

Ledarskap i hälso- och sjukvården

Mentor Ledarskap AB
Margareta Palmberg

Innehållsförteckning:

Ledarskap i hälso- och sjukvården

Tillbakablick	3
Svensk forskning	4
Multiprofessionella organisationer	5
Utvecklingstendenser i förhållande till de olika logikerna/sfärerna i den multiprofessionella organisationen	5
Framgångsrikt ledarskap	6
Ledarskapsprocessen – en summering av aktuell forskning	7
Likheter och skillnader mellan ledarskap inom privat och offentlig sektor	7
Framtidens ledare i offentlig verksamhet	8
Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården	9
”Complexity Science” – Komplexa Adaptiva System	11
Praktiska exempel på ledande i enlighet med komplexitetsteorin	13
Slutsatser	14
Litteratur	15

Ledarskap i hälso- och sjukvården

Frågorna om ledande och ledarskap har blivit allt mer aktuella, såväl inom hälso- och sjukvårdens område, som inom andra offentligt finansierade sektorer, under de senaste 15 – 20 åren. Detta har tagit sig uttryck i en intensiv debatt utom och inom sektorn, samt ett antal förändringar i lagstiftningen. Det har också lett till ett ökat intresse från forskare att söka förstå hur ledandet formas och utövas i en sektor som hälso- och sjukvård.

Detta kunskapsunderlag har som ambition att skapa en utgångspunkt genom en tillbakablick. Underlaget syftar till att ge en översikt av en del av den forskning och det utvecklingsarbete som bedrivits under de senaste 15 åren, framförallt i Sverige samt lyfta fram några av de frågeställningar som är i fokus i dagens debatt och kunskapssökande omkring ledarskap i hälso- och sjukvård.

Tillbakablick

Redan 1863 inrättades landstingen för offentlig vård. Detta ger denna institution en lång historia. Under 1960- 1970- talen ägde en kraftig expansion rum, utifrån en stark tilltro till offentlig sektors möjlighet att skapa resultat. Denna expansion ledde dock också till att en komplex, svåröverskådlig och svårstyrd verksamhet byggdes upp under en förhållandevis kort period. För att hantera detta har man under de senaste decennierna växlat mellan att decentralisera för att ge utrymme för mångfald och flexibilitet och att centralisera för att uppnå ”rationella stordriftsfördelar” där helhet och samordning varit ledorden.

Hälso- och sjukvården består av många åtskilda yrkesgrupper, och man kan säga att yrkesgrupper har historiskt sett varit vårdens byggnadsblock. Fördelningen av arbetsuppgifter mellan dessa regleras ofta av lagar, regler och traditioner. De styrs av en *professionell logik*, med en snabbt ökande specialisering och komplexitet i kunskapsbas och arbetsfördelning. Professionella grupper utmärks av att de baserar sin yrkesutövning på teoretisk kunskap som de tillägnat sig genom en lång grundutbildning. Man har också en tydlig koppling till forskning inom sina respektive kunskapsområden. Av tradition har det ansetts vara så att kompetensen inte kan styras eller värderas av någon annan än den som har samma utbildning och tillgång till kunskapsutvecklingen inom den egna professionen. En professionell yrkesutövare kännetecknas av autonomi och ansvar, samt lite intresse av att styras utifrån.

En organisation som huvudsakligen drivs av professionella grupper, så som hälso- och sjukvården gjort under en lång period, har vanligen inte så tydliga gränser mot andra organisationer. Istället har man tydligt uttalade krav på lojalitet mot den egna professionen och uppdraget samt ofta klara och svårföränderliga gränser mellan yrkesgrupper inom organisationen. Detta begränsar ledningens möjligheter att leda, fördela och ompröva arbetsätt och arbetsformer.

Den administrativa sfären har historiskt sett inte haft så stort inflytande på styrningen av vården, utan mer endast administrerat de andra sfärerna, profession och politik. Politiken har alltid haft ett tungt inflytande på resursfördelningen i hälso- och sjukvården, men rollen har varit ganska okontroversiell så länge det fanns nya resurser att fördela. Numera måste man som politiker ta ansvar för sparåtgärder och nedläggningar av verksamheter.

Rollfördelningen och samspelet mellan de professionella grupperna (framförallt läkarna) och de övriga sfärerna, den politiska och den administrativa, har varit en ständig källa till förändring och utveckling.

Under de senaste 10 åren har flera lagändringar skett för att förtydliga ledningsansvaret i hälso- och sjukvården.

Ändring i hälso- och sjukvårdslagen 1991 reglerade för första gången det administrativa ledningsansvaret genom begreppet ”chefsöverläkare”, som innebar en samlad ledning av verksamhet vid kliniker och vårdcentraler. Samma person skulle vara medicinskt, ekonomiskt och administrativt ansvarig. Detta gav läkarna en given roll som chefer.

Efter 6 år ändrades detta 1997, då chefsöverläkaren ersattes med verksamhetschef, vilket gav möjlighet till personer utan medicinsk kompetens att bli chefer för kliniker och vårdcentraler. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar för att organisera vården så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet, samt att den främjar kostnadseffektivitet. Som verksamhetschef är man arbetsgivarens representant, samtidigt som man ofta medlem i en professionell grupp.

Att vara chef i vården innebär att arbeta i en komplex miljö, präglad av olika historiska ideal om hur en effektiv och kvalitativ verksamhet kan bedrivas. Det finns starka traditioner som vilar på normer och krav från olika intressen som ofta är i konflikt med varandra, samtidigt som ambitionen från många aktörer att vara med och styra och leda är hög.

Svensk forskning

Monica Wåglund gjorde på uppdrag av Landstingsförbundet en genomgång av svensk vetenskaplig litteratur 1985 – 1998 med fokus på läkares ledarskap i hälso- och sjukvården; ”Ledarskap inom sjukvården, en litteraturöversikt”. IPF-rapport Nr 41, 1998

Sammanfattningsvis konstaterar hon att förvånansvärt lite svensk forskning ägnats åt ledarskapsfrågorna inom hälso- och sjukvården fram till 1998.

Det hon genomgående konstaterar är att ansvaret kraftfullt decentraliserats och att ett tydligt ekonomiskt tänkande införts som en del av ledningsansvaret vilket självklart får konsekvenser för ledarskapet.

I de genomgångna studierna framstår följande som viktiga faktorer i de för ledning av verksamhet inom hälso- och sjukvård:

- Ledare skall leda verksamheten genom medarbetarna, kommunicera och samarbeta
- Ledare skall föra dialog om mål, värderingar mm
- Ledare skall ha personlig mognad, självinsikt och en ledningsfilosofi
- Ledare skall ha breda kunskaper, överblick samt engagera sig i planering och utveckling av sjukvården
- Ledare ska vara förändringsagenter
- Verksamhetschefer skall ta ekonomiskt ansvar
- Läkare skall vara ledare
- Delat ledarskap – en fara
- Läkare har makt och skall använda den i ledarskapet
- Läkare som chefer bör lämna det direkta patientarbetet

Sammanfattningsvis lyfter författaren ett antal teman som hon bedömer som viktiga i den tillgängliga litteraturen. Wåglund har dragit följande slutsatser:

- Det krävs av ledaren att kunna arbeta med helhetsperspektiv på verksamheten – inte bara något delperspektiv (som tex det medicinska)
- Medicin, patientrelationer, ekonomi, personalfrågor och logistik måste kunna förenas mot gemensamt mål
- Legitimiteten bland de olika professionella grupperna är avgörande för att kunna utöva ledning. (Dock förefaller professionsfrågorna i de funna studierna inte alls tillräckligt utforskade för att man ska kunna se deras egentliga betydelse).

Multiprofessionella organisationer

I studien ”Att hantera skilda världar. Läkare chefskap i mötet mellan profession, politik och administration” som gjordes på uppdrag av Landstingsförbundet 1998, tar författarna Katarina Östergren och Kerstin Sahlin – Andersson just utgångspunkt i det faktum att hälso- och sjukvården härbärgerar tre huvud”logiker”, den professionella, den administrativa och den politiska. Detta gör hälso- och sjukvården till en i hög grad multiprofessionell organisation.

Den *professionella logiken*, som inledningsvis redan beskrivits, bygger på att grupper med lång grundutbildning och tydlig koppling mellan yrkesutövning och forskning slår vakt om den egna autonomin och styrningen.

I studien visar författarna på att den *administrativa logiken* har präglat de senaste årens försök att styra, leda, organisera, mäta och värdera sjukvården och dess resultat.

Det administrativa idealet är en genomskinlig verksamhet, sammanhållen och tydligt avgränsad mot sin omgivning. Ambitionen är att ledningen kan leda och fördela arbetet, och skapa förutsättning för att verksamhetens resultat kan presenteras för andra. Denna logik kolliderar många gånger med den professionella.

Den *politiska logiken* bygger på att politikerna är satta att styra och fatta beslut, fördela resurser och tillse att vi har en hälso- och sjukvård i medborgarnas intressen såsom det uppfattas ut politisk ståndpunkt.

Dessa olika ”logiker” har alltså grundläggande olika sätt att uppfatta problem, lösningar och samband. De är knutna till särskilda styrformer, regelverk, intressen och aktörer.

Olika aktiviteter, relationer, normer, intressen och resultat framstår som mest centrala beroende på vilken logik vi väljer att se hälso- och sjukvården utifrån. Man har också utvecklat egna begrepp och ”språk” i de olika sfärerna, vilka endast delvis kan förstås ”utifrån”.

Det finns anledning att anta att en av de avgörande faktorerna för att hälso- och sjukvården är så svårstyrd är just denna komplexitet.

Utvecklingstendenser i förhållande till de olika logikerna/sfärerna i den multiprofessionella organisationen

I en studie gjord i USA har man funnit en rörelse från professionell dominans till administrativ dominans i hälso- och sjukvården när man studerat utvecklingstendenser under efterkrigstiden. Detta har lett till olika utvecklingssteg i relation till vilka sfärer som har haft mest inflytande under olika perioder:

- Under den professionella eran reglerades vården utifrån läkarprofessionens egna kriterier för kvalitet. Stor tilltro till läkarna, och stor frihet. Att verka i vården var ett kall. (1945 – 64)
- Centrala politiska beslut styr allt mer på 1960-talet. Konsumenternas roll stärks. Läkarnas kriterier ifrågasattes allt tydligare . 1965-82
- Marknad, konkurrens, management införs allt mer 1983 – 1995. Köparna / beställarnas roll har stärkts, och medför ett allt mer administrativt /ekonomiskt språkbruk

I Sverige finns paralleller, men vår h o s har hela tiden varit mer genomgripande politiskt styrd och patient- och konsumentgrupperna är fortfarande mycket svagare än i USA. Men den övergripande utvecklingen är den samma. Vi har gått från en professionsdominerad logik till en allt mer administrativ och ekonomisk logik. Samtidigt existerar alla tre logikerna sida vid sida hela tiden, dock med olika tyngdpunkt.

Tidigare har man hanterat många av de olika logikernas konflikter genom att skilja dem åt. Man skiljde tex. länge på medicinskt och ekonomiskt ansvar. Med krympande ekonomiska resurser har logikerna tvingats att integreras allt mer med varandra. Dessutom har komplexiteten ökat genom att varje logik i sig blivit all mer specialiserad och komplex.

Varje logik/sfär har sin idealmodell för hur organisationen ska fungera:

1. I den professionella sfären är den egna verksamheten den domän där styrning ska utövas. Den professionella aktören är skolad att själv diagnostisera situationen, lägga upp sitt arbete och ta ansvar för det, utifrån professionell kunskap och etik. Man producerar ständigt ny kunskap. Det bygger på vetenskapligt grundad och beprövad praxis.
2. I den administrativa sfären är domänen ekonomi/administration. Organiseringen sker enligt hierarkiska principer med tydlig uppdelning av arbetet. Man grundar sig på generella regler. Maktredskapet är ekonomiska styrmodeller som man styr och kontrollerar verksamheten med.
3. Den politiska sfären har beslutsfattande som sin domän. Man ansvarar genom sina beslut för att befolkningen ska få den vård som de vill ha eller som man anser behövs.

I idealmodellen blandas dessa inte ihop. Det vi ser idag är dock att de tre arenorna inte längre kan betraktas fristående från varandra utan vävs ihop. Detta leder till ökande konflikter och allt mindre konsensus kring hur sjukvården skall organiseras och bedrivas. (Östergren, Sahlin – Andersson 1998)

Framgångsrikt ledarskap

Ytterligare en studie initierad av Landstingsförbundet har belyst frågorna om ledarskap i hälso- och sjukvården, denna gång utifrån ledarskap av hela system t ex sjukhus eller hela landsting. I sin rapport ”Chef i landsting. Ledarskap i politiskt styrda organisationer” tar Ingrid Tollgerdt-Andersson en delvis annan utgångspunkt.

Inledningsvis konstaterar hon att det effektivaste sättet att bemöta förändringar, enligt tillgänglig forskning är genom ett framgångsrikt ledarskap. Det finns tydliga samband mellan ledarskap å ena sidan samt lönsamhet och produktivitet å den andra.

Också motivation hos de inblandade är viktig om förändring ska hanteras effektivt. Arbetsmotivation är starkt knytet till ett bra ledarskap, och handlar företrädesvis om samspel mellan ledaren och verksamheten. Ledning handlar lika mycket om att identifiera och ha kunskap om icke direkt observerbara fenomen – ”mjukvara” – som mera konkreta.

Forskning om ledarskapsprocessen inom främst inom privat näringsliv och företagande. Kraven på ledarskap inom privat och offentlig verksamhet sammanfaller på många punkter, men det finns också skillnader. Det som utmärker ledare i offentlig verksamhet är att de ofta måste arbeta i en ”gråzon” mellan politik och förvaltning, och där vara kapabla att hantera politiskt brännbara frågor. De måste kunna de demokratiska spelreglerna, offentlighetsprincipen och synen på samhällsansvar. Det har varit stor omsättning på ledare i hälso- och sjukvården desenaste åren. Man kan fråga sig varför det är så? Det behövs viss grad av stabilitet för att skapa styrka i förändringsarbete och underlätta konstruktiva relationer med politisk ledning. Att bedriva förnyelsearbete inåt i organisationen och skapa bra ledarskap med motiverade medarbetare på alla nivåer kräver också stabila ledarförhållanden. Detta är en stor brist i svensk hälso- och sjukvård idag, konstaterar Tollgerdt-Andersson i sin studie.

Ledarskapsprocessen – en summering av aktuell forskning

Länge har man grundat ledarskapsforskning på *teorier om att det är personlighetsegenskaper* hos den enskilde ledaren som avgör om han lyckas eller ej. Detta har senare visat sig föga hållbart. Det finns endast svagt empiriskt stöd för dessa teorier. Däremot kan personliga egenskaper ses som en av flera faktorer bakom hur en ledare uppfyller förväntningarna från uppdragsgivare och de grupper man är satt att leda..

Situations- och efterföljarteorier söker orsaken i situationen eller processen mellan ledare och efterföljare. Det finns visst empiriskt stöd för detta, men det tycks som om det är många andra faktorer som måste beaktas.

Man har blivit medveten om att ledarskap är en komplicerad företeelse där man måste ta hänsyn till många olika faktorer för att förstå hela processen. Inom de sk *interaktionsteorierna* nämner man tex att personlighet, ansvar, kompetens, kultur, företagsklimat, organisation, arbetsinnehåll och arbetssätt är faktorer som spelar roll för ledarskap, ledningsutveckling och urval. Detta komplexa synsätt tycks vara det mest framgångsrika just nu.

Medan klassisk ledarskaps- och management-teori antog att det fanns *ett* riktigt sätt att leda, så är man idag medveten om att sättet att leda kan behöva förnyas allt eftersom verksamheten och omvärlden förändras. Idag talar man om behovet av *transformativt ledarskap* på de högsta nivåerna. Det innebär ett ledarskap där ledaren skapar vision, engagemang, delaktighet och utmaningar. Och ledare som leder förändringsprocesser. Dvs ett ledarskap som går från att vara passivt till att vara aktivt.

Dagens och morgondagens ledarskap omfattar betydligt fler aspekter än gårdagens. Det räcker inte att sköta de professionella arbetsuppgifterna, utan man måste också handskas med omvärlds- och personalorienterade uppgifter. Ledare måste klara av att driva förändringar, entusiasmera, stimulera och stödja arbetet mot en effektiv verksamhet.

Ingrid Tollgerdt-Andersson har i sin egen forskning funnit att ledare som betonar energi, entusiasm, tolerans och kreativitet är mer framgångsrika än de som betonar social anpassning, kontroll och punktlighet.

Likheter och skillnader mellan ledarskap inom privat och offentlig sektor

Den politiska dimensionen medför ökad komplexitet, där det faktum att styrelsen är sammansatt på konfliktbasis skapar speciella utmaningar. Alla viktiga beslut behandlas av den politiska styrelsen vilket gör beslutsfattandet mer krävande och medför att tjänstemannachefen måste ha stort tålamod. Demokrati och medborgarnas synpunkter och önskemål har stor betydelse. Det innebär också att kraven på insyn och massmedial bevakning är mycket stor.

Mandatet hos de tjänstemän som arbetar närmast politiken ligger helt i vilket förtroende vederbörande får av den politiska ledningen. Eftersom byten i majoritet kan ske snabbt, måste förtroendet också finnas från oppositionen. En ledning som saknar politikernas förtroende blir handlingsförlamad.

Enligt T-A studie är den ideala ledaren i den politiskt styrda organisationen en ärlig, ansvarsfull och omdömesgill person som har förmåga att skapa förtroende. Han eller hon bör kunna delegera, samarbeta, entusiasmera och kommunicera, och sist men inte minst kunna se helheten.

Ett av de svåraste uppdragen som ledare i politiskt styrda organisationer handlar om det komplicerade i att kvantifiera politiska mål. Det är heller inte lätt att enkelt utvärdera prestationer. Gemensamt med övrig kunskaps- och tjänstesektor har man svårt att mäta produktivitet. Eftersom utvärdering och återkoppling är viktiga delar i motivation som utgör grund för utveckling och förändring, är denna svårighet kanske ett hinder för tillräcklig snabb utveckling?

Den ideala näringslivschefen skall känna stor entusiasm för sitt jobb, kunna inspirera och entusiasmera medarbetarna. Han eller hon ska kunna ta initiativ och fatta beslut. Chefen ska vara lyhörd, omdömesgill och ärlig, och kunna samarbeta väl.

Detta ger två olika idealbilder som stämmer väl med de skillnader som beskrivs av verksamheternas natur. Det tycks också vara viktigt att beakta sambandet mellan beteende och värderingar, och då ha idealbilderna i åtanke. Att en chef värderingsmässigt passar in i verksamheten är centralt. Kanske ligger svaret på varför omsättningen på ledare är så stor just i detta – i brytningstider som våra är denna matchning inte så lätt.

Framtidens ledare i offentlig verksamhet

Hur ska ledarskapet i hälso- och sjukvård utvecklas för att möta framtida krav och förändringar? Grundläggande tycks enligt Tollgerdt-Andersson vara att varje individ behöver stimuleras för att arbeta med maximal kraft, samt att balans skapas mellan teknologisk utveckling och mänskliga behov. Detta innebär att humankapitalet måste stå i centrum, då blir ledarskap och medarbetarskap huvudfokus. Vilka egenskaper kommer då att krävas av ledarskapet i landsting för att kunna hantera de framtida förändringarna enligt forskningen?

- Tycka om och vara intresserad av människor
- Förstå och vara lyhörd för medarbetarna, kunna delegera.
- Inspirera och entusiasmera (centralt i transformativt ledarskap)
- Samarbetsförmåga och laganda
- Goda relationer till politikerna om man arbetar direkt mot politisk ledning
- Stark känsla för politiska processer och demokrati.
- Se helheten
- Personligt ansvar för förändring och förbättring genom att skapa vision och strategi för hela verksamheten. Tycka om förändring.
- Förmåga att skapa gemensamma värderingar till grund för verksamheten

- Styra med ”enkla regler” istället för med komplexa regler och kontroll
- Processororienterad och strategisk, skapa förutsättning för att lärande sker kontinuerligt.
- Identifiera och välja ut framtidens ledarbegåvningar
- Framgångsrika landsting mäts inte i första hand med ekonomiska nyckeltal utan med kvalitet som fokus.

Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården

Man kan konstatera att de forskningsrapporter som skrivits om hälso- och sjukvårdens ledarskap innehåller många bra problembeskrivningar, där slutsatserna ofta handlar om att detta är en mycket komplex verksamhet. Dock har få tagit steget till att se vad som skulle kunna leda framåt.

I samband med den sk ”Dagmaröverenskommelsen” mellan staten och landstingen 1997 slog man fast att en önskvärd förändring mot en mer patientfokuserad, kunskapsbaserad och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård krävde en utveckling av synen på vad ledare behöver kunna och åstadkomma . Landstingsförbundet tog då initiativ till det första Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården - ”Ledarnätverket”. Detta fick uppdraget att under 1,5 års tid formulera viktiga utgångspunkter för framtidens ledarskap i hälso- och sjukvård. Man sa att frågorna om arbetsorganisation och verksamhetsutveckling var särskilt viktiga för att skapa förutsättningar för framtiden.

Ledarnätverket gjorde en inventering av de teorier och system som finns inom området förändrings-/förbättringskunskap och knöt till sig ett antal med nationella och internationella experter.

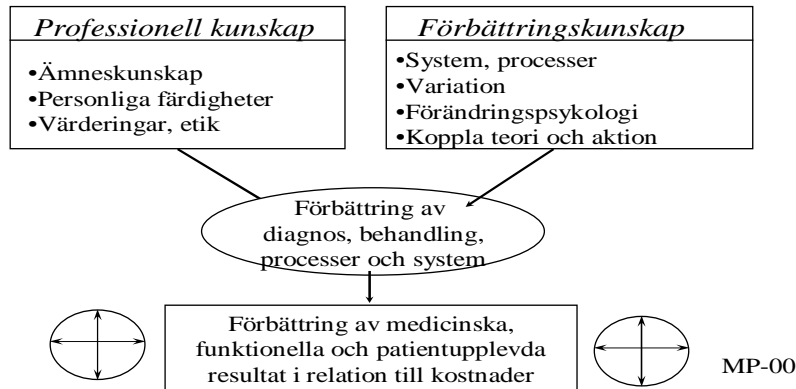
Slutsatserna av arbetet var att framtidens ledande handlar om att leda ett processororienterat och patientfokuserat förbättringsarbete på olika nivåer i hälso- och sjukvården.

För att klara det uppdraget krävs att man har metoder och angreppssätt för omvärldsspaning som ger förståelse för de snabba förändringar som sker i vårt samhälle.

Ledaren behöver också utveckla sin kunskap om det system han leder. I ledarnätverket påbörjades ett arbete med att skapa en djupare kunskap om vad den utveckling som sker inom teknik och naturvetenskap betyder för vår syn på hur resultat skapas. Man kan se en tydlig utveckling från ett synsätt där organisationen ses som en maskin – maskinmetafor – till ett synsätt där man ser att ”allt hänger ihop med allt”, och resultat skapas genom samspel mellan delar inte i delarna individuellt – detta benämns ofta ”system-syn”.

För att åstadkomma förbättringar i ett system behöver man metoder och hjälpmedel som skapar förutsättningar för medarbetare att kreera och testa idéer på ett systematiskt sätt, samt att kunna skala upp framgångsrika nya angreppssätt. Ledarnätverket fann här arbetssätt som utvecklats bl a av Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston som uppfyllde dessa kriterier. Sammanfattningsvis kan dessa hänföras till kunskapsområdet ”förbättringskunskap” som handlar om att komplettera den traditionella professionella kunskapen med kunskap som leder till resultatfokusering och systemutveckling. Denna kunskapsmassa erbjuder grund för en ny arena där profession, administration och politik kan mötas.

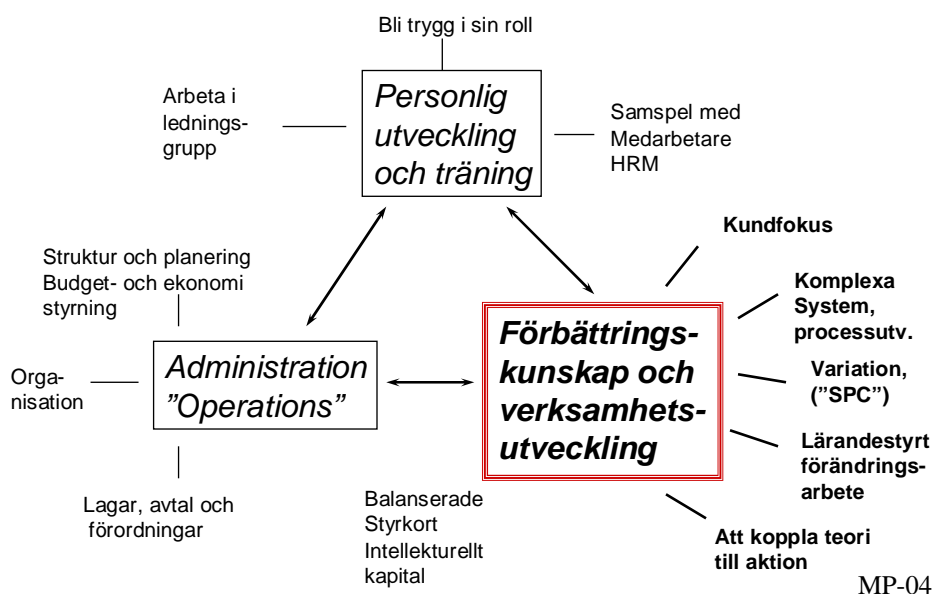
Förutsättningar för kontinuerlig verksamhetsutveckling



Sist men inte minst fann Ledarnätverket belägg för att det krävs ledare som själva vågar och vill gå före, d v s som **är** sitt ledarskap, för att uppnå de förbättringar som krävs för att åstadkomma den vård vi behöver och vill ha. Det betyder att utvecklingen av det personliga ledarskapet är lika viktigt som utvecklingen av själva kunskapsbasen. Att kunna gå från ord till handling är centralt.

Ledarnätverket utgjorde avstamp för en syn på ledarutveckling i svensk hälso- och sjukvård som fokuserar på verksamhetens huvudprocesser och det inre arbetet som komplement till de traditionella angreppssätten som ofta handlar om organisationens utformning och styrsystem snarare än innehåll. Man drog slutsatsen att ett mer komplett synsätt på utbildning av ledare måste utvecklas. Detta kan sammanfattas i följande bild:

Kunskapsområden för ledarutveckling



Under de år som gått sedan avslutningen av det första ledarnätverket (1998) har utvecklingen omkring synen på hälso- och sjukvård som ett komplext system fördjupats, och det har också tagits fram mycket mer kunskap om hur erfarenheter från andra fält kan komma vården till godo. Ett exempel på denna nya kunskap är en rapport till kommissionen för framtidens hälso- och sjukvård i Kanada år 2002 med titeln *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?* Rapporten är skriven av S Glouberman och B Zimmerman. Ett annat exempel är den serie av artiklar som publicerades i *British Medical Journal (BMJ)* under hösten 2001 och som refereras nedan.

Complexity Science – Komplexa Adaptiva System

Artikler i *British Medical Journal*, 15 september -6 oktober 2001, Vol 323.

Complexity Science. Paul Plsek, Trisha Greenhalgh

I den tillgängliga forskningen omkring ledarskap och ledande i hälso- och sjukvård konstaterar man att systemet är oerhört ”komplext”. Det tas ofta som en intäkt på att det är svårtstyrt och svårt att förändra. Det är mer ovanligt att man analyserar och för fram idéer om vad det innebär i kunskapssyn. Förslag till hur man skulle kunna hantera detta är också ovanliga. Man snarare beskriver komplexiteten som ett hinder och skäl till varför man inte lyckas åstadkomma det man vill och behöver.

På senare tid har det dock kommit fram kunskap i den internationella forskningen som tagit fasta på den vetenskapliga utvecklingen runt sk ”komplexa adaptiva system” (KAS). Hösten 2001 hade *British Medical Journal* en artikelserie där man belyste dagens problematik inom hälso- och sjukvård såsom klinisk praktik, organisation, ledning, forskning, utbildning och professionell utveckling med hjälp av den kunskapssyn som erbjuds inom komplexitetsforskningen.

Författarna konstaterar inledningsvis att Newtons syn på universum som en ”klocka”, där problem kan brytas ner i små delar, analyseras och lösas med rationell deduktion har kraftfullt influerat hur vi tänker både om medicinskt arbete och om ledning av vård. Men denna maskinmetafor har idag svikit oss som underlag för nödvändig utveckling, när vi inte upplever att delar är konstanta, oberoende eller förutsägbara. Man hävdar i artikelserien att den nya vetenskapen om komplexa adaptiva system (KAS) erbjuder nya metaforer som kanske hjälper oss att hantera denna verklighet bättre.

Vad är ett Komplext Adaptivt System?

Ett komplext adaptivt system består av en samling av individuella ”agenter”, som har friheten att agera på sätt som inte alltid är helt förutsägbara, och vars agerande är beroende på ett sådant sätt att en ”agents” agerande förändrar förutsättningarna för andra ”agenter”.

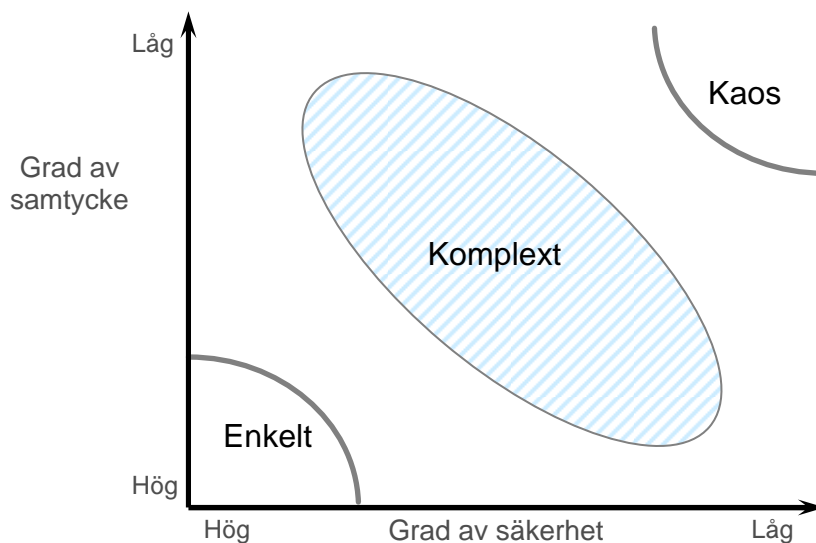
Exempel: immunsystemet, termitkolonier, aktiebörsen, vilken samling av människor som helst

I komplexa system är oförutsebarhet och paradoxer alltid närvarande, och man måste leva med en hög grad av osäkerhet. Författarna av artikelserien i *BMJ* hävdar att nya konceptuella ramverk som innesluter en dynamisk, emergent (ständigt pågående utveckling), kreativ och intuitiv syn på världen måste komplettera och ibland helt ersätta traditionella ”rationella” angreppssätt.

Tänkandet runt ledning och styrning har ofta vilat på synen att organisationen är en maskin, med delar som går att isoleras från varandra, och genom förändringar i delarna har man ansett

att man kan reducera variation och uppnå bättre resultat. I kontrast till detta föreslår komplexitetstänkandet att relationerna mellan delarna är viktigare än delarna själva, att minimala specifikationer ger bättre anpassningsförmåga via friheten till kreativitet och nya idéer än detaljerade planer. Genom att tänka på organisationen som ett komplext adaptivt system kan man utveckla en mer framgångsrik ledarstil i hälso- och sjukvård.

Enligt författarna handlar ledandet i KAS om att leda kommunikation och samspel såväl mellan enskilda människor som mellan olika delar i organisationen. Ledaren i komplexa system bör ha ett stort intresse för andra människor. Man hävdar också att ”enkla regler”, dvs att arbeta med så minimala specifikationer som möjligt istället för detaljerade planer, skapar förutsättning för att testa idéer och ger en öppenhet för kreativitet, vilket är nödvändigt om man ska lösa problem ingen riktigt vet svaret på. Man säger också att ledare måste fundera på vilken typ av förändringar som attraherar medarbetare istället för att arbeta med motstånd mot förändringar. De anger också ett annorlunda förhållningssätt till variation, istället för att alltid undvika den, ska man arbeta med den för att få bättre kunskap om vad som fungerar och inte fungerar.



En forskare inom management som tidigt tog tankarna omkring paralleller mellan komplexa adaptiva system och organisation till sig är professor Ralph Stacey vid Hertfordshire University UK. Han menar att de beslutsmodeller vi oftast arbetar med som ledare utgår från att vi har stor kunskap och dessutom är överens om den kunskap som finns. Dvs. att vi med säkerhet kan veta att om vi gör A så blir det B. Stacey hävdar att i allt fler situationer i organisationer idag så finns det en svag eller mångfacetterad kunskapsbas och det saknas oftast samstämmighet om vilken kunskap som är sann. Han har visat i sin forskning att ledare ofta inte alls gör det man säger att man ska göra. Dvs planerar, genomför på ett strukturerat sätt och följer upp. Ledares dagar är ofta fyllda av helt andra handlingar och göranden. Detta är enligt Stacey ett tecken på att vi allt oftare befinner oss i komplexitetszonen, där kreativa idéer behövs och där former för att testa idéer måste utvecklas för att åstadkomma önskvärd rörelse och riktning. Stacey har åskådliggjort detta i ett diagram, se ovan

Praktiska exempel på ledande i enlighet med komplexitetsteorin

Man kan konstatera att trots alla de utmaningar som finns beskrivna, och debatten om bristfälligt ledarskap finns det verksamhetschefer som ”klarar jobbet bra”. Två landsting, med en offensiv syn på ledarskap tog år 2001 initiativ till en studie av 11 framgångsrika verksamhetschefer. Metoden som användes var ett personinventorium (d v s ett ”testmaterial” om personens olika preferenser) vilka utgjorde underlag till djupintervjuer. Därefter gjordes en sammanfattande analys. (Palmberg 2001)

Inledningsvis konstateras i rapporten att ”framgång” är kontextberoende, d v s huruvida en ledare är framgångsrik eller inte beror inte bara på personens egenskaper och förmåga, utan också på den omvärld inom vilket han eller hon verkar. (Se även Tollgerdt – Andersson) Finns det en samklang mellan person och omgivning och de värderingar som finns där, är förutsättningen för framgång större.

I de två landsting som intervjuerna genomfördes beslöt man att framgång i en verksamhet kunde fångas i fyra dimensioner. Genom att säkerställa att de intervjuade personerna under ett antal år hade uppnått goda resultat inom följande parametrar ansåg landstingen att de klarat sina ledningsuppdrag bra.:

- Dokumenterade resultat av utvecklad patientvård i sin verksamhet
- ”Nöjda” medarbetare enligt personalundersökningar/enkäter
- Drivit förnyelseprojekt med framgång
- Ekonomi i balans

Intervjuerna gjordes med 11 verksamhetschefer, kvinnor och män, som ledde små och stora kliniker, primärvård, psykiatri och somatisk slutenvård. Syftet var att se om man kunde identifiera karaktäristika hos verksamhet och individer som är associerad med dokumenterad förbättring av deras verksamhets förmåga att leverera resultat.

Resultat från studien

Båda landstingen har höga ambitioner som sjukvårdshuvudmän, man har förhållandevis god ekonomi och har formulerat visioner i relation till människors möjlighet att leva ett bra liv i de två länen. Sedan början av 1990-talet har ledningen på alla nivåer drivit på, och verksamheterna lärt och utvecklat, ett systematiskt förbättringsarbete för att åstadkomma en högre grad av nöjdhet/resultat från kunder/medborgare, medarbetare och ägare/finansiärer. Man har tagit tillvara den kunskapsutveckling som skett nationellt och internationellt inom området ”förbättringskunskap”.

Att vara chef på verksamhetsnivå i de båda landstingen innebär att man ansvarar för att alla resurser, såväl mänskliga som ekonomiska, förvaltas på bästa sätt för att möta medborgarnas behov.

Resultat visar att bakom ytan av en grupp människor som vid första anblicken förefaller väldigt olika, träder ett antal starka gemensamma karaktäristika fram när man analyserar materialet i studien. Dessa kan sammanfattas i sex punkter:

1. Gillar att arbeta med människor, både som ledare och kliniker.
2. Energi utöver det vanliga – på gränsen till otåliga. Stark ”motor” med engagemang på många håll.

3. Använder sitt kliniska arbete i ledarskapet, d v s använder sina egna erfarenheter som grund för ett pedagogiskt ledarskap. De har fokus på verksamheten, inte på administrationen. Ser ekonomin som ett resultat av hur verksamheten bedrivs. Ingen av de intervjuade nämner ”nedsörningarna” som ett problem i sig.
4. Orädda och har civilkurage. Uppgiften, att leda sin verksamhet mot ständig förbättring, är alltid överordnad rädslan att inte göra rätt. Upplevs ibland som mycket resultatorienterade och okonventionella.
5. Litar på andra. Har stark tilltro till andras vilja och förmåga.
6. Delegerar och prioriterar samtidigt som de inte överarbetar saker. De har överblick och kan lätt hoppa mellan olika arbetsuppgifter.

Slutsatser

- Hälso- och sjukvården utgör en komplex multiprofessionell miljö där traditionella styr- och ledningsformer visar sig otillräckliga idag. Mycket av den forskning som finns pekar på de problem som idag finns i sektorn. Traditionen från ”Newton och Taylor” där vi sett organisationen som en maskin, där kunskapssynen vilat på fundament som reduktionism, analys och mekanism, behöver kompletteras och kanske ibland helt ersättas av nya metaforer och nya fundament. Tankarna omkring Komplexa Adaptiva System, där resultaten skapas genom samspel mellan delarna och där experimenterande och lärande i team står i centrum, kan vara en av dessa alternativa synsätt.
- Nya typer av arenor behöver byggas, där profession, politik och administration tillsammans kan utveckla kunskap och språk som fokuserar på de processer och det lärande som leder till bättre resultat för dem som man finns till för (kund/patient/klient/ student).
- Ledare behöver ta till sig den ”förbättringskunskap” som idag finns tillgänglig, där förståelsen för ett teambaserat lärande om system och helhet står i centrum. Utbildning för ledare bör innehålla en mer mångfasetterad kunskap än vad som är brukligt idag. Utbildningsinstitutioner som kan stå för denna kunskapsutveckling behövs i större omfattning.
- Dagens och morgondagens hälso- och sjukvård behöver lärande ledare som kan leva med paradoxer och samtidigt skapa förutsättningar för den önskvärda rörelsen och riktningen. Det finns exempel i den studie om framgångsrika verksamhetschefer som refereras i rapporten. Där finns viktiga indikationer på att människoinriktat fokus på verksamhetens kärnprocesser och resultat är en avgörande faktor för framgång i komplexitet.

Litteratur:

Att leda för bättring. Om framtidens ledarskap. Rapport från Nätverket för ledarskap i hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet 1998

Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like. Discussion paper no.8. Commission on the Future of Health Care in Canada 2002.

Palmberg M. Läkaren som ledare. Kunskapers och värderingars betydelse för ledarskap. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan MPH 1995:8.

Palmberg M. Att leda hälso- och sjukvård. En studie med 11 framgångsrika verksamhetschefer. Stockholm: Mercuri Urval 2001.

Plsek P, Greenhalgh T. Complexity Science. British Medical Journal, Vol 323, 15 September – 6 October 2001..

Stacey R D, Organizations as Complex Responsive Processes of Relating. Journal of Innovative Management. Winter 2002/2003.

Tollgerdt-Andersson I. Chef i landsting. Ledarskap i politiskt styrda organisationer. Stockholm: Landstingsförbundet 1995.

Wåglund M. Ledarskap inom sjukvården. En litteraturöversikt. Uppsala: IPF-rapport Nr 41, oktober 1998

Östergren K, Sahlin-Andersson K. Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.

.