

Långsiktighet och komplexitet

– faktorer för att utveckla kompetens inom hälso- och sjukvård

Lena Larsson 2015-11-03,
Forum för Health Policy i Stockholm 11 november 2015

Innehåll

Bakgrund	3
Kompetens.....	3
Det stora interna utbildningsuppdraget.....	5
Kompetens på 3 nivåer: individ, team, organisation	5
Tillgång på personal	6
Andra kompetenser	7
Sjukvårdsstruktur	7
När märks förändring	8
Goda tider och dåliga tider.....	8
Utveckling av kunskap och metoder	8
Förbättringsarbete	9
Tid.....	10
Semester	10
Schema	10
Viktigt arbetsinnehåll som ibland saknas.....	11
Meningsfullhet	11
Uppskattning	11
Återkoppling	11
Vilka är slutsatserna?	11
Till diskussionen	11
Ekonomisk styrning	11
Varje organisatorisk nivå's åtagande	11
Pedagogik	12
Alternativa förhållningssätt.....	12

Bakgrund

Denna skrivning syftar till att utforska villkor runt kompetens i sjukvård ur perspektiven långsiktighet och komplexitet. Den tar inte upp frågan vilken kompetens som kommer att behövas i framtidens sjukvård utan uppehåller vid sig vardagliga faktorer som påverkar kompetens. Det är en bild sprungen ur en praktisk verklighet där motstridiga viljor och perspektiv möts.

Jag skriver utifrån min yrkesmässiga erfarenhet. Det kommer inte att handla om redogörelse av forskning men naturligtvis är jag liksom alla andra inte opåverkad av insikter sprungna ur forskning.

Min grundutbildning är en masterexamen i psykologi och PhD-studier i psykologi i USA och jag är leg. psykolog. Min yrkesmässiga erfarenhet har jag huvudsakligen skaffat mig från Volvo och Västra Götalandsregionen (VGR). I VGR började jag som HR-direktör i och med att regionen skulle bildas och stannade kvar under drygt 12 år. Mina allra första yrkeserfarenheter gjorde jag som metallarbetare och sjukvårdsbiträde.

Jag kommer att göra jämförelser mellan en industriell organisation som Volvo och sjukvården. Enligt min erfarenhet finns det ett antal grundläggande skillnader.

Jag är övertygad om att olika branscher har mycket att lära av varandra om vad som vore användbart. Och det förutsätter en ömsesidig nyfikenhet på varandra. Vården med sina starka professioner har ofta en klar uppfattning om vad man vill lära sig och av vem.

För egen del har det varit oerhört spännande att få arbeta i två så vitt skilda vardagsverkligheter som bilindustri och sjukvård. Båda med starka drivkrafter och stor fascination för sina uppdrag.

Kompetens

Jag använder kompetensbegreppet som ett samlingsbegrepp för det som krävs för att kunna agera, att kunna lösa en uppgift. Med andra ord kunskap, erfarenhet, vilja, färdigheter, nätverk inkluderas i begreppet. Kompetens kan ses som ett tillstånd, en ögonblicksbild eller som en process. Vid rekrytering ser vi den som ett tillstånd. Vi frågar oss om kandidat X:s kompetens passar hos oss. Vår kompetens är under ständig förändring via vårt lärande. För individen är det nödvändigt för att kunna anpassa sig till de förändringar som sker runt och i individen. Och för en organisation är det också avgörande för att fortsatt kunna utföra sitt uppdrag. Effektiva inre lärprocesser är kritiska för organisationens förmåga att åstadkomma resultat. Används i stället kunskapsbegreppet ligger det närmare till hands att se det som statiskt. Individen skaffar sig vissa bestämda kunskaper och får ett yttre bevis på sin kunskap i form av ett diplom eller en formell examen. Med det som utgångspunkt sker sedan ytterligare lärande och utveckling av kompetens.

Hälso- och sjukvården producerar tjänster. Volvo producerar produkter med tjänster knutna till produkterna. Det är en stor skillnad på uppdraget.

Men det som är svårast att förstå är skillnaden i styrsätt. Sjukvården styrs av tre olika logiker, den professionella logiken, den politiska logiken och den administrativa logiken. Industrins logik är managementlogik.

Den professionella logiken innehåller ett synsätt att man bara kan styras eller värderas av den som har samma utbildning som en själv. Och som professionell utövare har man eget ansvar och kan därför inte styras av någon annan.

Den politiska logiken bygger på att politikerna "förser" organisationen med resurser. Merparten av pengarna kommer från skatter. Och det är politikerna som fördelar resurserna inom organisationen. Politiken bygger på vara oense, mellan majoritet och opposition.

Den administrativa logikens huvudsakliga uppgift har varit att samordna de två andra logikerna för att öka förutsättningarna för ett gott resultat och minska ev. konfliktytor.

En stor grupp av medarbetare tillhör de så kallade legitimationsyrkena, professionen. Det innebär att de måste genomgå specifik utbildning och "träna" på arbetsuppgifter under överinseende av erfarna kollegor. Därefter blir de av staten legitimerade för att under eget ansvar utföra arbetsuppgifterna. Vägen till "kompetens", att kunna handla, går via legitimation.

I vården krävs "handens kompetens". Det räcker inte med att veta och förstå, utan också att på ett skickligt sätt handgripligen kunna göra. Den kombinationen är ovanlig i arbetslivet. Den som förväntas ha störst kunskap ska också vara skicklig på att utföra de mest kritiska "handgreppen". I de mer industriella sammanhangen är det åtskilt. Arkitekten bygger inte huset och konstnären blåser inte glaset för att ge några exempel.

Något som liknar legitimation finns inte inom industrin. Där beslutar/bedömer arbetsledningen om en medarbetare anses ha kompetens nog att utföra arbetsuppgiften eller inte. Verksamheten har därigenom större flexibilitet att bemanna arbetsuppgifter och är inte lika hänvisad till att ett visst antal personer som har specifik grundutbildning och inskolning. Och medarbetaren har inte juridiskt ansvar på samma sätt som vårdens legitimerade personal. Här krävs därför inte samma typ av långsiktighet i kompetensplanering. Chefen har en större möjlighet att via kompetensutveckling inom den egna arbetsgruppen minska sårbarhet vid ev. avhopp. När det gäller vårdens yrkesgrupper krävs ett samarbete mellan olika parter för att det ska finnas en medarbetare med specifik kompetens att rekrytera. Specialistläkarna är det mest slående exemplet. Det tar efter avslutad gymnasieutbildning 12 år att bli specialistläkare. Dessa 12 år förutsätter ett välfungerande samspel mellan universitetet och många olika arbetsplatser inom vården. Ökad specialisering ger ökad komplexitet och ökat behov av gott samspel. Men också ökade möjligheter till bättre vårdresultat.

Industrin tänker i produktionsplanering och kapacitetsplanering. Sjukvården tänker fortfarande vanligtvis i bemanningsplan men produktions- och kapacitetsplanering får allt större utrymme.

Det stora interna utbildningsuppdraget

De som inte arbetat i sjukvård är ofta ovetande om det stora interna utbildningsuppdraget som verksamheten genomför. Sjukvården har en "traineeverksamhet" som industrin och deras studenter bara kan drömma om. Det sker inskolning under ordnade former. Studenten tränas för sin framtida yrkesroll. Det sker ett möte för ömsesidig påverkan.

Idag har vi en ökad mångfald i erfarenhetsbakgrund hos dem som behöver handledning eller inskolning. Den största gruppen är fortfarande de som utbildat sig på svenska universitet och högskolor. Och vi har ytterligare tre grupper, de som är svensktalande och utbildat sig på universitet inom EU och saknar praktisk erfarenhet, de som utbildat sig inom EU, har praktisk erfarenhet och inte talar svenska, och de som utbildat sig utanför EU och har praktisk erfarenhet och flyttat hit. Och till detta kommer också de olika specialiteterna. På en och samma klinik blir det ett komplext handledningsuppdrag att matcha tillsammans med övriga arbetsuppgifter.

Fram till 1992 fanns en statlig styrning av ST. Idag ligger det på respektive landsting/region. Här borde ett nationellt samarbete kunna underlätta och särskilt nu när vi har en ökande grupp flyktingar som kommer.

Kompetens på 3 nivåer: individ, team, organisation

Kompetens kan vara på individuell nivå, teamnivå eller på organisatorisk nivå. Det sistnämnda kallas i vissa sammanhang för strukturkapital. Strukturkapital är tidigare erfarenheter som nu uttrycks i arbetsprocesser och arbetsmetoder.

Den individuella kompetensen har störst fokus. Och den är förutsättning för de andra nivåerna.

Teamnivå kan ses och utvecklas ur olika perspektiv. Ur patientens perspektiv definieras den som den samspelande kompetensen hos de personer som krävs för att patienten ska få adekvat vård. Ur medarbetarnas synvinkel ofta den närmaste arbetsgruppen. Ser man sig som en bland många runt olika patienter eller som en i den närmaste arbetsgruppen ger det olika förutsättningar och drivkrafter för kompetensutveckling. Det är knappast möjligt att inom vissa områden hålla en sådan komplexitet i minnet för en enskild person. Här kommer nästa nivå skicklighet in.

"Organisatorisk kompetens" blir det mest luddiga begreppet, men jag vill hävda att det behövs. Många inom vården ser troligtvis den nivån som "den som bara ställer till det". Och det är också kompetens, men bristande sådan.

Både andelen legitimerad personal och specialiseringsgraden har ökat det senaste decenniet. Drivet av verksamhetsbehov och personliga drivkrafter att öka sin kunskap. Den ökade specialiseringen ökar i allmänhet möjligheterna att nå resultat. Men samordningsbehovet ökar också för att få ihop helheten människan. Och samordning måste den organisatoriska nivån kunna hantera.

När komplexitet ökar måste överblickbarhet och samordning öka. Detta i sin tur göras begripligt för dem som är beroende av att kunna orientera sig i sammanhanget. När

man inte kan förstå komplexiteten så uppfattas tillvaron som rörig. Ett rimligt sätt är att förhålla sig är att söka bortse från den och "sköta sitt". Dags att gå in i "flundraläge", ett begrepp från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Tillgång på personal

Andelen läkare och sjuksköterskor har ökat med ca 20 % de senaste 10 åren. Antalet undersköterskor minskade under flera år för att nu åter öka. Legitimationstätheten har stigit. Allmänhetens bestämda uppfattning är att vården lider kronisk brist på personal. Och det påverkar deras syn på vilka är möjligheterna att få vård. Numerärt lite brist kan ha stor påverkan. Bristen på patologer ökar väntetiderna i cancervården och bristen på barnmorskor i sommar- Stockholm ger stor rubriker. Vikten av precision i tillgång på rätt kompetenser blir tydlig och även sårbarheten.

I det korta nationella perspektivet kan inte tillgången på specifik personal öka. Däremot kan en regional omfördelning ske. Det går att locka medarbetare från varandra. Men det löser inte Sveriges problem.

För att råda bot på brister kortsiktigt finns två alternativ. Det ena är en arbetsuppläggning som ger mer tid till kärnuppgifter eller ökad arbetstid.

Administrationns ökande andel av arbetstiden framför allt för läkare men även för sjuksköterskor och undersköterskor har uppmärksammats. Varför har det blivit så? Något som ingen önskat.

Här tror jag att vi kan gå tillbaka till traditionen. Den är bemanningstänkandet.

Utgångspunkten av bestämda yrkesgrupper och inte en bild av den totala mängden av arbetsuppgifter som ska utföras. Man tittar inte på flöden utan var och en ansvarar för sina aktiviteter. Jag brukar få bilden av sjukvården som medarbetarna i form av olikformade byggklossar som tillsammans ska bilda helheten och industrin som grus, sand och vatten som fyller sin gemensamma form.

En annan orsak tror jag är att olika delar av ett landsting/region lägger ut administrativa uppdrag eller uppgifter utan att dessa bereds med en konsekvensanalys vad det innebär i vårdorganisationen. Ingen bedömning görs av hur uppdragen ska hanteras och hur mycket tid det kommer att kosta. Först då är det möjligt att avgöra om det är värt insatsen att utföra uppgiften.

Vad varje organisatorisk nivå ska bidra med behöver tydliggöras. Ska administration bli effektivare så räcker det inte att respektive vårdenhet gör en bättre fördelning och uppläggning av arbetsuppgifter utan också de olika organisatoriska nivåernas samspel och bidrag måste klargöras.

Stundtals kommer påbud att dra ner på administrationen genom att minska antalet administratörer. Något kan det ligga i det. Det är lätt gjort att föda varandra med arbetsuppgifter. Men det kan också resultera i att vårdpersonalens tid fylls med ytterligare administration. Och att ta bort administratörer är ännu ett uttryck för att ändra bemanning snarare än att effektivisera flöden.

Andra kompetenser

Då det inom vissa områden råder en ständig brist på medarbetare kommer frågan om det vore det möjligt att rekrytera personer med andra bakgrunder och kompetens för att avlasta. Att år ut och år in jobba i en verksamhet som lider brist på personal är inte bra. Det kan påverka den professionella stringensen och riskerar att det hämmar kvalitetsutveckling. Inom VGR rekryterades vid ett tillfälle 20 stycken logistikere. Syfte var att dessa skulle bistå organisationen med sitt kunnande för att minska förekomsten av "onödigt strularbete". Min erfarenhet är att "onödigt strularbete" även har en negativ påverkan på arbetsmiljön. Hur framgångsrika logistikerna blev varierade stort mellan förvaltningarna. När nya kompetenser introduceras typ logistikere är det också viktigt att som chef vara klar på vilket nytt tankesätt den nya kompetensen för med sig och hur kan den passa in i sammanhanget. Det finns självklart flera kompetenser som kan ge ett värdefullt bidrag till vårdorganisationen. Och sådana satsningar har glädjande nog ökat på sistone.

Sjukvårdsstruktur

Den geografiska tillgången på personal är av central betydelse för vilken vårdstruktur som blir möjlig. Tillgången på specialistläkare är den som generellt sett har störst betydelse för sjukvårdsstrukturen. Det går inte att driva en vårdcentral utan en specialist i allmänmedicin. Och BB behöver en barnläkare.

Min erfarenhet är att besluten om ST-block fattas på kliniknivå. Och vi kan inte förvänta oss att beslutsfattare tar beslut från något annat perspektiv än det egna om de inte ges en ram inom vilken de har att fatta beslutet. ST-blockens vårdstrategiska betydelse måste kommuniceras. Bristspecialiteterna har en tendens att kvarstå som bostadsområden. Även om det blir fler läkare så kvarstår specialiteternas inbördes förhållande. Ett område som behöver nationellt perspektiv.

Förändringar i vårdstrukturen är de förändringar som möter störst engagemang. Med vårdstruktur menar jag förändring av utbudspunkter med stationär personal. De allra flesta förändringar innebär färre utbudspunkter. Ett undantag på sista tiden har varit vårdcentraler i tätbefolkade områden.

Vid minskning berörs både anställda och kringboende befolkning. Politikerna har att fatta beslut och se till att det genomförs. Att leda svåra förändringar kräver förtroendekapital och som kan naggas om beslutet uppfattas som felaktigt. I SOM-institutets (samhälle opinion media) mätningar har politiker lågt förtroende och läkare högt. Samspelet mellan dessa två grupper blir naturligtvis mycket viktigt för att skapa trygghet inför förändringen.

Vårdstrukturfrågan är en svår fråga med många komponenter i. Grundbulten är att tillräckligt god vårdkvalitet kan erbjudas. Till det kommer rimlig kostnad och tillgänglighet. Politikerna har också att ta regionalpolitiska hänsyn. Genomförandet sker med full insyn från allmänhetens sida och med en opposition villig att lyfta fram allt som inte verkar bra. Dessutom ska vårduppdraget skötas som vanligt. Den här komplexiteten har inte industrin när de väljer att flytta eller lägga ner en verksamhet.

Det tuffa som ofta händer då är att deras personal får gå ut i en längre arbetslöshet vilket sällan är fallet när det gäller vårdpersonal.

Vi kan konstatera att sjukvårdsstrukturen bildar ramen för behovet av kompetens.

När märks förändring

En erfaren undersköterska går i pension och ersätts av en nyutbildad sjuksköterska. På kort sikt kanske kostnaden är relativt likartad inkluderande sociala avgifter och pension. Men inte i det längre perspektivet.

Den som anställer sjuksköterska måste ställa sig frågan om det finns arbetsuppgifter över tid som lever upp till en erfaren sjuksköterskas förväntningar.

Vid ekonomisk knapphet kan det ligga nära till hands att dra in på AT- och ST-block som inte påbörjats eller vara njuigg med praktikplatser. Och det kan bidra till att årets budget inte får samma gapande hål. Det går att likna med bonden som ser sig tvingad att äta upp nästa års utsäde. Med detta vill jag peka på att kompetensbeslut har effekter på både kort och lång sikt. Och det är svårare att se långt. Och lättare att tänka att det fixar sig, nog.

Goda tider och dåliga tider

Under goda tider är det möjligt att gå upp i antal och i kompetensnivå. I tider av neddragning så tittar man på gruppen tillfälligt anställda och de med "lägst" kompetensnivå. Ingen gör sig av med ST-läkaren som vill stanna. Blir dessa svängningar frekventa så riskerar organisationen att sitta med kvalificerad personal för rutinuppgifter.

Vid tider av ekonomisk knapphet möts vi på personalavdelningarna av önskemålet och tron att det är möjligt att dra ner på lönekostnaderna genom att minska förväntade löneökningar. Förväntan är inte att minska antalet medarbetare. Att dra ner på bemanningen är en komplicerad och smärtsam operation. I verksamhet där den direkta personalkostnaden utgör ca 70 % av budgeten är den det absolut viktigaste kostnadsslaget. Förmår inte organisationen att dra ner på tillfälligt anställd personal och inte ersättnings anställa vid avgångar så är möjligheterna relativt små att på kort sikt minska kostnader. Det är svårt att "bli av med" kostnader. I logikens namn borgar det för att vara varsam med att "dra på sig" kostnader.

Utveckling av kunskap och metoder

Sjukvården har ingen enhetlig utvecklingsprocess. Bilindustrin har en av de mest utpräglade utvecklingsprocesserna. Bilindustrin gör enbart bilar och är det en liten biltillverkare, typ Volvo, så görs en helt ny bil med ett antal års mellanrum. Dock görs förbättringar, uppdateringar varje år på befintliga modeller. Det innebär att merparten av medarbetarna samlas runt ett gemensamt uppdrag och att samarbete blir avgörande. Sjukvården samlas kring miljontals olika patienter varje år.

Bilföretagen har också vad de kallar eftermarknad vilket är service och reparationer. Mest oplanerade var länge reparationerna.

På ett universitetssjukhus så är dessa olika "processer" inte åtskilda. Forskning bedrivs tillsammans med patientarbete och klinisk prövning av nya läkemedel. Universitetet och läkemedelsindustrin blir nära utvecklingspartner till vården. Samma person kan vara både mitt i produktionen och forskningen. Merparten av ett sjukhus "arbete" kommer in genom akutintaget. Vilket kan ur arbetsflödessynpunkt jämföras med bilföretagens reparationsinflöde. Sjukvården styr inte inflödet till akuten men har god kunskap hur dess återkommande variationer brukar se ut.

Inom vissa delar av vården har arbetssätt för ordnat införande av nya metoder - både medicinska och administrativa - börjat tillämpas. Kommer detta att bli regel så har det många goda konsekvenser för kompetensutvecklingen.

Ta t.ex en patient som fått en besökstid som inte passar. Hur gör patienten för att ändra den tiden? Sannolikt olika beroende på vilken klinik det gäller. Finns det något värde i att det görs på olika sätt beroende på vilken klinik som det gäller? Är det ett mervärde i den variationen? Vilka variationer ger värde och vilka skapar bara kostnader? Det kliniken önskar kan vara att kunna bestämma när de ska ha patient tid men det behöver inte innebära att olika metoder för ombokning är lösningen. Länge var bilindustrin som svagast när det gällde reparationer sett i deras totala åtagande. Bland annat berodde det på att det var minst planerbart med störst antal ospecificerade variationer. Även statusfrågor som vad som var viktigast att jobba med, hur kostnader kunde tas ut av kund och konkurrensutsatthet inom försäljning respektive reparationer kan ha spelat roll.

Ur ett kompetensutvecklingsperspektiv är naturligtvis arbetsplatsens utvecklingsprocesser viktiga. Det är då som individen blir del av ett kollektivt lärande och medarbetaren kan bidra med sin kunskap till utvecklingen och förbättring.

Förbättringsarbete

Förbättringsarbete bedrivs av alla organisationer. Den ena metoden avlöser den andra. Och den som har ett långt arbetsliv har också en lång lista av erfarenheter från olika metoder. Metoderna har haft sitt ursprung från affärsmässig industriell miljö. Sjukvården har inte gjort vågen inför de möjligheter som framlagts. Sannolikt för att man inte känner igen sig. Varken i språkdräkt eller utgångspunkter.

Vad kan ses som vårdens egna och accepterade sätt att arbeta med förbättringsarbete av sitt arbetssätt? Och då menar jag inte behandlingsmetoder utan den totala arbetssituationen som medarbetaren befinner sig i. Ett vanligt svar har varit mer resurser. Ibland tror jag att det med fler kan till och med bli sämre. En rörig situation blir inte mindre rörig av att man bli fler.

Komplexiteten kommer inte att minska. Den kommer att öka. Det måste sorteras, prioriteras och pedagogiseras. Komplexiteten måste vara begriplig och accepterad.

Tid

Hur en organisation förhåller sig till tid har stor betydelse för vardagen på arbetsplatsen. Tidsbegreppet ligger i kulturen. Väsentliga delar av vårdens verksamhet bedrivs dygnet runt året runt. Något som skiljer den från andra kompetenstunga verksamheter. Det tillhör en viktig förutsättning.

Hur används tid? Det är här som de verkliga prioriteringarna görs av vad som kommer att bli gjort.

Vem "äger" tiden? Vilka individer kan själva i stora drag besluta om hur tiden ska disponeras? Vem kan säga till vem vad den ska göra med sin tid? I professionella organisationer brukar det vara utmärkande att individen själv beslutar och tar ansvar för sin tid.

Hur ersätts tid? I anställningsavtalet anges hur många timmar som individen förbundit sig att arbeta och vilken ersättning som utgår. I den bemärkelsen beslutar inte individen själv över sin tid. Det är inte enbart mängden tid som har betydelse utan också när jobbet utförs påverkar ersättningen. Tid kan också ersättas med tid.

Vem får ta vems tid i anspråk? Det speglar ofta en osynlig rangordning.

Semester

Semesterperioden är den årligen återkommande händelse som präglas av krisstämning i media. Bristen på personal och vårdrisker är temat. Många har ett svettigt arbete med att få ihop planeringen. Alla anställningar förutsätter semester 5 till 6 veckor per år. I praktiken finns 10 månader snarare än 12 månader att räkna med per heltidsanställd medarbetare. Ska alla vara lediga 4 veckor under sommarmånaderna förutsätter det neddragen produktion, en överanställning, villighet att jobba extra tid eller att det finns personer på arbetsmarknaden som kan gå in och jobba. Det område som alltid märks är förlossning. Där går det inte att senarelägga produktionen och det krävs specialistkompetens. Och då återstår överanställning på årsbas eller villighet att jobba extra eller att 4 veckors ledighet varje sommar är inte möjligt.

Schema

Det finns olika schema för olika personalgrupper och hur dessa scheman skapas och bemannas sker efter olika principer. Vilken kompetens som är på jobbet och när har avgörande betydelse för vilket arbete som kan utföras. Schema blir ett viktigt kitt mellan de olika byggklossarna i vårdens kompetensbygge. Önskescheman är ganska vanligt. Det innebär att de berörda sinns emellan beslutar vem som ska arbeta när. Ur kompetenssynpunkt kan det innebära nackdelar, den mindre erfarna får inte dela pass med en erfaren person och har därigenom sämre möjlighet till snabbt lärande. Och det blir naturligtvis också en patientsäkerhetsfråga.

Viktigt arbetsinnehåll som ibland saknas

Meningsfullhet

På det ena eller andra sättet behöver ett arbete vara meningsfullt. Ekonomistyrning har föga möjlighet att skapa meningsfullhet. Det är en ram men inte meningen. Sjukvårdspersonals starka upplevelse av att de gör något meningsfullt anses av forskare som en viktig komponent i den starka energi som läggs i arbetet.

Uppskattning

Den kan ges av patienter, kollegor och chefer. Kan kortare tid på sjukhuset och besök av många olika specialister innebära att patienterna inte hinner ge så mycket uppskattning till var och en av vårdpersonalen? Och om uppskattning från patienter varit den huvudsakliga källan av uppskattning och nu har minskat. Då behöver cheferna fylla på.

Återkoppling

Här åsyftas att bli medveten om effekterna av arbetsinsatsen. Återkoppling är viktig för lärandet och kvalitetsförbättringen. Väsentligt att det ges tidsmässigt utrymme och ingår i arbetsrutinen.

Vilka är slutsatserna?

Sjukvårdens ledning behöver bli överens om vilka som de kritiska faktorerna är för att kunna lyckas med sitt uppdrag. De viktigaste uppdragen blir också ledningens väsentligaste områden att koncentrera sin ledningskraft på.

Enligt min uppfattning så är en av de mest kritiska faktorerna kompetens, både tillgång och utveckling. Tillgången kan vården inte "ropa av" utan måste genom aktivt deltagande vara med att utveckla för att kunna bemanna sin organisation och sedan fortsätta arbetet med en god och ändamålsenlig utveckling.

Till diskussionen

Ekonomisk styrning

Det behövs ekonomisk styrning som styr på kort men framför allt på lång sikt. Dagens kraftfullaste ekonomiska styrinstrument är den årliga budgeten. Kompetens borde betraktas som en investering och ligga i en särskild budget som inte helt plötsligt kan bli driftsbudget. När investeringar planeras bör det också göras en analys av vilken påverkan investeringen har på kompetensbehovet på kort och på lång sikt. Då budgetutfall redovisas ska det också redovisas vad som har hänt i kompetenshänseende kontra beslutad plan. Och de korrigeringar som behövs måste göras.

Varje organisatorisk nivå's åtagande

Att arbeta strategiskt och därmed långsiktigt förutsätter att det är klart vad respektive organisatorisk nivå ska bidra med och ansvara för. Universiteten och högskolorna spelar en avgörande roll i den långsiktiga personalförsörjningen och samarbetet

mellan dessa och vården behöver vara väl utvecklat och med respekt för varandras förutsättningar och villkor. Viktigt är att beslutsmässiga personer engagerar sig i de frågor som kräver deras mandat. En annan viktig fråga är vilken roll staten vill spela i sammanhanget. SKL med det nationella perspektivet måste också vara pådrivande för att långsiktigheten upprätthålls.

Pedagogik

Dessa komplexa frågor kräver god pedagogik. De kritiska faktorernas betydelse för verksamheten och hur styrningen ska ske måste beskrivas och göras begripligt ur var och ens perspektiv. Och även konsekvenser som kan uppstå vid alternativa agerande behöver tydliggöras. Det går inte att navigera i svår terräng om inte kartan är begriplig.

Alternativa förhållningssätt

Den som har sysslat med långsiktiga frågor vet att det blir aldrig som man har tänkt. Därför måste det tas fram en uppsättning alternativa handlingsalternativ.

Detta var några frågor som är viktiga utveckla och arbeta med. Det finns många fler. Och det kommer workshops diskussionen att handla om.