LUND UNIVERSITY

Utvärdering Närvarande ledarskap

Wenglén, Robert

2008

Link to publication

Citation for published version (APA):
Wenglén, R. (2008). *Utvärdering Närvarande ledarskap*. [Publisher information missing].

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 17. Feb. 2026

EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet

KEFU Skåne

Slutrapport

Utvärdering:
Närvarande ledarskap

Lund i mars 2008
Ek Dr Robert Wenglén
Företagsekonomiska institutionen
Lunds Universitet
Box 7080
220 07 LUND
+46 46 222 78 27
robert.wenglen@fek.lu.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning ……..... 1

Bakgrund och upplägg …..…… 2

Delrapport 1: Intryck från första intervjurundan …..…… 3

Delrapport 2: Lärande ……... 7

Delrapport 3: Management och ledarskap …… 11

Sammanfattning

Denna rapport består av tre (delvis omarbetade) delrapporter rörande utvärderingen av utvecklingssatsningen Närvarande Ledarskap inom UMAS. I korthet handlar satsningen om att skapa förutsättningar för och säkerställa att det patientnära omvårdnadsarbetet leds, kvalitetssäkras och utvecklas på ett tillfredsställande sätt. Tanken är också att en bättre ledning av det patientnära arbetet får positiva konsekvenser för hur patienten upplever vården, för arbetsstillfredsställelsen (och sjukfrånvaron), samt för intresset för att söka ledande befattningar inom omvårdnad (t.ex. avdelningschef).

I korthet vill jag göra er uppmärksamma på tre övergripande slutsatser.

- Den mest påtagliga effekt som programmet Närvarande ledarskap har haft är att de involverade vårdavdelningarna har infört sektionsledare (omvårdnadsledare eller teamledare). Denna roll har, i varierande omfattning, inneburit a) en större uppmärksamhet på ledning av det patientnära arbetet, b) en förbättrad kvalitetssäkring och –utveckling, c) att undersköterskornas och sjuksköterskornas arbete i vissa avseenden blivit mer effektivt, samt d) ett stöd och en avlastning för avdelningschefen vilket i sin tur gjort henne mer närvarande.

- Samtidigt har arbetet med att förbättra ledningen av det patientnära arbetet avslöjat vissa brister i ledarskap och management inom UMAS, på samtliga nivåer. Denna brist på chefskompetens härrör, enligt min mening, i första hand från kulturella föreställningar om att professionella organisationer bäst leds via t.ex. utpräglad självständighet, bottom-up-processer och så få chefer som möjligt. Lite tillspetsat riskerar man att (omedvetet) leva efter en föreställning om låt-gå-ledarskap.

- Med bättre ledning på kliniknivå och uppåt skulle strukturer och processer för ett effektivt Närvarande ledarskap tämligen snabbt kunna införas på fler vårdavdelningar inom UMAS. Risken är dock att de kulturella föreställningarna, om vad chefsarbete innebär, står i vägen för ett samlat grepp. Det finns alltså en risk för att var och en, i vanlig ordning och med varierande resultat, söker sin egen väg i tron att den egna verksamheten är så unik.

Notera att de tre delrapporterna hänför sig till olika tidpunkter i förändrings- (och utvärderings-) processen (maj, 2005; augusti, 2006; samt oktober, 2007). De är också skrivna med fokus på delvis olika aspekter. Den första är en tämligen allmänt hållen beskrivning av vad som framkom i första omgången (och är en omarbetning av en oh-presentation). De två senare fokuserar lärande respektive Ledarskap och management.

Bakgrund och upplägg

Utvecklingssatsningen Närvarande ledarskap härstammar ut ett initiativ från sjukhusledningen så väl som regionledningen att skapa ett närvarande ledarskap bland avdelningscheferna. Det officiella syftet med programmet var att det skulle syfta till:

”reell utveckling av ledarskap och samarbete. Fokus ligger på att utveckla ledarskap i det dagliga vårdarbetet, i syfte att nå bästa vård- och arbetsmiljö. Målet är vidare att medarbetarna ska uppleva ledarskapet som ett reellt stöd i det patientnära samarbetet”.

Ett närvarande ledarskap beskrevs i termer av att:

”Om ledare ger stöd till en utveckling där medarbetare får möjlighet att genomföra ett gott patientarbete så kommer arbetstillfredsställelsen att öka likaså trivsel och engagemang. Detta förväntas i sin tur leda till en förbättrad upplevd hälsa för den enskilde, gruppen och organisationen… (Närvarande ledarskap) är en av de avgörande faktorerna för att uppnå ett önskvärt resultat i vården”.

I detta sammanhang definierades närvarande ledarskap som:

”Ett ledarskap som prioriterar och skapar tid för att leda, stödja och bekräfta medarbetarna i sitt konkreta patientarbete”.

En del i bakgrunden till programmet var att den tidigare högst närvarande avdelningsföreståndaren under de senaste 15-20 åren har ersatts av en mer administrativ avdelningschef. Den senare upplevs i första hand spendera sin tid på kontoret med att säkerställa bemanningen och fylla i ekonomiska och administrativa rapporter.

Satsningen motiverades således av en brist på ledning av det patientnära arbetet men också av hög sjukfrånvaro och svårigheter att rekrytera sjuksköterskor såväl som avdelningschefer. Dessa problem torde vara tämligen kostsamma för sjukhuset och således angelägna för inte bara avdelningscheferna utan kanske än mer för överordnade chefer hela vägen upp till regionledning.

Utbildningen Närvarande ledarskap var ett initiativ till att råda bot på dessa problem, där 8 avdelningschefer tillsammans med en utvald adept skulle öka sin förståelse av och tillskansa sig verktyg för ett närvarande ledarskap. Programmet genomfördes en dag i veckan under 2005.

Sammanlagt har 73 semistrukturerade intervjuer genomförts fördelat på 9 verksamhetschefer, 6 vårdchefer, 8 avdelningschefer och 8 adepter från 6 olika kliniker. De flesta har intervjuats vid tre tillfällen: strax före programstart, strax efter programmets slut.

Delrapport 1: Intryck från första intervjurundan

050531

Metod
Semistrukturerade intervjuer kring följande teman:

Vad gör en avdelningschef?
Vad underlättar respektive försvårar detta arbete?
Vad innebär ett närvarande ledarskap?
Arbetshälsa
Förväntningar på programmet

Deltagarnas beskrivning av vad en avdelningschef gör

Spindeln i nätet
Alla beskriver avdelningschefen som spindeln i nätet (alt. gisslan). Det tycks dessutom attrahera en hel del av deltagarna. Man interagerar med:

Undersköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer, arbetsterapeuter, läkarsekreterare, bemanningsassistenter, vårdchefer, vårdutvecklare, kvalitetssamordnare, ekonomen, klinikchefer, avdelningsläkare, fackligt förtroendevalda, Försäkringskassan, kollegor på andra avdelningar, utbildningsenheten, Högskolan, personalenheten och självfallet patienter och anhöriga. Dessutom pappersvägen med sjukhusledningen.

Organisatören
En stor del av förmiddagen går åt till att säkerställa att rätt folk finns på rätt plats. Det gäller dels in- utflöden av patienter och dels att ha rätt mängd medarbetare. I vissa fall har man, för det senare, hjälp av bemanningsassistenter.

Administratören
En stor del av tiden läggs på administration i form av att svara på mejl, fylla i blanketter, lönerapporter, tidrapporter, semesterscheman, anställningar, rehab-ärenden etc.

Informationshanteraren
En del tid läggs på att ta del av information utifrån. Denna behöver man sålla i och välja ut vad som sedan ska vidareförmedlas till personalen vid ”avdelningskonferenserna”.

Samtalsstödet
Alla framhäver att de är ett samtalsstöd till sina medarbetare. För de flesta innebär detta i första hand en passiv hållning. Det handlar om att vara tillgänglig för samtal på medarbetarnas initiativ.

Företrädaren
En del arbetstid går åt till att sitta i möten med överordnade. Flera uttrycker att frågorna inte alltid berör dem och att det är mest ”läkarna” som pratar. De mer erfarna avdelningscheferna menar på att en del av arbetet handlar om att lära sig hur och vilka ärenden man driver uppåt.

Inryckaren
Samtliga av avdelningscheferna säger sig rycka in när så behövs. Anledningen är först och främst legitimitet, men det handlar även om att upprätthålla sjuksköterskekunskapen, vara en i gänget, samt att lösa temporära bemanningsproblem.

Utvecklingsagenten
Alla säger sig vilja arbeta för och med utveckling. Nästan uteslutande handlar det om kvalitetsutveckling, sällan om effektivitet. Vissa anser sig arbeta med utvecklingsfrågor. Andra anser sig inte ha tid (bemanningen stjäl allt tid). I flertal fall uppfattas utveckling vara liktydigt med externa utbildningar. Ibland handlar det om att ta fram lathundar och förbättra rutiner. Endast ett fåtal lägger tyngdpunkten på handledning och uppföljning (av både kvalitets- och effektivitetsförbättringar)

Konflikthanteraren
Som avdelningschef blir man tillfrågad om att hantera konflikter: Mellan medarbetare (oftast); i relation till anhöriga (ibland); samt mellan vårdpersonal och läkare (förhållandevis sällan)

Verksamhets- och vårdschefernas syn på avdelningscheferna
På frågan om vad avdelningschefer gör, svarar överordnade chefer att de har *ansvar* för den dagliga verksamheten.

För vissa verksamhetschefer är avdelningscheferna med i ledningsgruppen och ses som synnerligen viktiga för organisationens verksamhet. För andra ligger de under vårdchefens ansvar och man vet knappt vad de gör.

Flera av verksamhetscheferna anser att närvarande ledarskap är så viktigt att det nästan är a och o för organisationens utveckling. Andra instämmer i att det är viktigt men tycks inte känna till (och knappt bry sig om) vad det handlar om.

För flera av de överordnade cheferna handlar ett framgångsrikt NL om att avdelningschefen måste våga att ”släppa lite på kontrollen” och behovet av att ”hålla ordning”, till förmån för ledarskap (att leda arbetet, motivera, sätt övergripande mål, och arbeta med värderingar).

Hinder för Närvarande ledarskap
Förvånansvärt få av avdelningscheferna menar att de känner sig hindrade i att utöva ett närvarande ledarskap. De som uttrycker kritik menar att informationen uppifrån är för omfattande och sällan konsekvent, att initiativen uppifrån inte fullföljs (innan nästa introduceras), samt att mandatet att förändra verksamheten är synnerligen begränsat. Många frågor måste upp och vända och i bästa fall kommer de ned igen (t.ex. anställningar, förändrade vårdprocesser, flytta ärenden till andra kliniker).

Vad bör avdelningschefen få mer tid till
Enligt dem själva vill de ha mer tid till kvalitetsarbete och utvecklingsarbete. Överordnade chefer menar att avdelningscheferna bör få mer tid till forskning, reflektion och att leda arbete.

Arbetshälsan
Nästan samtliga menar att arbetshälsan är god på arbetsplatsen. De som inte mår bra sägs nästan uteslutande vara undersköterskor. Samtidigt framstår sjukfrånvaron vara tämligen hög med tanke på all tid som läggs på bemanning och rehab.

Förväntningar på programmet
Alla är mycket positiva till satsningen. Avdelningscheferna vill a) få tips och idéer av andra om hur och vad man kan arbeta med, b) vaska fram framtida ledare, samt c) bli stimulerade. Verksamhetscheferna förväntar sig att programmet ska innebära a) en personlig utveckling för avdelningscheferna, b) att avdelningscheferna ska våga ”släppa lite på kontrollen” och behovet av att ”hålla ordning”, c) ett stöd i avdelningschefernas professionella roll som ledare, samt d) ett stöd i arbetet mot en bättre samverkan mellan organisation, administration och medicinisk utveckling.

Vem leder det patientnära arbetet?
Det framstår som om att svaret på denna fråga varierar från situation till situation. Ibland är det läkarna (som leder ronden och är medicinskt ansvariga), ibland är det sjuksköterskorna (här-och-nu-laget), samt ibland avdelningscheferna. Eller är det så att alla (och ingen) leder?

Avdelningschefernas beskrivning av närvarande ledarskap
- Jag vet inte
- Fysisk närvaro
- Tillgänlighet (Att dörren är öppen)
- Bekräftelse
- Lyssna
- Tillit
- Kliniskt arbete som kamouflerad kontroll
- Att våga vara chef
- Jobba med attityder
- Sätta spelregler

Verksamhetschefernas syn på närvarande ledarskap
- Jag vet inte
- Bottna i sin roll
- Att synas
- Att arbeta kliniskt och visa sig kliniskt kompetent
- Teamledarskap

Vårdchefernas beskrivning av närvarande ledarskap
- Bygger på en insikt hos sig själv att våga ta sig tid till utveckling
- Att lyssna på medarbetare och ge dem feedback
- Att stötta medarbetarna i det patientnära arbetet
- Bredvidgång
- Att finnas tillgänglig
- Att man är engagerad
- Att man är uppmärksam på hur vården fungerar
- Att man inte fastnar i det administrativa träsket

Vad menas egentligen med närvarande ledarskap?
För vissa tycks närvarande ledarskap innebära att man ska vara en kliniker. Att man från tid till annan arbeta kliniskt för att upprätthålla sin legitimitet och skapa sig en uppfattning om medarbetarnas arbetsprestationer.

Andra framställer det som någon form av passivt ledarskap där man håller dörren öppen, lyssnar till vad medarbetarna har att säga, hälsar glatt och ger positiv feedback.

För ytterligare andra är det frågan om ett aktivt närvarande ledarskap som bygger på mästarlära, kvalitets- och utvecklingsarbete, samt att utveckla gemensamma värderingar och normer för verksamheten (inklusive spelregler).

Delrapport 2: Lärande

060831

Föreliggande delrapport fokuserar lärande, dvs. försöker säga något om effekterna av programmet i termer av individuellt så väl som organisatorisk lärande. De semistrukturerade intervjuerna fokuserade således initiala (lärande-) effekter. Det ställdes bl.a. följande frågor till deltagarna:

1) Har din syn på ditt ledningsuppdrag förändrats jämfört med före programmet?
2) Hur har detta, i så fall, satt avtryck i praktiken?
3) Vad innebär, enligt dig, ett närvarande ledarskap?
4) Vilka hinder finns det för att du ska kunna utöva ett närvarande ledarskap?
5) Har din syn på arbetshälsan förändrats under programmets gång?

Till vård- och verksamhetscheferna ställdes bl.a. följande frågor:

1) Har din relation till avdelningscheferna förändrats som en konsekvens av programmet?
2) Har och i så fall hur har programmet satt avtryck i praktiken, som du upplever det?
3) Vad innebär, enligt dig, ett närvarande ledarskap?
4) Har arbetet på vårdavdelningarna blivit mer hälsofrämjande jämfört med tidigare?

I analysen av intervjuutsagorna har jag sökt efter individuellt lärande, förstått som ett förändrat beteende, en förändrad förståelse av arbetet, eller en förändrad självbild (som i sin tur kan förväntas påverka själva utförandet av arbetet) hos individen. Jag har även sökt efter utsagor som tyder på ett organisatoriskt lärande, i form av förändrade rutiner, förändrade föreställningar (kultur) eller förändrad organisationsidentitet, dvs. mer kollektiva aspekter i organisationen.

Det har också gjorts en skillnad mellan avdelningsnivå och kliniknivå. Den förra anspelar på dem som arbetar på avdelningen, dvs. deltagarna och deras medarbetare. Kliniknivå anspelar på vårdchefen, verksamhetschefen, läkarna, övriga vårdavdelningar (som inte haft deltagare i programmet) och paramedicinarna.

De övergripande slutsatserna av effekterna av programmet så här långt framgår av tabellen nedan.

	Individuellt lärande	**Organisatoriskt lärande**
Avdelnings nivå	Definitivt	På vissa kliniker
Kliniknivå	På vissa kliniker	Nja på vissa kliniker, nej på övriga

Mer detaljerat vill jag framhäva följande slutsatser:

Individuellt lärande bland deltagarna

Slutsats 1: Det har skett ett individuellt lärande bland deltagarna
Samtliga deltagare hävdar att de är nöjda med programmet och att de har fått ut något av det. Vad som framför allt lyfts fram i termer av utbyte är:

- Ett nätverk
- Praktiska vertyg (ex. case-metodiken)
- Träning (ex. i hur man hanterar svåra samtal)
- Tips (ex. om hälsofrämjande arbete)

Att det skett ett individuellt lärande bekräftas också av överordnade och i vissa fall medarbetare på avdelningar (enligt intervjuerna). Återkommande är att adepterna gjort den största resan, att avdelningschefen fått perspektiv på sitt arbete och i något fall blivit bättre på att delegera. Någon överordnad säger att avdelningschefen bidrar med fler och bättre kommentarer i samband med olika möten.

Slutsats 2: Det återstår en del arbete vad gäller de intervjuades föreställningar om vad en hälsofrämjande arbetsplats innebär
Flertalet av deltagarna gav uttryck för att en hälsofrämjande arbetsplats handlar om att om de mår bra så gör de ett bra arbete (en viss självupptagenhet). Endast en minoritet gav uttryck för att om de gör ett bra arbete så kommer de att må bra (yrkesstolthet). Skillnaderna här samvarierade med hierarkisk nivå, där i princip alla de högre cheferna såg arbetshälsa som en fråga om att göra ett bra arbete.

Individuellt lärande på kliniknivå

Slutsats 3: För vissa överordnade chefer har programmet varit ett stöd; för andra eventuellt en väckarklocka
För vissa verksamhetschefer har programmet varit ett stöd i en redan påbörjad förändringsprocess mot att arbeta mer med ledarskap och management. För andra verksamhetschefer, som inte varit speciellt engagerade i programmet utan ägnat sin uppmärksamhet mot andra (viktiga) ärenden, kan programmet ha inneburit att de smått börjat inse att andra kliniker ser värde i och lägger vikt vid frågor rörande ledarskap och management.

Vad gäller vårdcheferna är samtliga positiva till programmet och dess tankar. Min bedömning är att programmet dessutom bidragit med att öka deras förståelse för vad ledning av det patientnära omvårdnadsarbetet kan innebära. Någon vårdchef vittnar exempelvis om att programmet har medfört att han/hon fått en tydligare bild av hur man kan leda vården.

Organisatoriskt lärande på avdelningsnivå

Slutsats 4: Programmet har på vissa kliniker satt spår i praktiken
På ungefär hälften av klinikerna kan man tala om ett organisatoriskt lärande på avdelningsnivå. Lärandet har tagit sig följande uttryck:

- Ett fördjupat samarbete mellan avdelningschef och adept
- En ny tjänst som fokuserar kvalitetsutveckling i vården (Närvarande ledarskap)

- Nya idéer (om hur man får patienterna till matsalen, om nya ansvarsområden för undersköterskor, om i vad mån man som oerfaren sjuksköterska ska ha ansvar för lika många patienter som den erfarna etc.)
- Ett bättre samarbete mellan avdelningschef och adept spiller över på övriga medarbetare
- Personalen på avdelningen har lärt sig nya kompetenser som svarar an mot nya kompetenskrav

Organisatoriskt lärande på kliniknivå

Slutsats 5: Programmet har knappast inneburit något organisatorisk lärande på kliniknivå
Föga överraskande har programmet knappast spillt över på andra vårdavdelningar, paramedicinarna eller på läkarna. Visserligen finns det några frön till detta på någon enstaka klinik i termer av att de deltagande vårdavdelningarna upplevs som förebilder, att paramedicinarna har blivit mer involverade i olika projektgrupper, samt att avdelningsläkarna har blivit informerade om tankegångarna i programmet.

Övergripande slutsatser

Slutsats 6: Ledningens stöd har varit direkt avgörande för effekterna av programmet
Utan ledningens stöd blir det sällan något. Det är även påtagligt vad gäller denna utbildning. Inom de kliniker där verksamhetschefen (och vårdchefen) ansett att programmet har varit en viktig satsning har också utfallet blivit gott, och vice versa. Det finns klinikchefer som via sitt engagemang givit programmets idéer tyngd inom avdelningarna, stimulerat deltagarna och förbättrat den vertikala kommunikationen. På dessa kliniker är det också tydligt att det finns mer av en samsyn kring organisation och ledning av vårdavdelningarna. Inom de kliniker där verksamhetschefen inte har engagerat sig i programmet har också utfallet blivit skralt. Vissa verksamhetschefer menar till och med att (ledning av) omvårdnaden är någon annans (vårdchefens) bord.

Slutsats 7: Effekter i termer av lärande och kompetens skiljer sig
Vad gäller den organisatoriska kompetensen (förstått som en ledningsfilosofi och handlingar i linje med tankegångarna i programmet) finns det stora skillnader mellan klinikerna. På vissa kliniker var/är förståelsen ringa vad gäller ledarskap och dess betydelse för organisatoriska prestationer. På andra kliniker var kompetensen relativt sett högre redan innan programmet.

Detta har fått till följd att programmet för vissa kliniker, vars förståelse för ledarskap var ringa inledningsvis, medfört ett visst lärande. De har så att säga flyttat sig. Samtidigt finns det enstaka kliniker där de redan före programmet hade adresserat ledarskapsfrågor varmed programmet mest har varit en bekräftelse och således inte inneburit något direkt lärande.

Utmaningar
I samband med att jag avrapporterade mina preliminära slutsatser för deltagarna och deras chefer 060404 framkom att en central del i att få till ett närvarande ledarskap på de olika avdelningarna kopplades till vad som flertalet benämner en sektionsledare. Det finns dock en stor variation vad gäller om rollen är en formell chefsroll eller ej, om det

innefattar personalansvar eller ej, om det innebär ett lönetillägg eller ej, om det innefattar administrativa uppgifter eller ej, samt om det kombineras med kliniskt arbete eller ej. Det finns så att säga en viss oklarhet förknippat med sektionsledarrollen.

Deltagarna har också uttryckt att de brottas med att kulturen delvis kännetecknas av en hämmande jantelag. Detta har bl.a. inneburit att de nyblivna ”sektionsledarna” har funnit det svårt att bli accepterade i sin nya roll. Det är som om man först måste förtjäna rätten till att försöka innan man ges möjlighet att försöka hantera den nya rollen.

Vad som ytterligare försvårar för sektionsledaren är att det råder olika föreställningar om vem som egentligen ska leda det patientnära arbetet. Här nämns både sjuksköterskan och sektionsledaren. På samma sätt råder det olika meningar om vem som leder vårdutvecklingen; avdelningschefen eller sektionsledaren. Dessutom framhävs att även att andra ska få chansen att lyfta (jämlikhetsidealet!)

Slutligen innefattar ”sektionsledarrollen” både en stödjande och en kontrollerande del. Detta ställer krav på sociala färdigheter så väl som medicinska kunskaper. Inte minst när det handlar om att stödja och följa upp de mest erfarna och kompetenta sjuksköterskorna. Det är således en rätt svår uppgift att vara sektionsledare som kan ta tid att lära sig.

Slutsatser

Sammanfattningsvis kan sägas att programmet har varit uppskattat av och inneburit ett individuellt lärande för programdeltagarna. På vissa kliniker har programmet dessutom medfört positiva effekter för andra medarbetare på vårdavdelningen och för vårdchefens och verksamhetschefens arbete. Programmet har så att säga medfört organisatoriskt lärande på vissa kliniker.

Samtidigt kan sägas att föreställningarna om vad Närvarande ledarskap är fortfarande innefattar stora variationer. För vissa verksamhetschefer, vårdchefer, avdelningschefer så väl som adepter handlar närvarande ledarskap fortfarande i huvudsak om arbetsledning och trivsel. Något grovt uttryck ser de närvarande ledarskap som en fråga om att ha dörren öppen, hälsa glatt i korridoren och se till så att medarbetarna trivs på sin arbetsplats.

Andra har tagit till sig av programförklaringen och ger uttryck för att närvarande ledarskap i första hand är en fråga om att säkerställa att patienten får en god vård, vilket bl.a. säkerställs genom arbetsledning och arbetet med ständiga förbättringar (kvalitetsutveckling). Detta innebär dels att övergripande driva och samordna vårdutvecklingen, dels att ha en nära kontakt med det patientnära arbetet för att kunna upptäcka brister i tid, kunna värdera ett ärendes angelägenhet, samt att bidra till arbetstillfredsställelsen genom att uppmärksamma medarbetarna i arbetet.

Delrapport 3: Management och Ledarskap

071028

Inledning

Syftet med denna tredje delrapport är att ge röst åt och systematisera de föreställningar som finns om ledning av det patientnära arbetet bland deltagarna och deras överordnade vårdchefer och verksamhetschefer, samt att kritiskt kommentera dessa.

Rapporten är disponerad enligt följande. Först några rader om metod och teoretisk referensram. Därefter följer en analys av utsagorna om ledningsarbete. Denna följs av en analys av förändringar sedan andra (utvärderings-) omgången. Rapporten avslutas med att lyfta fram aktuella utmaningar och slutsatser.

Metod

Denna rapport bygger i första hand på intervjuer genomförda under september 2007 med deltagarna (avdelningscheferna och deras f.d. adepter), vårdchefer och verksamhetschefer. De senare två kategorierna intervjuades i huvudsak tillsammans. Samtidigt har utsagorna från denna tredje intervjuomgång jämförts med erfarenheter och analyser från de tidigare intervjuomgångarna. Med andra ord baseras denna rapport på sammanlagt 73 intervjuer.

Intervjuutsagorna har analyserats utifrån Kotters (1990) beskrivning och definition av management och ledarskap. Skälen är flera. Ett sådant är att skapa en struktur för (att skära) informationen från intervjuerna. Ett annat är att teorin erbjuder en norm att jämföra (föreställningarna om) ledningsarbete mot. Jag vill dock inte mena att Kotters teorier utgör en sanning, ett bevisat bästa sätt att agera som chef, men väl en underbyggd referensram för att diskutera ledningsarbetet på vårdavdelningarna såväl som på mer övergripande plan inom UMAS.

Referensram: Management och Ledarskap

Alla verksamheter har att hantera både stabilitet och förändring. Annorlunda uttryckt, alla chefer har oftast ansvar för att dels ”hålla maskinen igång” och dels att arbeta för förändring. Detta innebär t.ex. att arbeta för att vidmakthålla en viss kvalitet i vården givet en viss resurstilldelning, å ena sidan, och att arbete med innovation, å andra sidan. Det förra benämner Kotter management, medan det andra kallas ledarskap. Han tillägger att båda typerna av aktiviteter är lika viktiga. Han exemplifierar sedan skillnaderna mellan begreppen utifrån följande tre dimensioner:

<u>Att skapa en agenda</u>

Management (-aktiviteter) utgår från givna mål som sedan bryts ned i delmål. Här handlar det om att planera och budgetera – hur ska vi fördela de resurser vi fått tilldelade, vad vi behöver göra idag för att kunna vårda patient X imorgon, samt hur ska detta följas upp?

Ledarskap, däremot, handlar om att etablera en riktning - att skapa en vision, en engagerande idé om ett åtråvärt och realistiskt framtida tillstånd.

<u>Att utveckla ett mänskligt nätverk för att genomföra agendan</u>

För att en verksamhet ska kunna uppnå en viss effektivitet krävs att man rekryterar och organiserar, varav det senare i princip handlar om arbetsdelning. Men det handlar också om att skapa strukturer och rutiner för att samordna det arbete som delats upp. Mer konkret handlar dessa managementaktiviteter om att skapa effektiva strukturer och rutiner för samverkan, samt att säkerställa en god kongruens mellan arbetsbeskrivningar, kompetens och ersättningsnivåer.

Till skillnad från management fokuserar ledarskap bara de integrativa aspekterna, dvs. hur man får individer och grupper, med delvis olika intressen och uppgifter, att sträva mot samma mål. Det finns dessutom en annan skillnad. Management fokuserar verksamhetens (t.ex. vårdavdelningen eller klinikens) interna nätverk, medan ledarskapsaktiviteterna i första hand handlar om att kommunicera med andra för att skapa förutsättningar för att kunna genomföra agendan. Mer konkret inbegriper detta, för avdelningschefen, samtal och förhandlingar med andra avdelnings- vård- och verksamhetschefer, avdelningsläkare, paramedicinare, patienter etc i syfte att även de ska sträva efter, eller åtminstone stödja en strävan mot, den agenda man satt upp (t.ex. patientnärmre vård, närvarande ledarskap, ständiga förbättringar, kvalitetssäkring, skapa rutiner för hur man snabbt implementerar nya rekommendationer från socialstyrelsen). För verksamhetschefen innebär det på motsvarande sätt samtal och förhandlingar med andra verksamhetschefer inom sjukhuset och kanske även på andra sjukhus, områdes- och vårdchefer, chefsläkare och chefssjuksköterska, ekonomi- och personalchefer etc.

Genomförande

Här menar Kotter att managementaktiviteterna handlar om uppföljning och problemlösning. Annorlunda uttryckt fokuserar dessa aktiviteter att upptäcka och eliminera avvikelser från vad som är tilltänkt. Detta sker inte sällan genom att utveckla rutiner för ”best practice”, ”early warning systems” och att säkerställa att orsakerna till avvikelserna åtgärdas.

På denna nivå handlar ledarskap om att motivera och inspirera. Att få människor att bli engagerade i det de gör och kapabla att ta sig förbi hinder i förändringsarbetet (mot visionen). Detta sker, menar Kotter, genom att kommunikationen sträcker sig bortom information, dvs. att den mobiliserar människor genom att knyta an till deras grundläggande behov, så som att prestera, tillhöra och känna en viss yrkesstolthet.

Avslutningsvis är det viktigt att notera att dessa management- och ledarskapsaktiviteter, enligt Kotter, ingalunda bör utföras av enkom en person. Snarare behöver man engagera flera, vilket i sig kräver ett genomtänkt och balanserat förhållningssätt till hur man samtidig ska uppnå arbets- och ansvarsfördelning (differentiering) och samordning (integration) i själva ledningsarbetet.

Analys

Skapa en agenda

Av intervjuerna framgår ett bristande fokus på att skapa agendor. Alltför mycket kraft läggs på den dagliga driften och alltför lite på att driva förändringsarbete eller för den delen planera för att nå redan befintliga mål. I första omgången framkom visserligen att flera avdelningar har mål uppsatta vid entrédörren, men jag ställer mig undrande till i vilken utsträckning vårdavdelningarna t.ex. säkerställer att de efterlever socialstyrelsens

rekommendationer eller för den delen, genom nyskapande, bli en bidragare till socialstyrelsens rekommendationer.

Jag är även kritisk till vård- och verksamhetschefernas sätt att hantera sitt ansvar för att driva både det löpande arbetet och förändringsarbete på vårdavdelningar. Detta gäller inte alla, men mot bakgrund av digniteten på de problem som beskrevs inledningsvis, finner jag det anmärkningsvärt att det finns tendenser till att dels delegera mer eller mindre hela arbetet och ansvaret för att hitta lösningar på problemen, dels att inte beakta den betydelse man som chef har i olika förändringsarbeten. Särskilt förvånande är att inte alla vårdchefer framstår som engagerade och drivande i att skapa övergripande agendor för sina vårdavdelningar.

Skapa förutsättningar för ett lyckat genomförande

Vad gäller att organisera och rekrytera finner man de flesta av effekterna av Närvarande ledarskap just här. Närvarande Ledarskap har mer eller mindre manifesterats i form av att man har infört sektionsledare som ska stå för det patientnära omvårdnadsledarskapet. Man skulle kunna tro att effekten av programmet således blev att avdelningscheferna nu utvecklat ett mer frånvarande ledarskap men så tycks inte vara fallet. Snarare vittnar flera avdelningschefer om att införandet av sektionsledare har inneburit att avdelningscheferna har blivit mer insatta i den dagliga verksamheten. De har även fått mer tid till svåra samtal och känt en viss lättnad och komfort i att ”förbättringslediriet” nu drivs av sektionsledaren, utan att man för den skull avsäger sig det yttersta ansvaret.

Vad som inte tycks ha fungerat lika bra är motsvarande ledarskapsaktiviteter, dvs. den kommunikation som syftar till att få alla medarbetare och andra signifikanta intressenter, att se värdet i ett närvarande ledarskap och således stödja en strävan mot ett sådant tillstånd. Detta är givetvis både en nödvändig och grannlaga uppgift eftersom det kräver samtal med ett flertal individer och grupper med delvis olika intresse. Det ställs också krav på att kunna övertyga någon som är emot eller på andra sätt säkerställa om inte stöd så åtminstone inte alltför mycket motstånd. Tyvärr tycks flera avdelningar infört sektionsledare utan att ha lyckats övertyga signifikanta intressenter om dess betydelse.

Genomförande

I mina ögon finns det några centrala effekter som ett närvarande ledarskap skulle kunna uppnå. Dessa fokuserar en bättre patientvård genom att minimera antalet (och verkningsgraden i) avvikelser (kvalitetssäkring), ständiga förbättringar av omvårdnadsrutiner (innovation) och ökad arbetstillfredsställelse. Detta kräver ständig uppföljning och problemlösning, dvs. ett effektivt management, där den ökade arbetstillfredsställelsen kommer av att bli uppmärksammad och utvecklas i sitt arbete. Intrycket är att de flesta avdelningar har blivit bättre på uppföljning. Problemlösning kan jag inte uttala mig om. Frågan är dock om de blivit tillräckligt bra. Fortfarande finns det antydningar till att uppföljningen sker tämligen ad hoc – ett delat ansvar med dess för- och nackdelar.

Ledarskapsaktiviteter med bäring på genomförande fokuserar medarbetarnas tankar/föreställningar snarare än beteende. De syftar till att få medarbetare motiverade och inspirerade genom att utgå från en annan syn på verksamheten och sig själva. En syn som ger bättre förutsättningar för en god vård ur patientens perspektiv men som

också bättre svarar an mot basala behov. Genom att uppmärksamma prestationer (i bemärkelsen se och belöna) och skapa tillhörighet (social identitet) kan man stärka människors yrkesstolthet och självkänsla. Men det handlar också om att skapa mening i vardagen. Om att gjuta liv i standardvårdplaner (och andra standardiseringsprojekt) genom att säkerställa att alla förstår hur dessa kan bidra till en bättre sjukvård.

Som jag förstår det ser många av de intervjuade närvarande ledarskap som något som ska bidra till en annan form av motivation och inspiration. En som i huvudsak handlar om att hålla igång den dagliga verksamheten, snarare än ett stöd i ett förändringsarbete. Annorlunda uttryckt, ansträngningarna från ledningen på vårdavdelningarnas sida att inspirera och motivera tenderar att i förhållandevis stor utsträckning handla om att få (vissa ur) personalen att komma till jobbet och väl där göra ett ok jobb.

Förändringar sedan andra omgången

Nedan följer en uppföljning av slutsatser och utmaningar från andra omgången av utvärderingen av Närvarande ledarskap (se delrapport 2). Med andra ord kommenteras dessa slutsatser och utmaningar i termer av om de även bekräftas i denna tredje omgång, eller om det har skett små eller större förändringar.

Slutsats 1: Det har skett ett individuellt lärande bland deltagarna

Denna slutsats bekräftas undantagslöst även i tredje intervjuomgången.

Slutsats 2: Det återstår en del arbete vad gäller de intervjuades föreställningar om vad en hälsofrämjande arbetsplats innebär

Här tycks en viss förändring har skett. Allt fler talar om betydelsen av medarbetarnas egenansvar (istället för att tala om vad arbetsgivaren borde göra för att förbättra medarbetarens hälsa).

Slutsats 3: För vissa överordnade chefer har programmet varit ett stöd; för andra eventuellt en väckarklocka

Det tycks som om satsningen på Närvarande Ledarskap i stora drag fallit i glömska bland de verksamhetschefer som varit med från början. Inte så att de ställer sig emot satsningen. Den är bara inte något som fyller deras intresse och uppmärksamhet. På de kliniker där man fått nya verksamhetschefer har de nya i stort sett inte satts in i frågan över huvud taget.

Vad gäller vårdcheferna förvånas jag av att flera (fortfarande) har svårt att formulera sig slagkraftigt kring idén om ett närvarande ledarskap. Notera dock att det finns några som kan.

Slutsats 4: Programmet har på vissa avdelningar satt spår i praktiken

I förra omgången framkom det att programmet, på ungefär hälften av klinikerna, hade satt avtryck i praktiken, t.ex. i form av ett fördjupat samarbete mellan avdelningschef och adept, att man höll på att ta fram en ny tjänst som fokuserar kvalitetsutveckling i vården (Närvarande ledarskap), idéer kring hur man ska förbättra omvårdnaden etc.

Här vill jag mena att den största skillnaden skett sedan förra omgången. Alla avdelningarna har nu en tjänst med fokus på Närvarande ledarskap. Vissa avdelningar har infört denna tjänst som en konsekvens av programmet, medan andra redan före programmet hade infört denna ledningsstruktur. Vissa kallar den sektionsledare, andra omvårdnadsledare eller teamledare. Det formella införandet av denna funktion har haft stor praktisk betydelse för att möjliggöra ett mer närvarande ledarskap från både avdelningschefen och sektionsledarens sida.

På de avdelningar som redan före programmet hade infört sektionsledare, vittnas det om att avdelningschefen upplever att hon utvecklat ett bättre förhållningssätt till sektionsledaren och indirekt till sitt eget arbete, med stöd av programmet. Det senare bekräftas av vårdchefen. Deltagarna har också blivit mer tydliga och engagerade i sektionsledarens roll i, och betydelse för, kvalitetsutveckling och –säkring.

Slutsats 5: Programmet har knappast inneburit något organisatorisk lärande på kliniknivå

Fortfarande, och möjligen föga överraskande, har programmet på majoriteten av klinikerna inte spillt över i någon större utsträckning på andra vårdavdelningar, paramedicinarna eller på läkarna. Snarare uttrycker deltagarna att andra vårdavdelningar har varit skeptiska och ointresserade. Några vårdchefer säger att allt de kan göra är att sälja in det sen är det upp till avdelningarna om de vill anamma det eller ej. Visserligen finns det ett undantag där, så vitt jag förstår, en vårdchef lyckats införa ett närvarande ledarskap på hela kliniken, dvs. både i termer av strukturförändringar (t.ex. sektionsledare) och en hyfsat enad och klar bild om vad dessa personer ska göra. Och varför!

Slutsats 6: Ledningens stöd har varit direkt avgörande för effekterna av programmet

”Utan ledningens stöd blir det sällan något. Det är även påtagligt vad gäller denna utbildning”, skrev jag då. Tyvärr är jag, efter omgång tre, fortfarande kritiskt till de rådande ledningsföreställningarna om att god sjukvård skapas genom platta organisationer, paviljongsystem och en alltför stark tilltro till bottom-up-processer. En utpräglad tro på detta riskerar att leda till laizzes-faire (ett låt-gå-ledarskap/icke-ledarskap), vilket i sin tur får konsekvenser som att varje klinik tar fram sin egen hemsida, sina egna arbetsbeskrivningar, sitt egna sätt att hantera bemanning etc. Här behövs mer samordning och samverkan, varför jag rekommenderar att man öppnar upp för även andra former av ledarskap och management.

Slutsats 7: Effekter i termer av lärande och kompetens skiljer sig

I delrapport 2 beskrevs att det före programmet fanns stora skillnader mellan deltagarnas kompetens med avseende på management och ledarskap och dess betydelse för organisatoriska prestationer, men att gapet hade krympt. Något grovt uttryckt hade vissa lärt sig mycket av programmet medan andra mest blivit bekräftade. Jag vill mena att gapet fortsätter att minska.

Utmaning 1: Splittrad syn på ”sektionsledaren”

I samband med förra avrapporteringen framkom en stor variation vad gäller om ”sektionsledarerollen” är en formell chefsroll eller ej, om det innefattar personalansvar

eller ej, om det innebär ett lönetillägg eller ej, om det innefattar administrativa uppgifter eller ej, samt om det kombineras med kliniskt arbete eller ej.

Sett till vad man infört eller håller på att införa tycks det nu finnas en större samsyn. För de flesta innebär en sektionsledartjänst en gruppledarroll, (dvs. ingen egen budget, eller ansvar för rekrytering, lönesättning, etc.), få administrativa uppgifter, och mer eller mindre full tjänst som sjuksköterska. Notera dock att denna samsyn i första hand är programmets och dess deltagares tjänst.

Utmaning 2: Hur får man legitimitet som sektionsledare

Att bli accepterad i sin nya roll är givetvis en utmaning. Än svårare är kanske att utföra denna roll på ett skickligt sätt. Dessutom innefattar sektionsledarrollen både en stödjande och en kontrollerande del, vilket ställer krav på olika chefs- och ledarskapsförmågor, såväl som medicinska kunskaper. Inte minst när det handlar om att stödja och följa upp de mest erfarna och kompetenta sjuksköterskorna. Det är således en rätt svår uppgift att vara sektionsledare som kan ta tid att lära sig.

I några fall tycks försöken att införa sektionsledare ha stött på patrull och man har försökt anpassa rollen och arbetsbeskrivningen utefter person. På andra avdelningar har man standardiserat roll/arbetsbeskrivningen och sedan har det varit upp till sektionsledaren att hitta sitt sätt att utöva rollen. Jag rekommenderar det senare! Inte formuleras väl tjänsten som verksamhetschef primärt utifrån person.

Utmaning 3: Förvirring kring vem som gör vad

I förra omgången rapporterades det om att det rådde olika föreställningar om vem som egentligen ska leda det patientnära arbetet. Här nämndes sjuksköterskan, sektionsledaren och avdelningschefen. Dessutom rådde det olika meningar om vem som leder vårdutvecklingen; avdelningschefen eller sektionsledaren. Dessutom framhävs att även att andra ska få chansen att lyfta (jämlikhetsidealet!).

Här tycks en tydligare idé om hur ledningsarbetet ska organiseras, åtminstone mellan avdelningschef och sektionsledare men också mellan sektionsledare och sjuksköterska vuxit fram. Jag är dock mer tveksam till relationen mellan vårdchef och avdelningschef. Av intervjuutsagorna att döma finns det en del att arbeta på för att förbättra dessa relationer, både i termer av uppdelning av arbete och ansvar, och samverkan.

Övergripande slutsatser: olika föreställningar om vad Närvarande ledarskap innebär

I delrapport 2 poängterades att det fanns stora variationer i föreställningarna om vad Närvarande ledarskap innebär. För vissa verksamhetschefer, vårdchefer, avdelningschefer så väl som adepter handlade närvarande ledarskap i huvudsak om arbetsledning och trivsel. Något grovt uttryck såg de närvarande ledarskap som en fråga om att ha dörren öppen, hälsa glatt i korridoren och se till så att medarbetarna trivs på sin arbetsplats.

Andra hade tagit till sig av programförklaringen och gav uttryck för att närvarande ledarskap i första hand är en fråga om att säkerställa att patienten får en god vård, vilket bl.a. säkerställs genom arbetsledning men också genom arbete med ständiga

förbättringar (kvalitetsutveckling). Detta ställer i sin tur krav på att skapa en ledningsstruktur för att övergripande driva och samordna vårdutvecklingen, någon som har ansvar för att ha en nära kontakt med det patientnära arbetet för att kunna se förtjänster och brister, kunna värdera ett ärendes angelägenhet, samt bidra till arbetstillfredsställelsen såväl som yrkesstoltheten genom att uppmärksamma medarbetarna i arbetet.

Jag vill mena att det fortfarande finns ett antal personer bland de intervjuade, från alla kategorier, som inte fullt ut förstått vad ett närvarande ledarskap är, vad som krävs för att få det att funka, samt vad det kan bidra med för att förbättra vården.

Slutsats

Min övergripande bedömning är att vården på UMAS påvisar vissa brister i ledarskap, såväl som management. Detta kommer till uttryck i allt från verksamhetschefer som anser att ledarskap är ”flum”, till en sällsynt utbredd föreställning om att den egna verksamheten är unik (och att man därför inte kan underordna sig gemensamma rutiner eller lära sig något av någon annan). Det finns också en föreställning om att (lednings-) kompetens är en fråga om att kunna visa prov på ”självständighet” (och inte samverkan) och en misstro mot centrala direktiv och mellanled etc. Det tycks också som om dessa föreställningar stärks av en del dåliga erfarenheter av styrning uppifrån. Visserligen ska det nämnas att förändringsarbetet går framåt; de flesta vårdavdelningarna har infört eller planerar att införa sektionsledare som ett led i att stärka det närvarande ledarskapet. Det ska också nämnas att de flesta deltagare upplever programmet som ett viktigt stöd i denna utveckling, varför de anser att programmet bör följas av fler omgångar. Men, förändringsarbetet går enligt min bedömning alltför försiktigt tillväga, dvs. utifrån någon form av frivillig, icke-samverkande, bottom-up-process.

Sammantaget vill jag hävda att det krävs ökade kunskaper och färdigheter kring chefsarbete både i termer av management och ledarskap, på mer eller mindre samtliga nivåer, för att utveckla vården. För att detta ska kunna utvecklas krävs i sin tur en annan syn på vad det innebär att vara chef. Inte minst för patientens skull!

Referenser

Kotter, J. P. (1990) A force for change: How leadership differs from management. New York: Free Press.