



Kunskapsunderlag vid workshop 7 november:

Ledarskap och teamkompetens i hälso- och sjukvården

David Bergman, MD, PhD

Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME),
Karolinska Institutet

Ulrica von Thiele Schwarz, Docent, Leg Psykolog

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

2012-11-01

I hälso- och sjukvårdslitteraturen råder det sedan en tid närmast konsensus om att teamarbete är bra för verksamheten. Inte minst verkar bra teamarbete förbättra patientsäkerhet och prestation (Neily et al., 2010). Vidare anses multiprofessionella team kunna ge en större helhetssyn på patienten, bättre kliniska resultat och positiva patient-utvärderingar av vårdkvalitet (Wagner, 2000; Bower et al, 2003). Hur teamarbete inom hälso- och sjukvården förhåller sig till arbetsmiljö och hälsa utifrån ett arbetstagarperspektiv vet vi däremot betydligt mindre om. Ytterligare en fråga är hur mångprofessionella team (vårdteam) fungerar sett från de olika yrkesgruppernas perspektiv.

Det är inte bara i forskning som teamarbete allt oftare framhålls som en ändamålsenlig lösning på många olika problem i hälso- och sjukvården. Teamarbete har också fått genomslag på policy-nivån. Ett exempel är England, där myndigheterna har rekommenderat teamarbete inom hälso- och sjukvården. Där argumenteras för att multiprofessionella team är nödvändiga när både vårdorganisationer och deras verksamheter blir allt mer komplexa, med ökad specialisering och fler kroniskt och multisjuka patienter. Teamarbete mellan olika professioner och kompetenser ses som en nödvändighet för att kunna leverera adekvat vård till patienter (Molleman och Broekhuis, 2010).

Även i Sverige finns det en önskan om att hälso- och sjukvårdsorganisationer i ökad grad ska organisera sitt arbete utifrån ett teamperspektiv. Under senare år har teamarbete också blivit ett vanligare inslag i många vårdorganisationer. I Sverige kan detta bland annat ses som en följd av den ”lean-våg” som sveper över svensk hälso- och sjukvård. Idag sägs nio av tio sjukhus i Sverige arbeta utifrån lean. Denna management-strategi är ett exempel på en metod som fått praktiskt genomslag snabbare än vad forskningen kunnat visa dess effektivitet. Två typer av teamarbete är centrala i lean. Speciella lean-team är ofta drivande i lean-arbetet, och multiprofessionella arbetsgrupper blir ofta en lämplig åtgärd när man ser över processerna i organisationen. Samtidigt är förhållandet mellan lean och team-arbete inte okomplicerat. I en pågående studie vid Karolinska Institutet, Medical Management Center har man till exempel visat att lean var mest framgångsrikt på en avdelning där det redan fanns en välfungerande arbetsgrupp, medan lean-initiativ inte blev bestående på avdelningar där gruppen inte fungerade särskilt väl. Med andra ord skulle teamarbete kunna vara en förutsättning för att lyckas med andra struktur- och processförbättringar, lika gärna som att lean påverkar teamarbete positivt (Ulhasan, Westerlund, Thor, & von Thiele Schwarz, 2012).

Trots de positiva vindarna för teamarbete i dagsläget är det inte så vanligt att det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i vårdteam. Det finns troligen flera förklaringar till en detta. En är hur vården är organiserad, med omvårdnadspersonal och läkare tillhörande olika organisatoriska enheter. En del av utmaningarna i att åstadkomma teamarbete kan förstås utifrån detta generella sätt att organisera arbete. En annan, relaterad, anledning kan vara att läkare, sköterskor och annan personal inom hälso- och sjukvården, både via utbildning och praxis, kännetecknas av professionella subkulturer som har svårt att finna varandra i ett gemensamt språk, i gemensamma värderingar och prioriteringar. Detta trots ihärdiga försök att göra vården process- och teamorienterad. Ibland kan det också finnas målkonflikter, som när omvårdnadsprioriteringar kolliderar med medicinska prioriteringar. Professionerna utgör alltså starka grupper i sig. Socialpsykologiskt är det inte förvånande att en bieffekt av starka professionsgrupper kan vara ett vi- och dem tänk, som kan försvåra tvärprofessionella grupperingar.

En angränsande förklaring till att teamarbete inte är så vanligt i praktiken är att sjukvården till stor del utmärks av professionell praktik. Team består inte bara av olika professioner. Professionerna är dessutom sådana som är präglade av en hög grad av autonomi, snabbt rationellt beslutsfattande baserade på vetenskaplig evidens och med en hög grad av personligt ansvar. Teamarbete kan upplevas vara svårförenligt med detta. Därtill är fokus för vårdpersonal sällan på teamarbete, utan på det egna professionsutövandet. Så har till exempel läkarna, till största delen, fokus på patient, diagnos och den medicinska processen och i mindre utsträckning på multiprofessionellt samarbete (Kjeldmand, 2006). Sammantaget kan man konstatera att teamarbete har stort stöd i forskning och det finns en samsyn kring värdet av teamarbete hos många av vårdens aktörer. Samtidigt finns det omständigheter kring hur sjukvården är organiserad och sjukvårdsprofessionernas utbildning som utmanar möjligheterna att införa teamarbete i praktiken. Därtill ska läggas att komplexa förändringar alltid är svåra och krävande att genomföra. Det ställer särskilda krav inte minst på ledare och beslutsfattare i uthållighet och förmåga att leda utvecklingsarbeten som blir bestående över tid.

Team inom offentlig och privat sjukvård

Varken inom den offentligt finansierade eller den privat finansierade delen av den svenska sjukvården läggs några större resurser på riktade interventioner med syfte att stödja utvecklingen av fungerande teamarbete. I privat finansierad vård finns möjligen större incitament bland de anställda i form av ett gemensamt intresse för arbetsgivarens vinst vilket skulle kunna bidra till ett bättre fungerande teamarbete i syfte att öka den totala produktiviteten hos vårdgivaren. I den offentligt finansierade vården finns å andra sidan möjligen relativt sett mer tonvikt på vårdkvalitet och arbetsmiljö än i privat vård, vilket skulle kunna bidra till att förstärka teamarbetet, men systematiska utvärderingar av eventuella skillnader saknas.

Vad är ett team?

Team kan betyda många olika saker. De kan ha olika inriktning och således vara till exempel arbetsteam, parallella team, projektteam eller ledningsteam. De kan vara bestående över tid, och på så sätt närmast likna en arbetsgrupp, eller variera från arbetspass till arbetspass (ofta kallade "crew"), eller från uppgift till uppgift (t ex förbättringsteam). Inom hälso- och sjukvården innebär det att vad som menas med team skiljer sig mycket beroende på verksamhet, till exempel mellan dygnet-runt verksamhet utan fasta läkare som på akutmottagning, mottagningar, rehab-instanser och t ex primärvårdsenheter. De kan också bestå av olika många personer, och olika funktioner, och med olika grad av ömsesidigt beroende. Den enda begränsningen är väl egentligen att ett team måste bestå av minst två personer (utifrån definitionen av grupper), och att personerna ska ha en sådan interaktion att varje person påverkar, och påverkas, av de andra i gruppen. Ett team kan därför definieras som en samling individer som är beroende av varandra i sina uppgifter, som delar ansvar för utfall, som ser varandra och som ses av andra som en social enhet i ett eller flera större sociala system.

Team och grupper utveckling

Det finns omfattande forskning över hur team och grupper utvecklas. En av de mest använda teorierna när det gäller att beskriva hur grupper utvecklar en större prestationsförmåga har formulerats av Bruce W. Tuckman (1977). Enligt denna teori genomgår alla grupper vissa faser, som i det närmaste är naturgivna. Genom dessa faser utvecklar gruppen gradvis sin prestationspotential. Faserna brukar betecknas som orienteringsfas (forming), utforskningsfas

(storming), normfas (norming) och arbetsfas (performing). Modellen är dock rent deskriptiv och har kritiserats bl.a. för att inte vara applicerbar på t ex operativa ledningsgrupper eller arbetsgrupper (Sjövold, 2011). Enligt Joseph McGrath (1991) är det tid och inte sekventialitet som är det viktiga för grupper utveckling och den tid som gruppen förfogar över för att lösa en uppgift påverkar vilka faser gruppen genomgår. William Schutz (1958) utvecklade FIRO-teorin (Fundamental Interpersonal Relation Orientation) för grupper utveckling som bygger på antagandet att det finns grundläggande behov som måste tillfredställas för att medlemmarna i en grupp ska fungera som ett välfungerande team. Detta är således också en sekventiell utvecklingssyn och Schutz pekar på att olika relationella behov hos de enskilda medlemmarna har betydelse för gruppens totala prestation och att man behöver ta hänsyn till detta för att förstå hur grupper utvecklas. I hälso- och sjukvården kompliceras förståelsen av hur grupper och team utvecklas av att grupperna oftast är föränderliga. Frågan blir då om en grupp är en grupp även om gruppens medlemmar skiftar. Det finns förstås inget enkelt svar på den frågan. En viktig faktor är hur stabila de olika rollerna i gruppen är. Huruvida personerna i teamet är desamma över tid utgör tillsammans med hur varierande de olika rollerna i teamet är en del av det som man behöver ta hänsyn till när man inför teamarbete i hälso- och sjukvården.

Utvärderingar av team

Inom akut- och intensivvård betonas vikten av teamarbete ofta, i synnerhet ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Kommunikationen och samordningen mellan olika professioner har varit i fokus. Inspirationen har hämtats från flygbranschens framgångsrika säkerhetsarbete. De har under lång tid arbetat med så kallad Crew Resource Management (CRM). Med utgångspunkt i CRM har teamarbete inom akutsjukvård i princip blivit likställt med team-träning. Med andra ord har man strävat efter att utveckla teamarbete genom att låta medarbetarna genomgå olika typer av utbildning och träning. Träning är ofta färdighetsbaserad och man använder emellanåt simulering som metod för att göra träningen verklighetsnära. Teamträning har i studier visat sig leda till bättre kunskaper i team-relaterade frågor, ändrade attityder till teamarbete och ökade färdigheter (Weaver et al., 2010). Samtidigt visar många studier på svårigheterna i att åstadkomma bestående förändring i klinisk praxis med hjälp av utbildning, även i de fall när utbildningen är omfattande och når alla professioner i teamet. I en svensk studie från medicinkliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala valde man istället ett annat angreppssätt för att införa teamarbete (Mazzocato, Hvitfeldt Forsberg, & von Thiele Schwarz, 2011). Man utgick ifrån att bristen på teamarbete inte berodde på bristande kompetens eller färdigheter hos personalen, utan på att organiseringen av arbetet inte möjliggjorde teamarbete. Därmed lades fokus på att göra förändringar i hur arbetet var organiserat, och hur arbetsprocesserna var uppbyggda. De viktigaste förändringarna var att personalen för varje skift skulle delas in i team (bestående av en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska), och att teamet skulle vara ansvariga för ett begränsat antal patienter, som de skulle handlägga tillsammans från ankomst till utskrivning (hem eller till avdelning). Arbetet organiserades därför utifrån patienterna, istället utifrån arbetsuppgifter. Projektet utvärderas vetenskapligt i forskningsprojektet TEPPP (Införande av Teamarbete vid en akutmottagning med fokus på Effektivitet, Patientsäkerhet samt Patient- och Personalnöjdhet, www.teppp.se). Preliminära resultat från utvärderingen visar att patienterna var de som tjänade allra mest på införandet av teamarbetet. Vid mätningarna efter att teamarbete infördes (som gjordes vid två tillfällen, direkt efter och efter ett år) skattade patienterna betydligt färre områden som av bristande kvalitet, och i princip samtliga 21 kvalitetsområden som undersöktes förbättrades (Muntlin Athlin, Farrokhnia, & von Thiele Schwarz, 2012). Man fann också små men signifikanta effekter på ledtider (total vistelsetid på

akuten) (Muntlin Athlin, von Thiele Schwarz, & Farrokhnia, 2012). Intervjuer med personalen visade också att de upplevde en stor skillnad i sitt arbete. Teamarbetet upplevdes ha lett till en rad positiva effekter, bland annat ökat kunskapsutbyte mellan professionerna, lugnare tempo och färre överrapporteringar. De rapporterade också en ökad tillfredsställelse över att kunna följa hela patientförloppet, och att kunna lägga mer tid på patienten än på att leta efter kollegor. Samtidigt är det viktigt att poängtera att personalen upplevde själva förändringen som krävande. Det krävdes stor uthållighet och kontinuerliga justeringar i arbetssättet för att de positiva effekterna skulle kunna åstadkommas. Ledarna var centrala i det arbetet.

En liknande utvärdering av omorganisering till multiprofessionella team har gjorts på en vårdcentral i Sölvesborg, i Landstinget Blekinge. Också den pekade på att omorganiseringen haft flera positiva effekter (Erlingsdóttir, 2010). Bakgrunden till förändringarna var en önskan om att uppnå bättre tillgänglighet för patienter, motverka ”stuprörsorganisering”, förbättra den interna och externa kommunikationen, förbättra arbetsklimatet, uppnå högre arbetstillfredsställelse och känsla av effektivitet. Omorganiseringen visade sig ha positiva effekter inom alla nämnda problemområden men även i andra aspekter som exempelvis att organisationen blev mer överskådlig, hierarkin mindre uttalad, man uppnådde bättre delegering av arbetsuppgifter, fick en bättre helhetssyn på patienten, en ökad förståelse mellan de olika yrkeskategorierna, kände en ökad trygghet i sitt arbete och fick en större flexibilitet i det löpande patientarbetet.

Teamarbete som organisering av arbete

Ibland ses team som en begränsad intervention för att påverka en specifik aspekt av utförandet av vården. Vid andra tillfällen är teamarbete istället en del av ett mer genomgripande sätt att omorganisera vården. Vid det första alternativet är kortare utbildningar eller rutinförändringar tillräckliga för att teamarbete ska kunna införas. Vid det andra exemplet, däremot, innebär införandet av teamarbete betydligt mer genomgripande förändringar. I dessa fall är det otillräckligt att se teamarbete som något som kan följa av utbildningar av teamets medlemmar eller förändringar av rutindokument. Istället kan teamarbete i princip likställas med annan organisationsförändring- och utveckling. Det får effekter för alla nivåer som är involverade i införande av teamarbete. Av beslutsfattare krävs en förståelse för att komplexa förändringar tar tid och att effekterna kommer med fördröjning. Det krävs också kunskap om att komplexa förändringar leder till påfrestningar på personalgruppen initialt, vilket kan få till följd att de initiala uppföljningarna till och med visar på negativa resultat. Det krävs också resurser för att ledare och andra nyckelpersoner i förändring ska kunna bedriva ett dagligt, vardagsnära uppföljnings- och förankringsarbete. Allt detta visar på att beslutsfattare behöver ha uthållighet och ett långsiktigt perspektiv när de investerar i teamarbete.

Ledarskapet är centralt för att lyckas med komplexa förändringar, inklusive införandet av team. Studier har visat att förbättringsprojekt inom hälso- och sjukvården inte kan genomföras utan ett engagerat kliniskt ledarskap. Det är också av största vikt att det finns en röd tråd genom organisationen där de olika chefsnivåerna, som skapar en tydlig känsla av delad riktning: Att det inte råder något tvivel om att alla i ledande ställning drar åt samma håll. Införande av teamarbete, liksom vid alla förändringar i organisationen, innebär beteendeförändringar. Personalen som ska börja arbete i team ska, i olika utsträckning, göra sitt arbete på ett annat sätt. Vid införande av teamarbete behövs därför kunskap om beteendeförändring. En av de allra mest centrala aspekterna är kunskap om vad som motiverar till förändring. Det är vanligt att man lägger sitt krut på att informera och instruera, utbilda

och skapa policy- och rutindokument. Dessa är användbara – och nödvändiga – för att personalen ska veta vad som ska göras. Det är däremot inte tillräckligt. Det är inte heller speciellt väl lämpat för att göra förändringen bestående över tid. För detta krävs istället att man fokuserar på vad det nya arbetssättet får för omedelbara följder för de som utför det. Från grundläggande teorier om mänskligt beteende och motivation vet vi att vi är mer benägna att göra något om det följs av ändamålsenliga konsekvenser: att det blir lättare, trevligare, smidigare med det nya arbetssättet än det gamla. Vid förändringar krävs därför att man noggrant observerar och justerar arbetssättet och miljön så att teamarbete underlättas. I studien om teamarbete vid en akutmottagning ovan rörde detta till exempel att placera datorer på rätt ställe, justera scheman så att de matchade och styra om rumsfördelningen. Utöver det var man noggrann med att ge personalen möjligheter att se effekterna av sitt arbete, till exempel genom att dra ut listor som visade hur många patienter man handlagt. Sedan tillkommer naturligt, förstärkande konsekvenser som till exempel positiv återkoppling från patienter och att arbetet upplevs flyta på bättre.

För att främja teamarbete inom hälso- och sjukvården är således innovativa och omfattande insatser nödvändiga, inkluderande såväl utbildningsinsatser riktade till individer, som organisationsförändringar. Det är också avgörande att alla professioner som ska medverka i teamet har möjlighet att delta i planering och införande. På så vis säkerställs att teamarbetet får en utformning som motiverar fortsatt engagemang i teamarbetet. Om professionernas uppgifter blir lättare och smidigare att lösa genom teamarbete än utan ökar det sannolikheten för att teamarbetet ska bli bestående. Om teamarbetet planeras som ett långsiktigt åtagande att förbättra arbetssätt och organiseringen av arbetet ökar sannolikheten för att det blir bestående på sikt. Detta kräver alltså en lång beslutshorisont för beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, vilket kan vara en utmaning i en politiskt styrd organisation.

Läkarens roll i team

Kvarnström och Cedersund (2005) visar i en studie av multiprofessionella team i vårdorganisationer att läkare upplever ökad trygghet och gemenskap av införandet av team. I undersökningen av införandet av teamarbete på vårdcentralen i Sölvesborg visade det sig, i linje med detta, att läkarna var en av de yrkeskategorier som ansågs sig ha fått mest fördelar av teamarbetet. Detta trots att några av läkarna initialt var tveksamma inför förändringen, eller trodde åtminstone inte att den skulle ha så stora konsekvenser för dem själva. I TEPPP-studien, där teamarbete infördes i akutsjukvård, var däremot fördelarna med teamarbetet istället uttalat för sköterskorna. De framhöll en ökad delaktighet i patienthandläggningen som särskilt värdefullt. De beskrev också att de kunde göra patienterna mer delaktiga när de jobbade närmare läkaren, genom att de visste mer om planen för patienten. En möjlig förklaring till skillnaderna mellan de båda studierna kan vara att teamarbete ser så olika ut i olika sammanhang. Olika bevekelsegrunder för att införa teamarbete kan medföra att konsekvenserna av teamarbete därför ser olika ut i olika kontexter.

Anders Hansson har i sin avhandling ”Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkares yrkesroll och attityder till samarbete” (2008) undersökt distriktsläkares och läkarstudenters attityd till samarbete i multiprofessionella team. Hans slutsats är att det är viktigt att ta hänsyn till läkares uppfattning om den egna yrkesrollen för att få dem att engagera sig i teamarbetet. Han visar också att läkare gärna vill se och förstå fördelarna innan de väljer sådana organisationsformer. Att medarbetare har förstått syftet med en förändring för att engagera sig i den beskrivs frekvent inom implementeringslitteraturen. I införandet av multiprofessionellt teamarbete är det alltså centralt att syftet med teamarbete förtydligas och förankras bland

medarbetarna. På grund av den snabba kunskapsstillväxten inom medicin tvingas läkare till en ökad grad av specialisering. En effekt av detta är att läkare behöver söka kunskap hos andra för att kunna bedöma helheten. Läkarna har blivit alltmer beroende av att arbeta i team med andra läkare och personal med annan kompetens om t.ex. sociala och psykologiska frågor. Trots detta formas läkare fortfarande i hög utsträckning till en roll där de förväntar av sig själva att klara alla svåra situationer på egen hand (Lehto, Norlin Mistander, & Landstingsförbundet, 2001). Ohrling & Lockowandt (2012) menar vidare att det krävs en ökad förståelse av organisatoriska processer, kunskap om team och grupper och ledarskap bland läkare för att bemöta de nya krav som bland annat ökad komplexitet ställer på vårdorganisationerna. De menar att vi ser en utveckling från exklusiva kliniska beslut till standardisering, protokoll och riktlinjer. Läkares roll handlar då allt mer om att leda och övervaka vårdprocesser som är multi-disciplinära och multiprofessionella. Sammantaget pekar detta mot en stor förändring i läkares uppgift, som inverkar på den traditionella professionsidentiteten, där läkares autonoma beslutsfattande är i centrum.

En longitudinell studie om läkares ledarskap visade att den professionella kollegialiteten bland specialistläkare har skapat ett ledarskap bland vissa läkare som är mer demokratiskt, delaktigt och ibland delat, i synnerhet inom den högspecialiserade vården där läkare har nära samarbete med förhållandevis självständiga, icke-medicinska yrkesgrupper. Där kan ett delat ledarskap omfatta fler än läkarna. Det demokratiska ledarskapet kan förstärkas av en måttlig konkurrens inom vissa läkargrupper, medan i de fall där det finns en intensiv professionell konkurrens så främjar detta ett personcentrerat och ibland rentav karismatiskt ledarskap (Levy, 2003).

Hierarkier och genusaspekter

En studie bland svenska läkare påvisade en tydlig hierarki inom läkargruppen. Den påverkade flera aspekter av läkarnas roll, sjukvårdsorganisationen och den psykosociala arbetsmiljön (Bergman, Stotzer, Wahlstrom, & Sandahl, 2009). Hierarkier kan vara nödvändiga för att skydda både patienter och anställda genom att skapa en känsla av trygghet och struktur som är avgörande för att de anställda ska kunna fungera tillfredsställande i hälso- och sjukvården. Å andra sidan kan auktoritära hierarkier försvåra en del aspekter av interaktionen med patienter, så som empati och känslomässig förståelse. Det kan även försvåra lärande och utveckling av sk förtroendehetskunskap (Hovellius & Johansson, 2004).

Hälso- och sjukvården är en kvinnodominerad bransch. Medan män traditionellt sett varit överrepresenterade bland läkarna i Sverige har kvinnorna varit i majoritet i andra vårdyrken. De kvinnodominerade vårdyrkena har på olika sätt varit underställda det mansdominerade läkaryrket. Det har med andra ord funnits en genus- och maktrelation mellan yrkena (Öhman, 2009). Detta kan till exempel ta sig uttryck i att vårdvetenskaplig kompetens (omvårdnad, sjukgymnastik, arbetsterapi etc) ses som underordnad den medicinska. Kvinnor är också underrepresenterade på ledande positioner (Kvaerner, 1999). Även om det på senare år har skett ett skifte så att kvinnor nu är i majoritet på läkarutbildningarna så består den manliga maktdominansen och hierarkin i stor utsträckning ännu. Snedfördelningen mellan könen gör att könsmaktsaspekter kan behöva vägas in för förståelsen av dynamiken på arbetsplatser inom vården. En studie av dialoggrupper för läkare visar att denna typ av handledda gruppsamtal kan vara ett sätt att minska hierarkier i vården och att synliggöra genusaspekter och rådande könsmaktsordning (Bergman, Stotzer et al, 2009). En intervention i form av utvecklingsgrupper bidrog till att minska den informella hierarkin, synliggjorde genusaspekter i organisationen och understödde läkarnas lärande och utveckling i sin roll som ledare

(Bergman et al., 2009). Handledda utvecklingsgrupper skulle kunna vara ett sätt att underlätta utvecklingen av organisationer från traditionellt hierarkiska till modernare organisationer som är mer anpassade för dagens samhälle (Bergman, 2009).

Ledarskap i hälso- och sjukvården

De professionella har en central roll i hälso- och sjukvården: för utvecklingen av organisationen, för en väl fungerande arbetsmiljö, för god vårdkvalitet och inte minst ur perspektivet av patientsäkerhet. Detta gäller även för de som inte har en formell chefsroll. Läkare hamnar genom sitt behandlingsansvar hela tiden i situationer där de förväntas ta ledningen. På liknande sätt har sjuksköterskorna ett ledande uppdrag i omvårdnadsarbetet, ofta som arbetsledare för undersköterskor och vårdbiträden. I socialstyrelsens rekommendationer för legitimerade sjuksköterskors yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt (2005) är ledarskap ett av tre huvudområden. Sjuksköterske- och läkarutbildningarna är trots detta fortfarande nästan uteslutande inriktade på att lära blivande läkare och sjuksköterskor ämnesspecifika kunskaper. En mycket begränsad del av utbildningen ägnas åt beteendevetenskap, psykologi och kunskaper om ledarskap och organisation. Detta är en stor skillnad mot till exempel ekonom- och ingenjörutbildningar, som är rekryteringsbasen för chefer i det privata näringslivet, där management, ekonomi och ledarskap ingår som självklara element. Läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper med ledarroller i vården har istället förväntats skaffa sig denna typ av kunskap på egen hand. Enligt färsk forskning sjunker intresset för chefskap från läkarstudenter till AT-läkare och är ännu lägre bland ST-läkare. En orsak kan vara att utbildningen inte givit tillräckliga färdigheter i ledarskap (Läkarförbundet, 2009). En annan orsak är läkares tydliga professionsidentitet. Denna bidrar till svårigheterna att rekrytera läkare till chefspositioner, vilket förstärks av att chefsrollen blir alltmer administrativt inriktad. Detta gör steget för en individuell läkare till en chefspost ännu längre (Öfverström, 2008). Att vara ledare inom hälso- och sjukvården innebär också att vara ledare för personer som har autonoma roller med stora befogenheter att styra sitt eget kliniska arbete. Detta "distribuerade" ledarskap innebär mindre kontroll för cheferna. Samtidigt visar en svensk studie att chefssjuksköterskornas underordnade föredrog ett mer tydligt uttryckt ledarskap än vad cheferna utövade (Sellgren, Ekvall, & Tomson, 2006). Dessa dubbla, delvis motstridiga krav i ledarrollen är en del av orsaken till att bland annat chefssjuksköterskor ofta har en belastande arbetssituation. Att ledarna dessutom ofta har otillräckligt psykologiskt stöd gör att deras behov av stöd, till exempel i form av ledarskapsutveckling, är stort.

Att vara ledare i en krympande ekonomi är utmanande i sig. Att vara ledare inom hälso- och sjukvården är dessutom mer komplext än att vara ledare i det privata näringslivet. Det har bland annat att göra med de ibland motstridiga förväntningar, olika utgångspunkter och perspektiv som finns hos de tre olika huvudaktörerna i sjukvården; politiker, chefer och professionella (Tollgerdt-Andersson, 1995). Politikens övergripande prioriteringar ska omsättas i praktiken av chefer på olika nivåer som behöver se till helheten för personalen och patienterna. Patienterna har rätt till god vård samtidigt som personalen måste skyddas från en alltför hög arbetsbelastning. Till detta kommer att patienter på intet sätt är, eller bör vara, en passiv mottagare av vård. I vård och omsorg handlar det om en ömsesidig dynamisk process där patienterna ska kunna vara delaktiga, samtidigt som personalen ska fatta beslut utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Personalen och patienten är inte alltid överens om vad som

är rätt. Man kan t.o.m. tvingas agera mot patientens vilja. Ibland kan man inte hjälpa. Många arbetsuppgifter har moraliska konsekvenser och väcker existentiella frågor om makt, liv, död, skuld och ansvar. Personalen får leva med känslor av otillräcklighet och ångest. Ledarnas uppgift blir att balansera olika intressen, krav och behov, där det finns en enorm spridning i utgångspunkterna för de olika aktörerna. De ska verkställa politiska prioriteringar, som förändras med de politiska valcyklarna, samtidigt som de ska möjliggöra för personalen att möta varje patient utifrån dennes behov. De ska också skapa en långsiktig, kontinuerlig utveckling av verksamheten samtidigt som förändringar i det politiska landskapet kan innebära mer eller mindre plötsliga svängningar i prioriteringar. För politiker och policymakare är just hälso- och sjukvårdens behov av långsiktighet och uthållighet i förbättringsarbete en av de stora utmaningarna. Det är inte svårt att förstå att många ledare känner sig otillräckliga och inkompetenta i denna sammansatta värld.

Utveckling av ledarskap och teamkompetens

Ledarskap tycks vara en arbetsmiljöfaktor som verkligen har betydelse för medarbetares hälsa och trivsel liksom sannolikt för kvalitet och produktivitet (Fransson Sellgren, 2007; Nyberg, 2009). Det finns därför stora incitament, inte minst ekonomiska, att utveckla och förbättra chefers ledarskap och teamkompetens. Det är en anledning till att arbetsgivare årligen investerar avsevärda summor på ledarskapsutbildningar. Mot den bakgrunden är det anmärkningsvärt att endast ett fåtal vetenskapliga studier kan visa vilka effekter ledarskapsinterventioner egentligen har på anställda och organisationer.

Chefer inom hälso- och sjukvården behöver stöd och handledning för att hantera sina olika ledarroller och för att kunna hantera intressekonflikter konstruktivt. Hälso- och sjukvårdens kultur, organisation och styrsystem försvårar i vissa avseenden för chefer att handla värderationellt i linje med sin etiska kompetens (Falkenström, 2012). Teorier eller modeller för att förstå har inget större värde i detta sammanhang, om de inte kan tillämpas i samband med vardagliga dilemman man möter i arbetet som chef/ledare. En nyckelfaktor är att cheferna har integrerat rollen och teorin i sin person så att de kan utöva ledarskapet på ett konstruktivt sätt. Att ta en roll innebär att man kan formulera eller upptäcka en reglerande princip i sitt eget inre, som gör det möjligt att handskas med kraven som uppstår i situationen. Kompetens i ledarrollen handlar mer om s.k. förtrogenhetskunskap än om abstrakt teori. Med andra ord utveckla ledarskapskompetens genom att teori integreras i ledarrollen. Detta sker genom ett lärande baserat på erfarenheter i praktiken (Sandahl, Falkenström, & von Knorring, 2010). Ledarskap är en kompetens i sig, som behöver utvecklas metodiskt. Det saknas dock i många fall utvärderingar som kan visa vilka former av ledarskapsutveckling som i praktiken fungerar.

Tidigare studier visar på en mycket stor variation i effektstorlek mellan olika utvecklingsprogram. En del visar på goda resultat medan andra är tydliga misslyckanden (Collins & Holton, 2004). Framförallt saknas studier av organisatoriska effekter (produktivitet, samarbete, kvalitet, hälsa m.m.) av ledarskapsutveckling, inte minst inom hälso- och sjukvården.

Ett grundläggande problem i många ledarskapsutbildningar är att de ofta sker utanför de organisatoriska sammanhang som cheferna arbetar i, vilket medför att den praktiska nyttan riskerar bli ringa även om utbildningarna i sig är väl genomförda (Day 2001). Detta, i kombination med att chefer ofta uppger sig sakna tid för reflektion och tillfällen till

erfarenhetsutbyte med kolleger gör att mer verksamhetsnära modeller för utveckling av ledarskap och teamkompetens behöver utvecklas.

De positiva erfarenheter som finns från Stockholmsmetoden där chefer träffas gruppvis med en samtalsledare regelbundet under ett år, visar att denna form av intervention ger ökad kunskap om organisationen som återkopplas till organisationen (Sandahl 2010). En slutsats av den begränsade interventionsforskning som finns är att utvecklingsprogram bör vara direkt kopplade till vardagliga dilemman och problem som uppstår i ledarrollen, samt organiserade i form av kontinuerligt erfarenhetsutbyte med kolleger (Jackson & Parry, 2008; Takao et al., 2006). I två svenska studier av dialoggrupper för läkare, som byggde på en sådan modell, fann man positiva effekter på deltagarnas psykosociala arbetsmiljö och ledarskap (Bergman et al, 2007, Bergman et al. 2009).

Två olika tillvägagångssätt för ledarskapsutveckling som är vanliga i den svenska hälso- och sjukvården utvärderades i en avhandling som visar att både intensivkurser och ledarskapsutvecklingsgrupper som pågår under längre tid kan vara verk samma metoder för ledarskapsutveckling i sjukvården. Resultaten tyder på att de båda interventionerna stärker olika aspekter av ledarskapet och kompletterar varandra, även om innehåll och metod skiljer sig avsevärt mellan tillvägagångssätten. Handledda utvecklingsgrupper som pågår under längre tid kan ge chefer struktur och stöd att utvecklas i ledarrollen inom organisationen och underlätta uppbyggandet av en lärande organisation (Bergman, 2009). Vidare tyder resultaten på att det är verksamt att erbjuda en upplevelsebaserad intensivkurs i ledarskap till läkarstudenter för att öka deltagarnas öppenhet i rollen, för att stödja lärande av gruppdynamik och för att underlätta fortsatt ledarskapsutveckling. På de svenska läkarutbildningarna finns numera kortare intensivkurser med inriktning mot ledarskap och teamkompetens. En utvärdering av en sådan intensivkurs visade att de läkarstudenter som kunde förväntas vara minst intresserade av att frivilligt välja att delta i denna typ av kurs tycktes vara de som lärde sig mest (Bergman, Savage, Wahlstrom, & Sandahl, 2008).

En av de vanligast använda kurserna för utveckling av ledarskap och teamkompetens inom den svenska sjukvården är kursen UGL (Utveckling av Grupp och Ledarskap) som utgår ifrån FIRO-teorin (Schutz, 1958) och Susan Wheelans teori om effektiva team (Wheelan, 2005). En utvärdering visade att denna intensivkurs för chefer stödjer lärande om gruppdynamik, gruppers utveckling, kommunikation, och ökar självmedvetenheten och stärker deltagarna i deras ledarroll. Dock verkade effekten av en intensivkurs för chefer vara tidsbegränsad. En rimlig slutsats utifrån resultaten är att intensivkurser i ledarskap bör följas av någon form av mer processinriktat program som t ex utvecklingsgrupper för att ge möjlighet för deltagarna att integrera kunskaperna från intensivkursen i det dagliga arbetet, för att applicera kunskaperna i den egna organisationens kontext och för att ge möjlighet till fortsatt ledarskapsutveckling (Bergman, 2009).

Implikationer för politik och policy

Under de senaste decennierna har sättet att organisera och leda sjukvård genomgått stora förändringar. Bland annat har förbättrade behandlingsmetoder och stora medicintekniska framsteg lett till behov av att effektivare administrera alltmer komplexa vårdprocesser och patientflöden, prioritera utifrån begränsade resurser, samt säkra kvalitet och vård på lika villkor för befolkningen. Politiker, chefer och professionella har alla olika utgångspunkter och olika möjligheter att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Politikerna står för de övergripande besluten och fördelningen av resurserna. Genom de demokratiska valen

tillgodoses att den politiska styrningen sker i enlighet med medborgarnas önskemål. Det är också medborgarna som i slutändan tillhandahåller de resurser som ska fördelas. För att ge politikerna goda underlag för övergripande beslut krävs en kontinuerlig dialog med de chefer som leder verksamheterna. Cheferna, i sin tur, behöver stå i dialog med medarbetarna, som är de som har mest praktisk kännedom om hur vården bedrivs – och kan utvecklas. En vision är att de professionellas verksamhet underlättas av chefers och politikernas beslut i syfte att tillvarata resurserna på mest kostnadseffektiva sätt på såväl kort som lång sikt. Politikernas uppgift blir att ta ut riktningen. Både politiker och chefer har också i uppgift att skapa förutsättning för medarbetare att på bästa möjliga sätt lösa sitt uppdrag. Utvecklingen mot förbättrat teamarbete bör därmed inte detaljstyras från politiker i form av specifika policyer utan förankras och drivs av chefer genom en kontinuerlig dialog med de professionella.

Vad krävs för att föra utvecklingen av teamkompetens och ledarskap framåt?

- Hälso- och sjukvården behöver organiseras så att teamarbete – och annan organisationsutveckling och förbättringsarbeten som kräver samverkan – främjas
- Teamarbete innebär organisationsutveckling. Ledare inom hälso- och sjukvården behöver kompetensutveckling och stöd i att bedriva förbättringsarbete
- Effekter av teamarbete behöver studeras vetenskapligt. I dagsläget vet vi för lite om hur olika sätt att organisera arbete på, och olika typer av teamarbete, påverkar arbetsmiljö, effektivitet, vårdkvalitet och patientsäkerhet
- Verksamhetsnära modeller för utveckling av ledarskap och teamkompetens behöver utvecklas
- För att främja teamarbete inom hälso- och sjukvården är innovativa och omfattande insatser nödvändiga, såväl utbildningsinsatser riktade till individer som utveckling av organisationen
- Ledarskap är en kompetens i sig som behöver utvecklas metodiskt. Det saknas dock i många fall utvärderingar som kan visa vilka former av ledarskapsutveckling som i praktiken fungerar. En praktisk implikation av Bergmans avhandling är att kombinera modeller för team- och ledarskapsutveckling. Intensivkurser i ledarskap bör erbjudas till nuvarande och framtida ledare i sjukvården som ett första steg. Dessa bör sedan följas av utvecklingsgrupper som pågår över längre tid för att fortsatt understödja ledarskapskompetens i det dagliga arbetet och utveckling av en lärande organisation.
- Inte ens kombinerade ledarutvecklingsprogram är tillräckliga för att förändra organisationer mot ett modernare paradigm i vilket vårdens ledare utvecklar sin kompetens i teamarbete, systemtänkande och ledarskap. Ledarskapsprogram bör implementeras i en kontext tillsammans med bredare organisationsövergripande satsningar för kontinuerlig verksamhetsutveckling.

Referenser

- Bergman, D. (2009). *LEADERSHIP DEVELOPMENT: A comparative evaluation of short-term and long-term programmes in Swedish health care*. Karolinska Institutet, Stockholm,. Retrieved from <http://diss.kib.ki.se/2009/978-91-7409-310-0/>
- Bergman, D., B. Arnetz, et al. (2007). "Effects of dialogue groups on physicians' work environment." *Journal of Health Organization and Management* 21(1): 27-38.
- Bergman, D., S. Fransson-Sellgren, et al. (2009). "Healthcare leadership: impact of short-term intensive and long-term less intensive training programmes." *Leadership in Health Services* 22(2): 161-175.
- Bergman, D., Savage, C., Wahlstrom, R., & Sandahl, C. (2008). Teaching group dynamics - do we know what we are doing? An approach to evaluation. *Medical Teacher*, 30(1), 55-61.
- Bergman, D., Stotzer, E., Wahlstrom, R., & Sandahl, C. (2009). Learning from dialogue groups--physicians' perceptions of role. *J Health Organ Manag*, 23(2), 225-239.
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. och B. Sibbald, (2003) "Team structure, team climate and quality of care in primary care: an observational study", *Qual Saf Helth Care*, 2003;12: 273-279.
- Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, H.-T., Lin, K.-C., & Lee, P.-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1946-1955.
- Collins, D.B. & Holton, E.F. (2004). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. *Human Resource Development Quarterly*, 15, 217-248.
- Czarniawska, B. (2007) *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Liber AB.
- Davies, J. M. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 898-901.
- Day, D. V. (2001). "Leadership development: A review in context." *Leadership Quarterly* 11: 581-613.
- Drinka, T. J. (1993) "Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork", *Educational Gerontology*, 20, 87-103.
- Elingsdóttir, G. (2010), *Utvärdering av förändring till teambaserat arbetssätt*, Rapport: ISSN 1650-9773 Publication 34, Media-Tryck, Lund.
- Falkenström, E. (2012). *Verksamhetschefens etiska kompetens - Om identifiering och hantering av intressekonflikter i hälso- och sjukvården*. Stockholms Universitet, Stockholm.
- Flin, R. H., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end a guide to non-technical skills*. Aldershot, England: Ashgate.

Forse, A. R., Bramble, J. D., & McQuillan, R. (2010). Team training can improve operating room performance. *Surgery, 150*, 771-778.

Fransson Sellgren, S. (2007). *Nursing management at a Swedish University hospital : leadership and staff turnover*. Stockholm: Karolinska institutet.

Goldberg, D. & Williams, P. (1991). *A users's guide to the general health questionnaire*. Berkshire: Nfer-Nelson.

Hovellius, B., & Johansson, E. E. (2004). *Body and gender in medicine. (Kropp och genus i medicinen) (In Swedish)*. Lund: Studentlitteratur.

Jackson, B. and K. Parry (2008). A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying leadership. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Kalisch, B. J., Lee, H., & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management, 18*, 938-947.

Kjeldmand, D. (2006). *The doctor, the task and the group : Balint groups as a means of developing new understanding in the physician-patient relationship*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis : Univ.-bibl. distributör.

Kvaerner, K. J., Aasland, O. G. & Botten, G. S. (1999) Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ, 318*, 91-4.

Kvarnström, S. & E. Cedersund (2006) Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams in *Journal of Advanced Nursing, 52* (2), 244-252

Lehto, A., Norlin Mistander, C., & Landstingsförbundet. (2001). *Unga manliga läkare : projektbeskrivning och utvärdering*. Stockholm: Landstingsförb.

Levay, C. (2003). *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Uppsala Universitet, Uppsala.

Lindholm, M. (2006). Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *J Nurs Manag, 14*(4), 300-309.

Lindström, K., Elo, A-L, Skogstad, A, Dallner, M, Gamerale, F., Hottinen, V., Knardahl, S. & Örhede,

E. (2000). Users's guide for the QPSNordic. General Nordic questionnaire for psychological and social factors at work. *Tema Nord 2000:603*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers. Läkareförbundet. (2009). SYLF:s AT-ranking (pp. 1-36).

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53*, 143-151.

Mazzocato, P., Hvitfeldt Forsberg, H., & von Thiele Schwarz, U. (2011). Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 70.

McGrath, J. E. (1991). Time, Interaction and Performance (TIP) A theory of groups. *Small Group Research*, 147-174.

Mehan, P., Lamb, J., Saltzman, L. & O'Carroll, P. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am. J. Psychiatry*, 149:41-44.

Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R. och J. Jaspers, (2010), "Consequences of Participating in Multidisciplinary Medical Team Meetings for Surgical, Nonsurgical and Supporting Specialities", *Medical Care Research and Review*, Vol. 67, No. 2, 173-193.

Muntlin Athlin A Farrokhnia N, von Thiele Schwarz U (2012) Teamwork – a way to improve patients' perceptions of the quality of care in an emergency department: A quasi-experimental intervention study. Submitted manuscript.

Muntlin Athlin A von Thiele Schwarz U, Farrokhnia N, (2012) Teamwork improves: a longitudinal study of effects on lead times and patient flow in an emergency department": A quasi-experimental intervention study. Submitted manuscript.

Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., Berger, D. H. et al. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 304, 1693-1700.

Nyberg, A. (2009). The impact of Managerial Leadership on stress and health among employees. Stockholm, Karolinska institutet. (Doctoral Dissertation).

Ohrling M, Lockowandt U. Den moderna tiden kräver en förändrad läkarutbildning. *Läkartidningen*. 2012;109(9-10):462-3.

Pettigrew AM, Whipp R. Managing Change for Competitive Success. Oxford: Blackwell, 1991.

Sandahl, C. (2010). Kollegialt erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling för chefer. I J. Näslund & M-L. Ögren (red). Handledning för personer i hjälparyrken. Lund: Studentlitteratur.

Sandahl, C., J. Edenius, Gustafsson, H. & Wahlström, T.. (2007). Självförtroende och handlingskraft genom stockholmsmodellen för ledarutveckling, Stockholm, Karolinska Institutet.

Sandahl, C., Falkenström, E., & von Knorring, M. (2010). *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet.*: Natur & Kultur.

Schutz, W. (Ed.). (1958). *FIRO: A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior*. New York: Rinehart.

Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *J Nurs Manag*, 14(5), 348-355.

Sjövold, E. (2011). *Teamet: Utveckling, effektivitet och förändring i grupper* (1:2 ed.). Oslo: Liber.

Takao, S., A. Tsutsumi, et al. (2006). "Effects of the job stress education for supervisors on psychological distress and job performance among their immediate subordinates: a supervisor-based randomized controlled trial." *J Occup Health* 48(6): 494-503.

Tollgerdt-Andersson, I. (1995). *Manager in county councils: leadership i political organizations. (Chef i landsting : ledarskap i politiskt styrda organisationer)*(In Swedish). Stockholm: Swedish County Council.

Tuckman, B. W. (1977). Stages of group development revisited. *Group and Organisational Studies*, 2, 419-427.

Ulhassan, W., Westerlund, H., Thor, J., & von Thiele Schwarz, U. (2012) Lean and Teamwork: A Longitudinal study of the relationship between Lean and Teamwork in a Hospital Setting. *Manuscript in preparation*.

Wagner, E. H. (2000) "The role of patient care teams in chronic disease management", *British Medical Journal*, 320, 567-572.

Weaver, S. J., Lyons, R., DiazGranados, D., Rosen, M. A., Salas, E., Oglesby, J., . . . King, H. B. (2010). The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *Acad Med*, 85(11), 1746-1760.

Wheelan, S. A. (2005). *Creating effective teams : a guide for members and leaders* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Wheelan, S. A., Burchill Christian.N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12, 527-534.

Öfverström, H. (2008). *Steget till chefskap - Om läkare som verksamhetschefer*. (Göteborgs Universitet), Göteborg.

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Höskoleverket.