

Rapport 2019:3

# Åt samma håll

Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

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

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Getty Images International

**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-02-1



# Åt samma håll

Nationella insatser för stärkt ledarskap  
i hälso- och sjukvården

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

Stockholm 2019-03-27

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Kajsa Westling  
*Föredragande*

## Förord

Hälso- och sjukvården står under ett starkt förändringstryck. För att möta dagens och morgondagens utmaningar kommer det i många fall inte räcka med kontinuerligt utvecklingsarbete i enskilda verksamheter. Det kommer även behövas utveckling av hela hälso- och sjukvårdssystemet. I det arbetet har ledarskapet i hälso- och sjukvården en nyckelroll. Ledare och chefer kommer i ökande utsträckning behöva skapa förutsättningar för gränsöverskridande verksamhetsutveckling och nya lösningar med patienters, brukares och befolkningens behov i centrum.

I den här rapporten redovisar vi vårt svar på ett regeringsuppdrag att ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. Uppdraget baseras på rapporten *Visa vägen i vården*, som vi publicerade 2017.

Arbetet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomförts av Kajsa Westling, Caroline Vidigsson Schmölder och Hanna Sjöberg. Konsultföretaget MTO Säkerhet har bidragit med underlag.

Vi vill rikta ett varmt tack till representanter från landsting och kommuner som tagit sig tid att intervjuas, samt till vår referensgrupp bestående av Laura Hartman, Göran Henriks, Lena Lundgren, Anders Sylvan och Mia von Knorring. Vi vill också tacka Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), regiondirektörsföreningen, hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och socialchefs nätverket för gott samarbete och värdefulla synpunkter. Vi hoppas att den här rapporten kan vara ett stöd och ge inspiration i det viktiga arbetet med att utveckla ledarskapet i hälso- och sjukvården.

Stockholm i april 2019

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*



# Sammanfattning

Hälso- och sjukvården och välfärdssystemen behöver kontinuerligt utvecklas för att möta förändrade förväntningar och behov i befolkningen. Nu och de kommande decennierna krävs stora omställningar, inte minst för att möta behoven hos de växande grupperna äldre och personer som lever med långvariga sjukdomar. Samtidigt kommer både de ekonomiska och personella resurserna vara ansträngda. För att säkra en god vård och omsorg kommer det ställas högre krav på koordinerade och samlade vård- och omsorgstjänster från kommuner och landsting. Det kommer även krävas omställningar för att dra nytta av digitaliseringens möjligheter och för att i högre utsträckning lära av patienter och närstående i vårdens utvecklingsarbete. Chefer och ledare i hälso- och sjukvården har en nyckelroll för att genomföra de här omställningarna.

## VI HAR FÅTT I UPPDRAG ATT FÖRESLÅ NATIONELLA INSATSER SOM KAN STÄRKA LEDARSKAPET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att utifrån rapporten *Visa vägen i vården*, som vi publicerade 2017, ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att särskilt belysa dagens utbud och tillgänglighet till ledarskapsutbildningar, möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer och nivåer, behovet av kunskapsunderlag för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling samt grundutbildningarnas roll.

I *Visa vägen i vården* identifierade vi fem utvecklingsområden för ett stärkt ledarskap. Det handlade om stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och personcentrerat ledarskap; ökad attraktivitet för



chefskap; stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring; strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling och behov av en sammanhängande regional och nationell styrning för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar. Vi konstaterade också att huvudansvaret för ledarskapsutvecklingen ligger hos huvudmännen.

I det här uppdraget har vi haft fokus på nationella insatser som kan bidra till ett stärkt ledarskap för utveckling i hälso- och sjukvården, och statens stödjande och kompletterande roll i det arbetet. Vi har även identifierat insatser som kan stärka huvudmännens arbete med att utveckla ledning och styrning. Vi föreslår dels insatser som staten ansvarar för, dels insatser som huvudmännen kan genomföra gemensamt på nationell nivå. Vi inkluderar både ledarskap och ledning och styrning inom den hälso- och sjukvård som utförs eller finansieras av landstingen samt den hälso- och sjukvård som utförs eller finansieras av kommunerna.

I arbetet har vi utgått från slutsatser och resultat i *Visa vägen i vården*, genomfört en kompletterande intervjustudie med HR-direktörer i landstingen och fört dialog med en rad olika aktörer, som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt olika chefsnätverk med representanter från kommuner och landsting, andra företrädare från kommunal hälso- och sjukvård, organisations- och ledarskapsforskare samt statliga utredningar. Vi har även genomfört vissa dokumentstudier och litteraturgenomgångar.

## HUVUDMÄNNEN EFTERFRÅGAR KUNSKAPSTÖD OCH UTVECKLADE GRUNDUTBILDNINGAR

Ledarskap, förbättringskunskap och systemförståelse förekommer i varierande utsträckning på grundutbildningarna av läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och socionomer. Det finns ett trettiotal fristående kurser om ledarskap i hälso- och sjukvården vid ett tiotal lärosäten. Många av de aktörer vi haft kontakt med tycker att grundutbildningarna behöver kompletteras med större inslag av systemförståelse, ledarskap och förbättringsarbete.

Samtliga landsting erbjuder ledarskapsutbildning och andra utvecklingsinsatser till sina chefer, till exempel möjlighet att ingå i nätverk. Det finns en efterfrågan på ytterligare erfarenhetsutbyten mellan olika aktörer i frågor om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården. Vi ser att det förekommer samverkan i olika former inom och mellan kommuner och landsting, främst i sak- och verksamhetsfrågor. Men det finns anledning att vidare analysera hur samverkan fungerar och vilka effekterna blir för patienter och brukare.



I våra dialoger med olika aktörer framgår att systemförståelse hos chefer och medarbetare är en viktig förutsättning för att kunna bedriva en effektiv hälso- och sjukvård och för att genomföra utvecklingsarbete. Samtidigt behöver systemförståelsen förbättras på många håll. Vi ser också att det saknas kunskap om förutsättningarna för chefer, och om arbetet med ledarskapsutveckling, i kommunal hälso- och sjukvård.

Intervjupersonerna uttrycker även att det finns behov av lättillgängliga och uppdaterade kunskapsunderlag och kunskapsstöd om ledarskap, för att stödja ledarskapsutveckling och utformning av ledarskapsutbildningar. Det behövs också kunskapsunderlag för chefer och ledare om styrning i hälso- och sjukvården. Man önskar både kunskapssammanställningar av befintlig forskning och ny kunskap i form av mer praktisk forskning som utgår från huvudmännens och verksamheternas behov. Det är svårt för landsting och kommuner att hålla sig uppdaterade på utvecklingen inom dessa forskningsområden, och intervjupersoner efterfrågar stöd i att översätta resultat från forskning till konkreta insatser.

## VI HAR IDENTIFIERAT TRE MÅL FÖR NATIONELLA INSATSER FÖR STÄRKT LEDARSKAP

Vi har identifierat tre mål eller områden inom vilka nationella insatser kan bidra till att stärka ledarskapet:

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
- ökad attraktivitet för ledarskap.

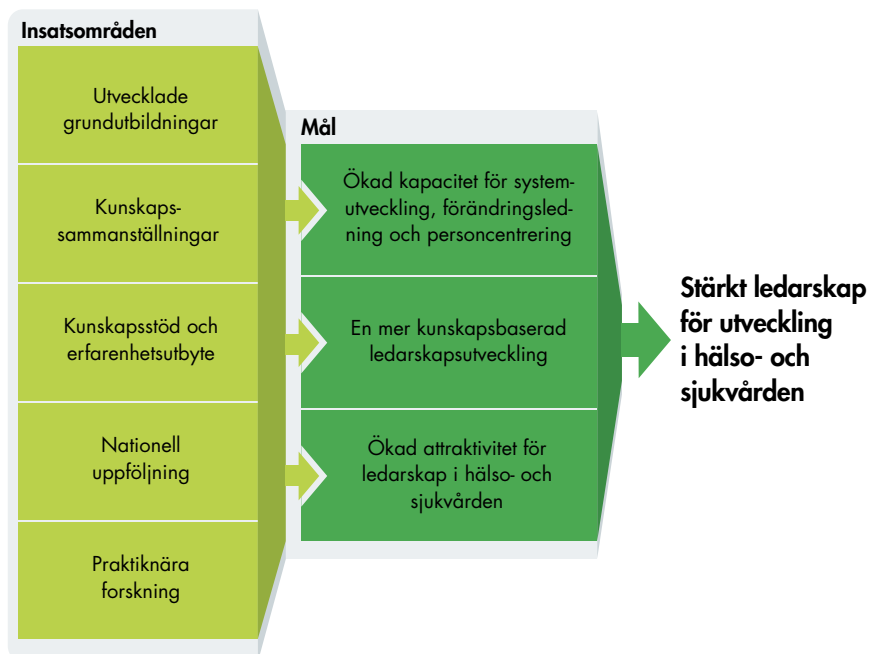
Målen ska gemensamt bidra till ett stärkt ledarskap som på ett mer kraftfullt sätt kan arbeta med att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar, se figur 1.

### **Ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering**

Demografiska förändringar och krav på effektiviseringar kommer kräva radikala förändringar och utveckling av hela hälso- och sjukvårdssystemet, med nya innovativa tjänster och lösningar som på ett bättre sätt möter patienternas behov. Eftersom många patienter har kontakt med olika delar av vården, och även omsorgen, samtidigt som specialiseringen i vården ökar,



**Figur 1.** Mål och insatsområden som kan bidra till stärkt ledarskap för utveckling i hälso- och sjukvården.



behövs ett gränsöverskridande utvecklingsarbete som skapar sammanhållna vårdprocesser mellan verksamheter och huvudmän. För detta krävs chefer och ledare som har kompetens i att arbeta med förändringsledning och systemutveckling, men även chefer och ledare som är goda kommunikatörer och som kan utveckla arbetssätten med stöd av digital teknik. Chefer och ledare behöver även tillsammans med medarbetare reflektera över och diskutera den kultur och de attityder som finns i verksamheterna, och hur den kan utvecklas och bidra i förändringsarbetet.

Ett ytterligare utvecklingsbehov är att hälso- och sjukvården tydligare behöver utgå från befolkningens och patienters behov, preferenser och resurser. För att genomföra den förändringen behöver vården blir mer personcentrerad. Det handlar om att chefer och ledare tillsammans med medarbetare arbetar aktivt med att skapa kultur, arbetssätt och stödsystem som möjliggör för patienten att vara en medskapare i sin egen vård, och att vården tar tillvara patienters erfarenheter i utvecklingsarbetet på olika nivåer.

## En mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling

Vi drar även slutsatsen att den befintliga kunskapen från forskning om ledarskap samt ledning och styrning i hälso- och sjukvården bör användas mer i ledarskapsutvecklingen och av chefer och ledare när de styr vården – på samma sätt som slutsatser från klinisk forskning används i utveckling av vård och behandling. Här efterfrågas kunskapssammanställningar och kunskapsstöd som tas fram på nationell nivå.

## Ökad attraktivitet för ledarskap

Slutligen ser vi att det behövs en ökad status för ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. Det kan ibland vara svårt att få sökande med rätt kompetens till chefstjänster, och i vissa organisationer är det en hög omsättning på dessa positioner. En starkare vetenskaplig förankring i det arbete som bedrivs i landsting och kommuner för att utveckla och utbilda chefer och ledare menar vi kan bidra till att öka attraktiviteten för ledarskap. Exempelvis är det viktigt att belysa kopplingen mellan ledarskap och resultat i vården, som medicinska resultat och patientupplevelser, och på så sätt visa på vikten av gott ledarskap och styrning.

Att i större utsträckning inkludera ledarskap i grundutbildningarna för vårdens professioner kan även det bidra till ökad attraktivitet, genom att visa på chefskap och ledarskap som en möjlig karriärväg. En annan viktig åtgärd är att huvudmännen behöver arbeta med chefers förutsättningar, exempelvis utveckla administrativa stödstrukturer samt se över mandat och utrymme för chefer att påverka exempelvis utvecklingsarbetet.

## VI GER REKOMMENDATIONER TILL REGERINGEN OM NATIONELLA INSATSER FÖR STÄRKT KAPACITET OCH KOMPETENS HOS LEDARSKAPET

Vi föreslår ett antal nationella insatser som ska bidra till att nå de tre målen. Insatserna ska stödja och komplettera huvudmännens eget arbete med ledarskapsutveckling och utveckling av ledning och styrning. De bör fokusera på att bygga kapacitet och kompetens långsiktigt.

- ▶ *Regeringen bör öka förekomsten av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildningarna för vårdens professioner*

I dag finns inte tillräckliga inslag av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildningen av läkare, sjuksköterskor, fysio-

terapeuter och socionomer, även om vissa variationer förekommer (se avsnitt 2.1). Regeringen har beslutat om nya examensmål för läkarutbildningen som ligger i linje med de slutsatser vi drar i det här arbetet om behovet av ökad systemförståelse och ledarskap på grundutbildningen. Regeringen bör även öka inslagen av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i de nationella examensmålen för grundutbildningen av sjuksköterskor och fysioterapeuter. Möjligheten att öka inslagen av dessa ämnen för övriga vårdutbildningar bör också ses över. Regeringen bör dessutom förtydliga målen för ledarskap samt öka inslagen av förbättringsarbete och kompetens i uppföljning i de nationella examensmålen för grundutbildningen för socionomer.

- ▶ *Regeringen bör ge i uppdrag till lämpliga myndigheter att ta fram kunskapssammanställningar utifrån befintlig forskning om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården*

Regeringen bör ge i uppdrag – eller förtydliga uppdragen – till de myndigheter som arbetar med olika typer av kunskapsstöd att ta fram kunskapssammanställningar eller systematiska litteraturoversikter som bygger på forskning om ledarskap och ledning och styrning. Det kan bidra till att öka den vetenskapliga förankringen i huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning.

Det kan till exempel handla om forskning om sambandet mellan ledarskap och styrning och ledning och hälso- och sjukvårdens resultat. I dag har Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) uppdrag att ta fram kunskapssammanställningar och kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården.

- ▶ *Regeringen bör i samverkan med huvudmännen ta initiativ till en funktion för erfarenhetsutbyte, nätverk och kunskapsstöd för en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling*

Det behövs en funktion som kan stödja en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling och ett lärande om styrning och ledning, samt öka kapaciteten för systemutveckling och förändringsledning. Funktionen behöver arbeta aktivt och långsiktigt med huvudmännen för att ge kunskapsstöd och vara en plattform för erfarenhetsutbyte.

Till exempel kan funktionen arrangera forum för erfarenhetsutbyten för att skapa ett gemensamt lärande om ledarskap samt om hur chefer och ledare kan arbeta med förändringsledning. Funktionen bör även erbjuda

möjligheter till dialog med chefer och ledare i andra branscher samt arbeta för att stärka det högre ledarskapets kapacitet att leda systemutveckling. Funktionen bör också ge stöd för självutvärdering och peer to peer-lärande mellan högre ledningar i landsting och kommuner. Ansvaret för funktionen kan exempelvis ligga på en myndighet eller på SKL.

- ▶ *Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att se över möjligheten att utveckla den nationella uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning*

För att stimulera ett ökat lärande, och för att få underlag för prioriteringar av nationella insatser, ser vi att det är värdefullt med någon form av nationell uppföljning av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning. Det handlar till exempel om att se över möjligheten att ta fram beskrivande statistik över ledar- och chefsförsörjning i landsting och kommuner. Det kan även handla om att genomföra nationella analyser och jämförelser om ledarskap och ledning och styrning. Uppföljningen bör kunna användas av huvudmännen i deras utvecklingsarbete, men även som nationell uppföljning och grund för prioriteringar av nationella insatser, bland annat inom ramen för dialogen om hälso- och sjukvårdens utveckling mellan sjukvårdshuvudmännen och regeringen. Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att se över möjligheten att utveckla en sådan uppföljning och hur den kan komplettera övriga nationell uppföljning.

- ▶ *Regeringen bör ge en statlig forskningsfinansiär i uppdrag att fördela medel för praktiktäna forskning samt stödja samarbeten mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens aktörer avseende ledarskap och ledning och styrning*

Det behövs mer praktiktäna forskning som tar sikte på frågor om ledarskap och styrning av hälso- och sjukvården, som kan användas av huvudmännen och verksamheterna. Regeringen bör ge en statlig forskningsfinansiär i uppdrag att fördela medel för praktiktäna forskningsprojekt om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården. I forskningsprojekten bör samverkan med kommuner och landsting eller andra utförare vara prioriterat, exempelvis när man tar fram forskningsfrågor. En möjlighet är att bygga vidare på den satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer som den statliga myndigheten Forte har regeringens uppdrag att genomföra.



## VI LÄMNAR OCKSÅ REKOMMENDATIONER SOM KAN BIDRA TILL HUVUDMÄNNENS ARBETE MED LEDARSKAPSUTVECKLING

Utifrån slutsatser i *Visa vägen i vården* och viss ytterligare kartläggning i det här arbetet, lämnar vi följande rekommendationer till huvudmännen. Våra rekommendationer kan bidra till deras utvecklingsarbete med ledarskap och ledning och styrning.

▶ *Huvudmännen bör bedriva ett systematiskt arbete för att se över och skapa bättre förutsättningar för chefer*

Det handlar till exempel om att tydliggöra uppdrag och mandat för chefer, utveckla administrativa stödstrukturer som kan avlasta chefer när det gäller exempelvis bemanning och rapportering, ge bättre stöd till chefer i utvecklingsarbetet, samt se över storleken på chefers personalgrupper.

▶ *Huvudmännen bör inkludera systemförståelse, förbättringsarbete och personcentrering i landstingens och kommunernas ledarskapsutbildning och fortbildning*

Utbildnings- och utvecklingsinsatser riktade till chefer och ledare, både till de som är nytillträdna och till de som har längre erfarenhet, bör innehålla moment om systemförståelse, förbättringsarbete och personcentrering. De här ämnena bör även inkluderas i den fortbildning som erbjuds medarbetare i vården.

▶ *Huvudmännen bör utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvården ur ett patient- och brukarperspektiv*

I arbetet med att öka personcentreringen och patientens medskapande av vården behövs bättre metoder för att mäta och följa upp patienters och brukares erfarenheter. Det behövs även metoder för att inkludera dessa erfarenheter som viktiga underlag i landstings och kommuners ledning och styrning. Sådana underlag kan möjliggöra för chefer och ledare att arbeta med systemutveckling och förbättringsarbete över organisationsgränser ur ett patient- och brukarperspektiv.

▶ *Huvudmännen bör se över möjligheten att skapa gemensamma utbildningar för chefer och ledare inom landsting och kommuner för systemledarskap och förändringsledning*

Landsting och kommuner bör se över möjligheten att skapa utbildningar för chefer och ledare om systemledarskap och förändringsledning tillsammans med andra landsting eller kommuner, exempelvis på

sjukvårdsregional nivå. Fokus i utbildningarna bör vara lärande om systemutveckling över verksamhets- och organisationsgränser samt förändringsledning, till exempel utifrån specifika utvecklingsfrågor som är relevanta för de patient- och brukargrupper som deltagarna företräder.

- ▶ *Huvudmännen bör finansiera och skapa förutsättningar för praktiktäna forskning, samarbeta med lärosäten och ta del av forskning i ledarskapsutvecklingsarbetet*

Huvudmännen bör tillsammans med lärosätena ta initiativ till verksamhetsnära forskning om ledarskap och styrning av hälso- och sjukvården, delta i formulering av frågoeställningar, skapa förutsättningar för verksamheter och ledning att delta i forskningsprojekten samt bidra med medfinansiering, till exempel genom kombinationstjänster.











# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>21</b>
1.1	Vårt uppdrag .....	21
1.2	Vården behöver göra en rad omställningar.....	22
1.3	Våra utgångspunkter och arbetsmetoder.....	26
1.4	Visa vägen i vården visade på ledarskapets förutsättningar och utvecklingsområden .....	29
<b>2</b>	<b>Kartläggning av förutsättningar och behov av ledarskapsutveckling .....</b>	<b>33</b>
2.1	Grundutbildningens roll för ledarskapsutveckling .....	34
2.2	Ledarskapsutbildningar – utbud och tillgänglighet i dag .....	40
2.3	Samverkansarenor och nätverk mellan olika aktörer och nivåer .....	43
2.4	Kunskapsunderlag behövs för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling.....	44
2.5	Ledarskap i hälso- och sjukvården behöver bli mer attraktivt .....	46
<b>3</b>	<b>Utmaningar för ledarskapet i kommunal hälso- och sjukvård .....</b>	<b>51</b>
3.1	Flera utmaningar för chefer i kommunal hälso- och sjukvård.....	52
3.2	Efterfrågan på bättre samverkan och kunskap om dess effekter .....	54
<b>4</b>	<b>Förslag för utvecklat ledarskapsarbete i hälso- och sjukvården .....</b>	<b>59</b>
4.1	Huvudmännen har huvudansvaret för ledarskapsarbetet .....	60
4.2	Mål för nationella insatser för stärkt ledarskap .....	61
4.3	Rekommendationer om nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården .....	69
4.4	Klargör kopplingen till den nya strukturen för kunskapsstyrning .....	81
4.5	Rekommendationer till huvudmännen .....	82
<b>5</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>87</b>









# Inledning

Hälso- och sjukvården står inför flera stora utmaningar. Dessa har bland annat sitt ursprung i demografiska förändringar och i ändrade förväntningar och behov i befolkningen. Utmaningarna kräver stora omställningar och ett kontinuerligt utvecklingsarbete. Ett exempel är det pågående arbetet för att stärka och utöka den vård som ska ges nära patienten snarare än på akutsjukhus. Det pågår också förändringsarbete och en rörelse för att vården i större utsträckning ska utgå från patienters behov, preferenser och resurser, och att patienter ska vara en tydlig medskapare i sin egen vård och i vårdens utveckling. Ett annat exempel är arbetet för att ta tillvara den potential för innovation och effektivisering som digitaliseringen innebär. Det behövs också insatser för att stärka hälso- och sjukvårdens attraktivitet som arbetsgivare, till exempel genom att fokusera på medarbetarnas arbetsmiljö.

Ledarskapet på alla nivåer i hälso- och sjukvården har en nyckelroll för att möta dessa utmaningar och driva utvecklingen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården.

## 1.1 VÅRT UPPDRAG

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att utifrån rapporten *Visa vägen i vården*, som vi publicerade 2017, ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår att särskilt belysa följande frågor



- dagens utbud och tillgänglighet till ledarskapsutbildningar
- möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer och nivåer
- behov av kunskapsunderlag för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling
- grundutbildningarnas roll.

Uppdraget ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och andra relevanta aktörer (regeringsbeslut S2018/04688/FS).

## 1.2 VÅRDEN BEHÖVER GÖRA EN RAD OMSTÄLLNINGAR

Hälso- och sjukvården och hela välfärdssystemet behöver ständigt utvecklas för att möta förändrade förväntningar och behov i befolkningen. Förändringarna beror bland annat på den demografiska utvecklingen och nya behandlingsmöjligheter men också på övriga samhällstrender – till exempel den ökande digitaliseringen. Nu och under de kommande decennierna krävs stora omställningar, inte minst för att möta behoven hos de växande grupperna äldre och personer som lever med långvariga sjukdomar. Samtidigt pekar prognoser från exempelvis Konjunkturinstitutet (Konjunkturinstitutet 2018), SKL (SKL 2018) och Arbetsförmedlingen (Arbetsförmedlingen 2018) på att både ekonomiska och personella resurser kommer att vara ansträngda.

För att säkra en god vård och omsorg framöver kommer det ställas högre krav på koordinerade och samlade vård- och omsorgstjänster från kommuner och landsting. Det kommer också behövas förändrade arbetssätt och förhållningssätt när fokus flyttas mot att behandla och stödja fler personer med mer långvariga tillstånd. Ett större fokus kommer också behöva läggas på förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Hälso- och sjukvården kommer att behöva använda sig av olika strategier för att möta utmaningarna.

### 1.2.1 Digitalisering och kunskapsstyrning är några av strategierna för att möta utmaningarna

Det pågår ett arbete med att förflytta fokus i hälso- och sjukvårdssystemet från akutsjukvård och sjukhusvård till en samordnad vård och omsorg nära patienter och brukare, med mer fokus på hälsofrämjande och tidiga insatser (SOU 2018:39). Det pågår även en rörelse mot att stärka patienters och brukares ställning och att i högre grad göra vården personcentrerad. Personcentrering innebär ett etiskt förhållningssätt där vården utgår från individens behov, preferenser och resurser i hela patientens vårdprocess – innan, mellan, under och efter vårdmöten (Vårdanalys 2018b).



Mycket talar även för att den ökade digitaliseringen och teknikutvecklingen kommer att leda till genomgripande förändringar och nya sätt att bedriva vård och omsorg. Här bidrar även den medicinska utvecklingen genom exempelvis tidig diagnosticering och nya behandlingsmöjligheter. Genom digitalisering kan flera aspekter stärkas som är viktiga för att vården ska vara personcentrerad, som tillgänglighet och kontinuitet. Digitaliseringen har sannolikt en stor effektiviseringspotential, men det kräver omställningar och förändringar för att ta tillvara på potentialen, till exempel i arbetssätt.

Även kompetensförsörjningen kommer fortsatt att vara en utmaning. Nästan alla landsting redovisar brist på sjuksköterskor, barnmorskor, tandläkare och psykologer. Många landsting uppger även att de behöver fler specialitläkare (Socialstyrelsen 2019a). Vi har i tidigare rapporter visat att utbudet av till exempel läkarkompetens i primärvården under en längre tid har understigit efterfrågan och att de läkare som finns är ojämnt geografiskt fördelade (Vårdanalys 2018a). Med färre personer i yrkesför ålder och stora pensionsavgångar framöver kommer konkurrensen om arbetskraften dessutom vara hård, och hälso- och sjukvården behöver öka sin attraktionskraft som arbetsgivare – både för att rekrytera nya medarbetare och behålla befintliga. Hälso- och sjukvården kommer också behöva attrahera andra yrkesgrupper och kompetenser samt använda medarbetarnas kompetenser mer effektivt.

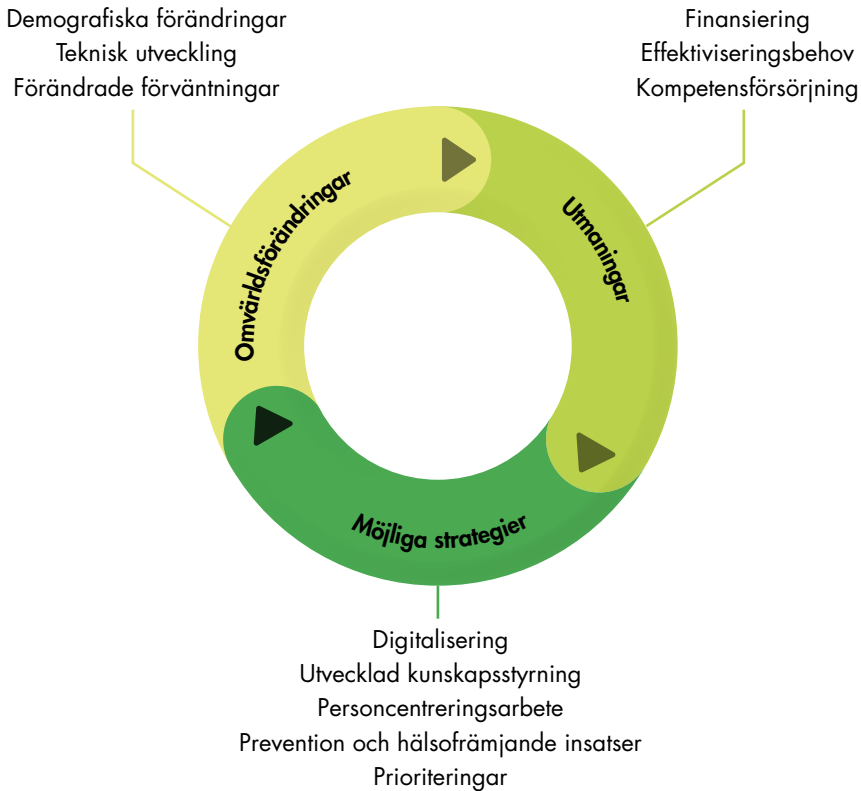
Att snabbare kunna ställa om vård och behandling utifrån ny kunskap har länge varit en fråga för vården. För att stödja ett snabbare införande av ny kunskap i vården och för att mer effektivt få fram prioriterade kunskapsstöd har landstingen utvecklat en ny struktur för kunskapsstyrning. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden och underlätta spridning och användning av bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården (SKL 2019a). Den nya strukturen innebär att en ny organisation och nya arbetssätt kommer att behöva utvecklas inom landstingen. En statlig utredning har kommit fram till att staten bör anpassa sig till och stödja denna nya struktur (SOU 2017:48), och ytterligare en statlig utredare (S2018:12) har nu i uppdrag att stödja utvecklingen och tydligare definiera statens roll i kunskapsstyrningen.

## **1.2.2 Radikala systemförändringar och omställningar kräver nya kompetenser hos vårdens ledare**

Omvärldsförändringarna och utmaningarna kommer att kräva en utveckling av hälso- och sjukvården och socialtjänsten som går bortom



**Figur 2.** Exempel på omvärldsförändringar, utmaningar och möjliga strategier för hälso- och sjukvårdens utveckling.



verksamhetsutveckling av enskilda verksamheter och ständiga förbättringar. Snarare kommer det att kräva systemutveckling och radikala förändringar. Enligt SKL innebär radikala förändringar att man ifrågasätter invanda perspektiv, involverar nya kompetenser och användare (patienter och brukare) samt vågar ta risker och experimenterar i ett tidigt skede i stället för att misslyckas storskaligt senare. På det sättet kan man få fram nya och annorlunda lösningar snarare än förbättring av den nuvarande verksamheten (SKL 2015).

Detta ställer nya krav på ledarskapet, och vi ser att vissa kompetenser i ledarskapet kommer bli allt viktigare. Det handlar till exempel om att leda grupper och processer i förändring, ha en god förmåga till kommunikation, ha förståelse för olika verksamheters och aktörers uppdrag samt kompetens att utveckla arbetssätten med ny digital teknik. Landsting och kommuner kommer därför behöva utveckla sina kompetensprofiler för de chefer och

ledare som de anställer – men även erbjuda kompetensutveckling för de chefer och ledare som finns i verksamheterna i dag.

Chefer och ledare kommer även behöva andra typer av stöd, till exempel för att genomföra systemanalyser som kan undersöka vårdprocesser över verksamhets- och organisationsgränser samt för att leda processer, och stöd för logistik.

### **1.2.3 Chefer och ledare behöver ha större fokus på samverkan och nätverk**

Omställningarna kommer innebära att styrning och ledning behöver utvecklas, men även sättet på vilket ledarskap utövas kommer att behöva förändras. Enligt vissa forskare kommer chefs roll att gå från ett fokus på uppdrag, kompetensförsörjning och ekonomi inom den egna verksamheten, till att även inkludera värdeskapande mellan olika organisationer, i de så kallade organisatoriska mellanrummen (Tyrstrup, under publicering). Det kan till exempel handla om hur barn- och ungdomspsykiatri, primärvården, skolan, elevhälsan och socialtjänsten tillsammans på bästa sätt kan erbjuda sina insatser för att stödja ett barn med funktionsnedsättning. Forskare menar att det för den här typen av utveckling inte behövs ledarskap ”över” verksamheterna utan snarare ”mellan” verksamheter. En chef är ansvarig för sina medarbetare men är inte ensamt ansvarig för det värdeskapande arbetet som medarbetaren bidrar till, utan det utvecklas tillsammans med andra organisationer (Tyrstrup, under publicering).

Mycket hälso- och sjukvård kommer fortsatt att bedrivas i en linjeorganisation, speciellt sådan typ av vård där kvaliteten bygger på att man utför stora mängder av samma ingrepp eller behandling. Men även i de verksamheterna kommer det finnas patienter som har flera diagnoser och kontakter med olika delar av vården, eller med andra aktörer, där insatser behöver samordnas. Till exempel sker numera ofta eftervård eller rehabilitering hos andra aktörer än den som utfört behandlingsinsatsen.

Detta innebär att ledarskap i hälso- och sjukvården i stor utsträckning kommer att handla om att bygga nätverk och samverka med andra aktörer. Konkret handlar det om att chefer och ledare bör utveckla relationer och tillit till andra aktörer som patienter i deras verksamhet har kontakt med, så att det är möjligt för vårdens professioner och andra att på ett effektivt sätt samordna insatserna. Högre chefer måste även utveckla organisationens styrning och ledning från ett starkt linjefokus, till att se att man i sin roll som chef och ledare skapar förutsättningar för fungerande nätverk runt patient



och brukare. För detta behövs en utveckling av kultur och attityder men även stödsystem och verktyg, exempelvis ersättnings- och it-system, så att de ger incitament till samverkan och ett gränsöverskridande utvecklingsarbete.

### 1.3 VÅRA UTGÅNGSPUNKTER OCH ARBETSMETODER

Vi har i arbetet med regeringsuppdraget fokuserat på att ta fram underlag om nationella insatser som kan stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Vi har även valt att föreslå insatser som kan stödja huvudmännens arbete med utveckling av ledning och styrning, eftersom det inte är meningsfullt att studera ledarskap isolerat från de övergripande styr-, lednings- och organisationsstrukturer som ledare och medarbetare befinner sig i (Vårdanalys 2017b). I *Visa vägen i vården* utgick vi från att ledarskap handlar om att skapa riktning och mening, koordinera organisationens arbetssätt och processer samt skapa engagemang för verksamhetens uppdrag och mål (Vårdanalys 2017b).

En av slutsatserna i rapporten *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b) var att ledarskapet i hälso- och sjukvården måste anpassas till organisationens sammanhang och behov. Därför bör ledarskapsutbildning och utveckling utformas av, och vara förankrat i, organisationen eller landstinget där cheferna arbetar. Det är ett viktigt skäl till att vi inte har fokuserat på förslag om nationella utbildningsprogram för chefer i vården. Vi ser att det däremot finns andra insatser som landsting och kommuner kan göra tillsammans, och som staten kan bidra med, för att stärka ledarskapet och utveckla styrning och ledning i hälso- och sjukvården. Men den stora delen av ledarskapsutvecklingen görs, och bör göras, i kommuner och landsting och av privata och idéburna verksamheter som är utförare av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Figur 3 illustrerar det.

I *Visa vägen i vården* fokuserade vi på chefers ledarskap i den hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen. I det här uppdraget har vi byggt vidare på den kunskapssammanställningen, men använder en bredare definition av ledarskap som inte bara fokuserar på chefers ledarskap. I hälso- och sjukvården bedrivs och utvecklas vård både i linjeorganisationer och i enskilda verksamheter – men även i processer som går tvärs genom verksamheter och organisationer. Det innebär att det inte bara är chefer som utövar ledarskap, utan många medarbetare utövar ledarskap genom att leda utvecklingsarbete eller processer.

**Figur 3.** Vi fokuserar på den nationella nivåns stödjande och kompletterande roll.



I arbetet inkluderar vi även ledarskap över den hälso- och sjukvård som ges eller finansieras av kommunerna. Under 2017 hade 403 000 patienter fått minst en åtgärd inom den kommunala hälso- och sjukvården. En majoritet av dessa var 65 år eller äldre (Socialstyrelsen 2019b). Till följd av en åldrande befolkning väntas dessa insatser växa i antal. Det är därför viktigt att även beakta förutsättningar och utmaningar för de chefer och ledare som finns inom den kommunala hälso- och sjukvården – dels för att den kommunala hälso- och sjukvården är en betydande del av hälso- och sjukvårdssystemet, dels för att det är viktigt ur ett patientperspektiv att samordningen av insatser mellan landsting och kommuner fungerar.

Sedan januari 2019 har samtliga landsting ett regionalt utvecklingsansvar (rskr. 2017/18:418), vilket har medfört att samtliga landsting har tagit namnet region. Det har däremot inte gjorts motsvarande begreppsändringar i lagstiftningen och det juridiska ansvaret för hälso- och sjukvården har inte förändrats. I den här rapporten använder vi därför genomgående begreppet landsting för att inte föregå eventuella lagändringar.



### 1.3.1 Så har vi besvarat regeringens frågor

Utifrån regeringsuppdraget har vi formulerat och undersökt följande frågor:

- ▶ 1 Vilken roll har grundutbildningarna för vårdens professioner när det gäller ledarskapsutveckling? Vilka examensmål på nationell nivå och vilket kursutbud om ledarskap, förbättringsarbete och systemförståelse finns i utbildningarna?
- ▶ 2 Hur ser dagens utbud och tillgänglighet till ledarskapsutbildningar ut i landstingen och vid universitet och högskolor?
- ▶ 3 Vilka arenor för samverkan finns det, där chefer i vården på kommunal, regional och nationell nivå lär av varandra och samverkar i frågor om styrning, ledning och ledarskap?
- ▶ 4 Vilka ytterligare kunskapsunderlag behövs för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling inom hälso- och sjukvården?

För att besvara dessa frågor har vi använt flera olika metoder. Vi har utgått från slutsatser och resultat i *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b), genomfört en intervjustudie med HR-direktörer (i vissa fall HR-chefer eller HR-strateger) i 18 av 21 landsting samt genomfört dokumentstudier om grundutbildningarna för några av de vanligaste professionerna i hälso- och sjukvården. Vi har även sammanställt utbudet av ledarskapskurser på lärosäten. Kartläggningen av grundutbildningar ska inte ses som uttömmande, eftersom vi exempelvis inte har kartlagt kursutbudet på alla sjuksköterskeutbildningar. Detta gäller även sammanställningen av utbudet av ledarskapskurser, eftersom det kan finnas ytterligare ledarskapskurser för hälso- och sjukvården som inte har identifierats i kartläggningen, till exempel hos privata utbildningsaktörer.

För att undersöka förutsättningar och utmaningar för chefer i kommunal hälso- och sjukvård har vi intervjuat ett tiotal socialchefer, genomfört en workshop med ett tiotal chefer och ledare i kommunal hälso- och sjukvård tillsammans med Vårdförbundet, haft dialog med ett nätverk bestående av socialchefer och genomfört en viss litteraturgenomgång. Eftersom kartläggningen om den kommunala hälso- och sjukvården är begränsad måste slutsatser om förutsättningar och utmaningar för chefer och ledare i kommunal hälso- och sjukvård tolkas med försiktighet. Detta område behöver studeras vidare.

Vi har utöver ovanstående genomfört en hearing med professionsföreningar, forskare, fackförbund, utbildningsaktörer, myndigheter och huvudmän. Vi har haft dialog med regiondirektörsföreningen, hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, SKL, ledarskaps- och organisationsforskare samt de statliga utredningarna Tillitsdelegationen (Fi 2016:03) och Sammanhållen kunskapsstyrning (S2018:12), för att få deras perspektiv på dessa frågor och diskutera våra slutsatser. Vi har även haft en dialog med representanter från Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet som arbetar med regeringsuppdraget Framtidens vårdkompetens (Regeringsbeslut S2016/04992/FS). Vårt arbete har dessutom följts av en referensgrupp som har belyst frågor och förslag utifrån olika perspektiv. Vi har genomgående haft ett iterativt arbetssätt, där våra förslag har diskuterats med intressenterna och sedan utvecklats vidare.

Kartläggningen på landstingsnivå är mer heltäckande, och kan kompletteras med empiri från rapporten *Visa vägen i vården*, där vi gjorde omfattande intervjustudier i landstingen och en forskningssammanställning. Därför besvaras regeringens frågor i huvudsak med hjälp av uppgifter från intervjuerna med HR-direktörer i landstingen, möten och dialog med olika aktörer och de litteraturgenomgångar som vi har genomfört. Slutsatser om ledarskapsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården presenteras i ett separat kapitel, eftersom det empiriska underlaget för denna grupp är mer begränsat.

#### 1.4 VISA VÄGEN I VÅRDEN VISADE PÅ LEDARSKAPETS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN

Vårdanalys fick 2016 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 med rapporten *Visa vägen i vården* genomförde vi en forskningsgenomgång och en nulägesanalys som fokuserade på ledarskapets förutsättningar och utmaningar, men också på ledarskapsutveckling för vårdens chefer.

I rapporten kom vi fram till att viktiga komponenter för ett gott ledarskap i hälso- och sjukvården, enligt forskningen, är

- 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.

Utifrån intervjuer och workshoppar med chefer på olika nivåer i hälso- och sjukvården samt en litteraturstudie kom vi fram till att utmaningarna för chefer i hälso- och sjukvården är

- bristfälliga stödstrukturer och mycket administration som försvårar ett närvarande ledarskap
- bristfälligt 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.

Vi slog även fast att utöva ledarskap i hälso- och sjukvården innebär att leda i en komplex miljö. Komplexiteten handlar bland annat om att leda organisationer som består av många olika professioner och funktioner. Det handlar också om att hälso- och sjukvården präglas av olika logiker där politiker, profession, förvaltning och patienter har olika värderingar och drivkrafter som påverkar chefer och ledare.

Vi drog ett antal slutsatser utifrån den nulägesanalys som vi genomförde och identifierade fem områden i en utvecklingsagenda för ett stärkt ledarskap:

- 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.

Vi pekade på att för flera av dessa områden behöver landstingen och staten arbeta tillsammans. Men eftersom landstingen har ett huvudansvar för att stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården, blir regeringens och myndigheternas uppgift främst att stödja och komplettera landstingens arbete.







## Kartläggning av förutsättningar och behov av ledarskapsutveckling

I det här kapitlet beskriver vi resultat från den kartläggning vi gjort för att svara på regeringens frågor. Utifrån slutsatser i rapporten *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b) och utredningsarbetet i det här uppdraget redogör vi för de frågor som ingick i uppdraget från regeringen. Frågorna handlar om inslag av ledarskap på grundutbildningarna för vårdens professioner, dagens utbud av och tillgänglighet till ledarskapsutbildningar, förekomsten av samverkansarenor mellan olika aktörer samt behovet av ytterligare kunskapsunderlag för ett stärkt ledarskap. Sammanfattningsvis konstaterar vi följande:

- Ledarskap, förbättringskunskap och systemförståelse förekommer i varierande utsträckning på grundutbildningarna av läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och socionomer.
- Det finns ett trettiotal fristående kurser om ledarskap i hälso- och sjukvården vid ett tiotal lärosäten.
- Samtliga landsting erbjuder ledarskapsutbildning till sina chefer och uppger att deras chefer deltar i någon form av nätverk.
- Det saknas kunskap om förutsättningarna för chefer och ledare i kommunal hälso- och sjukvård samt kunskap om den ledarskapsutveckling som dessa chefer får.
- Det förekommer samverkan i olika former mellan kommuner och landsting om både ledarskapsfrågor och verksamhetsfrågor, men det finns anledning att vidare analysera hur denna samverkan fungerar och vilka effekterna blir för patienter och brukare.



- Det finns en efterfrågan på ytterligare erfarenhetsutbyte mellan olika aktörer i frågor om styrning, ledning och ledarskap i hälso- och sjukvården.
- Det finns ett behov av ytterligare kunskapsunderlag om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården, både i form av kunskapssammanställningar av befintlig forskning och ny kunskap i form av mer praktiska forskning.
- De nationella insatser som är mest efterfrågade för att stärka ledarskapsutvecklingen i hälso- och sjukvården är kunskapsstöd och kunskapssammanställningar, ökad praktiska forskning och utveckling av grundutbildningarna.

## 2.1 GRUNDUTBILDNINGENS ROLL FÖR LEDARSKAPSUTVECKLING

Vi har utifrån regeringens frågor kartlagt nationella examensmål och lokalt kursutbud på grundutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, socionomer och fysioterapeuter och funnit att ledarskap, förbättringskunskap och systemförståelse förekommer i varierad utsträckning.

Med förbättringskunskap menar vi en kompetens som omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik (Vårdanalys 2017b). Vi beskriver ledarskap i avsnitt 1.3 och systemförståelse i faktarutan nedan.

### Systemförståelse i hälso- och sjukvården

Systemförståelse kan ses på flera olika sätt. Begreppet kan delvis förstås som kunskap om hur hälso- och sjukvården organiseras och styrs, till exempel vem som fattar vilka beslut och hur en politiskt styrd organisation fungerar. Systemförståelse kan även innefatta kunskap kring olika funktioner och kompetenser i hälso- och sjukvården som på olika sätt kan möta patienters behov. Det kan även innebära kunskaper kring andra aktörer i välfärdsområdet, till exempel vad socialtjänsten eller Försäkringskassan har för uppdrag och kompetenser. Vidare innefattar systemförståelse även kunskap om den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvården.

Systemförståelse kan även ses ur olika perspektiv. Det är viktigt att ha kunskap om olika organisationers uppdrag och om hur de styrs, men även att förstå hur systemet fungerar och hänger ihop ur patientens och brukarens perspektiv. Att anta patientens perspektiv på hälso- och sjukvårdssystemet ger sannolikt en annorlunda bild och förståelse än om man ser systemet ur de enskilda organisationernas perspektiv. Denna typ av systemförståelse är viktig för att kunna förbättra hälso- och sjukvården ur ett patient- och brukarperspektiv.

Chefer och ledare på olika nivåer – men även medarbetare – har olika behov av kunskaper om det system som de verkar i. Det är av stor vikt att operativa chefer och ledare

forts.

i vården känner till kompetenser och uppdrag hos andra professioner, vårdgivare eller organisationer så att det är möjligt att samverka med dessa aktörer kring patientens och brukarens behov, och på så sätt skapa en vård och omsorg med helhetssyn på patienten. För chefer och ledare på högre nivå är det även viktigt att ha en mer ingående förståelse för exempelvis beslut- och styrprocesser.

För att kunna förändra och utveckla system behöver chefer och ledare ha kompetens i att kunna kartlägga och analysera system, samt kunskaper i förändringsledning (se till exempel Batalden och Stoltz 1993).

### 2.1.1 Varierande inslag av ledarskap, förbättringskunskap och systemförståelse på grundutbildningarna

I rapporten *Visa vägen i vården* tittade vi på examensmål för sjuksköterske- och läkarutbildningen om ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap. Vi har i den här rapporten valt att komplettera kartläggningen med socionom- och fysioterapeututbildningarna, eftersom de också är viktiga yrkesgrupper där många arbetar som chefer i hälso- och sjukvården. Intervjupersoner har exempelvis angett att det är vanligt att chefer som ansvarar för kommunal hälso- och sjukvård har en socionomutbildning.

Vi har därför gått igenom examensbeskrivningarna i högskoleförordningen (1993:100) för sjuksköterske-, läkar-, socionom- och fysioterapeututbildningarna, och undersökt om och hur ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap beskrivs i examensmålen.

Vi har använt information från *Visa vägen i vården* som beskriver lokala utbildningsmål i grundutbildningarna för sjuksköterskor och läkare (*Vårdanalys 2017b*), men i det här arbetet har vi inte hittat tillräckligt väl beskrivna lokala mål för grundutbildningen för fysioterapeuter och socionomer.

Utöver en genomgång av examensmålen har vi även tittat på kursutbudet på lärosätena för hälften av sjuksköterskeutbildningarna samt alla läkar-, socionom- och fysioterapeututbildningar. Vi har studerat kursutbudet utifrån det som nämns i kursbeskrivningarna, men det utesluter inte att ytterligare inslag av ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap kan förekomma. Eftersom vår kartläggning baseras på examensmålen och kursutbud, kan vi inte säga något om hur studenterna upplever dessa inslag i utbildningarna.



### *Sjuksköterskeutbildningen – viss förekomst av ledarskap*

I examensbeskrivningen för sjuksköterskeutbildningen finns mål om ledning, samordning och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården, men mer övergripande systemförståelse uttrycks inte i målen.

Ett av examensmålen för sjuksköterskeutbildningen är att studenter efter examen ska ha kunskap om ”planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbete” (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). I de nationella målen betonas även samverkan, både med andra yrkesgrupper och med patienter och närstående. Sjuksköterskestudenterna ska även vid examen ha kunskap om relevanta författningar. Vi tolkar det som att det till viss mån finns mål som berör ledarskap och systemförståelse, eftersom sjuksköterskestudenter ska ha kunskap om ledning och gällande författningar i hälso- och sjukvården samt förmåga att samverka med andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården.

I målen beskrivs även kompetens i förbättringsarbete, eftersom studenter ska ”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. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Bland annat står att en helhetssyn ska tillämpas på den enskilda patienten och att det finns ett ansvar i den egna yrkesrollen för att fortlöpande inhämta ny kunskap och utveckla sin kompetens.

När vi i det här arbetet har tittat närmare på hälften av sjuksköterskeutbildningarnas kursutbud har vi funnit att det finns ledarskapskurser eller att ledarskap förekommer som delmoment i delkurser. Det finns även vissa inslag av förbättringskunskap och utvecklingsarbete i det lokala kursutbudet. Systemförståelse, exempelvis vad det innebär att arbeta och leda i en politiskt styrd organisation, nämns inte i de kurser som vi har tittat på. Eftersom vi inte tittat på kursutbudet för samtliga sjuksköterskeutbildningar, är det svårt att dra några generella slutsatser.

I *Visa vägen i vården* gjorde vi en kartläggning av lokala mål för samtliga sjuksköterskeutbildningar. Kartläggningen visade att 4 av 25 universitet och högskolor hade lokala mål som innehöll ledarskap, och 6 av 25 hade lokala mål som innehöll utvecklings- och förbättringsarbete. Däremot hade inga lokala mål om systemkunskap (Vårdanalys 2017b).

### *Läkarutbildningen – mer ledarskap i nya examensmål*

I den nuvarande examensbeskrivningen för läkarutbildningen står det att studenterna ska visa förmåga till förbättringsarbete. Det finns även

vissa skrivningar som berör systemförståelse, men ledarskap nämns inte i examensmålen.

Läkarstudenterna ska ”visa fördjupad förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt utvärdera medicinsk behandlingsverksamhet” (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). I dagsläget finns även examensmål som vi menar till viss utsträckning inkluderar systemförståelse, eftersom läkarstudenterna ska ”visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper såväl inom hälso- och sjukvården som inom vård och omsorg”, ”visa kunskap om ekonomi och organisation som är av betydelse för hälso- och sjukvården” samt ”visa kunskap om relevanta författningar” (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen).

I *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b) gjorde vi en kartläggning av lokala mål på läkarutbildningarna. Kartläggningen visade att 4 av 7 universitet och högskolor hade lokala mål som innehöll ledarskap, och 3 av 7 hade lokala mål som innehöll utvecklings- och förbättringsarbete. Däremot hade inga lokala mål om systemkunskap. Enkätstudier har visat att ledarskap är det undervisningsmoment som läkarstudenter är mest missnöjda med (Sveriges läkarförbund Student 2016).

Den 1 juli 2019 träder nya bestämmelser för läkarexamen i kraft. För att få en läkarexamen ska studenterna bland annat ”visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället”. Utöver tydligare mål om ledarskap finns också tydligare skrivningar om systemförståelse där läkarstudenterna ska ”visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige inbegripet deras organisation och styrning, och kännedom om sådana system i andra länder”, utöver att ha kunskap om relevanta författningar. Skrivningarna om förbättringskunskap är likartade som de nuvarande (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen).

När det gäller fortbildningen av läkare finns ledarskap med som mål i både AT-utbildningen och ST-utbildningen (Vårdanalys 2017b). Inom vissa landsting erbjuds ST-utbildningar med ledarskap som inriktning, men enligt våra efterforskningar finns det ingen nationell sammanställning av hur många dessa är eller var de hålls. I november 2018 beslutade riksdagen om en bastjänstgöring för läkare som ska ersätta dagens system med AT-utbildning. Enligt regeringens förslag ska ledarskap finnas med som ett lärandemål i Socialstyrelsens föreskrift om bastjänstgöringen (prop. 2017/18:274).



### *Socionomutbildningen – inslag av systemförståelse, ledning och utveckling*

I examensbeskrivningen för socionomutbildningen finns vissa mål kopplat till ledarskap, förbättringskunskap och systemförståelse. Det sociala arbetet i förhållande till hälso- och sjukvården nämns inte specifikt.

Enligt examensmålen för socionomexamen ska en socionomstudent ha ”kunskap om ledning av socialt arbete” (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Socionomer ska vidare kunna ”utveckla och genomföra socialt arbete på olika nivåer i samhället i samarbete med de människor som berörs” samt ha ”insikt om betydelsen av lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper” (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Vi bedömer därmed att det till viss mån finns mål som berör ledarskap och förbättringsarbete, eftersom socionomstudenter ska ha kunskap om ledning och utveckling av socialt arbete. Systemförståelse berörs på så sätt att socionomstudenter ska ha förståelse för betydelsen av samverkan med andra yrkesgrupper och att socialt arbete ska kunna genomföras på olika nivåer i samhället.

Vår genomgång av samtliga socionomutbildningars kursutbud visar att det finns en stor variation i mängden inslag av ledarskap. Flera lärosäten har en eller flera hela kurser (ofta mellan 7,5 och 15 högskolepoäng) i organisation och ledarskap på grundnivå, medan ledarskap bara utgör delmoment i en kurs eller knappt alls vid andra lärosäten. De flesta lärosäten har inslag av systemförståelse i utbildningarna, exempelvis kurser om styrningen av socialt arbete och välfärdsstaten. Däremot är det mer sparsamt med kurser om förbättringsarbete och systemförståelse där man specifikt pekar ut kunskap om hälso- och sjukvården.

### *Fysioterapeututbildningen – få inslag av ledarskap*

I examensbeskrivningen för fysioterapeututbildningen finns inga mål om ledarskap. Däremot finns det mål kopplat till förbättringskunskap och systemförståelse.

Enligt examensmålen ska fysioterapeutstudenter ha kunskap om relevanta författningar och ”förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper”. Fysioterapeutstudenterna ska även ha förmåga att bidra till utveckling av verksamheten (6 kap. 4–5 §§ högskoleförordningen och bilaga 2 till högskoleförordningen). Utifrån dessa mål bedömer vi att systemförståelse och förbättringskunskap i viss mån finns med.

Vår genomgång av kursutbudet på utbildningarna visar att det finns få kursmoment om systemförståelse eller om hur hälso- och sjukvården



fungerar ur ett samhällsperspektiv. Det finns vissa inslag av ledarskap på hälften av utbildningarna, men dessa består ofta av delmoment på delkurser tillsammans med helt andra inslag, som professionsutveckling och marknadsföring. Det finns få inslag av förbättringsarbete, förutom utveckling av den egna yrkesrollen.

### **2.1.2 Grundutbildningarna viktiga för ledarskapsutveckling och ökad systemförståelse**

I *Visa vägen i vården* kunde vi konstatera att representanter från studentförbunden för sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter vill ha mer av ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap på utbildningarna. Det efterfrågas även att utbildningarna utgår från interprofessionellt lärande inom dessa ämnen, vilket kan definieras som ”två eller fler professioner lär om, från och med varandra i syfte att möjliggöra effektivt samarbete och förbättra människors hälsa” (Karolinska institutet 2019a). Studenterna vill få mer kunskap om vad andra vårdprofessioner i hälso- och sjukvården har för uppdrag och kompetens, eftersom detta kan underlätta interprofessionellt samarbete runt patienten när man börjar arbeta kliniskt. Förbunden framförde även att det är viktigt att dessa kunskapsområden integreras i hela utbildningen, och inte bara ges som en enstaka kurs (Vårdanalys 2017b).

Aktörer som vi har haft kontakt med i detta uppdrag har tydligt uttryckt behovet av mer ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap. De har framfört att grundutbildningarna i betydligt större utsträckning bör bidra till att nyexaminerad personal har kompetens för att arbeta i hälso- och sjukvården utifrån ett system- och utvecklingsperspektiv. De har påpekat att det är viktigt att professionerna har förståelse för vilka roller de olika verksamheterna och yrkeskategorierna har ur ett patientperspektiv, eftersom det ger ökade möjligheter till sammanhållna vårdkedjor och en mer personcentrerad vård. Till exempel att socionomprogrammet skulle ha nytta av fler vårdspecifika moment som bättre förbereder studenterna för en roll som ledare i kommunal vård- och omsorg.

Vissa intervjupersoner har pekat på att det finns skillnader i kvaliteten på undervisningsmomenten om ledarskap och systemförståelse på läkarutbildningen på olika lärosäten, och att undervisningen i ämnena inte alltid får tillräcklig vikt eller organiseras på ett ändamålsenligt sätt. Vissa anser att undervisningen om ledarskap har fokus på personlig utveckling och att leda grupper, men att studenterna även skulle behöva mer kunskap



om organisatoriskt ledarskap, till exempel chefers roll i politiskt styrda organisationer och hur hälso- och sjukvården styrs.

Även om vår studie tyder på att det finns en samsyn om behovet av ökade inslag av ledarskap, systemförståelse och förbättringskunskap har vissa intervjupersoner även framfört att det bör analyseras i vilken utsträckning dessa moment ska ges på just grundutbildningen och vilka delar som kan vara lämpligare att erbjuda inom ramen för fortbildningen hos huvudmännen. En anledning till detta som har lyfts är att det i vissa fall kan vara så att det krävs en mognad och erfarenhet i yrkesrollen för att dessa många gånger komplexa frågor ska kunna tillägnas och vara begripliga.

## **2.2 LEDARSKAPSUTBILDNINGAR – UTBUD OCH TILLGÄNGLIGHET I DAG**

En av frågorna från regeringen handlade om dagens utbud av och tillgänglighet till ledarskapsutbildningar. Vi har intervjuat HR-direktörer eller motsvarande i 18 landsting om deras arbete med ledarskapsutbildning och ledarskapsutveckling. Vår genomgång visar att samtliga intervjuade landsting erbjuder ledarskapsutbildning till sina chefer. De flesta av dessa utbildningar riktar sig till blivande eller nya chefer.

Vi har även undersökt kursutbudet vid lärosäten och sett att det i dag finns ett trettiotal kurser vid ett tiotal lärosäten som behandlar ledarskap inom hälso- och sjukvård.

### **2.2.1 Landstingen erbjuder ledarskapsutbildning till nya chefer**

Generellt sett finns ett relativt stort utbud av olika ledarskapsutvecklande insatser inom landstingen, även om vissa variationer förekommer. De utbildningar som ges inom i princip alla landsting är introduktionsutbildning för nya chefer och program för blivande chefer i form av bland annat mentorskapssatsningar. Utbudet av utvecklande insatser för erfarna chefer, chefer som leder andra chefer och ledare som inte är chefer är inte lika utbrett, men har i vissa landsting uppmärksammats och utvecklats på senare tid, medan andra landsting har erbjudit sådana insatser länge.

De flesta landsting erbjuder samma ledarskapsutbildningar och ledarutvecklingsinsatser till samtliga yrkeskategorier. Det innebär att chefer med olika utbildningsbakgrund går utbildningsmomenten tillsammans. I rapporten *Visa vägen i vården* såg vi att vanliga inslag i utbildningarna var bland annat arbetsrätt, juridik, ekonomi, verksamhetsutveckling, patientsäkerhet och förändringsledning (Vårdanalys 2017b).

Det är viss variation i hur stor utsträckning ledarskapsprogrammen anordnas i landstingens egen regi. Många landsting anlitar externa aktörer för något delmoment i utbildningsprogrammen eller i individuella utvecklingsinsatser. Hur mycket man anlitar externa aktörer beror på vilka resurser, i form av kompetens och medel, samt vilka behov som landstinget har. Vissa landsting uppger att de har valt att göra det mesta kring utbildningarna på egen hand, för att man vill ta tillvara på den kunskap som finns inom organisationen och integrera den kunskapen i det lokala sammanhanget. Det ser olika ut i olika landsting om chefer och ledare har svårt att avsätta tid för att gå, eller gå klart, ledarskapsutbildningar, men flera intervjupersoner uppger att detta kan vara en utmaning. Vi har försökt få fram uppgifter om hur många chefer och ledare som varje år får någon sorts ledarskapsstärkande insats, men inte lyckats.

Några av landstingen anordnar ledarskapsutbildningar tillsammans med andra närbelägna landsting eller kommuner, vilket ofta ses som gynnsamt både av ekonomiska och praktiska skäl – såväl som för främjande av nätverkande och lärande av varandra. Ett exempel är RUFF – landstingens utvecklingsprogram för framtidens förvaltningsledning som region Stockholm, Skåne och Västra Götaland har tillsammans. Utbildningen riktar sig till högre chefer för att de ska kunna ta befattningar på högre nivåer i respektive landsting. Ett annat exempel är HUR-programmet som är en chefsutbildning som arrangeras för chefer vid universitetssjukhusen i Umeå, Stockholm, Uppsala och Linköping (Vårdanalys 2017b). Det finns även andra former av utbildningar och program som arrangeras av andra aktörer än landstingen. Ett exempel är stiftelsen Sjukvårdens ledarskapsakademi som drivs av bland annat Dagens Medicin, Ersta Diakoni, Karolinska universitetssjukhuset, Region Kalmar län och Capio. Stiftelsen startade i juni 2011 och dess ändamål är att öka intresset för och stärka ledarskapet inom hälso- och sjukvården (Sjukvårdens ledarskapsakademi 2019).

Vår tidigare kartläggning i *Visa vägen i vården* visade att 12 av 21 landsting tog hjälp av eller samarbetade med universitet och högskolor om ledarutveckling. Kartläggningen indikerade också att det är lättare för små eller medelstora landsting att på ett sammanhållet sätt arbeta med ledarskapsutveckling än för stora landsting, som måste förhålla sig till en mer komplex sammansättning av vårdgivare och aktörer, till exempel en större andel privata vårdgivare (Vårdanalys 2017b). I arbetet med detta uppdrag har det framkommit att vissa landsting erbjuder privata vårdgivare att gå landstingets ledarskapsutbildningar mot en avgift, medan andra inte bjuder in privata aktörer.



Landstingen följer upp och utvärderar deltagandet och effekterna av ledarskapsinsatserna i olika stor utsträckning. Vi kan därför inte utifrån nuvarande underlag uttala oss om hur många som går ledarskapsutbildningarna, vilka chefer och ledare som inte deltar på utbildningar eller vilka effekter landstingens ledarskapsutbildningar har.

## **2.2.2 Fristående kurser om ledarskap inom hälso- och sjukvård vid ett tiotal lärosäten**

Vår kartläggning av tillgången på kurser om ledarskap i hälso- och sjukvård vid universitet och högskolor visar att det finns ett trettiotal kurser vid ett tiotal olika lärosäten som på något sätt berör ledarskap inom hälso- och sjukvård. Omfattningen på utbildningarna varierar från enstaka kurser på några högskolepoäng till masterprogram. Vissa kurser riktar sig till yrkesverksamma och chefer, medan andra kurser inte kräver några särskilda förkunskaper. Kurserna som riktar sig till chefer går ofta att läsa parallellt med ett heltidsjobb och de flesta är avgiftsbelagda. Kostnaden varierar från cirka 13 000 kronor upp till cirka 100 000 kronor beroende på bland annat kursens längd och innehåll.

Kurserna har också ofta olika teman relaterade till ledarskap, exempelvis hur man som ledare kan förhålla sig till samhällsförändringar som digitalisering eller ledarskap i specifika verksamheter som radiologi. De program och kurser som erbjuds förefaller generellt ha mer fokus på ledarskap, förändring och förbättring än systemförståelse.

En utbildning som berör förändringsledning och hälso- och sjukvårdens framtida förändringar hålls av Karolinska institutet. Utbildningen riktar sig till chefer i hälso- och sjukvården och har som syfte att deltagarna ska få ökad kompetens i att leda och driva förändringar inom svensk sjukvård (Karolinska institutet 2019b). Andra universitet som har kurser inriktade på ledarskap som grund för bland annat förbättringsarbete och patientsäkerhet är Örebro universitet och Högskolan i Borås (Örebro universitet 2019, Högskolan i Borås 2019). Det finns också kurser som mer handlar om hälso- och sjukvårdens styrning och organisation där syftet är att öka deltagarnas systemförståelse. Exempelvis Uppsala universitet erbjuder en sådan kurs om 7,5 högskolepoäng på avancerad nivå (Uppsala universitet 2019).

Vår kartläggning är begränsad till vårdspecifika ledarskapskurser. Resultaten kan därför inte generaliseras till att gälla alla former av ledarskapskurser, vilket antagligen skulle innefatta ett mycket större antal kurser både vid lärosätena och hos privata aktörer. Utifrån vår kartläggning

kan vi inte dra några slutsatser om ifall utbudet av dessa kurser motsvarar efterfrågan, existerande behov eller hur möjligheterna ser ut för hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer att gå dessa.

### 2.3 SAMVERKANSARENOR OCH NÄTVERK MELLAN OLIKA AKTÖRER OCH NIVÅER

En ytterligare fråga från regeringen handlade om samverkan mellan olika aktörer och nivåer. Hälso- och sjukvårdens aktörers samverkar på olika sätt kring enskilda patienter, både i det dagliga arbetet och i mer organiserade former. Det förekommer också en mer formell samverkan om olika verksamhets- eller utvecklingsfrågor där både chefer och medarbetare deltar, till exempel nätverk eller arbetsgrupper om patientsäkerhet eller kunskapsstyrning. Chefer på högre nivå deltar även i olika former av nätverk, både på regional och nationell nivå där olika verksamhets- och utvecklingsfrågor diskuteras. På nationell nivå finns exempelvis regiondirektörsföreningen, hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, kommundirektörsnätverket, socialchefsnätverket och HR-direktörsnätverket som är kopplade till SKL.

Enligt lagen ska landsting samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och i frågor som berör flera landsting ska landstingen samverka med varandra (7 kap. 7–8 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). Det finns även bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som berör samverkan mellan huvudmännen om enskilda patienter. Ett exempel på detta är samordnade individuella planer (SIP) som landstinget tillsammans med kommunen ska upprätta för enskilda som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten (16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)).

Samverkan kan alltså ske på många olika nivåer, mellan många olika aktörer och om olika frågor. Vi har i detta arbete främst undersökt förekomsten av samverkansarenor och nätverk för chefer och ledare, där man berör frågor om ledarskap, ledning och styrning, och kan byta erfarenheter med varandra. Vi har därmed inte gjort en uttömmande kartläggning av nätverken. Vi har inte haft möjlighet att i detalj undersöka syfte och innehåll för nätverken och samverkansarenorna, eller vilka effekter de har för vårdens resultat eller för patienter och brukare. En övergripande slutsats utifrån våra intervjuer är att många av de nätverk eller samverkansforum där chefer och ledare deltar fokuserar på olika sak- eller verksamhetsfrågor snarare än frågor om ledarskap och styrning.



I *Visa vägen i vården* såg vi att samtliga landsting organiserade nätverk eller samverkansarenor för chefer som en del av sin ledarskapsutveckling, exempelvis i form av återkommande chefsdagar (Vårdanalys 2017b). Den bilden har bekräftats i det här arbetet eftersom alla landsting uppger att de har någon form av nätverk, samverkansarenor eller kontaktytor för chefer inom det egna landstinget. I våra intervjuer framkommer att de nätverk som finns i dag för chefer ofta riktar sig till högre chefsnivåer.

Det finns exempel på samverkansarenor mellan olika landsting, och mellan regional och kommunal nivå, men intervjupersonerna har lyft att det finns ett behov av att träffas i dessa gränsöverskridande konstellationer i ännu högre utsträckning. Dels ur ett effektivitetsperspektiv, eftersom olika funktioner alltför ofta sitter isolerat på sitt håll och försöker lösa samma typ av uppgifter eller utmaningar, dels för att man behöver skapa en mer sammanhållen vård.

I intervjuerna har det också framkommit att nätverkande i ledarskapsfrågor ses som något positivt eller rent av nödvändigt. Några av vinsterna anses vara att chefer får möjlighet att växa och lära sig nya saker genom att utbyta kunskaper och erfarenheter med andra utanför den egna organisationen. Andra positiva följder av nätverkande som intervjupersonerna har angett är att det kan ge en ökad systemförståelse och inspiration till nya organisationslösningar.

## 2.4 KUNSKAPSUNDERLAG BEHÖVS FÖR EN MER ÄNDAMÅLSENLIG LEDARSKAPSUTVECKLING

I uppdraget från regeringen ingick även att undersöka behovet av kunskapsunderlag för en mer ändamålsenlig ledarskapsutveckling. Intervjuerna med HR-direktörer i landstingen och dialoger med andra chefsnätverk hos huvudmännen har visat att det finns en efterfrågan på ett större utbud och samlad spridning av forskningsbaserade kunskaps-sammanställningar om ledarskap och om hur chefer och ledare kan styra hälso- och sjukvården.

### 2.4.1 Nationella kunskaps-sammanställningar om ledarskap och ledning och styrning efterfrågas

Flera landsting uppger att de till viss del använder kunskaps-sammanställningar eller vetenskapliga artiklar om forskning om ledarskap eller ledning och styrning. Samtidigt upplever många att insamlandet av

kunskap och värderingen av olika källors tillförlitlighet är resurskrävande och görs utan särskild systematik. En del intervjupersoner anger att man inte har tillräckliga resurser för ett sådant arbete.

I intervjuer har HR-direktörer i landstingen lyft upp några aspekter som kunskapssammanställningar om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården behöver uppfylla för att vara relevanta och användbara. Kunskapssammanställningarna behöver

- utformas på ett lättillgängligt sätt som är anpassat till användarna, exempelvis behöver innehållet utgå från en svensk eller nordisk kontext
- utgöra en brygga mellan teori och praktik, exempelvis genom fallbeskrivningar på framgångsrika utvecklingsprojekt
- innehålla metodkunskap i ledarskapsfrågor.

Kunskapssammanställningarna kan utgöras av, eller kompletteras med, mer handboksliknande avsnitt som huvudmännen kan välja att använda i verksamheten i stället för att kontraktera externa parter för ledarskapsinsatser. Metodkunskapen kan exempelvis gälla kvalitetsutveckling, lärandestrategier och effektutvärdering av insatser.

### *Samlad och strategisk spridning av nationella kunskapssammanställningar*

Utöver rena kunskapssammanställningar i rapportform är det flera av intervjupersonerna som har uppgett att det skulle underlätta om kunskapsstöd kunde erbjudas i form av webbaserade e-learningutbildningar. På så vis kan kunskap som utgår från till exempel forskningssammanställningar tillgängliggöras i ett format som är flexibelt i tid och rum. Områden som i intervjuerna lyftes som lämpliga i den här typen av utbildningslösning var till exempel systemförståelse, rollen som ledare i en politiskt styrd organisation, metoder för förbättringsarbete och mer praktiska arbetsgivarfrågor som är gemensamma för landsting, kommun eller offentlig sektor överlag.

Av våra intervjuer framkom att kunskapsinhämtningen inom dessa områden upplevs som fragmenterad, och att det skapar frustration att informationen finns hos en mängd olika aktörer. Att det inte finns en central aktör som arbetar med dessa frågor innebär att ansvaret hamnar på enskilda medarbetare, exempelvis personer på HR-avdelningar, att känna till vilka aktörer som tillhandahåller information, men även sammanfoga och strukturera informationen på egen hand.



## 2.4.2 Önskemål om mer praktisknära forskning om ledarskap och ledning och styrning

Flera av de som vi har intervjuat efterfrågar mer verksamhetsnära forskning om ledarskap och ledning och styrning i just hälso- och sjukvården.

Intervjupersonerna i vår kartläggning ser också positivt på ett närmare samarbete med lärosätena för att i större utsträckning möjliggöra tillämpad och praktisknära forskning. Flera intervjupersoner har framfört att forskningsprojektens praktiska tillämpbarhet ökar om de initieras i samarbete med huvudmännen, eftersom de som är verksamma inom vården vet vilka områden som behöver belysas för att skapa utveckling i verksamheten.

De som i kartläggningen uppgett att de redan har ett tätt samarbete med universitet eller högskolor i både utbildningsfrågor och forskningsprojekt upplever generellt detta som mycket givande och utvecklande. Kopplingen mellan teori och praktik blir i och med denna typ av samverkan starkare och den forskning som bedrivs skapar i större utsträckning mervärde för båda parter uppger intervjupersonerna.

Samarbete mellan praktik och akademi kan ske i olika former. Vi har fått exempel på att forskare anställs på halvtid hos en huvudman som verksamhetsutvecklare och samtidigt arbetar halvtid inom akademien. Ett annat exempel är att forskare sitter med vid ledningsgruppsmöten och får studera organisationens olika verksamheter på nära håll, men inte vara direkt anställd av organisationen. Ytterligare ett exempel är att lärosäten bjuder in huvudmännen till relevanta föreläsningar för att sprida sina forskningsresultat eller att huvudmännen bjuder in akademien för att presentera områden som de ser behöver belysas inom forskningen.

## 2.5 LEDARSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN BEHÖVER BLI MER ATTRAKTIVT

I *Visa vägen i vården* konstaterade vi att det finns variationer, inom och mellan landsting, i hur attraktivt man upplever att det är att arbeta som chef. Vissa intervjupersoner uppgav problem med att hitta tillräckligt kompetenta sökande till chefstjänster. En grupp där det minskade intresset för chefskap var särskilt tydligt var bland läkare (Vårdanalys 2017b). Tillgången till nationell statistik som beskriver antalet sökande till chefspositioner och personalomsättning inom landsting bland chefer är begränsad. I intervjuer med HR-direktörer i landstingen har det i detta arbete framkommit att man inte i första hand



upplever att det är ett problem att få sökande till chefstjänsterna, men att omsättningen på chefer är hög inom vissa organisationer. Intervjupersonerna anger att det är angeläget att hitta strategier för att få chefer att stanna kvar på sina positioner.









## Utmaningar för ledarskapet i kommunal hälso- och sjukvård

Under 2017 hade 403 000 patienter fått minst en åtgärd inom den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2019b). Den kommunala hälso- och sjukvården vårdar många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar. Behoven av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård ökar och inkluderar i dag fler åtgärder än tidigare (Socialstyrelsen 2018). Trots detta ingår inte alltid kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningar av och satsningar på hälso- och sjukvården.

I den här rapporten ger vi underlag för beslut om nationella insatser för att stärka ledarskapet i både den kommunala och landstingskommunala hälso- och sjukvården. För det krävs kunskaper om förutsättningar och utmaningar för chefer i kommunal hälso- och sjukvård, något vi gjort en mindre studie av i det här arbetet. Vi har även valt att titta på samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regional hälso- och sjukvård, eftersom samverkansarenor mellan olika aktörer och nivåer ingick som en fråga i vårt uppdrag från regeringen. Den kartläggning som vi genomfört är begränsad och mer kunskap behövs om situationen för chefer i kommunal hälso- och sjukvård. Det behövs även mer kunskap om hur samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och regional hälso- och sjukvård fungerar, och vad den får för effekter för patienter och brukare.

## Kommunal hälso- och sjukvård

Kommuner och landsting har sedan Ädelreformen 1992 ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. Kommunerna har ansvar för viss hälso- och sjukvård för äldre personer och personer med funktionsnedsättning (12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)). Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas (12 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen). De flesta patienter i kommunal hälso- och sjukvård får vård i sitt ordinarie boende, cirka en tredjedel bodde under 2016 i särskilda boenden och bostäder med särskild service enligt 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) respektive 9 § 8–9 punkten lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)(LSS). Åtgärderna inom den kommunala hälso- och sjukvården ges därmed i flera typer av boendeformer och verksamheter som även kan verka under flera olika regelverk (Socialstyrelsen 2018).

Under 2017 fick cirka 400 000 individer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, majoriteten var 65 år eller äldre (Socialstyrelsen 2019b). Behoven har även förändrats över tid. Till exempel utförs rehabilitering och habilitering i större utsträckning i den kommunala hälso- och sjukvården som en följd av snabbare utskrivningar av patienter från sjukhusen, och den tekniska utvecklingen som möjliggör att patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus (Socialstyrelsen 2018).

Kommunernas vårdansvar innefattar som utgångspunkt inte läkare, utan den läkar-kompetens som behövs i den kommunala hälso- och sjukvården tillhandahålls av landstingen (12 kap. 3 § och 16 kap. 1 § första och tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen). Det innebär att sjuksköterskor har den högsta medicinska kompetensen i det dagliga arbetet. Sjuksköterskor kan i sin tur delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter till omvårdnadspersonal, förutsatt att uppgiftsmottagaren har kompetens att utföra uppgiften och det är förenligt med god och säker vård (6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659)).

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både vård och sociala insatser. Dessa åtgärder och insatser kan behöva utföras av flera olika verksamheter, i egen regi, landstingets regi och av andra utförare. Det kan därmed vara många olika vårdgivare och utförare med verksamheter styrda inom olika regelverk som behöver samverka. Den här komplexa miljön organiseras dessutom olika i olika kommuner. (Socialstyrelsen 2018)

## 3.1 FLERA UTMANINGAR FÖR CHEFER I KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Chefer inom kommunal hälso- och sjukvård kan finnas i olika typer av verksamheter, exempelvis som chefer på särskilda boenden eller som chefer i den kommunala hemsjukvården. De har ofta medarbetare från flera yrkesgrupper, varav vissa är legitimerad personal. Legitimerad personal som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård är till exempel sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister.

(Socialstyrelsen 2018). Vi har i vårt arbete inte hittat beskrivningar av ledarskapsutmaningar som är specifika för chefer i den kommunala hälso- och sjukvården. De redogörelser som finns är främst om chefers situation i kommunal vård och omsorg generellt. Däremot har vi utifrån tidigare rapporter och vår kartläggning dragit slutsatsen att det är många utmaningar för chefer i kommunal vård och omsorg som liknar utmaningarna för första linjens chefer eller enhetschefer i landstingskommunal hälso- och sjukvård.

Studier visar att chefer inom omsorg och skola i genomsnitt ansvarar för dubbelt så många medarbetare som chefer inom andra delar av kommunal verksamhet. Samtidigt har dessa verksamheter ofta en mer ansträngd ekonomi (Corin & Björk 2017). Arbetsmiljöverket har konstaterat att första linjens chefer i vård- och omsorgssektorn generellt har en hög arbetsbelastning, vilket innebär att de ofta inte hinner med att utveckla verksamheten. Myndigheten konstaterar även att första linjens chefer ofta saknar stöd och ledning i sitt arbete. Det är exempelvis vanligt att chefer inte får en gedigen arbetsplatsnära introduktion (Arbetsmiljöverket 2018).

Den här bilden bekräftas av de socialchefer som vi har varit i kontakt med. I den höga arbetsbelastningen ingår ofta att utöver sina chefsuppgifter även arbeta direkt med patienter och brukare, till exempel när det fattas personal, vilket kan leda till en splittrad arbetsituation.

Enligt vissa intervjupersoner har små kommuner ofta sämre förutsättningar att bedriva ett aktivt ledarskapsarbete, eftersom de har så pass få chefer inom vård och omsorg att det inte är genomförbart, eller så har man inte resurser, för att driva utbildningar för dessa chefer i egen regi.

En utmaning för den kommunala hälso- och sjukvården är att rekrytera, utveckla och behålla personal med rätt kompetens. Det finns sällan tid till kompetensutvecklingsinsatser eller att införliva ny kunskap i den praktiska verksamheten. Detta blir ännu svårare i verksamheter med hög personalomsättning. Det finns behov av att kommuner och landsting tillsammans arbetar strategiskt med kompetensplanering, att utveckla attraktiva arbetsplatser och att satsa på kompetensutveckling av befintlig personal (Socialstyrelsen 2018).

En slutsats som vi drar är att det behövs mer kunskap om förutsättningarna för chefer och ledare i kommunal hälso- och sjukvård, med hänsyn till kommunernas varierande förutsättningar och behov i relation till geografi, demografi och storlek. Det behövs även mer kunskap om hur kommuner arbetar med ledarskapsutveckling och ledarskapsutbildning till chefer inom kommunal hälso- och sjukvård.



### 3.2 EFTERFRÅGAN PÅ BÄTTRE SAMVERKAN OCH KUNSKAP OM DESS EFFEKTER

Samverkan mellan kommuner och landsting förekommer till exempel för att erbjuda enskilda mer samordnade vård- och omsorgstjänster (dir. 2017:13). Samtidigt efterfrågas bättre samverkan mellan kommuner och landsting. Exempelvis brister ofta samverkan om samordnade individuella planer (2017/18:RFR5), och chefer i den sociala barn- och ungdomsvården har efterfrågat ett närmare samarbete med hälso- och sjukvården för att undvika stuprör och underlätta ett helhetsarbete (slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården 2017). IVO genomförde 2017 en nationell tillsyn av 38 verksamheter med fokus på samverkan mellan slutenvård, primärvård och rehabilitering samt hälso- och sjukvård i hemmet för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende. Tillsynen visade att flera verksamheter har forum för regelbundna samverkansträffar och att man samverkar om flera typer av frågor, exempelvis patientsäkerhetsarbete. IVO lyfter även fram att det finns utrymme för förbättringar. Egenkontrollen av samverkan kan bli mer systematisk än vad den är i dag och följas upp bättre, och vårdövergångar är en källa till otydlig ansvarsfördelning (IVO 2018).

I andra undersökningar rapporterar patienter att vården och omsorgen inte samordnas i tillräckligt hög utsträckning utifrån deras behov (se exempelvis Vårdanalys 2016c) samt att patienter och deras närstående får göra stora egna insatser för att koordinera vård- och omsorgsinsatser (Vårdanalys 2016a).

Det saknas i dag en heltäckande nationell sammanställning av hur samverkan mellan olika vårdgivare är organiserad (Socialstyrelsen 2018). Det saknas även en nationell sammanställning av hur samverkan ser ut där den kommunala hälso- och sjukvården ingår. De socialchefer som vi har intervjuat har uppgett att det finns en del samverkansarenor om olika frågor, främst med grannkommunerna, inom landstingen och sjukvårdsregionerna, samt på SKL. Intervjupersonerna uttryckte samtidigt behov av ytterligare samverkan mellan landstingskommunal och kommunal nivå. Det som de intervjuade socialcheferna främst saknar är resurser som kan förvalta innehållet i nätverken eller samverkansarenorna.

Samtliga chefer i de kommuner som vi har varit i kontakt med menar att systemförståelse är en fundamental del i arbetet och en förutsättning för att samverka på ett effektivt sätt som skapar värde för patienter och brukare. Det är även viktigt för att skapa förståelse mellan olika yrkesgrupper internt inom kommunen, till exempel mellan medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra huvudmän.



Flera aktörer, bland annat Socialstyrelsen, har även lyft att det behövs mer kunskap om strukturer, processer och vårdresultat i den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2018). Det finns bland annat behov av bättre kunskap om den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende, både om hur den är organiserad och hur gränsdragningarna mot landstingets primärvård fungerar ur de äldres synvinkel (SOU 2017:21).

Vår kartläggning visar att det behövs ytterligare samverkan mellan landsting och kommuner, både om individuella patienter och brukare samt om ledning och styrning. Trots att det verkar finnas olika forum för samverkan visar studier på att samverkan har brister ur ett patient- och brukarperspektiv. Det finns därför anledning att vidare analysera hur den här samverkan fungerar och vilka effekterna blir för patienter och brukare.

Utifrån vårt arbete kan vi inte dra några slutsatser om hur stor förekomsten av samverkan om ledarskap, styrning, och ledning är där den kommunala hälso- och sjukvården ingår. Det behövs mer kunskap om hur vanlig den här typen av samverkan är, och vilka effekter den kan ha för chefer och medarbetare.









## Förslag för utvecklat ledarskapsarbete i hälso- och sjukvården

Vi har konstaterat att hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar och omställningar, och att ledarskapet i hälso- och sjukvården kommer att vara viktigt för att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet. Landsting och kommuner har huvudansvaret för att rekrytera och utveckla chefer och ledare med rätt kompetens och förmågor, men även för att utveckla styrning och ledning. Samtidigt är många av de utmaningar och samhällstrender som påverkar vården komplexa, och kommer kräva koordinering och nya innovativa lösningar mellan olika verksamheter, huvudmän och sektorer.

Utifrån de utvecklingsområden som vi identifierade i rapporten *Visa vägen i vården*, och den kartläggning vi genomfört inom ramen för det här arbetet, föreslår vi ett antal insatser på nationell nivå som ska bidra till tre mål som samlat ska stärka ledarskapet. Dessa är mål om

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
- ökad attraktivitet för ledarskap.

Vi lämnar även rekommendationer till huvudmännen som kan bidra till deras arbete med att utveckla ledarskap och ledning och styrning.



## 4.1 HUVUDMÄNNEN HAR HUVUDANSVARET FÖR LEDARSKAPS-ARBETET

I rapporten *Visa vägen i vården* konstaterade vi att ledarskap i hälso- och sjukvården är utmanande, eftersom chefer och ledare måste förhålla sig till många olika värden och logiker, och i vissa fall även till motstridiga intressen (Vårdanalys 2017b). Vi såg också att det huvudsakliga ansvaret för ledarskapsutveckling och ledarskapsutbildning vilar på huvudmännen, alltså landsting och kommuner. Vi drog även slutsatsen att ledarskapsutveckling ger mest utväxling när den sker i det sammanhang som chefer verkar i (Vårdanalys 2017b).

De insatser som troligen kommer ge mest påverkan för att utveckla ledarskapet och ledning och styrning kommer huvudmännen därför stå för själva. Det handlar till exempel om att arbeta med chefers förutsättningar, så som storlek på personalgrupper, utvecklade stödstrukturer och mandat för att arbeta med utvecklingsarbete. Landstingen behöver exempelvis se över hur första linjens chefer kan stödjas i rekrytering och bemanning. Det handlar också om att säkerställa att chefer har en god arbetsmiljö – både för att behålla de chefer som arbetar i verksamheterna och göra det attraktivt för andra medarbetare att söka sig till en chefstjänst.

Förutom att utveckla chefers förutsättningar behöver huvudmännen även fokusera på så kallat kollektivt ledarskap. Kollektivt ledarskap innebär att ledarskap inte bara utövas i vertikal riktning från chefer till medarbetare, utan också horisontellt inom en grupp, och att ledarskap utövas av fler än den individuella chefen. Ledarskapsprocessen ses här som resultatet av flera individers gemensamma förmåga att utföra arbetet på ett effektivt sätt, och chefen anses ha ett ömsesidigt beroende av sina medarbetare. Huvudmännen bör därför inte förlita sig i för stor utsträckning på individuella ”chefshjältar” som själva ska lösa alla problem och utmaningar, utan snarare skapa en organisation där det finns en kollektiv kapacitet att nå organisationens mål och utveckla verksamheten (Vårdanalys 2017b).

I det uppdrag som vi fått från regeringen ligger fokus på att undersöka vilka nationella insatser som skulle kunna stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Vi har därför fokuserat på statliga och gemensamma nationella insatser – där landsting och kommuner kan samverka på nationell nivå – som kan stödja huvudmännens egna och gemensamma arbete med ledarskapsutveckling. De insatser vi föreslår har fokus på att bygga kapacitet och utveckla viktiga kompetenser i ledarskapet. Vår utgångspunkt är att föreslå insatser där den nationella nivån kan komplettera det arbete som sker i landsting och kommuner med att utveckla ledarskapet och ledning och styrning.

## 4.2 MÅL FÖR NATIONELLA INSATSER FÖR STÄRKT LEDARSKAP

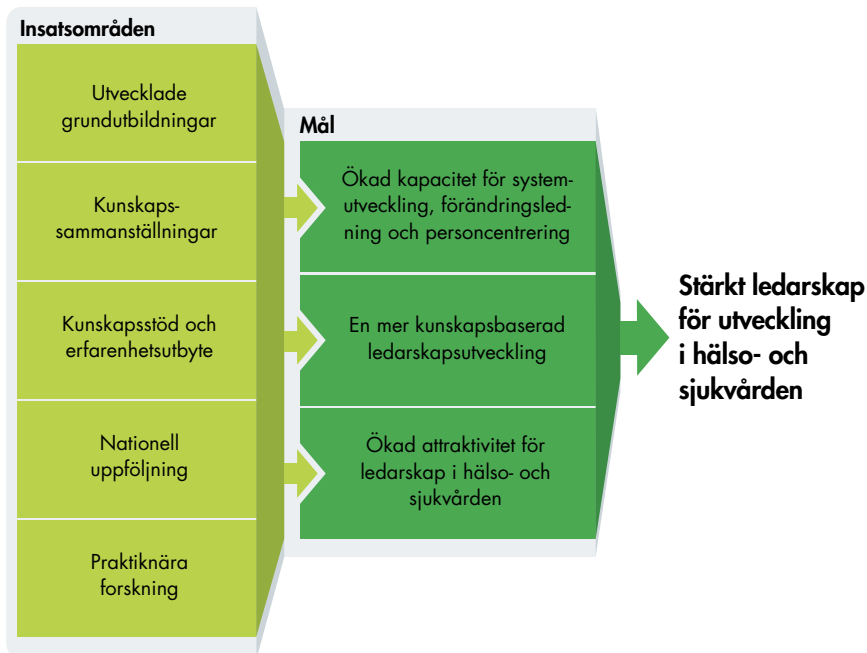
I *Visa vägen i vården* identifierade vi en rad utmaningar för chefer i hälso- och sjukvården, samt möjliga utvecklingsområden (se avsnitt 1.4). I den mindre kartläggningen av utmaningar för chefer i den kommunala hälso- och sjukvården som vi genomfört fann vi liknande utmaningar för dessa chefer som för chefer på verksamhetsnära nivå i den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården. Det handlar till exempel om hög arbetsbelastning, stora personalgrupper och svårigheter att hinna med att utveckla verksamheten.

Vi har i arbetet med det här uppdraget analyserat vilka av de utmaningar och utvecklingsområden som vi identifierade i *Visa vägen i vården* där nationella insatser kan göra skillnad. Vi har identifierat tre mål som vi tror att nationella insatser kan bidra till att uppnå. Vi menar att nationella insatser kan bidra till

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
- ökad attraktivitet för ledarskap i hälso- och sjukvården.

Vi föreslår ett antal nationella insatser som kan bidra till att nå målen. De tre målen ska gemensamt bidra till ett stärkt ledarskap som på ett mer kraftfullt sätt kan arbeta med att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar.

**Figur 4.** Mål och insatsområden som kan bidra till ett stärkt ledarskap för utveckling i hälso- och sjukvården.



#### **4.2.1 Mål om ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering**

Hälso- och sjukvården behöver genomföra större omställningar och utveckla innovativa och nya sätt att ge vård för att möta dagens och morgondagens utmaningar – inte minst tillsammans med patienter, närstående och andra aktörer. För att uppnå detta kommer det krävas chefer och ledare med kunskaper om metoder och förhållningssätt för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering.

##### *Systemutveckling*

Mycket av det utvecklingsarbete som behövs i hälso- och sjukvården kräver lösningar som ligger utanför enskilda enheter. För det behövs systemutveckling, alltså att förändra delar av eller hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan handla om att utveckla vården över verksamhets- och organisationsgränser för vissa patientgrupper eller förändra ansvars- och resursfördelning mellan vårdens olika delar, till exempel som följd av förändrade tekniska förutsättningar eller behandlingsmöjligheter. En viktig aspekt är att förstå och utveckla systemen utifrån hur hälso- och sjukvården fungerar ur ett patientperspektiv, i alla delar av vårdkedjan.

Att arbeta med systemutveckling är särskilt viktigt för den stora grupp patienter och brukare som har kontakter med olika delar av hälso- och sjukvården, och med andra aktörer som socialtjänsten eller skolan. I undersökningar rapporterar patienter att vården och omsorgen inte samordnas i tillräckligt hög utsträckning utifrån deras behov (se exempelvis Vårdanalys 2016c) samt att patienter och deras närstående får göra stora egna insatser för att koordinera vård- och omsorgsinsatser (Vårdanalys 2016a). Vi har tidigare konstaterat att det är problematiskt att patienter behöver upprepa sin berättelse för olika aktörer, får motstridiga besked från olika vårdgivare eller själva måste ta huvudansvaret för att samordna sin vård (Vårdanalys 2018b och Vårdanalys 2016a).

En viktig aspekt av systemutveckling av hälso- och sjukvården är att skifta resurser till förebyggande och hälsofrämjande insatser. Att tidigt uppmärksamma att en patient behöver stöd för att förändra en levnadsvana, eller har tidiga symptom på en långvarig sjukdom, kan både minska förekomsten av kroniska tillstånd och minska komplikationer för de som redan lever med en diagnos. På så sätt minskas lidande för individen, men insatserna kan även minska kostnaderna för hälso- och sjukvården (SOU 2016:2).

En grundläggande del i kompetensen att leda systemutveckling och utveckla vården över verksamhets- och organisationsgränser är



systemförståelse. Det handlar bland annat om kunskap om hur vården styrs och leds, om uppdrag och kompetens hos andra verksamheter och aktörer men även om hur systemet uppfattas av patienter och brukare (se avsnitt 2.1 för en beskrivning av begreppet systemförståelse). En slutsats i *Visa vägen i vården*, som även har bekräftats i det här arbetet, är att det behövs en förbättrad systemförståelse bland både chefer och medarbetare i hälso- och sjukvården (Vårdanalys 2017b). Det är även viktigt att politiker på olika nivåer har systemförståelse, eftersom de är en central del av styrkedjan och sätter övergripande mål och inriktning för hälso- och sjukvården. I *Visa vägen i vården* framhölls att otydliga roller mellan politiker och högre tjänstemän i vissa landsting leder till bristande kontinuitet och svårigheter att bedriva ett långsiktigt utvecklingsarbete (Vårdanalys 2017b).

För att kunna genomföra systemutveckling behövs vissa förmågor, och chefer och ledare behöver delvis fokusera på nya arbetsuppgifter. Chefer och ledare behöver ha en förmåga att skapa relationer och tillit till andra verksamheter, så att de tillsammans kan arbeta med utveckling av vården till gemensamma patientgrupper. Chefer och ledare kommer även att behöva identifiera och rensa bort olika typer av administrativa och budgetmässiga hinder för samverkan och utveckling, samt skapa verkliga förutsättningar för medarbetarna att samverka med andra aktörer, patienter och brukare i vårdens vardag och i utvecklingsarbetet. Detta kommer kräva utveckling av nya arbetsätt och processer, men även att chefer och ledare tillsammans med medarbetare diskuterar kultur och attityder inom verksamheterna.

För att kunna genomföra systemutveckling behöver chefer och ledare även tillgång till nya kompetenser, till exempel inom tjänstedesign, logistik, digitalisering och systemanalys.

Systemutveckling utövas inte bara av personer med formella chefspositioner, utan även av olika typer av processledare eller utvecklingsansvariga.

### *Förändringsledning*

En ytterligare kompetens som krävs av chefer och ledare på olika nivåer för att genomföra de systemförändringar som krävs – och som efterfrågas av intervjupersoner och intressenter – är förändringsledning. Förändringsledning handlar om ett systematiskt angreppssätt från chefer och ledare som ger kontroll över förändringsprocesser och förändringsarbetet. Förändring behöver vanligtvis ske på både individuell och organisatorisk nivå, och förändringsledningen ska leda till att organisationen kan förverkliga den förväntade nyttan av förändringen. Till exempel är det viktigt att skapa förändringsvilja, det vill säga förståelse och acceptans för att uppnå målet med



en förändring. Om den förändring som man vill uppnå kommer att innebära krav på beteendeförändring hos människor, är det ännu viktigare att arbeta systematiskt och strukturerat med förändringsledning. (ESV 2017)

För många av de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför, samt de strategier som krävs för att möta dessa, kommer det som vi tidigare nämnt inte räcka med utveckling av individuella verksamheter, utan hela hälso- och sjukvårdssystemet kommer behöva utvecklas. Den utvecklingen kommer kräva både förändring av beteenden hos många olika aktörer och en organisatorisk utveckling. Behovet av chefer och ledare med kunskap om förändringsledning kommer därför vara stort.

Chefer och ledare kommer även behöva skapa ett öppet klimat för nya lösningar på problem till exempel från patienter och medarbetare, för lärande från andra och för innovationer och ny kunskap i olika former. De kommer även behöva skapa förutsättningar för ett systematiskt lärande så att nya kunskaper och lösningar kan omsättas i praktik.

### *Personcentrering*

En av de omställningar som hälso- och sjukvården behöver genomgå är att i sin organisation tydligare utgå från befolkningens och patienternas behov, preferenser och resurser. För att möta denna utmaning behöver vården bli mer personcentrerad.

#### **Personcentrerad hälso- och sjukvård**

Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter vårdmöten eller kontakter. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården. För att uppnå en mer personcentrerad hälso- och sjukvård bör vården gå från att se patienten som en mottagare till en medskapare, från fragmentisering av vården till helhetsperspektiv och från färdiga lösningar till mer individanpassning. (Vårdanalys 2018b)

Flera undersökningar visar att patienter inte får tillräckliga möjligheter att vara delaktiga i sin vård och inte får den information de behöver (se exempelvis Vårdanalys 2016c och Vårdanalys 2017a). I flera studier beskriver man även att traditionella förhållningssätt i hälso- och sjukvården är alltför system- eller professionscentrerade – alltså att vården utgår från behov och intressen hos dem som utför den, snarare än från den enskilda patientens behov,

preferenser och värderingar (Vårdanalys 2018b, IVO 2019). Enkätstudier bland verksamhetschefer i vården visar att chefer i hög grad anger interna faktorer, till exempel den egna organisationens funktion och personal- eller arbetsmiljöproblem, som drivkrafter i vårdens utvecklingsarbete. Cheferna som deltog i undersökningen ansåg att det finns en stor potential i att tillvarata patienters upplevelser genom att till exempel systematisk involvera dem i vårdens förbättringsarbete, men anger att de lagt lite tid och resurser på detta (Vårdanalys 2016b).

En utveckling av en mer personcentrerad hälso- och sjukvård innebär att patienter och brukare i högre grad är med och tar beslut om sin vård, får stöd för att göra egna insatser för sin hälsa och att deras erfarenheter och kunskaper används när vården utvecklas, både på verksamhets- och systemnivå. Utvecklingen handlar både om att på ett bättre sätt möta patienters behov och förväntningar, men även om att använda hälso- och sjukvårdens resurser på ett mer effektivt sätt genom att undvika suboptimeringar och fokusera på insatser och processer som skapar värde för patienter och brukare.

Att öka personcentreringen i vården kommer att kräva nya kompetenser hos chefer och ledare. Vi har i tidigare rapporter konstaterat att den kultur, det ledarskap och den styrning som vårdgivaren, landstingen och kommunerna står för bör präglas av ett personcentrerat förhållningssätt. Chefer och ledare på olika nivåer behöver efterfråga, följa upp och skapa förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård. Det handlar till exempel om att säkerställa att stödstrukturer och verktyg i hälso- och sjukvården, som it-system, kunskapsstöd och rutiner för samordning, ger förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård. Det kommer även behövas nya sätt att följa upp vården med större fokus på mått som speglar det som patienter tycker är viktigt, och uppföljning som följer patientens hela vårdprocess över verksamhets- och organisationsgränser. Kunskap baserad på patienters erfarenheter måste även användas av chefer och ledare i ledning och styrning, till exempel i beslutsfattande – men även i utvecklingsarbetet. Ett arbete för en mer personcentrerad vård kommer även att kräva diskussion och reflektion om vilka värderingar och vilken kultur som finns i verksamheterna. (Vårdanalys 2018b)

Tidigare rapporter visar även att det finns kunskap från forskning om vilka metoder och strategier som bidrar till ökad personcentrering i mötet mellan patienter och medarbetare. Däremot finns det begränsat med kunskap om hur man kan skapa förutsättningar för personcentrering på organisations- och systemnivå, till exempel när det gäller ledarskap och ledning och styrning. (Vårdanalys 2018b).



### *Nationella insatser kan bidra till att öka kapaciteten*

De nationella insatser som vi ser kan bidra till en ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering är följande:

- En ökad förekomst av systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildning av hälso- och sjukvårdens professioner och av socionomer kan underlätta och möjliggöra utvecklingsarbete i vården, samt samverka mellan olika vårdgivare och professioner.
- Kunskapsstöd och erfarenhetsutbyte om arbetssätt och metoder kan öka kapaciteten för systemutveckling och förändringsledning hos chefer och ledare. Det kan till exempel innefatta att arrangera erfarenhetsutbyte med ledare inom andra sektorer samt att samla och sprida tidigare och pågående arbeten och verktyg inom dessa områden. Det kan också handla om att särskilt stärka det högre ledarskapets kapacitet att leda systemutveckling.
- Forskning och kunskapsstöd om ledarskap och strategier för ledning och styrning som kan öka personcentreringen i vården.

#### **4.2.2 Mål om en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling**

Den befintliga kunskapen från den forskning som finns om ledarskap i hälso- och sjukvården, och om hur chefer och ledare kan styra vården, kan användas mer i vårdens utvecklingsarbete – på samma sätt som klinisk forskning används i utvecklingen av vård och behandling. Till exempel behöver chefer och ledare ha tillgång till underlag som visar på effekter av olika styrmedel.

Bristande kunskap om just ledarskap och styrning i hälso- och sjukvården har beskrivits som en orsak bakom utmaningar som kompetensförsörjning och logistiska problem. Det har även framförts att de sammanhang inom vilket vården bedrivs, till exempel organisation och styrning, kan ha stor påverkan på kostnader och resultat (Leading Healthcare 2015). Regeringen har angett att kunskapen behöver öka om hur arbetssätt, processer, styrning, driftsform och organisation kan främja en kunskapsbaserad och innovativ hälso- och sjukvård och socialtjänst. I dag har den statliga myndigheten Forte ett uppdrag att fram till 2020 fördela medel om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer (prop. 2016/17:50).

Vår kartläggning visar att det är svårt för landsting och kommuner att hålla sig uppdaterade på utvecklingen inom dessa områden, eftersom de är breda forskningsområden inom många olika discipliner. En kartläggning som undersökte svensk samhällsvetenskaplig forskning om vårdsektorn

med fokus på ledning, styrning och organisering hittade 200 forskare som studerar vård och omsorg utifrån olika teoretiska perspektiv (Leading Healthcare 2015). Det finns också en efterfrågan på sammanställningar av den här typen av forskning. Det gäller både för kunskapsunderlag att använda i ledarskapsutveckling och utbildning, samt kunskapsunderlag för chefer och ledare att använda i styrningen av hälso- och sjukvården.

En ökad användning av forskning om ledarskap, och om styrning av hälso- och sjukvården, förutsätter förståelse för att den i stor utsträckning samhällsvetenskapliga forskningen inom dessa områden vilar på en annan kunskapsgrund än exempelvis medicinsk forskning. Till exempel är slutsatser från den här forskningen i mycket högre utsträckning kontextberoende, vilket innebär att slutsatserna alltid måste översättas och anpassas till den egna verksamhetens förutsättningar. Dessutom är det svårt att direkt kopiera och införa goda exempel från andra verksamheter, eftersom de ofta är ett resultat av ett långt och ihärdigt utvecklingsarbete där man testat och arbetat fram nya roller och processer. När det gäller denna forskning går det dessutom ofta inte att ta fram evidens i naturvetenskaplig mening, men forskningen kan ändå användas i större utsträckning för att bygga effektiva organisationer och utveckla ledare. (Vårdanalys 2017b)

En slutsats från vårt arbete är att den nationella nivån i större utsträckning kan bidra med kunskapssammanställningar och kunskapsstöd om den forskning som finns om ledarskap och om ledning och styrning i hälso- och sjukvården, samt organisera former för erfarenhetsutbyte och lärande. Det finns effektivitetsvinster i att vissa kunskapsstöd tas fram på nationell nivå och kan användas av många, samt att det finns ett gemensamt forum där frågorna kan diskuteras och deltagarna kan lära av varandra.

Det har även framkommit att intervjupersoner önskar att den forskning som tas fram inom dessa områden i större utsträckning än i dag ska utgå från de utmaningar som finns i verksamheterna och problem som identifieras av medarbetare, chefer och ledare. På så sätt kan forskningen vara ett underlag för beslutsfattare när de utvecklar sina organisationer. Forskningsfrågorna bör därför inte bara definieras av lärosätena, utan även tillsammans med huvudmännen och andra utförare.

Vi har i vårt arbete gjort en mindre kartläggning av situationen för chefer i kommunal hälso- och sjukvård. En slutsats är att det behövs mer kunskaper om ledarskap i kommunal hälso- och sjukvård, till exempel förutsättningar för chefer samt vilken ledarskapsutbildning och utveckling som chefer i kommunal hälso- och sjukvård får.



### *Nationella insatser kan bidra till en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling*

De nationella insatser som vi ser kan bidra till en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling är

- kunskapssammanställningar och kunskapsstöd som hjälper till att sammanfatta den forskning som finns om ledarskap och om ledning och styrning i hälso- och sjukvården
- forum för lärande och erfarenhetsutbyte om ledarskap och om hur chefer och ledare kan utveckla styrning av hälso- och sjukvården, till exempel stöd med översättning från forskningsresultat till konkreta strategier och aktiviteter att använda i praktiken
- medel till praktisk forskning där frågeställningar och forskningsområden har identifierats av forskare och huvudmän gemensamt.

#### **4.2.3 Mål om ökad attraktivitet för ledarskap i hälso- och sjukvården**

För exempelvis ingenjörer och ekonomer är en chefskarriär och utbildning inom management vanligt – en karriärväg som inte är lika självklar för hälso- och sjukvårdens professioner. Detta trots att många inom hälso- och sjukvårdens professioner faktiskt gör en chefskarriär där de leder stora organisationer med många anställda. Slutsatser från *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b) och den dialog som förts med aktörerna i det här arbetet pekar på att det behövs en ökad status för ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården.

Intervjupersoner har angett att det ibland kan vara svårt att hitta kandidater med rätt kompetens till chefstjänster och att det i vissa organisationer är en hög omsättning på chefer. Många av de insatser som behövs för att stärka attraktiviteten för ledarskap kommer huvudmännen ansvara för. Det handlar till exempel om att se över förutsättningar för chefer, som administrativa stödstrukturer, möjligheten till inflytande och storleken på personalgrupper.

Det har även framförts att ledarskapets betydelse för verksamheternas resultat, specifikt medicinska resultat, inte betonas lika starkt inom hälso- och sjukvården som inom andra branscher. Ett sätt att visa på vikten av ledarskap i hälso- och sjukvården är att belysa sambanden mellan ledarskap och ledning och styrning samt resultat i hälso- och sjukvården, till exempel medicinska resultat och patientrapporterade resultat och upplevelser. Det kan bidra till att öka statusen för ledarskapsfrågor. Det är svårt att visa på direkta orsakssamband mellan ledarskap, till exempel olika ledarskapsstilar eller strategier, och medicinska resultat. Men det finns vissa studier som

har visat på korrelationer mellan organiseringen av, och ledarskapsarbetet i, hälso- och sjukvården och medicinska resultat. Till exempel har studier visat att det är av betydelse för patientdödligheten om personalen i hälso- och sjukvården arbetar i välstrukturerade arbetsteam och känner engagemang för sina arbetsuppgifter. Forskningen visar vidare att ledningen har en viktig uppgift i att skapa välfungerande organisationer med meningsfulla och tydliga arbetsuppgifter för medarbetarna där medarbetarna kan lita på ledningen och får möjligheter att delta i beslutsfattandet (West & Dawson 2012). Detta visar på vikten av ett gott ledarskap och en tydlig organisering i hälso- och sjukvården.

### *Nationella insatser kan bidra till stärkt attraktivitet för ledarskap*

Följande nationella insatser ser vi kan bidra till att stärka attraktiviteten och statusen för ledarskapsfrågor:

- Kunskapsläget behöver kartläggas och mer kunskap behöver utvecklas om kopplingarna mellan ledarskap, ledning och styrning och resultat i vården, både medicinska resultat och patientrapporterade resultat och upplevelser. Sådan kunskap kan vägleda i hur ledarskapet bättre kan leda och styra för förbättrade resultat och kan ge arbetet med ledarskap högre status.
- Kunskapsstöd behöver tas fram för att säkerställa en starkare vetenskaplig förankring i det arbetet som bedrivs i landsting och kommuner för att utveckla och utbilda chefer och ledare. På så sätt kan man göra det mer attraktivt att ta del av utbildningar och utvecklingsinsatser till chefer.
- Ökade inslag av undervisning om ledarskap i grundutbildning av hälso- och sjukvårdens professioner och av socionomer kan tydligare visa att chefskap och ledarskap är en möjlig karriärväg för medarbetare i vården, och skapa större förståelse för rollen som chef eller ledare.

## **4.3 REKOMMENDATIONER OM NATIONELLA INSATSER FÖR STÄRKT LEDARSKAP I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN**

Landsting och kommuner har huvudansvaret för ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården. Vårt uppdrag från regeringen har därför fokuserat på nationella insatser som kan komplettera och stödja huvudmännens arbete med ledarskapsutveckling och ge underlag för utveckling av ledning och styrning. Vi har identifierat tre mål som vi tror att nationella insatser kan bidra till att uppnå. Vi har i föregående avsnitt kortfattat beskrivit ett antal insatser som vi ser kan göra att målen uppfylls. Utifrån detta lämnar vi rekommendationer om fem nationella insatser.



Eftersom det finns pågående arbeten som relaterar till dessa områden – inte minst uppbyggnaden av sjukvårdshuvudmännens kunskapsstyrningsstruktur (SKL 2019a) och den pågående utredningen om statens roll i kunskapsstyrningen (S 2018:12) – är vi medvetna om att förutsättningarna när det gäller roller och ansvar kan komma att förändras. Vi ser att det är olika aktörer som kommer behöva ansvara för olika insatser, men att det behöver finnas tydliga kopplingar mellan dem och att aktörerna behöver samarbeta.

Vi föreslår fem nationella insatser eller funktioner som sammantaget ska syfta till att stärka ledarskapet och ge underlag till utvecklad styrning och ledning av hälso- och sjukvården långsiktigt. Dessa insatser har fokus på att bygga kapacitet och kompetens och sammanfattas i figur 5. Flera av de insatser som vi föreslår är en utveckling av förslag som vi presenterade i rapporten *Visa vägen i vården* (Vårdanalys 2017b). Även Tillitsdelegationen, som har haft som uppdrag att analysera och föreslå hur styrningen av välfärdstjänster i offentlig sektor kan utvecklas, har föreslagit liknande insatser, exempelvis mer praktiktäna forskning (SOU 2018:47).

Insatserna beskrivs i form av olika funktioner som vi bedömer kan bidra till att stärka ledarskapet i landsting och kommuner. Vi kommer inte att presentera detaljerade beskrivningar av varje insats, utan insatserna kommer behöva vidareutvecklas av de aktörer som kommer ansvara för dem. Vi för

**Figur 5.** Fem nationella insatser för ett stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.





resonemang och ger övergripande rekommendationer om ansvar och roller för olika insatser. De insatser som vi föreslår kompletterar varandra och bör ses som en helhet, och vi gör därför inga prioriteringar mellan de olika insatserna.

Vi avslutar med några rekommendationer till huvudmännen – som har huvudansvaret för de här frågorna – som kan bidra till deras utvecklingsarbete med ledarskap och ledning och styrning.

### 4.3.1 Öka förekomsten av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildningarna



- ▶ *Regeringen bör öka förekomsten av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildningarna för vårdens professioner*

I dag finns inte tillräckliga inslag av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i grundutbildningen av läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter och socionomer, även om vissa variationer förekommer (se avsnitt 2.1).

Regeringen har beslutat om nya examensmål för läkarutbildningen som ligger i linje med de slutsatser vi drar i det här arbetet om behovet av ökad systemförståelse och ledarskap på grundutbildningen. Regeringen bör även öka inslagen av ledarskap, systemförståelse och förbättringsarbete i de nationella examensmålen för grundutbildningen av sjuksköterskor och fysioterapeuter. Möjligheten att öka inslagen av dessa ämnen för övriga vårdutbildningar bör också ses över.

Socionomprogrammet innehåller fler moment av ledarskap, organisation och styrning av välfärdsområdet än grundutbildningarna för sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter, även om vissa variationer förekommer mellan olika lärosäten i hur mycket ledarskap som ingår. Det förefaller däremot saknas kunskap om hur just hälso- och sjukvården är organiserad i utbildningen, men även om hur man bedriver förbättringsarbete. I tidigare rapporter har Vårdanalys även konstaterat att grundutbildningens roll behöver ses över för socialtjänstens medarbetare, exempelvis socionomer, när det gäller om grundutbildningen förbereder medarbetarna tillräckligt väl på ett lärande arbetssätt med större fokus på exempelvis kvantitativ uppföljningsmetodik (Vårdanalys 2018c). Vi drar därför slutsatsen att regeringen bör förtydliga målen om ledarskap och öka inslagen av förbättringsarbete och kompetens i



uppföljningen i de nationella examensmålen för grundutbildningen för socionomer. Regeringen bör även se över om socionomer får tillräcklig kunskap om hälso- och sjukvården och dess insatser och överväga att ändra i examensmålen.

Att inkludera ökade inslag av ledarskap inom grundutbildningarna av hälso- och sjukvårdens yrken syftar till att visa på att chefskap och ledarskap är en möjlig karriärväg för vårdens professioner. Ett annat syfte är att ge studenterna bättre förutsättningar att utöva det ledarskap som ingår i yrkesrollen även om man inte har en chefsposition, till exempel när man leder team. Medarbetare med kompetens inom ledarskap och förmåga till medledarskap kan dessutom ge bättre förutsättningar för styrning och ledning generellt, och stödja chefers ledarskap. Undervisningen i ledarskap behöver inte bara fokusera på personlig ledarskapsutveckling och möjligheten att till exempel leda grupper, utan även på organisatoriskt ledarskap, till exempel vad det innebär att vara chef och ledare i en offentligt styrd organisation.

Att i större utsträckning inkludera systemförståelse och grundläggande kunskap om förbättringsarbete, kan underlätta och möjliggöra utvecklingsarbete i vården och samverka mellan olika vårdgivare och professioner, samt ge bättre förutsättningar för medledarskap. Detta kan bidra till större möjligheter att lyckas med utvecklings- och förändringsarbete. En god samverka mellan vårdens olika aktörer är särskilt viktig för den stora grupp patienter och brukare som har kontakter med flera delar av vården och även andra aktörer som socialtjänst och skola.

Det finns skäl att se över vad i dessa ämnen som bör inkluderas på grundutbildningen, och vad som bör ges i fortbildning av vårdens professioner. Det är även viktigt att pedagogiken kontinuerligt utvecklas för att förbättra undervisningen inom dessa områden. Till exempel säger forskningen att föreläsningar och självläring behöver kompletteras med möjlighet till diskussion och reflektion samt att studenterna får möjlighet att träna olika färdigheter (Frenk m.fl. 2010). Vidare kan externa föreläsare, exempelvis framgångsrika ledare och chefer från hälso- och sjukvården, bjudas in för inspiration och för att visa på förebilder, och olika typer av mentorsprogram kan organiseras för studenter med intresse för ledarskap.

Inom dessa ämnen kan undervisningen med fördel ske interprofessionellt, där olika yrkesgrupper gemensamt lär sig om till exempel sjukvårdens organisation och styrning och därmed även får ökad

förståelse för varandras uppdrag och kompetenser (Frenk m.fl. 2010). Även när det gäller ledarskap kan undervisningen ske interprofessionellt.

Under arbetets gång har flera representanter från landstingen lyft fram vikten av utveckling av grundutbildningar för vårdens professioner när det gäller systemförståelse, förbättringsarbete och ledarskap. Det finns också en utbredd uppfattning om att man under en lång tid har påtalat utvecklingsbehov när det gäller utbildningarna, men att det är svårt att påverka utformningen av utbildningarna. Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har regeringens uppdrag att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt (regeringsbeslut S2016/04992/FS), ett arbete som fått namnet Framtidens vårdkompetens. I ett diskussionsunderlag som publicerats inom ramen för uppdraget konstateras att det behövs bättre strukturer för samverkan i frågor som rör hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. I underlaget föreslås en ny samverkansstruktur som ska innehålla ett nationellt samverkansorgan och en utvecklad regional samverkan i sjukvårdsregionerna som landstingen ansvarar för. Enligt förslaget ska den genomföras i nära samarbete med lärosäten. Inom ramen för dessa samarbetsorgan ska huvudmännen och lärosätena kunna diskutera dimensionering och innehåll på högskoleutbildningarna, till exempel hur framtida utbildningar ska se ut (Framtidens vårdkompetens 2018).

En slutsats som vi drar i det här arbetet är att det är av stor vikt att skapa goda möjligheter för samverkan mellan lärosätena och huvudmännen när det gäller framtidens grundutbildningar. Vi ser också att diskussioner om framtidens kompetensförsörjning även bör innefatta försörjning av ledare och chefer i hälso- och sjukvården.

#### 4.3.2 Ta fram kunskapssammanställningar om den forskning som finns om ledarskap och ledning och styrning



- ▶ *Regeringen bör ge i uppdrag till lämpliga myndigheter att ta fram kunskapssammanställningar utifrån befintlig forskning om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården*

Den befintliga kunskapen från forskning om ledarskap och ledarskapsutveckling, samt om hur chefer och ledare kan styra hälso- och sjukvården, bör användas mer i det organisatoriska utvecklingsarbetet i



vården – på samma sätt som klinisk forskning används i utvecklingen av vård och behandling. För att stödja hälso- och sjukvården med denna kunskap behövs sammanställningar av forskning som kan användas av huvudmännen och deras chefer och ledare. Det finns effektivitetsvinster i att kunskapssammanställningar inom dessa områden tas fram på nationell nivå. Mottagarna av kunskapssammanställningarna kommer troligen vara chefer och ledare, och särskilt de som arbetar med att utveckla styrning och ledning, samt de som utformar ledarskapsutbildningar inom till exempel HR. Kunskapssammanställningarna kan till exempel handla om

- forskning om ledarskap och ledarskapsutveckling i hälso- och sjukvården och vad som är viktiga komponenter i ledarskapsutbildningar
- forskning om styrning och ledning i hälso- och sjukvården, som vad forskningen säger om effekter av olika styrmedel
- sambandet mellan ledarskap och styrning och ledning samt resultat i hälso- och sjukvården, exempelvis medicinska resultat och patientrapporterade resultat och upplevelser.

Regeringen bör ge i uppdrag – eller förtydliga uppdragen – till de myndigheter som arbetar med olika typer av kunskapsstöd att ta fram kunskapssammanställningar eller systematiska litteraturoversikter som bygger på forskning om ledarskap och om ledning och styrning. Det bör också innefatta att identifiera kunskapsluckor inom dessa forskningsområden. Exempelvis har Socialstyrelsen och SBU i dag uppdrag att ta fram kunskapssammanställningar och kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har uppdraget att genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde och arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde (4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). SBU har regeringens uppdrag att utvärdera det vetenskapliga stödet för tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården ur ett medicinskt, ekonomiskt, etiskt och samhälleligt perspektiv (1 § förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). Det sker genom bland annat systematiska litteraturoversikter som bygger på publicerad forskning.

För att ta fram kunskapssammanställningar som är relevanta behöver myndigheterna ha nära dialog med huvudmännen om vilka frågor som de behöver kunskapssammanställningar inom. Det är även viktigt att myndigheterna har kompetens inom dessa forskningsområden.

### 4.3.3 Skapa en funktion för erfarenhetsutbyte, nätverk och kunskapsstöd för en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling



- ▶ *Regeringen bör i samverkan med huvudmännen ta initiativ till en funktion för erfarenhetsutbyte, nätverk och kunskapsstöd för en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling*

För att stödja en mer kunskapsbaserad utveckling av arbetet med ledarskap och ledning och styrning, samt för att öka kapaciteten för systemutveckling och förändringsledning, behövs en funktion som långsiktigt arbetar aktivt med huvudmännen för att ge kunskapsstöd och kan vara plattform för erfarenhetsutbyte. Regeringen bör tillsammans med huvudmännen ta initiativ till en sådan funktion. Olika aktiviteter inom funktionen kan riktas till olika målgrupper inom landsting och kommuner.

Funktionen bör arrangera olika forum för diskussion och erfarenhetsutbyte för att skapa ett gemensamt lärande om ledarskap samt om hur chefer och ledare kan utveckla styrningen av hälso- och sjukvården, och leda systemförändringar. Det kan handla om att diskutera erfarenheter och lärdomar från arbete med till exempel större förändringsprocesser eller ledarskapssatsningar. Detta kan exempelvis ske genom nätverk inom vissa områden eller seminarier om vissa frågor, dit även forskare kan bjudas in. Det kan också genomföras som stöd för självutvärdering och peer to peer-lärande mellan högre ledningar i landsting och kommuner. Erfarenhetsutbyte bör även ske med representanter från andra sektorer och branscher för att lära av exempelvis deras erfarenheter av förändringsarbeten eller reflektera över hur man arbetar med ledarskap och styrning.

Funktionen bör även bistå huvudmännen med kunskapsstöd. Dessa kan till exempel bestå av att huvudmännen får stöd att översätta och tolka forskning till strategier och aktiviteter som är relevanta inom deras verksamheter. Detta kan exempelvis genomföras i form av att lättillgängliga skrifter eller genom workshoppar och seminarier där forskare och representanter från huvudmännen deltar. Funktionen bör



även ta fram beskrivningar av befintliga eller nya metoder och verktyg som kan vara användbara för chefer och ledare i utvecklingsarbetet. SKL har tagit fram ett antal sådana verktyg, till exempel *Leda för resultat* som är ett program som utvecklar ledningsgrupper och stödfunktioner i socialtjänsten (SKL 2019b).

Arbete med kunskapsstöd bör även inkludera en aktiv digital kommunikation som kan samla och sprida tidigare och pågående arbeten och ny kunskap. På så sätt samlas kunskap, verktyg och metoder om ledarskapsutveckling, systemutveckling och förändringsledning på ett ställe för stöd och inspiration för verksamheterna.

Funktionen kan också samla in och förmedla verksamheternas behov av kunskapssammanställningar till myndigheter och till lärosäten, underlätta lärandeseminarier som bygger på självutvärderingar och föra kritiska och utmanande dialoger med huvudmännen.

Målgrupper för dessa insatser är till exempel chefer och ledare på högre nivåer eller medarbetare inom landsting och kommuner som arbetar med HR och utvecklingsfrågor. Ansvar för funktionen kan ligga på en myndighet eller på SKL.

Funktionen kan skapa möjlighet för lärande genom

- seminarier/webbinarier och workshoppar för att diskutera ny kunskap, föra dialog med forskare och lära från varandra
- mötesplatser mellan hälso- och sjukvården och andra branscher, sektorer och hälso- och sjukvårdsländer
- webbutbildningar om systemförståelse och systemkunskap
- stöd för självutvärdering och för peer to peer-lärande mellan landsting och kommuner
- kunskapsstöd som riktar sig till specifika grupper, till exempel politiker, eller som behandlar olika temaområden, till exempel ledarskap i digitaliseringsarbetet.

Funktionen bör exempelvis erbjuda kunskapsstöd om

- senaste forskningen om ledarskap och ledarskapsutveckling i hälso- och sjukvården
- systemförståelse – hur styrs och drivs landsting och kommuner, funktioner och kompetenser i olika delar av vården, kunskap om andra

aktörer i välfärdsområdet samt kunskap om den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvården

- hur man kan arbeta med förändringsledning och systemutveckling, till exempel utvecklingsarbete för ökad personcentrering genom metoder som tjänstedesign

Funktionen behöver samverka med de statliga myndigheter som tar fram kunskapssammanställningar utifrån forskningen, med relevanta universitet och högskolor samt med sjukvårdens ledare i både i kommuner och landsting. Arbetet i en sådan funktion bör bedrivas långsiktigt och uthålligt med kompetenser inom ledarskap, styrning och organisation inom hälso- och sjukvården, samt med kompetens i systemutveckling och förändringsledning.

Mellan 1997 och 2002 fanns Ledarnätverket som skapades för att stötta landstingen i genomförandet av Dagmaröverenskommelsen, och som gavs uppgiften att identifiera vilken typ av ny kunskap som behöver tillföras hälso- och sjukvårdens ledare för att klara framtidens utmaningar. Till nätverket knöts en fakultet av experter på ledarskap och verksamhetsutveckling med olika infallsvinklar och kunskapsbaser. I vårt arbete har det framkommit att deltagare i nätverket uppfattade det som en positiv erfarenhet, särskilt att det fanns möjlighet att lära av varandra och ta del av andra deltagares arbete (Landstingsförbundet).

Inom ramen för funktionen bör erfarenheterna från Ledarnätverket tas tillvara för att skapa ett nätverk för högre chefer och ledare med intresse för utvecklings- och framtidsfrågor. Fokus i nätverket bör vara ett ömsesidigt lärande och diskussion om systemledarskap och systemutveckling fokuserat på ett antal viktiga framtidsfrågor för vården och omsorgen. Eftersom många av vårdens och omsorgens utmaningar berör flera sektorer bör deltagarna i nätverket komma från både kommunerna, landstingen och staten, och möjligtvis även andra aktörer. Det kan till exempel handla om socialchefer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, utvecklingschefer och myndighetschefer eller andra högre chefer eller ledare. Erfarenheter från liknande satsningar, till exempel Toppledareprogrammet på SKL, bör tas tillvara i arbetet. För att nätverket ska bli framgångsrikt och upplevas som relevant för deltagarna ställs höga krav på upplägg och facilitiering. Nätverket kan inledningsvis bedrivas som en försöksverksamhet och bör kontinuerligt utvärderas. Nätverket kan exempelvis innehålla följande aktiviteter:



- identifiering av centrala gemensamma utvecklingsfrågor samt strategier för att möta dessa, med fokus på systemutveckling och styrning och ledning över huvudmanna- och verksamhetsgränser.
- koppling till centrala forskningsmiljöer som möjliggör att deltagarna tar del av senaste forskningen om exempelvis ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården
- lärande från varandras arbete och erfarenheter
- omvärldsbevakning och lärande från andra sektorer, branscher och internationella exempel
- diskussion om strategier med utgångspunkt i nationell uppföljning om vården och omsorgens resultat.



#### **4.3.4 Utveckla den nationella uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning**

- ▶ *Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att se över möjligheten att utveckla den nationella uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning*

Ledarskapets kapacitet och förutsättningar, samt utvecklingen av ledning och styrning, är strategiska faktorer som är viktiga för hela hälso- och sjukvårdssystemets utveckling och kvalitet. För att stärka den strategiska dialogen om hälso- och sjukvårdens utveckling ser vi att det är värdefullt med någon form av uppföljning av huvudmännens ledarskapsarbete och av arbetet med ledning och styrning. Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att se över möjligheten att utveckla den nationella uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning, så att den kan komplettera övrig nationell uppföljning.

Det handlar bland annat om att se över möjligheten att ta fram beskrivande statistik om ledar- och chefsförsörjning i landsting och kommuner, till exempel antalet chefer på olika nivåer och omsättningen på chefspositioner. I dag finns en bristfällig tillgång till sådana uppgifter på nationell nivå, vilket försvårar möjligheten att skaffa sig en lägesbeskrivning av ledar- och chefsförsörjningen. Vidare bör myndigheten även genomföra nationella analyser och jämförelser för att identifiera framgångsrika strategier och arbetssätt. De kan bidra till ett ökat lärande och en förståelse för kopplingen mellan ledarskap, styrning och resultat i vården. Uppföljningen bör dels kunna användas av



huvudmännen i sitt utvecklingsarbete, dels som en nationell uppföljning och grund för prioriteringar av nationella insatser.

Uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning kan vara en del av den samlade nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården. Vårdanalys har haft i uppdrag av regeringen (S2018/03916/FS) att ta fram ett förslag på en förbättrad nationell uppföljning, med fokus på att löpande följa hälso- och sjukvårdens kvalitet och jämlikhet. I uppdraget efterfrågas ett förslag på 5–10 indikatorer som är särskilt viktiga att följa ur ett patientperspektiv. Regeringens samlade nationella uppföljning behöver också bestå av andra typer av uppföljning, och vi ser att uppföljning av ledarskap och ledning och styrning skulle kunna vara en värdefull del av den samlade uppföljningen.

Den nationella uppföljningen ska också ses inom ramen för det pågående arbetet med att utforma ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. En särskild utredare (S2018:12) har fått i uppdrag av regeringen att stödja utformandet. I uppdraget ingår dels att stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen, dels att stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården är tänkt att användas som grund för samråden mellan huvudmännen och regeringen (Dir. 2018:95). Vi ser att uppföljningen av ledarskap och ledning och styrning också bör användas som ett underlag i samrådet, i syfte att öka förståelse för vilken roll dessa områden spelar för hälso- och sjukvårdens funktion och resultat.

#### 4.3.5 Fördela medel till praktisk forskning och samarbeten mellan lärosäten, landsting och kommuner



- ▶ *Regeringen bör ge en statlig forskningsfinansiering i uppdrag att fördela medel för praktisk forskning samt stödja samarbeten mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens aktörer avseende ledarskap och ledning och styrning*

Det behövs mer praktisk forskning som tar sikte på frågor om ledarskap och om styrning av hälso- och sjukvården, som är relevanta för huvudmännen och verksamheterna. Det kan till exempel handla om vad som kan vara viktiga inslag i ledarskapsutbildningar eller vilka



effekter olika styrmedel får för vårdens resultat. Regeringen bör ge en statlig forskningsfinansiär i uppdrag att fördela medel för praktisknära forskningsprojekt inom dessa områden, där samverkan med landsting och kommuner är prioriterat. Medel bör även kunna sökas för andra typer av samverkan mellan forskare och huvudmännen. Vidare kan forskningsfinansiären även stödja utveckling av forskarnätverk för policyutveckling med fokus på ledarskap och ledning och styrning av hälso- och sjukvården, med tydlig koppling till huvudmännen. Lärosätena bör även kunna samverka med privata utförare som vill genomföra praktisknära forskning om ledarskap och ledning och styrning.

Huvudmännen bör tillsammans med lärosätena ta initiativ till praktisknära forskning, delta i formuleringar av frågeställningar, skapa förutsättningar för verksamheter och ledning att delta samt bidra med medfinansiering, till exempel genom kombinationstjänster.

För att skapa bättre förutsättningar för praktisknära forskning behövs en ökad kapacitet inom detta forskningsfält. Det är även viktigt att öka förutsättningarna för tvärvetenskaplig forskning, och att frågor om ledarskap och ledning och styrning kan beforskas även inom medicinska fakulteter.

Ett specifikt område där det behövs mer forskning om ledarskap och ledning och styrning är personcentrering. Vårdanalys har tidigare konstaterat att det finns viss kunskap i forskningslitteraturen om framgångsrika strategier för personcentrering i mötet mellan patienter och vårdens medarbetare (Vårdanalys 2018b). Däremot är kunskapen om strategier och aktiviteter på organisations- och systemnivå begränsad, till exempel vilken styrning eller vilka ledarskapsstrategier som bidrar till en mer personcentrerad hälso- och sjukvård där patienten är medskapande i vården. Vi vet för lite om hur chefer och ledare bör agera för att skapa goda förutsättningar för och bidra till ökad personcentrering (Vårdanalys 2018b). Ett annat område som forskare med fördel kan studera är den politiska ledningen av hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis handla om hur olika former av politisk organisering och rollfördelning mellan politiker och tjänstemän påverkar förutsättningar för chefer och medarbetare.

En statlig forskningsfinansiär bör fördela medel för praktisknära forskningsprojekt och samverkan, inom ramen för ett längre forskningsprogram eller liknande. Programmet bör aktivt verka för att engagera vårdprofessioner till forskning samt stödja och verka

för att utveckla framtida ledande forskare inom kunskapsområdet. Forskningsfinansiären bör samverka nära med funktionen för kunskapsstöd och erfarenhetsutbyte.

2016 fick den statliga myndigheten Forte i uppdrag att genomföra en särskild satsning på forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer. Satsningen ska ge en vetenskapligt underbyggd kunskapsbas om organisering och styrning av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Forte har tillförts medel mellan 2017 och 2020 för att genomföra satsningen (prop. 2016/17:50). Vi ser att det kan vara lämpligt att bygga ut satsningen till ett långsiktigt program med fokus på forskning om ledarskap och ledning och styrning i hälso- och sjukvården. I programutformningen bör lärdomar från Vinnvård (Vinnvård 2018) och Harkness fellowship (The Commonwealth Fund 2019) tas tillvara.

#### 4.4 KLARGÖR KOPPLINGEN TILL DEN NYA STRUKTUREN FÖR KUNSKAPSSTYRNING

Landstingen arbetar i dagsläget tillsammans med SKL med en etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (SKL 2017). På nationell nivå utvecklas nationella programområden för en rad vårdområden och olika samverkansgrupper för områden som uppföljning, analys och patientsäkerhet. Dessa grupperingar speglas på regional och sjukvårdsregional nivå.

Kunskapsstyrningsarbetet ska stärka och utgöra infrastruktur för en mer kunskapsbaserad vård i hela landet. Fokus är på kunskap om vård och behandling för patientgrupper samt på kunskap om uppföljning och lärande. I arbetet med kunskapsstyrningsstrukturen har frågor som rör ledarskap bedömts vara mer verkningsfulla att arbeta med på lokal och regional nivå än på nationell nivå, och utgör därför inte ett tydligt eget område i kunskapsstyrningsstrukturen (SKL 2017).

Eftersom arbetet med kunskapsstyrningsstrukturen fortfarande är under uppbyggnad och fokus ligger på den kunskap som är kopplad till vård och behandling, ser vi inte att kunskap om ledarskap och ledning och styrning i dagsläget bör ingå som ett eget område inom strukturen. Däremot behöver det finnas tydliga kopplingar och ett utbyte mellan de kliniska kunskapsområdena och den kunskap som finns om ledarskap och ledning och styrning, eftersom båda dessa påverkar de medicinska resultaten för patienterna. I arbetet med att utveckla strukturen för kunskapsstyrning behöver man klargöra kopplingen mellan dessa områden.



## 4.5 REKOMMENDATIONER TILL HUVUDMÄNNEN

Vårt uppdrag från regeringen har fokuserat på de nationella insatser som kan stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Staten och den nationella nivån har dock en kompletterande roll att stödja det arbete med ledarskapsutveckling och utveckling av ledning och styrning som huvudmännen ansvarar för. Det är landsting och kommuner som har det huvudsakliga ansvaret för de frågorna och som kommer att kunna göra störst skillnad för utvecklingen framöver. Utifrån slutsatser i *Visa vägen i vården* och viss ytterligare kartläggning i det här arbetet lämnar vi följande rekommendationer till huvudmännen, som kan bidra till deras utvecklingsarbete med ledarskap och ledning och styrning.

► *Huvudmännen bör bedriva ett systematiskt arbete för att se över och skapa bättre förutsättningar för chefer*

Det handlar till exempel om att ta fram tydligare uppdrag och mandat för chefer, utvecklade administrativa stödstrukturer som kan avlasta chefer till exempel när det gäller bemanning och rapportering, bättre stöd till chefer i utvecklingsarbetet, samt se över storleken på chefers personalgrupper.

► *Huvudmännen bör inkludera systemförståelse, förbättringsarbete och personcentrering i landstingens och kommunernas ledarskapsutbildning och fortbildning*

Utbildnings- och utvecklingsinsatser riktade till chefer och ledare, både till de som är nyutträdna och till de som har längre erfarenhet, bör innehålla undervisningsmoment om systemförståelse, förbättringsarbete och personcentrering. Dessa ämnen bör även ingå i den fortbildning som erbjuds medarbetare i vården.

► *Huvudmännen bör utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvården ur ett patient- och brukarperspektiv*

I arbetet med att öka personcentreringen och patientens medskapande av vården behövs bättre metoder för att mäta och följa upp patienters och brukares erfarenheter, men även för att inkludera dessa erfarenheter som viktiga underlag i landstings och kommuners ledning och styrning.

Om ledning och styrning av hälso- och sjukvården på ett bättre sätt ska möta patienters behov, behöver chefer och ledare efterfråga och ha tillgång till uppföljningar och utvärderingar av hur patienter och brukare uppfattar vården. Det handlar delvis om att på ett bättre sätt mäta det som är viktigt för patienter och närstående, men även om att

ta fram möjligheter till uppföljning som följer en hel vårdprocess över verksamhets-, organisations- och huvudmannagränser.

Dessa typer av underlag kan möjliggöra för chefer och ledare att arbeta med systemutveckling och förbättringsarbete över organisationsgränser ur ett patient- och brukarperspektiv. Huvudmännen behöver därför initiera ett utvecklingsarbete som syftar till att ta fram metoder och exempel på hur patienters och brukares erfarenheter kan användas i utvecklingsarbete och i styrning och ledning. Det kan till exempel handla om på vilka sätt kunskap baserad på patienters erfarenheter kan användas som beslutsunderlag.

I den nya strukturen för kunskapsstyrning (se avsnitt 3.4) finns analys och uppföljning med som en viktig process och det pågår ett utvecklingsarbete inom området. I arbetet är det viktigt att säkerställa att uppföljningen även inkluderar områden som är viktiga ur ett patientperspektiv och att patienters erfarenheter tas tillvara.

Som nämnts tidigare har Vårdanalys haft i uppdrag av regeringen att ta fram förslag på en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.3.4). Förhoppningen är att det förslag vi lämnar kan användas som utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att utveckla uppföljningen. Huvudmännen bör delta i diskussioner om och förankring av förslaget och säkerställa att en uppföljning ur patientperspektiv genomförs i deras verksamheter.

► *Huvudmännen bör se över möjligheten att skapa gemensamma utbildningar för chefer och ledare inom landsting och kommuner för systemledarskap och förändringsledning*

Landsting och kommuner bör se över möjligheten att skapa utbildningar för chefer och ledare om systemledarskap och förändringsledning tillsammans med andra landsting eller kommuner, exempelvis på sjukvårdsregional nivå. Utbildningarna kommer sannolikt behövas organiseras på olika sätt beroende på storleken på det aktuella landstinget och dess närliggande kommuner. Fokus i utbildningarna bör vara lärande om systemutveckling över verksamhets- och organisationsgränser och förändringsledning, till exempel utifrån specifika utvecklingsfrågor som är relevanta för de patient- och brukargrupper som deltagarna företräder. Exempelvis kan chefer och ledare i olika verksamheter som arbetar med barn, som barn- och ungdomspsykiatri, primärvården, socialtjänsten och skolan mötas för ett gemensamt lärande om systemutveckling och förändringsledning.



Gemensamma nätverk är dels resurseffektiva eftersom varje organisation inte behöver ordna egna utbildningsinsatser, dels utgör de en möjlighet att bygga relationer, förstå andra verksamheters perspektiv och lära sig av andras arbete. Arbetet med utbildningarna kan kopplas till den nationella funktionen för erfarenhetsutbyte och kunskapsstöd, som kan stödja huvudmännens arbete med gemensamma utbildningar.

- ▶ *Huvudmännen bör finansiera och skapa förutsättningar för praktiktäna forskning, samarbeta med lärosäten och ta del av forskning i ledarskapsutvecklingsarbetet*

Huvudmännen bör tillsammans med lärosätena ta initiativ till verksamhetsnära forskning om ledarskap och ledning och styrning, delta i formulering av frågeställningar, skapa förutsättningar för verksamheter och ledning att delta i forskningsprojekten samt bidra med medfinansiering, till exempel genom kombinationstjänster. Det är även viktigt att huvudmännen säkerställer att det finns en kapacitet att ta emot forskningsresultaten. Huvudmännen kan även samarbeta med forskare inom dessa kunskapsområden, till exempel genom att forskare har en rådgivande roll i utveckling av ledarskapsutbildningar eller i utveckling av ledning och styrning.







## Referenser

- Arbetsförmedlingen (2018). *Var finns jobben? Bedömning för 2018 och på fem års sikt*, URA 2018:1.
- Arbetsmiljöverket (2018). *Projektrapport – Första linjens chefer i vård och omsorg*. Rapport 2015/051464.
- Batalden, P.B., Stoltz, P. (1993). *A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. 19(10): 424–452, 1993.
- Corin, L. & Björk, L. (2017). *Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna*. SNS förlag.
- Dir. 2017:13. *Stärkt kapacitet i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen*. Finansdepartementet.
- Dir. 2018:95. *Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård*. Socialdepartementet.
- ESV – Ekonomistyrningsverket (2017). *Att leda förändring i offentlig verksamhet*. Rapport 2017:70.
- Fi 2016:03. *Tillitsdelegationen*. Finansdepartementet.
- Framtidens vårdkompetens (2018). *Samverkansarenor på nationell och regional nivå för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården – diskussionsunderlag*.
- Frenk m.fl. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet vol. 376, december 2, 2010.

- Högskolan i Borås (2019). *Förbättringskunskap, utvärdering och patient och brukarsäkerhet i vård- och omsorgsorganisationer*: <https://www.hb.se/Utbildning/Program-och-kurser/Kurser-VT-2019/Forbattningkunskap-utvardering-och-patient--och-brukarsakerhet-i-vard--och-omsorgs-organisationen/>. [Hämtat 2019-03-05].
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande – nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. Rapport 2018-12.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2019). *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*.
- Karolinska institutet (2019a). *Interprofessionellt lärande*: <https://ki.se/medarbetare/interprofessionellt-larande-ipl>. [Hämtat 2019-03-14].
- Karolinska institutet (2019b). *Healthcare leadership*: <https://ki.se/utbildning/healthcare-leadership>. [Hämtat 2019-02-18].
- Konjunkturinstitutet (2018). *Konjunkturläget oktober 2018*.
- Landstingsförbundet, inkommet arbetsmaterial om Ledarnätverket 1999–2002.
- Leading Healthcare (2015). *Förstärkning av svensk forskning om vårdsektorn – kartläggning av forskare och förslag om nätverk*. Rapport 1, 2015.
- Prop. 2016/17:50. *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft*. Utbildningsdepartementet.
- Prop. 2017/18:274. *Bastjänstgöring för läkare*. Socialdepartementet.
- Regeringsbeslut (S2016/04992/FS). *Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.
- Regeringsbeslut (S2018/03916/FS). *Uppdrag om förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.
- Regeringsbeslut (S2018/04688/FS). *Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*. Socialdepartementet.
- Riksdagsskrivelse. 2017/18:418.
- S2018:12. *Utredning om sammanhållen kunskapsstyrning*. Socialdepartementet.
- Sjukvårdens ledarskapsakademi (2019). *Detta är Stiftelsen Sjukvårdens Ledarskapsakademi*: <http://www.vardensledarskapsakademi.se/om-oss/>. [Hämtat 2019-04-09].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2015). *Förändra radikalt – gör annorlunda, billigare och bättre*.

- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017). *Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning*. Meddelande från styrelsen nr 9/2017.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2018). *Ekonomirapporten – Om kommunernas och landstingens ekonomi*.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2019a). *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>. [Hämtat 2019-02-18].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2019b). *Leda för Resultat, socialtjänst*: <https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/chefsochledarskap/ledaforresultatsocialtjanst.141.html>. [Hämtat 2019-03-28].
- Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017). *Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid* (S2014/06314/FST). Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2018). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie*.
- Socialstyrelsen (2019a). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – nationella planeringsstödet 2019*. Rapport 2019-02-14.
- Socialstyrelsen (2019b). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2017*. Rapport 2019-01-02.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Socialdepartementet.
- SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer*. Socialdepartementet.
- SOU 2017:48. *Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Socialdepartementet.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*. Socialdepartementet.
- SOU 2018:47. *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Socialdepartementet.
- Sveriges läkarförbund Student (2016). *Om prekliniska studier vid Sveriges Läkarutbildningar – Prekliniskenkät 2015*.
- The Commonwealth Fund (2019). *About the Harkness fellowship*: <https://www.commonwealthfund.org/about-harkness-fellowship>. [Hämtat 2019-03-13].

- Tyrstrup, M. (under publicering). *Governance, den avlödade linjeorganisationen och det nya värdeskapandet – Skisser över ett nytt organisationslandskap.*
- Uppsala universitet (2019). *Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation*: <http://www.uu.se/utbildning/utbildningar/selma/kurser/?kKod=3FV172&typ=1>. [Hämtat 2019-02-18].
- Vinnvård (2018). *Om forskningsprogrammet Vinnvård*: <http://vinnvard.se/>. [Hämtat 2019-03-13].
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016a). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016b). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag*. PM 2016:3.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016c). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. PM 2016:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017a). *Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2017b). *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*. Rapport 2017:7.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018a). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018b). *Från mottagare till medskapare – ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2018c). *Fatta läget – om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Rapport 2018:9.
- West, AM. & Dawson, JF. (2012). *Employee engagement and NHS Performance*. The Kings Fund.
- Örebro universitet (2019). *Ledarskap och teamarbete som grund för förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård*: <https://www.oru.se/utbildning/kurser/kurs/arbetsterapi-avancerad-niva-ledarskap-och-teamarbete-som-grund-for-forbattringsarbete-inom-halso--och-sjukvard-at2015>. [Hämtat 2019-03-05].
- 2017/18:RFR5 *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. Socialutskottet.



# Åt samma håll

## Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården

Vårdanalys har på uppdrag av regeringen tagit fram förslag på nationella insatser som kan stärka ledarskapet i hälso- och sjukvården. Vi har identifierat tre mål för ledarskapet i vården som nationella insatser kan bidra till att uppnå. Utifrån målen ger vi förslag på vad vi ser kan bidra till att bygga kapacitet och kompetens i ledarskapet, så att chefer och ledare på ett bättre sätt kan möta dagens och morgondagens utmaningar.

**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.

