

Studiematerial

Februari 2012

Hållbart chefskap i hälso- och sjukvården

med vinjetter om engagemang, stress, tidsanvändning, medarbetarskap och vårdpraktik



Lotta Dellve (red)

Ewa Wikström

Rebecka Arman

Ellinor Tengelin

Thomas Andersson

Roy Liff

Stefan Tengblad

© Västra Götalandsregionen och författarna till respektive tema/vinjett:

Tema A-D: Lotta Dellve & Ewa Wikström

Tema E: Stefan Tengblad, Thomas Anderson, Roy Liff

23 februari 2012

ISBN 978-91-637-0486-4

Inledning

Detta är ett studiematerial som syftar till att stödja chefer i det vardagliga arbetet med avseende på hållbart ledarskap, chefskap och tidsanvändning. Med hållbarhet menar vi utifrån både verksamhets- och individ-/hälsoperspektiv. Studiematerialet kan användas för analys, reflektion och utveckling av ledarskap och chefskap.

Hur kan studiematerialet användas?

Studiematerialet vänder sig framförallt till chefer inom hälso- och sjukvården, på alla nivåer, med ansvar för personal, verksamhet och eventuellt budget. Materialet kan med fördel även användas av stöd- och stabsfunktioner, till exempel personalfunktion (HR), verksamhetsutvecklare och företagshälsovården.

Studiematerialet är indelat i olika teman som delvis överlappar varandra. Man kan arbeta med utvalda teman vid olika tillfällen och i den ordning som passar bäst.

Varje tema har oftast följande struktur:

- Inledande situationsberättelse, så kallad ”vinjett”
- Sammanfattning av teori och forskning
- Modell eller bild som stöd och inspiration för reflektion
- Reflektions- och diskussionsfrågor samt övningar för individ- och gruppreflektion

Räkna med att arbetet med hälso- och arbetsmiljöfrågorna måste bedrivas kontinuerligt och regelbundet. Starta från början eller med de teman som är angelägna. Arbeta inte med för många frågor vid varje tillfälle.

Hållbart klimat, ur hälso-, innovations- och effektivitetssynpunkt, skapas av både chefer och medarbetare. Ett utvecklingsarbete är också beroende av stöd från högre ledning, att de verkligen prioriterar och belönar de utvecklingsarbeten man vill ha i sin organisation. Det är svårt att bedriva utvecklingsarbeten om man får kritik eller negativa signaler från kollegor eller chefer.

Gruppövningarna förutsätter en öppen kommunikation i gruppen. Materialets övningar kan bli mer effektiva om ni arbetar i grupp. För att kunna föra gruppsamtal behöver ni kommunicera öppet och tryggt. Om ni har ett slutet och otryggt kommunikationsklimat är det svårt att tala öppet och då blir det också svårt att samtala om utveckling och att lära av erfarenheten. Att utveckla gruppens förmåga att samtala kring och lösa problem tillsammans är en del av utvecklingen av hållbart chefs- och ledarskap.

Hur och varför har studiematerialet utvecklats?

Chefer är nyckelpersoner i organisationer genom sitt ansvar att leda, förvalta och utveckla verksamheten. Chefer i sjukvården har en viktig roll i utvecklingen av en god psykosocial arbetsmiljö och fungerande välfärdsorganisation. Det finns flera studier som visar att chefer påverkar medarbetares arbetsmiljö, välbefinnande, stress och arbetsprestation. Det finns färre vetenskapliga studier om chefers förutsättningar, arbetsvillkor och möjligheter att påverka sin och sina medarbetares arbetssituation. Mot denna bakgrund initierades, i samverkan mellan personalstrategiska avdelningen i Västra Götalandsregionen och forskare från Göteborgs universitet (Arbets- och miljömedicin, Handelshögskolan) och Institutet för Stressmedicin, flera kunskapsutvecklande studier om chefs- och ledarskapsutveckling inom hälso- och

sjukvården. Rapporterna kan bland annat erhållas genom Handelshögskolan och Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet och från Institutet för Stressmedicin, Västra Götalandsregionen (www.handels.gu.se, www.amm.se, www.vgregion.se/stressmedicin). I detta studiematerial har centrala områden i resultat från studier om ledarskap, chefskap, stress och tidsanvändning omarbetats till ett enklare och mer pedagogiskt upplägg. Detta för att bidra till utvecklingen av hållbara stödstrukturer för chefskap i sjukvården.

I studien *Hållbart ledarskap* integrerades ledarskaps- och hälsoperspektiven från två intervjustudier om dagens chefskap respektive stress bland chefer inom Västra Götalandsregionen (VGR). I studien beskrevs chefers egna uppfattningar och förslag avseende ledarstöd och stödstrukturer. Förutom data från studierna gjordes nya djupintervjuer och fokusgruppintervjuer. Det senare ordnades i samband med ett forskningsbaserat chefs- och ledarskapsseminarium.

Studien *Hållbart ledarskap och tidsanvändning* var en observationsstudie med chefer med olika bakgrund och verksamhetsrelaterade förutsättningar i hälso- och sjukvården. Olika datainsamlingsmetoder kombinerades för att på ett fördjupat sätt analysera chefers tidsanvändning och förhållanden som kan skapa eller minska stress: strukturerat observationsschema; fria anteckningar om händelser, kontext, samtal, etc.; pulsmätning under några arbetsdagar; enkät (Stress-Energiskalan) fyra gånger per dag; och kvalitativa intervjuer. I studien ingick även intervention med återkoppling på tidsanvändning i grupp. Detta för att bidra till utveckling av metodik för ledarstöd med avseende på hållbar tidsanvändning.

I studien *Medarbetarskap och ett gott grundspel inom hälso- och sjukvård* följdes verksamheten vid tre utvalda välfungerande vårdenheter. Datainsamling skedde genom ett flertal intervjuer med chefer och medarbetare. Dessutom samlades data in genom observationer av det dagliga arbetet och samarbetet under exempelvis möten i vårdteamen och vid arbetsplatsträffar.

I studiematerialet används framförallt termerna chef och chefskap. När vi vill betona chefers relationer används begreppet ledarskap.

INNEHÅLL

Tema A. Vad använder chefer sin tid till?	5
Tema B. Stress och balans	8
Högt personligt engagemang, intensivt arbete eller stressbelastning	8
Balans i livet genom avgränsningar och medvetenhet om sin tidsanvändning	11
Balans i arbetet genom medvetna växlingar i aktiviteter och avgränsningar i chefsuppdraget	14
Tema C. Kommunikation	18
Planerad och oplanerad kommunikation, kommunikationsformer och kommunikationspartners	18
Ledningskommunikation och legitimering	21
Styrmodeller, osäkerhet och risk	24
Kommunikation och legitimitet: individuell legitimitet	26
Tema D. Tidsuppfattning och förhållningsätt till planering och avstämningar	28
Tema E. Medarbetarskap, professioner och samarbeten internt och externt	30
Multiprofessionella team	30
Motstånd mot styrning	33
Extern samverkan: varför är den så svår att få till?	37
Krävande uppdrag, begränsade resurser	40
Riskhantering	43
Referenser/Publikationer	46

Tema A: Vad använder chefer sin tid till?

VINJETT 07:30 Kerstin, chef i hälso- och sjukvården, kommer till kontoret strax före sin administrativa personal och läkarsekreteraren som arbetar i samma korridor. Samtidigt som hon hänger jackan i garderoben hör hon att personsökaren piper och mobiltelefonen ringer. Hon slänger en blick på ljudsignalen och känner igen numret från den läkare som har haft jour under natten. Därefter plockar hon mobilen ur handväskan och läser ett SMS från sin egen chef som ber om ett möte klockan nio. Det är hennes chefs första dag på jobbet efter en veckas semester utomlands. Kerstin gissar korrekt att chefen vill veta vad som har hänt på avdelningen medan hon varit borta. Kerstin ringer sin chef för att meddela att ett möte klockan nio fungerar bra. Nej, det har varit ganska händelselöst, svarar hon. Ja, det var några artiklar i pressen om väntetiderna för akuta operationer på sjukhuset.

Efter telefonsamtalet mumlar hon för sig själv: ”Jag undrar om jag kommer att få de saker gjorda i dag som jag har planerat”. Högarna av papper på hennes skrivbord är organiserade i flera rader och väntar på sin tur. Hon fokuserar direkt på de fem avdelningar för vilka hon är den andra i raden av chefer. En brådskande fråga på morgonen är det antal bäddar som är lediga på avdelningarna. De senaste dagarna har varit en mardröm av överbeläggningar och hennes underordnade chefer, liksom läkarna, frågar henne hur länge situationen kommer att pågå och hur de ska hantera det. Efter att snabbt ha loggat in och tittat på sin skärm avslutar hon: ”Det ser lite bättre ut idag, men det är så dumt att man inte kan lita på datorsystemet!” Samtidigt som hon lyfter mottagaren svarar hon på samtal från ansvarig läkare för att ta reda på den verkliga situationen på avdelningarna och börjar hantera den nuvarande situationen. Detta måste ske före mötet med hennes chef och kollegor från andra specialiteter på hennes avdelning.

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Syftet med studien var att undersöka och beskriva vad som kännetecknar första och andra linjens chefer i hälso- och sjukvården, särskilt med avseende på deras tidsanvändning. Bakgrunden till studien var att många chefer i sjukvården har beskrivit tidspress och svårigheter att hantera sin tid. Strukturerade och ostrukturerade observationer har använts. Första- och andra linjens chefer inom olika sjukvårdsmiljöer studerades i detalj under cirka en arbetsvecka. Varaktigheten och frekvensen av olika typer av aktiviteter analyserades. Den använda observationsmetoden var en upprepning av tidigare studier om chefers arbete och tidsanvändning som genomförts i andra typer av organisationer än hälso- och sjukvården. Det finns inga tidigare studier om tidsanvändning bland chefer i hälso- och sjukvården, varför vi ännu inte kan säga vad som är ”normalt” förekommande eller inte.

Ett resultat från studien var att chefers vardag till stor del består av korta aktiviteter (kortare än 9 minuter). I genomsnitt ägnades nästan hälften av deras tid åt möten. De flesta av dessa möten var med underordnade och mindre än en procent av chefernas arbetstid ägnades åt ensamma möten med överordnade. Chefer kunde uppleva splittring i sin arbetsdag, även om dessa korta aktiviteter inte utgör majoriteten av deras totala arbetstid. Beskrivningar av vad chefer gör och lägger tid på banar väg för analyser av arbetsplatskulturen och hur cheferna kan vara effektiva.

Resultaten visar att den individuella variationen i tidsanvändningsmönster var stor. Detta pekar mot att chefer i hälso- och sjukvården både har viss egen makt över hur arbetet utförs,

och att deras tidsanvändningsmönster även svarar mot olika organisatoriska förutsättningar. Det borde med andra ord finnas viss möjlighet att påverka tidsanvändningen. Detta motsäger många institutionella teorier och teorier som fokuserar på situationsbaserade förklaringsfaktorer. De hävdar att det till stor del är strukturer eller externa faktorer som på förhand styr chefs tidsanvändning.

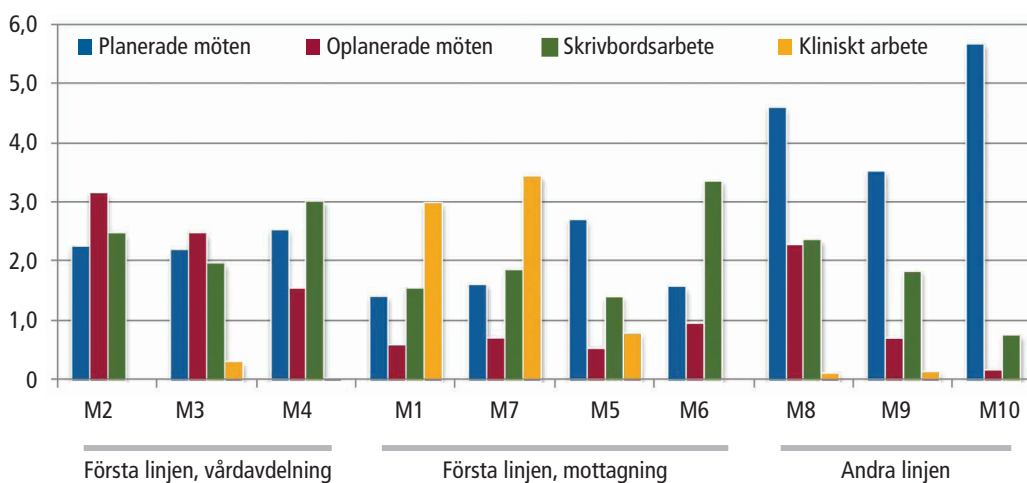
Om cheferna har visst handlingsutrymme när det gäller hur de använder sin tid, så betyder det att de skulle kunna ändra sitt förhållningssätt till den faktiska tidsanvändningen, om denna bedöms som problematisk. Även om många av skillnaderna mellan chefer kan hänföras till olika arbetsplatskulturer, har det visat sig att chefer som ändrar sina mönster av tidsanvändning kan ha en stor inverkan på kulturen. Insatser som syftar till lärande eller coaching skulle vara till hjälp.

Analys av tidsanvändning kan användas som underlag i diskussioner om fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika aktiviteter och vilka uppgifter som ligger inom chefsuppgiften och vilka som bör lösas av andra funktioner. Det kan även handla om att utveckla organisatoriskt och administrativt stöd.

Resultaten visar att chefskapet till stor utsträckning innebär att – i planerade och oplanerade möten – göra omedelbara tolkningar, förhandla och göra ställningstaganden. Det handlar om att agera i situationer som kännetecknas av många och korta aktiviteter, balansera stress och engagemang, förhandla avgränsningar och prioriteringar, hantera osäkerheter och legitimitetsuppbyggande processer. Det handlar också om att hantera framtida ”risker” genom att bygga upp förtroende och rutiner som skapar gott anseende och rykte. Osäkerhet och stress kan öka i konfliktsituationer mellan olika intressen och där det råder oklarhet om ansvarighet och prioriteringar.

Genom att arbeta med de frågor som ställts i de olika delavsnitten under tema A–C (tidsanvändning, stress och balans, kommunikation) kan medvetenhet om att man som chef ständigt gör omedelbara tolkningar, förhandlar och tar ställning öka. Ett fortsatt steg är att diskutera dessa processer i organisationen för att skapa gemensamma visioner, handlingsstrategier och prioriteringar som gynnar helheten.

Chefers tidsanvändning (%)



Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Kan du som chef och/eller cheferna i din verksamhet själv välja hur tiden organiseras?
2. Hur görs prioriteringar mellan olika arbetsuppgifter och behov?
3. Är det någon del i chefskapet som du hinner med bättre och sämre?
4. Vilka utmaningar uppfattar du vad gäller tidsanvändning för dig som chef och/eller cheferna i din verksamhet? Vad kan du själv påverka? Vad kan du inte påverka?
5. Vilket stöd behöver du för att utvärdera och utveckla din tidsanvändning?

..... Plats för anteckningar

Tema B: Stress och balans

Högt personligt engagemang, intensivt arbete eller stressbelastning?

VINJETT ”The spice of life or kiss of death”. Detta citat uttrycker den dubbelhet som kan finnas i den egna uppfattningen om stress – alltifrån att ha ett härligt engagerande flow, till att ta stimulerande utmaningar som tänjer på gränser, till riskfaktor för utmattningstillstånd. Egenkontroll och medvetenhet för att skapa utrymme för återhämtning verkar vara av avgörande betydelse för om stress är en positiv erfarenhet både i stunden och på sikt.

När övergår högt engagemang och personliga drivkrafter att utvecklas och förbättra verksamheten till ohälsosam stress? Kan stress, tidspress och höga krav anses som naturliga delar i chefs- och ledarskapets utövning? Att skapa förutsättningar för att kunna reglera och anpassa engagemang och stress blir viktigt om vi ser till långsiktiga hållbarhetsaspekter, ur både individens och verksamhetens perspektiv.

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Stress är en naturlig överlevnadsreaktion vid allvarigare faror då individens resurser inte är tillräckliga för att möta krav i miljön. I dagligt tal används termen stress både för att beskriva enklare, tillfälliga upplevelser av press och mer långvariga, höga och skadliga tillstånd. Detta kan vara missvisande; att allvarliga tillstånd trivialiseras eller att triviala tillstånd får allvarigare betydelse.

Vi skulle istället kunna använda termen utstressad när vi talar om farlig stress, det vill säga ett tillstånd som kan innebära allvarigare hälsokonsekvenser. ”God stress” (allostas) ur överlevnadsaspekt ger oss möjlighet att anpassa oss till eller möta faror (fly eller kämpa), medan ”farlig stress” (allostatisk belastning) kommer av långvarig stress utan återhämtning. Balans eller homeostas är när individen kan möta de krav och utmaningar som finns i hennes miljö. Detta är viktigt för att återhämtning från anpassningsmekanismer ska kunna ske på ett verkningsfullt sätt.

Forskningen visar att det framförallt är bristen på återhämtning som ger hälsokonsekvenser. Långvarig arbetsrelaterad stress utan återhämtning kan leda till konsekvenser för hälsa, funktion och prestation. Psykologiska konsekvenser är till exempel nedstämdhet, depression och kognitiva försvagningar i exempelvis minne, koncentrationsförmåga och beslutfattande. Fysiska konsekvenser är sömnsvårigheter, luftvägsinfektioner och matsmältningssvårigheter, muskelsmärta, högt blodtryck och kardiovaskulära sjukdomar. Samband mellan livsstilsrelaterade konsekvenser och stress på arbetet rör framförallt för lite fysisk aktivitet och missbruk av/för mycket alkohol, rökning och mat. Konsekvenser för organisationer är ökad sjukfrånvaro, minskad prestation, sämre vårdkvalitet och att man oftare funderar på att byta arbete.

För chefer i intervju- och observationsstudien indikerades uppvarvning och stress vid följande förhållanden:

- *Uppvarvning inför betydelsefulla prestationer*, exempelvis innan betydelsefulla möten eller vid egna presentationer i mer betydelsefulla sammanhang. Balans av prestationer kan vara ett större eller mindre bekymmer för cheferna.
- *Att man blev störd av många oplanerade möten under arbete som krävde fokusering*. Ett

mönster kunde urskiljas av ökad stress när cheferna avbröts i arbetet av många oplanerade personliga möten av framförallt medarbetare, och vid några tillfällen av problem hemma. Att bli störd av många oplanerade möten verkade framförallt ge stressupplevelse när chefen arbetade med uppgifter som var prioriterade och problematiska, till exempel att snabbt finna vikarie inför helgens sjuklucka eller lösa uppkomna problem rörande budgetprocessen.

- *Att man blev personligt berörd och inte kunde lösa problemet.* Dessa tillfällen uppstod till exempel vid svårlösta konfliktfyllda situationer där det fanns motsättningar som rörde vårdkvalitet, personalens arbetsförhållanden eller ekonomiska ramar. Eller vid möten som upplevdes konfliktfulla, ineffektiva och frustrerande då chefen inte kunde påverka konstruktivt eller avsluta mötet. Ett annat exempel var att bli personligt berörd av akuta problem hemma i familjen, utan att kunna tillgodose och möta dessa för att man hade många problem att lösa på arbetet.

Återhämtningstider under minst 30 minuter indikerades vid följande förhållanden:

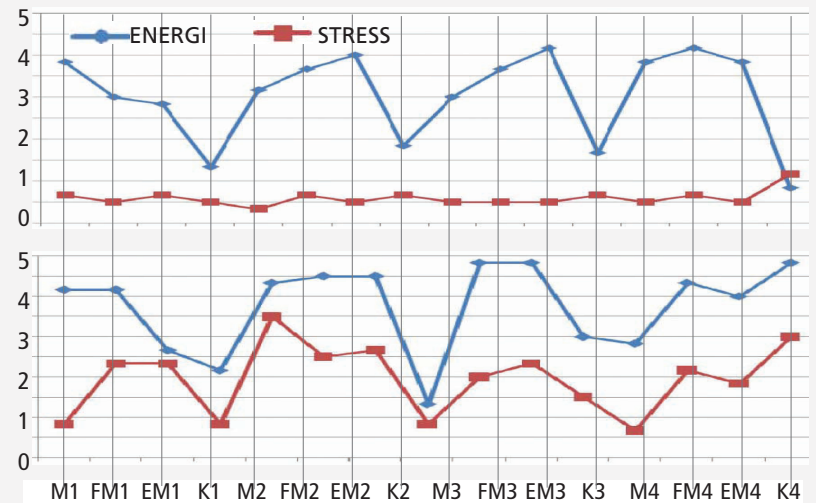
- *Egentid*, det vill säga under perioder då chefen kunde arbeta ostört med arbetsuppgifter, ofta vid sitt skrivbord med administrativa arbetsuppgifter.
- *Fokuserad tid*, det vill säga under perioder då chefen kunde fokusera en uppgift, till exempel under planerade möten eller vid den planerade kliniska tiden.
- *Lägen man gillar och är bekväm med.* För vissa chefer var den kliniska arbetstiden den tid då de hade bäst balans. För andra kunde det vara i interaktionen med medarbetare. För vissa var det i princip hela tiden på dagen.

Ställtid kan vara en form av mental återhämtning som dock förekommer mer sällan i studien. Former för ställtid kan vara stilla fokusering och tankearbete, en stunds avskildhet eller att sortera papper och material inför kommande eller avslutade aktiviteter.

Stress och energi skattades av dem själva med ett frågeinstrument fyra gånger per dygn, för att finna mönster, tidsperioder och för att identifiera situationer som kunde tolkas som mer stressiga eller välbalanserade. Bland de observerade cheferna kunde tre typer av mönster i stress och energi under en arbetsvecka urskiljas:

Exempel på hur stress och energi skattades av tre chefer under en arbetsvecka.

1. Mönster som följer vakenhetscykeln samt låg självskattad stress, dvs hög energi på dagen och låg på kvällen.



2. Mönster av uppvarning, dvs ett mönster där ökad stressupplevelse följs av synkroniserad ökad energi.

3. Situation med ansträngande stress, dvs med ökad stressupplevelse utan energi-mobilisering

(M=morgon, FM=förmiddag, EM=eftermiddag, KV=kväll under dag 1,2,3,4)

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Anpassar du ditt engagemang efter dina åtaganden eller efter din energi?
2. Känner du själv när du går över från intensivt och kanske roligt/engagerande arbete till mer stress? Om inte, hur kan du se till att få reda på det genom din omgivning?
3. Har du planerat in en hållbar "rytm" för återhämtning? Dags-, dygns- och veckorytm?
4. Vilka möjligheter har du att själv styra, påverka och kontrollera ditt engagemang, ditt tempo och din återhämtning?
5. Hur ordnar du så att du får återhämtning, även på arbetet?
6. Ger du dig ställtid mellan aktiviteterna?

..... Plats för anteckningar

Balans i livet genom avgränsningar och medveten tidsanvändning

VINJETT Första och andra linjens chefer omsätter och översätter ledningens direktiv i praktiskt arbete och de översätter kunskap om vardagspraktiken uppåt i organisationen. Vilka gränser och avgränsningar görs (av dessa gränsöverskridare)? Problemet ”dålig” gränssättning kan leda till obalans i chefernas arbete i form av felprioriteringar, tidsbrist, överengagemang, utebliven återhämtning, stressrelaterad ohälsa och så vidare. Detta riskerar att skapa ett ohållbart ledarskap. Å andra sidan är flexibilitet, tillgänglighet och engagemang egenskaper som värderas, efterfrågas och ofta krävs hos chefer.

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Problemet ”dålig” avgränsning kan leda till obalans i chefernas arbete i form av felprioriteringar, tidsbrist, överengagemang, utebliven återhämtning, stressrelaterad ohälsa och så vidare. Detta riskerar att skapa ett ohållbart chefs- och ledarskap, och har troligtvis även betydande konsekvenser för underställda. Å andra sidan är flexibilitet, tillgänglighet och engagemang egenskaper som värderas, efterfrågas och ofta krävs hos chefer. Chefers förhållningssätt till balansering genom avgränsningar är ett betydelsefullt område som det finns relativt lite forskning om. Genom begreppet gränssättning vill vi beskriva hur cheferna i studien upplever att olika områden i arbetet och livet möts och hur de förflyttar sig däremellan.

Ett hållbart chefskap kräver ett medvetet förhållningssätt till växlingar och avgränsningar av aktiviteter som både möjliggör balans och återhämtning för individen och ett funktionellt och långsiktigt chefskap. Åtgärder för hållbarhet kan inrikta sig mot att stärka individers medvetenhet om sina förhållningssätt till gränssättning och skapa hållbara förutsättningar i arbetsmiljön. En sådan förutsättning kan gälla möjligheter till återhämtning vid sjukdom. Inte sällan kan hög arbetsintensitet, högt engagemang och stress innebära att man väljer att gå till arbetet fast man är sjuk och egentligen borde stanna hemma i sängen. Oklarhet i balansering av engagemang och krav samt otydliga mål och avgränsningar i arbetet kan bidra till en högre sjuknärvaro. De långvariga konsekvenserna av sjuknärvaro är något man först på senare tid förstått. Studier som följt individer som ofta är sjuknärvarande visar samband med sämre hälsa, utmattningsdepression, sjukskrivning och nedsatt prestation på sikt.

Gränssättning i arbetet

Cheferna beskriver gränssättning mellan arbete och privatliv och mellan olika delar av chefsarbetet. Gränser kan definieras i rumsliga, tidsmässiga och mentala dimensioner och karaktäriseras av permeabilitet och flexibilitet. Permeabilitet beskriver hur tät en gräns är. Flexibilitet innebär hur fasta eller situationsanpassade gränserna är. Cheferna i vår studie beskriver hur de förhåller sig till gränser inom samtliga tre dimensioner:

- Arbetstiden kan utgöra en gräns mot det privata livets aktiviteter och relationer, men inte alltid. Att den formella arbetstiden är slut behöver inte betyda att man slutar utföra arbetsuppgifter. Många låter arbetet inkräkta på deras privata tid.
- Arbetsplatsens betydelse för gränsen mellan arbete och ledig tid är ofta permeabel, precis som arbetstiden. Det är vanligt att använda hemmet som arbetsplats ibland, för att läsa material eller hantera e-post.
- Många beskriver en mental gräns som en ”on/off-knapp” hos sig själva, det vill säga möjligheten att på den lediga tiden jobba konkret med någon uppgift eller fundera över jobbet, för att sedan byta om till sin privata roll.

Gränssättning mellan livets dimensioner

Livets domäner kan vara nära integrerade eller tydligt segregerade (se figur nedan). Det finns inget objektivt bättre alternativ av dessa två. Studier visar att en bra anpassning mellan önskad och verklig gränssättning förutsätter en medvetenhet om egna gränser, att man aktivt förhåller sig till gränslösa krav och att man har en tillfredsställande arbets- och familjesituation.. Gränssättning är något individuellt och subjektivt, men påverkas också av den organisation man arbetar i.



Forskning har synliggjort att förvärvsarbete i kombination med utebliven tillräcklig återhämtning påverkar framförallt kvinnors hälsa negativt i form av hög stress. Cheferna i våra studier understryker vikten av att ha egen kontroll över sin gränssättning – de vill ha möjlighet att själva bestämma när, om och hur gränser ska överträdas. De framhåller ofta att de klarar att hantera permeabla gränser mellan arbete och fritid så länge de själva får bestämma och ha kontroll. Hållbara strategier utvecklas enligt cheferna av egna erfarenheter ("det tar cirka två år") – och att man kan tala om problematiken med erfarna kollegor eller handledare. De beskriver också hur det vore stresskapande i sig att inte ha möjligheten att skjuta på gränserna till privatlivet när arbetet kräver det.



Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Hur är vanligtvis ditt förhållningssätt till gränser och gränslöshet mellan arbetstid, fritid, sömn och hem-/familjeliv?
2. Flyter arbetstid och fritid ihop eller har du en tydlig avgränsning mellan dem?
3. Har du valt själv eller styrs din arbetstid av omständigheter i arbetet eller andras krav och önskemål?
4. Har du balans mellan olika dimensioner i livet (arbete-fritid-sömn-hem-/familjeliv)? När har du balans? När har du inte balans?
5. Vill du förändra något? Vad hindrar dig? Hur kan du komma vidare?

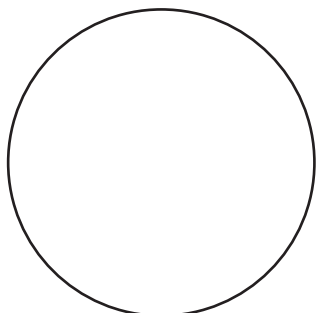
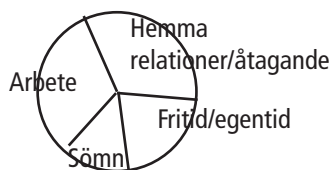
..... Plats för anteckningar

ÖVNING: Min tidsanvändning för balans och hållbarhet

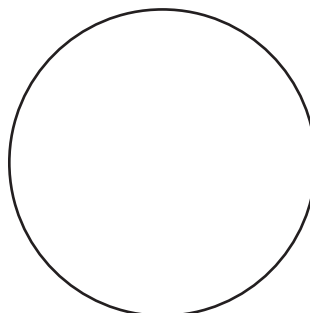
Fördela din tidsanvändning under en helt vanlig dag i cirklarna

– så som den ser ut idag och så som du önskar ha den!

Exempel



Så här är det oftast



Så här vill jag ha det

Reflektera över din tidsanvändning och balans mellan arbete och övriga livet.

Hur skulle du vilja att den såg ut?

- Är någon av bitarna för stor? Vad hindrar dig att göra den mindre?
- Är någon av bitarna för liten? Vad hindrar dig att göra den större?

..... Plats för anteckningar

Balans i arbetet genom avgränsning och växlande aktiviteter

VINJETT Barbro har ett viktigt möte på förmiddagen som kräver stor koncentration. Hon har även ett annat viktigt möte på eftermiddagen. Morgontiden kräver fokusering för att förarbeta inför dessa möten. Hela tiden blir hon avbruten av telefonen och av medarbetare. Varje avbrott verkar viktigt på ett eller annat sätt, det är svårt att avgöra vad som verkligen kräver omedelbar åtgärd eller inte. Så här ser en timme ut den morgonen. Mellan 08⁴⁶–09¹⁸ finns ett av dagens möten. Denna timme är ingen ovanlig observationstimme.

Start	Stopp	Minuter	Aktivitet	Deltagare	"Avbrott"
08:37:07	08:37:29	0,40	Transport		
08:37:29	08:38:15	0,80	oplanerat möte	medarbetare	←
08:38:15	08:41:01	2,80	administrativt arbete		
08:41:01	08:45:06	4,10	Telefon	stab	←
08:45:06	08:46:11	1,10	oplanerat möte	medarbetare	←
08:46:11	09:18:29	32,30	planerat möte	team	
09:18:30	09:20:30	2,00	Transport		←
09:18:29	09:25:00	6,50	oplanerat möte	medarbetare	←
09:25:00	09:26:00	1,00	administrativt arbete	medarbetare	←
09:26:00	09:27:00	1,00	oplanerat möte	medarbetare	←
09:27:00	09:28:00	1,00	Telefon	privat	←
09:28:00	09:29:00	1,00	oplanerat möte	medarbetare	←
09:29:00	09:33:00	4,00	Telefon	rekryterare	←
09:33:00	09:34:00	1,00	oplanerat möte	medchef	←
09:34:00	09:36:00	2,00	oplanerat möte	medarbetare	←

Första och andra linjens chefer omsätter och översätter ledningens direktiv i praktiskt arbete och de översätter kunskap om vardagspraktiken uppåt i organisationen. Vilka gränser och avgränsningar görs av dessa gränsöverskridare?

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Identitet, tidsmedvetenhet, medarbetarrelationer, informationsintag och samverkan är centralt för gränssättningen i chefernas arbete. Chefer kan förhålla sig med närhet och distans inom dessa områden. De har närhet eller distans till sin identitet i chefsrollen: Antingen är de chefdygnet runt eller så har de ett chefsuppdrag som de kan gå i och ur. De kan vara gränslösa i sin tidsmedvetenhet genom "att ge tid" eller så har de tidskontroll och är noga med planera och fördela tiden för att hinna med sina chefsuppdrag.

Inställningen till gränser motiveras ofta av ansvar för andra. Det kan vara hänsyn till/ansvar för andra som bestämmer förhållningssättet: hänsyn till andra familjemedlemmar får avsluta arbetsdagen, hänsyn till medarbetare motiverar tillgänglighet per telefon även efter arbetstid. Att sätta gränser för sin egen skull beskrivs ibland som underordnat och svårt att genomföra. Andra har självklara gränser för sitt chefsuppdrag. Erfarenhet (i livet och som chef) kan avdramatisera uppdraget och ge insikt om den egna kapaciteten.

Chefer kan ibland beskriva sina arbetsvillkor som fragmenterade och i vissa avseenden som gränslösa och svåra att avgränsa. Vissa områden i arbetet kan ta gränslöst mycket tid om de

inte avgränsades. Även om chefer kan skapa balans i tidsanvändning inom flera områden i arbetet kunde det finnas "blinda" områden där målkonflikt, outsinligt vårdbehov och egenbehov hindrar konstruktiv reflektion, överblick och egenkontroll. Inom dessa områden kan omfattningen av chefernas insatser styras av förväntningarna och oreflekerade behov (från dem själva, medarbetare, patienter, ledning, styrning, media) – med risk för övertidsarbete, slitningar mellan uppgifter och upplevd stress. De mest centrala områdena för avgränsningssvårigheter där det finns risk för att tiden "rinner iväg" (mer än vad som är möjligt inom ramen för uppdraget) är kliniskt arbete, stöd till och interaktion med medarbetare, strategiskt arbete och administrativt arbete.

Områdenas gränslösa karaktär kan vara en kombination av målkonflikt med gränslösa förväntningar på insatser i chefsrollen, brist på handlingsmodeller och otydligt ansvar i chefskapet, egenbehov och vårdarbetets aldrig sinande behov. "Som chef kan man inte lyckas med allt – men man kan vara ruskigt bra på något".

Skapandet av förhållningssätt som möjliggör kontroll och balans sker i en process där erfarenhet ger insikter, men där även individuella uppfattningar och förhållningssätt till tid spelar roll. Genom att reflektera över mål- och förväntanskonflikten i relation till sin arbets- och livssituation kan man skapa balans genom att markera och avgränsa sitt uppfattade chefsuppdrag. Avgränsningar kan vara fasta, lösa, öppna eller mer permeabla. De kan också finnas i relation till tid-rum-kalender, till uppdrag, i relation och till situation.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Reflektera över tidsanvändningen i arbetet. Hinner du med?
Om inte, hur kan du bättre prioritera och omfördela?
2. Är du mest gränsöverskridande i ditt chefskap eller har du kanske alltför fasta gränser?
I vilka områden kan du vara för gränslös/principfast för att det ska vara bra?
3. Hur är dina gränser? Fasta, lösa, genomsläppliga, situationsanpassade, förhandlingsbara, föränderliga?
4. Vilka värderingar, normer och situationer – hos dig själv och på arbetet – påverkar förhållningssätten?
5. Är det något område inom chefskapet som du skulle vilja förändra din gränssättning inom?
Vilket? Vad hindrar dig? Vad behöver du för att komma vidare?

..... Plats för anteckningar

ÖVNINGAR

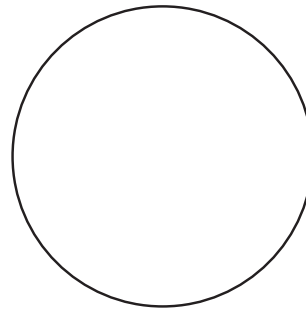
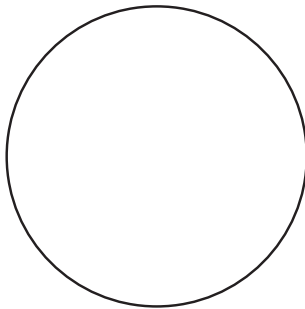
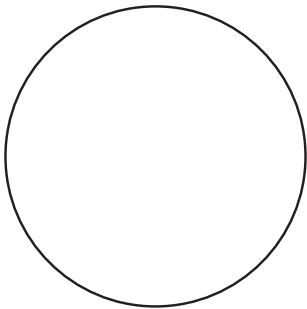
FAKTISK OCH ÖNSKAD TIDSANVÄNDNING

Rita din tidsanvändning en vanlig dag på arbetet i cirklarna nedan
Är någon av bitarna för stor? Vad hindrar dig att göra den mindre?
Är någon av bitarna för liten? Vad hindrar dig att göra den större?

Så här är det oftast

Så här vill jag ha det

Så här är/tolkar jag uppdraget



OMRÅDEN som ofta har stora behov och målkonflikt för god chefsinsats

1. Reflektera och diskutera över hur du förhåller dig till ditt uppdrag och din tidsanvändning i nedanstående områden. Om du saknar något område – lägg till det!
2. Reflektera även över – och ta ställning till – de exempel på identitets-, behovs- och förväntansstyrande normer som kan påverka förhållningssätt och tidsanvändning.

Kliniskt arbete	Stöd och interaktion med medarbetare	Administrativt arbete	Strategiskt arbete
"En hjälpsam chef hugger i kliniskt när det behövs" "En chef ska vara minst lika duktig på kliniskt arbete som sina underställda"	"En bra chef är alltid tillgänglig" "En bra chef ställer alltid upp" "En bra chef har en personlig relation till alla medarbetare"	"En bra chef sköter allt pappersarbete noga" "En bra chef går inte hem förrän dagens arbete är klart"	"En strategisk chef är med i alla nätverk" "En bra chef är med på alla möten" "En bra chef ÄR chef 24 timmar om dygnet" "En bra chef är respekterad och efterfrågad"

..... Plats för anteckningar

Växling och balansering av aktiviteter

1. För att kunna avgränsa, växla och balansera mellan olika aktiviteter behöver du veta ditt uppdrag och målen inom de områden som kan skapa obalans i tidsanvändningen. Känner du till dem? Är de tillräckligt tydliga? (Om du inte kan få reda på målen och ditt uppdrag på ett för dig tillräckligt tydligt sätt, kan vi trösta med att erfarenhet som chef med tiden ger den insikten. Fråga gärna en erfaren chef som du tycker hanterar detta på ett bra sätt.)
2. Hur ser dina avgränsningsmöjligheter ut? Vad behöver du för att utföra ditt uppdrag på ett bra och hållbart sätt? Fundera över nedanstående exempel – vad passar DIG bäst?
 - a) Var är ditt rum placerat? Mitt i verksamheten för att det ger en bra insikt och överblick – eller utanför för att det ger mer lugn och ro?
 - b) Hur planerar du din tid i almanackan? Ger du dig tid för omställning mellan aktiviteter eller är almanackan fullbokad?
 - c) När och hur ger du tid i relationer? När låter du oplanerade möten avbryta dig? Vilka håller du en närhet i relationen med – vilka har du en mer distanserad relation till? Vilka har du en osäkerhet i relationen till – hur kan du ändra på det?
 - d) Hur förhåller du dig till nya problem som uppkommer? Inhämtar du regelbundet information om verksamheten (till exempel genom rundturer, att befinna dig mitt i verksamheten) – eller inväntar du informationen?
 - e) Hur förhåller du dig till samverkan, nätverkande och möten? Är du med på allt – eller väljer du själv noga? Deltar du i möten som bidrar till att uppfylla målet för verksamheten – är de lagom långa och många? Ger ni varandra möjlighet att förbereda er inför mötena så de blir mer effektiva? Upplever du att det är möjligt att tacka nej eller ifrågasätta mötet?

..... Plats för anteckningar

Tema C: KOMMUNIKATION

Planerad och oplanerad kommunikation och kommunikationspartners

VINJETT Hälso- och sjukvårdsorganisationen står inför några stora utmaningar som kan ha inverkan på hållbarheten, till exempel ny medicinsk teknik, ökade förväntningar från allmänheten och politiskt engagemang, nya finansiella förutsättningar och demografiska mönster i samhället. Detta ställer krav på en dynamisk kommunikation med fokus på social interaktion, där organisatoriska mål, dagliga utmaningar mellan organisatoriska nivåer och chefer och medarbetare förhandlas. I denna observationsstudie har vi fokuserat vilka cheferna har kontakt med och vilken betydelse chefers kommunikation har för hantering av osäkerhet och för uppbyggandet av legitimitet.

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Studien visar att chefer med ”närhet till produktionen” spenderar större delen av sin tid med medarbetare och en minimal del av sin tid ensam med sina egna överordnade chefer. Resultatet, som belyser avstånd mellan chefer inom vården, får stöd från observationer av andra linjens chefer, vilka tillbringade totalt 3 procent av sin arbetstid med underordnade chefer. Istället tillbringade första linjens chefer betydligt större del av sin tid med sina medarbetare och med andra första linjens chefer (i genomsnitt 32 procent, mellan 17–51 procent). Andra linjens chefer tillbringar i genomsnitt mer tid i planerade möten. De har också mindre tid med sina medarbetare och mindre tid till eget arbete, vilket innebär att de var mindre tillgängliga för sina underställda chefer.

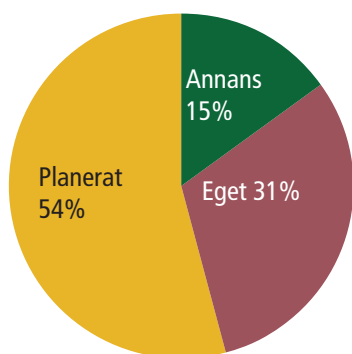
Nästan hälften av chefernas tid tillbringas i möten. En tredjedel av dessa möten var planerade. De oplanerade mötena var kortare och tog upp en mindre andel av deras totala tid. Många av de oplanerade mötena initierades av andra. Ett exempel på en typisk aktivitet som kan utgöra ett avbrott är när någon kommer in på chefens kontor och vill diskutera en fråga. Den typen av situation gör att chefernas lista på aktiviteter under en dag ökar.

Cheferna ägnar endast en bråkdel på uttryckligt strategiskt arbete där de fattar beslut och arbetar med verksamhetsutveckling. Resten bestod av administrativt arbete, kliniskt arbete och många olika typer av kommunikation. Cheferna använder större delen av sin tid i möten med sina medarbetare (44 procent i genomsnitt på mellan 24–71 procent). Cheferna har en stor närhet till och en daglig kontakt med sina medarbetare. Den del av chefernas tidsanvändning som sker i möten med medarbetare består av informativ kommunikation och att granska information tillsammans med medarbetarna.

Nedan följer två modeller och reflektionsfrågor relaterade till vinjetten om kommunikation:

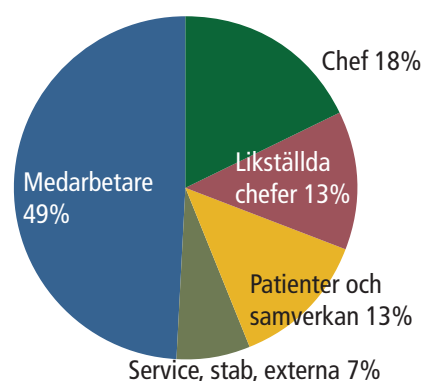
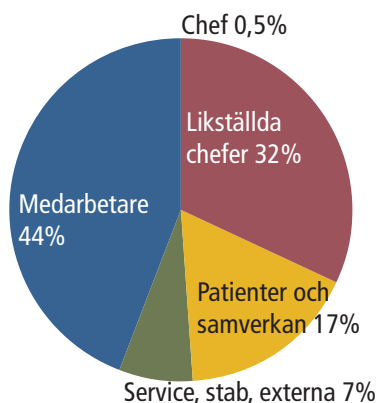
Initiativ till kommunikation

Initiativ, verbala kontakter (tid)



Chefer i sjukvården
(denna studie)

Kommunikationspartner



Chefer i olika branscher
(här från Kurke & Aldrich's studie)

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Vad lägger du mest tid på: planerade möten eller oplanerade möten?
Passar det dina mål som chef/i ditt ledarskap? Passar det din verksamhet?
2. Vem tar initiativ? Passar det dina mål som chef/ i ditt ledarskap? Passar det din verksamhet?
3. Vilken kommunikationsform ägnar du mest tid åt:
 - a. Genomgång/envägsinformation
 - b. Ge och ta emot information
 - c. Dialog
 - d. Konfrontation
 - e. Förfrågningar
 - f. Vara social
 - g. Förhandla (och andra beslutar)
 - h. Annat
4. Passar kommunikationsformen dina mål som chef/i ditt ledarskap?
Passar kommunikationsformen din verksamhet?
6. När pratar du med din egen chef?
7. När pratar du med andra chefer?
8. Vilka medarbetare pratar du oftast med? Vilka pratar du mest sällan med?
9. Vem/vilka kommunikationspartners behöver du mer/mindre tid med?

..... Plats för anteckningar

Ledningskommunikation och legitimering

VINJETT Ledningskommunikation präglas av olika typer av legitimitetsuppbyggande processer. Ledningskommunikation genom dessa olika typer av legitimitet påverkar vilka frågor som ges betydelse i verksamheten och hur kontroll och maktstrukturer skapas i organisationen. Legitimitetsuppbyggande processer sker med andra ord i en komplex dynamik där bland annat samhälleliga normer, medborgares krav på hälso- och sjukvård samt chefers sammansatta identiteter, åtaganden, lojalitet och yrkesmässiga intressen har stor betydelse. Några av cheferna menar att patienten måste vara i centrum, men ger samtidigt uttryck för att det är ekonomin som sätter ramen. Andra framhåller kravet på att korta kö- och vårdtider. Många anser att det är svårt men nödvändigt att både vara chef och kliniker. Några chefer uttrycker denna komplexitet så här:

”Patientens situation och intressen är viktigare än ekonomiska frågor, men min chef säger att hålla budgeten måste prioriteras. Detta är ett problem som man i rollen som chef måste acceptera.”

”Politikerna mäter väntetider.”

”Det är komplicerat. Jag sitter på två stolar. Det är svårt att skilja på det rent kliniska från det administrativa.”

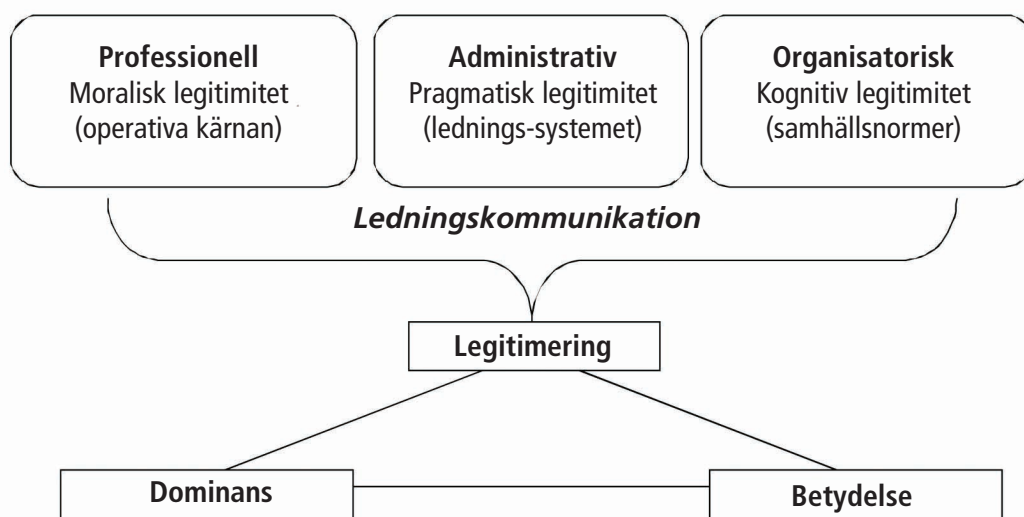
”Jag tror att som chef måste man delta lite. Det är därför som jag är kliniskt aktiv. Jag vill hänga med, men också att visa för doktorerna att vi delar på den stora massan av patienter. Jag tror också att det har med förtroendet för mig som ledare att göra, det ger respekt att man också deltar.”

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Legitimitet är uppfattningar eller antaganden om att vissa handlingar är önskvärda, korrekta eller lämpliga inom något socialt konstruerat system av normer, värderingar, övertygelser och definitioner. Ledningskommunikation präglas av tre olika typer av legitimitetsuppbyggande praktiker: a) uppbyggande av professionell legitimitet, b) uppbyggande av administrativ legitimitet, och c) uppbyggande av organisatorisk legitimitet. Chefers legitimitet är central för dels hur man uppfattas som chef, dels för hur verksamhet uppfattas.

Med ledningskommunikation som legitimering avses i detta sammanhang chefernas återkommande förhandlingar mellan de tre olika typerna av legitimitet. Ledningskommunikation och legitimering kan illustreras på följande sätt:

Centralt i ledningskommunikation är de ständiga förhandlingar genom vilka chefer



strukturerar tillvaron. Ledningskommunikation präglas av tre olika typer av legitimitet med hjälp av a) moraliska normer att ta hand om patienter och anställda, b) pragmatiska normer visar ömsesidiga beroendeförhållanden mellan professionella grupper eller enheter och c) kognitiva normer om rykte och redovisningsskyldighet gentemot allmänheten och politiska styrningssystem.

I förhandlingarna där de olika typerna av legitimitet kommer till uttryck finns två centrala förhållanden: integrering och separering. Exempelvis ser vi att integreringen av konkurrerande normer inträffar när en chef meddelar att de löst personalfrågor, säkrat resurser för verksamheten, haft omsorg för arbetsatmosfären, mött patienternas krav, balanserat budgeten och uttrycker sig själva som ansvariga för enhetens resurser. Separering och konkurrens mellan normerna ser vi exempelvis när chefer säger att de anställda skyddas från ”nödvändiga” nedskärningar, när de suboptimerar den egna enheten, beskriver att de oroar sig över kombinationen av ledningsarbete och kliniskt arbete, när de påpekar att resurserna för vård är knappa och när de anser att rapportering av verksamheten och redovisningsskyldighet tar för mycket tid.

Sammanfattningsvis när det gäller förhandling av legitimitet kan dessa vara:

- a) Förhandlingar inom olika typer av legitimitet
- b) Förhandlingar mellan olika typer av legitimitet

Förhandlingarna kan resultera i:

- a) Integrering av olika typer av legitimitet
- b) Separering av olika typer av legitimitet

Exempel på typ av utgångspunkt av legitimering:

- a) Moralisk: Omvårdnad av patienter och vårdkvalitet eller Omvårdnad om medarbetare
- b) Pragmatisk: Managementfokus (helhet) eller Grupp- och enhetsfokus
- c) Kognitiv: Rykte/anseende eller Rapportering av verksamhet

Legitimering	Förhandlingar		
Moral	Omvårdnad om patienter och vårdkvalitet Omvårdnad om medarbetare	Förhandlingar inom typen av legitimitet	Förhandlingar mellan typerna av legitimitet
Pragmatisk	Managementfokus Grupp eller enhetsfokus	Förhandlingar inom typen av legitimitet	
Kognitiv	Rykte/Anseende Rapportering om verksamhet	Förhandlingar inom typen av legitimitet	

Reflektions- och diskussionsfrågor:

1. På vilka grunder bygger och kan chefer i din organisation bygga sin legitimitet inom organisationen?
2. På vilka grunder kan chefer bidra till organisationens legitimitet i allmänhetens ögon?
3. Är dessa typer av legitimitet kombinerbara eller på vilka punkter krockar de?
4. Finns det tid för chefen att kommunicera inåt och eventuellt med externa aktörer utanför organisationen?
5. Är kommunikation något som värderas?

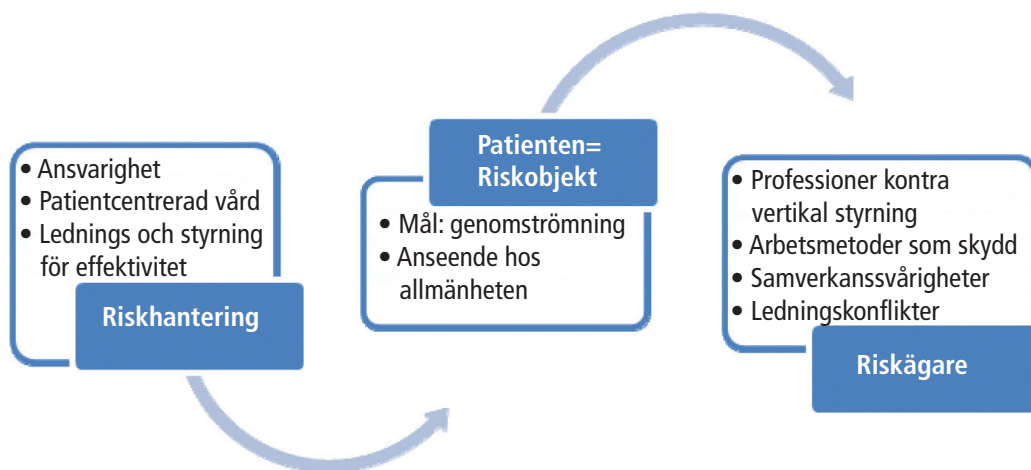
..... Plats för anteckningar

Styrmodeller, osäkerhet och risk

VINJETT Utifrån de reformer som hälso- och sjukvården genomgått från 1990-talet och fram till idag, finner vi att fler och fler administrativa rutiner läggs till som styrmedel. Detta görs med argumentet att hälso- och sjukvården fortfarande måste förbättra sin kvalitet, kostnadseffektivitet och tillgänglighet. Den mest uppenbara trenden idag är att förändra förhållandet mellan patient och vårdgivare. Det handlar bland annat om ökad konsumentorientering, marknadsanpassning och informatisering av hälso- och sjukvården. Centrala teman som växer i intresse är riskhantering, varumärke, medielogik och medieträning. Med bakgrund av reformerna och dessutom ökade krav förväntar vi oss att komplexiteten i ledningen av hälso- och sjukvårdsorganisationen har ökat.

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

När modeller för styrning till exempel sätter patienten i centrum hanteras det ofta som en fråga om tillgänglighet som mäts i kötider. Studien visar också att chefer i många fall förhåller sig till nya mål och styr-idéer genom att skapa en hierarki eller rangordnar de frågor som verksamheten förväntas hantera. Det sker i hög grad med fokus på resultat i form av ”output”. Ett exempel är att man identifierar ”riskobjekt” vilket bland annat betyder att man väljer att arbeta med patienter som går att behandla inom en viss tidsram – ”lågrisk patienter” – med syfte att nå en bra genomströmning av patienter i verksamheten.



Det finns med andra ord svårigheter med införandet av nya styrmodeller som ständigt sker uppifrån/utifrån. Studien visar att idén om riskhantering och begreppet ansvarighet kan relateras till varandra. Denna kombination är ett exempel på fokuseringen av att öka tillgänglighet för patienten. Chefer kan då bli betraktade som ”riskägare” med ansvar för offentligt anseende och rykte. Det handlar om att prioritera vilka av de komponenter som är viktigast att uppfylla för att betraktas som en ”framgångsrik” eller ansvarig enhet. Patienternas möjlighet till vård begränsas till exempel genom att man försöker vrida över patientens vård till andra vårdgivare eller myndigheter. Professionella arbetsmetoder används som skydd för att välja patienter som passar den använda metoden och samarbetsproblem inom och mellan organisationer uppstår som följd, när ansvaret definieras olika. Patienten ses inte som en gemensam angelägenhet, utan snarare ett riskobjekt – risk för svårhanterbara kostnader och risk för misslyckande – vilket medför att åtgärderna avgränsas, men inte med fokus på kvalitet för *alla* patienter.

Reflektions- och diskussionsfrågor:

1. Finns det risktagande vad det gäller patientgenomströmning och tillgänglighet i er verksamhet?

Vad får det för konsekvenser för hur du, din ledning och dina medarbetare:

Använder din/er/sin tid?

Tar ansvar och samarbetar?

Redovisar och rapporterar resultat från er verksamhet?

2. Vad – avseende patientgenomströmning, behandling och tillgänglighet – skulle allvarligt hota ert anseende?
3. Vem/vilka är och görs ansvarig – för att hantera de osäkerheter och risker som finns i verksamheten?

..... Plats för anteckningar

Kommunikation och individuell legitimitet

VINJETT För vissa chefer är det helt naturligt att använda sig av informella kontakter och nätverk för att nå resultat i sin verksamhet. En chef beskriver detta på följande sätt: ”Det är nog kanske någonting man ska vara mer explicit med till chefer att det faktiskt är en del av chefsuppdraget. Detta att läsa dom inofficiella nätverken att se vilka personer som närmast dej, i din roll kan vara av värde för att du ska kunna fullgöra din roll som en bra chef. Man måste ha en omvärldsspaning som innebär att få fram information för det gynnar min roll som chef”

För andra chefer är det viktigare att man skaffar sig inflytande och når resultat med de medel och vägar som man bestämt i organisationen: ”Jag tror på att agera och argumentera enligt linjen. Jag tappar tilltron på organisationen när det är lättare att påverka via lobbyism. Det blir inte rättvist”

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

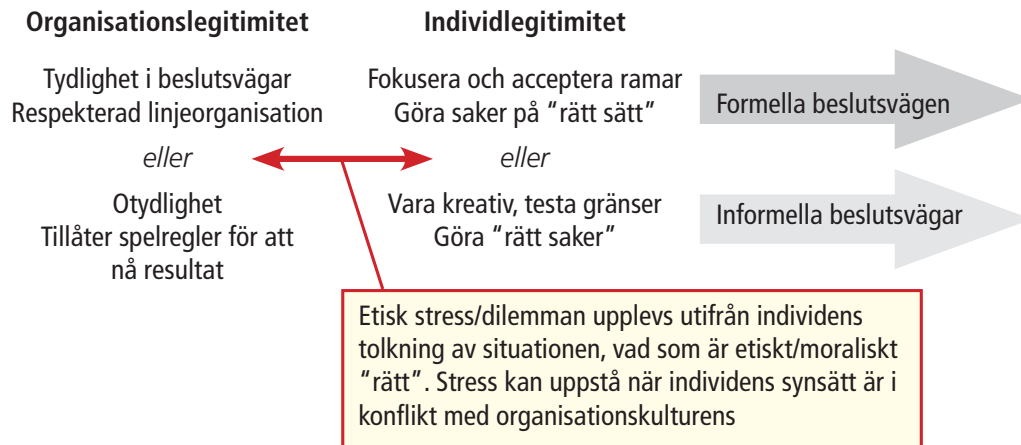
Det formella systemet har tydliga ramar och ett tydligt system för beslutsprocessen. Informella strategier används för att påverka komplexa organisationspolitiska spel som föregår beslut uppåt (politiskt spel), nedåt i organisationen (inom och mellan grupper), mellan enheter (revirtänkande mellan enheter) och mellan yrkesgrupper (professionspolitiskt spel).

Val av strategi för att få inflytande har att göra med professionstillhörighet och chefsnivå. Men det handlar även om hur man som chef ser på sitt jobb och betraktar de system som finns. Vilket utrymme det informella systemet får kan bero på ideal och moral, arbetsplatskultur, högre chefers intresse av att veta hur problem löses och informella ledares spelutrymme. Även informella enskilda ledares eller yrkesgrupperingars möjligheter att styra andra medarbetare kan påverka chefens inflytande på arbetsplatsen.

Etisk stress eller etiska dilemman kan uppstå genom upplevd oetisk och orättvis maktutövning. Att gå utanför linjen, det vill säga genom informella vägar, menar många chefer är helt nödvändigt för att få ökat inflytande över beslut eller behålla den organisatoriska positionen. Andra upplever frustration när andra chefer får fördelar av ”ansvarslöst utnyttjande” av informella spelregler – eller upplever till och med etisk och moralisk stress när de blir utsatta för sådant.

Chefers strategier för ökat inflytande är en fråga om individens ställningstagande, värden som genomsyrar den formella organisationsstrukturen, och den kultur som fanns inom professionen och organisationen. Etiska dilemman kan uppstå när arbetsplatskulturens spelregler och ideal, av individen, upplevs ha lägre ”moral” än de egna handlingarna och idealen.

Hanteringen av dessa slitningar kan underlättas av en ökad medvetenhet hos individen, öppen kommunikation med högre chefer, ett klimat som tillåter att man uttrycker sina synpunkter under beslutsprocessen och genom handledning. En organisation som har tydliga värderingar och genomarbetad värdegrund kan avhjälpa problemen. Organisationskulturer där obefogade maktstrukturer har stor påverkan kan motverkas genom kompetensutveckling i etik, makt- och moralfrågor samt stärkta överbyggande nätverk som stöd i normsättning och praktiska problem.



Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Vilka värderingar styr dig i ditt chefskap? Vilka värderingar styr dig i ditt liv?
2. Vilka värderingar styr hur du handlar i ditt chefskap för att få mer inflytande?
Är du en person som vill testa och prova gränserna eller fokuserar du de formella ramar som finns?
3. Om du upplever orättvisa i beslutsprocessen, vad kan det bero på?
4. Kan du uttrycka dina egna inre värderingar i chefskapet till din chef?
Har du försökt? Vem talar du med om detta?

..... Plats för anteckningar


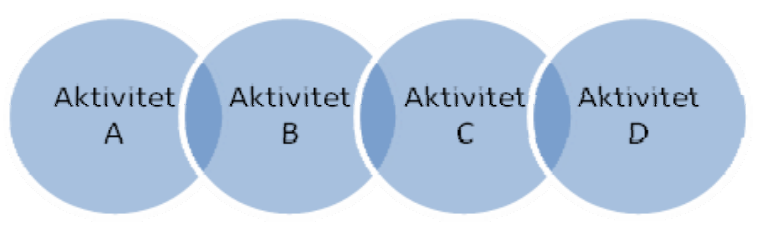
Tema D: Chefers uppfattning om tid och förhållningsätt

VINJETT Vårt medvetande om tiden som passerar beror på livsförhållanden och känedom om olika vardagsaktiviteter – vilka vi använder som guide. Vetenskapen har inte lyckats förklara hur känslan för tid varierar mellan individer och beroende på omständigheter. Hippokrates uttryckte att: "Time is wherein there is opportunity, and opportunity is that wherein there is no great time", medan Aristoteles menade att: "Time is the measure of movements".

Vad består problemet av och hur kan det hanteras?

Tid kan ses på olika sätt: tid som del i en fast struktur, tid som flöde eller som linjär eller cirkulär. Vår uppfattning om tid och våra förhållningsätt till tid kan påverka vår tidsanvändning. Men betydelsen av olika tidsuppfattningar för tidsanvändningen har det beskrivs lite om i litteraturen. Istället anses tid ofta bara vara ett villkor som möjliggör eller begränsar aktiviteter. Några studier av erfarenheter och tolkningar av tid bland arbetande grupper har visat på betydande effekter på till exempel frihet och flexibilitet i arbetstid. Studierna visar att tidsanvändningen sker i relation till professionella, organisatoriska och kulturella (samhälleliga) normer och kontrollmekanismer, som påverkar medvetna och mindre medvetna beteenden.

Resultaten i vår intervju- och observationsstudie belyser att några av de studerade cheferna definierar tid som en linjär plan och fokuserar att lägga upp sina aktiviteter i kalendern som separata enheter. Centralt för de chefer som arbetar på detta sätt är att precisera mål, skapa realistiska bilder av omvärlden, planera (i form av fixerade scenangivelser), styra samt kontrollera och utvärdera. För dessa chefer kunde det vara en större (och mer stressfylld) utmaning att förhålla sig till förändringar och avvikelser från planeringen. Andra chefer ser istället tid som ett flöde, och ständig förändring som naturligt. Centralt för dessa chefer är att vara mitt i flödet för att kunna påverka förutsättningarna – och att se förändringar som naturligt och inte som avvikelser. Man arbetar också med ständiga avstämningar med gruppen och omprioriteringar efter hur situationen utvecklas. Det verkar som att det är lättare att ha en hållbar tidsanvändning om man själv är "lik sin chef", det vill säga har en tidsuppfattning som överensstämmer med sin egen chef. Troligen är det bäst att kunna förhålla sig både till linjär och cirkulär tidsanvändning.

	
LINJÄR TIDSUPPFATTNING	CIRKULÄR TIDSUPPFATTNING
"Leda på ett fast, kontrollerat och strukturerat sätt"	"Leda genom att följa och stämma av i relation till ständiga förändringar"
Eventuell "nackdel"	Eventuell "nackdel"
Mekaniskt, plikttroget Ensamt Ovillkorligt Svårt vid förändringar	Obalans i avgränsningar och i tidsgivande Risk för att bli fångad i en "tillgänglighetsfälla" eller "nätverksfälla" Avbrutna aktiviteter

ÖVNING

Försök uppskatta din egen tidsanvändning under en arbetsvecka. Uppskatta också hur din planerade tidsanvändning (under normala omständigheter) bör vara.

	Planerad tidsanvändning	Faktisk tidsanvändning
VAD – FORM		
Kliniskt arbete		
Skrivbordsarbete		
Telefonsamtal		
Planerat möte		
Oplanerat möte		
Rundtur		
Rast		
Förflyttning		
Strategiskt arbete		
Rutinarbete		
Kommunikation		
Chef – chef		
Medarbetare		
Chefkollegor		
VAD – INNEHÅLL		
Planering av dagliga arbetet		
Bemanning/Schemaläggning		
Budget och ekonomi		
Kvalitetsuppföljning		
Verksamhetsutveckling		
Arbetsmiljö		
Effektiviseringsarbete		

..... Plats för anteckningar

Tema E: Medarbetarskap, professioner och samarbeten

Multiprofessionella team

VINJETT Vid en behandlingskonferens beskriver en psykolog och kurator sina åtgärder kopplade till en patient. De beskriver patientens symptom och att psykologen inlett en individualterapi med barnet medan kuratorn parallellt håller föräldrasamtal med föräldrarna. Psykologen beskriver att barnet till en början blivit sämre, men att detta är ett naturligt förlopp vid individualterapi, det vill säga att det först blir lite sämre innan det börjar bli bättre. Läkaren bryter in och ifrågasätter upplägget och frågar varför inte några andra undersökningar har gjorts. Symptomen kan tyda på rent fysiologiska orsaker såsom hjärntumör, epilepsi eller annat. Detta måste först uteslutas innan en samtalsterapi kan fortsätta. Psykologen menar att samtalsterapin hittills gett förväntat resultat och att det stödjer att det är rätt strategi. Barnet är skört och det vore dumt att utsätta honom/henne för den typen av undersökningar. Det blir en låsning där inga beslut tas i patientärendet.

Vid en annan behandlingskonferens uppstår en diskussion mellan en psykolog och en läkare. Psykologen har inlett samtalsterapi med ett barn som mår dåligt. Läkaren frågar vad diagnosen är. Psykologen menar att samtalsterapin både behandlar och strävar efter att kunna sätta en diagnos. Läkaren protesterar: "Inga behandlingar utan diagnos! Det har vi kommit överens om." Enhetschefen, som är kurator, instämmer och menar att det enbart är evidensbaserade metoder som ska användas. Psykologerna muttrar till varandra att samtalsterapi alltid har använts på detta sätt, det vill säga att den både är behandlande – patienten mår bättre – och att den ger ett bättre underlag för att sedan ställa diagnos.

Så kallade multiprofessionella team används numera ofta för att skapa en mer patientorienterad vård. Tanken är att olika professioner, till exempel läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, ska samarbeta utifrån sin unika kompetens och därmed tillsammans göra en helhetsbedömning av patienten utan att denne behöver besöka flera olika vårdinrättningar. Även om logiken bakom multiprofessionellt samarbete är lätt att ta till sig har det visat sig svårt att skapa välfungerande multiprofessionella team i praktiken. Ovanstående två exempel från Barn- och ungdomspsykiatri kan illustrera svårigheterna med att skapa ett välfungerande multiprofessionellt samarbete.

Vad består problemet av och vad beror det på?

Samarbete över gränser är alltid svårt. Gränser inom organisationer skapas främst av organisationsstrukturen, det vill säga indelningen i olika avdelningar och grupper, men särskilt inom vården kan professionsgränser utgöra minst lika starka gränser som gruppindelning. Tillhörigheten till en viss profession markerar inte bara en likartad utbildning, utan även specifika traditioner, värderingar och arbetssätt som bygger upp professionens identitet.

När flera professioner förväntas samarbeta innebär det ett möte mellan olika värderingar och arbetssätt som lätt leder till oenighet om vilka metoder som leder till det bästa utfallet eller hur man bör förhålla sig till en patient. I exemplen ovan är det tydligt att medlemmar i en profession ser inspel från andra professioner snarare som en störning i sitt eget arbete än ett bidrag som skapar en bättre helhetsbild av patienten.

Hur kan man hantera problemet?

Det finns ingen patentlösning på hur ett konstruktivt multiprofessionellt samarbete skapas, men forskningen kring medarbetarskap ger några viktiga insikter som kan vara bra att ha med sig, dels angående gruppens förutsättningar, dels angående individuella förhållningssätt och relationer:

Gruppens förutsättningar

- Goda samarbetsmönster och arbetsrelationer uppstår inte av sig själva. Det kräver både tid och resurser och att man gemensamt reflekterat kring samarbetet och hur det kan utvecklas. Det räcker inte med att sätta ihop ett antal människor och tro att samarbete uppstår. Ledningen bör ta ett ansvar för att skapa aktiviteter som har som syfte att svetsa samman gruppen genom att det skapas personliga relationer över professionsgränserna.
- Om möjligt bör både ansvar, belöningar med mera vara gemensamma för gruppen. Det kan skapa drivkrafter till gemensamt arbete, medan individuellt ansvar och individuella belöningar kan skapa konkurrens inom gruppen.

Individuella förhållningssätt och relationer

- Det är viktigt att en profession uppskattar bidrag från en annan profession. Ett avgörande individuellt förhållningssätt är att försöka förstå någon annans perspektiv. Annars blir det att till exempel en psykolog bedömer en läkares förslag utifrån sin egen professionslogik och därmed dömer ut den som ”fel”. Det är således viktigt att reflektera kring sina egna arbetsmetoder och inte ta dem för givna.
- Exemplet ovan visar relationer som präglas av misstro snarare än förtroende. Förtroende är en grundbult i alla välfungerande relationer. Misstron mellan olika professionsföreträdare tycks bygga på att man har svårt att förstå andra professioners kompetens, vilket gör att de istället vill göra på sitt eget sätt för att få kontroll på situationen. En utgångspunkt för att bygga förtroendefulla relationer är till att börja med att vilja förstå den andres kompetens.
- Vissa professioner (till exempel läkare) kanske har mer av formellt ansvar än övriga. Ett formellt ansvar behöver dock inte innebära att man ensam bär ansvaret. En vilja hos den dominerande professionen att ta in andra perspektiv och en vilja hos övriga professioner att dela ansvaret för enheten, är individuella förhållningssätt som innebär en grogrund för goda samarbetsorienterade relationer.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. På vilka sätt krävs ett gott samarbete mellan olika professioner för att er verksamhet ska fungera väl? Känner ni till några goda exempel? Finns det någon/några professioner som har en starkare ställning/mer formellt ansvar än övriga? Hur påverkar det i så fall samarbetet?
2. Tänk på övriga professioner på din arbetsplats. Förstår du vad deras kompetens består av och vad denna kan tillföra i arbete med gemensam problemlösning? Har du någon gång haft en konflikt med en företrädare från en annan profession? Försökte du i så fall förstå den personens ståndpunkt utifrån något annat perspektiv än ditt eget?

..... Plats för anteckningar

Motstånd mot styrning

VINJETT Hela den offentliga sektorn präglades tidigare av en styrning där professioner och högre tjänstemän hade en viktig roll, medan ”management-tänk” likt det som finns i den privata sektorn knappast förekom alls. Sedan 1980-talet har hela den offentliga sektorn successivt allt mer präglats av styr- och ledningsprinciper som har utvecklats med inspiration från det privata näringslivet. New Public Management (NPM) är det samlingsnamn som forskningen har givit dessa influenser (till exempel balanserade styrkort, processororientering, kvalitetsstyrning och så vidare).

Särskilt inom vården har NPM gett konflikter mellan å ena sidan organisationsledning/chefer som försöker driva verksamheten med mål, visioner, mätning och kontroll och å andra sidan professioner som påtalar det omöjliga i att styra vårdverksamhet på detta sätt. NPM har dock kommit för att stanna, så att istället för att ifrågasätta legitimiteten hos den här sortens styrning, kan det vara lämpligt att chefer och medarbetare gemensamt försöker att hantera de problem som den eventuellt skapar för att kunna undvika ofruktbara lösningar. Följande exempel från Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kan illustrera motståndet mot styrning:

Inom BUP är det enhetschefen som har budgetansvar för verksamheten. Det är tydligt att enhetschefen i samtliga enheter är mer restriktiv med att ta in nya patienter än de olika behandlarna (psykologer, kuratorer med flera). Dessutom arbetar enhetscheferna hela tiden aktivt med att försöka få till utskrivning av patienterna, ofta i polemik med behandlarna.

Det finns en bristande förståelse för varandra hos de olika parterna. Cheferna visar frustration över att ”behandlarna vill hjälpa alla”, oavsett om det ligger inom enhetens uppdrag eller inte. Behandlarna visar frustration över att ”chefen bara tänker på budgeten, inte på patienten, och skickar iväg alla som det går att skicka iväg”. En av cheferna menar också att strategin att hela tiden pröva om patienter kan skrivas ut är central för att enheten ska klara sina budgetmål: ”Vi har ett neuropsykiatriskt uppdrag. Det innebär att patienter aldrig kommer att vara helt bra när de skrivs ut, utan tillräckligt bra. Det är svårt att förklara för behandlarna som bygger upp en nära relation med patienten och gärna fortsätter att träffa denne – och säkert gör nytta – i många år, men det handlar om att hantera de mest akuta tillstånden och sedan skriva ut patienten. Inte att vara en samtalspartner med barnet under hela uppväxten, den rollen måste skolhälsovård ha.” Behandlarna tycker att chefen ”lägger sig i” sådant denne inte borde lägga sig i, ”det är väl upp till oss som behandlande profession att göra bedömningen när patienten kan skrivas ut”.

Vad består problemet av och vad beror det på?

Problematiken här påminner om svårigheterna att lyckas med multiprofessionellt samarbete (se även vinjett om Multiprofessionellt samarbete). Skillnaden här är att konflikterna inte främst uppstår på grund av olika professionstillhörighet och olika arbetsätt, utan på grund av olika uppdrag. Det som är gemensamt är att problemet främst beror på bristande förståelse för varandra.

Hela den offentliga sektorn, och vårdsektorn särskilt, är fortfarande ovana vid att en organisationsledning/chef styr verksamheten utifrån ett ”management-tänk”. Detta oavsett om det är en direkt styrning där chefen har åsikter om sådant som medarbetarna gör eller indirekt styrning där generella arbetsätt och metoder bestäms av en chef snarare än en

professionsföreträdare. Hos professionerna finns det en tradition av att arbeta självständigt och att fatta egna beslut. Cheferna företräder en logik kopplad till begränsade resurser, mätbarhet och transparens som många gånger kan komma i polemik med olika professionslogiker. Såsom till exempel en medicinsk logik som snarare visar vad som är möjligt och behandlingsbart oavsett begränsade resurser eller ej.

Hos både chefer och professionsföreträdare kan detta också leda till överdrivna konflikter, trots att intresseskillnaderna inte är så stora. Båda parter är trots allt i första hand intresserade av att skapa en god vård för patienten. Konflikterna kan vara rena maktstrider kring ”vem som egentligen bestämmer av till exempel läkare och budgetansvarig chef” när svaret egentligen är båda. Parterna har i princip ett veto in i varandras ansvarsområde: en läkare kan stoppa insatser med till exempel patientsäkerhet som orsak, medan budgetansvariga chefer kan stoppa insatser med resursskäl som argument. För att lyckas krävs det alltså ett mycket gott samarbete mellan chef och medarbetare, båda har svaga positioner om de inte har ett gott samarbete med den andre.

Till viss del kan konflikterna ha sitt ursprung i rena försvarsmekanismer: Både chefer och medarbetare är ovilliga att tänka nytt och håller istället fast vid traditionella arbetssätt, utan att ens reflektera över att det kanske går att göra på ett annat (och ev till och med bättre) sätt.

Hur kan man hantera problemet?

Konflikten mellan olika logiker inom offentlig sektor är välkänd och det finns inga enkla lösningar på den, men medarbetarskapsforskningen visar på ett antal förhållningssätt som kan hjälpa till att förhålla sig till problemen på ett konstruktivt sätt.

Gemensamma förhållningssätt som präglas av samarbete snarare än konflikt

Till viss del handlar konflikten om att organisatoriska mål (företrätt av chefer) och professionella mål (företrätt av olika professioner) hamnar i polemik. Med utgångspunkten att detta är olika perspektiv som strävar mot ett och samma mål – bästa möjliga vård för patienten, istället för två olika mål som står i konflikt – finns möjligheter att överbrygga svårigheter.

Om chefer och professionsföreträdare gemensamt arbetar med verksamhetens mål, utifrån både resurslogik och medicinsk logik, kan det både ge en bättre förståelse för varandras utgångspunkt och medverka till en ledning av verksamheten som präglas av gott samarbete snarare än konflikt. Det går att hitta bryggor mellan organisatoriska och professionella mål.

Nya förhållningssätt hos professioner

Rent generellt tenderar organisatoriska mål att bli mer tydliga och mätbara, medan många professioner är ovana att uttrycka sin professionslogik i mål som är mätbara. Därför upplever många professionsföreträdare att deras logik blir underordnad de organisatoriska målen. Det är välbekant från ekonomistyrningsforskningen att ”det som mäts blir gjort”. Professionerna behöver därmed arbeta mer med att försöka uttrycka sin verksamhet i mål för att göra sitt bidrag till verksamheten ”mer tillgängligt och tydligt” för andra.

Det är viktigt som medarbetare att inse att det inte handlar om att ledningen ”inte förstår” eller ”inte bryr sig”, utan att de har ett annat uppdrag: att hantera omvärldens krav på transparens och effektivt resursutnyttjande. Detta är i allas intresse. Det minskar risken att verksamheten utsätts för ogrundad kritik. Det visar även att man använder gemensamma resurser på ett så bra sätt som möjligt.

Nya förhållningssätt hos chefer

Som chef är det lätt att hamna i fällan att se medarbetarna som motståndare som benhårt håller fast vid sina ideal och sina arbetssätt, utan att visa något intresse för verksamhetens resursåtgång eller effektivitet. Att för sig själv erkänna att det troligen kommer att vara svårt, och kanske rent utav inte ens lämpligt, att ”övertyga” medarbetarna om det förträffliga med kvantitativ målstyrning med mera och istället motivera dem till att göra ett bra och professionellt arbete och skydda dem som gör detta mot attacker utifrån.

Att bjuda in och involvera medarbetarna i arbetet med att ta fram verksamhetens mål kan också vara mycket konstruktivt. Dels har det en rent rationell betydelse: fler ögon och fler perspektiv kommer att inrymmas i målen. Dels har det en symbolisk betydelse: det visar medarbetarna att du som chef har förtroende för deras vilja och kompetens att bidra till verksamhetens utveckling. Ofta är diskussionen kring mål (processen kring mål) mer utvecklande än målen i sig (målen som produkt), eftersom det bidrar till en gemensam och reflekterande diskussion kring verksamheten och dess inriktning.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. På vilka sätt upplever du att organisatoriska mål och professioners mål är i konflikt idag i din verksamhet?
Hur skulle de organisatoriska målen och professionernas mål kunna utvecklas för att bättre fungera tillsammans i din verksamhet?

Till chefer

2. a) Tänk på en situation när du och dina medarbetare var oense om nya mål, riktlinjer, arbetssätt, resursneddragningar eller dylikt. Kan du förstå på vilket sätt medarbetarna upplevde detta negativt? Hur försökte du hantera detta?
Hur kan du utveckla detta till nästa gång detta ev sker?
3. a) På vilket sätt involverar du medarbetarna i arbetet med verksamhetens mål idag?
Hur skulle det kunna utvecklas?

Till medarbetare

2. b) Tänk på en situation när du var oense med din chef angående nya mål, riktlinjer, arbetssätt, resursneddragningar eller dylikt. Kan du förstå varför chefen kom med dessa direktiv? Kan du se vad som skulle kunna vara positivt för verksamheten med de nya direktiven? Om du inte kan se någonting positivt, kan du ändå se varför det måste göras?
3. b) När kontaktade du senast din chef med idéer om hur verksamheten som helhet (inte enbart kopplat till din uppgift) skulle kunna utvecklas?
På vilka sätt kan du ta ett större ansvar för verksamhetens utveckling?

..... Plats för anteckningar

Extern samverkan: varför är den så svår att få till?

VINJETT Hälso- och sjukvård är en del av samhället och de flesta vårdorganisationer måste samverka med andra offentliga organisationer, till exempel kommunal verksamhet såsom socialtjänst, skola och äldreomsorg. Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är ett tydligt exempel på detta i och med att psykiska problem ofta är komplexa och både påverkar och påverkas av barnets hemmiljö och skolverksamhet. I den mån olika funktionshinder ses som bestående blir även habiliteringsverksamhet viktig. Vissa av fallen hamnar först inom primärvården eller har tydlig koppling till barnmedicin, så även andra vårdinstanser utgör viktiga samarbetspartner.

Samtliga parter bidrar med sin unika kompetens, vilket gör att samverkan dem emellan är central för att uppnå en patientcentrerad vård som bygger på patientens hela behov. Det är dock komplicerat att få till en välfungerande samverkan mellan dessa parter, särskilt med tanke på att de tillhör olika huvudmän och därmed har olika budgetar. Följande två exempel kan illustrera problematik som kan uppstå:

Vid ett flertal behandlingskonferenser på BUP noterade vi att patientärenden ofta skickades tillbaka där de kom ifrån, främst skolor, med krav på en så kallad Bas-utredning. Detta innebär att skolan ska göra en första utredning kring patienten. Enhetschefen på BUP förklarade detta med att de måste skicka tillbaka dessa, eftersom skolan försöker få BUP att göra deras arbete. ”Det kanske gick förr när det inte var så tuffa budgetkrav, men idag gäller det att hålla på sina resurser och inte göra andra organisationers arbete.” Från skolans sida är man tämligen oförstående: ”BUP försöker göra oss till en del av vården, men vi sysslar med pedagogik och inlärningsproblem.” Enhetschefen på BUP hävdar att skolan har helt andra resurser än BUP. ”Varje skola har sin skolpsykolog och skolsköterska, medan BUP som har hela kommunen som upptagningsområde enbart består av 20 personer totalt.”

Liknande meningsskiljaktigheter finns mellan socialtjänsten och BUP, där BUP ofta föreskriver att ett barn som mår dåligt behöver in på ett behandlingshem som står under socialtjänstens regi eller upphandling. Socialtjänsten menar att det är de själva som fattar sådana beslut, inte BUP, och att de alltmer försöker lämna behandlingshem som lösning och istället i första hand hitta ”hemmalösningar”. Barns psykiska problem är ofta psykosociala till någon del, det vill säga hemmiljön och barns psykiska hälsa hör nära samman, men i och med att två olika huvudmän har hand om var sitt område, blir det ofta svårt att få till en gemensam helhetsbild.

Båda dessa exempel illustrerar att patienter blir lite av ”Svarte Petter” för de olika organisationerna. Mycket resurser läggs på att skicka runt patienter och strida om vems ansvar det egentligen är.

För att reglera samverkan mellan olika parter när det gäller barns psykiska ohälsa kom 2007 ett avtal som heter Västbus, som reglerar de olika parternas roller i samverkan. Det verkar dock inte som avtalet har löst problemen, utan samtliga parter stödjer nu sina handlingar på avtalet. Alla gör sin tolkning av avtalet och tycker sig kunna motivera sina handlingar med stöd där.

Vad beror problemet på?

Inom hela den offentliga sektorn blir kostnadsansvar allt mer decentraliserat, det vill säga varje enhet har nu i allmänhet ett eget kostnadsansvar. Det finns en upplevd resursbrist hos samtliga delar av den offentliga sektorn, vilket gör att alla ser över sin egen resursförbrukning

och försöker hitta sätt att minska denna. I de aktuella fallen ovan innebär det att samtliga parter har anpassat sina roller och uppgifter, men det har skett enbart internt, utan någon kommunikation till externa samarbetsparter. Det är lätt att förstå att omdefinieringar av roller som inte kommuniceras externt lätt skapar problem, där det kan bli både luckor i helheten och oklarheter.

Sedan är alltid en uppdelning en förenkling, det finns alltid oklara fall. Vid varje ”gräns” finns det alltså en gråzon. I tuffa budgettider tenderar båda parter att dra sig bort från gråzonen, eftersom det innebär en möjlighet att det är den andra partens uppgift. Det gör att kring varje ”gräns” blir det ett ”ingenmansland” där patienter faller mellan stolarna.

Hur kan man hantera problemet?

Medarbetarskapsforskningen betonar att samverkan över gränser är svårt och särskilt om det handlar om externa gränser. Det finns dock några förutsättningar som är viktiga för att samverkan ska vara möjlig:

Behovet av att visa vem man är

Det är viktigt att ha insikten att interna förändringar som vi genomför inte per automatik är någonting som omgivningen känner till. Om vi har gjort en förändring är det ytterst viktigt att tydligt kommunicera detta till våra samverkande parter – naturligtvis helst innan förändringarna är genomförda. Det är viktigt att involvera dem både för att de ska kunna ha åsikter och för att de ska förstå förändringen och dess konsekvenser.

Även när det inte sker en förändring är det viktigt att tydligt kommunicera sin roll och sin uppgift till sina externa samarbetsparter. Gör man det finns en möjlighet att få upp skilda förväntningar på bordet och försöka hantera dem tillsammans.

Förhållningssätt till samverkansparter

Arbeta aktivt med att bjuda in externa aktörer i diagnos- och behandlingsfaserna, både för att hantera enskilda patientfall och för att diskutera mer generella förhållningssätt till varandra. Ta ett aktivt ansvar för relationen istället för att passivt vänta på någon annans initiativ.

Se externa samarbetsparter som medspelare i uppdraget och försök gemensamt att finna goda lösningar för patienterna i fråga.

Försök att undvika ”Svarte-Petter-problematik” där resurser läggs på organisationspolitiska strider snarare än på patienten. Ta dialog med samverkansparter snarare än att enbart skicka tillbaka patienter. Försök att gemensamt hitta en förnuftig ansvars- och arbetsfördelning som bygger på att alla deltagande organisationer gör sitt bästa.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Vilka externa samarbetsparter behöver din organisation samverka med för att ge patienten en helhetsorienterad vård?
Hur fungerar dessa samarbeten idag?
Förstår du samarbetsparternas uppgift och roll i förhållande till din egen organisation?
Känner du att samarbetsparterna förstår din roll/din organisations roll?
Har du förtroende för de organisationer ni samverkar med?
Upplever du att de har förtroende för er?
Vad kan ni göra för att få mer förtroendefulla relationer?
2. Hur skulle det vara möjligt att ordna så att externa aktörer deltog aktivt i diagnos- och behandlingsfaser? Vilka fördelar skulle detta innebära?
Vilka eventuella svårigheter ser du med detta? Hur kan de i så fall övervinnas?
Hur mycket tid lägger ni en normal arbetsvecka på att se till att patienter hamnar hos någon annan organisation? Hur skulle detta kunna göras i dialog med partnerorganisationen?
Hur skulle dina egna förhållningssätt behöva förändras för att se externa samarbetsparter som medspelare i att gemensamt försöka hitta goda lösningar för patienten?

..... Plats för anteckningar

Krävande uppdrag, begränsade resurser

VINJETT Under flera decennier levde den offentliga sektorn under konstant tillväxt. Välfärdssamhället höll på att byggas upp på allvar och de nya behov som uppstod löstes med vidare expansion av offentliga sektorn och ytterligare resurser. Under 1980-talet tog detta stopp. Röster började höjas om den offentliga sektorns ineffektivitet och många undrade hur högt skattetrycket egentligen kunde bli. Och hur användes egentligen skattepengarna? Detta blev början på den rörelse som av forskarvärlden kommit att kallas New Public Management, som i korta drag är ett paraplynamn för den offentliga sektorns försök att härma styrlogiker från näringslivet. Trycket på den offentliga sektorn är numera stort på att redovisa hur man använder de resurser som man tilldelas. Kraven är höga på att resursanvändningen är effektiv och det har blivit uppenbart att resurserna är begränsade: resursbehov löses inte längre med expansion utan det är snarare åtstramning som gäller.

I många sektorer inom vårdsektorn finns en upplevelse av att ett ökat vårdbehov inte har mötts med ökade resurser, snarare tvärtom. Trots ett högre vårdbehov har man mindre resurser än tidigare. Detta är tydligt till exempel inom Barn- och ungdomspsykiatri. Det stora inflödet av presumtiva patienter är en konsekvens av flera faktorer. För det första har den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar ökat, bland annat på grund av ett hårdare och mer konkurrensinriktat klimat, både i skolan och i samhället generellt. För det andra har forskningen inom området gått framåt så att man blivit bättre på att fånga upp, beskriva och diagnostisera psykiska problem. Särskilt inom neuropsykiatri har det i det närmaste skett en revolution under de senaste tjugo åren avseende nya diagnoser och medicinering.

Det stora tillflödet av patienter har gjort att många vårdenheter känner att de inte räcker till. Det blir långa kötider och missnöje bland patienterna. Många enheter har också behövt förändra sina prioriteringar så att de som förr kunde tas emot, idag inte är "tillräckligt sjuka" för att berättiga vårdinsatser.

Vad beror problemet på?

Problemet kan vid första anblick synas vara ett resursproblem, då det är helt uppenbart att den ökade psykiska ohälsan i samhället inte har mötts med ökade resurser i samma grad. Samma situation råder inom många andra sektorer inom vården. Att hela tiden tillföra ytterligare resurser är dock knappast en lösning. Det finns en historia av att lösa den offentliga sektorns problem på detta sätt, men den tiden kommer med största säkerhet inte tillbaka. Styrning av vårdverksamhet under begränsade resurser har alltså kommit för att stanna. Begränsade resurser kommer alltid att vara en restriktion vid styrning av verksamhet och då är det viktigt att fundera över verksamhetens effektivitet. Att se ett problem som resursproblem eller effektivitetsproblem ger olika fokus. Gör vi problemet till ett resursproblem lägger vi ansvaret "någon annanstans" (hos sjukhusledning, politiker och så vidare.). Ser vi det däremot som ett effektivitetsproblem behåller vi ansvaret inom enheten. Vi ställer då frågan: hur kan vi utveckla vårt sätt att arbeta så att det blir effektivare och vi kan ge "mer vård" med oförändrade resurser?

Hur kan man hantera problemet?

Även om det inte finns några enkla lösningar på resursproblem så finns det de som har större vana att arbeta med begränsade resurser och det är näringslivets aktörer. Deras lösningar går självklart inte att ta "rakt av", men de kan tjäna som inspiration.

Behandlingsgruppens ansvar för resurseffektiv vård

Genomför prioriteringsdiskussioner i personalgruppen där ni identifierar hur och kring vad ert vårdteam kan göra mest nytta. En inställning att ”vi måste hjälpa alla” är kanske inte realistisk och i så fall måste prioriteringar göras, hur smärtsamt det än kan kännas. En viktig insikt är att om resurserna är begränsade har en vårdenhet egentligen två valmöjligheter. Antingen tar man ett aktivt ansvar att göra prioriteringar kring vilka som får vård, eller så har man en ambition att hjälpa alla utan att ha resurser till det, vilket leder till att slumpen styr vem som blir utan vård. Det senare alternativt är sämre med tanke på att det kan vara patienter med ett högprioriterat vårdbehov som ställs utan möjligheter till vårdinsatser.

I prioriteringsdiskussionerna är det viktigt att diskutera hur man kan nå bästa utfall med begränsade resurser. Är det med breddstrategi – enkla ej resurskrävande behandlingar till alla, eller djupstrategi – att lägga resurserna på de som behöver särskilda insatser? Sannolikt är inte svaret antingen eller, men kanske går det att definiera patientgrupper där breddstrategi är möjligt medan andra grupper kräver en djupstrategi.

Högutbildade människor kopplade till en stark profession har normalt höga krav på självständighet i beslut kring behandlingar o dyl. Fördelen är att de tar ett stort ansvar för sina egna arbetsuppgifter och patienter. Nackdelen är att de är relativt dåliga på (eller ovilliga) att standardisera. Det är viktigt att inse att standardiserade och effektiva aktiviteter definitivt är i linje med patientcentrerad vård när resurserna är begränsade. Det frigör resurser som kan läggas på patienter där det är omöjligt att standardisera insatserna.

Kommunikation med omgivningen

Om vårdteamet tar ett aktivt ansvar för prioriteringar är det viktigt att kommunicera detta på ett tydligt sätt till sina samarbetsparter (se även vinjett om extern samverkan). Helst ska dessa ingå i diskussionerna, annars är det risk att man ”vältrar över” ett resursproblem på någon av sina samarbetsparter istället.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. Om ni i ert vårdteam inte kan göra allt, vad ska ni framförallt prioritera för att göra mest nytta?
Hur kan ni bli effektivare i det arbetet ni gör?
Vilka potentiella tidstjuvar finns det där ni lägger tid på sådant som inte är patienterna till gagn vare sig på kort eller lång sikt?
Hur kan ni komma tillrätta med sådana problem?
Vad finns det för möjligheter till standardiserade metoder för vissa patientgrupper eller vid vissa sjukdomstillstånd? Hur kan ni börja arbeta med detta?
2. Vilka samarbetsparter skulle påverkas om ni förändrar era prioriteringar och/eller arbetssätt? Hur kan ni involvera dem i sådana diskussioner?

..... Plats för anteckningar

Riskhantering

VINJETT Alla former av vårdverksamhet inbegriper olika typer av risker. Normalt hanteras dessa risker genom att individer, ofta baserat på sin profession till exempel läkare, ansvarar för att begränsa risken för patienten. Under senare år har resursrisken också blivit allt tydligare, det vill säga risken att resurserna inte räcker till för att genomföra de behandlingar man önskar. Resursrisken hanteras i allmänhet av den budgetansvarige chefen. Tanken med att en person har det formella ansvaret för att hantera en specifik risk är att detta ska minska risken för patienten. Den höga grad av självständighet i det medicinska beslutsfattandet som läkare kan ses som en förutsättning för en så god och patientsäker vård som möjligt. Läkarens höga utbildning tillsammans med patientens möjlighet att pröva ärenden i HSAN blir garantier för patientsäker vård. Att den budgetansvarige chefen hanterar resursrisken ska minska risken att alltför stora resurser förbrukas på enskilda patientfall, vilket kan leda till otillräckliga resurser för att behandla nya eller köande patienter med ett stort och prioriterat behov av en vårdinsats.

Trots att den formella ansvarsfördelningen för medicinska frågor och resurser är avsedda att minska patientens risk, kan det i vissa fall bli det motsatta. Det kan leda till att "multi-patienter" med många olika, komplexa och svårbehandlade symptom blir "risk-patienter" för både läkare och budgetansvariga chefer. Dels genom att det är svårt att ta det medicinska ansvaret för dem och dels då det är mycket svårt att bedöma resursåtgången för behandlingsinsatser mm. Det är stor risk att dessa patienter – som kanske är de som har det största vårdbehovet – skickas runt mellan olika enheter. På grund av att de har många och/eller diffusa symptom och att patientansvaret kopplas till enskilda diagnoser kan varje enhet göra sin tolkning som bygger på att en "annan diagnos" är den mest tydliga för patienten, vilket gör det möjligt att remittera patienten någon annanstans. Den formella ansvarsbilden mellan läkaren och chefen är tänkt att skapa en "konstruktiv konflikt" där läkaren garanterar kvaliteten i behandling och chefen garanterar att resursåtgången inte blir för stor. När det gäller de komplexa multipatienterna finns det ingen konflikt, utan både läkare och chef vinner på att hålla dem utanför systemet. Resultatet blir att man i allians "stänger dörren" för patienter med ett stort och komplext vårdbehov.

Inom till exempel psykiatri där läkaren inte har en lika stark ställning som i den övriga vården kan det också få negativa effekter på samarbetet i arbetsgruppen. I och med att läkaren har det formella patientansvaret, även för de patienter som han/hon inte träffar, utan till exempel psykologer behandlar själva, kan ansvaret kännas osäkert och betungande. Det kan skapa ett ifrågasättande beteende gentemot övriga professioner på grund av att läkaren inte litar på övrigas förmåga att kunna se suicidrisker eller dylikt.

Vad består/beror problemet på?

Den formella ansvarsfördelningen är tänkt att minska patientens risk, men i själva verket sker en överflyttning av risken till läkaren respektive enhetschefen. När läkaren alltså får ett formellt ansvar för patientens medicinska risk blir detta en personlig risk kopplad till risken att i värsta fall förlora sin läkarlegitimation på grund av felbehandling. I realiteten är detta sällsynt, så i praktiken är den personliga risken framförallt kopplad till det egna anseendet och därmed också den egna karriären. Logiken är liknande för den budgetansvarige chefens ansvar för resurser. Chefens ska ansvara för att resurserna räcker för samtliga patienter. Att inte få resurserna att räcka till – att inte hålla budget – blir också en personlig risk för chefen

kopplat till utvärdering av hur bra resultat denne gjort, och i förlängningen en karriärrisk. Även om de personliga riskerna är förhållandevis små både för läkare och chefer, kan de upplevas som obehagliga och leda till ett beteende som strävar till att minimera den egna risken snarare än patienternas risker, vilket som i ovanstående fall snarare ökar patientens risk. Samarbetsproblem med andra professioner uppstår framförallt på grund av att läkaren/ chefen känner sig ensam om att hantera dessa risker och därmed hela tiden vill ”kontrollera” att övriga behandlare inte ökar deras risk, det vill säga relationerna präglas av misstro snarare än förtroende.

Hur kan man hantera problemet?

Problemet här är en tydlig illustration av att all form av organisering och styrning kan få oavsedda konsekvenser. Intentionerna kan vara hur goda som helst, men individuella förhållningssätt påverkar ändå ofta utfallet. Medarbetarskapsforskningen kan ge stöd i hur sådana problem kan hanteras.

Dela risk

Även om läkaren respektive den budgetansvarige chefen är formellt ansvariga för hanteringen av den medicinska risken respektive resursrisken är de inte ensamma om att hantera dessa frågor. Alla medarbetares handlingar innebär på ett eller annat sätt ett hanterande av en medicinsk risk och en resursrisk, oavsett formellt ansvar eller ej. Om ansvarstagandet kan göras kollektivt i högre grad kan det formella ansvaret kännas mindre betungande för läkare respektive chef. En förutsättning för detta är förändringar i förhållningssätt både hos dem som har det formella ansvaret och hos övriga. Övriga behöver inse att de också har ett ansvar kopplat till medicin och resursförbrukning, så att detta är en aspekt på de handlingar som man väljer. Läkare respektive chef behöver våga lita på övriga medarbetares bidrag i ansvarstagandet. När båda sidor förstår varandras situation bättre är det en bättre grund för förtroendefulla relationer. Agerandet handlar då om att lita på och ställa upp för varandra istället för att minimera sin individuella risk (”sköt dig själv och skit i andra”).

Effektiv och öppen kommunikation

Ytterligare en förutsättning för förtroendefulla relationer är effektiv och öppen kommunikation, eftersom förtroende framförallt växer fram via att vi förstår hur den andre tänker och fungerar. Den snabbaste vägen till detta är via att vi kommunicerar regelbundet med varandra på ett öppet sätt.

Behovet av goda rutiner

Det är viktigt att ha bra rutiner att falla tillbaka på om något verkligen går snett eller om man blir ifrågasatt externt. Väl utarbetade rutiner kan ge en trygghet för dem som bär det formella ansvaret och förhindra att man fokuserar på att minimera sin egen risk.

Behovet av att förstå intentionen med styrning

Alla styrningsförsök kan misstolkas och ett agerande utan att reflektera kring effekterna av de egna handlingarna kan leda till att effekten av styrning blir rakt motsatt mot dess intentioner, som i fallet ovan. Det är viktigt att aldrig glömma bort att vårdpersonal i första hand finns till för patienterna och deras behov. Allt annat är bara medel för att uppnå detta övergripande mål. Det kan kännas självklart, men är ändå lätt att tappa bort när vi ”mekaniskt” reagerar på olika försök att styra våra handlingar.

Reflektions- och diskussionsfrågor

1. På vilket sätt är det formella ansvaret för medicinska frågor respektive resurser fördelat på din enhet?
Hur bidrar du till ett kollektivt ansvarstagande för dessa frågor?
Alternativt hur involverar du dina kollegor i ditt formella ansvar?
Hur skulle du kunna bidra mer till det kollektiva ansvarstagandet för dessa frågor?
Alternativt hur skulle du kunna involvera dina kollegor mer i ditt formella ansvar?
2. Kan du ge exempel på handlingar som trots goda intentioner leder till försämringar för patienten?
Vad behöver utvecklas för att undvika detta?
Hur kan det ske utan att resursförbrukningen ökar?

..... Plats för anteckningar

Referenser/Publikationer

Svenska rapporter och avhandlingar som studiematerialet direkt hänvisar till*

Andersson T. Liff R. & Tengblad S. (2011) "Ledarskap och medarbetarskap inom vård- och omsorgsarbete: En studie inom barn- och ungdomspsykiatri." Västra Götalandsregionens Rapportserie.

Andersson T. & Tengblad S. (2009) "Medledarskap: Ledarskap som kollektiv initiativförmåga", I S. Jönsson & L. Strannegård (red) Ledarskapsboken, s. 249-272, Malmö: Liber.

Arman Rebecka (2010) "Fragmentation and power in managerial work in health care" (doktorsavhandling) Göteborgs universitet, Handelshögskolan.

Dellve L. & Wikström E. (2006). "Hållbart ledarskap i sjukvården - Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv". Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen.

Liff R (2011) "Professionals and the New Public Management - multiprofessional teamwork in psychiatric care" (doktorsavhandling) Göteborgs universitet, Handelshögskolan.

Liff R. & Andersson T. (2009) "Professioners roll i styrning av offentlig verksamhet", I Adolfsson, Petra & Solli, Rolf (red) Offentlig sektor och komplexitet – om hantering av mål, strategier och professioner, s. 251-269, Lund: Studentlitteratur.

Tengelin E. (2012) "Creating proactive boundary awareness: Observations and feedback of lower level health care managers time-commitments" (licentiatavhandling) Göteborgs universitet, Arbets- och miljömedicin.

Tengelin E, Kihlman A, Eklöf M. & Dellve L. (2011) "Chefskap i sjukvårdsmiljö: Avgränsning och kommunikation av egen stress". Arbete och Hälsa 2011;45(1).

Wikström E. & Dellve L. Arman R, Tengelin E. (2011). "Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården". Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen.

*I dessa publikationer finns utförliga källhänvisningar till flera studier i området. Projekten har dessutom genererat flera internationella vetenskapliga publikationer.

