



Styrning med *förhinder*

Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor

Författare: Mats Tyrstrup



Styrning med *förhinder*

*Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta
med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor*

Mats Tyrstryp
*Center for Advanced Studies in Leadership,
Handelshögskolan i Stockholm*

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick under 2012 ett forskningsuppdrag av Socialstyrelsen för att närmare studera och belysa förutsättningarna för styrning av hälso- och sjukvårdens verksamheter med koppling till föreskrifterna om ledningssystem för kvalitetsarbete.

Rapporten ”Ledningssystem och styrning av vård – utmaningar och förutsättningar” (LHC Report nr 2 2012) speglade bland annat hur föreskrifterna om ledningssystem tillämpats genom studier av revisionsrapporter i ämnet. Vi har nu gått vidare från detta tillsynsperspektiv till att undersöka hur förutsättningarna ser ut bland dem som föreskrifterna avser att omfatta: verksamhetschefer i vården. Mellanchefer är en grupp som ofta är utsatt för tryck från flera håll. Många empiriska studier pekar på en snarast klämd ställning, mellan styrning från ovan och mångfaldiga mål för verksamheterna från nedan.

Mats Tyrstryp vid Center for Advanced Studies in Leadership, Handelshögskolan i Stockholm, har undersökt hur verksamhetschefer arbetar med att utveckla kvaliteten och patient-säkerheten samt vilken roll Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem har i det arbetet. Svaren indikerar att Socialstyrelsens föreskrifter spelar en mindre roll än man kunde tro. Orsakerna är många, men en förefaller vara den flora av styrsignaler som verksamhetschefer utsätts för. Fler föreskrifter leder inte nödvändigtvis till bättre följsamhet. Vad är det då som kan stödja kvalitetsarbete i systemet? Vi pekar på behov av kompletterande angreppssätt och ökad kunskapsutveckling kring verksamhetschefers dagliga arbete. Detta för att chefer ute i praktiken ska kunna få det nödvändiga utrymmet och mandatet för att utveckla den svenska vården – något som undersökningen visar att det flesta brinner för.

Föreliggande rapport är en av tre som publiceras på området under 2012. LHC arbetar med att samla de tankar som väckts i samtliga rapporter i en bok om ledarskapet i praktiken. En bok som vi hoppas skall fungera som ett tankestöd för ledare på olika nivåer och i olika verksamheter så att de kan utveckla sin roll i vårdens komplicerade system.

Tack till Ingela Sölvell som hjälpt till med intervjuerna och Johan Berglund som bidragit med kloka kommentarer på ett utkast till rapporten. Båda är verksamma vid Handelshögskolan i Stockholm.

Trevlig läsning!

Stockholm i november 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Jon Rognes, Ek Dr
Bitr. generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

I den här rapporten redogörs för resultaten från en förstudie av hur verksamhetschefer arbetar med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem. Men frågor har även ställts om arbete med patientsäkerhet, kvalitet och verksamhetsutveckling i övrigt. Intervjustudien har varit en förberedelse inför en mer omfattande kvantitativ enkätstudie som riktar sig till mer än 1 000 verksamhetschefer inom den svenska vården med fokus på ledningssystem och verksamhetsutveckling.

Flertalet med insyn i svensk vård är överens om att vården måste utvecklas. Att verksamhetschefer har en nyckelroll i det sammanhanget är de flesta eniga om. En viktig fråga blir därför följande: Hur arbetar verksamhetschefer med att utveckla kvalitet, patientsäkerhet och verksamheten rent generellt? Och hur används Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem (SOSFS 2011:9) i det arbetet?

Femton verksamhetschefer har intervjuats om de här frågeställningarna. Analysen pekar mot att det är bättre ställt med omfattningen på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet än dokumentationen av hur arbetet görs. Men det finns indikationer på att Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem spelar en mindre roll än man kunde ha förväntat sig. Orsakerna är många men en förefaller vara den flora av styr signaler som verksamhetschefer utsätts för. Att balansera motstridiga mål, men också att ibland nonchalera vissa krav på verksamheten, blir den enda rimliga arbetsmetoden. En del tyder på att just Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem helt enkelt försvinner i mängden av information som verksamhetschefer menar sig vara utsatta för både gällande vad som ska göras och hur.

Det finns behov av att hitta nya sätt att stödja verksamhetschefer i deras arbete med att förbättra vården. Och det handlar inte bara om verktyg som Lean och liknande. Minst lika viktigt tycks arbets- och ansvarsfördelningen inom vårdsektorn som sådan vara (inklusive departement, myndigheter, landsting och ledningar för olika vårdenheter). I förlängningen väcks kritiska frågor om de institutioner, regler och rutiner som existerar inom vårdsektorn och hur dessa fungerar. Behoven inom den svenska vården förefaller nämligen handla både om förbättringar i vården som sådan, och förbättrade förutsättningar för utvecklingsarbete inom hela sektorn.

Innehåll

Bakgrund	9
Studien – om de intervjuade och intervjuerna	11
Studiens syfte	13
Mönster i intervjusvaren	15
<i>Tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem i vården</i>	15
<i>Socialstyrelsen ur verksamhetschefens perspektiv</i>	16
<i>Arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor</i>	17
<i>En mångfald av styrsignaler</i>	17
<i>Verksamhetsutveckling i vården rent generellt</i>	18
<i>Hindren för att utveckla vårdverksamheter</i>	19
<i>Inspirationen och källorna till verksamhetsutveckling</i>	19
Slutsatser och frågor som förstudien reser	22
<i>Sammanfattande reflektioner</i>	25
Diskussion kring slutsatserna i det vidare perspektivet	27
Referenser	29
Appendix 1: Intervjuguide	30
Appendix 2: Verksamhetsområden som finns representerade i studien	31
Om Leading Health Care	32
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	32
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	32
LHC:s publikationer	33





Bakgrund

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har på uppdrag av Socialstyrelsen under 2011-2012 genomfört ett projekt för att kartlägga kunskapsläget kring styrning av hälso- och sjukvård med koppling till riktlinjer och allmänna råd på området.

Hösten 2011 genomfördes en studie av tänkbara orsaker – ur ett ledarskapsperspektiv – till att Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem (senast SOSFS 2011:9) används i så pass liten omfattning (Tyrstrup, Mats i LHC Report 2/2012). Detta då mot bakgrund av att det har funnits föreskrifter sedan 1993.

Studien byggde på dokumentstudier, särskilt revisions- och inspektionsrapporter, där det alltså redogjordes för tillämpning och brist på tillämpning vid ett antal olika vårdenheter. Det kunde konstateras att:

“... det varierar hur långt man kommit bland vårdaktörer när man granskar vårdverksamheter i termer av dokument och riktlinjer som ska avspegla mål, rutiner, arbets- och ansvarsfördelning för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. På vissa håll finns fungerande ledningssystem och dessa påverkar arbetet ända ner på den dagliga verksamhetsnivån. Andra ytterligheten handlar om organisationer där man har svårt att få ett ledningssystem att fungera och i värsta fall finns det bara spår av ett sådant system i form av ofullständiga dokument med ytterst liten eller ingen påverkan på arbete med att utveckla kvalitet och patientsäkerhet.” (s 72)

En annan viktig iakttagelse var att det pågår:

“... såväl kvalitetsarbete som arbete med patientsäkerhetsfrågor vilket har initierats utan att det finns något mer välutvecklat ledningssystem. Den rimliga förklaringen är att många som arbetar inom vården uppfattar dessa uppgifter som en naturlig del av det egna professionella ansvaret.” (s 72)

Det konstaterades vidare att den slutsats man rimligen kunde dra var att:

“... förändringsförmågan lokalt, inklusive de kompetenser och färdigheter som fordras för att driva den aktuella typen av förändringar, varierar mycket mellan olika vårdverksamheter och vårdorganisationer. Sannolikt gäller detta även intresset för den typ av verksamhetsmodell som ledningssystem är ett exempel på. I den meningen upplever man i en del verksamheter betydande svårigheter och stora problem med att omsätta direktiv i aktiviteter, rutiner och verksamhet. Man kan också ana en viss ”misstro”, kanske rent av en direkt tveksamhet mot ”system, modeller och management” i största allmänhet.” (s 73)

Det var mot den här bakgrunden som verksamhetschefers arbete, och förutsättningarna för detta arbete, bedömdes som viktigt att genomlysas. Den här rapporten är en redogörelse för vad som kommit fram genom en intervjustudie med verksamhetschefer. Ambitionen var just att beskriva de delar av verksamhetschefers arbete som berörs av ledningssystem, men också förutsättningarna för verksamhetschefer att arbeta med de här frågorna.

Denna studie är en förstudie till en större enkätundersökning som genomförs under fjärde kvartalet 2012. Den senare har som syfte att kvantifiera ett antal faktorer och förhållanden som har identifierats som viktiga och intressanta genom den här förstudien.

Om Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Det systematiska förbättringsarbetet ska bland annat bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Därigenom ökar verksamhetens nytta för intressenterna.

Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

Föreskrifterna lägger fast grundstrukturen för hur verksamheterna ska arbeta för att säkra att man uppfyller de krav och mål som ställs i lagar och andra föreskrifter. De innehåller inte någon detaljerad kravlista på områden eller rutiner. Det tydliggörs att verksamheterna själva måste kartlägga vilka processer och rutiner som behövs för att säkra kvalitet, samt vilket regelverk som gäller för respektive verksamhet, och anpassa sitt ledningssystem efter det.

Källa: Socialstyrelsen

Studien – om de intervjuade och intervjuerna

Intervjupersonerna identifierades genom en inventering av verksamhetschefer i LHC:s och dess medarbetares kontaktnät. Utgångspunkten var att den utvalda gruppen skulle uppvisa såväl balans som variation avseende representerade verksamhetsområden, ålder, erfarenhet, kön, typ av vårdenhet samt ort och geografi. Därefter tillfrågades de personer som identifierats om intresset att delta. Den grupp som återstod granskades utifrån de kriterier som angavs ovan. Gruppen bedömdes som tillfredsställande sammansatt och tider bokades för intervjuer. Intervjuerna genomfördes under andra kvartalet 2012 av ekonomie doktor Ingela Sölvell och har analyserats av ekonomie doktor Mats Tyrstrup, båda verksamma vid Center for Advanced Study in Leadership vid Handelshögskolan i Stockholm.

Femton verksamhetschefer intervjuades i upp till 45 minuter per person. Intervjuerna var semistrukturerade med möjlighet till både förbestämda och spontana följdfrågor. En del frågor var av karaktären att de endast ställdes om man avgett vissa svar på tidigare frågor. Om någon exempelvis inte var särskilt bekant med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem i vården fanns det naturligtvis inga skäl att fråga om hur föreskrifterna påverkat arbetet inom det verksamhetsområde som respondenten ansvarade för. Den som svarade på samtliga frågor som var förberedda svarade på nitton stycken. (Intervjuguiden finns som appendix liksom en förteckning över vilka verksamhetsområden som är representerade i studien).

Av de femton intervjuade var åtta kvinnor och sju män. Samtliga var verksamhetschefer med ansvar för sjukhuskliniker, vårdcentraler eller paramedicinska enheter (dvs. sjukgymnaster, kuratorer, dietister, etcetera). Klinikerna i studien representerar en bred, låt vara absolut inte fullständig, repertoar av olika specialistområden. Urvalet har gjorts så att såväl stora sjukhus i storstäder som närsjukhus och vårdcentraler på mindre orter finns representerade.

Den verksamhetschef i intervjustudien som hade det största verksamhetsområdet hade runt 370 medarbetare och de två minsta hade drygt 30 medarbetare vardera. Sju av respondenterna hade mellan 200 och 300 medarbetare och fem hade runt 100-talet eller lite drygt så. Ett verksamhetsområde hade cirka 80 medarbetare.

Samtliga verksamhetschefer hade minst en underställd chef som rapporterade till dem. Flerparten ingick också i ledningsgrupper inom de vårdenheter de tillhörde och några hade också egna ledningsgrupper med de chefer som rapporterade till dem.

Intervjuunderlaget har kvalitetssäkrats utifrån begreppet teoretisk mättnad (Glaser & Strauss, 1967). Teoretisk mättnad är en term som utvecklats inom den kvalitativa samhällsvetenskapliga forskningen. Begreppet innebär att efter ett antal intervjuer börjar svar från tidigare intervjuer att upprepas och fler intervjuer tillför därför ingen ytterligare information eller nya aspekter. I det läget finns det således skäl att tro att förekomsten av uppfattningar, agerande etcetera är rimligt kartlagd. Däremot måste man vara försiktig vad gäller proportioner. Det är därför den här förberedande studien ska följas upp med en enkätstudie där en del av vad som framkommit ska kvantifieras.

Om rollen som verksamhetschef

Verksamhetschef är en funktion som definieras i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Det är en befattning som ska representera vårdgivaren och det är vårdgivaren som ansvarar för att det utses verksamhetschefer. Verksamhetschefer ska finnas för att tillgodose hög patientsäkerhet och god kvalitet samt för att främja kostnadseffektivitet i vården. Detta inkluderar ett generellt ansvar för ledningen av en verksamhet och verksamhetschefens uppgifter svarar mot vad som faller på chefer i allmänhet.

En verksamhetschef har ansvar för att de bestämmelser följs som gäller för den verksamhet som bedrivs, exempelvis regler och riktlinjer som utfärdats av myndigheter eller som vårdgivaren har bestämt. Det är också vårdgivaren som bestämmer vilka befogenheter, rättigheter och skyldigheter, samt vilket ansvar (inklusive eventuellt resultatansvar), utöver det författningsreglerade ansvaret, respektive verksamhetschef skall ha.

Verksamhetschefen svarar typiskt sett för såväl den långsiktiga utvecklingen av verksamheten som den dagliga driften. Som verksamhetschef ska man se till att verksamheten har mål och verksamhetsplan, en lämplig organisation, en budget och rutiner för ledning av verksamheten. Till verksamhetschefens uppgifter hör också att säkerställa att omhändertagandet av patienter sker med hög patientsäkerhet och i enlighet med evidens och beprövad erfarenhet för god vård. Till detta kommer att se till att god samverkan och samordning med andra enheter kommer till stånd. Som verksamhetschef ska man också svara för att medarbetare har den kompetens som krävs för att sköta sina vårduppgifter och att de får den vidareutbildning som behövs för att vården ska kunna bedrivas i enlighet med aktuella kunskaper om olika diagnoser och terapier.

Hur vården är organiserad varierar mycket lokalt och mellan olika specialiteter, varför det kan skilja sig mycket vad som ingår i ett verksamhetsområde och hur många underställda medarbetare man som verksamhetschef har. Det är vårdgivaren som avgör vilken kompetens som krävs för att kunna ta ansvar för ett visst verksamhetsområde. Som verksamhetschef får man inte bestämma över diagnostik eller behandling annat än i fall där man har den rätta kompetensen. Omvänt betyder det att en verksamhetschef inte måste ha den kliniska kompetens som används i den vårdverksamhet som han eller hon leder och ansvarar för (undantag finns för verksamhetsområden som innehåller myndighetsutövning, exempelvis tvångsvård).

Studiens syfte

Intervjustudien har haft tre huvudsakliga syften:

- att översiktligt beskriva verksamhetscheferns arbete med ledningssystem eller motsvarande, och förutsättningarna under vilka de utför detta arbete
- att undersöka vilka inställningar som verksamhetschefer har till Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem i vården
- att förbereda en kvantitativ studie av vissa aspekter av verksamhetscheferns arbete

Inte minst det sista syftet är viktigt. I den kvantitativa studien är ambitionen att nå mellan 1 000 och 3 000 verksamhetschefer. Detta för att få en statistisk grund för att avgöra vad som är att betrakta som huvudsak respektive bisak när det gäller verksamhetschefer och deras arbete med vårdkvalitet, patientsäkerhet och verksamhetsutveckling generellt.

I den utsträckning som det i det följande indikeras omfattningar eller storleksordningar är det viktigt att se dessa kommentarer i ljuset av att förstudien ska följas av en större kvantitativ studie. Lämpligen betraktas den sortens påpekanden som en sorts minnesanteckningar inför arbetet med att välja ut frågorna till den kvantitativa studien.





Mönster i intervjustudien

Tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem i vården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (för tillfället SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Den tidigare förordningen var från 2005 och den första kom 1993.

I intervjustudien var antalet verksamhetschefer som sa sig endast ha rudimentära kunskaper om Socialstyrelsens föreskrifter fler än dem som menade sig känna till den väl och därtill i vissa fall också tillämpar den. Endast en av de femton intervjuade verksamhetscheferna använde föreskriften fullt ut och hade brutit ner den och implementerat ett ledningssystem i den egna verksamheten helt i linje med Socialstyrelsens föreskrifter. Två menade att SOSFS 2011:9 hade fungerat som övergripande ramverk för deras arbete med kvalitets- och patient-säkerhetsfrågor utan att ha använts i alla sina delar. Tre kände till innehållet i föreskrifterna utan att ha annat än låtit sig inspireras av dem. Ytterligare några, utöver de sex som var väl bekanta med föreskrifterna om ledningssystem, kände till att det hade trätt ikraft en ny föreskrift den 1 januari 2012.

Samtliga som uppgav att de hade satt sig in i föreskrifterna ordentligt, och helt eller delvis också tillämpat eller inspirerats av dem i den egna verksamheten, var kvinnor. Då underlaget är så pass litet kan man självfallet inte dra några slutsatser. Men det finns alltså skäl att, i den betydligt större kvantitativa enkätstudien, undersöka om det finns en genusaspekt på benägenheten att sätta sig in i och använda föreskrifter om ledningssystem.

Det ska påpekas att frågorna i intervjustudien ställdes på ett sådant sätt att det inte enbart var den senaste förordningen som avsågs. Det hade ju varit tänkbart att verksamhetscheferna som intervjuades ännu inte hade hunnit sätta sig in i den nyaste förordningen med tanke på att intervjuerna gjordes under andra kvartalet 2012, ett par månader efter att SOSFS 2011:9 trätt i kraft. Men de svar som gavs visade inte på några skillnader mellan kännedom om senare och tidigare föreskrifter eller omfattningen på kunskaperna om föreskrifternas innehåll.

Socialstyrelsen ur verksamhetschefens perspektiv

Samtliga verksamhetschefer i intervjustudien menade att Socialstyrelsens tillsynsverksamhet var betydelsefull för att utveckla både kvalitet och patientsäkerhet i den svenska vården. Dessutom är de i huvudsak positiva till hur tillsynen bedrivs, med ett viktigt undantag. Många av de intervjuade verksamhetscheferna menade att stödet efter en tillsyn kan förbättras väsentligt. Det behövs, menade vissa, något mer än en revisionsrapport och ett ”lycka till”. Den återföring man som verksamhetschef får i samband med tillsyn skulle kunna innehålla möten och föredragningar där bristerna går igenom i detalj och möjliga åtgärder kan diskuteras. Någon nämnde Skolinspektionen som möjlig modell och förebild. Enligt den verksamhetschefen genomför Skolinspektionen workshopar med rektorer och lärare som form för att återföra vad som framkommit vid deras inspektioner. (Som en randanmärkning kan konstateras att från och med sommaren 2013 skiljs Socialstyrelsens nuvarande tillsynsverksamhet från arbetet med kunskapsstyrning och kunskapsutveckling, vilket kan medföra nya arbetsmetoder. Detta var emellertid inte något som var bestämt när intervjuerna gjordes.)

De generella attityderna till och uppfattningarna om Socialstyrelsen bland de intervjuade varierar från mycket positiva till mycket negativa. Något färre gav uttryck för positiva uppfattningar om Socialstyrelsen än de som hade en kritisk hållning. Det bör därför vara en viktig uppgift för den kvantitativa undersökningen att undersöka en del kring de proportioner som gäller för verksamhetschefer attityder till Socialstyrelsen.

En vanlig uppfattning bland dem som ansåg att Socialstyrelsen brister i sin förmåga att ge stöd till utveckling av vårdverksamheter är att myndigheten har undermåliga kunskaper om förutsättningar som gäller ute på kliniker, vårdcentraler etcetera. Många gav uttryck för att arbetet med att stödja dem som är verksamma i vården förutsätter andra kunskaper än dem som finns inom Socialstyrelsen. Man menade att skillnaderna kan vara stora mellan vad som gäller inom en viss vårdverksamhet och villkoren som råder i och runt andra. Då blir rekommendationer, mot bakgrund av bristande kunskaper om de mer subtila aspekterna på organisering av vård, i stort sätt olämpliga eller otydliga för alla. En sorts medelvägens förbannelse. Eller, annorlunda uttryckt; endera blir rekommendationerna så generella att vägledningen blir ganska diffus eller så är detaljerna där men utan att vara möjliga att känna igen i den enskilda vårdverksamhetens förutsättningar.

Många verksamhetschefer menade också att en tillsynsattityd präglar Socialstyrelsen i stort och att även när det gällde rekommendationer och riktlinjer, eller annat kunskapsstöd, så fanns den attityden med i bilden. Ett antal verksamhetschefer ansåg exempelvis att det är enkelt för Socialstyrelsen att begära in olika uppgifter för att sedan komma med anvisningar som det ska tas hänsyn till i vården. Några menade att Socialstyrelsen har ett sådant förhållningssätt även när en sådan attityd inte är nödvändig. Tillsyn är tillsyn och det sätter vissa ramar för umgänget. Men i övrigt, ansåg flera av verksamhetscheferna, finns det stort utrymme för en mer ömsesidig relation och en respekt för Socialstyrelsens respektive den operativa vårdens olika perspektiv.

Arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor

Tillämpandet av SOSFS 2011:9, eller kunskaperna om dess innehåll, kan inte användas som mått på omfattningen av det faktiska arbetet med vårdkvalitet och patientsäkerhetsfrågor. Detta är ett viktigt konstaterande. Flertalet av de verksamhetschefer som uppgav att de inte hade satt sig in i SOSFS 2011:9, och inte tidigare förordningar heller, sa sig arbeta med kvalitet och patientsäkerhet i alla fall men då i enlighet med egenutvecklade rutiner för detta. Dokumentationen av innehåll och resultat från sådant arbete förefaller också tillfredsställande även om dokumentationen av arbetets former och rutiner varierar. Rutiner tycks finnas i form av allmänt känd praxis i vårdverksamheterna utan att vara beskrivna på ett sätt som tillåter utomstående att sätta sig in i hur det här arbetet går till. Åtminstone inte utan att prata med dem som arbetar i verksamheten. Kanske kan man säga att det att döma av intervjuvarerna verkar betydligt bättre ställt med ”görandet” när det gäller kvalitetsarbete och patientsäkerhet än med dokumentationen av ”hur görandet går till”.

Samtliga intervjuade antydde på olika sätt att arbetet med kvalitet och patientsäkerhet är en integrerad del av professionsidentiteten inom de olika vårdyrkena. Det ligger i den professionella hållningen att värna kvalitet och säkerhet. Möjligen kan man säga att sakfrågorna står i främsta ledet och att metod och organisation för att arbeta med dem har hamnat i bakgrunden. En viktig fråga som svaren från de intervjuade verksamhetscheferna därför reser är om kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är drivet av händelser och erfarenheter i den dagliga verksamheten snarare än en mer analytiskt driven inställning med syftet att verka föregripande. Alltså att praxis handlar om att inte göra om samma misstag snarare än att försöka förebygga att exempelvis en viss skada överhuvudtaget inträffar. Kanske skulle man i så fall kunna säga att mycket av arbetet med kvalitet och patientsäkerhet inom den svenska vården baseras på principerna för lärande organisationer snarare än hypotesstyrd experimentverksamhet. Ett i så fall ganska gott tecken. Samtidigt som det skulle innebära att behoven av stöd och olika former av kunskapsöverföring inom vården måste utgå ifrån ett mer erfarenhetsbaserat sätt att se på utvecklingen av patientsäkerhet och vårdkvalitet än vad nuvarande styrning ger uttryck för.

En mångfald av styrsignaler

Flertalet verksamhetschefer menar att de utsätts för väldigt många och olika styrsignaler och att de är tvingade att välja vilka de ska ta hänsyn till och vilka de helt enkelt måste nonchalera. Det kan handla om rena instruktioner eller mål men också rekommendationer som kan komma från politiker, sjukhusledning, patienter, anhöriga, Socialstyrelsen, patientföreningar eller media för att bara nämna några intressenter. Flertalet av de krav som verksamhetschefer uppfattar riktas mot deras verksamheter är dessutom av och till i konflikt med varandra, varför att balansera respektive att nonchalera blir viktiga arbetsmetoder. Många i studien pratade om ett informationsbrus och några även om det lite kuriösa påståendet att copy/paste-funktionen på datorer har gjort det enkelt att klippa samman nya rapporter för distribution inom vården. Socialstyrelsen, men också landsting, sjukhusledning och deras

staber, beskrevs som särskilt verksamma med just detta. Den mer allvarliga synpunkten var naturligtvis att mängden information på så sätt har kommit att devalvera information och dess värde rent generellt. Några hävdade just att de förordningar om ledningssystem som kommer från Socialstyrelsen helt enkelt försvinner i informationsbruset. Det krävs tid för att gå igenom alla styrimpulser man som verksamhetschef utsätts för och att verkligen tolka och värdera dessa. En tid som i många fall helt enkelt saknas.

Många av verksamhetscheferna i studien efterfrågade enkla verktyg och tydliga riktlinjer och beslutskriterier för att hantera både arbetsvardagen men också, och kanske framförallt, utvecklingsarbetet inklusive det inom områdena patientsäkerhet och vårdkvalitet. En del menade att mängden administrativa uppgifter och det stora antalet administrativa system ockuperar en betydande del av en verksamhetschefs tid. Det läggs ständigt till uppgifter och system men plockas sällan bort några. Arbetet som verksamhetschef har därför succesivt styrts från vård och medarbetare till ekonomi, organisation och styrimpulser. Verksamhetschefsarbetet blir därför förhållandevis svårt att överblicka. Till det kan läggas att det fortfarande finns, som antydde ovan, behov av att försöka tolka och finna tillämpningsformerna för de många styrsignalerna. Det är mot den bakgrunden som verksamhetschefer anser att förenklingar i och förtydliganden av de styrsignaler och regelverk de har att förhålla sig till skulle vara synnerligen välkomna.

Verksamhetsutveckling i vården rent generellt

Samtliga verksamhetschefer i intervjustudien uppgav att de arbetar med ständiga förbättringar också inom andra områden än patientsäkerhet och kvalitet. Mönstren i svaren uppvisar vad man kan förvänta sig när det gäller utvecklingsarbete inom organisationer rent generellt. Ett antal av verksamhetscheferna hade nyligen genomfört mer eller mindre omfattande förändringar i verksamheten. Exempel på detta kunde vara organisationsförändringar, förändringar i arbetsrutiner eller ändrade sätt att leda verksamheten. I stort sett alla verksamhetschefer uppgav att de kontinuerligt gjorde justeringar i såväl vad som gjordes som hur detta gjordes i de verksamheter som de hade ansvaret för.

Tolkningen här måste göras med viss försiktighet. Det finns skäl att tro att det pågår ungefär motsvarande förändringsarbete inom de femton verksamheter vars chefer deltagit i den här studien som i andra vårdverksamheter. Däremot har det inte funnits några möjligheter att avgöra i vilken utsträckning förändringarna också inneburit förbättringar och i så fall i vilka avseenden. Slutsatsen man kan dra är att verksamhetschefer arbetar mycket med att förbättra de verksamheter de leder och menar själva att de lyckas i rimlig omfattning. På basis av den här studien finns det inga skäl att tro något annat än att så skulle vara fallet, men det finns alltså inga andra belegg för detta än verksamhetschefernas egna utsagor. Dessvärre är inte heller en kvantitativ enkätstudie en framkomlig väg för att studera den här aspekten på verksamhetschefers arbete och insatser. Det är andra typer av studier som måste göras för att allsidigt belysa effekterna av det ständiga förändringsarbete som uppenbarligen pågår. Studier som kan bedöma effekter ur många olika perspektiv för att analysera om fördelar och positiva effekter överstiger eventuella nackdelar och negativa effekter. Sannolikt behövs det tämligen detaljerade fallstudier för att undersöka den här saken.

Hindren för att utveckla vårdverksamheter

En majoritet av verksamhetscheferna i intervjustudien menar att ekonomi- och budgetfrågor är de största hindren för att vidareutveckla verksamhetens patientsäkerhet och kvalitet. Detta ska inte trivalt tolkas som att verksamhetscheferna i studien vill ha mer resurser. Några pekade, med i vissa fall mycket handfasta och gripande exempel, på situationer där det fanns en uppenbar konflikt mellan vad som var god och säker vård å ena sidan och de resurser man förfogade över å den andra. Många menade att fokus på förbättrad produktivitet, och därmed bättre resursutnyttjande, i praktiken hade högre prioritet än kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Budgeten som ”styrregim” framträder tydligare och mera påtagligt än eventuella kvalitets- och säkerhetsfrågor. Kvalitets- och patientsäkerhetsproblem manifesterar sig också vanligen i form av händelser medan medvetenheten om ekonomin framstår som ständigt närvarande. Det senare då genom kontinuerligt synliggörande av förändringar i de ekonomiska utfallen. Ekonomin i verksamheten mäts därtill regelbundet och det finns ofta tidpunkter – ibland deadlines – när vissa nivåer ska ha uppnåtts i form av exempelvis besparingar. Något som får ekonomi- och budgetfrågor att framstå som mer akuta än arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor.

Många verksamhetschefer uppgav att en budget i balans på så sätt styrde de förändringar man var mer eller mindre tvingad att genomföra. Några påpekade dessutom att de upplevde en stor ambivalens inför förbättringar i ekonomiska termer. Sådana produktivitetsförbättringar kunde innebära att budgeten minskades framöver som en följd av förbättringen. Några av de intervjuade verksamhetscheferna ansåg att det på så sätt fanns i det närmaste negativa incitament för att arbeta med verksamhetsförbättringar i ekonomiska termer.

Inspirationen och källorna till verksamhetsutveckling

Alla verksamhetschefer menade att den egna verksamheten, i samspel med medarbetare och patienter, är den stora källan till initiativ till verksamhetsutveckling. Inte sällan till följd av händelser som upprepas och som då vanligen är av problemkaraktär. Men det är också vanligt att idéer om hur man kan förbättra sådant som redan fungerar bra blir fundamenten för att i olika avseenden utveckla och stärka vårdverksamheter.

Alla hade även regelbundna utbyten med andra enheter kring olika utvecklingsfrågor, framför allt med kollegor inom samma specialistområde men också med andra verksamhetschefer inom exempelvis de sjukhus där man arbetar. Många pekade på att man inom respektive vårdenheter, åtminstone om det gäller ett sjukhus, har verksamhetschefsdagar där olika utvecklingsfrågor står på agendan. Ett antal nämnde dagar rörande Lean som exempel på vad som varit uppmärksammat under de senaste åren. Men även många andra utvecklingsområden har behandlats, och ofta då som en form av strukturerade erfarenhetsutbyten. Också ledningsgrupper och divisionsledningsgrupper nämndes som forum där man som verksamhetschef kan lyfta fram och få hjälp med frågor som har att göra med utvecklingen av den egna verksamheten.

Runt hälften av de intervjuade verksamhetscheferna uppgav att de också hade olika former av externa samarbeten med motsvarande kliniker både nationellt och internationellt. Många hade exempelvis kliniker på andra sjukhus som förebilder och partners man regelbundet

hade utbyten med. Ett antal av de intervjuade verksamhetscheferna ingick också i internationella nätverk. Båda typerna av samarbete var dock vanligen inriktade mot frågor kring terapier och behandling snarare än organisering av vården som sådan.

Inte oväntat följer verksamhetschefernas kontakter när det gäller utvecklingsfrågor, så långt dessa beskrivits i den här förstudien, principen om "tillgänglighet genom närhet". Andra verksamhetschefer på samma sjukhus, eller tidigare kollegor, är bra samtalspartners i den utsträckning man inte använder den egna ledningsgruppen eller de egna medarbetarna. När avståndet växer förefaller fokus skifta från organisering till terapi och behandling. Samma organisatoriska tillhörighet verkar alltså stimulera kontakter om arbetsformer och organisation medan samma vårdprofessioner i snäv mening förefaller att stärka utvecklingstänkandet kring vårdens innehåll.

Flertalet av de intervjuade verksamhetscheferna hänvisade till utbildningar de gått som viktiga bidrag när det gäller tänkande kring utveckling och förbättring rent generellt. Vid vårdenheter som är lite större, som universitets- och regionsjukhus, finns det vanligtvis krav på att man som verksamhetschef ska gå utbildningar både för att förbereda sig för arbetet som chef men också för att vidareutvecklas i rollen som ledare. Något som merparten av de intervjuade verksamhetscheferna uppfattade som positivt att bli erbjudna. Många nämnde även externa utbildningar som ett effektivt sätt att både vidga det egna nätverket och få ta del av kunskaper och erfarenheter från såväl organisations- och ledarskapsforskning som erfarenheter och tillvägagångssätt inom andra vårdverksamheter.





Slutsatser och frågor som förstudien reser

Den här intervjustudien visar att förutsättningarna för och förmågan till verksamhetsutveckling varierar lokalt samtidigt som det på många håll görs betydande ansträngningar att utveckla vårdkvaliteten och patientsäkerheten i den svenska vården. ”Görandet” är med största sannolikhet mer omfattande än ”dokumentationen av görandet”. Detta ger naturligtvis skäl till optimism även om det också måste värderas i ljuset av att det sker misstag i vården och att vården inte i alla avseenden är så säker och bra som man har skäl att önska. Vad detta beror på har varit föremål för debatt och diskussioner under lång tid och de problemformuleringar som har föreslagits är många.

Enligt intervjuerna talar mycket för att ”räckvidden”, alltså tillämpandet av föreskrifter om ledningssystem fullt ut, sannolikt är mindre än man kanske kunde ha förväntat sig. Det fanns naturligtvis en möjlighet att de intervjuade i sina svar tagit fasta på den förordning som började gälla 1 januari 2012. Men frågorna ställdes i två led; om man kände till föreskrifterna om ledningssystem och om man kände till den senaste som nyligen trätt i kraft (se intervjuguiden). Detta talar för att det inte handlar om huruvida man som verksamhetschef känner till och har satt sig in i just den senaste föreskriften eller inte, utan föreskrifter om ledningssystem rent generellt.

Studien pekar också ut ett antal stråk av uppfattningar bland verksamhetschefer i den svenska vården vars utbredning är viktig att försöka få ett visst grepp om. Det kommer därför att bli värdefullt att få dessa uppfattningar kvantifierade i den enkätstudie som den här intervjustudien har varit en del av förberedelserna inför.

Bland de områden som kan belysas kvantitativt ger den här studien skäl att närmare titta på bland annat följande (utan inbördes rangordning):

- I vilken utsträckning bedrivs det ett någorlunda systematiskt arbete med att utveckla kvalitet och patientsäkerhet inom vården – oavsett om detta görs i linje med SOSFS 2011:9 eller på annat sätt? Det här är viktigt att belysa för att kunna diskutera om det är omfattningen på eller innehållet i arbetet som brister. Av uppenbara skäl är åtgärderna som behövs olika beroende på vad som framkommer kring detta.
- Hur uppfattar verksamhetschefer i vården Socialstyrelsen som aktör inom vårdsektorn och hur myndigheten bidrar till vårdens utveckling? Men naturligtvis också hur det här bidraget kan bli större. Intervjuerna ger skäl att tro att på sina håll kan ”relationen” mellan verksamhetscheferna i vården och Socialstyrelsen betecknas som ansträngd. Att se på hur utförarna och myndigheterna i och kring vården kan utveckla ”win-win-relationer” är naturligtvis en strategisk fråga för den svenska vårdens utveckling.

- Vilka styrsignaler prioriteras av verksamhetschefer, i vilken omfattning och på bekostnad av vilka andra värden och mål som ska uppfyllas av vården? Studien indikerar att det är vanligt, troligen alltför vanligt, att verksamhetschefer måste ge upp vissa ambitioner för att istället fullfölja andra. Ibland går exempelvis budgeten före kvaliteten i vården. Hur de här prioriteringarna ser ut, och varför de ser ut som de gör, är synnerligen viktigt att försöka få grepp om.
- Studien pekar ut ett antal områden som är potentiellt strategiska för att förstå hur utvecklingen av den svenska vården kan främjas – och inte minst vem som kan ta vilken roll i det arbetet. Att verksamhetschefer menar sig arbeta med ständiga förbättringar rent generellt framgår av de intervjuer som gjorts. Samtidigt antyder många att den ekonomiska styrregimen överordnas andra centrala värden. Till en del kommer enkätstudien att kunna ge svar som är relevanta för den här problematiken.

Det finns också en del förhållanden som framkommit genom studien och där en enkät inte är ändamålsenlig för att fördjupa kunskapen. Likväl finns goda skäl att tro att en fördjupad kunskap om dessa är centralt för vårdens utveckling och valet av strategier för att åstadkomma den utvecklingen. Här följer de huvudsakliga (utan inbördes rangordning):

- Det pågår mycket arbete kring patientsäkerhet runt om i vården men enkäter kan knappast belysa hur bra och effektivt det arbetet är. Enkäter kan inte heller åskådliggöra vilka resultat arbetet har gett upphov till annat än som någons bedömning av detta. Effekterna av sådant utvecklingsarbete tenderar dessutom av vara många och av varierande slag – samma utvecklingsinsats kan ha förändrat patientarbetet, organisationen, ekonomin, arbetsmiljön och ledningsarbetet – varför en rimlig hypotes är att såväl förbättringar som försämringar har förekommit i anslutning till en viss förändring. Att kartlägga dimensionerna i detta, inte minst eventuella målkonflikter, är synnerligen viktigt men måste göras med ändamålsenliga undersökningsmetoder.
- En del av verksamhetschefsarbetet som uppskattas mycket av verksamhetscheferna själva – och då som källa till inspiration och stöd i utvecklingsarbete rent generellt – är kontakter med och relationer till andra verksamhetschefer respektive andra vårdverksamheter. Den här studien ger vissa antydningar om hur detta går till. Men det är viktigt, inte minst enligt verksamhetschefernas egna bedömningar, att fördjupa kunskaperna om hur den här typen av ”horisontellt lärande och erfarenhetsutbyte” skulle kunna förstärkas och kanske systematiseras på ett bättre sätt än vad som är fallet idag. Detta gäller naturligtvis i så fall utvecklingsarbete rent generellt och inte bara det som bedrivs kring vårdkvalitet och patientsäkerhet. Arbetsmiljöfrågor, organisering, ledning, gränsöverskridande samverkan i vården – det finns ett spektrum av områden där utveckling är möjlig och där alla inte kommer att kunna utveckla allt själva. Det är inte bara omöjligt – att alla ska svara för sin egen utveckling, det är dessutom extremt ineffektivt.

- Vad som inte heller låter sig fångas genom svar på enkäter är hur patientsäkerhets- och kvalitetsarbete initieras. Eller, bättre uttryckt: På vilka olika sätt kan det komma sig att arbete med de här frågorna sätts igång? Den här studien ger vissa indikationer om att det mycket väl kan vara händelser i det dagliga arbetet, snarare än ledningssystem, som gör att det påbörjas aktiviteter i den här riktningen. Något som i så fall kan beskrivas som ”förbättringsarbete baserat på empiriska exempel/fall”. En strategi som kan sägas ta hänsyn till och ha som utgångspunkt att man måste förstå komplexiteten runt exempelvis ett misstag om man ska kunna identifiera verksamma åtgärder. Det är naturligtvis förhållandevis enkelt att uppmärksamma misstag (låt vara att det är långt ifrån alltid som det sker). Risken finns att man ganska enkelt också hittar en förklaring, stundom kanske rent av en syndabock. Men studier kring olycksprevention, högriskarbete, verksamhets-säkerhet etcetera (jfr kärnkraft, trafik, flyg och naturligtvis även vården) pekar snarare mot att förklaringarna i det enskilda fallet tenderar att vara ganska komplexa och mångfacetterade (Rasmussen 1997). Alltså att ett antal omständigheter sammanfaller och att detta är den mycket sammansatta men rimliga förklaringen till skeendet. (Vilket inte alls behöver sammanfalla med exempelvis det juridiska eller professionella ansvarsutkrävandet). Implikationen av allt detta är att det som låter sig generaliseras – i meningen att det kan betraktas som rimligt överförbart till andra liknande situationer – är mönster som uppträder i många fall och som är gemensamma för det här fallen. Om det är vanligt att arbetet kring kvalitetsutveckling och patientsäkerhet initieras av händelser i vårdarbetet som sådant, kan detta tolkas som ett uttryck för att man arbetar med utgångspunkt i att se till komplexiteten i en vårdkedja eller vårdsituation. Vad gäller organisatoriskt lärande skulle hypotesen i så fall vara att man – i den enskilda vårdverksamheten – har hög kvalitet i den enskilda analysen av möjliga förbättringar men sannolikt för få fall (tack och lov!) för att identifiera generella mönster. På det senare skulle erfarenhetsutbyten kunna vara en lösning. Kvalitativ forskning en annan.

Sammanfattande reflektioner

Arbetet som verksamhetschef är svårt. Och inte bara på det sätt som chefsarbete är svårt i allmänhet. Mycket att göra, svårt att sätta gränser för det egna arbetet, oklart hur man ska prioritera, att frågor dyker upp oväntat och att man har många parallella processer att hantera samtidigt. När det gäller arbetet som verksamhetschef finns dessutom en annan och lite ovanlig knepighet. Nämligen att man ofta är betydligt mera initierad i villkoren som gäller för den verksamhet man leder jämfört med överordnade chefer.

Typiskt sett har en mellanchefer, vilket ju en verksamhetschef är sett ur ett organisationsteoretiskt perspektiv, ganska goda möjligheter att föra en dialog om innehållet i den egna verksamheten med sina överordnade chefer. Man kan naturligtvis ha olika uppfattningar om hur verksamheten ska bedrivas, ibland väldigt olika. Inom vården tillkommer ofta problematiken att den överordnade chefen (t ex en sjukhusdirektör) inte har sin medicinska specialitet inom det område som verksamhetschefen har det kliniska ansvaret för. Här handlar det mer om vilka förutsättningar överordnade har att förstå verksamheten och vad detta betyder för vad en verksamhetschef och en överordnad kan ha en riktigt bra dialog om. Ekonomi är ett ämne man kan prata om medan kanske behoven av specialister, och därmed bemanningen, vid en viss typ av kranskärlsoperation kan vara svårare. Vad betyder i så fall detta för den vertikala dialogen inom exempelvis ett sjukhus?

Av den här intervjustudien att döma har verksamhetschefer ett tämligen utsatt, och i den meningen besvärligare arbete, än vad många andra mellanchefer har. Målen och kraven som ska uppfyllas är många. Det i sig är inget problem, men att mål och krav ofta är konflikterande försvårar ansvarstagandet väsentligt. Vården som alla är angelägna ställs mot varandra och ska uppfyllas i en vardag som är både stressig, händelsedrivna och fylld av beslut som knappast kan betraktas som triviala. Den mängd information man som verksamhetschef möts av är omfattande och kan ha väldigt olika karaktär. Informationen kommer från många olika håll och kan vara både externt och internt genererad. Till detta ska läggas allt arbete med att översätta styrsignaler till konkreta konsekvenser, aktiviteter och rutiner för den verksamhet som man har ansvar för. Ett arbete som det sällan finns särskilt mycket tid till. Eller för att travestera den indignerade strofen i August Blanchés ”Ett resande teatersällskap”: Fan ska vara verksamhetschef!



Zon B
Rxn- & sytome
medical mapping

Zon B
Rxn- & sytome

Zon B
Rxn- & sytome

Diskussion kring slutsatserna i det vidare perspektivet

Följande är ett försök att sammanfatta en sorts metaslutsats av den här studien, men även att placera den i ett lite vidare sammanhang kring utvecklingen av den svenska vården. Utgångspunkten kan tas i iakttagelsen att den svenska vården måste just utvecklas. Så långt förefaller alla vara överens. Att symptomen handlar om långa väntetider, brist på vårdplatser, vacklande kvalitet och säkerhet men även en besvärlig arbetsbelastning för vårdpersonal är de flesta också eniga om. Sedan går meningarna isär när det gäller hur problemen ska formuleras. En del menar att det saknas resurser och då är naturligtvis lösningen att tillföra pengar. Andra anser att de institutionella förutsättningarna är fel varför det måste till reformer. Kömiljarden, vårdval, konkurrensutsättning och privatiseringar är alla exempel på sådana reformer. Men det finns också de som hävdar att sjukvården är ineffektivt skött på operativ nivå och därför bara kan förbättras med hjälp av exempelvis Lean, Balanced Scorecard eller andra liknande system och modeller.

Gemensamt för alla de här problemformuleringarna är att de underförstår att det är i olika vårdenheter, och i organiseringen av och prioriteringarna inom dessa, som svensk sjukvård har sina brister. Och detta är i sin tur något som placerar verksamhetscheferna i en av de mer centrala positionerna när det gäller att komma tillrätta med problemen i den svenska vården. Samtidigt riskerar det här synsättet att göra analysen alldeles för snäv.

Den här presenterade förstudien av verksamhetschefers utvecklingsarbete, och vad som påverkar dem i detta, ger en förhållandevis tydlig indikation. Förstudien pekar mot en möjlig hypotes: Nyckeln till att utveckla den svenska vården är verksamhetscheferna. Men de villkor under vilka de arbetar ger inte något effektivt stöd för att utveckla vårdcentraler, kliniker eller vilka andra vårdverksamheter som helst för den delen. Man kanske kan säga att ibland lyckas verksamhetschefer med sina utvecklingsinitiativ trots – inte tack vare – de förutsättningar under vilka de arbetar. Och hur dessa förutsättningar uppstår och upprätthålls kan ha en måhända lite oväntad men fullt sannolik förklaring. En förklaring som i sin tur leder fram till följande slutsats: Det är vårdsektorn som sådan och som system – och inte de enskilda vårdenheter – som utgör det perspektiv man måste utgå ifrån om ambitionen är att identifiera möjligheter att förbättra och utveckla den svenska vården.

När det gäller exempelvis slutenvården inställer sig i så fall frågan på vilka sätt divisions- och sjukhusledningar kan bidra till att stärka verksamhetschefernas förutsättningar och möjligheter att, tillsammans med medarbetare, kollegor, patienter och anhöriga, vidareutveckla den svenska vården. I förlängningen krävs förmodligen en utförlig debatt om arbetsfördelningen mellan olika nivåer i den svenska vården. Vad ska göras på kliniknivån av verksamhetschefer och deras medarbetare? Vilka arbetsuppgifter kan hanteras av division- och sjukhusledningar? Vilka frågor kan landstingen faktiskt ta ansvar för och vad är det som vilar på Socialstyrelsen, Socialdepartementet och andra sektorsövergripande instanser, inklusive organisationer som SKL, Lif, patientföreningar och de fackliga aktörerna. Det här tangerar knepiga områden varav relationerna till politiken är en, och professionernas ansvar och ansvarstagande en annan.

Mycket talar för att den svenska vårdsektorn idag har en vertikal arbetsfördelning som i förhållandevis ringa grad bidrar till utvecklingsdynamiken i vården. Måhända är arbetsfördelningen rent av hämmande. En förstärkt och underlättad horisontell samverkan, inklusive utbyten av erfarenhet och lösningar på problem, skulle troligen kunna förstärkas betydligt och på så sätt öka takten i förbättringsarbetet väsentligt. Den svenska vårdsektorn behöver en rejäl och djuplodande diskussion om vem som kan bidra med vad när det gäller utvecklingsdynamik – en diskussion som måste vara så förutsättningslös som möjligt. Hypotesen är nämligen enkel: Verksamhetschefen är nyckeln till att förändra den svenska vården. Men hälso- och sjukvården – som sektor och system betraktad – är vare sig lämpligt organiserad eller har regelverk och procedurer som i väsentlig omfattning stödjer verksamhetschefer i det arbetet. Ett för snävt fokus på själva vårdens utförande tar uppmärksamheten från de många och lika besvärliga som dysfunktionella inslagen inom sektorn som sådan. Om vården, från departement och myndigheter till vårdcentraler och akutmottagningar inklusive allt som finns både däremellan och däromkring, betraktas som det system vars sammantagna output är den svenska vården, kommer nya och effektivare lösningar att kunna identifieras och synliggöras. Ett för snävt perspektiv på ett problem är naturligtvis kraftigt begränsande för vilka lösningar som man kommer att uppfatta. Kanske kan man säga att diagnoserna kan bli många fler och annorlunda om man betraktar det som sker i den operativa vården som symtomen snarare än sjukdomen.

De idag vanligaste problemformuleringarna – brist på resurser, behov av reformer och låg effektivitet och produktivitet i vården – bortser alla från stora sjuk av det totala system vars sammantagna output är just den svenska vården. Detta får naturligtvis sina konsekvenser. Med ett vidare perspektiv än vad som händer i utförligheten skulle frågorna bli både fler och mer komplicerade. Samtidigt skulle de möjliga svaren på hur den svenska vården kan och bör bedrivas och organiseras – och under vilka institutionella villkor och förutsättningar – också bli fler. Därmed inte sagt att de med nödvändighet också skulle bli mer komplicerade. Snarare tvärtom.

Referenser

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine.

Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: a modeling problem, Safety Science, vol. 27, nr. 2–3, s. 183–213.

SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen.

SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

Tyrstryp, M. (2012). Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv. I Rognes, J. och . Krohwinkel Karlsson (red.). Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. LHC Report Nr 2 2012. Stockholm: Leading Health Care.

Appendix 1: Intervjuguide

Om Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem

- Känner du till Socialstyrelsens ledningssystem?
- Känner du till den senaste versionen (gäller från årsskiftet)
- På vilket sätt har Socialstyrelsens ledningsföreskrifter påverkat er organisering?
- Hur passar det ihop med era egna system och rutiner?
- Är det ett användbart verktyg?
- Har du några egna reflektioner kring verktyget?

Om utvecklings- och förändringsarbete

- I vilka frågor eller på vilket sätt utövar sjukhusledningen inflytande över din verksamhetsutveckling?
- I vilken utsträckning kan du påverka utvecklingen av din organisation? (Vem är ansvarig för organisationsutveckling)?
- Är det någon i organisationen som tagit på sig eller fått specifikt ansvar för att utveckla verksamheten organisatoriskt (mer än du)?
- Har ni gjort några förändringar i verksamheten under det senaste halvåret (eller när gjorde ni det senast)?
- Hur beslutas/verkställs organisationsförändringar?
- Vad är styrkan med den nuvarande organiseringen?
- Har ni några planer på att förändra ert arbetssätt under den närmaste framtiden?
- Vilka är de främsta hindren för att utveckla din verksamhet?

Om erfarenhetsutbyte och inspiration

- Varför är ni organiserade som ni är?
- Har du några förebilder kring hur ni skulle vilja utveckla verksamheten?
- Vart vänder ni er om ni behöver stöd/lärande för verksamhetsutveckling? (Kollegor, konsulter, konferenser, andra som gjort liknande, böcker, tänker själva)?
- Har ni några forum/regelbundna kontakter (interna alternativt externa) rörande (icke-medicinsk) verksamhetsutveckling?

Appendix 2: Verksamhetsområden som finns representerade i studien

- Akutklinik
- Anestesi och intensivvårdsklinik (2 stycken)
- Barnklinik
- Infektionsklinik (2 stycken)
- Kardiologisk klinik
- Ortopedklinik
- Paramedicin (övergripande för ett flertal underprofessioner)
- Psykiatrisk klinik
- Rekonstruktiv plastikkirurgi
- Sjukhusfysik
- Thoraxklinik
- Vårdcentral (2 stycken)

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makronivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. LHC Report Nr 5 2012.

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling*. LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavväjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra*. LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ledningssystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldre vården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: Lika vård för alla? *En studie av vårdkedjan för prostatacancer*. LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value*. Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: Heart Center Varde. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång*. Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI.





Leading Health Care