukvårdens övergripande styr-, lednings- och organisationsstrukturer, som de befinner sig i. Chefer är en del av att skapa och omskapa dessa strukturer genom sitt dagliga arbete samtidigt som de befintliga strukturerna också definierar möjligheterna och begränsningarna för deras agerande.

Ledarskap utövas enligt denna syn på många nivåer i hälso- och sjukvården, såväl nationellt och regionalt som i verksamheterna. Ledarskapet tar sig dock olika uttryck och innebär olika saker på de olika nivåerna. Vidare organiseras ledarskap och chefer på olika sätt i de olika landstingen, och landstingen har olika benämningar för olika typer av chefer. Att studera de tre högsta chefsnivåerna i varje landsting skulle exempelvis innebära att man



nådde chefer på klinisknivå i Region Uppsala, men inte lämnade hälso- och sjukvårdsförvaltningens kontor i Stockholms läns landsting (Läkarförbundet 2016). Följaktligen går det inte att på ett meningsfullt sätt exakt specificera olika ledarskapsnivåer och vilka chefer som finns på varje nivå. I den här rapporten har vi valt att tala om ledarskap på fem huvudsakliga nivåer; det kliniska ledarskapet, det verksamhetsnära ledarskapet, högre chefers ledarskap, regionalt ledarskap och nationellt ledarskap. Dessa beskrivs närmare i figur 2 och efterföljande avsnitt.

Som vi beskrivit i kapitel 1 kommer vi inte i denna rapport redogöra för förutsättningar och utmaningar för ledarskap på samtliga nivåer. Vi har fokuserat på att kartlägga förutsättningar och utmaningar för det verksamhetsnära ledarskapet, exempelvis första och andra linjens chefer samt för ledarskapet på regional nivå, alltså högre chefer och den högsta tjänstemannaledningen. Vi har även studerat hur det nationella ledarskapet, regeringen och dess myndigheter samt riksdag, och det regionala politiska ledarskapet påverkar verksamhetsnära chefer, högre chefer och chefer på förvaltningsnivå.

### *Kliniskt ledarskap och teamledarskap*

En betydande del av ledarskapet i hälso- och sjukvården utövas av vårdpersonal i deras dagliga arbete. En del av dem leder team. Även där arbetet

**Figur 2.** Ledarskap i hälso- och sjukvården.





inte är organiserat i team så utövar många av vårdens medarbetare ett dagligt *kliniskt ledarskap*. Detta ledarskap avser ledarskap av det kliniska mikrosystem där hälso- och sjukvårdens team, patienter och närstående möts. Det är i mikrosystemet som vårdens huvudsakliga värde skapas.

### *Verksamhetsnära ledarskap*

En betydande del av ledningsuppgifterna i vården handlar om ledning av verksamheter. Här finner vi första och andra linjens chefer, det vill säga de chefer som leder medarbetare och de chefer som leder andra chefer. Första linjens chefer kan sägas svara för *det operativa ledarskapet* vilket inbegriper den dagliga driften och att leda de medarbetare som möter patienten.

### *Högre chefers ledarskap*

Detta innefattar chefer med ett strategiskt övergripande uppdrag för att styra och leda ett vårdområde eller en större verksamhet. Uppdraget innebär att leda grupper med chefer samt att ta ett övergripande ansvar för vårdområdets eller verksamhetens ekonomi, uppföljning och utveckling. Bland de högre cheferna finns olika benämningar i olika landsting eftersom man organiserat hälso- och sjukvården olika men innefattar exempelvis divisionschefer, områdeschefer och sjukhuschefer.

### *Regionalt ledarskap- politisk ledning och högsta tjänstemannaledning*

De offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsverksamheterna styrs ytterst av landstingsfullmäktige, som består av förtroendevalda i landstingen. Dessa fattar beslut i principiella frågor och andra ärenden av större vikt för landstinget, exempelvis landstingets budget och övergripande frågor rörande styrningen av hälso- och sjukvården. Utöver fullmäktige består den politiska organisationen också av en styrelse och andra nämnder. Den politiska ledningen beskrivs ibland som hälso- och sjukvårdens ”koncernledning” (SOU 2016:2 sid. 176).

För att de förtroendevalda ska kunna få genomslag för sina politiska beslut krävs en förvaltning med anställda som kan samverka med den politiska nivån. Medan de förtroendevaldas drivkraft är att få genomslag för sin politik, som bygger på förtroendet från väljarna, så ligger det i de anställdas roll att ta professionell hänsyn till befintliga regelverk och övriga sakomständigheter när de ska bereda och verkställa de politiska besluten. (Proposition 2016/17:171 sid. 192)



### *Nationellt ledarskap – riksdag, regering och statliga myndigheter*

Landstingen har enligt principen om den kommunala självstyrelsen stora möjligheter att själva fatta de beslut som behövs för att den egna verksamheten ska bedrivas kostnadseffektivt och med hög kvalitet. Samtidigt styr staten hälso- och sjukvården på flera olika sätt. Riksdagen och regeringen beslutar till exempel om det ramverk som gäller för landstingen genom lagar och förordningar samt allmänna och riktade statsbidrag. De statliga myndigheterna styr exempelvis genom föreskrifter och kunskapsstöd. Den statliga styrningen syftar bland annat till att säkerställa nationella mål och intressen som till exempel likvärdighet, rättssäkerhet och legitimitet. Den kan också vara politiskt motiverad på så vis att den syftar till att signalera prioritet av ett särskilt område. (Statskontoret 2016)

Eftersom den statliga styrningen har betydelse för arbetet i vården betraktar vi de aktörer som ansvarar för den, det vill säga regering, riksdag och statliga myndigheter, som en central del av hälso- och sjukvårdens ledarskap. Till det nationella ledarskapet kan också det landstingsgemensamma arbetet räknas, exempelvis det arbetet som sker via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

## **2.3 REGLERING SOM ÄR RELEVANT FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS LEDNING**

Nedan beskrivs kortfattat viss reglering som är relevant för hälso- och sjukvårdens ledningsnivåer. Det finns inte någon detaljreglering om hur hälso- och sjukvården ska organiseras. I stället finns det vissa ramar genom olika författningar, och det är upp till huvudmännen och vårdgivarna att utifrån dessa besluta om hur vården ska organiseras, bedrivas och ledas. Det finns dock vissa bestämmelser av mer detaljerad karaktär som berör ledningen på olika sätt. Exempel är regleringen av den kommunala politiska organisationen och verksamhetschefens roll. Bestämmelser om den högsta tjänstemannens roll tillkommer i den nya kommunallag som träder i kraft 1 januari 2018.

### **2.3.1 Övergripande reglering av den kommunala politiska organisationen**

Kommunallagen innehåller bestämmelser om kommunernas och landstingens politiska organ och uppgiftsfördelningen mellan dem. I varje landsting finns en beslutande politisk församling, benämnd landstingsfullmäktige,

som är det främsta beslutande organet (3 kap. 1 § KL). Fullmäktige ska tillsätta en styrelse (3 kap. 2 § KL) och de övriga nämnder som behövs för att fullgöra landstingets uppgifter (3 kap. 3 § KL). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i landstinget utövas av en eller flera nämnder (7 kap. 1 § HSL).

### 2.3.2 Ny reglering av den högsta tjänstemannens roll

I den kommunallag (2017:725) (nya kommunallagen) som ska träda i kraft den 1 januari 2018 införs en helt ny bestämmelse om att styrelsen ska utse en direktör, som ska ha den ledande ställningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen (7 kap. 1 § nya kommunallagen). Styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen och direktörens övriga uppgifter (7 kap. 2 § nya kommunallagen). Syftet med att fastställa en instruktion för direktören är att det ska bidra till att skapa ett bra samspel mellan förtroendevalda och direktören genom ökad tydlighet (Proposition 2016/17:171 s.197). Av förarbetena till lagen framgår att samverkan mellan förtroendevalda och förvaltningen är av stor vikt för att verksamheten ska kunna fungera på ett rättssäkert och effektivt sätt. Den högsta tjänstemannen ses som en viktig länk mellan de förtroendevalda och förvaltningen. (Proposition 2016/17:171 s.194)

### 2.3.3 Huvudmannen ansvarar för att erbjuda en god vård

HSL anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Huvudmannen ansvarar för att erbjuda en god vård åt dem som omfattas av deras ansvar (2 kap. 2 §, 8 kap. och 12 kap. HSL). Med god vård avses bland annat att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL).

Det är vårdgivaren som har det organisatoriska ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL)). Vårdgivaren ska till exempel ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens (3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 2 § HSL), vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 2 § PSL) och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (3 kap. 3 § PSL). Vårdgivaren ska också



se till att verksamheten har ett ledningssystem (3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete). Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 § SOSFS 2011:9).

### 2.3.4 Reglering av verksamhetschefens roll och ansvar

Den chefsposition som specifikt nämns i lagstiftningen vad gäller landstingets hälso- och sjukvård är verksamhetschefen. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef (4 kap. 2 § HSL). Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses (4 kap. 2 § HSL och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF). Det är dock vårdgivaren som mer specifikt bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om hen har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta, och får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter (4 kap. 4 och 5 §§ HSF). Ansvaret för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård samt isolering enligt smittskyddslagen (2004:168) ska dock alltid utövas av en chefsöverläkare, vilken ska ha specialistkompetens (4 kap. 3 § HSL).

## 2.4 VÅRDENS CHEFER BEHÖVER TA HÄNSYN TILL ETT OMFATTANDE REGELVERK OCH STYRNING

Den som är chef i hälso- och sjukvården verkar i en kontext som präglas av flera olika regelverk och många styrsignaler, både från nationell, regional och verksamhetsnivå. Från den statliga nivån kommer en del av styrningen från olika delar av lagstiftningen.

Ovan nämnda författningar om vårdens organisering och bedrivande, så som HSL och PSL, är sådana som kanske vanligtvis förknippas med hälso- och sjukvårdens chefer. Men chefer inom vården, precis som inom andra branscher, har också ett antal andra författningar på olika rättsområden att förhålla sig till. Det handlar till exempel om arbetsrätt och arbetsmiljö. Med personalansvar följer till exempel ofta att chefer behöver hantera frågor om kollektiv och individuell arbetsrätt när det gäller exempelvis rekryteringar, omplaceringar, lönesättning och andra typer av arbetsvillkor. Många chefer

ansvarar också för att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). Vidare har flera chefer ansvar för att kontinuerligt bedriva ett förebyggande och främjande arbete för att motverka diskriminering och på annat sätt verka för lika rättigheter och möjligheter enligt diskrimineringslagen (2008:567). Andra rättsområden som chefer inom vården har att beakta är till exempel de som rör reglerna om dokumentation inom hälso- och sjukvården, informationssäkerhetslagstiftningen, personuppgiftslagstiftningen, offentlighets- och sekretesslagstiftningen och den allmänna förvaltningsrätten och kommunalrätten.

Utöver de författningar som chefer ska förhålla sig till förekommer även ett stort antal kunskapsstöd som riktar sig till många delar av vården, till exempel nationella riktlinjer, vägledningar, vårdprogram och beslutsstöd.

Chefer måste också förhålla sig till landstingens styrning. För många av vårdens chefer är det framför allt inom dessa styrsystem man verkar. Landstingen styr hälso- och sjukvården på olika sätt. Ett gemensamt drag är dock att man i stor utsträckning tillämpar målstyrning och arbetar med någon typ av balanserat styrkort som ofta tar sin utgångspunkt i de politiska uppdragen (SOU 2016:2 s. 170). Målen och styrkorten bildar tillsammans med exempelvis ersättningsmodeller ett styrsystem som är tänkt att skapa riktning och kontroll. Varje chef och verksamhet ska sedan arbeta fram, eller bidra till att ta fram, egna mål och uppföljningsmått i relation till de övergripande målen. Till denna styrning kommer sådant som policyer och riktlinjer för exempelvis miljö och jämställdhet, lokala vårdprogram och riktlinjer.

Chefer påverkas även av den styrning och uppföljning som sker på verksamhetsnivå, där chefer ska ansvara för bland annat verksamhets- och bemanningsstatistik, uppföljning av olika typer av indikatorer, rapportering kring uppfyllelse av olika typer av mål samt ekonomirapportering.

## 2.5 CHEFENS UPPDRAG

I bland annat HSL och PSL regleras olika skyldigheter för vårdgivaren. Cheferna representerar vårdgivaren genom delegation i olika uppdrag och ansvarsområden. Chefens roll och uppdrag formas alltså i huvudsak av arbetsgivaren och påverkas bland annat av de krav som ställs på verksamheten genom lagstiftning och annan styrning. Av hälso- och sjukvårdens heterogena karaktär följer dock att chefsuppdragen kan se olika ut beroende på typ av verksamhet och vilken typ av chefsroll uppdraget avser. Vi har inte genomfört någon systematisk kartläggning av vilka krav som ställs



på olika chefer i vården, men återkommande uppgifter för verksamhetsnära chefer verkar vara:

- ledning – ta fram mål och staka ut riktningen för verksamheten
- administration – budget, schemaläggning, bemanning
- produktion – följa upp kvantitativa prestationskrav
- kompetensförsörjning och utveckling – säkerställa att det finns rätt kompetens i verksamheten och identifiera och tillmötesgå utvecklingsbehov
- arbetsmiljöarbete – ansvara för den fysiska och psykosociala arbetsmiljön
- kvalitetsarbete – utvärdera prestationer och driva utveckling
- processunderhåll – information, rutiner och riktlinjer, kommunikation, underlätta relationer och samarbete och upprätthålla kontakter med externa aktörer (baserat delvis på Thylefors 2016).

Rutan nedan visar hur en platsannons för en verksamhetschef på ett svenskt sjukhus kan se ut.

### **Exempel på platsannons för verksamhetschef på ett sjukhus 2017**

Som verksamhetschef har du ett övergripande ansvar för personal, budget, arbetsmiljö och verksamhet. Som verksamhetschef ansvarar du för att leda, organisera, och stimulera medarbetarna inom verksamheten. Arbetet sker enligt gemensamt framtagna mål, prioriteringar och värderingar för verksamheten. Du har ansvar för verksamhetsutveckling, patientsäkerhetsarbete och kvalitetssäkring. Du skapar engagemang, initierar och faciliterar ständiga förbättringar med fokus på patientflöden och arbetsmiljö. Du är direkt underställd länschefen och leder klinikens ledningsgrupp. Du har ett nära samarbete med chefskollegor inom kliniken och medicinskt ansvariga läkare.

Vi söker dig som ser helheter och tar hänsyn till det större perspektivet. Du tänker strategiskt på sakers långsiktiga betydelse och vidare konsekvenser och anpassar ditt ledarskap till detta. Du är nytänkande och kommer ofta med idéer och nya angreppssätt. Du har förmåga att se till både den egna verksamhetens, men också regionens bästa i agerande och beslut. Du leder, motiverar och förser andra med befogenheter som krävs för att effektivt nå gemensamma mål, vilket skapar engagemang, delaktighet och en god arbetsmiljö i verksamheten. Du eftersträvar ett gott arbetsklimat genom att lyssna, kommunicera och lösa konflikter på ett konstruktivt sätt. Du har också en ekonomisk medvetenhet och fokuserar på kostnader, intäkter och effektivitet ur ett ekonomiskt likvärdigt som verksamhetsmässigt perspektiv.

En annan illustration av vilka krav som ställs på chefer i vården är de chefspolicyer som många landsting har. I en av de chefspolicyer som vi har tagit del av beskrivs förväntningarna på regionens chefer på följande sätt:

**Som chef och ledare i Region X bidrar du till att vi når vår vision genom att**

- ha ett ledarskap som främjar gott bemötande, god tillgänglighet och säkerhet,
- ge förutsättningar för ett hälsoinriktat arbete,
- verka för mångfald i alla situationer,
- ha kvalitét i fokus och säkerställa att resurserna används på bästa sätt,
- verka för god produktionsplanering och se till att verksamheten har effektiva flöden,
- ha helhetssyn och förstå värdet av samverkan och koncernnytta,
- agera som en god förebild och vara en ambassadör för regionen,
- ta ansvar och verka för en hälsofrämjande arbetsplats,
- vara innovativ och arbeta aktivt med ständiga förbättringar,
- arbeta strategiskt för att integrera forskning och främjar utvecklingen av en lärande organisation,
- skapa en gemensam vision om framtiden,
- ta ansvar för ekonomin och ge utrymme för utveckling både på kort och lång sikt,
- skapa delaktighet kring de ekonomiska målen,
- analysera, följa upp och omprioritera,
- ha mod, vara kommunikativ och utöva ett situationsanpassat ledarskap,
- värna om kompetens och få varje medarbetare att växa, utvecklas och bidra till en utveckling av verksamheten.

Exemplen ovan visar att uppdraget är brett och att förväntningarna på vad chefer ska kunna åstadkomma är många.

En del forskare som har studerat vad chefer egentligen gör har ifrågasatt den romantiserade bilden av chefen som den som sätter upp visioner och strategier och planerar. I stället framhålls att chefers vardag präglas av splittring och variation (Thylefors 2016). Att reagera och improvisera tycks känneteckna chefsuppdraget lika mycket som att planera och tänka strategiskt. Chefernas tid domineras ofta av möten, samtal med personal, arbete med budgetar, IT-system, ekonomirapportering och personalplanering. Och någonstans i detta vardagliga arbete utövas ledarskapet (Sandahl m.fl. 2017). Inom många verksamheter, kanske särskilt hälso- och sjukvården, är det också vanligt att chefen ibland måste rycka in i det operativa arbetet för att lösa akuta situationer.



## 2.6 FÖRÄNDRAD SAMMANSÄTTNING AV CHEFERS PROFESSIONELLA BAKGRUND

Enligt SCB:s yrkesregister fanns det omkring 2 600 klinik- och verksamhetschefer och cirka 7 300 avdelnings- och enhetschefer (första linjens chefer) inom hälso- och sjukvård 2015. Majoriteten av cheferna var 45 år eller äldre. En dryg tredjedel var 55 år eller äldre. Majoriteten av cheferna var enligt denna statistik kvinnor: 70 procent av klinik- och verksamhetscheferna respektive 80 procent av avdelnings- och enhetscheferna.

Den professionella sammansättningen bland chefer i vården förändras, historiskt har det i huvudsak varit (manliga) läkare som stått för ledarskapet i vården (Axelsson 2000). Klinikchefsrollen på sjukhusen sågs länge som en roll som delvis var reserverad för läkare (Levay 2003). Fram till 1991 gällde enligt dåvarande hälso- och sjukvårdslag (1982:763, gamla HSL) att det skulle finnas en särskild läkare, en överläkare eller distriktsläkare, med ansvar för ledningen av den medicinska verksamheten, medan det administrativa ansvaret inte var reglerat (14 § gamla HSL). 1991 kom den så kallade chefsöverläkarreformen, som samlade det medicinska och administrativa ledningsansvaret hos en person – chefsöverläkaren (14 § gamla HSL).

År 1997 infördes begreppet verksamhetschef i lagen (29 § gamla HSL). Denna nya funktion, som inte kunde jämföras direkt med tidigare befattningar, skapade ett samlat ledningsansvar för verksamheten, som patienter, närstående, personal och tillsynsmyndigheten kunde vända sig till gällande verksamheten. Samtidigt påverkades kompetenskraven på personer i ledarposition vilket innebar en större bredd i chefsuppgifterna. Sedan dess har det blivit vanligare att personer från andra yrkesgrupper än läkare blivit chefer (Norbäck och Targama 2009).







## Förutsättningar och lärdomar för ett stärkt och utvecklat ledarskap

I detta kapitel beskriver vi de utmaningar som vården står inför och som ledarskapet har att hantera. För att utveckla ledarskapet så att det kan möta utmaningarna behöver man ta hänsyn till vissa förutsättningar som präglar ledarskap i hälso- och sjukvården. Hänsyn behöver även tas till ledarskapsforskning om vad som utgör ett gott och effektivt ledarskap. Vi beskriver förutsättningarna för ledarskapet i hälso- och sjukvården och redovisar centrala lärdomar från ledarskapsforskningen. Vi redovisar också slutsatser från forskning och från studier av framgångsrika organisationer av hur ledarskapsutveckling kan bidra till att stärka ledarskapet. Sammanfattningsvis konstaterar vi följande:

- ▶ En central uppgift för ledarskapet är att leda och driva utvecklingen av vården för att anpassa den till befolkningens behov och möta vårdens stora utmaningar.
- ▶ Det finns många teorier och modeller om ledarskap men inte ett bästa sätt att leda och organisera.
- ▶ Hälso- och sjukvårdens ledare behöver förutsättningar och förmåga att:
  - leda i komplexitet
  - leda andra ledare med stor egen autonomi
  - leda i och för förbättring och förändring
  - leda för ökad patientcentrering
- ▶ Ledarskapsutveckling bör ske nära verksamheten och fokusera både på organisationsutveckling och individutveckling.



### 3.1 ATT LEDA OCH UTVECKLA MED PATIENTEN I CENTRUM

Ledarskapet är en viktig nyckel för att utveckla vården och skapa hållbara lösningar som möter vårdens utmaningar. Nedan beskrivs några av dessa utmaningar.

Utöver dessa finns en övergripande utmaning i att utvecklingstakten, exempelvis teknikutvecklingen, går snabbt framåt och kan innebära stora och okända förändringar i vårdens innehåll och hur den levereras till patienter och brukare. Detta kommer sannolikt påverka vårdens organisationsformer, vilka typer av chefer som behövs, de kompetenser de bör ha samt det ledarskap som behöver utövas.

#### 3.1.1 Skifte mot en mer patientcentrerad vård

Hälso- och sjukvården har i sin organisation och i sitt utförande i större utsträckning utgått från vårdens egen logik och behov än från patienternas (Vårdanalys 2012). Vårdens organisation och utförande måste därför bättre anpassas till dem som den är till för. Detta innebär att vårdens chefer måste veta hur man undersöker patienters förväntningar, önskemål, förmågor och behov. Vidare måste chefer känna till metoder för att involvera patienter i deras egen vård och i utformningen av vårdens processer. Vården måste även utveckla bättre system för att följa upp vården ur patientens perspektiv.

Den ökande specialiseringen inom det medicinska området medför bland annat att sjukvården kan behandla allt fler och allt svårare tillstånd, men även att patienter behöver ha kontakt och få vård från fler delar av vården. Detta ökar behoven av samordning, till exempel arbete i team runt patienten, där ledarskapet i teamet kan växla beroende på insatsen. Patienten är en viktig aktör i teamet och en stor resurs – i många fall är det patienten som är expert på sin egen sjukdom och många patienter både vill och kan utföra en stor del av sin egen vård. Ledare och chefer i vården måste utveckla och anpassa sina organisationer efter detta förhållningssätt.

Att anpassa organisationen till en mer patientcentrerad vård handlar bland annat om att utveckla olika typer av ledarskap för olika typer av organisationsformer beroende på patientgruppens behov. För patienter med komplexa behov krävs förmågan att leda i nätverk då flera olika kompetenser samverkar runt patienten. För andra insatser som kan ges i standardiserade processer i stora volymer kan det passa bättre med ett ledarskap som utövas i en mer traditionell linjeorganisation med fokus på tydlig styrning och uppföljning.

### 3.1.2 Demografiska förändringar kräver effektivisering och innovation

Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och en mindre andel i arbetsför ålder kommer att sätta press på hela vård- och omsorgssystemet. En aspekt av utvecklingen är att allt färre individer kommer behöva försörja fler. I dag har Sverige en försörjningskvot på drygt 73, vilket innebär att på 100 personer i de mest förvärvsaktiva åldrarna 20–64 år finns det 73 personer som är yngre eller äldre. Försörjningskvoten antas öka till nästan 93 personer per 100 personer i yrkesaktiv ålder 2060 (SCB 2015a).

En mindre andel i arbetsför ålder som kan bidra med resurser till systemet samtidigt som fler behöver vård och omsorg kommer kräva ett effektivare och mer ändamålsenligt hälso- och sjukvårdssystem. Samtidigt ökar också behoven – när fler lever till hög ålder hinner de också i högre grad utveckla kroniska sjukdomar eller multisjuklighet. Detta kommer kräva ett ledarskap som kan skapa och implementera nya samarbetsformer, processer och innovationer för att möta äldres och kroniskt sjukas behov av samordnade välfärdstjänster. Inte minst behöver stuprör och brist på koordination mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård överbryggas och patienter med kroniska sjukdomar behöver få större möjligheter att ta ansvar för sin hälsa och vård.

### 3.1.3 Att ta tillvara dagens och morgondagens medarbetare

Att färre ska försörja fler innebär också att vård- och omsorgssektorn måste lyckas locka till sig tillräckligt med medarbetare när konkurrensen om arbetskraften växer. Ledarskapet är en viktig faktor för att förbättra sektorns attraktivitet. Kompetensförsörjningen är delvis ett problem redan nu, med brist på barnmorskor, specialistläkare, samt både specialiserade och icke specialiserade sjuksköterskor (Socialstyrelsen 2017b). Det finns också tecken på att arbetsmiljön har försämrats för vårdens medarbetare.

För vårdens ledarskap är det en viktig uppgift att förbättra arbetsmiljön och attraktiviteten i verksamheterna för att både behålla nuvarande medarbetare och locka kommande generationer att arbeta i hälso- och sjukvården.

### 3.1.4 Digitalisering möjliggör utvecklingsprång

Ny teknik möjliggör utvecklingsprång för hälso- och sjukvården och kan ligga till grund för innovationer och nya arbetssätt. Digitala tekniker kan få mycket stor påverkan på vårdssystemet (McKinsey 2016). En utmaning för chefer och ledare i hälso- och sjukvården är att dra nytta av digitalisering i



verksamhetsutvecklingen och identifiera nya innovativa sätt att leverera hälso- och sjukvård. Inte minst är digitalisering ett verktyg för att i större utsträckning involvera patienterna i deras egen vård. På så sätt kan vårdens tillgänglighet öka, vissa patientgrupper kan utföra en större del av sin vård själva utan att behöva lägga tid på resor, och de resurser som sparas kan koncentreras till dem med större behov.

Vårdens kommande och yngre medarbetare är uppväxta med digital teknik som en naturlig del av vardagen. De kommer därför förvänta sig användarvänliga digitala lösningar som möjliggör enkel kommunikation och kunskapsutbyte mellan medarbetare och mellan professionella och patienter.

### **3.1.5 Förändrade förväntningar från befolkningen är en ledarskapsfråga**

Inom de flesta branscher erbjuds kunderna en allt högre servicegrad och allt mer individualiserade tjänster och produkter. Det är ett av skälen till att invånarnas förväntningar ökar inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen stärks av en ökad tillgång på information och nya forum för interaktion mellan patienter, brukare och närstående. Den nya pålästa patienten och medborgaren har allt högre och mer specifika krav på bemötande, individualisering, kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvård. (Vårdanalys 2016a) Dessa förändrade förväntningar behöver chefer förhålla sig till i arbetssätt och organisation av verksamheten. Chefer på både verksamhetsnära och regional nivå behöver även besluta och informera om prioriteringar i verksamheterna. Detta för att befolkningens förväntningar i högre grad ska stämma överens med vad som är möjligt att utföra inom ramen för den offentligt finansierade hälso-och sjukvården.

## **3.2 FORSKNINGEN OM LEDARSKAP**

Det finns stora utvecklingsbehov i hälso- och sjukvården och många utmaningar som behöver mötas. För detta krävs goda ledare med rätt kompetens och kunskap. För att undersöka vad som utgör ett gott ledarskap har vi sammanställt relevant forskning inom området.

### **3.2.1 Från individer och personlighet till sammanhang och organisation**

Det råder ingen brist på teorier om ledarskap. En forskningsgenomgång fann referenser till inte mindre än 60 ledarskapsteorier i de mest framstående

vetenskapliga ledarskapstidskrifterna under perioden 2000–2012 (Dinh 2014). Det finns också ett stort antal koncept, trender och ledarskapsstilar och området präglas av en kontinuerlig utveckling av modeller för ledarskap. Modeller och koncept marknadsförs av konsulter och kan vara mer eller mindre förankrade i forskningen.

Den tidiga ledarskapsforskningen i början av 1900-talet fokuserade i huvudsak på vilka egenskaper ledare skulle ha (Nyberg 2008). Dessa har kallats *Great Man Theories* eftersom de utgår från idén att gott ledarskap beror på ett antal goda egenskaper hos ledaren. Forskningen har dock haft svårt att hitta några entydiga samband mellan personliga egenskaper hos ledaren och framgångsrikt ledarskap. I stället tycks vissa kombinationer av egenskaper fungera väl i ett sammanhang men inte i ett annat och personer med helt olika personlighet kan bli framgångsrika i samma typ av sammanhang. (Sandahl m.fl. 2017)

På 1940-talet skiftade forskningen fokus till att studera olika ledarstilar och ledarbeteenden. Under 1960-talet började synen på ledarskap som situationsberoende att utvecklas och i takt med det betraktades ledarskap alltmer i form av relationer mellan ledare och ledda. Med det som utgångspunkt introducerades under 1980-talet teorin om transformativt ledarskap som än i dag utgör den mest beforskade teorin om ledarskap (Dinh 2014). Det transformativa ledarskapet kontrasterades mot transaktionellt ledarskap.

Den avgörande skillnaden mellan transaktionellt och transformativt ledarskap ligger i uppfattningen om hur medarbetarna ska motiveras. Med det transformativa ledarskapet försöker chefen motivera medarbetaren genom att skapa en känslomässig bindning till honom eller henne. Medarbetaren identifierar sig med ledaren genom att ledaren kommunicerar inspirerande visioner, tillhandahåller en intellektuellt stimulerande arbetsmiljö samt visar omtanke om medarbetaren. I det transaktionella ledarskapet motiveras individen främst genom att chefen appellerar till individens personliga intressen och behov. (Nyberg 2008)

Transformativt och transaktionellt ledarskap är fortfarande levande begrepp inom forskningen men en del forskare menar att de flesta chefer använder sig av både transformativt och transaktionellt ledarskap i olika utsträckning (Nyberg 2008).

De traditionella perspektiven inom ledarskapsforskningen har kritiserats för att fokusera alltför mycket på individers egenskaper och stil och försumma de sociala och kulturella organisatoriska sammanhangen. På senare tid har forskningen om ledarskap alltmer fokuserat på organisationens betydelse för ledarskapet. I stället för att som tidigare främst fråga sig hur ledaren



kan påverka sina medarbetare och sin organisation frågar man sig i dag hur förändrade organisationsformer formar ledarskapet. (Backström m.fl. 2008)

På senare år har också teorier om olika former av kollektivt ledarskap fått allt större inflytande inom ledarskapsforskningen, till exempel delat ledarskap, distribuerat ledarskap, teamledarskap och komplext ledarskap. Huvudpoängen i dessa teorier är vanligtvis att påverkan inte bara sker i vertikal riktning utan också horisontellt inom en grupp och att ledarskap utövas av fler än den individuella chefen. (Backström m.fl. 2008) Genom detta synsätt har begreppet ledarskap också kommit att ses som ett kollektivt fenomen och kopplats allt närmare medarbetarna (Sandahl m.fl. 2017). Ledarskapsprocessen ses här som resultatet av flera individers gemensamma förmåga att utföra arbetet på ett effektivt sätt, och ansvaret för ledarskapsfunktionerna i organisationen kan växla mellan olika individer och grupper. Ledarskapsprocesser kan enligt detta synsätt inte heller ses som skilda från de sociala system i vilka de ingår. (Nyberg 2008)

En del forskare menar att delat ledarskap är en modell för framtiden eftersom kraven som kommer att ställas på chefer är sådana som ingen individ kan klara ensam, och att den traditionella synen med en ensam heroisk ledare som själv klarar allt är förlegad (Backström m.fl. 2008). Andra menar att det finns en tendens till romantisering av ledarskapet som tar sig uttryck i att individuella ledare tillskrivs orealistiskt stor betydelse för såväl framgångar som misslyckanden (Nyberg 2008).

Trots det stora antalet teorier och modeller på ledarskapsområdet är en övergripande slutsats från ledarskapsforskningen att det inte går att fastslå en bästa slags ledare eller ledarstil. Ledarskapet är sammanfattningsvis dynamiskt och beroende av sammanhanget. Ledare är också ömsesidigt beroende av medarbetare.

### **3.2.2 Det goda ledarskapet**

Trots mängden ledarskapsforskning menar flera forskare att det fortfarande finns förvånande lite kunskap om vad som utgör gott ledarskap och på vilket sätt det påverkar organisationers effektivitet. Skäl till detta är bland annat att en stor del av forskningen bygger på begränsade studier av enskilda frågor i enkäter som inte på ett självklart sätt kan kopplas till hur chefers ofta komplexa arbete i praktiken ser ut, att orsakssamband och sammanhang sällan studeras, och att processer ofta mäts på individnivå, snarare än grupp- och organisationsnivå. Detta har också bidragit till att forskningen inom



ledarskapsområdet hittills i begränsad utsträckning kunnat bidra till relevant och användbar kunskap för praktiken. (Yukl 2013, Nyberg 2008)

Även om det finns begränsad vetenskaplig kunskap om *hur* ledarskap har betydelse, vet man dock *att* ledarskapet är viktigt på flera sätt, inte minst när det gäller medarbetares hälsa. Chefer som genom sitt ledarskap förmår ta tillvara medarbetarens kompetens, har emotionell kompetens och visar omtanke och samtidigt fokuserar på att utveckla verksamheten i riktning mot det övergripande syftet påverkar till exempel medarbetares hälsa i positiv riktning. Forskning visar också att organisationer med nöjda och friska medarbetare levererar goda resultat (Sandahl m.fl. 2017). I några studier har man även mätt ”hårda” hälsoutfall, som risken för hjärtinfarkt, kärlkramp eller sjukskrivning, och funnit att en god chef tycks vara gynnsamt för medarbetarens hälsa (se exempelvis Nyberg m.fl. 2009).

### *Visst stöd i forskningen för transformativt ledarskap*

Den ledarskapsmodell som hittills beforskats mest och erhållit mest konsekvent vetenskapligt stöd, The Full Range Leadership Model (FRLM), gör anspråk på att beskriva hela spektrumet av ledarskapsbeteenden från ett aktivt *transformativt* ledarskap till ett passivt och oönskat låt gå-ledarskap (Richter m.fl. 2016). Inom den forskningen har man kunnat konstatera att ledare med önskvärda egenskaper och beteenden får medarbetare som mår bättre och att transformativt ledarskap har större genomslag på organisationens effektivitet än transaktionellt ledarskap. Detta har även visats i studier i Danmark (Nielsen et al. 2008) och Sverige (Nilsson 2003). Liknande studier från USA visar att transformativt ledarskap ger tydliga fördelar gentemot ett renodlat transaktionellt ledarskap (Bass 1999).

Forskning har också visat att transformativt ledarskap har ännu större genomslag på effektivitetsmått inom offentlig sektor än i den privata (Nyberg 2008). Det svenska försvaret har i en stor genomgång av forskningen på ledarskapsområdet även dragit slutsatsen att ett transformativt ledarskap (översatt till ”utvecklande ledarskap”) ger bäst effekter på medarbetare och organisation (Larsson och Kallenberg 2006). Även om det finns forskning som tyder på att vissa typer av ledarskap, som det transformativa, har positiva effekter bör man komma ihåg vikten av sammanhanget, det vill säga de förutsättningar och den verksamhet i vilken ledarskapet ska utövas (Källberg 2013, Pettigrew m.fl. 1988, Pettigrew 2000) liksom den bias det innebär att andra ledarskapsmodeller eller aspekter av ledarskapsprocessen inte beforskats i samma utsträckning (Nyberg 2008).



### *Tio centrala funktioner i ett effektivt ledarskap*

Ledarskapsforskaren Gary Yukl har i flera artiklar och böcker sammanfattat ledarskapsforskningen. Han har funnit tio centrala funktioner i ett effektivt ledarskap som dessutom sammanfaller väl med resultat i andra metaanalyser (Nyberg 2008). Yukl menar att i en större organisation har dessa funktioner betydelse på alla nivåer och inom alla enheter. Funktionerna kan fyllas av alla medlemmar i en organisation, men de är särskilt viktiga för formellt utsedda ledare. Effektiva ledare bör enligt Yukls forskningsgenomgång (beskrivet i i Nyberg, 2008)

- hjälpa till att tolka betydelsen av olika skeenden
- dra upp riktlinjer för och skapa samstämmighet kring mål och strategier
- skapa entusiasm, engagemang och tillförsikt inför arbetsuppgiften
- bygga ömsesidig tillit och gott samarbete
- stärka den kollektiva identiteten
- organisera och koordinera aktiviteter
- uppmuntra och underlätta för kollektivt lärande
- skaffa nödvändiga resurser och stöd
- utveckla och göra det möjligt för medarbetare att agera (empowerment)
- främja social rättvisa och moral.

### **3.2.3 Ledarskap och organisationskultur utvecklas tillsammans**

Ledarskap och organisationskultur är tätt sammankopplat och det är en viktig uppgift för ledare att bygga och bära en organisationskultur som stödjer önskade arbetssätt. Ledarskap beskrivs ibland som en central del av organisationens normstyrning, det vill säga försök att påverka attityder, beteenden och normer i en verksamhet (SOU 2017:56 s. 53) och chefens roll som kulturbärare i organisationen betonas på flera håll (se t.ex. SOU 2016:2 s. 141). Det ofta använda uttrycket ”kulturen äter strategin till frukost” tar fasta på att ledning och styrning bör fokusera lika mycket, eller kanske mer, på att styra och leda via kultur och mening som via dokument och strategier. Kulturella faktorer är alltså viktiga för att förstå vad som motiverar och styr mänskligt agerande.

Precis som ledarskap, är kultur ett komplext begrepp med många definitioner, men ett vanligt sätt att förstå begreppet är att organisationskulturen finns i det som delas av människor i en organisation, till exempel uppfattningar, attityder, värderingar och normer. Organisationer behöver dock inte ha *en* kultur, i stället är det vanligt med flera olika och ibland

konkurrerande kulturer i en organisation (Davies m.fl. 2000). Inom hälso- och sjukvården kan till exempel olika professioner vara bärare av olika kulturer.

Utvecklandet av en viss typ av kultur i hälso- och sjukvården lyfts ofta som en förutsättning för att nå genomgripande förändring, och många med reformambitioner lyfter betydelsen av att utveckla en viss typ av kultur som stödjer det mål man vill uppnå. (Nutley och Mannion, 2000, Vårdanalys 2017a) Inom the National Health Service (NHS) i England har man till exempel identifierat att en huvudutmaning för framtiden är att fostra kulturer som stödjer en god vård (West m.fl. 2015).

Förhållandet mellan ledarskap och kultur är dock inte enkelt. Det finns visserligen forskningsstöd för att organisationskulturen påverkar verksamhetens resultat och att ledarskapet påverkar organisationskulturen (West m.fl. 2015). Men en organisations kultur är också en aspekt som formar ledarskapet. En litteraturoversikt över forskning om kulturens betydelse för organisatoriskt beteende visade till exempel att samma sorts ledarskap får olika konsekvenser i olika kulturer (Backström m.fl. 2008).

### 3.3 VISSA FAKTORER SÄRSKILJER LEDARSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

I kapitel 2 resonerande vi kring att chefers vardag präglas av många olika styrsignaler, att chefers uppdrag är brett och att det finns höga förväntningar på vad chefer ska åstadkomma. Komplexitet och höga förväntningar på chefer är inte unikt för hälso- och sjukvården utan kan snarare beskrivas som en förutsättning för chefer i många olika sektorer. Men vi bedömer att det finns vissa faktorer i sjukvården som sammantaget gör att ledarskap i hälso- och sjukvården skiljer sig från andra sektorer:

- Resultatet för kunden, i detta fall patienten, skapas ofta inte av en aktör utan av en kombination av professioner, kompetenser och funktioner. Miljön är därför komplex och kommunikation, informationsdelning och koordinering av olika processer och aktörer är centralt.
- Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv organisation med en mycket stor andel välutbildade medarbetare där de med högst utbildning finns längst ut mot kunden (patienten) och har ett stort mått av autonomi och beslutsmandat i sitt arbete. Dessutom är professionssammansättningen heterogen med 21 legitimationsyrken och en stark professionell struktur.



- Det finns en tydlig uppdelning på många olika specialiteter och en snabb specialiserings- och förändringstakt genom ständiga medicinska och tekniska framsteg.
- Verksamheten präglas av stora risker där de beslut som tas kan vara skillnaden mellan liv och död.
- Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet präglas av att vara ett jämförelsevis decentraliserat system där regionala politiska församlingar ansvarar för finansiering och planering och har det yttersta ansvaret för att erbjuda en god vård.
- Medarbetarna i sjukvården räddar liv, botar sjukdomar, förbättrar människors livskvalitet och lindrar och tröstar – det finns alltså mycket goda förutsättningar att få vårdens medarbetare att känna motivation och att de utför ett meningsfullt arbete.

Sammanfattningsvis kan vi se att vårdens specifika förutsättningar medför tre viktiga faktorer som ledarskapet måste kunna hantera; att leda i komplexitet, att leda andra ledare från olika professioner, och att leda i och för förändring och förbättring. I avsnitt 3.1.1 beskriver vi den utmaning som ligger i att öka patientcentreringen i hälso- och sjukvården. Ett ökat fokus på patientens sammantagna behov, preferenser och resurser är en central faktor för vårdens fortsatta utveckling och därför en fjärde viktig faktor som ledarskapet måste kunna hantera. I avsnitten nedan utvecklar vi vad dessa faktorer innebär.

### 3.4 LEDA I KOMPLEXITET

Att leda hälso- och sjukvård är att leda i en komplex miljö. Komplexiteten handlar bland annat om att leda multifunktionella organisationer med starka professioner i ett sammansatt system med stora inslag av nätverk.

#### 3.4.1 Många goda värden och motstridiga intressen

Landstingen är politiskt styrda organisationer. Gemensamt för sådana är att de handlar på uppdrag av förtroendevalda och att de styrs genom lagar och regelverk. De offentliga organisationerna är dessutom multifunktionella på så vis att de ska kunna tillvarata delvis motstridande intressen. Det kan handla om politisk styrning och kontroll, säkerställande av demokratiska värden som rättssäkerhet, insyn och deltagande, lyhördhet inför brukare

och patienter, förutsägbarhet, tjänstekvalitet, yrkesmässigt oberoende och kostnadseffektivitet för att nämna några (Christensen m.fl. 2005).

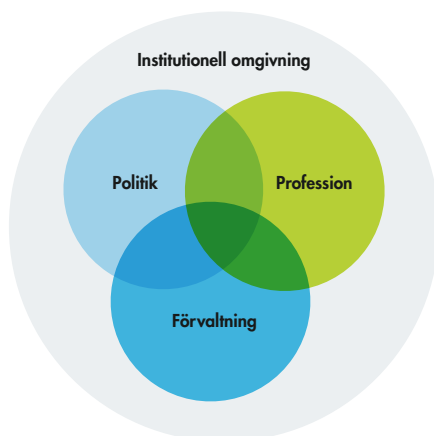
Ibland beskrivs de inbyggda intressekonflikterna i hälso- och sjukvården genom tre domäner: den politiska domänen, förvaltningsdomänen och professionsdomänen. Domänerna bygger på olika logiker och har olika uppgifter. Politikens uppgift är att utifrån olika ideologiska ståndpunkter svara för en övergripande styrning av verksamheten. Förvaltningens uppgift är att upprätthålla en administrativ struktur och styrning som på ett effektivt sätt genomför de politiska besluten. Professionernas uppgift är att på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet utforma och genomföra insatser i praktiken. Till denna modell kan läggas att de tre domänerna villkoras av institutionella villkor i samhället, till exempel strukturella, kulturella och politiska förhållanden som styr agerandet inom och samspelet mellan domänerna. (Morén m.fl. 2015) En dimension som kan läggas till de tre domänerna är patientdomänen.

Inom hälso- och sjukvården finns starkt etablerade professioner som har en hög grad av autonomi i patientarbetet. Det finns också en tydlig åtskillnad mellan förvaltningsstrukturen (med en landstingsdirektör i toppen) och professionsstrukturen (med till exempel en överläkare i toppen) (Morén m.fl. 2015). Det innebär att ledarskapet i olika delar av verksamheten kan bygga på olika logiker. Arbetet i den politiska domänen utgår från principer om ideologi och representation, i förvaltningsdomänen dominerar byråkratiska ideal och saklighet och i den professionella domänen bygger arbetet på principer som expertis och kollegialitet. (Morén m.fl. 2015) Den professionella domänen består dessutom av flera professioner med delvis olika logiker. I vissa fall finns även olika maktförhållanden mellan de olika professionerna. Figur 3 illustrerar domänerna i den offentligt organiserade hälso- och sjukvården.

Styrningen av vårdverksamheterna kan uppfattas som omfattande och ibland motstridig eftersom den ska ta tillvara de olika intressena och logikerna. Ett begrepp som ibland används för att beskriva detta är *mångstyriighet* (Fernler m.fl. 2013). Chefer i hälso- och sjukvården kan uppleva sig klämda mellan dessa olika styrsystem och intressen (Falkenström 2013). Mångstyriigheten kan även göra det svårt att bedriva förändring i sjukvården. Tvetydigheter och målkonflikter kan dock inte helt och hållet organiseras bort i en offentlig organisation (Christensen m.fl. 2005), och det är en viktig uppgift för chefer inom hälso- och sjukvården att hantera och balansera de olika logikerna.



**Figur 3.** Ledarskap i hälso- och sjukvården utövas i mötet mellan politik, profession och förvaltning.



Baserad på Morén m.fl. (2015), anpassad av Vårdanalys.

Detta kräver ett ledarskap som har kunskap, förståelse och respekt för de olika domänernas logiker och ett arbete med att få dem att verka i samma riktning, med patienters och medborgares behov i fokus. Chefer som enbart kan relatera till en av domänerna och inte förstår omgivningen de verkar i får svårt att genomföra förändring. Ledarskap i hälso- och sjukvården kräver därför *multiprofessionell kompetens* – man behöver både förstå kärnverksamheten, ha kunskap om ledning, styrning och organisation och kunna relatera till strukturella, kulturella och politiska faktorer i sin omgivning.

Utöver den komplexitet som följer av de många olika värden som ska tillvaratas så är också tjänsterna som produceras inom hälso- och sjukvården komplexa. De är bland annat beskrivningsintensiva, det vill säga att det krävs mycket information och kommunikation om varför de utförs på det ena eller andra sättet. De kräver också mycket administration och de är mentalt intensiva. Hur man bäst lägger upp behandlingen för en patient eller utför en operation kräver att man hela tiden funderar, väger alternativ mot varandra och omprövar sina prioriteringar (Tyrstrup 2014a). Vidare kräver många av hälso- och sjukvårdens tjänster samarbete mellan olika aktörer, funktioner och professioner.

Man kan sammanfattningsvis säga att chefer i hälso- och sjukvården behöver kunna verka som integratörer mellan politik, förvaltning och profession och kunna navigera i komplexitet och mångstyriighet för att lyckas i sitt uppdrag.

### 3.4.2 Ett komplext system

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvården präglas av såväl starka professioner, komplexitet och snabb förändring beskrivs det ibland som ett så kallat komplext adaptivt system (KAS). Detta begrepp används för att beskriva organisationer som präglas av medarbetare med stor autonomi samtidigt som individerna är ömsesidigt beroende av varandra, och av en hög grad av förutsägbarhet. Till skillnad från enkla system, som präglas av till exempel oförutsägbarhet, kan komplexa system inte enkelt delas upp och reduceras till oberoende delar som sedan sätts samman till optimala lösningar. Komplexa system präglas också av att enkla och komplicerade situationer förekommer samtidigt.

I sådana system kan arbetet inte inriktas ensidigt mot att hitta optimala standardiserade lösningar för alla situationer utan i stället på förändringar och innovationer som förbättrar upplevelser, situationer och sammanhang (Institutet för framtidsstudier 2016).

### 3.4.3 Organisera och underhålla nätverk

Hälso- och sjukvårdens komplexitet och höga grad av ömsesidigt beroende mellan verksamheter för att skapa värde för patienten gör också att systemet har tydliga nätverksinslag. Detta innebär att olika verksamheter i systemet fungerar som ett nätverk runt patienten, där medarbetare med olika kompetenser och funktioner samverkar och delar information för att möta patientens behov. Nätverksinslagen i hälso- och sjukvården får också betydelse för styrningen och det högsta ledarskapets roll. I ett nätverk blir ledning och styrning inte endast en fråga om att i vertikala styrkedjor säkerställa att enskilda verksamheter levererar utan också en fråga om att organisera och underhålla nätverk för att skapa samverkan kring patienten.

Detta kan betyda olika saker på olika ledningsnivåer. Särskilt på högre ledningsnivåer krävs arbete med horisontella relationer till och mellan olika intressenter som har delvis olika drivkrafter. Sådan nätverksstyrning kallas ibland för *governance* och kan kontrasteras mot begrepp som *management* och *government* som båda avser en styrning som i huvudsak fokuserar på de vertikala relationerna i en hierarki. I stället för att styra genom regler, mål och resultatkrav är *governance* styrning genom fokus på horisontell samordning, övergripande problemformuleringar, ramar för olika policynätverks organisering, finansiering och arbetssätt. Dessutom innebär det att påverka föreställningar hos policynätverkens aktörer om vilka problemen är och hur de kan lösas (SOU 2015:24 s. 972, Pierre och Sundström, 2009). Den offentliga



huvudmannens uppgift blir då att se sig som en nätverksaktör och fokusera på att nätverket fungerar och att de olika parternas insatser passar samman och skapar en meningsfull helhet (SOU 2015:24 s. 972).

### 3.5 LEDA ANDRA LEDARE

Hälso- och sjukvården utgörs av kunskapsintensiva organisationer med välutbildade medarbetare längst ut i linjen. Många av vårdens medarbetare utövar dagligen ett eget ledarskap och har stor autonomi och makt över det egna patientarbetet. Chefer i hälso- och sjukvården leder på så vis ofta andra ledare – även om inte alla chefer leder andra chefer.

En betydande del av ledarskapet uppstår i interaktionen mellan människor i organisationen och ledare behöver därför kunna arbeta med relationer. Vad som krävs av ledare för att vara kompetenta i mellanmännsliga relationer är ett eget kunskapsområde som vi inte kommer fördjupa oss i här. En minsta förmåga kan i detta sammanhang dock vara att känna sig själv, förstå sina egna känslor och bevekelsegrunder samt använda förmågor som empati och intuition för att avgöra hur man bör agera. (Sandahl m.fl. 2017). Denna mellanmännsliga del av ledarskapet är alltså tätt kopplad till personlig utveckling och mognad samt kunskaper om gruppdynamik och emotionella processer.

#### 3.5.1 Professionernas kunskap är hälso- och sjukvårdens bas och främsta tillgång

Att hälso- och sjukvården bygger på professionellt yrkesutövande som på olika sätt villkoras av politik och förvaltning har vi tidigare påpekat. Kärnan i det professionella arbetet är att det kräver att varje professionsutövare använder sitt omdöme i den enskilda situationen och att insatsen kan värderas mot en gemensam standard för vad som utgör väl utfört arbete. Denna standard utvecklas och reproduceras genom träning och kollegial utvärdering (Ahlbäck Öberg m.fl. 2016).

Tillgången till professionell kunskap och det starka inneboende engagemanget som finns hos vårdens professioner är en av vårdens största tillgångar. Det har flera gånger under vårt arbete framhållits vilken unik utgångspunkt vården har i fråga om att skapa riktning och mening för medarbetare. Under ett av våra seminarier menade en chef från IT-branschen att ”i fråga om mening och motivation för medarbetare måste vården inse att man sitter på en organiserande idé som andra branscher bara kan drömma om – att bidra



till liv, hälsa och samhälle varje dag på arbetet! Vi i IT-branschen får kämpa för att hitta sätt att motivera våra medarbetare.”

” I fråga om mening och motivation för medarbetare måste vården inse att man sitter på en organiserande idé som andra branscher bara kan drömma om – att få bidra till liv, hälsa och samhälle varje dag på arbetet.”

(Chef inom IT-branschen)

Eftersom chefer i vården leder andra ledare från olika professioner blir det viktigt att värna det professionella utrymmet och ta tillvara de inre drivkrafter och det engagemang som vårdens medarbetare har.

### 3.5.2 Meningsskapande och lärande

Att leda andra ledare med stor professionell autonomi i komplexitet och förändring får konsekvenser för hur ledarskapet agerar för att skapa riktning, koordinering och engagemang i organisationerna.

I organisationer som behöver skapa utrymme för professionell kunskap är stora delar av arbetet svårt att formalisera. Ett ledarskap som fokuserar enbart eller mest på mätbara mål och kontroll har visat sig kunna inverka negativt på medarbetares autonomi och handlingsfrihet och därmed också minska deras engagemang och kreativitet. I stället krävs ett närvarande ledarskap, personliga möten och arbete mellan olika yrkesgrupper för att få helhetssyn, inlevelse och förståelse för olika perspektiv. (Hansson m.fl. 2014)

En genomgång av forskning om motivation visar att en grund för inre motivation är handlingsfrihet och en känsla av kompetens och meningsfullhet (Hansson m.fl. 2014). Att skapa mening är en social aktivitet som via reflektion och interaktion mellan människorna i organisationen bygger en kollektiv riktning och mening. Det handlar således inte bara om att motivera den enskilda medarbetaren på olika sätt utan om att skapa ett slags kollektivt sinne i organisationen som vägleder hur chefer och medarbetare agerar (Anderson och McDaniel 2000).

Vidare kan ledarskapet i dessa komplexa organisationer inte inriktas på att försöka förutspå vad som ska hända och därefter tala om för medarbetarna hur de ska agera. Ledarskapets uppgift är i stället att skapa en lärande organisation (Anderson och McDaniel 2000).



Många organisationer som har organiserat sig enligt en traditionell byråkratisk modell fokuserar på att utveckla processer för beslutsfattande och kontroll. Detta arbetssätt är dock anpassat för system som präglas av förutsägbarhet och där ett gott ledarskap kännetecknas av att allt är under kontroll. Detta har föreslagits vara ineffektivt i komplexa och professionaliserade system eftersom de präglas av en inneboende oförutsägbarhet som omöjliggör kontroll. Viktiga förmågor i detta system är därför kreativitet och improvisation. Forskare betonar att detta inte ska förväxlas med kaos eller brist på kontroll. Professionell expertis, värderingar samt en delad riktning och mening säkerställer att improvisation och kreativitet leder verksamheten i rätt riktning. (Anderson och McDaniel 2000)

### *Kollegialitet eller linjestyrning?*

Vi beskrev i avsnitt 3.4 att de olika domänerna politik, förvaltning och profession bygger på olika styrprinciper. De starka professionella inslagen i hälso- och sjukvården gör att särskilt relationen mellan principerna kollegialitet och linjestyrning kan aktualiseras. Kollegialitet som styrprincip, som präglar både sjukvården och exempelvis akademien, bygger dels på ett utrymme för kollegialt beslutsfattande, dels på kollegiala ledarval. Kollegialt valda ledare har en god kännedom om verksamheten de ska leda och får en större legitimitet bland medarbetarna än en helt och hållet uppifrån utsedd chef som har en annan profession. Kollegialt valda ledare kan dock ha svårt att fatta beslut som innebär större förändringar. Konsensus och konservatism, och därmed bristande handlingskraft, kan komma att prägla den kollegiala ledningen (SOU 2015:92 s. 17).

En möjlig lösning är därför ledningsformer där linjeorganisation och kollegiala organ verkar tillsammans och där roller och ansvar är klargjorda och tydliga (SOU 2015:92 s.17). Kollegialitetens centrala bidrag är den kunskap och kompetens som medarbetarna har. Linjeorganisationen bidrar med ett strategiskt ledarskap och ett ramverk för beslut i frågor som inte kan behandlas eller är mindre lämpliga för behandling i kollegiala organ (SOU 2015:92 s. 17).

## **3.6 LEDA I FÖRÄNDRING OCH FÖRBÄTTRING**

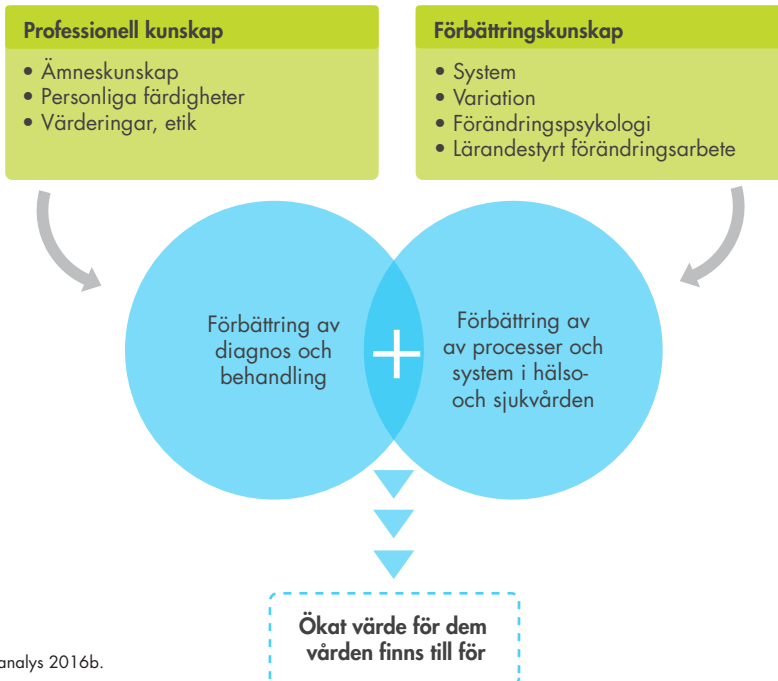
Chefer i hälso- och sjukvården måste kunna leda förändring och se till att verksamheterna utvecklas för att möta nya krav och utmaningar, och medarbetare och patienter måste involveras och motiveras för att delta i

utvecklingsarbetet. Det aktualiserar behovet av kunskap om förbättringsarbete och förändringsledning.

För att kunna förbättra och utveckla vården behöver chefer ha, eller ha tillgång till, både professionell kunskap och kunskap om metoder för förbättringsarbete och förändringsledning. Professionell kunskap omfattar ämneskunskap och färdigheter i hur man botar, lindrar och tröstar samt värderingar och etik. Förbättringskunskap är en egen kompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Professionell kunskap bidrar till utvecklingen av nya behandlingar medan förbättringskunskap bidrar till utvecklingen av processer och system ur ett patientperspektiv. Kombinationen av professionell kunskap och förbättringskunskap skapar tillsammans effektiva förutsättningar för att öka värdet av vården för dem som vården är till för (Batalden och Stoltz 1993).

En viktig ledarskapskompetens för att understödja ständig förbättring och förändring är systemtänkande. Systemtänkande kräver systemförståelse vilket bland annat inbegriper förmågan att identifiera ömsesidiga beroenden i olika delar av systemet för att upptäcka vägar framåt (Lucas och Nacer 2015).

**Figur 4.** Professionell kunskap kompletteras med förbättringskunskap.



Vårdanalys 2016b.



Ett ledarskap för kontinuerlig förbättring och förändring kräver också kompetens i förändringsledning. Förändringsledning kan ses som länken mellan organisationens vision och det konkreta arbetet: den process genom vilken strategin genomförs och där förändringar blir till (Garside 1998). För att kunna driva förändringsprocesser krävs bland annat tillit. Tillit uppnås främst om man upplever att ledaren har legitimitet och auktoritet som stöds av sociala normer (McAllister 1995, Scott 1995). Det kan vara en utmaning för förändringsledare att ledare och medarbetare ofta har olika syn på förändringar (Källberg och Mähring 2007).

### 3.7 LEDA FÖR ÖKAD PATIENTCENTRERING

Ledarskapet har en central roll för att påskynda utvecklingen mot en mer patientcentrerad vård. Chefer i vården måste leda och aktivt delta i förändringsinitiativ för att öka fokus på patienters behov och inkludera patient- och närståendeperspektivet i alla delar av verksamheten. En sammanställning från den amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) visar att effektiva arbetssätt för högre chefer i dessa förändringsprocesser är att kommunicera tydliga budskap om organisationens vision och värderingar i relation till patienter. Enligt sammanställningen bör chefer ta fram en strategisk plan för hur man ska involvera patienter och närstående i organisationens processer på en daglig, operativ nivå. Detta kan exempelvis ske genom att involvera patienter i kommittéer och arbetsgrupper samt genom att använda patientberättelser för att levandegöra patientens röst, till exempel som en inledning på möten. Vidare bör chefer agera som förebilder när det gäller att skapa partnerskap med patienter, till exempel genom att själva närvara vid möten med patientråd eller upprätta kommunikationskanaler där patienter och närstående kan lämna synpunkter direkt till ledningen. Andra viktiga insatser är enligt sammanställningen att involvera medarbetare i utvecklingsinitiativ för patientcentrering och integrera patientperspektivet i medarbetarpolicyer, rutiner och riktlinjer. Det är även viktigt att se till att det finns nödvändig infrastruktur och resurser för arbetet (AHRQ 2013).

I Danmark har metoden ”I patientens fotspår” testats på flera sjukhus där en representant från sjukhusets högsta ledning följer med en patient under en dag och observerar hur det är att vara mottagare av vård. Metoden gör det möjligt att se hur den egna organisationen fungerar ur ett patientperspektiv när det gäller bemötande, information till patienter, väntetider, patient-säkerhet och samordning. Utvärderingar visar att metoden bidragit till ett nytt

perspektiv inom ledningen på patientens möte med sjukvårdssystemet (Dansk Selskab for Patientsikkerhed och TrygFonden 2011).

### 3.8 LEDARSKAPSUTVECKLING MED FOKUS PÅ KVALITETS- OCH ORGANISATIONSUTVECKLING

Ledarskapsutveckling och utbildning kan bidra till att stärka och utveckla chefer att möta vårdens utmaningar. Vi har sammanställt forskning om ledarskapsutveckling samt tagit del av erfarenheter från ledarskapsstärkande insatser i andra länder och sektorer. Vi har studerat rektorsutbildningen i skolan, ledarskapsarbetet i försvaret, arbetet med ledarskap i två amerikanska hälso- och sjukvårdssystem samt ledarskapsinsatser i Norge och England. Vi har också genomfört fallstudier i två regioner för att studera ledarskapsarbete. En närmare beskrivning av ledarskapsstärkande insatser i andra länder och sektorer finns i bilaga 2. Nedan sammanfattar vi slutsatserna från forskningen och utblicken till andra länder och sektorer.

#### 3.8.1 Ledarskapsutveckling nära vardagen för systemets behov

I ljuset av de stora summor som varje år läggs på ledarskapsstärkande insatser finns förhållandevis få studier av utfallet av dessa och utvärderingar av utbildningar och kurser (Nilsson 2005, Gurdjian m.fl. 2014). Inom företagsvärlden har man sett att företagen alltmer börjar se brister med ledarskapsutveckling i "klassrumsmiljö", det vill säga frikopplat från ledarens vanliga verksamhet, och forskare menar att det är dags att överge bilden av att ledarskapsutveckling sker inom speciella program på särskilda platser. Ledarskapsutveckling är i stället en kontinuerlig process som kan pågå varsomhelst och handlar i dag allt oftare om att hjälpa människor att lära av sina arbeten, snarare än att ta dem ifrån sina arbeten och undervisa dem (Nyberg 2008). Genom att jobba med relationer och utveckling i den faktiska miljön som ledaren och medarbetarna befinner sig, hoppas man komma närmare en konkret utväxling av ledarskapsstärkande insatser (intervju Tyrstrup).

Det finns dock tecken på att såväl intensivkurser som grupphandledning kan stärka chefer i ledarrollen, även om intensivkursers effekt kan vara tidsbegränsad (Bergman 2011). Insatser som coachning, handledning och mentorskap kan vara andra sätt att utveckla ledare i vardagen. Studier har till exempel funnit att vissa former för grupphandledning kan ge chefer en mer positiv attityd till sitt eget ledarskap. Utvärderingar har visat att ledarna



blev mer fokuserade på ledaruppgiften, fick större självförtroende och handlingskraft och att detta också noterades av medarbetarna. (Sandahl m.fl. 2017)

I en intervju menar Cecilia Åkerblom, forskare inom ledarskap, att de ledarskapsstärkande insatser som är mest effektiva, inte minst i vården med sina olika kulturer och professioner, är de där ledare får hjälp med att tydliggöra och får stöd i att visa varför organisationen finns och hur man kan utföra sitt arbete på bästa sätt. Detta blir ett sätt för ledarskapet att skapa riktning. Då kan människors kreativitet, vilja, energi och engagemang tas tillvara (intervju Åkerblom).

I en forskningssammanställning om ledarskap från den brittiska organisationen King's Fund dras slutsatsen att det är viktigt att ledarskapsutvecklingen inte bara fokuserar på utveckling av individuella ledare, utan också på det värde som organisationen i sin helhet ska uppnå för patienten. Fokus bör alltså ligga på utveckla organisationens kollektiva kapacitet. Än så länge finns begränsat med utvärderingar av denna typ av ledarskapsutveckling men de som finns visar på positiva effekter på individernas förmågor att identifiera beroendeförhållanden och möjliga samarbeten mellan olika funktioner och organisationer. I sammanställningen dras också slutsatsen att ett utvecklande av en kollektiv ledarskapskapacitet i hälso- och sjukvårdsverksamheterna bäst görs inom den egna verksamheten. En huvudpoäng är återigen att det viktigaste målet med ledarskapsstärkande insatser är organisationsutveckling snarare än ledarutveckling (West m.fl. 2015).

### **3.8.2 En genomtänkt struktur och systematik för ledarskapsutveckling**

Fallbeskrivningarna av arbete med ledarskapsutveckling i andra länder och sektorer visar att det finns variation i de olika ansatserna. Det som förenar de framgångsrika exemplen är att de har en genomtänkt struktur och systematik i arbetet med ledarutveckling. Ledarskapsutvecklingen ligger även nära praktiken och teori varvas med praktisk träning och handledning.

Exempelvis arbetar den amerikanska hälso- och sjukvårdsorganisationen Kaiser Permanente med ledarskapsutbildning på olika nivåer utifrån noggrant planerade läroplaner. Utveckling av ledare sker i huvudsak på arbetsplatsen och bygger på individuella planer för varje chef. Cheferna utvärderas strukturerat, kontinuerligt och rigoröst.

Det svenska försvaret utbildar alla medarbetare med någon form av chefsbefattning enligt tre modeller: utvecklande ledarskap (UL), utveckling av grupp och ledare (UGL) samt indirekt ledarskap (IL) (Larsson och Kallenberg 2006).

Försvarmakten och Förvarshögskolan har utvärderat olika ledarskapsutvecklingsprogram i syfte att hitta evidens. Förvarshögskolan ansvarar för att förvalta och utveckla programmen samt att certifiera de som utbildar inom programmen. Försvaret betonar vikten av att kombinera teori med praktik, att utbildningar likt de ovan nämnda ska varvas med praktisk övning och handledning för att uppnå ett mer önskvärt ledarskap (intervju Grevholm).

### **3.8.3 Ledarskapsutveckling som en del av verksamhetsstyrning och kvalitetsutveckling**

Ledarskapsutvecklingen inom de två studerade amerikanska hälso- och sjukvårdssystemen Kaiser Permanente och Intermountain Healthcare sker som en del av det övergripande arbetet med verksamhetsstyrning och kvalitetsutveckling. Fokus i ledarskapsutvecklingen ligger på de kompetenser som behövs för att kunna utveckla kvalitet, effektivitet och att utveckla verksamheten mot en mer jämlik och patientcentrerad vård. Kaiser Permanente betonar till exempel förmåga att mäta och följa upp verksamheten, kompetens i förändringsledning och förbättringsarbete, förmåga att anpassa sig till förändringar i samhället och politiken, teamarbete, samhällsförståelse och förståelse för sjukvårdsindustrin. (Intervju Porter och Chen)

Intermountain Healthcare, en hälso- och sjukvårdsorganisation som är aktiv framför allt i Utah i USA, har under mer än 25 år arbetat med ledarskapsutveckling som styr mot kvalitet och resultat. De har utvecklat programmet "Advanced training program in quality improvement" (ATP) som fokuserar på kvalitetsstyrning, patientsäkerhet och ett gott och tydligt ledarskap som leder mot mätbara resultat. I dag genomgår de flesta av Intermountain's ledare ATP, ett program som pågår totalt fyra veckor och som även ges i en kortversion, "mini-ATP", i sex dagar. Fler än 3 000 personer har gått igenom ATP, vilket inkluderar i stort sett alla ledare på högre nivå, samt alla förändringsledare i sjukvårdssystemet. Genom programmet har de fått samma kunskaper och ett gemensamt språk. Chefer och ledare har också fått samma förståelse för dagliga utmaningar, övergripande styrning och sätt att följa upp sjukvård. I utbildningen är medicinska utfall, patientupplevd service och kostnadseffektivitet centrala begrepp. (Intervju Kristiansson)

### **3.8.4 Nätverk för erfarenhetsutbyte kan vara värdefulla**

Strukturerade professionella nätverk för erfarenhetsutbyte lyfts fram som värdefulla i flera av de hälso- och sjukvårdssystem och andra sektorer som



studerats. De medarbetare som genomgått utbildningsprogram som *the Leadership Academy* inom engelska NHS erbjuder anger till exempel som en positiv effekt av programmen att de har byggt informella nätverk med andra kursdeltagare (NHS 2016). Och i Skolverkets uppföljning av den nationella rektorsutbildningen konstateras att deltagarna menar att en av de största vinsterna med utbildningen är att de fått ett större nätverk (Skolverket 2014).

### 3.8.5 Svårt att se effekter i verksamheterna

Uppföljningar av såväl det nationella rektorsprogrammet, som är obligatorisk för samtliga rektorer inom skolan, som det nationella toppledarprogrammet som finns i Norge, visar att deltagarna själva rapporterar positiva effekter av utbildningsinsatserna. Det finns dock få studier som påvisar effekter i verksamheterna av olika ledarskapsutbildningar.

Rektorsprogrammet, som upphandlas av Skolverket som en uppdragsutbildning, innehåller bland annat skoljuridik, mål- och resultatstyrning samt skolledarskap. Skolverket har gjort en uppföljning av de första åren med rektorsprogrammet. Några huvudresultat är att deltagarna i programmet själva rapporterar att utbildningen skapar en ökad trygghet i ledarrollen och att de upplever en personlig utveckling (Skolverket 2014). Däremot finns det ingen utvärdering av om utbildningen leder till förbättrade resultat för elever. Det norska *Toppledarprogrammet* (Nasjonalt topplererprogram for helseforetakene, NTP) med tillhörande mentorskap, löper över nio månader och ska stärka kandidater som kan rekryteras som ledare. I toppledarprogrammet utforskas det egna ledarskapet, ledarens roll och uppdrag diskuteras i relation till strategi och politisk styrning och deltagarna arbetar med ett förbättringsarbete.

Utbildningen finansieras av de regionala hälsoföretagen, vilket indirekt innebär att den är statligt finansierad. Utvärderingar visar att effekten är störst på utövandet av det egna ledarskapet, helhetsperspektivet, förmågan att ange riktning för förändring och genomföra förändringar (Arbeidsforskningsinstituttet och Deloitte 2008 och Nasjonal ledelseutvikling 2013). Däremot finns inga utvärderingar av effekter på de hälso- och sjukvårdsverksamheter som de som genomgått programmet leder.

Erfarenheter från försvarets ledarprogram visar att det är svårt att utvärdera hur väl ledare utvecklas och ännu svårare att veta hur mycket deras verksamhet kommer att påverkas av utbildningen (Larsson och Kallenberg 2006). En studie av hur medarbetare till chefer inom försvaret som gått kursen Utvecklade ledarskap uppfattar förändring i ledarskapsbeteenden



visade inga större förändringar i riktning mot mer av de utvecklande ledarskapsbeteenden som eftersträvades. Däremot sågs minskade nivåer av önskade ledarskapsbeteenden, såsom låt-gå-ledarskap och konventionellt ledarskap (Larsson m.fl. 2016).

### 3.9 EXEMPEL FRÅN TVÅ REGIONER

Samtliga landsting arbetar med ledarskapsutveckling men landstingen har valt olika angreppssätt i fråga om hur man utbildar och förbereder sina chefer och ledare. Nedan illustreras detta genom exempel baserade på fallstudier i två regioner.

#### **EXEMPEL 1: Ledarskapsutveckling som en del av styrmodellen**

I regionen har man arbetat med ledarutveckling under en längre tid. Ledarskap ses som en del av styrmodellen och ledarskapsutvecklingen hålls samman av regionens utvecklingsenhet. Det finns olika utbildningsspår för chefer med olika uppdrag. Chefsutbildningarna skiljer sig från många traditionella chefs- och managementprogram eftersom de i huvudsak fokuserar på att utbilda chefer i att arbeta i "systemet", det vill säga i regionen och deras uppdrag gentemot befolkningen. Filosofin bakom ledarutvecklingen beskrivs över tid ha gått från att utveckla individuella chefer till att hjälpa chefer att arbeta med regionens uppdrag.

Viktiga inslag i utbildningen är att cheferna får analysera behoven i verksamheten, processorientering, vad som behöver utvecklas för att få till processerna och medarbetarutveckling. Därtill kommer individuell ledarutveckling som fokuserar på vad varje chef behöver för att kunna "rodda systemet och processerna". En viktig del i utbildningen är tid för samtal och reflektion chefer emellan och fokus läggs på relationsbyggande. Under programmen bjuds regionens ledningsgrupp in för diskussion med cheferna. Under utbildningens gång arbetar cheferna med egna förbättringsarbeten och stötts av en coach. Regionens vision, värdering och budget och verksamhetsplan och dess betydelse för den egna verksamheten används under hela programmet för att koppla utbildningen till uppdraget.

En framgångsfaktor är enligt de utbildningsansvariga att programmet bedrivs med närhet till regionledningen; de "synkar" med ledningen och för ut deras budskap i programmen. En annan framgångsfaktor för regionens arbete är enligt de ansvariga ett starkt eget ägarskap. Genom att själva äga utbildningen säkerställer man att den bygger på en djup kunskap i systemet och att den kan utvecklas i takt med att systemet utvecklas.

Utöver utbildning har regionen också andra verktyg för att stödja och stärka chefer. Ett är chefs- och medarbetarpolicyn som betonar att ett framgångsrikt ledarskap vilar på regionens grundläggande värderingar. Cheferna har också tillgång till olika informations- och stödpaket för att arbeta med regionens värderingar i sin egen verksamhet. Vidare organiseras mötesplatser och dialogform för chefer i olika verksamheter. I dessa mötesforum träffas chefer från olika verksamheter och högre ledningsfunktioner för dialog kring olika centrala teman. Mötesplatserna fokuserar på att bygga både horisontella och vertikala relationer och på att diskutera gemensamma utmaningar.



## **EXEMPEL 2: Ledarskapsutveckling med fokus på det individuella ledarskapet**

Regionen utvecklar och stödjer chefer genom olika chefs- och ledarskapsutbildningar som ordnas centralt i förvaltningen från HR-avdelningen. Tidigare har chefsutvecklingen i huvudsak drivits lokalt i verksamheterna, sjukhusvården har haft sina program och primärvården har haft sina. På senare år har utbildningarna centraliserats med fokus på att inkludera alla förvaltningar. Det finns olika utbildningar för chefer på olika nivåer; ett för blivande chefer, ett operativt chefsprogram och ett strategiskt chefsprogram. Målen för ledarskap definieras i regionplanen och för genomförandet ansvarar HR-avdelningen. I dag ligger fokus på ett ledarskap som skapar delaktighet, tar mer eget ansvar och har inflytande över den egna arbetsmiljön. Regionen har identifierat att man behöver ledare som bjuder in till medinflytande och att det därför behövs ett coachande ledarskap.

Regionen har också en grundutbildning som betraktas som ett slags chefskörkort. Körkortet är obligatoriskt för alla chefer och inkluderar arbetsrätt, arbetsmiljö, ekonomi och ledarskap. Kurser i förändringsledning, kommunikation, konflikthantering, systemkunskap med mera finns som påbyggnadsmoduler som kan väljas i mån av tid.

Förutom utbildningar arbetar regionen med nätverksgrupper för dem som har gått det strategiska chefsprogrammet. Syftet är att bibehålla de grupperingar som bildas under utbildningen för fortsatt erfarenhetsutbyte. Varje grupp har en mentor, som är förvaltningschef. Regionen har också ett mentorsprogram som beskrivs som väl utvecklat och formaliserat.

Regionen samverkar med ett universitet i vissa utbildningar och har ramavtal med konsulter som ansvarar för vissa delar i chefsutvecklingsprogrammen. Regionen har också arbetat med att skapa bättre organisatoriska förutsättningar för ledarskapet genom att skapa nya roller och möjligheter att göra karriär inom ledarskapsområdet.





## Utmaningar för ledarskapet i dag

I detta kapitel redovisas slutsatserna från vår analys om vilka utmaningar chefer i hälso- och sjukvården möter och vilka hinder som finns för ett stärkt och utvecklat ledarskap. Utmaningarna kretsar kring följande teman: stödstrukturer, styrning, ledning och organisation, kultur, chefskapets attraktivitet samt ledarskapsutveckling och utbildning. Nedan listas våra övergripande slutsatser kring dessa teman.

- ▶ Stora personalgrupper och bristfälliga stödfunktioner gör att chefer på framför allt verksamhetsnära nivå tyngs av administration, inte har tid att vara närvarande chefer eller arbeta med verksamhetsutveckling.
- ▶ När utvecklingsarbete bedrivs har chefer varierande tillgång till stöd och särskilt saknas analyskompetens.
- ▶ Bristande systemförståelse hos både chefer och medarbetare skapar konflikter och svårigheter att genomföra förändringar.
- ▶ Chefer framför allt på verksamhetsnära nivå upplever ofta att deras utrymme att leda och utveckla minskas av en omfattande och detaljerad styrning från flera nivåer.
- ▶ Otydliga roller mellan politiker och tjänstemannaledning kan leda till brister i långsiktighet och till fragmentisering.
- ▶ Ledningsgrupper, både de bestående av högre chefer och den högsta tjänstemannaledningen, kan fastna i detaljfrågor och i att lösa akuta problem. Konsekvensen blir att arbetet med strategiska frågor nedprioriteras.
- ▶ En del chefer upplever att de verkar i en kultur av revirtänkande, hierarkier och fokus på interna faktorer i organisationen snarare än på patientperspektivet.



- ▶ Chefsuppdraget upplevs inte alltid som attraktivt och särskilt läkare tycks i allt mindre grad vara villiga att inta chefspositioner. En del landsting har svårt att rekrytera chefer, framför allt på verksamhetsnära nivå.
- ▶ Det finns god tillgång till grundläggande chefsutbildning i landstingen men i vissa fall otydliga kopplingar mellan ledarskapsutvecklingen och landstingens styr- och ledningssystem i övrigt.

## 4.1 STÖDSTRUKTURER

I chefens uppdrag ingår ansvar för verksamhet, personal och budget. För att kunna arbeta med alla dessa delar behöver chefer tillgång till flera olika typer av stöd.

### 4.1.1 Bristande tillgång till stödstrukturer minskar utrymmet att leda och utveckla

Vår samlade bedömning utifrån intervjuer, kartläggningar, litteraturgenomgångar och dialog med intressenter är att det verkar finnas en stor variation i tillgång till stödstrukturer för framför allt verksamhetsnära chefer. Detta gäller till exempel stödfunktioner gällande HR, ekonomi, administration och juridik. För chefer med bristande stöd innebär det att mycket tid får läggas på bemanning, rapportering och annan administration. En intervjuperson anger att ”jag har en sådan stödfunktion och det löser sig väldigt smidigt. Nu ska den här klippan gå i pension och jag tror att vi kommer få göra allt det här själva nu. Det får mig att överväga att byta jobb”. Första linjens chefer anger specifikt att bemanning, till exempel att ringa in vikarier och lösa schemafrågor, blir en tidsödande arbetsuppgift om man inte har stöd från exempelvis bemanningsassistenter. Flera av intervjuat menar att detta får konsekvensen att chefer inte kan vara närvarande i verksamheten och att detta problem har ökat över tid. En chef menade att ”första linjens chefer hittar man numera på sina rum framför ett excelark, inte ute i verksamheten”.

” Första linjens chefer hittar man numera oftast på sina rum framför ett excelark, inte ute i verksamheten.”

(Första linjens chef)

Intervjumaterialet visar även att det finns ett stort engagemang för att arbeta med utvecklingsfrågor bland de verksamhetsnära chefer som har intervjuats men att detta ofta inte hinns med i önskad utsträckning. Detta har även visats

i flera andra studier. En studie bland första linjens chefer visar att endast 8 procent av arbetstiden kan tillägnas verksamhetsutveckling (Dagens Medicin 2016-07-05). En intervjustudie om svenska verksamhetschefer syn på att arbeta med utvecklingsfrågor visar att utvecklingsarbetet konkurrerar med övriga mål och krav som ska uppfyllas. I studien argumenterar författaren att verksamhetschefer i vissa fall lyckas med utvecklingsprojekt – trots att förutsättningarna för arbetet inte är gynnsamma (Tyrstrup, 2012). Nästan hälften av cheferna i Vårdförbundets chefsenkät upplever att de saknar rätt förutsättningar för att utföra ett bra arbete. Alltför många administrativa uppgifter, ständiga bemanningsproblem, bristande mandat från ledningen eller ett övermäktigt uppdrag begränsar ledarrollen enligt respondenterna. Hälften av cheferna i studien tycker att de i ganska liten utsträckning eller inte alls har tid till egen reflektion om sitt arbete. Samtidigt tycker sju av tio chefer att de i stor eller mycket stor utsträckning kan bidra till en positiv utveckling av den vård som deras verksamhet bedriver (Vårdförbundet 2016a).

Den höga arbetsbelastningen till följd av bland annat de bristande stödfunktionerna påverkar även chefernas arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket har inspekterat cirka 100 arbetsgivare inom ramen för tillsynen av första linjens chefer inom vård och omsorg. Den slutgiltiga analysen är inte klar men de iakttagelser som har gjorts är att första linjens chefer inom vården trivs i sin roll och är engagerade men att arbetstempot är högt och uppgifterna ofta är många – vilket kan leda till risker för chefernas hälsa. Problem som första linjens chefer anger är hög arbetsbelastning och arbete under tidspress, krångliga IT-system, otillräckligt administrativt och organisatoriskt stöd, framför allt i HR- och IT-frågor, personalomsättning som kan vara stressande liksom svårigheter att rekrytera (intervju Hamfelt).

Samtidigt är det viktigt att påpeka att chefer ofta har större möjligheter att påverka sin arbetssituation än medarbetare. De kan exempelvis ändra på arbetssätt i verksamheten eller delegera arbetsuppgifter. De har även möjlighet att tacka nej till en chefstjänst där de förutsättningar som behövs för att utföra uppdraget inte finns på plats.

#### **4.1.2 Stöd- och servicefunktioner som ställer krav**

I intervjuerna framkommer att det som är tänkt att vara stödfunktioner ibland upplevs som egna kravställare gentemot cheferna, exempelvis att HR-avdelningen upplevs arbeta i ett eget spår med en egen agenda och snarare tillför arbetsuppgifter till chefer än stödjer dem. En första linjens chef anger att "HR-service och löneservice borde byta namn för det är inte de som servar



oss, det är vi som servar dem hela tiden”. En annan chef beskriver dessa uppgifter som ”det administrativa nedfallet” och att man arbetar fram olika strategier för att kunna hantera alla de uppgifter som tilldelas en, exempelvis att man ”får vara lite busig och strunta i vissa saker”.

### **4.1.3 Varierande kompetens och stöd för utvecklingsarbete**

Chefer är viktiga aktörer när det gäller att utveckla vårdverksamheterna. Verksamhetsnära chefer ansvarar oftast för verksamhetsutveckling på sina enheter och avdelningar och högre chefer måste skapa förutsättningar för utvecklingsarbetet. Ledningens uppgift i utvecklingsarbetet är till exempel att skapa riktning och förändringstryck och fråga efter resultat (Institutet för framtidsstudier 2016). För att kunna bedriva utvecklingsarbete krävs att chefer och medarbetare själva har, eller har tillgång till, analyskompetens och kompetens i utvecklings- eller förbättringsarbete. Utvecklingsarbetet kräver även att verksamheterna har tillgång till verksamhetsdata (Vårdanalys 2016b). Vår analys visar på variationer mellan landstingen och verksamheterna gällande tillgång till såväl analyskompetens som kompetens i metoder för förbättringsarbete och förändringsledning.

En enkätstudie som Vårdanalys tidigare utfört bland verksamhetschefer i hälso- och sjukvården visar att cheferna anser att störst utvecklingspotential i verksamhetsutvecklingen finns i att samarbeta med aktörer utanför den egna verksamheten, men att man i praktiken prioriterar det interna arbetet, till exempel verksamhetens organisation eller medarbetartillfredsställelse. Studien visar även att de angreppssätt som används i förbättringsarbetet är traditionella, exempelvis incidentrapportering och utbildningssatsningar. Forskning visar att dessa metoder kan leda till mindre faktisk utveckling för patienter än till exempel arbete med nationella riktlinjer, kvalitetsregister och förbättringsarbete ur patientens perspektiv. (Vårdanalys 2016b)

Vår kartläggning av landstingens strukturer för utvecklingsarbete visar att majoriteten av landstingen har centrala enheter eller centrum som arbetar med utveckling och förbättring, men att omfattningen på dessa verksamheter varierar och att de arbetar på olika sätt. Antalet anställda i dessa utvecklingsenheter varierar mellan landstingen, med fem anställda i den minsta utvecklingsenheten och 35 i den största. Landstingets storlek påverkar även storleken på utvecklingsenheten. På de allra flesta av dessa enheter finns tillgång till kompetens i förbättringskunskap, analys och projektledning som kan stödja verksamheterna genom olika typer av konsultstöd eller genom



utbildningar mot verksamheterna. Majoriteten av landstingen anger även att utvecklingsenheterna erbjuder stöd i kontinuerligt lärande.

De flesta av enheterna finns inom den centrala förvaltningen, koncernkontoret, staben eller liknande. 16 av 21 landsting anger att det finns en samverkan med akademien gällande utvecklings- och förbättringsarbete. Formen för samverkan varierar från att landstinget bedriver kurser i förbättringskunskap tillsammans med ett lärosäte till att man samverkar i mer begränsad skala i tillfälliga kliniska utvecklingsprojekt. Kartläggningen visar även att det övergripande ansvaret för verksamhetsutveckling ligger på verksamhetsnivå. Det finns alltså centralt stöd för utvecklings- och förbättringsarbetet i de flesta landsting, men vi kan inte utifrån kartläggningen dra slutsatser kring hur effektivt eller ändamålsenligt stödet är för verksamheternas utvecklingsarbete.

Vår kartläggning visar även att analyskompetens är en brist i utvecklingsarbetet i flertalet landsting. Bristen på analyskompetens lyfts också som ett problem i Socialstyrelsens undersökning av utvecklingskraften i fyra landsting. Speciellt efterfrågas kompetens som kan ansvara för mer avancerade analyser, exempelvis resultat för patienter på systemnivå (Socialstyrelsen 2017c). Andra undersökningar visar att brister i analyskompetens gör det svårt att bedriva ett faktabaserat utvecklingsarbete. Huvudmännen har inte skapat eller gjort analyskompetens tillgänglig för chefer, och därför har cheferna svårt att göra problemanalyser och ta fram adekvata mål för förbättringsarbetet samt strukturer för uppföljning. Det har även konstaterats att chefer i låg utsträckning utbildas eller tränas i hur de ska leda ett patientcentrerat utvecklingsarbete (Institutet för framtidsstudier 2016).

Enligt en tidigare rapport från Vårdanalys är förbättringsarbete vanligt i hälso- och sjukvården, men många av de projekt som genomförs lever inte vidare efter projektfasen. Internationella studier visar att endast 20–40 procent av förbättringsinitiativen är framgångsrika (Vårdanalys 2016b). Tänkbara anledningar till den stora andelen misslyckade projekt anges vara avsaknaden av analys och problemlösningskompetens eller möjligheten att tillgå sådan kompetens (SOU 2016:2 s. 284).

#### **4.1.4 Bristande systemförståelse ett hinder för utvecklingsarbete**

De vi har intervjuat menar att det är viktigt för ett fungerande chef- och medarbetarskap i hälso- och sjukvården att veta hur och var beslut fattas och hur politiskt styrda organisationer fungerar. Bristande systemförståelse kan



leda till missförstånd och konflikter i personalgruppen, bristande förtroende för chefer och ledning och svårigheter att bedriva verksamhetsutveckling. En chef i ledningsposition berättar att regionledningen kan ha en annan bild av vad som är chefens grundläggande uppgift: ”när man som läkare ska bli chef förväntas från kollegor att man ska fixa pengar till verksamheten, att det är chefens uppdrag. Men vår bild är att man ska göra det bästa för patienten utifrån de medel som tilldelats. De två bilderna är en plattform som gör det svårt när vi ska mötas [...] det finns en dålig kunskap om att man kommer till en demokratiskt styrd organisation – man har inte med sig det från utbildningen.”

I Socialstyrelsens kartläggning av utvecklingskraft i hälso- och sjukvården anges att det i flera landsting är ett stort fokus på produktion och ekonomi, och att bristen på systemperspektiv är ett hinder för utveckling mot en mer sammanhållen och patientcentrerad vård- och omsorg (Socialstyrelsen 2017c).

## 4.2 STYRNING OCH ORGANISERING

Många av de chefer vi har intervjuat anser att den sammantagna styrningen och uppföljningen från staten (exempelvis lagstiftning, nationella riktlinjer, riktade statsbidrag och uppföljning), landsting (exempelvis politiska mål, policyer, ersättningssystem, regelverk och uppföljning) och verksamhet (exempelvis produktionsstatistik och ekonomisk uppföljning) genererar en stor mängd arbetsuppgifter för chefer, styr åt olika håll samtidigt och gör det svårt eller till och med omöjligt att efterleva all styrning. Man anger också att verksamhetens organisering kan vara ett hinder för chefer, främst i form av att chefer har för stora personalgrupper.

### 4.2.1 Många direktrapporterande till en chef hindrar ett närvarande ledarskap

Forskning visar att komplexiteten i både medarbetarnas och chefens arbete, graden av förutsägbarhet i arbetet, hur många olika arbetsuppgifter chefen har samt behoven av kunskapsöverföring och anpassning påverkar hur många direkt underställda medarbetare (vanligen kallat kontrollspann) chefen bör ha (Vision 2016). Många av hälso- och sjukvårdens verksamheter kännetecknas av att vara just komplexa, oförutsägbara och kunskapsintensiva. Det indikerar att de flesta chefer som leder verksamhetsnära enheter eller avdelningar i hälso- och sjukvården bör ha ett förhållandevis smalt kontrollspann. Statistik från SCB visar dock att chefer i hälso- och sjukvården på verksamhetsnära

nivå ofta har många underställda. Det genomsnittliga kontrollspannet för chefer inom vård och omsorg var 30 år 2015, jämfört med till exempel handeln där kontrollspannet i genomsnitt var 12, eller offentlig förvaltning där det var 9 (Vision 2016). Studier visar dessutom att det finns skillnader i antal underställda per chef mellan kvinno- och mansdominerade verksamheter i offentlig sektor. Chefer i kvinnodominerade verksamheter är generellt sett ansvariga för större personalgrupper än chefer i mansdominerade (Björk och Härenstam 2016).

Vårdanalys enkät till verksamhetschefer (i enkätstudien definierade som klinik- eller vårdcentralschef) som publicerats i en tidigare rapport visar att nästan 50 procent av cheferna har mer än 20 underställda och 7 procent har fler än 50 (Vårdanalys 2016b). De stora personalgrupperna får enligt intervjupersoner konsekvenser för chefers möjligheter till ett närvarande ledarskap där varje medarbetare känner sig sedd. En intervjuperson betonar vikten av att vara en närvarande chef: ”jag fascinerar av att mina medarbetare som har så mycket erfarenhet ändå finner så mycket trygghet i min närvaro. Min chef ser inte alltid att det är det viktigaste jag gör på jobbet.” En annan chef tar upp svårigheterna med att få till en diskussion om vad som är ett rimligt antal medarbetare, hen ”upplever att det inte är ok att säga något om personalgruppernas storlek. Man ska bara palla det och vara en superhjälte.”

” Jag fascinerar av att mina medarbetare som har så mycket erfarenhet ändå finner så mycket trygghet i min närvaro. Min chef ser inte alltid att det är det viktigaste jag gör på jobbet.”

(Enhetschef)

Västra Götalandsregionen genomför en satsning på minskade personalgrupper där man i regionen har bestämt att varje chef ska leda minst 10 och max 35 medarbetare. Man anger att stor personalomsättning och en hög andel sjukskrivningar låg till grund för beslutet. Enligt det senaste årsbokslutet har ungefär 66 procent av cheferna medarbetargrupper med mindre än 35 medarbetare (Dagens Medicin 2017-05-26)

I en del verksamheter försöker man undvika stora personalgrupper genom att arbeta med olika former av delat ledarskap, eller genom att utnämna gruppchefer eller teamledare som verkar under den ordinarie chefen. Verksamhetschefer kan exempelvis ha biträdande chefer med utpekade ansvarsområden. En del organisationer har utforskat möjligheterna med ett så kallat samledarskap, där den delade ledningsfunktionen utgörs av två heltids-tjänster som leder en verksamhet tillsammans (Döös och Wilhelmson 2003).



#### **4.2.2 För många olika styrsignaler kan leda till minskad styrkraft och handlingsutrymme**

Under en diskussion med en intervjuperson om de många arbetsuppgifter som styrning och uppföljning medför konstaterar en första linjens chef att "allt är prioriterat, då blir inget prioriterat. Prioriteten syns inte någonstans, man får aldrig prioritera ner något." Styrningen upplevs både som omfattande och detaljstyrande, vilket enligt intervjupersoner resulterar i ett för litet utrymme för cheferna att leda och utveckla vården. Dels minskar tiden för att vara närvarande i verksamheten och arbeta med utveckling, dels lämnas ett alltför litet manöverutrymme. Verksamhetsnära chefer kan uppleva sig bakbundna av regler, policyer och uppdrag trots att de formellt har mandat att utveckla sin verksamhet.

Flera högre chefer som vi har intervjuat berättar om denna "mångstyrighet" och menar att det är deras uppgift att rensa i antalet styrsignaler som når chefer på lägre nivåer. I intervjuerna framkommer det även att man anser att det är chefer i första linjens uppgift att sortera i vilka signaler som man kommunicerar till sina medarbetare. Några använder liknelsen att de "fäller upp paraplyet" för att inte styrsignalerna, kraven och arbetsuppgifterna ska regna ner över medarbetarna. Andra har påpekat att det är praktiskt omöjligt och till och med irrationellt att följa alla regler. Ett överskott av styrsignaler kan på så vis leda till ett underskott på efterlevnad. Chefer behöver således sortera, prioritera, tolka och omtolka styrsignaler så att de kan omsättas i den egna verksamheten. (Fernler m.fl. 2013) Även i utredningen Effektiv vård diskuteras huruvida det stora antalet strategier, policyer och riktlinjer och andra typer av styrdokument som finns i vissa landsting är rimligt eller om styrsignalerna konkurrerar med varandra, och genomslaget riskerar att utebli (SOU 2016:2 s. 172).

Socialstyrelsen har konstaterat att en stor del av den rapportering och dokumentation som styrningen resulterar i "vida överstiger vad som egentligen krävs ur såväl juridisk som praktisk mening" och därför inte kan hänföras till den statliga styrningen (SOU 2016:2 s. 329). I utredningen Effektiv vård uppger man att mycket av den dokumentation som görs är onödig eftersom den utgörs av dubbel- och trippeldokumentation, och att landstingens verksamhetssystem inte alltid är utformade så att de stödjer att information bara registreras en gång och sedan delas mellan olika system (SOU 2016:2 s. 329). Man konstaterar också att det finns en uppfattning i vården att de uppgifter som begärs in från ledningsnivå inte alltid är de mest relevanta för att skapa en bild av verksamheten och att mycket information efterfrågas i onödan (SOU 2016:2 s. 335).

### 4.2.3 Fortfarande stort fokus på ekonomi i uppföljningen i vissa landsting

Intervjumaterialet visar att chefer ofta följs upp på ekonomiska frågor, till exempel i vilken utsträckning man når budgetmål. Även när andra resultat efterfrågas upplevs ekonomin ofta vara det som avgör. En chef berättade att "bra verksamhetschefer blir petade för att de inte klarar av den ekonomiska biten, fast de fått fantastiska medicinska resultat". En annan chef anger att "intresset från politik och höga chefer finns bara det när kommer nationella rapporter om kvalitet etc. – annars är allt fokus på ekonomi". Här bör det dock påpekas att det finns stor variation mellan landstingen och att utvecklingen verkar gå mot mer fokus på kvalitet och patientutfall. Vissa intervjupersoner uppger att de har börjat ha separata ledningsgruppsmöten för att diskutera uppföljning av medicinska resultat och kvalitet, för att se till att dessa frågor får tillräckligt utrymme. Andra berättar om att de i deras landsting alltid inleder alla ledningsgruppsmöten med att chefer får redovisa sina kvalitetsmått och att budgetfrågorna alltid kommer i andra hand.

### 4.2.4 Det högsta ledarskapet har svårt att prioritera strategiska frågor

I våra intervjuer har det framförts att målen för det egna chefsuppdraget eller verksamheten visserligen kan vara tydligt, men att det kan vara mer otydligt hur det övergripande uppdraget gentemot befolkningen ser ut och hur verksamheten förväntas bidra till det. Att arbeta med att definiera mål och skapa riktning och mening mot det övergripande syftet med verksamheten är en fråga för det högsta ledarskapet. I intervjuer framkommer att det är svårt för ledningsgrupper att få tid till det strategiska arbetet och att man ofta fastnar i att lösa akuta problem.

En studie av svenska ledningsgrupper inom både välfärdssektorn och näringslivet visar att det finns ett missnöje med att man fastnar i rutinärenden i stället för mer komplicerade och strategiska frågor. I ledarskapslitteraturen anges även att chefer i offentlig sektor i vissa fall ser det som sin största uppgift att värna sin egen verksamhet, och att andra chefer i ledningsgruppen betraktas som konkurrenter eftersom man slåss om samma resurser. De existerande belöningsystemen gynnar inte heller den som gör avkall på sin egen verksamhet till fördel för ett gemensamt ansvar. (Thylefors 2016)



#### 4.2.5 Svagheter i det regionala ledarskapet ger dåliga förutsättningar för chefer på lägre nivåer

I förarbetena till den kommunallag som träder i kraft 1 januari 2018 påpekas att det för att styrningen, ledningen och den representativa demokratin ska fungera krävs en ömsesidig förståelse mellan den politiska organisationen och förvaltningen (Proposition 2016/17:171 s. 192). I flera av våra intervjuer med chefer har betydelsen av landstingets politiska ledning lyfts. Man anger till exempel att alltför kortsiktig eller detaljerad politisk styrning kan hämma långsiktigt utvecklingsarbete. Cheferna beskriver den politiska styrningen som svårhanterlig när den består av för mycket ”tvära kast”. Vidare betonas vikten av förtroendefulla relationer mellan den politiska ledningen och förvaltningsledningen. I landsting där det regionala ledarskapet upplevs fungerande uttrycks förtroende för högsta ledningen bland chefer på lägre nivåer och samarbetet mellan politikerna och de högsta tjänstemännen verkar fungera väl.

Flera intervjupersoner menar också att ett gott regionalt ledarskap utmärks av att man från den politiska ledningen och tjänstemannaledningen förmedlar samma budskap och har en gemensam bild om vart man ska. En tydlig och stringent kommunikation från den högsta ledningen både mot medborgare och medarbetare är ytterligare en framgångsfaktor för ett gott regionalt ledarskap som lyfts i intervjuerna. Långsiktighet och uthållighet i de övergripande strategiska frågorna och i rollfördelning mellan politiker och tjänstemän, som kvarstår även när politiska ledningar byts ut, är andra viktiga förutsättningar.

En del av kortsiktigheten kan bero på en hög omsättning på högre chefer och tjänstemän. I utredningen *En ny kommunallag för framtiden* anges att utvecklingen under de senare åren har medfört en allt mer komplex kommunal verksamhet som har förändrat rollen för både förtroendevalda och anställda i kommuner och landsting (SOU 2015:24 s. 291). Ökad komplexitet ställer högre krav på hur verksamheten samordnas, leds och styrs, både politiskt och professionellt, och på relationen mellan politisk ledning och tjänstemän (SOU 2015:24 s. 287). Utredningen konstaterar också att det är hög omsättning på kommunernas och landstingens högsta chefer och att oklar rollfördelning som leder till konflikter mellan politiker och tjänstemän ofta förklarar den höga omsättningen (SOU 2015:24 s. 295).

I våra intervjuer berättar vissa om höga chefer som ”får gå på dagen utan ens en förklaring om varför” och att det skapar dåliga förutsättningar för att arbeta långsiktigt och uthålligt med det utvecklingsarbete som behövs.

En chef i ledningsposition som vi intervjuat uttryckte det som att ”den höga omsättningen på höga chefer och tjänstemän leder till att systemen glömmas och att utvecklingsarbete och strategier inte får någon effekt. Man har så kort tålamod i dessa sammanhang.” Vår analys visar dock att det verkar finnas stor variation mellan landstingen i fråga om hur samarbetet mellan politiker och tjänstemän fungerar.

” Den höga omsättningen på höga chefer och tjänstemän leder till att systemen glömmas och att utvecklingsarbete och strategier inte får någon effekt. Man har så kort tålamod i dessa sammanhang.”

(Chef i ledningsposition)

Även SKL har uppmärksammat att bristen på bestämmelser om var gränsen går mellan det politiska ansvaret och de ledande tjänstemännens ansvar leder till ottyligheter och ibland även konflikter mellan förtroendevalda och tjänstemän. SKL menar att det behövs mer formaliserade spelregler och ett större erkännande av det politiska ledarskapets betydelse för att utveckla förutsättningarna för det politiska ledarskapet, för tjänstemännens ledarskap och för samspelet mellan de två. (SKL 2012)

I utredningen Effektiv vård beskrivs den politiska ledningens dubbla uppdrag: att vara befolkningens företrädare och att utgöra en koncernledning för hälso- och sjukvården. Den senare uppgiften kan vara svår för förtroendevalda lekmän med tanke på den komplexa och kunskapsintensiva verksamhet som de har att styra och leda (SOU 2016:2 s. 176). Den ökade komplexiteten medför att förtroendevalda behöver ägna sig åt övergripande styrning. Samtidigt kan det finnas press på politiker från medlemmar och medborgare att besluta i vissa verksamhetsnära frågor, och dessutom kan de ställas till svars även för de beslut som fattas av förvaltningen eller verksamheten (SOU 2015:24 s. 287).

I flera av våra intervjuer med chefer på olika nivåer har det lyfts fram att det upplevs som ett problem att politiker alltför ofta fattar beslut om sådant som normalt borde lämnas till verksamheten och att det försvårar chefens uppdrag. Det finns också en syn hos flera chefer att politikerna detaljstyr i vissa frågor samtidigt som de styr alltför lite i de mer övergripande strategiska frågorna. Vissa ser som ett problem att politiker inte alltid står upp för och kommunicerar svåra prioriteringsbeslut som de fattat så att det lämnas till chefer i verksamheterna att motivera och förklara olika förändringar för medarbetare och patienter.



#### 4.2.6 För lite samstämmighet mellan den statliga och den regionala styrningen

I intervjuer med hälso- och sjukvårds- och landstingsdirektörer, som alltså utgör en del av det regionala ledarskapet, framkommer att de anser att vissa delar av statens styrning är svår att hantera och få ihop med den egna styrningen och landstingets långsiktiga utvecklingsplaner. Intervjuade landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer efterlyser även mer långsiktighet och tydlighet i den statliga styrningen, och de önskar att det fanns större möjligheter till dialog med nyvald politisk ledning kring vilka områden som de vill satsa på under mandatperioden. Hälso- och sjukvårdsdirektörerna uppger även att satsningar från regeringen, exempelvis riktade statsbidrag, inte alltid upplevs som koordinerade mellan olika departement och att de kan vara uppdelade på socialtjänst och hälso- och sjukvård, och alltså ges i samma ”stuprör” som huvudmännen arbetar för att överbygga.

Behovet av en breddad dialog mellan staten och landstingen har uttryckts i andra rapporter från Vårdanalys (2014a). Även i den statliga Kunskapsstödsutredningen föreslår utredaren att regeringen och landstingen bör förbättra dialogen genom att inrätta ett nära och regelbundet samråd. Inom ramen för samrådet bör man utifrån gemensamma målbilder komma överens om insatser som ska undanröja brister på kunskap och jämlikhet i vården. Vidare föreslås att regeringen och landstingen skapar en nationell process för särskilda satsningar för att minska risken för fragmentisering. (SOU 2017:48 s. 25)

Även utredningen Effektiv vård konstaterar, utifrån forskning på området, att statens styrning är mångfaldig och inte alltid koordinerad. Det är svårt för staten att få genomslag för ett styrmedel om inte landstinget styr mot samma värde, och det finns exempel på okoordinerad styrning mellan stat och landsting (SOU 2016:2 s. 191, Krohwinkel m.fl. 2012, Fernler m.fl. 2014). I utredningen görs även reflektionen att hälso- och sjukvården består av en stor mängd aktörer, och att det saknas en sammanhållen idé och strategi bland dessa aktörer kring vilka utmaningar som är viktigast och hur de strategiskt ska hanteras (SOU 2016:2 s. 123). I Kunskapsstödsutredningen drar utredaren slutsatsen att det även inom kunskapsstyrningsområdet finns många olika styr signaler. Utredningen har i sin kartläggning funnit att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan dubblar och överlappar, och i vissa fall till och med motsäger varandra (SOU 2017:48 s. 22).



### 4.3 KULTUR

I våra intervjuer har det framkommit att kulturella faktorer i vissa fall hindrar utveckling och försvårar chefsuppdraget.

#### 4.3.1 Revirtänkande och hierarkier motverkar samverkan och utveckling

I intervjuer med chefer på framför allt verksamhetsnära nivå rapporteras att vården i vissa fall präglas av hierarkier mellan olika yrkesgrupper och revirtänkande mellan verksamheter. En chef beskriver det som att ”revirområden präglar sjukvården [...] sjukvården i dag går ut på hur man ska få patienter att inte söka just hit”. Detta innebär svårigheter med samverkan kring patienter som har kontakt med flera vårdgivare, men även utmaningar för att lyckas med utvecklingsprojekt som löper över verksamhets- eller organisatoriska gränser. Högre chefer anger även att det i vissa fall är svårt att rekrytera chefer som ser till organisationens övergripande mål snarare än verksamhetens individuella resultat.

Det har tidigare konstaterats att professionernas roll i ledning och utveckling av hälso- och sjukvården, där mycket fokus ligger på specialisering, kan understödja revirtänkande och fragmentisering av verksamheter och funktioner. Läkarkåren och den medicinska vetenskapen har med sin starka ställning och långa tradition en särställning i relation till andra och ”yngre” professioner och vetenskaper. Detta riskerar att skapa informella hierarkier mellan professioner som kan leda till svårigheter för chefer att leda. Trovärdigheten i ledarskapet riskerar att undermineras och verksamheten blir då än mer svårstyrd. (SOU 2016:2 s. 160).

#### 4.3.2 Fokus på interna faktorer snarare än att skapa värde för patienten

I intervjuer beskrivs att idéer kring verksamhetsutveckling huvudsakligen kommer från personalen eller från verksamhetens ledning. Få intervju-personer nämner externa aktörer eller patienter eller närstående som källa till idéer om hur verksamheten kan utvecklas. Studier från SCB visar att de mest innovativa sjukhusen i högre grad har samarbeten med patient- och brukarorganisationer och andra externa samarbetspartner som akademien samt får idéer från enskilda patienter, jämfört med de minst innovativa sjukhusen (SCB 2015b).



Enkätstudier från Vårdanalys med verksamhetschefer som målgrupp visar att de starkaste drivkrafterna i utvecklingsarbetet är behov i den egna verksamheten. Utvecklingsarbetet fokuserar på verksamhetens egen organisation och medarbetartillfredsställelse i större utsträckning än på områden som verksamhetscheferna anser har större förbättringspotential – som att förbättra processer mellan huvudmän eller involvera patienter. Detta kan delvis bero på att chefer i större utsträckning har tillgång till data om ekonomi, verksamhetsstatistik och medarbetartillfredsställelse än resultat som rör till exempel patientcentrering och processförbättring. (Vårdanalys 2016b)

En annan tänkbar förklaring till det interna fokuset är att det är kulturella faktorer som påverkar chefers prioriteringar. Det har i tidigare utredningar föreslagits att hälso- och sjukvårdens styrning präglas av ett fokus på produktion, ekonomi och rutiner snarare än att skapa värde för patienten (SOU 2015:102 s. 131). Det har även funnits hierarkiska relationer mellan patient och personal som gjort att patienters erfarenheter och kunskaper inte uppmärksammats (Vårdanalys 2012).

#### 4.4 CHEFSKAPETS ATTRAKTIVITET

I intervjuer har det kommit fram att det finns tecken på ett bristande intresse för att ta sig an ett chefskap inom hälso- och sjukvården, framför allt inom vissa yrkesgrupper.

##### 4.4.1 I en del landsting är det svårt att rekrytera chefer

I intervjuerna nämns svårigheter att rekrytera chefer inom vissa verksamheter och vissa landsting, men bilden delas inte av alla. Intervjupersoner berättar att det förekommer att man tackar ja till en chefsposition för att medarbetaren känner att hen borde ställa upp för organisationen, snarare än att hen själv har ett engagemang för ledarskap och chefskap. En chef berättar att på hens arbetsplats är det ”stor omsättning på chefer och få sökande per plats”. En annan intervjuperson anger att ”kan vi göra arbetsplatsen och chefsrollen attraktiv – kanske genom att minska detaljstyrning och öka incitamenten – ja då har vi löst mycket”.

En chef i ledningsposition menar att det inte är svårt att få sökande till höga chefspositioner men att det däremot är svårt att hitta chefer med rätt kompetens: ”De som vi behöver som chefer finns nästan inte. Inte vara den som vet och har alla svaren själva. Det är en generationsfråga, vården är så

hierarkisk.” Samma chef säger att de chefer som ska utveckla framtidens vård behöver andra kunskaper: ”Leda medicinskt och leda organisation, det är olika. De [primärvårdsläkare] vill ha allmänläkare som chefer, de tänker mest på det medicinska inte på tjänsteleveransen och organisationen. Vi måste digitalisera och då kommer andra kompetenser in.” Det efterfrågas även kompetens kring hur man ska kunna utforma vården utifrån patienternas behov: ”En kompetens som jag önskar fanns var tjänstedesign och att kunna arbeta med patienter och invånare kring tjänsteleverans. Det är inte säkert att vi förstår kundernas behov helt och hållet.”

Sammantaget ger våra intervjuer bilden av ett på vissa håll för smalt rekryteringsunderlag som begränsar möjligheten att hitta de sökanden till chefstjänster som har störst potential och rätt kompetens.

#### 4.4.2 Det lockar inte att vara chef inom vissa yrkesgrupper

Flera personer vi har intervjuat menar att speciellt läkares intresse för chefspositioner i hälso- och sjukvården har minskat. Enkäter från Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) visar att intresset för ledarskap är som högst när man är läkarstudent och sedan sjunker under allmän tjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST). Enkäterna visar också på en negativ trend bland ST-läkarna där andelen som absolut inte kan tänka sig att bli chef ökade mellan 2009 och 2016 - från åtta till 22 procent (SYLF 2016).

I fråga om läkares roll i hälso- och sjukvårdens ledarskap uttrycker våra intervjupersoner vitt skilda åsikter. Chefer som är läkare betonar att det underlättar för förståelsen för uppdraget om deras chef själv är läkare. Andra uttrycker att yrkesgruppen med den högsta medicinska kompetensen behövs på ledningsnivå i hälso- och sjukvården och att det därför är en negativ utveckling om färre läkare vill bli chefer. Samtidigt har det blivit tydligt under arbetet med rapporten att välfungerade chefskap innehas av många personer som har andra professionella bakgrunder än läkare. Flera intervjupersoner anger att grundprofessionen inte är det viktigaste utan att det snarare är chefskompetensen som avgör om ledarskapet blir framgångsrikt.

En intervjuperson säger att ”om verksamhetschefer ska vara läkare så krävs mer utbildning. Läkare har svårt att arbeta som chefer om de inte är intresserade av ledarskapet för de är så inne på de medicinska bitarna, det är skillnad om läkarna är intresserade av ledarskap.” Andra intervjupersoner har framfört att ledningsgrupper sannolikt bör vara mixade och innehålla samtliga kompetenser som finns i verksamheten. När strategier för att bedriva utvecklingsarbete har diskuterats betonas vikten av att få med sig



läkarna och en intervjuad chef anger att ”det är en jättevinst att prata ihop sig med läkare om målen etc. – och sen kommunicera det till medarbetare när man står samlat”. Andra uttrycker att det fortfarande kan vara svårt att få legitimitet som chef över läkare om man inte själv är läkare.

Läkarförbundet har i intervjuer lyft det angelägna i att väga in medicinska och kvalitetsfrågor i ledarskapet. Läkarförbundet menar att det krävs en kombination av personalansvar och medicinskt ansvar framför allt i verksamhetschefsrollen; vård är uppdraget och chefen måste kunna ta ett ansvar för vården. I dialog med Läkarförbundet har det även framkommit att incitamenten för läkare att anta chefspositioner i vissa fall är svaga. Ett exempel är att den faktiska lönen man får som chef är lägre än lönen vid kliniskt arbete eftersom man inte får jourersättning eller andra typer av ersättningar. Läkare kan även uppleva att deras mandat att leda verksamheten kringskärs av direktiv ”uppifrån”, exempelvis från HR-avdelningen.

Forskare på Karolinska institutet har på uppdrag av Läkarförbundet kartlagt och analyserat den vetenskapliga litteraturen om läkares roll i ledning av hälso- och sjukvården (Savage m.fl. 2017). En systematisk översikt som identifierades i kartläggningen visade att inkluderingen av kliniskt utbildade ledare, främst läkare, i ledningsgrupper, som vd eller medicinskt ansvarig eller i olika typer av kvalitetskommittéer hade en starkt positiv påverkan på sjukhusets prestationer. Prestationerna inkluderade vårdkvalitet, hantering av finansiella och verksamhetsnära resurser och samhällsansvar (det vill säga bidrag till samhället). En del av studierna i den systematiska översikten visade på negativ påverkan gällande hantering av finansiella och verksamhetsnära resurser. Detta beskrevs i vissa studier vara relaterat till att chefer som är läkare gör prioriteringar som kan leda till högre kostnader. I kartläggningen beskrivs också ett antal mekanismer som verkar förklara förhållandet mellan läkares ledarskap och dess positiva resultat. Dessa anges vara att läkares medicinska bakgrund ger chefer som är läkare större trovärdighet bland kollegor samt att kliniskt kunnande är viktigt för ett förbättrat beslutsfattande. (Savage m.fl. 2017)

## 4.5 LEDARSKAPSUTVECKLING OCH UTBILDNING

Vi har kartlagt alla landstings arbete med ledarskapsutveckling och har funnit att det finns skillnader mellan landstingen. Vi har också undersökt i vilken utsträckning ledarskap, systemförståelse och utvecklings- och förbättringskunskap inkluderas på grundutbildningarna för läkare och sjuksköterskor.

### 4.5.1 Litet fokus på ledarskap i vårdutbildningar

Vår kartläggning av nationella och lokala mål på grundutbildningar för läkare och sjuksköterskor visar att ledarskap och systemförståelse av hälso- och sjukvården inkluderas i utbildningarna i begränsad utsträckning. Målen kring den kunskap som studenterna ska tillgodogöra sig om utvecklings- och förbättringskunskap är något tydligare.

#### *Brist i undervisning kring ledarskap på läkarutbildningen*

De nationella målen i högskoleförordningen (1993:100) för läkarutbildningen innehåller inga mål för ledarskap men ett mål om att ”visa fördjupad förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt utvärdera medicinsk behandlingsverksamhet” samt ett mål som i viss utsträckning inkluderar kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet: ”visa kunskap om ekonomi och organisation som är av betydelse för hälso- och sjukvården” samt ”visa kunskap om relevanta författningar” (6 kap. 4 § högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen).

Vår kartläggning av lokala mål på grundutbildningarna visar att 4 av 7 universitet och högskolor hade lokala mål som innehöll ledarskap, 3 av 7 hade lokala mål som innehöll utvecklings- och förbättringsarbete och inga hade lokala mål om systemkunskap. Enkätstudier från Läkarförbundet Student visar att 25 procent av tillfrågade läkarstudenter upplevde god kvalitet i undervisningen om ledarskap, men att skillnaden är stor mellan de olika lärosätena. Ledarskap är det undervisningsmoment som studenterna är mest missnöjda med. (Sveriges läkarförbund Student 2016).

I målbeskrivningarna för läkarnas specialiseringstjänstgöring (Socialstyrelsen 2015) finns ledarskap, medarbetarskap och pedagogik med som ett delmål. ST-läkaren ska delta i en eller flera kurser om ledarskap. I föreskriften som reglerar läkarnas AT nämns ledarskap, exempelvis anges att AT-läkaren efter fullgjord AT ska kunna leda arbetet i en mindre grupp (2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare). Enkätstudier från SYLF, den yrkesförening inom Läkarförbundet som organiserar AT- och ST-läkare, visar att 88 procent av ST-läkarna anger att de fått eller planeras få en ledarskapsutbildning inom ramen för ST. För AT-läkarna är det en mindre andel som anger att de fått ledarskapsutbildning trots att det är ett krav och mål i föreskriften om AT; 53 procent av AT-läkarna anger att de varken fått eller planeras få någon form av ledarskapsutbildning. Av AT-läkarna som fick utbildning inom ledarskap anger 66 procent att utbildningen gett dem goda förutsättningar för att kunna utöva ledarskap. Bland ST-läkarna anser 63 procent att de fått goda förutsättningar för att utöva ledarskap. (SYLF 2016)



I intervjuer anger representanter från SYLF att de ser en stor variation i kvaliteten och omfattningen på innehållet i ledarskapsutbildningen både på läkarnas grundutbildning samt på AT och ST. Även om ledarskap finns med i exempelvis grundutbildningen är det inte säkert att det är ett område som examineras. SYLF uppger även att det finns en tendens till att inte se ledarskap och systemkunskap som lika viktig kunskap som till exempel medicinsk kunskap.

### *Ledarskap finns som mål på sjuksköterskeutbildningen men systemkunskap fattas*

I högskoleförordningen inkluderas mål om ledarskap som anger att studenterna vid sjuksköterskeutbildningarna vid examen ska kunna ”visa kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet” (6 kap. 4 § högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Förordningen inkluderar även mål om utvecklings- och förbättringsarbete, exempelvis att studenterna vid examen ska kunna ”visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring” och ”diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten” (6 kap. 4 § högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Det finns, utöver kunskap om relevanta författningar, inga nationella mål om systemkunskap. Vår kartläggning visar att 4 av 25 universitet och högskolor har lokala mål som innehåller ledarskap, 6 av 25 har lokala mål som innehåller utvecklings- och förbättringsarbete och inga har lokala mål om systemkunskap.

Vår dialog med representanter från studentförbunden för sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter visar att de vill ha mer av ledarskap, systemförståelse och utvecklings- och förbättringskunskap på utbildningarna. Förbunden framför att det dock är viktigt att dessa kunskapsområden integreras i resten av utbildningen och inte ”kläms in” som en ytterligare kurs. De efterfrågar även att få mer kunskap kring vad andra vårdprofessioner i hälso- och sjukvården har för uppdrag och kan göra för patienterna, som ett sätt att möjliggöra interprofessionellt samarbete runt patienten när man börjar arbeta kliniskt.

### **4.5.2 God tillgång till grundläggande chefsutbildning men brister i kompetensutveckling för erfarna chefer**

Vår kartläggning visar att det finns god tillgång till grundläggande chefsutbildning för nya chefer på den verksamhetsnära nivån i stort sett samtliga

landsting. I våra intervjuer framkommer överlag en positiv bild av de ledarutvecklingsinsatser som ges av landstingen.

Majoriteten av landstingen har ett obligatoriskt utbildningsprogram för nya chefer. Utbildningarnas innehåll varierar, men vanliga inslag är arbetsrätt, juridik, ekonomi, ledarskap, verksamhetsutveckling och kommunikation. Samtliga landsting erbjuder dessutom ytterligare kurser för chefer inom områden som rekrytering, patientsäkerhet, indirekt ledarskap och förändringsledning. Men det är bara tre landsting som har obligatoriska utvecklingsprogram för erfarna chefer. Några av de intervjupersoner som ansvarar för ledarskapsutvecklingen säger att det är svårt att hitta former för att erbjuda kompetensutveckling för erfarna chefer. Samtliga landsting organiserar professionella nätverk eller personligt stöd till chefer, exempelvis handledning i grupp och individuellt eller tillgång till professionell coach, mentorsprogram eller chefsdagar. Majoriteten av landstingen har dessutom program eller utbildning för blivande chefer.

Kartläggningen visar att 18 av 21 landsting använder någon form av upphandlad aktör i sin ledarskapsutveckling. Exempel på uppdrag är att genomföra delar av utbildningsprogrammet eller att erbjuda coachning eller stöd i konfliktlösning. 12 av 21 landsting tar hjälp av eller har samarbete med universitet och högskolor kring ledarutveckling.

Det finns inget nationellt utbildningsprogram för chefer i hälso- och sjukvården. Flertalet lärosäten erbjuder dock organisations- och ledarskapskurser, exempelvis Handelshögskolan i Stockholm som bedriver ett chefsutvecklingsprogram för sjukvården där deltagarna studerar sjukvården och dess omvärld, ledarskap och organisation, ekonomi och verksamhetsstyrning och hälsoekonomi och etik (Handelshögskolan 2017). På Jönköping University, via Jönköping Academy, finns ett masterprogram i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd med områden som förbättringskunskap, systemtänkande, informationsförsörjning och coaching för kvalitetsförbättring (Jönköping Academy 2017). På Chalmers tekniska högskola, vid Centre for Healthcare Improvement, finns kursen Förbättringskunskap för ledare som erbjuder en överblick över principerna inom förbättringskunskap med ett speciellt fokus på ledarens roll i förbättringsarbetet (Chalmers tekniska högskola 2017).

Västra Götalandsregion, Region Skåne och Stockholms läns landsting samarbetar kring en utbildning som riktar sig till högre chefer för att de ska kunna ta befattningar på högre nivåer i respektive landsting – RUFF, Regionernas utvecklingsprogram för framtidens förvaltningsledning. HUR-programmet är en gemensam chefsutbildning med universitetssjukhusen i



Umeå, Stockholm, Uppsala och Linköping. SKL driver ett toppledarprogram för chefer i kommun, landsting och bolag och berör ämnen som strategi, styrning, organisationskultur och ledarskapets utmaningar utifrån förutsättningarna i politiskt styrd verksamhet (SKL 2017).

### **4.5.3 Otydliga kopplingar mellan verksamhetsstyrning, utvecklingsarbete och ledarskapsutveckling**

Vår kartläggning visar att kopplingen mellan ledarskapsutveckling och utbildning och landstingens övergripande verksamhetsstyrning är svag i vissa landsting. Arbetet med att skapa och förbättra förutsättningar för chefer i hälso- och sjukvården har historiskt sett sällan samordnats på landstingsövergripande nivå, utan ansvaret har i stället till stor del vilat på de enskilda förvaltningarna. Det har därför saknats en tydlig koppling till landstingets övergripande lednings- och styrsystem. Intervjuerna visar att landstingen arbetar med att centralisera utbildningar och kompetensförsörjningsstrategier för att se till landstinget som helhet och med att bygga strukturer för ett hållbart ledarskap. Respondenterna menar att det därmed bildas tydliga kopplingar till landstingens mål- och budgetarbete samt bättre möjligheter för långsiktig planering. Flera av de intervjuade uppger även att det pågår en översyn kring vad ett chefsuppdrag bör innehålla, ofta med utgångspunkt i politiska mål eller på uppdrag av landstingsdirektören.

Hur nära sammankopplat ledarskapsutveckling är med arbetet med utvecklings- och förbättringsarbete i landstingen varierar. En del intervju-personer anger att kurser i verksamhetsutveckling och förbättringsarbete ingår i chefernas utbildningsprogram men att det inte finns ett helhetsgrepp kring hur man arbetar med ledarskap och utvecklingsarbete. Andra anger att landstinget nyligen börjat inkludera utvecklingsarbete i chefsuppdraget och betonat vikten av att detta går hand i hand. Andra landsting har under en längre tid integrerat ledarskap och utvecklingsarbete. Ett landsting anger man att ”vi baserar hela ledningssystemet på detta, kvalitetsutveckling och förbättringsarbete. Ledningssystem för kvalitet. Det finns integrerat att jobba med ständiga förbättringar.”

Resultaten från kartläggningen indikerar att det är lättare för små eller medelstora landsting att integrera ledarskap och utveckling i verksamhetsstyrningen än för stora landsting som måste förhålla sig till en mer komplex sammansättning av vårdgivare och aktörer. De stora landstingen har till exempel mycket fler verksamheter och en större andel privata vårdgivare, där landstinget inte kan styra verksamheterna på samma sätt.







## En utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården

I detta kapitel väver vi samman lärdomarna från föregående kapitel till slutsatser om hur vårdens ledarskap kan stärkas och utvecklas. Inledningsvis beskriver vi centrala slutsatser och lärdomar om chefers kompetenser, förutsättningar och utmaningar samt komponenter för ett framgångsrikt arbete med ledarskapsutveckling. Vi presenterar därefter fem utvecklingsområden som regeringen och landstingen bör fokusera på i det fortsatta arbetet, och rekommenderar åtgärder som syftar till att stärka ledarskapet i enlighet med behoven. De fem övergripande utvecklingsområdena är:

- ▶ stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap
- ▶ ökad attraktivitet för chefskap
- ▶ stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring
- ▶ strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
- ▶ sammanhängande regional och nationell styrning för att möta de gemensamma utmaningarna.

### 5.1 ÖVERGRIPANDE SLUTSATSER

I rapporten har vi konstaterat att ledarskap är ett brett och mångtydigt begrepp utan en enda eller enkel definition. Forskning visar att det inte heller finns ett bästa sätt att leda i hälso- och sjukvården utan ledarskapet måste anpassas till organisationens och medarbetarnas behov. Ledarskap



syftar till att skapa riktning och mening, koordinering av kunskap, processer och arbetsinsatser samt engagemang hos medarbetare för verksamhetens uppdrag.

### **5.1.1 Ett ledarskap som passar en professionaliserad och komplex verksamhet**

Chefer i hälso- och sjukvården verkar i en komplex miljö med flera olika och i vissa fall motstridiga intressen och logiker från politiker, förvaltning, profession och patienter. Komplexiteten ökar ytterligare av att hälso- och sjukvården präglas av högt utbildade medarbetare i starka professioner med stor autonomi i patientarbetet. Vidare skapas resultatet för organisationens kund eller användare, i detta fall patienten, ofta av en kombination av professioner, kompetenser och funktioner i samspel med patienter och närstående.

Hälso- och sjukvården står även inför ett antal stora utmaningar som systemet måste anpassa sig till för att kunna möta befolkningens behov, inte minst att öka patientcentreringen i vården. Hälso- och sjukvårdens stora utmaningar innebär att vården behöver ha en hög utvecklingstakt. Sammanfattningsvis innebär detta att hälso- och sjukvårdens chefer behöver förutsättningar och förmåga

- att leda i komplexitet
- att leda andra ledare med stor egen autonomi
- att leda i och för förbättring och förändring
- att leda för ökad patientcentrering.

Ledarskap och styrning i komplexa system som hälso- och sjukvården bör präglas av att skapa mening och riktning för medarbetare samt av att utforma organisationer som präglas av ett kontinuerligt lärande. Då krävs exempelvis ett närvarande ledarskap, personliga möten och samarbete mellan olika yrkesgrupper för att få förståelse för olika perspektiv. Vidare måste chefer ha kunskap, förståelse och respekt för politikens, förvaltningens och professionens olika logiker och arbeta för att få dem att verka i samma riktning, med patienters och medborgares behov i fokus.

Många hälso- och sjukvårdsorganisationer fokuserar på att utveckla processer för beslutsfattande och kontroll. Detta arbetssätt är anpassat för system som präglas av förutsägbarhet och där ett gott ledarskap känne-

tecknas av att allt är under kontroll. Man kan ifrågasätta om detta är effektivt i komplexa och professionaliserade organisationer med medarbetare med stort engagemang och hög kunskapsnivå, där värdet skapas i mötet mellan de professionella och patienten. Ledarskap som fokuserar enbart eller mest på mätbara mål och kontroll kan inverka negativt på medarbetares autonomi och handlingsfrihet och därmed också minska deras engagemang och kreativitet. Viktiga inslag i ledarskapet inom hälso- och sjukvården blir därför att värna det professionella utrymmet och ta tillvara de inre drivkrafter och det engagemang som vårdens medarbetare har.

För att göra vården mer patientcentrerad behöver verksamheterna i organisation och arbetssätt i större utsträckning utgå från patientens behov. I dag präglas styrningen av chefer och verksamheter i hög grad av fokus på den enskilda verksamhetens resultat. Utveckling av patientens hela resa genom vårdsystemet och av insatser som ges från flera verksamheter eller vårdgivare är utmanande för styrsystemen. Exempelvis kan regelverk, ersättningsmodeller och IT-system utgöra hinder för helhets- och systemperspektiv. Detta gäller inte minst samarbetet med den kommunala vården och omsorgen.

Vår analys visar att det finns en generell brist på systemperspektiv i styrningen och utvecklingen av vården. En anledning kan vara att både medarbetare och chefer har bristande systemförståelse samt att det i organisationerna inte finns kompetens för att göra systemanalyser som exempelvis tar hänsyn till patientens alla vårdkontakter. En annan anledning kan vara brist på kunskap kring hur landstinget på ett effektivt sätt bedriver förändrings- och förbättringsarbete som får varaktiga effekter och skapar värde för patienten.

För att uppnå patientcentrering i vården krävs alltså nya arbets- och förhållningssätt både från högsta ledning och från chefer i verksamheterna. Vårdorganisationernas ledningar bör flytta fokus från ett ensidigt fokus på verksamhetens individuella resultat till att även inkludera organisationens kollektiva kapacitet att skapa värde för patienten. Detta värde skapas genom samverkan mellan medarbetare och verksamheter inom och utanför organisationen. Ledningens uppgift inom detta område blir att skapa förutsättningar för fungerande horisontella relationer mellan olika aktörer i systemet.

Sammanfattningsvis behöver chefer kunna navigera i vårdens komplexa organisation för att skapa riktning, koordinering och engagemang i organisationen så att verksamheterna kan möta patienternas samlade behov



och framtidens utmaningar. Med utgångspunkt i det drar vi slutsatsen att chefer bör:

- förstå sitt sammanhang och ha ett systemtänkande
- ha kompetens för att arbeta med relationer mellan människor och mellan olika delar av organisationen
- arbeta med meningsskapande för medarbetarna med fokus på det övergripande målet, syftet och verksamhetens riktning
- fokusera på att organisera och skapa förutsättningar för nätverk som gör det möjligt för olika verksamheter och medarbetare att samverka runt patientens behov
- ha kompetens i metoder för förbättringsarbete och förändringsledning.

### **5.1.2 Chefers förutsättningar kan förbättras på flera sätt**

Vi har studerat förutsättningar och hinder för att verksamhetsnära chefer, högre chefer och tjänstemannaledningen i landstingen ska kunna fullfölja uppgiften att skapa riktning, koordinering och engagemang i verksamheterna, och på så sätt bidra till att stärka utvecklingskraften.

Stora personalgrupper och bristfälliga stödfunktioner gör att chefer på framför allt verksamhetsnära nivå i vissa fall tyngs av administration, inte alltid har tid att vara närvarande eller arbeta med att utveckla verksamheten. Verksamhetsnära chefer upplever även att deras utrymme att leda och utveckla minskas av en omfattande och detaljerad styrning från flera nivåer. Den höga arbetsbelastningen som detta innebär kan påverka chefers arbetsmiljö. Sammantaget kan detta bidra till att attraktiviteten i att bli chef, särskilt på verksamhetsnära nivå, minskar. Framför allt inom läkarprofessionen finns indikationer på ett minskat intresse för att arbeta som chef i hälso- och sjukvården.

En annan slutsats från analysen är att chefer har varierande tillgång till stöd och tillräcklig analyskompetens för utvecklingsarbete.

Otydliga roller mellan politiker och tjänstemän kan leda till bristande långsiktighet och fragmentisering. Högsta ledningar kan fastna i detaljfrågor och i att lösa akuta problem snarare än att fokusera på strategiska frågor. Höga chefer som ofta byts ut, tvärs kast och ständigt nya direktiv, och en styrning både från tjänstemannaledningen och den politiska ledningen som präglas av fokus på detaljer skapar dåliga möjligheter för chefer att skapa god

arbetsmiljö och driva ett långsiktigt utvecklingsarbete. Landsting som under lång tid har presterat goda resultat har ofta utvecklat ett gott samarbete mellan politik och tjänstemän där rollerna är tydliga och förtroendet högt, även om den politiska majoriteten byts ut.

Vår analys visar sammantaget att följande komponenter är viktiga för att skapa goda förutsättningar för chefer att leda och utveckla hälso-och sjukvården:

- tillräckliga och väl fungerande stödstrukturer och ett rimligt antal direkt underställda medarbetare
- kompetens, infrastruktur och arbetssätt för förändrings- och förbättringsarbete
- styrning som bedrivs långsiktigt och uthålligt utan alltför tvära kast i de övergripande strategiska frågorna
- tydliga roller och förtroende mellan den politiska ledningen och tjänstemannaledningen.

### **5.1.3 Landstingen har kommit olika långt i sitt ledarskapsarbete**

Vi kan även konstatera att landstingen har kommit olika långt i att ta fram strukturer och processer för ledarskapsutveckling och utbildning. I stort sett samtliga landsting har god tillgång till grundläggande chefsutbildning, men det finns sämre tillgång till kompetensutveckling för mer erfarna chefer i vissa landsting. Hos de landsting som verkar ha utvecklat välfungerande ledarskapssystem erbjuds utbildning och utveckling för både nya och erfarna chefer. Utbildningen fokuserar på organisationens mål och visioner kring vad som ska uppnås för medborgare och patient och på hur man bedriver utveckling och arbetar med kvalitet för att nå målen. I dessa landsting arbetar man även med skapa mötesplatser och forum för dialog för chefer för att möjliggöra samverkan, och för att chefer gemensamt ska komma fram till strategier och arbetssätt för att nå organisationens mål.

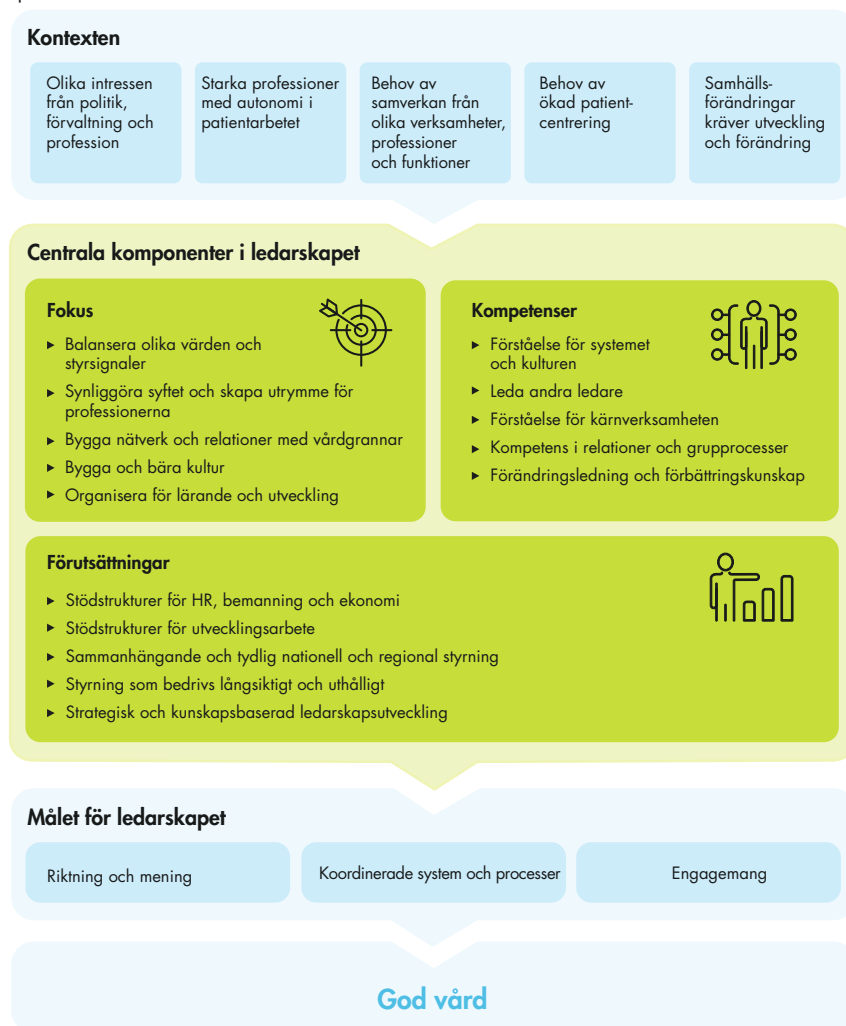
Inom vissa landsting verkar det finnas otydliga kopplingar mellan arbetet med ledarskapsutveckling och utbildning och landstingens utvecklingsarbete och verksamhetsstyrning. Detta innebär att ledarskapsutvecklingen visserligen ger värdefulla verktyg för det individuella chefskapet, men inte rustar cheferna tillräckligt för att arbeta tillsammans mot organisationens uppdrag och utvecklingsbehov.



Viktiga lärdomar kring ledarskapsutveckling, både från svenska och utländska organisationer är:

- En högsta tjänstemannaledning som har en tydlig filosofi och strategi för att integrera verksamhetsstyrning, ledarskapsutveckling och utvecklingsarbete.
- Tillgång till ledarskapsutbildning för alla nya chefer och kontinuerlig och strukturerad kompetensutveckling för erfarna chefer, bland annat genom att erbjuda nätverk för utbyte med andra chefer.
- Ledarskapsutveckling som genomförs nära verksamheten, där teori kombineras med praktik och fokus läggs på utvecklings- och kvalitetsarbete och på hur organisationen som helhet ska skapa värde för patienten, i tillägg till individuell chefsutveckling.

**Figur 5.** Sammanfattning av komponenter som är viktiga för ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.





## 5.2 EN UTVECKLINGSAGENDA FÖR ETT STÄRKT LEDARSKAP

Vårdanalys har haft som målsättning att ta fram ett brett kunskapsunderlag kring ledarskap i hälso- och sjukvården som kan användas av beslutsfattare på nationell, regional och verksamhetsnivå. Slutsatser och lärdomar från ovanstående avsnitt kan utgöra utgångspunkten för ett fortsatt arbete med att stärka och utveckla ledarskapet i såväl landsting som i enskilda verksamheter. Vi lämnar förslag på insatser för ett stärkt ledarskap som riktar sig till både landstingen och regeringen. Förslagen fokuserar på två spår; bättre förutsättningar för ledarskap, exempelvis stöd till chefer, och på ledarskapsutveckling och utbildning för chefer på olika nivåer.

### 5.2.1 Statens och huvudmännens roll i utvecklingen

Vårt uppdrag från regeringen innebar att se över på vilket sätt regeringen och dess myndigheter kan stödja landstingen i deras arbete med att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. En slutsats är att det huvudsakliga ansvaret för ledarskapsutvecklingen och för att skapa goda förutsättningar för ledarskapet vilar på sjukvårdens huvudmän. Det är landstingen som har arbetsgivaransvaret för offentligt driven verksamhet och ansvarar för ledning och styrning av sina verksamheter. En slutsats från sammanställningen av forskning om ledarskap i hälso- och sjukvården visar att ledarskapsutvecklingen behöver ske nära vardagen, utgå från den egna organisationens utvecklingsbehov och baseras på förståelse för systemet (se kapitel 3). De ledarskapsstärkande insatser som kan ge störst effekt ansvarar med andra ord landstingen för.

Även om ett stort ansvar för ledarskapsarbetet vilar på landstingen har även staten en viktig roll. Regeringen och dess myndigheter är viktiga nationella ledare för hälso- och sjukvården med ett antal styrverktyg till sitt förfogande. Vi bedömer dock att det finns få åtgärder som regeringen kan genomföra som på kort sikt kan stärka och utveckla ledarskapet. Däremot har regeringen och dess myndigheter en viktig roll i att stödja och komplettera landstingens arbete genom att bidra till att skapa bättre förutsättningar för en systematisk och långsiktig utveckling av ledarskapet. Vi har därför valt att rikta våra rekommendationer till både regeringen och landstingen.



## 5.2.2 Fem utvecklingsområden och rekommendationer för att stärka ledarskapet

Utifrån vår analys har vi identifierat fem särskilt angelägna utvecklingsområden för ett utvecklat och stärkt ledarskap. Vi lämnar ett antal rekommendationer och förslag inom varje område. Flera av de förslag vi lämnar fokuserar på grundläggande förutsättningar som vi ser är centrala för ett ledarskap för stärkt utvecklingskraft, och de är i stor utsträckning redan väl kända. Vår analys visar dock att det på många håll fortfarande finns behov av att arbeta med de grundläggande förutsättningarna för ledarskap. En stor del av det ledarskapsstärkande arbetet består alltså av att se över att chefer har rimliga förutsättningar och stöd för sitt uppdrag. Vi vill även betona att detta inte är en uttömmande lista på ledarskapsstärkande insatser.

### 1. Stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap

#### ► *Regeringen och landstingen bör stärka förutsättningarna för ett verksamhetsnära och patientcentrerat ledarskap*

Chefer i hälso- och sjukvården, främst på verksamhetsnära nivå, har många underställda och inte alltid tillräckliga stödstrukturer för sitt uppdrag. Detta innebär att de måste lägga mycket tid på administration, bemanningsfrågor och rapportering, vilket minskar deras möjligheter att vara närvarande och bedriva verksamhetsutveckling. Det begränsar också möjligheterna att skapa en god arbetsmiljö för vårdens medarbetare och en stabil och långsiktig kompetensförsörjning. En allt för hög arbetsbelastning påverkar även chefernas arbetsmiljö. Vår analys visar även att många chefer upplever att deras ledarskap försvåras av detaljstyrning, kontroll och en stor mängd styrsignaler från olika nivåer. Det ger ett för litet utrymme för chefer och medarbetare att leda och utveckla vården och att använda sin kompetens för att leverera vård av god kvalitet utifrån patienternas behov.

Även statens styrning påverkar i slutändan chefer på verksamhetsnära nivå. Det pågår ett arbete med att utveckla den statliga styrningen som syftar till att minska den administrativa bördan för välfärdsprofessionerna samt öka tillit och förtroende mellan de olika aktörerna. Exempelvis har Tillitsdelegationen som syfte att verka för att samarbete mellan statliga myndigheter och kommuner och landsting byggs i syfte att åstadkomma en effektivare, mer tillitsbaserad och mindre administrativt belastande

styrning avseende välfärdstjänsterna (Kommittédirektiv. 2016:51 s. 2). Regeringen har ambitionen att styra på ett sätt som ger verksamheterna större möjlighet att driva utveckling utifrån medborgarnas behov och lämnar större utrymme för professionerna att använda sin kompetens och kunskap.

En central utmaning för hälso- och sjukvården är att den behöver bli mer patientcentrerad, och vår analys pekar på att det verksamhetsnära ledarskapet spelar en viktig roll i denna utveckling. Enkätstudier bland verksamhetschefer visar att interna faktorer så som det dagliga arbetet och den egna organisationen är större drivkrafter i utvecklingsarbetet än att involvera patienter i utvecklingsprocesser, samt att man saknar data för resultat som rör till exempel patientcentrering och processförbättring (se avsnitt 4.3.2). Här behövs en perspektivförskjutning mot ett ledarskap som i större utsträckning har patienten som utgångspunkt i problem-beskrivning och utvecklingsinsatser inom verksamheten, och som har tillgång till data som beskriver hur väl man lyckas med att erbjuda patientcentrerad hälso- och sjukvård.

Verksamheterna behöver också metoder och arbetssätt för att möjliggöra för patienten att vara delaktig i sin egen vård. De möjligheter som digitaliseringen innebär måste tas tillvara och chefer bör se över hur digitala verktyg kan användas i sina verksamheter för att involvera patienter och närstående.

Patienter bör även i högre grad involveras när vårdens processer utvecklas. Patientinvolvering i utvecklingsarbete innebär att användarens perspektiv, alltså patienters förväntningar, behov, önskemål och resurser är en utgångspunkt i arbetet.

### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- *Analysera och vid behov minska antalet direkt underställda för chefer för att möjliggöra ett närvarande ledarskap*
- *Analysera hur stödstrukturerna kring cheferna på främst verksamhetsnära nivå fungerar och hur de kan utvecklas för att frigöra tid och utrymme, exempelvis*
  - se över hur första linjens chefer kan stödjas i rekrytering och bemanning
  - se över hur stödet från HR, ekonomi och administration kan organiseras för att skapa mesta möjliga värde för cheferna och verksamheterna. Chefer kan även behöva stöd i att tolka och tillämpa lagstiftningen.



- *Fokusera styrningen på att möjliggöra för medarbetare att skapa värde i mötet med patienten*  
Varje verksamhet och beslutsnivå bör se över sin styrning och rensa bort mål, insatser, arbetssätt eller processer som inte skapar värde för patienten och riktning och mening för chefer och medarbetare.
- *Säkerställa att varje verksamhet har möjlighet att följa upp vården ur ett patientperspektiv*  
Verksamheterna kan exempelvis samla in data kring patientrapporterade mått (vanligen kallade PROM) om hur patienter upplever sin hälsa före och efter behandling eller mått som undersöker patientens tillfredsställelse med eller upplevelse av vårdens strukturer, processer eller resultat (vanligen kallade PREM). Dessa data bör användas i både verksamhetens reguljära uppföljning och i verksamhetsutveckling.
- *Säkerställa att varje verksamhet har metoder för att involvera patienter och närstående i den egna vården och i vårdens utformning*  
Patienter bör aktivt delta i alla delar av vårdens utvecklingsarbete, både i problemformulering, idégenerering och uppföljning. Exempelvis kan användarcentrerade metoder som tjänstedesign användas i arbetet. Patienter eller deras representanter kan involveras i kommittéer, arbets- och ledningsgrupper. Verksamheterna behöver även se till att de kan ge information till patienter utifrån deras olika behov, samt hitta arbetssätt för att säkerställa att patienter har uppfattat den information de fått. Vidare kan olika beslutsstöd utvecklas och användas för att se till att patienter och närstående involveras i beslut om vård och behandling.

### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- *Intensifiera arbete med att utveckla den statliga styrningen så att det bedrivs konsekvent och uthålligt och på så sätt får genomslag i verksamheterna.*

## **2. Ökad attraktivitet i chefskapet**

- ▶ *Regeringen och landstingen bör arbeta för att öka chefskapets attraktivitet*

Chefskap är inte alltid en attraktiv karriärväg för vårdens medarbetare, framför allt på den verksamhetsnära nivån. En anledning kan vara brister i chefers arbetsmiljö och förutsättningar att klara uppdraget. För

vissa yrkesgrupper saknas incitament att ta sig an chefsuppdrag och det ägnas lite uppmärksamhet åt ledarskap på grundutbildningar. Detta kan medföra att rekryteringsbasen blir för liten för att hitta de chefer som har bäst kompetens och förmåga att bidra till att möta vårdens utmaningar.

Rimlig storlek på medarbetargrupper och väl fungerande stöd-funktioner, som utvecklingsområde 1 behandlar, är en väg till att göra chefskapet mer attraktivt. Vi bedömer dock att det finns behov av ytterligare insatser för att stärka chefskapets attraktivitet.

#### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- *Tydliggöra chefers uppdrag och analysera och vid behov förbättra deras arbetsmiljö*
- *Se över incitamenten för chefskap för olika yrkesgrupper och under alla delar av yrkeskarriären*
- *Erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling i ledarskap.*

#### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- *Överväga att förändra grundutbildningarna för vårdprofessionerna så att de har ett större inslag av utbildning inom ledarskap.*

Ledarskap som ämne kan få större utrymme och vikt vid grundutbildningarna för vårdens olika professioner. Att tillgodogöra sig kunskaper kring ledarskap kan exempelvis utgöra nationella mål i examensordningen för de utbildningar där så inte är fallet i dag (Högskoleförordningen, 1993:100). När det gäller läkarna så föreslår Läkarutbildningsutredningen hur ledarskap kan bli ett tydligare mål på läkarutbildningen (SOU 2013:15 s.142). Huvudmännen och lärosätena bör även utveckla sin dialog kring innehållet på hälso- och sjukvårdens grundutbildningar.

### **3. Stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring**

- ▶ *Landstingen bör erbjuda kompetensutveckling och stöd till chefer för att arbeta med förändring och förbättring och regeringen bör överväga att stärka systemförståelsen och kompetensen i förbättringskunskap hos vårdens medarbetare genom förändringar i grundutbildningarna*

För att kunna utveckla hälso- och sjukvården behöver chefer kompetens och stöd för att leda utvecklingsarbete. Detta gäller chefer på alla nivåer,



även om fokus beror på hur nära patienten chefen verkar. Vi har sett att tillgången till analyskompetens samt kunskap och kompetens kring förbättringsarbete och förändringsledning varierar mellan verksamheter och landsting – det saknas särskilt analyskompetens för att utföra mer avancerade analyser på systemnivå.

Bristen på förbättringskunskap, förändringsledning och analyskompetens blir således ett hinder för förändring och förbättring, i synnerhet för det utvecklingsarbete som behövs för att göra vården mer samordnad för patienter som har kontakt med flera olika delar av vården och omsorgen. Dessa brister kan även bidra till en mer generell bristande kapacitet till att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet i relation till omvärldsförändringar och utmaningar. Alla chefer behöver inte själva vara experter på utvecklingsarbete men bör ha grundläggande kunskaper om utvecklingsprocesser och förstå vilka kompetens som behövs i arbetet.

En annan viktig förmåga är systemförståelse och systemtänkande, bland annat för att det ökar möjligheterna att utveckla verksamheterna mot gemensamma mål och över organisatoriska gränser. Analysen visar också att systemförståelsen på vissa håll är låg även bland chefer.

Ledarskap är beroende av ett gott medarbetarskap. Om förväntningarna kring hur medarbetare ska bidra till verksamheternas kvalitet och utvecklingsarbete är otydliga kan det vara svårt att genomföra förändringar. Bättre systemförståelse hos medarbetare är ett sätt att utveckla medarbetarskapet.

### **För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- *Utveckla chefers kompetens i systemförståelse, förbättringsarbete och förändringsledning genom ledarskapsutbildningen*
- *Ge chefer tillgång till den kompetens som behövs för att bedriva ett verkningsfullt utvecklingsarbete*

Dessa kompetenser innefattar bland annat förbättringsarbete, tjänstedesign, förändringsledning, projektledning och analyskompetens.

- *Se till att ledarskapsutvecklingen kompletteras med utveckling av medarbetarskapet.*

### **För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- *Överväga att öka inslagen av systemförståelse och förbättringskunskap på grundutbildningarna för vårdprofessionerna*

Systemkunskap och förbättringsarbete behöver i högre utsträckning ingå på grundutbildningarna för samtliga vårdprofessioner. Båda dessa ämnen kan introduceras i början av utbildningen och återkomma när studenterna fått ökade kunskaper och egna erfarenheter av hur vården fungerar. För att underlätta interprofessionellt samarbete kan studenterna få kunskap om det uppdrag och den kompetens som vårdens övriga professioner besitter. Studenter på de olika grundutbildningarna kan studera systemförståelse och förbättringskunskap tillsammans för att få en gemensam förståelse för vården som system. Att tillgodogöra sig kunskaper kring systemförståelse och förbättringskunskap kan exempelvis utgöra nationella mål i examensordningen för de vårdutbildningar där så inte är fallet i dag (Högskoleförordningen, 1993:100).

#### 4. Strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling

- ▶ *Landstingen bör utveckla strukturerna för ledarskapsutveckling och behandla ledarskapsfrågorna tillsammans med andra strategiska frågor*

Lärdomar från forskning och framgångsrika verksamheter tyder på att det är viktigt att chefer utbildas nära det sammanhang de verkar i. Ledarskap och ledarskapsutveckling bör därför vara en integrerad del av verksamhetsstyrningen, snarare än ett separat spår. Chefer måste utbildas och utvecklas för att kunna bidra till att möta organisationens mål och visioner, både verksamhetsnära och högre chefer. Ledarskapsutvecklingen blir då mindre fokuserad på att utveckla individuella chefshjältar och mer på att bygga en kollektiv ledarskapskapacitet.

Landstingen har kommit olika långt i att ta fram strukturer och processer för ledarskapsutbildning och utveckling. I vissa landsting finns den strategiska kopplingen mellan ledarskapsfrågorna och andra viktiga frågor, i andra inte. Det finns därför skäl för ett större kunskapsutbyte och lärande mellan landstingen men även mellan olika verksamheter. Lärdomar från andra organisationer går dock inte att översätta rakt av utan måste anpassas till den egna organisationen.

En förutsättning för ett strategiskt ledarskapsarbete är att högsta ledningen prioriterar ledarskap och ledarskapsutveckling och behandlar dem tillsammans med andra strategiska frågor.



**För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- *Prioritera ledarskapsfrågan och betrakta den som en högsta ledningsfråga*
- *Integrera ledarskapsutvecklingen med verksamhetsstyrningen*
- *Lära av hur andra verksamheter organiserat sin ledarskapsutveckling och översätta lärdomarna till det egna sammanhanget*
- *Skapa nätverk tillsammans med andra landsting för strategisk diskussion och kunskapsutbyte kring ledarskapsstärkande insatser.*

► *Regeringen bör ta initiativ till ett program för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*

Eftersom landstingen har kommit olika långt i sitt ledarskapsarbete finns behov av att sprida goda exempel och arbetssätt samt av att beskriva och strukturerat jämföra ledarskapsarbete i olika landsting. Dessutom borde kunskapen om ledarskap, styrning och organisation användas mer i ledarskapsutvecklingen. I vård och behandling ska professionerna använda metoder med vetenskapligt stöd eller beprövad erfarenhet, och samma ambition att arbeta kunskapsbaserat bör finnas även vad gäller styrning, organisation och ledning. Det går inte att ta fram evidens i naturvetenskaplig mening för hur ledarskap bör utföras eller organisationer struktureras men forskningen kan användas i större utsträckning för att bygga effektiva organisationer och utveckla ledare. Bristande kunskap kring just ledarskap, organisering och styrning i hälso- och sjukvården har beskrivits som en orsak bakom problem så som kompetensförsörjning och logistik, till exempel platsbrist (Leading Healthcare 2015). Vår analys visar även att det är svårt för landsting och verksamheter att hålla sig uppdaterade på utvecklingen inom dessa forskningsområden.

Det har också framförts att forskningsfinansieringen i dag är alltför kortsiktig och splittrad för att kunna skapa starka och långsiktiga forskningsmiljöer inom ledarskap, styrning och organisation inom hälso- och sjukvården. En kartläggning av de svenska universitetens forskning om organisering, ledning och styrning i vård och omsorg visar att det finns ett stort antal forskare som arbetar med dessa frågor vid 25 olika lärosäten och inom åtta olika huvuddiscipliner. Kartläggningen föreslår att lärosätena tar ett mer systematiskt grepp om detta forskningsområde (Leading Healthcare 2015).



Insatser för att skapa en mer strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling kan samlas inom ett statligt program som syftar till att skapa bättre förutsättningar för ledarskap och ledarskapsutveckling. Målsättningen med programmet bör vara att bygga kunskapsbaserade, likvärdiga och långsiktiga strukturer för ledarskapsutveckling i hela landet. Programmets exakta innehåll och utformning bör fastställas i dialog med huvudmännen. Innehållet i programmet bör utvecklas kontinuerligt utifrån de behov som huvudmännen och regeringen identifierar gemensamt.

### **Exempel på delar som skulle kunna ingå i ett statligt program för stärkt ledarskap:**

- *Insatser för lärande mellan landstingen*  
Samordna ett arbete med att sprida goda exempel och jämföra olika landstings ledarskapsarbete. En möjlighet är att utveckla ett arbetssätt för peer-review mellan landstingen. Erfarna och kunniga medarbetare från ett eller flera landsting studerar arbetet med ledarskap, styrning och organisation i landstingen och lämnar rekommendationer om fortsatt utveckling.
- *Verka för kunskapsbildning och kunskapsspridning om ledarskap, styrning och organisation i hälso- och sjukvården*  
Stödja landstingen genom att sammanställa och sprida kunskap om ledarskap, styrning och organisation och bistå med stöd i översättning till det regionala sammanhanget. Man kan också erbjuda stöd genom utvärderingar och utredningar av styrning och organisering.
- *Erbjuda medel som huvudmännen kan söka för att utveckla sina strukturer för ledarskapsutveckling*  
Då ledarskapet har stor strategisk vikt för sjukvårdens utvecklingskraft motiverar det att staten bidrar med finansiella medel för att påskynda utvecklingen och därmed skapa större likvärdighet i ledarskapsarbetet över landet. Målsättningen med medlen bör vara att bygga upp kunskapsbaserade och långsiktiga strukturer för ledarskapsutveckling i hela landet.
- *Etablera en ledarskapsarena för utbildning och utbyte mellan de högsta ledarna i staten och landstingen*  
Ett sätt att stärka förutsättningarna för ledarskapet i hälso- och sjukvården är att erbjuda utbildning och möjlighet till utbyte mellan nationella och regionala ledare. Här kan högre chefer få ta del av



kunskap kring ledarskap, styrning och organisation och genom diskussion skapa förståelse för olika perspektiv och utveckla gemensamma lösningar på komplexa problem. Deltagare kan vara politiker och tjänstemän som styr och leder vården. Arenan bör vara kopplad till centrala forskningsmiljöer. Med tanke på det stora behovet av samverkan mellan kommuner och landsting bör regeringen också överväga om utbildningen ska vara öppen för de som styr och leder inom den kommunala vården och omsorgen.

- *Insatser för att ytterligare stärka forskningen om ledarskap, styrning och organisation*

Regeringen har redan beslutat om insatser för att stärka kunskapen om organisation och processer i välfärden genom ett uppdrag till forskningsrådet och den statliga myndigheten Forte. Forte ska enligt uppdraget genomföra en särskild satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer för att öka kunskapen om styrningen av hälso- och sjukvård och socialtjänst och att främja en kunskapsbaserad och innovativ utveckling. Satsningen ska främja verksamhetsnära forskning och inkludera implementeringsforskning (Proposition 2016/17:50 s. 100). Regeringen kan även se över andra sätt att skapa långsiktighet och konsolidering av de resurser som finns för att utveckla och sprida kunskap om ledarskap, styrning och organisation.

## **5. Mer sammanhängande regional och nationell styrning för att möta de gemensamma utmaningarna**

Den högsta ledningen på regional och nationell nivå skapar förutsättningar för det verksamhetsnära ledarskapet genom sin styrning. Verksamhetsnära chefer har i sin tur möjlighet att bidra till förändring och förbättring i mötet mellan vårdens professioner och patienterna, där vårdens verkliga värde uppstår.

Ledarskapet på samtliga nivåer behöver fokuseras och samordnas så att man kan möta förändringar i omvärlden och ställa om hälso- och sjukvården utifrån patienters och brukares behov. Bland annat behöver vården utvecklas mot en mer patientcentrerad vård.

► *Landstingen bör se över hur deras styrning kan bli mer strategisk, sammanhållen, långsiktig och inriktad på samverkan kring patientens behov*

För att åstadkomma ett patientcentrerat hälso- och sjukvårdssystem krävs ett regionalt ledarskap som i högre utsträckning har fokus på det samlade värdet som skapas för patienter och medborgare utifrån tillgängliga resurser. Fokus i styrning och uppföljning behöver på flera håll skifta från ett ensidigt fokus på enskilda verksamheter till att även inkludera horisontella relationer mellan olika enheter, vårdgivare och huvudmän. På så sätt kan vårdens olika aktörer samverka runt patientens behov. Detta kräver exempelvis att man arbetar med att utveckla förtroende och tillit mellan olika delar av vården och omsorgen. Med tanke på den ökande andelen äldre i befolkningen kommer samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen bli ett än viktigare område för ledarskapet.

Otydliga roller mellan politiker och tjänstemän i vissa landsting kan leda till bristande långsiktighet och fragmentisering i dessa landsting. Detta riskerar att skapa kortsiktighet och tvära kast i styrningen vilket påverkar förutsättningar för att bedriva ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Landsting som utmärker sig genom att de har ett välfungerande ledarskapsarbete har ofta en tydlig rollfördelning och uppslutning kring de grundläggande samarbetsformerna mellan politiker och tjänstemän – även över majoritetsskiften. Vår analys visar även att ett gott regionalt ledarskap utmärks av att man från den politiska ledningen och tjänstemannaledningen förmedlar samma budskap och har en gemensam bild om vad som är målet.

**För att driva utvecklingen i denna riktning kan landstingen:**

- *Utveckla styrsystem som fokuserar på det samlade resultatet och värdet som skapas för patienten*

Huvudmännen bör testa och utvärdera nya styrformer, exempelvis uppföljningssystem som inkluderar resultat från mer än en vårdgivare eller huvudman eller som följer hel vårdkedja. De ersättningssystem som används måste vara följsamma till det värde som man vill uppnå. Analyskapaciteten bör även förbättras och följa och fokusera på indikatorer som ger signaler om brister i samverkan runt patienten, exempelvis onödiga återinläggningar.



- *Utveckla samsyn kring landstingets samarbetsformer och rollfördelning mellan politik och tjänstemän och etablera en grundläggande styrmodell som är varaktig över tid*

Politiker och tjänstemän bör ha en bred samsyn kring sina olika roller och de arbetsformer som används. De bör sträva efter att samarbetsformerna och den styrmodell som används ska präglas av kontinuitet och långsiktighet och att man arbetar utefter en gemensam värdegrund. Politiker och tjänstemän i det högsta regionala ledarskapet bör även arbeta för en samstämmighet i kommunikationen till medarbetare kring målbilder och riktning.

► *Regeringen bör utveckla sin dialog med landstingen för att skapa ett samlat nationellt ledarskap i hälso- och sjukvården*

I vår analys har det framkommit ett behov av att fokusera och prioritera i den statliga styrningen och i det ledarskap som utövas från nationell nivå. Bland landstingens tjänstemannaledning efterfrågas ökad tydlighet och långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården. Landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer upplever att styrningen "kommer från sidan" och stör landstingens egna utvecklingsplaner, samt att styrsignalerna från olika myndigheter är många och i vissa fall motsägelsefulla. Både utredningen Effektiv vård och Kunskapsstödsutredningen har konstaterat att den statliga styrningen är splittrad, mångfaldig och ibland motsägelsefull (SOU 2016:2, SOU 2017:48). I utredningen Effektiv vård konstateras även att staten har svårigheter att få genomslag för ett styrmedel om inte landstingen styr mot samma värde, samt att det saknas en gemensam bild bland hälso- och sjukvårdens olika aktörer om vilka utmaningar vården möter och hur dessa utmaningar strategiskt ska hanteras (SOU 2016:2 s.189 s. 20). Den nationella styrningen måste även i högre grad ta hänsyn till det ökande behovet av samverkan mellan landsting och kommuner.

Regeringen kan även bidra till att skapa förutsättningar för ett gränsöverskridande och samverkande ledarskap i landstingen genom att se över om den statliga styrningen utgör ett hinder i denna utveckling. Detta kan till exempel gälla samverkan över huvudmannagränser och möjligheten att dela information mellan olika typer av organisationer. Statliga satsningar och uppföljning som utförs i stuprör och inte inkluderar både hälso- och sjukvård och socialtjänst, för patient- och brukargrupper där detta är relevant, kan utgöra ett annat hinder.

Statens styrning av hälso- och sjukvården måste hänga ihop bättre, vara konsekvent och ta sikte på de viktigaste utmaningarna. Det finns även ett behov av utökad strategisk dialog mellan huvudmännen och det nationella ledarskapet för att möta de gemensamma utmaningar som vården står inför.

**För att stödja utvecklingen i denna riktning kan regeringen:**

- *Skapa en struktur för dialog med regionala ledare med fokus på strategisk styrning och ledning av hälso- och sjukvård*

Genom att styra mer fokuserat och långsiktigt i dialog med huvudmännen kan staten skapa bättre förutsättningar för chefer på alla nivåer att utveckla vården mot de gemensamma målen. För att nå en sådan styrning kan regeringen utforma en struktur för en återkommande strategisk dialog mellan högsta ledningsnivån i staten och huvudmännen. Dialogen bör syfta till att definiera de gemensamma utmaningarna för hälso- och sjukvården och diskutera strategier för att möta utmaningarna. Förslag som betonar vikten av utökad dialog har tidigare lämnats av Vårdanalys (Vårdanalys 2014a) och utredningarna Effektiv vård (2016:2 s. 29) och Kunskapsstödsutredningen (2017:48 s. 25). Dialogen bör ta sin utgångspunkt i kunskapsunderlag, exempelvis kring hälso- och sjukvårdens utveckling.











## Referenser

- Anderson, R., McDaniel, R. (2000) *Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science*. Health Care Management Review, 25:1 s. 83–92.
- Ahlbäck Öberg, S., Bull, T., Hasselberg, Y., Stenlås, N. (2016) *Professions under siege*. Statsvetenskaplig tidskrift 2016:1 s 93-126.
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality ) (2013) *Supporting Patient and Family Engagement: Best Practices for Hospital Leaders*.
- Arbetsforskningsinstitutet och Deloitte (2008) *Evaluering av Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene (NTP)*.
- Axelsson, R. (2000) *The Organizational Pendulum – Healthcare Management in Sweden 1865–1998*. Scandinavian Journal of Public Health, 28 (1), s. 47–53.
- Backström, T., Granberg, O. och Wilhelmson, L. (2008) *Alternativa former av ledarskap. En kunskapsöversikt om chefers ledarskap*, i Döös, M. och Waldenström, K. (red) (2008) *Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap*. VR 2008:15. Stockholm: Vinnova.
- Bass, B. M. (1999) *Two decades of research and development in transformational leadership*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8, s. 9–32.
- Batalden P.B., Stoltz (1993). *A Framework for the continual Improvement of Health Care*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 19(10): 424–425, Okt 1993.
- Bergman, D. (2011) *”Ledarskapsprogram kan bidra till en bättre vård”* Läkartidningen 2011-03-29.

- Bergman, L. (2015) *Skolledares upplevda effekter av den statliga rektorsutbildningen*. Uppsala universitet.
- Björk L, Härenstam A. (2016) *Differences in organizational preconditions for managers in genderized municipal services*. Scandinavian Journal of Management. 2016;32:209-19.
- Chalmers tekniska högskola (2017) Information på hemsidan om kursen "Förbättringskunskap för ledare" [https://www.chalmers.se/sv/centrum/chi/utbildning/utbildning-for-yrkesverksamma/Sidor/F%3%b6rv%3%a4ttringskunskap-f%3%b6r-ledare-7.5-po%3%a4ng-\(avancerad-niv%3%a5\).aspx](https://www.chalmers.se/sv/centrum/chi/utbildning/utbildning-for-yrkesverksamma/Sidor/F%3%b6rv%3%a4ttringskunskap-f%3%b6r-ledare-7.5-po%3%a4ng-(avancerad-niv%3%a5).aspx) (Besökt senast 2017-10-06).
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P., Røvik, K.A. (2005) *Organisationsteori för offentlig sektor*. Liber AB.
- Dagens Medicin 2016-07-05 "Ensamma chefer riskerar bli syndabocker".
- Dagens Medicin 2017-05-26 "Fler jobbar kvar efter satsning på fler chefer"
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed och TrygFonden (2011) *I patientens fodspor. Metodbeskrivelse*.
- Davies, H. T.O., Nutley, SM., Mannion, R. (2000) *Organizational culture and quality of health care*. Quality in health care 2000; 9 111–119.
- Dinh J. (2014) *Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives*. The Leadership Quarterly. 2014;25(1):36–62.
- Drath, McCauley, Palus, O'Connor, McGuire (2008) *Direction, Alignment, commitment: toward a more integrative ontology of leadership*. The leadership Quarterly 2008:19 635–653.
- Döös, M., & Wilhelmson, L. (2003). *Delat ledarskap – en trend i vardande?* I C. von Otter (red), *Ute och inne i svenskt arbetsliv – forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete*. Arbetsliv i omvandling 2003:8 (s. 323–344). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Döös, M. & Waldenström, K. (red) (2008) *Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap*. VR 2008:15. Stockholm: VINNOVA.
- Falkenström, E. (2013) *Värdet av chefers etiska kompetens*. Socialmedicinsk tidskrift 90;6 s. 857–865.
- Fernler, K., Krohwinkel, A., Holmgren, P.G. (2013) *Ledande frågor*, Leading healthcare 2013.
- Fernler, K., Krohwinkel, A., Rognes, J. och Winberg, H. (2014) *Ekonomi på tvären. Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. LHC report 2014:1.

- Försvarshögskolan (2012) *Utvecklande ledarskap. Ökad självkänedom. En riktning. Ett förhållningssätt*. Stockholm: Försvarshögskolan, Institutionen för Säkerhet, Strategi och Ledarskap.
- Försvarshögskolan (2016) *Indirekt ledarskap*. Stockholm: Försvarshögskolan.
- Garside, P. (1998) *Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management*. Quality in Health Care, 7(DEC).
- Gurdjian, Halbeisen och Lane (2014) *Why leadership development programs fail*. McKinsey Quarterly, Jan 2014.
- Handelshögskolan (2017) *Chefsutvecklingsprogrammet för sjukvården*. Broschyr, hämtad från hemsidan <https://exedsse.se/program/chefsutvecklingsprogrammet-for-sjukvarden/> (besökt senast 2017-10-06).
- Hansson, J., Molin, F. och Södergren, B. (2014) *Perspektiv på styrning – hur ser styrning ut som främjar motivation och innovation i kunskapsintensiva verksamheter?* Uppsala: Institutet för personal- och företagsutveckling.
- Helsedirektoratet (2014) *Nasjonalt personellbilde – personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse-Nord (2013) *Oppgaver og organisering av Nasjonal ledelsesutvikling*. Styresak 46-2013.
- Institutet för framtidsstudier (2016) *Bortom IT. Om hälsa i ett digitalt samhälle*. Forskningsrapport 2016/2 Stockholm 2016.
- Jönköping Academy (2017). Information på hemsidan. <http://ju.se/hhj/utbildning/program/magister--master/masterprogram-i-kvalitetsforbattning-och-ledarskap-inom-halsa-var-d-och-omsorg.html> (Senast besökt 2017-10-06).
- Kaiser Permanente (2016a) Olika webbsidor under [www.kaiserpermanente.org](http://www.kaiserpermanente.org). (Senast besökt den 23 september 2016).
- Kaiser Permanente (2016b) *Kaiser Permanente Learning Program Helps Prepare Next Generation*. <https://share.kaiserpermanente.org/article/kaiser-permanente-program-helps-prepare-the-next-generation-of-health-care-professionals/>. (Senast besökt den 29 december 2016.)
- Kommittédirektiv 2016:51 *Tillit i styrningen*.
- Krohinkel Karlsson & Winberg (red) (2012) *På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre*. Leading Healthcare Report nr 1 2012.

- Källberg, N. (2013) *Förändringsprocesser i sjukvården. En studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Källberg, N., Mähring, M. (2007) *Pushing organizational change with information technology: A resource/capability Re-balancing Act*, Fifteenth European Conference on Information Systems, ECIS 2007, St:gallen, Switzerland, 2007, University of St. gallen.
- Larsson, G. och Kallenberg, K. (red) (2006) *Direkt ledarskap*. Försvarsmakten och Försvarshögskolan.
- Larsson, G., Sandahl, C., Söderhjelm, T., Sjöveld, E. och Zander, A. (2016) *Leadership behavior changes following a theory-based leadership intervention: A longitudinal study of subordinates' and leaders' evaluations*. Scandinavian Journal of Psychology. 2017 Feb;58(1):62-68. doi: 10.1111/sjop.12337. Epub 2016 Nov 17.
- Levay, C. (2003) *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: en longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet.
- Leading Healthcare(2015) *Report 2015:1 Förstärkning av svensk forskning om vårdsektorn. Kartläggning av forskare och förslag om nätverk*.
- Legeforeningen (2016) *Mellom politikk og administrasjon*.
- Lucas, B., Nacer, H. (2015). *The habits of an improver: Thinking about learning for improvement in health care*. The Health Foundation, London.
- Läkarförbundet (2016) *PM Kartläggning av läkare i landstingens hälso- och sjukvårdsled*.
- McAllister, D. J. (1995) *Affect-and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations*. Academy of Management Journal, 38(1), 24–59.
- McKinsey (2016) *Värdet av digital teknik i den svenska vården*.
- Morén, S., Perlinski, M., Blom, B. (2015) *En domänteori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor*. Socialvetenskaplig tidskrift, 22 (1), 22-43
- Nasjonal ledelseutvikling (2012) *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*.
- Nasjonal ledelseutvikling (2013) *Evaluering av Nasjonalt topplederprogram. Kartlegging blant tidligere deltakere av opplevd utbytte*.
- NHS (2016a) *The NHS in England*. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>. (Senast besökt den 19 september 2016.)
- NHS (2016b) *Olika webbsidor under* <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/>. (Senast besökt 27 december 2016).
- NHS (2016c) *Impact*. <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/impact/>. (Senast besökt 27 december 2016.)

- NHS (2016d) *Largest ever leadership programme to transform NHS culture announced.* <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/news/largest-ever-leadership-programme-to-transform-nhs-culture-announced/>. (Senast besökt den 27 december 2016.)
- NHS (2017) *Healthcare Leadership Model – nine dimensions of leadership behaviours* <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf>. (Senast besökt 1 april 2017).
- Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S-O., Randall, R. och Borg, V. (2008) *The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people.* Journal of Advanced Nursing, 63(5):465-75.
- Nilsson, K. (2003) *Mandat-Makt-Management. En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras.* Göteborgs universitet.
- Nilsson, P. (2005) *Ledarutveckling i arbetslivet – kontexter, aktörer samt (o)likheter mellan utbildningskulturer.* Umeå: Pedagogiska institutionen, Umeå universitet.
- Norbäck, L. E. och Targama, A. (2009) *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.
- Nyberg A., Alfredsson L., Theorell T., Westerlund H., J.V., Kivimäki M. (2009) *Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study.* Occup Environ Med. 2009;66:51–5.
- Nyberg, A. (2008) *Det goda chefskapet. Organisatorisk effektivitet och anställdas hälsa. En kunskapsöversikt.* i Döös, M. och Waldenström, K. (red) (2008) *Chefskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap.* VR 2008:15. Stockholm: Vinnova.
- Nybråten, A. G. och Botten, G. (2009) *Frist meg inn i ledelse. En evaluering av et samarbeid mellom Legeforeningen og Helse Sør-Øst for å få flere kvinner inn i ledendes stillinger i sykehusene.* Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- Pettigrew, A. (2000) *Linking Change Processes to Outcomes, A Commentary on Ghoshal, Bartlett, and Weick* i Beer, M. och Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change.* Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Pettigrew, A., McKee, L. och Ferlie, E. (1988) *Understanding change in the NHS.* Public Administration, 66(3), 297–317.
- Proposition 2016/17:171 *En ny kommunallag.*
- Proposition 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*

- Pierre, J., Sundström, G., (red) (2009) *Samhällsstyrning i förändring*. Malmö: Liber AB.
- Rangnes, T. (2015) *Nasjonal ledelseutvikling – fokus på ledelse i helseforetakene – nasjonale, regionale og lokale tiltak for å sikre god ledelse*. Presentation 27 oktober 2015.
- Regeringsbeslut (S2016/04584/FS) *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*.
- Region Gävleborg (2016) *Budskapsplattform Kaiser Permanente – en kunskaps- och kvalitetsstyrd vård med patienten i fokus*. Dokument daterat 2016-11-02.
- Richter A., von Thiele Schwartz U., Lornudd C., Lundmark R., mosson R., Hasson H. (2016) *iLead - a transformational leadership intervention to train healthcare managers' implementation leadership*. Implementation Science. 2016;11(108).
- Sandahl, C., Falkenström E., von Knorring M. (2017) *Chef med känsla och förnuft: om professionalism och etik i ledarskapet*. 2:a utgåvan, Natur och Kultur; Stockholm.
- Savage, M., Mazzocoto, P., Savage, C., Brommels, M. (2017) *Physicians role in the management and leadership of health care. A scoping review*. Clinical Management Research Group, Medical Management Centre Karolinska Institutet.
- SCB (2015a) *Sveriges framtida befolkning 2015-2016*. Demografiska rapporter 2015:2.
- SCB (2015b) *Innovationer i sjukvården 2012 – 2013. En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler*.
- Scott, W.R. (1995) *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage. Business School.
- SKL (2012) *Uppdrag och samspel mellan ledande politiker och tjänstemän*.
- SKL (2015) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*.
- SKL (2017) Om toppledarprogrammet på hemsidan <https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/chefsochledarskap/toppledarprogrammet.142.html> (Senast besökt 2017-10-06).
- Skolverket (2014) *De första fyra åren med det treåriga Rektorsprogrammet. En uppföljning av tre kursgruppers utbildning*.
- Skolverket (2015) *Rektorsprogrammet. Måldokument 2015–2021*.
- Socialstyrelsen (2015) *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015*.
- Socialstyrelsen (2017a) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2017*.

- Socialstyrelsen (2017b) *Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.*
- Socialstyrelsen (2017c). *Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård. Om utvecklingskraft i landsting och regioner.*
- SOU 2004:116 Utredningen om skolans ledningsstruktur *Skolans ledningsstruktur. Om styrning och ledning i skolan.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2013:15 Läkarutbildningsutredningen. *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2015:12 Klagomålstutredningen. *Fråga patienten. Nya perspektiv i klagomål och tillsyn.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2015:22 Utredningen om rektorernas arbetssituation inom skolväsendet. *Rektorn och styrkedjan.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2015:24 Utredningen om en kommunallag för framtiden *En kommunallag för framtiden.* Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2015:92 Ledningsutredningen. *Utvecklad ledning av universitet och högskolor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2016: 2 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. *Effektiv vård.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:48 Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:56 Tillitsdelegationen. *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Stockholm: Socialdepartementet.
- Statskontoret (2016) *Statens styrning av kommunerna.* Statskontoret 2016:4.
- Straumshiem och Lone (2013) *Rapport. Evaluering av «Psyk meg opp i ledelse».*
- Svensk Försäkring (2013) *Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick.* Svensk Försäkrings rapportserie: Vår framtida välfärd, del 3.
- Sveriges läkarförbund Student (2016) *Om prekliniska studier vid Sveriges läkarutbildningar Preklinenkät 2015.*
- SYLF (2016) *Ledarskap i framtidens sjukvård - En enkätundersökning om ledarskap och chefskap bland underläkare och läkarstudenter.*
- Thylefors, I. (2016) *Chef- och ledarskap inom välfärdssektorn.* Natur och Kultur Akademiska.

- Tyrstrup, M. (2012) *Styrning med förhinder - Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor*. Leading Health Care nr 6 2012.
- Tyrstrup, M. (2014a) *I välfärdsproduktionens gränsland – organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Leading Health Care, Delrapport 5 i Uppdrag: Välfärd!
- Tyrstrup, M. (2014b) *Ta farväl av industrisamhällets ledarskap!* Chefstidningen, 2014-11-18. Vision (2016) *Chefer i välfärdens tjänst. En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa*.
- Vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5.
- Vårdanalys (2014a) *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft. Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdiallog mellan Socialdepartementet och landstingen*. Rapport 2014:10.
- Vårdanalys (2014b) *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*. Rapport 2014:8.
- Vårdanalys (2014c) *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7.
- Vårdanalys (2015) *Lång väg till patientnytta. En uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*. Rapport 2015:7.
- Vårdanalys (2016a). *Analysplan 2016*.
- Vårdanalys (2016b) *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Ett diskussionsunderlag*. PM 2016:3.
- Vårdanalys (2016c) *Vården ur befolkningens perspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5.
- Vårdanalys (2017a) *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.
- Vårdanalys (2017b) *Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*. Rapport 2017:4.
- Vården i siffror (2017) <https://www.vardenisiffror.se/registry/halso-och-sjukvardsbarometern/indicator/00609044-dd83-4d54-81d9-699296f53549/?descriptionSource=H%c3%a4lso-+och+sjukv%c3%a5rdsbarometern> (Senast besökt 2017-09-15).



- Vårdförbundet (2016a) *Vårdförbundets stora chefsenkät. Tillsammans förbättrar vi vården!* Resultat på hemsidan, <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/forskning-och-rapporter/chefsenkaten/>. (Senast besökt 2017-10-04).
- West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T. (2015) *Leadership and Leadership Development in Healthcare: The evidence Base*. London, Faculty of Medical Leadership and Management.
- Yukl (2013) *Leadership in organizations*. NJ: Prentice Hall.

### Refererade intervjuer

- Intervju Grevholm, T, specialistofficerare och regementsförvaltare, Försvarsmakten. Genomförd den 3 januari 2017.
- Intervju Hamfelt, L. Arbetsmiljöverket. Genomförd 20 mars 2017.
- Intervju Porter, M, Director, Kaiser Permanente International och Chen, A, Director, National Leadership Development at Kaiser Foundation Health Plan. Genomförd den 11 januari 2017.
- Intervju Ragnes, T., Chef för Nasjonal ledelseutvikling, helse Sør-Öst. Genomförd 22 december 2016.
- Intervju Sarkadi Kristiansson, R. Intermountain Health Care. Genomförd 12 januari 2017.
- Intervju Tillman, M. ansvarig för utbildning i Indirekt Ledarskap och Projektledning, Försvarshögskolan. Genomförd den 15 december 2017.
- Intervju Tyrstrup, M. docent vid Handelshögskolan i Stockholm, Center for Advanced Studies in Leadership. Genomförd januari 2017.
- Intervju Westin, N. enhetschef på enheten för skolans organisation och ledning, Skolverket. Genomförd den 16 december 2016.
- Intervju Åkerblom, C, tekn dr, ledarexpert Ledarna. Genomförd 13 december 2016.







## **BILAGA 1 – BESKRIVNING AV VÅRA ARBETSMETODER**

För att identifiera hur ledarskapet i hälso- och sjukvården kan stärkas och utvecklas har vi gått igenom och sammanställt forskning och tidigare utredningar om ledarskap i hälso- och sjukvården, genomfört intervjuer och seminarier med chefer på flera olika nivåer och från flera olika delar av landet, genomfört fallstudier i två landsting, genomfört ett antal kartläggningar av hur landstingen arbetar i dag med ledarskaps- och utvecklingsfrågor, studerat arbetet med ledarskapsutveckling i några andra länder och samhällssektorer samt intervjuat forskare och experter på området. Konsultföretaget Helseplan har bistått Vårdanalys i framtagandet av sammanställningen av forskningen samt i kartläggningen av landstingens arbete med ledarskapsutveckling och av ledarskapsutvecklingsarbetet i några andra länder och samhällssektorer.

### **LITTERATURSTUDIE**

En första litteraturgenomgång genomfördes av Helseplan AB på uppdrag av Vårdanalys. Forskning om ledarskap är mångfacetterad och omfattande. Under litteraturgenomgången strävade vi därför efter att hitta representanter från olika discipliner och aspekter som studerat ledarskap; forskare vid pedagogiska/didaktiska institutioner, medicinska fakulteter, beteendevetare, folkhälsovetare, forskare som studerar innovationsteknologisk forskning, lärande, forskning vid psykologiska institutioner och inte minst organisations-teoretiker. Vi har arbetat med att hitta forskningsbasen, det vill säga forskning som används och citeras och som kan ses som mer eller mindre vedertagen. Det innebär en skillnad mot ansatsen att beskriva forskningsfronten. Vi har dock haft ambitionen att även beskriva centrala teman i sentida ledarskapsforskning.

För att fånga in forskningsbasen användes två kunskapsöversikter från Vinnova som utgångspunkt. Översikterna är en del av Vinnovas satsning på förståelse för och utveckling av chefskapets förutsättningar, former och resultat 2008. Vinnova genomförde en omfattande litteraturstudie, i kombination med intervjuer av ett brett spektrum av forskare inom olika discipliner. Materialet lästes och kommenterades senare av ett flertal forskare. Den första översiktens litteraturgenomgång omfattar cirka 220 artiklar och böcker, medan den andra har cirka 110 referenser. Svensk forskning om och svenska förutsättningar för ledarskap har ett särskilt fokus i litteraturstudien. Översikt två handlar specifikt om att beskriva ”vad vi med hjälp av vetenskapliga studier vet om hur chefskap (sökord: manager, management, leader, leadership) påverkar anställda och organisationer” (Döös och Waldenström 2008, sida 19). För mer beskrivning av kunskapsöversikterna, se källhänvisningen.

I tillägg till Vinnovas översikter har ett antal övriga artiklar och böcker använts, och även dessa har valts ut i samråd med forskare från olika discipliner. Vi har också gått igenom betänkanden från statliga kommittéer som behandlar relaterade frågor och rapporter från olika myndigheter.

## **INTERVJUER OCH SEMINARIER**

Det huvudsakliga underlaget för nulägesanalysens slutsatser är intervjuer och seminarier med chefer i hälso- och sjukvården. Varje intervju var cirka en timme lång och genomfördes som semistrukturerade intervjuer. Nedan återges den grundläggande intervjuguiden som användes. Intervjuguiden anger de teman som behandlades i intervjuerna med exempel på frågor under varje tema. De specifika frågorna har dock anpassats till den enskilda intervjun och även utvecklats under utredningens gång. Vissa teman blev mer framträdande under intervjuer med landstingsdirektörer och andra teman mer framträdande under intervjuer med första linjens chefer. Ambitionen var dock att täcka alla temaområden i samtliga intervjuer.

## INTERVJUGUIDE FÖR CHEFER I VÅRDEN PÅ OLIKA NIVÅER

### Inledande frågor

Chefsnivå, cheferfarenhet, inledande reflektioner kring Vårdanalys uppdrag.

### Frågor om ledarskapets förutsättningar och utmaningar, t.ex:

Vilka är de viktigaste förutsättningarna för ett bra ledarskap i hälso- och sjukvården?

Vilka ser du som de främsta utmaningarna i ditt ledarskap?

Hur följer dina chefer upp dig? Hur följer du upp cheferna under dig?

Vilka verktyg är viktigast i ditt eget ledarskap?

### Frågor om landstingets och organisationens ledarskapsutveckling, t.ex:

Hur arbetar din organisation med ledarskap- och ledarskapsutveckling?

Vad är dina erfarenheter av ledarskapsutveckling?

Vilka är de viktigaste aktiviteterna för att få till ett bra ledarskap? Vilka har gjort skillnad?

Frågor om styrning och ledning av hälso- och sjukvården, t.ex:

Hur påverkas ditt arbete av styrning från nationell/regional/verksamhetsnivå?

Hur ser du på din roll som chef i relation till styrningen av vården?

Brukar det gå bra att motivera och förklara för medarbetare varför saker ska göras när direktiv kommer uppifrån?

### Frågor om utveckling och förbättringsarbete, t.ex:

Hur ser er struktur ut för att stötta verksamhetsutveckling/förbättringsarbete?

När du drivit verksamhetsutvecklingsprojekt – har det funnits någon typ av stöd att tillgå?

Har du kunnat se om utvecklingsarbetet fått resultat? Kan du mäta och analysera i den utsträckning du behöver?

### Frågor om statens och huvudmännens roll, t.ex:

Vilken typ av stöd skulle underlätta mest för dig i ditt arbete?

Vad tror du är det viktigaste som landstingen kan göra för att stärka och utveckla ledarskapet i hälso- och sjukvården?

Hur borde staten stödja landstingen i att utveckla och stärka ledarskapet?

### Medskick till oss i vårt fortsatta arbete

Vill du skicka med oss något annat än det vi redan pratat om?

Tabell 1.

Förteckning över intervjuade chefer		
Typ av chef	Namn/Titel	
Tjänstemannaledning	Jan Grönlund, landstingsdirektör Sörmland	
	Ann-Sofie Lodin, regiondirektör Västra Götalandsregionen	
	Staffan Isling, regiondirektör Uppsala	
	Agneta Jansmyr, regiondirektör Jönköping	
	Johan Färnstrand, landstingsdirektör Gävleborg	
	Catarina Dahlöf, regiondirektör Halland	
	Karin Stikå Mjöberg, regiondirektör Dalarna	
	Krister Björkegren, landstingsdirektör Kalmar	
	Mari Dalemar, hälso- och sjukvårdsdirektör Gotland	
	Per-Henrik Nilsson, hälso- och sjukvårdsdirektör Kronoberg	
	Mats Brännström, förbundsdirektör Västernorrland	
	Högre chefer	Sjukhusdirektör, närsjukhus
		Sjukhusdirektör, universitetssjukhus
Primärvårdsdirektör		
Sjukhusdirektör, universitetssjukhus		
Sjukvårdsdirektör, område medicin		
Vice vd, privatdrivet sjukhus		
Stabschef, hälso- och sjukvård		
Verksamhetsnära chefer	Verksamhetschef, hjärtsjukvård sjukhus	
	Centrumchef, universitetssjukhus	
	Vårdenhetschef, sjukhus	
	Verksamhetschef, sjukhus	
	Verksamhetschef, vårdcentral	
	Verksamhetschef, psykiatri	
	Verksamhetschef, kvinnoklinik	
	Verksamhetschef, vårdcentral	
	Avdelningschef, sjukhus	
	Enhetschef, ortopediklinik	
Enhetschef och utvecklingsledare, infektionsmottagning		
Enhetschef och utvecklingsledare, rehabteam		

## SEMINARIUM MED CHEFER

För att ha möjlighet att träffa fler chefer och dessutom få till en mer dynamisk diskussion om hur ledarskapet kan stärkas än vad som är möjligt i individuella intervjuer genomförde vi två seminarier med chefer i vården; en med första linjens chefer och en med verksamhetschefer. Alla landstingsdirektörer ombads att välja ut chefer som deltagare på seminariet. Totalt nio



landsting valde att skicka chefer till våra seminarier. Seminarierna syftade dels till att få en än tydligare bild av förutsättningar och utmaningar för chefer. Vi ville också validera och vidareutveckla de slutsatser vi dragit från genomförda intervjuer och ha en kreativ diskussion kring vilka åtgärder som skulle kunna göra skillnad för chefer i vården. Seminariet inleddes med en så kallad top of mind-övning utifrån frågorna ”Vilka är de största utmaningarna i min vardag som chef” och ”Exempel från din verksamhet när ledarskapet fungerat väl – vad har bidragit till det? Deltagarna fick därefter diskutera om våra slutsatser stämde överens med deras erfarenheter. Deltagarna fick också i uppgift att i grupper prioritera hindren som framkommit under seminariet och ge förslag på lösningar.

**Tabell 2.**

Deltagare i seminarier om chefers förutsättningar och utmaningar	
Första linjens chefer	Verksamhetschefer
Enhetschef länsverksamhet Västernorrland	Länsverksamhetschef Västernorrland
Första linjens chef Dalarna	Avdelningschef Landstinget Kalmar
Enhetschef Region Skåne	Verksamhetschef Jämtland Härjedalen
Verksamhetschef Helsingborg/Höganäs	Verksamhetschef Region Västmanland
Första linjens chef Kalmar	Produktionsenhetschef Region Östergötland
Första linjens chef Jämtland Härjedalen	Verksamhetschef Sörmlands läns landsting
Enhetschef Region Västmanland	Verksamhetschef Landstinget Dalarna
Enhetschef Norrbottens läns landsting	
Enhetschef Sörmlands läns landsting	

## KARTLÄGGNING AV LANDSTINGENS ARBETE MED LEDARSKAP, LEDARSKAPSUTVECKLING OCH UTVECKLINGSARBETE

Kartläggningarna av hur landstingen arbetar med ledarskapsutveckling och utvecklingsarbete har främst genomförts genom strukturerade informantintervjuer. I kartläggningen användes intervjuguider, se sida 136. Intervjuguiden anger de övergripande frågorna. Därtill fanns ett antal underfrågor.

Vi har även kartlagt vilka nationella och lokala mål gällande ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete som finns på samtliga läkar- och sjuksköterskeutbildningar. Arbetet genomfördes i form av dokumentstudier av högskoleförordningen (1993:100) samt av lokala utbildningsplaner.

## **INTERVJUGUIDE LANDSTINGENS ARBETE MED LEDARSKAP OCH LEDARSKAPSUTVECKLING**

Hur har landstingen arbetat historiskt och hur arbetar man idag med att förbättra förutsättningarna för chefer?

Vilka är stödjande och utmanande faktorer i arbetet med att utveckla chefer?

Hur förberedda är personer när de kommer från utbildningarna för ledaruppdraget?

Hur arbetar man med ledarförsörjning, ledarskapsutveckling och utbildning på olika nivåer?

Vilka krav, formella och informella, ställs på chefer på olika nivåer?

Hur arbetar landstinget strategiskt med ledarskapsutveckling och utbildning på olika nivåer?

Vad är obligatorisk utbildning för de olika chefsnivåerna?

Finns det en strategisk enhet som arbetar med ledarskapsutveckling och utbildning?

Vilka delar ingår i utbildningen? Antal dagar, särskilda inriktningar?

Har ni professionella nätverk eller erbjuder personligt stöd till chefer?

Hur förhåller sig ledarskapsfrågorna till landstingens styr- och ledningssystem som helhet?

Vilka andra aktörer arbetar med ledarskapsutveckling och utbildning inom ditt landsting och vilken roll har de?

Hur bidrar andra aktörers arbete till ledarskapsutveckling och utbildning inom ditt landsting? Universitet/högskolor? Andra aktörer?

## **INTERVJUGUIDE LANDSTINGENS STRUKTURER FÖR UTVECKLINGSARBETE**

Har landstinget specifika centra/avdelningar/enheter som ansvarar för utvecklings- och förbättringsarbete?

Vilka kompetenser finns på dessa enheter?

Hur arbetar dessa enheter?

Erbjuder de utbildning/kurser till medarbetare i landstinget?

Hur många anställda arbetar på dessa enheter?

Var finns enheten organisatoriskt?

Bedrivs landstingets arbete med utvecklings- och förbättringsarbete på något annat sätt än genom specifika centra/avdelningar?

Finns det någon samverkan med akademien när det gäller ert arbete med utvecklings- och förbättringsarbete?

Har vårdverksamheterna tillgång till data för att arbeta med utvecklings- och förbättringsarbete?

Vilken typ av data är detta (verksamhetsstatistik, medicinska indikatorer, patientenkäter)?

Har vårdverksamheterna tillgång till analyskompetens för att arbeta med utvecklings- och förbättringsarbete?

Har landstinget en strategi för förbättringsarbete, utvecklingsarbete eller verksamhetsutveckling (eller liknande)?

Finns det kopplingar mellan landstingets arbete med utvecklings- och förbättringsarbete och arbetet med ledarskaps- eller chefsutveckling?

Vilka är de viktigaste förutsättningarna för lärande/utveckling i ditt landsting?

Finns det ett samarbete över huvudmannagränser (landsting och kommun) avseende utvecklings- och förbättringsarbete?

**Tabell 3.**

Deltagare i intervjuer om landstingens ledarskapsutvecklingsarbete	Deltagare i intervjuer om landstingens utvecklingsarbete
Solveig Lampe, HR-direktör	Björn Wettermark, utvecklingsavdelningen
Hans-Peter Eriksson, HR-Strateg Camilla Regen, HR-strateg	Sofia Kialt, utvecklingsstrateg
Marie Kullving, kompetensutvecklare	Silvana Lindgren Majander, kvalitets- och utvecklingschef
Ingela Petersson Gylmark, personalstrateg	Martin Magnusson, utvecklingsdirektör.
Sandra Petersson, HR-strateg	Maria Elgstrand, verksamhetschef, verksamhetsutveckling vård och hälsa
Gunilla Lindell, organisationskonsult på ledarskapsenheten	Göran Henriks, utvecklingsdirektör Qulturum
Helén Karlsson, chefs- och ledarskapsstrateg HR-staben	Ingeborg Franzén, Joachim Petersson, verksamhets-utvecklare
Anna Cederlöf, Personaldirektör	Leif Ohlsson, Kvalitetsstrateg
Jessica Alfredsson, strateg chefsutveckling	Gunilla Skoog, utvecklingsdirektör
Ulrika Sundquist, HR-direktör	Jesper Stenberg, enhetschef, strategisk kvalitetsutveckling
Annica Sörensdotter, personaldirektör	Josefin Alström, avdelningschef avdelningen för uppföljning och analys
Marina Olsson, HR-direktör, VGR komplettering med Niklas Thorell Sjöström, koncernstab HR	Sylvia Määttä, avdelningschef, systemutveckling och strategi
Marie Wallin, HR-strateg	Henrik Svensson, avdelningschef utvecklings- och kommunikationsavdelningen
Gunilla Persson, HR strateg	Ylva Nilsagård, utvecklingschef
Birgitta Ollongren, HR strategist leadership development	Johanna Andersson, utvecklingschef
Maria Englund, personaldirektör	Ulla Fridh och Åsa Hansson, avdelningschefer på utvecklingsavdelningen
Johanna Näslund, HR-direktör kompletterat med Magnus Löfgren, Kompetensutvecklingschef	Tommy Stokka, (patientsäkerhetsenheten) tf stabschef hälso- och sjukvård Pia Johansson, avdelningschef utveckling
Carina Norrwie Strömstedt, chefs- och ledarutvecklings- strateg, centrum för HR-staben	Jonas Appelberg, utvecklingschef
Mats Beskow, HR-direktör	Kerstin Norrbin, utvecklingschef
Karin Rystedt, HR-direktör	Ulf Andersson, chef Memeologen
Anders Liif, personaldirektör	Karin Jones, tf utvecklingsdirektör
Vivianne Sahlin, enhetschef på enhet för kompetensförsörjning	

## SEMINARIUM OM LEDARSKAPETS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH UTMANINGAR

Seminarieret anordnades och genomfördes tidigt i utredningsprocessen av konsultföretaget Helseplan AB. Seminariet gav ett underlag för den rapport och forskningsgenomgång som Helseplan AB sammanställde på uppdrag av Vårdanalys. De experter och nyckelpersoner som deltog, bestående

av forskare, erfarna chefer och konsulter, deltog även i kvalitetssäkring av kartläggningar, analyser och slutsatser som Helseplan drog i sin underlagsrapport till Vårdanalys.

**Tabell 4.**

Deltagare i seminarium om ledarskapets förutsättningar och utmaningar
Anna Krohwinkel – ek dr, forskningsledare, Stiftelsen Leading Healthcare
Christina Söderholm – Senior Advisor, tidigare sjukhuschef Södersjukhuset
Dag Gjestebø – grundare, Helseplan
Gunnar Németh – prof ortopedi, vice styrelseordförande Capio Group och styrelseordförande Swedish Hospital Partners
Göran Stiernstedt – statlig utredare av sjukvårdens effektivitet
Jon Rognes – ek dr, forskningsledare, Stiftelsen Leading Healthcare och Handelshögskolan i Stockholm
Linus Perlerot – konsult, Helseplan
Marie Öberg Lindevall – vd, Helseplan
Mats Tyrstrup – docent, Stiftelsen Leading Healthcare och Center for Advanced Studies in Leadership, Handelshögskolan i Stockholm
Mikael Forss – Senior Advisor, tidigare biträdande sjukhusdirektör Karolinska universitetssjukhuset
Niklas Källberg – forsknings- och utvecklingschef, Helseplan, ek dr
Patrik Holmberg – seniorkonsult, Helseplan

## SEMINARIUM OM FRAMTIDENS LEDARSKAP

Seminarieriet om framtidens ledarskap syftade till att utveckla hur trender och omvärldsförändringar som har konsekvenser för sjukvårdens utveckling påverkar ledarskapet i hälso- och sjukvården. Den huvudsakliga frågan var ”Vilka omvärldstrender påverkar ledarskapet i hälso- och sjukvården och på vilket sätt?” Deltagarna diskuterade och arbetade i grupper.

**Tabell 5.**

Deltagare i seminarium om framtidens ledarskap
Anders Ekholm – vice vd Institutet för framtidsstudier
Cecilia Åkerblom – ledarskapsexpert Ledarna
Britta Wallgren – chef Capio Sverige
Erik Johansson – verksamhetschef på vårdcentralen Cityhälsan Centrum, Region Östergötland
Angelica Kron – handläggare Vårdförbundet Student
Sara Both – handläggare Vårdförbundet Student
Björn Hansell – ledamot SYLF, ST-läkare
Lina Hagman – partner Netlight Consulting AB
Mia von Knorring – forskare MMC, Karolinska institutet
Niklas Källström – vd Helseplan
Mårten Ärlig – chef barn- och ungdomshabiliteringen Region Jönköpings län

## INTERVJUER MED FORSKARE, INTRESSENER OCH EXPERTER

Intervjuerna med experter utgick från samma teman som intervjuerna med chefer, se sidan 133, men anpassades till respektive respondents expertområde.

**Tabell 6.**

Intervjuade forskare, intressenter och experter
Robert Sarkadi Kristansson, Intermountain Healthcare
Molly Porter, Kaiser Permanente International
Alice Chen, Kaiser Foundation Health Plan
Gunilla Hult Backlund, generaldirektör Inspektionen för vård och omsorg
Monica Axelsson, Inspektionen för vård och omsorg
Lise-Lotte Hamfelt, Arbetsmiljöverket
Staffan Arvidsson, FORTE Vinnvård
Johan Thor, forskare Jönköping Academy
Mia von Knorring, forskare MMC, Karolinska Institutet
Hans Winberg, vd Stiftelsen Leading Health Care
Michaël Berglund, vd Michael Berglund AB
Raymond Lenrick och Eva Werner, Qulturum
Cecilia Åkerblom, Ledarna
Margareta Tillman, Försvarshögskolan
Niclas Westin, Skolverket
Trond Ragnes, Nasjonal Ledelseutvekling
Thomas Grevholm, Försvarsmakten
Marcus Powell, King's Fund
Emma Spak, SYLF
Vårdförbundet, Lisbeth Löpare
Läkarförbundet, Heidi Stensmyren
Fysioterapeuterna, Helena Pepa

## DIALOGMÖTEN OCH SAMRÅD

Ledarskapsfrågorna är aktuella för många aktörer och har behandlats på olika sätt i andra utredningar. Vi har därför genomfört flera olika dialogmöten och samråd, både för att samla in information och för att validera och diskutera slutsatser från nulägesanalysen.

Tabell 7.

Dialogmöten och samråd
Möten med Tillitsdelegationen
Möte med Kunskapsstyrningsutredningen
Presentation på nätverket för chefs- och ledarskapsstrateger SKL
Samrådsmöten med olika avdelningar på SKL
Möte om uppdraget med Inspektionen för vård och omsorg
Presentation på Region och – landstingsdirektörsföreningen
Presentation på hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket
Möten med Socialstyrelsen
Deltagande på Forum Tillit
Möte med Statskontoret om deras tidigare arbete om ledarskap
Möte med Arbetsmiljöverket om deras arbete med chefs arbetsmiljö
Dialogmöte med Läkarförbundet
Dialogmöte Vårdförbundet
Dialogmöte Vårdförbundet student
Dialogmöte Fysioterapeuterna
Dialogmöte Ledarna

## KVALITETSSÄKRING

Utöver sedvanlig intern kvalitetssäkring på Vårdanalys har rapporten kvalitetssäkrats med hjälp av en extern referensgrupp bestående av Olivia Wigzell (generaldirektör Socialstyrelsen), Toivo Heinsoo (utredare och konsult), Hans Winberg (generalsekreterare Leading Health Care) och Göran Henriks (utvecklingsdirektör Region Jönköpings län).

Empiriska fynd, slutsatser och preliminära utvecklingsområden har också diskuterats med landstings- och regiondirektörföreningens styrelse, där även en hälso- och sjukvårdsdirektör deltog: Staffan Isling (regiondirektör Uppsala), Peter Lilja (landstingsdirektör Blekinge), Elisabeth Fransson (hälso- och sjukvårdsdirektör Dalarna) och Ann-Sofi Lodin (regiondirektör Västra Götalandsregionen).

Rapporten har kvalitetsgranskats med fokus på forskningsavsnitten av Mia von Knorring, ledarskapsforskare på Karolinska institutet.

## BILAGA 2 – UTBLICK TILL ANDRA LÄNDER OCH SEKTORER

Det ingick i Vårdanalys uppdrag från regeringen att ta del av erfarenheter från andra samhällssektorer och internationella erfarenheter. Vi har därför samlat in erfarenheter från ledarskapsarbete i skolan och försvaret samt i hälso- och sjukvårdssystem i andra länder. Vid urvalet av andra länder att studera fokuserade vi på att identifiera hälso- och sjukvårdssystem där man har gjort en systemövergripande satsning på ledarskapsutveckling och där dessa satsningar beskrivits och följts upp. Likhet med det svenska hälso- och sjukvårdssystemet blev därmed inte den avgörande urvalsfaktorn. Det medför att lärdomarna inte är direkt överförbara och därför i huvudsak kan tjäna som inspiration och behöver anpassas till svenska förhållanden. De fyra systemen vi beskriver är Norge, Kaiser Permanente och Intermountain Healthcare i USA samt engelska National Health Service (NHS). Systemen valdes ut i samråd och diskussion med forskare och projektets referenspersoner. De samhällssektorer vi valt att beskriva är skolan och försvaret. I skolan har det nyligen gjorts en statlig satsning på rektorsutbildning och försvaret har en lång tradition av ledarskapsstärkande insatser.

### NATIONELLA SATSNINGAR I NORGE FÖR ATT FRÄMJA LEDARSKAP

Norges hälso- och sjukvårdssystem har under 2000-talet genomgått en centraliseringsprocess via en reform av den specialiserade sjukhusvårdens organisering 2002 och en reform av gränssnitten mellan kommunerna och den specialiserade sjukhusvården 2012. I dag är hälso- och sjukvården organiserad via fyra regionala hälsoföretag (helseforetak) som är statligt ägda och som styr hälso- och sjukvården. Kommunerna ansvarar för primärvård, äldreomsorg och övrig socialtjänst. Den nya strukturen har bidragit till diskussioner om organisering och vilken ledarskapsmodell som är mest lämpad. Det har därför tagits flera initiativ till att främja ledarskapet.

### Från professionsfokus till kvalifikationsfokus i fråga om ledarskap

En kartläggning visar att Norge står inför utmaningar vad avser ledarskapsförsörjning. Cirka 20 procent av alla ledare och chefer inom hälso- och sjukvården är i dag över 60 år. Det finns ett brett önskemål om att rekrytering ska ske från alla yrkeskategorier och att uppgiften är att identifiera rätt individer som kan leda. Det finns därför en viljeinriktning att ta steg från professionsfokus till kvalifikationsfokus vad avser rekrytering av personal.

Inom det nationella toppledarprogrammet sker en professionsneutral rekrytering vilket betyder att ledaregenskaperna ses som viktigare än yrkesbakgrunden (Rangnes 2015 och intervju Rangnes).

### **Toppledarprogrammet ska öka antalet rekryterbara chefer och ledare**

Det har initierats ett antal satsningar för att främja ledarskapet och dess förutsättningar (Rangnes 2015):

- Toppledarprogrammet (Nasjonalt topplederprogram)
- Nationell direktörssamling (Nasjonale Direktørsamling)
- Utbildningsprogrammen ”Frist meg inn i ledelse” och ”Psyk meg opp i ledelse”
- Nationell satsning på ledarmobilisering och talangutveckling (Nasjonale satsing på talentutvikling/lederutvikling)
- Forum för ledare och ledarutvecklare (Møteplass for ledere og lederutviklere)
- Nationella piloter (Nasjonale pilotordninger)
- Resursgrupper för ledare i hälsoföretag (Ressursgruppe for ledelse i helseforetak)
- Samarbete med forskningen (Samarbeid knyttet til forskning).

Ett antal satsningar har avslutats, som till exempel *forum för ledare och ledarutvecklare*, *nationella piloter* och *resursgrupper för ledare i hälsoföretag*. Satsningen på *ledarmobilisering* och *talangutveckling* är en vidareutveckling av två avvecklade program som genomfördes med läkar- respektive psykologföreningen: ”Frist meg inn i ledelse” som via utbildning syftade till att motivera och rekrytera kvinnliga läkare in i en ledarroll, och ”Psyk meg opp i ledelse” som via utbildning syftade till att främja ledarskapet bland psykologer som i dag redan har personalansvar eller en chefsroll. En utvärdering av ”Frist meg inn i ledelse” visar att programmet har tydliggjort för deltagarna vad ledarskap innebär, vilket har lett till att kvinnor både har tackat ja och nej till chefsposter. ”Psyk meg opp i ledelse” har också utvärderats och här visar det sig att deltagarna upplever att de har fått en ökad medvetenhet om ledarrollen och är tryggare i sig själva som ledare. Därtill är det lättare att genomföra svåra samtal med medarbetare. Den stora vinsten uppges vara att möta andra i samma situation. Den *nationella samlingen för direktörer* arrangeras två gånger årligen men en utvärdering visar att det är svårt att hitta engagerande teman som berör alla deltagare (Rangnes 2015,



Helse-Nord 2013, Nybråten och Botten 2009, Straumsheim och Lone 2013 samt intervju Rangnes).

*Toppledarprogrammet* (Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene, NTP) startades i pilotform 2003–2004 och permanentades 2005. Utbildningsprogrammet, med tillhörande mentorskap, löper över nio månader och ska stärka kandidater som kan rekryteras som ledare. I toppledarprogrammet utforskas det egna ledarskapet, ledarens roll och uppdrag diskuteras i relation till strategi och politisk styrning och deltagarna arbetar med ett förbättringsarbete. Utbildningen finansieras av de regionala hälsoföretagen, vilket indirekt innebär att den är statligt finansierad. År 2008 och 2013 gjordes utvärderingar som visar att effekten är störst på

- utövandet av det egna ledarskapet (91 procent av deltagarna instämde)
- helhetsperspektivet (79 procent av deltagarna instämde)
- att kunna ange riktning för förändring och genomföra förändringar (66 procent av deltagarna instämde).

(Arbetsforskningsinstituttet och Deloitte 2008 och Nasjonal ledelseutvikling 2013).

I en intervju framkommer att antalet kvinnliga ledare har ökat, att det anses vara mycket meriterande i en rekryteringsprocess om den sökande har deltagit i detta program och att ledarna har ett annat sätt att reflektera över sin roll och sitt uppdrag (Rangnes 2015 samt intervju Rangnes). De sista åren har antalet formella och informella nätverk ökat i den offentliga sektorn. Nätverken ses som en organisationsform för att utbyta erfarenheter men också för problemlösning. Detta har tydliggjort behov för modeller om ledarskap av och i nätverk, inte minst för att behålla en god styrning och ledning av de uppgifter som åläggs nätverken (Helsedirektoratet 2014).

## **Synen på ledarens ansvar och kompetens**

Den norska Legeforeningen har definierat ett antal förväntningar på norska ledares beteenden: de ska vara ansvarsfulla, ha ett helhetstänk, vara förändringsvilliga, handlingskraftiga, kommunicerande och inspirerande. Förväntningarna överensstämmer med de nationella ledarkraven som beskrivs i den nationella plattformen för ledarskap i hälsoföretagen och som ska ställas på ledare och chefen inom den norska hälso- och sjukvården (Legeforeningen 2016 och Nasjonal ledelseutvikling 2012).

Legeforeningen beskriver vidare att en ledare måste ta ansvar för hela verksamheten samtidigt som de menar att ledare med läkarbakgrund har lättare för att förstå styrmekanismer inom den egna professionen och därmed kan uppleva målkonflikter när ett samarbete krävs med ledare från andra yrkeskategorier. Legeföreningen menar också att ett ledningsansvar inte kan ses som en bisyssla och att ledaren måste vara öppen för att få formell utbildning för att erhålla nödvändig kompetens och kvalifikationer (Legeforeningen 2016).

## **ENGELSKA NHS HAR INVESTERAT I EN LEDARSKAPSAKADEMI**

Den största andelen av sjukvården i Storbritannien tillhandahålls av National Health Service (NHS), vilket är ett statligt sjukvårdssystem. NHS står för den främsta delen av hälsodepartementets budget. Alla som bor legalt i landet omfattas av det nationella hälso- och sjukvårdssystemet med kostnadsfri sjukvård som till drygt 90 procent finansieras via skatt.

Storbritannien har liksom många andra länder en utmaning i ökande ålder hos befolkningen samt ökade vårdkostnader. Hälso- och sjukvårdssystemet har därmed förändrats gradvis över åren och till exempel har ersättningsmodeller, kundvalsmodeller och en ökad privat finansiering införts. Beslutsfattare har även velat lägga mer fokus på förebyggande folkhälsoarbete och en bättre vårdkedja för patienten (Svensk Försäkring 2013, Vårdanalys 2014b och NHS 2016a).

### **Program för många olika målgrupper för att möta vårdens utmaningar**

NHS har de senaste åren investerat i en egen ledarskapsakademi, som antas vara den största av sitt slag i världen (NHS 2016d). Målet är att genom bättre ledarskap uppnå ett bättre omhändertagande av patienten. Bakgrunden till satsningen är bland annat de utmaningar som den brittiska hälso- och sjukvården står inför. Det handlar också om att ledaren måste ha förmågan att förstå och förändra kulturen. Man har identifierat att detta kräver ett innovativt och modigt ledarskap, vilket ledarskapsakademien försöker skapa. Ledarskapsakademien erbjuder olika program som alla syftar till att utveckla ledare och managementfärdigheter. Programmen har olika målgrupper, till exempel nya chefsaspiranter, erfarna ledare och program för den som vill bli divisions- eller sjukhuschef. Det finns också särskilda program vars målgrupp är etniska minoriteter. Dessutom erbjuds

mentorsprogram, rekryteringsutbildningar och även utbytesprogram inom Europa. Programmen genomförs i samarbete med ledningen för akademien, konsultbolaget KPMG samt lärosätena Handelshögskolan i Manchester och Birminghams universitet. Genom lärosätena finns det också ett brett kontaktnätverk till bland andra Harvards, Rotterdams, Erasmus och Pretorias universitet (NHS 2016b).

I nuläget har ca 26 000 medarbetare genomgått något av programmen inom akademien. Chefer och medarbetare inom hälso- och sjukvården som deltagit i utbildningsprogram beskriver hur de, förutom ökad kunskap, har byggt informella nätverk med andra kursdeltagare, sett helheten i hur lednings- och styrsystem hänger ihop med ledarrollen samt att programmen har en bra mix av teori och praktik. Framför allt känner sig chefen stärkt i sitt ledarskap och bättre förberedd på de utmaningar som en ledare kan ställas inför (NHS 2016c).

NHS Academy har utvecklat en ledarskapsmodell som beskriver viktiga dimensioner av ledarskap (NHS 2017):

- Utveckling av gemensamma värden – ledare ska inspirera medarbetare genom att agera enligt organisationens värdegrund, exempelvis genom att visa nyfikenhet för hur vården kan förbättras ur ett patientperspektiv.
- Leda med omtanke – ledare ska ha förmågan att förstå grupperns styrkor och behov och skapa en säker och trygg miljö för medarbetare.
- Utvärdera och använda data – ledare ska använda data för att generera nya arbetssätt och idéer och för att ta evidensbaserade beslut som beaktar olika perspektiv.
- Koppla ihop olika delar av systemet – ledare ska förstå hur vård- och socialtjänst hör ihop och hur olika individer, enheter och organisationer relaterar till varandra och interagerar för att möjliggöra ett effektivt samarbete.
- Visionärt ledarskap – ledare ska kommunicera en inspirerande och trovärdig framtidsvision som motiverar medarbetare, och visa på hur den kan uppnås.
- Ansvarsutkrävning – ledare ska tydliggöra målsättningar och uppföljningsmått för verksamheten, stödja medarbetare att ta ansvar för resultat och ge balanserad återkoppling.
- Utveckla kapacitet – ledare ska fokusera på lärande och kapacitetsuppbyggnad för att möjliggöra för medarbetare att utveckla de förmågor, kunskaper och erfarenheter de behöver för att möta vårens framtida behov.

## **Nationellt ramverk syftar till att skapa en jämn kvalitet i alla ledarskapsutbildningar i hälso- och sjukvården**

I ett nationellt ramverk som antogs 2016 förklaras hur ledarskapet ska fortsätta utvecklas inom NHS. Fokus ligger på att inom NHS utveckla högre kapacitet gällande systemledarskap med nya modeller för samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Man betonar även förbättrings- och utvecklingskunskap bland samtliga medarbetare inom NHS samt ett ledarskap som präglas av medkänsla samt delaktighet. Alla enheter inom NHS ska anpassa sitt arbete med ledarskapsutveckling och rekrytering efter ramverket och anpassa och utveckla prioriteringar och budget för att möta ramverkets målsättningar. Målgruppen för ramverket är främst mellanchefer och erfarna chefer, både på lokal och nationell nivå. Ramverket är ett välförankrat samarbete mellan olika utbildningsinstitutioner tänkt att bidra till en jämn kvalitet på och enhetligt utbildningsinnehåll för alla utbildningar som ges för chefer inom hälso- och sjukvård (NHS 2016b).

## **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEM I USA SOM ARBETAR STRUKTURERAT OCH LÅNGSIKTIGT MED LEDARSKAP**

I strävan efter att hitta organisationer som har gjort speciella satsningar, eller som har bättre resultat än andra, har många vänt sig till amerikanska system. Region Jönköpings län har exempelvis ett samarbete med Intermountain Health Care sedan många år, medan Region Gävleborg på senare tid har tagit inspiration av Kaiser Permanente i sitt arbete med att skapa bättre förutsättningar för ledarskapet. Dessa två system har därför valts ut och deras särart och specifika satsningar på ledarskap beskrivs nedan. Det bör dock påpekas att USA har ett sjukvårdssystem som bygger på privata sjukvårdsförsäkringar, vilket gör att USA är det enda rika industriland som inte erbjuder allmän sjukvård. Den privata sjukvårdsförsäkringen är inte obligatorisk och betalas ofta av arbetsgivaren (cirka 55 procent av fallen). Sammanfattningsvis är den institutionella miljön mycket olik den svenska.

### **Kaiser Permanente**

Kaiser Permanente är en privat, icke-vinstdrivande aktör och är med sina över 11 miljoner medlemmar i åtta stater samt District of Columbia en av USA:s största leverantörer av sjukvård och icke-vinstdrivande sjukförsäkringar. Organisationen grundades 1945 och erbjuder sjukförsäkringar och ger vård vid sina 38 sjukhus och mer än 600 medical office buildings. Organisationen

har tre enheter som har gemensamma, exklusiva avtal med varandra: Kaiser Foundation sjukhus med dotterbolaget Kaiser Foundation Health Plan, Inc., samt The Permanente Medical Groups som tillhandahåller själva sjukvården (Kaiser Permanente 2016a och Region Gävleborg 2016). Totalt har organisationen drygt 193 000 anställda, varav drygt 19 000 är läkare och 51 000 sjuksköterskor. Omsättningen ökar varje år och uppgick 2015 till drygt 60,7 miljarder dollar.

Kaiser Permanente poängterar att de sätter patienten och patientens perspektiv och inkludering i centrum och att de bland annat arbetar mycket med förebyggande åtgärder. Kaiser Permanente är ledande i många kvalitetsmätningar inom hälso- och sjukvården i USA. (Kaiser Permanente 2016a).

Vad avser ledarskapsfrågor så har Kaiser Permanente ett antal program för olika målgrupper, samt arbetar för att genom nätverk stärka och utveckla ledare.

### *Kaiser Permanente investerar i innovativt ledarskap*

Under en intervju menar Kaiser Permanente att de ställer höga krav på sina chefer och ledare. Alla chefer och ledare behöver förstå betydelsen av det stora inslag av valfrihet som patienterna har i det amerikanska sjukvårdssystemet och vikten av att patienten inkluderas som en partner för sin hälsa. Chefer i Kaiser Permanente ska vara förespråkare för hälsa och de behöver därför kunna förstå patientens sammanhang för att kunna ge bästa möjliga vård för varje individ. Dessutom behöver cheferna kunna överblicka hur den snabba tekniska utvecklingen och innovationer med vård tillhandahållen dygnet runt, via exempelvis appar och sociala medier, påverkar hur man som vårdgivare kan och behöver utveckla verksamheten. Ledare behöver förstå hur kvalitetsförbättringar genomförs, hur verksamheten kan bli kostnadseffektiv samt vara engagerad för jämlik vård. Kaiser Permanente trycker också på behovet av att kunna anpassa sig till politiska förändringar till exempel när det gäller ersättningar och demografi, samt nya önskemål från medarbetare om hur man vill arbeta.

Kaiser Permanente arbetar med att definiera en ny läroplan för utbildning av chefer på alla nivåer, där den basala nivån är i stort sett färdig. Det handlar exempelvis om hur man leder, mäter och följer upp verksamheten, teamarbete, att leda teamövergripande, strategi, HR-frågor, samhällsförståelse och förståelse för sjukvårdsindustrin. Förändringsledarskap och förbättringskunskap ses som självklart och man lär exempelvis ut hur man kan arbeta med att minska variation. Att bygga kapacitet hos ledare ses som viktigt och

man strävar efter mindre hierarki, att ledare ska vara flexibla samt att ledare ska lära andra ledare att leda.

Utvecklingen av ledare sker mycket på arbetsplatsen och man försöker se till att ledare utvecklas kontinuerligt, med individuella planer och utvärderingar. Kaiser arbetar främst med att utveckla sina egna ledare i organisationen snarare än att ta in ledare utifrån och har en struktur för att identifiera framtida ledare. De har en strukturerad, rigorös, kontinuerlig utvärderingsprocess. De menar att ledarskapsattribut blir mer och mer viktigt när de ser på utveckling och anställning. Det är viktigt att sätta förväntningarna från början och de anser att det inte är några problem att hitta ledare i organisationen. (Kaiser Permanente 2016a, Kaiser Permanente 2016b, Intervju Porter och Chen)

### **Intermountain Healthcare**

Intermountain Healthcare är ett icke-vinstdrivande hälso- och sjukvårdssystem i Salt Lake City, Utah, USA. I systemet finns 22 sjukhus, 185 kliniker och 1 400 anställda läkare. I antal patienter är Intermountain jämförbart med Stockholms läns landsting. Intermountain arbetar under den övergripande parollen "Helping people live the healthiest lives possible" vilket sedan en tid tillbaka inkluderar ett tydligt förebyggande perspektiv. De menar själva att de har ett kvalitetsstyrkt system som redovisar, analyserar och leder mot bättre kliniska resultat, ökad upplevd servicenivå och en högre kostnadseffektivitet.

Organisationen har tillsammans med några andra framhållits som förebild i president Obamas arbete med hälso- och sjukvårdsreformer. Under de senaste tio–femton åren har Intermountain även studerats av svenska sjukvårdsledare. Ett antal studieresor har genomförts, men framför allt pågår ett arbete med fördjupade jämförelser av såväl medicinska resultat som arbetssätt.

#### *Intermountain satsar långsiktigt på ett ledarskap som sätter kvalitet främst*

Intermountain karaktäriseras enligt dem själva av goda, mätbara medicinska resultat och en ekonomi i balans. De senaste åren har de även haft fokus på att minska kostnaderna, relativt kostnadsprisuppräknningar mot tidigare år, för att över tid få en hälso- och sjukvård som kan leverera goda resultat även med en åldrande befolkning. Intermountain pekar själva på att de uppnått dessa goda resultat för att de har en målmedveten satsning på ledarskap, med systematisk uppföljning via "care programs".

Intermountain har under mer än 25 år arbetat med ledarutveckling på ett systematiskt sätt. Det infördes genom att en liten grupp personer då Brent James, läkare och vd vid Intermountain Institute for Health Care Delivery Research, i spetsen valde att starta en utbildning som i grunden lär ut E.W. Demings principer om processtyrning. Brent James hade sett att sjukvården hade mycket att vinna på att studera processer och sedan leda och styra mot en minskad oönskad variation. Programmet har utvecklats till det som i dag kallas "advanced training program in quality improvement" (ATP) och som fokuserar på kvalitetsstyrning, patientsäkerhet och ett gott och tydligt ledarskap som leder mot mätbara resultat.

I dag genomgår de flesta av Intermountain's ledare ATP, ett program som pågår totalt fyra veckor och som även ges i en kortversion, "mini-ATP", i sex dagar. Fler än 3 000 personer har gått igenom ATP, vilket inkluderar väsentligen alla ledare på högre nivå, samt alla förändringsledare i sjukvårdssystemet. Genom programmet har de fått samma utbildning och ett gemensamt språk. De har också fått samma förståelse för dagliga utmaningar, övergripande styrning och sätt att följa upp sjukvård. I utbildningen är medicinska utfall, patientupplevd service och kostnadseffektivitet centrala begrepp. Då Intermountain aktivt arbetar för ett kunskapsutbyte mellan sjukvårdsorganisationer, erbjuds utbildningen även till deltagare från andra sjukvårdssystem, nationellt och internationellt. Ett knappt tiotal svenskar har genomgått utbildningen.

Ledare i Intermountain identifieras genom kollegial granskning och att de levererat överenskomna resultat. Praktiskt taget alla kliniska ledare har del i eller driver ett "care program", som kan jämföras med svenska nationella programråd. De kliniska resultat som man uppnår och följer via care programs används flitigt som exempel i undervisningen på ATP. Detta skapar enligt företrädare för Intermountain en igenkänning och en stolthet över de resultat som man som team och organisation kan uppnå.

En annan viktig faktor är den gemensamma utvecklingen av elektronisk patientjournal. Under många år utvecklade Intermountain sitt eget datasystem. Nu inför man en ny modell för journalföring. Den elektroniska patientjournalen ska vara ett stöd för arbetet med de kliniska beslutsprocesserna och vara helt integrerat i verksamheten. Hur patientjournalen stödjer det systematiska kvalitetsarbetet är en viktig del i utbildningen av ledare och kliniker. (Intervju Sarkadi Kristiansson)

## DEN SVENSKA REKTORSUTBILDNINGEN

Skolan och vården har gemensamt att den institutionella miljön präglas av komplexitet, mångstyriighet och att uppdraget innebär att ta tillvara flera olika, ibland motsatta, intressen på en politiserad arena. Bägge fälten präglas vidare av en översättningsprocess, där teoretisk kunskap om pedagogiska metoder eller handläggning av sjukdomstillstånd ska resultera i praktisk undervisning i klassrummet eller mötet på vårdcentralen. Skolan är dessutom liksom vården en verksamhet med professionella yrkesutövare som ofta har stor autonomi.

### **Rektorsprogrammet är en statlig satsning för stärkt ledarskap inom skolan**

I 2 kap 11 § skollagen (2010:800) beskrivs att rektorn eller förskolechefen måste ha pedagogisk insikt, som hon eller han ska ha fått genom utbildning och pedagogisk erfarenhet. Rektorer får i dag en särskild utbildning, med en stödstruktur från statens sida. I skollagen definieras kravet på befattningsutbildning för rektorer:

” Varje huvudman ska se till att rektorerna går en särskild befattningsutbildning eller en utbildning som kan jämföras med denna. Utbildningen ska påbörjas snarast möjligt efter det att rektorn har tillträtt sin anställning och vara genomförd inom fyra år efter tillträdesdagen.”

2 kap. 12 § skollagen (2010:800)

Sverige har haft en skolledarutbildning i statlig regi ända sedan 1967, men först i mitten av 70-talet blev den mer tydligt definierad (SOU 2004:116, Bergman 2015, SOU 2015:22). Utbildningen har omprövats och stöpts om under åren. Efter att Myndigheten för skolutveckling (MSU) lade fram ett nytt förslag till utbildning 2006 antogs slutligen den senaste versionen av skolledarutbildning, nu framlagd av Skolverket på regeringens uppdrag.

Den första kullen startade rektorsprogrammet hösten 2009 och utbildningen är sedan mars 2010 obligatorisk för nytillträdde rektorer (2 kap. 11 och 12 §§ skollagen 2010:800). Lärandemål för rektorsprogrammet finns på Skolverkets webbplats och programmet omfattar 30–36 internat- och seminariedagar under tre års tid. Mellan dessa dagar tillkommer litteratur-



studier, rapporter och examinationsuppgifter. Ämnen som avhandlas är bland annat skoljuridik, mål- och resultatstyrning samt skolledarskap (Skolverket 2014). Just området skolledarskap är tänkt att

” [...] utveckla förmågan att motivera, initiera, organisera och leda verksamhetens förändrings- och utvecklingsprocesser så att barn, elever och personal stärks i sitt lärande och i sin vilja till utveckling” samt ge “[...] förutsättningar att våga utmana lärare och förskollärare att utveckla arbetsformer, organisation och genomförande med fokus på barns och elevers lärande, undervisningens kvalitet, måluppfyllelse och resultat.”

Skolverket 2015, utdrag ur Rektorsprogrammet  
måldokument 2015–2021

Förmågan att utveckla sin verksamhet ingår i utbildningen bland annat genom att varje rektor får ta fram en utvecklingsplan kopplad till ett aktuellt område i sin skola, därefter genomföra planen. Med stöd av det aktuella lärosätet och Skolverket görs en utvärdering (intervju Westin).

Utbildningen upphandlas som en *uppdragsutbildning* där Skolverket håller i beställningen och de utvalda lärosätena kommer med ett förslag på upplägg som ska möta kraven som ställs av Skolverket. Staten har genom Skolverket betonat vikten av att utbildningen är likvärdig oavsett vilket lärosäte det hålls på. Genom att ha regelbundna möten med alla lärosäten och en kontinuerlig dialog om utbildningens form, innehåll och genomförande har deltagarna enligt Skolverket fått samma möjligheter att tillgodogöra sig kunskapen (Skolverket 2014). De som utbildar rektorerna har också gemensamma utbildningsdagar för att dela erfarenheter och stärka likvärdigheten. Skolverket gör många av sina utvärderingar av rektorsprogrammet tillsammans med sina norska kollegor, då Norge har infört ett liknande program.

Utöver rektorsutbildningen kan nämnas att SKL årligen eller vartannat år anordnar konferenser för rektorer och deras chefer för att skapa en arena för idéutbyte och spridandet av goda exempel. Just strukturerat, professionellt nätverkande efter utbildningen är något som ligger högt på agendan hos Skolverket, det vill säga att rektorerna ska träffas i sammanhang där de på ett strukturerat vis kan utbyta erfarenheter av verksamhetsutveckling och problemlösning (intervju Westin).

## Erfarenheter av rektorsprogrammet

Skolverket har gjort en uppföljning av de första åren med rektorsprogrammet. Deltagarna i programmet rapporterar att utbildningen skapar en ökad trygghet i ledarrollen, en personlig utveckling samt att de har fått ett större nätverk med deltagare från olika skolformer (Skolverket 2014). Sammanfattningsvis tyder alltså de första erfarenheterna på att rektorsutbildningen gett positiva effekter på individnivå. Däremot finns det än så länge ingen utvärdering av rektorsprogrammets effekt på *verksamhetsnivå*.

## FÖRSVARSMAKTENS LEDARSKAPSUTBILDNINGAR

Den andra samhällssektor vi har studerat är försvaret. Likheter i struktur och förutsättningar mellan försvaret och hälso- och sjukvården är inte lika framträdande som mellan skolan och hälso- och sjukvården. Trots detta finns likheter i komplexiteten i uppgifterna som ska utföras, det starka professionella tänkandet och de ofta pressade situationerna i vilka ledarskap ska utövas. Däremot finns det också stora skillnader i förutsättningarna för ledarskapet mellan de olika sektorerna. En viktig del är att det i försvarsmakten finns en organisation med en huvudman som ansvarig, vården har inte samma tydliga struktur. En annan är att sjukvården har sin kund involverad, ständigt närvarande och kravställande till skillnad från försvaret. Den huvudsakliga anledningen till att försvaret valts ut som exempel är att man har en lång tradition av att arbeta systematiskt med ledarskap. Försvarets ledarskapsutbildningar är också populära inom andra sektorer.

Försvarsmakten har sedan ett antal år utbildat alla med någon form av chefsbefattning enligt tre olika modeller; utvecklande ledarskap (UL), utveckling av grupp och ledare (UGL) samt indirekt ledarskap (IL). Det sistnämnda är en benämning för de chefer som har flera steg mellan sig och medarbetarna som ska utföra uppgifterna och för vilka ledarskapet därför kommer därför att vara inriktat på att vara chef för chefer (Larsson och Kallenberg 2006).

Försvarsmakten (FM) och Försvarshögskolan (FHS) har utvärderat ledarskapsutvecklingsprogram för att hitta så god evidens som möjligt. Försvaret betonar vikten av att kombinera teori med praktik, att utbildningar likt de ovan nämnda ska varvas med praktisk övning och handledning för att uppnå ett mer önskvärt ledarskap (intervju Grevholm). Det är noterbart att försvarets ledarskapsutbildningar spritt sig till andra delar av det offentliga, och även till näringslivet.

## Utbildningsprogram i tre steg med stöd i teori och empiri

### *UL – utvecklande ledarskap – försvarets variant av transformativt ledarskap*

Försvaret använde sig länge av en modell för ledarskap kallad situationsanpassat ledarskap. De två huvudsakliga dimensionerna av ledarskap kallas då relationsinriktat och uppgiftsinriktat (Larsson och Kallenberg 2006). Tanken är att ledaren ska anpassa sin ledarstil utifrån medarbetarnas beredskap – i vissa lägen behövs ett hårt styre, i andra ett mer delegerande sätt, ibland blandningar däremellan. En kombination av bristande evidens för modellens giltighet och studier i fält avseende det svenska försvarets ledarskap fick dock försvarsmakten att ompröva sin syn på det goda ledarskapet. Försvarsmakten gav därför Försvvarshögskolan i uppdrag att kartlägga området ledarskap (Försvvarshögskolan 2012).

En omfattande litteraturoversikt gjordes och kombinerades med ett antal studiebesök och konferenser på ämnet ledarskap. Man landade i en modell kallad utvecklande ledarskap, som i mångt och mycket bygger på det transformativa ledarskapet (Larsson och Kallenberg 2006, jämför Nyberg 2008), men anpassat till svenska förhållanden. Detta var den modell som tycktes ha bäst stöd i empirisk forskning och som bedömdes passa det svenska försvaret. Det utvecklande ledarskapet sägs bygga på vissa ledarkaraktistika samt omgivningskaraktistika, som i olika grad är påverkansbara (Bass 1999). Detta i sin tur kan leda till att en ledare kan utvecklas för att uppnå ett utvecklande ledarskap och att utbildningsinsatser därmed kan riktas (Larsson och Kallenberg 2006).

Försvvarshögskolan utbildar alla handledare i UL och utbildningen är utformad som en uppdragsutbildning (Försvvarshögskolan 2012). Utbildningar i UL erbjuds i dag av Försvvarshögskolan till privata företag och andra myndigheter, bland annat dåvarande Vägverket och Banverket (bägge sedermera Trafikverket) lät sina chefer gå utbildningen inför sammanläggningen av myndigheterna 2010.

### *UGL – utveckling av grupp och ledare: En kurs i gruppdynamik*

Sedan tidigt 80-tal har försvarsmakten haft Utveckling av grupp och ledare (UGL) som en fast del av sin ledarskapsutbildning. Kursen utvecklades under sent 70-tal och bygger på teorier om gruppdynamik och situationsanpassat ledarskap. Målet med UGL är bland annat att utveckla ledarna i kommunikation, att ge och ta feedback samt ge en fördjupad förståelse

av sitt eget agerande. På så vis menar försvaret att man kan påverka ledarkaraktäristika som i sin tur kan ge ett mer utvecklande ledarskap. Kopplingen mellan UGL och UL tydliggörs därmed. (Larsson och Kallenberg 2006)

### *IL – indirekt ledarskap – riktar sig till chefer som beslutar över andra chefer*

Kurser i UL och UGL ges till kadetter och levereras av försvarsmakten. Den tredje ledarskapsutbildningen, indirekt ledarskap (IL), ges från nivån kapten till major och levereras av försvarshögskolan (FHS). Tanken är att de ledare som ska styra medarbetare via andra chefer behöver fler verktyg för att klara av detta. Teorin har skapats på FHS och utgår från att indirekt ledarskap har två huvudsakliga vägar att påverka; den handlingsinriktade, att interagera med chefer på lägre nivå och imageinriktad påverkan, hur påverkan kan ske med chefen som förebild (Larsson m. fl. 2004). Målet är att uppnå en tillit inom organisationen och nå ut med en vision som engagerar (Försvarshögskolan 2016 och intervju Tillman).

### **Analyser av effekter pågår**

FHS arbetar kontinuerligt med att mäta effekterna av UL, UGL och IL. Man menar att det är svårt att utvärdera hur väl ledare utvecklas och ännu svårare att veta hur mycket deras verksamhet kommer att utvecklas av utbildningsinsatsen (Larsson och Kallenberg 2006).

Forskning pågår dock. En studie av hur medarbetare till chefer som gått UL uppfattar förändring i ledarskapsbeteenden visade inga större förändringar i riktning mot mer av de utvecklande ledarskapsbeteenden som eftersträvades. Däremot sågs minskade nivåer av oönskade ledarskapsbeteenden, såsom låt-gå-ledarskap och konventionellt (menat negativt) ledarskap. (Larsson et al. 2016)







# Visa vägen i vården

## – ledarskap för stärkt utvecklingskraft

Vårdanalys har på uppdrag av regeringen analyserat hur staten kan stödja landstingen i att utveckla och stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. I rapporten har vi identifierat förutsättningar och utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården. Vi lämnar förslag på fem utvecklingsområden inom vilka både staten och landstingen kan genomföra insatser som förbättrar chefers förutsättningar och bidrar till att stärka vårdens utvecklingskraft.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

