

# Läkarchefer i primärvården

En analytisk litteraturöversikt

Mats Brommels  
Daniel Söderberg  
Leonard Tragl  
Mairi Savage  
Carl Savage

Clinical Management Research Group  
Medical Management Centre  
Dept. of Learning, Informatics, Management and Ethics  
Karolinska Institutet  
Tomtebodavägen 18A  
171 77 Stockholm, Sweden



**Karolinska  
Institutet**

## Sammanfattning

Detta arbete är en uppföljning av ett tidigare uppdrag för Sveriges läkarförbund. I det uppdraget låg att redovisa hur läkarchefer kan bidra till gynnsamma resultat i sjukvårdsorganisationer. Litteraturen behandlade i huvudsak sjukhus, och studien bekräftade tidigare uppfattningar om ett positivt samband. Analysen av orsaksmekanismer gav dock en tudelad bild. Medicinska ledare vars drivkraft är att göra skillnad för patienterna genom att förbättra och utveckla verksamheten hade aktivt sökt sig till chefspositioner och utvecklat ett ledarskap byggt på delaktighet och aktivt engagemang av medarbetarna. De utnyttjade sin medicinska expertkunskap för att säkerställa att ledningsbesluten var till stöd för vården och främjade kliniska resultat samt skapade en brygga mellan ledningsarbete och klinisk verksamhet. Till framgången bidrog en stödjande högre ledning som möjliggjorde kompetensutveckling och skapade befordringsmöjligheter för kommande ledare. I de fall, där läkare motvilligt tagit på sig en chefsuppgift och såg det som en möjlighet att medvetet eller omedvetet driva yrkeskårens intressen eller säkerställa villkoren för den egna specialiteten, tenderade cheferna att tillämpa ett auktoritärt ledarskap byggt på formella ledningsstrukturer. Det ledde till sämre tillit, värdekonflikter och känsla av maktlöshet bland medarbetarna.

I denna analytiska litteraturstudie var syftet att klarlägga det vetenskapliga underlaget för en bedömning av betydelsen av läkarchefer inom primärvården, och undersöka vilka faktorer som bidrar till eller försvårar ett framgångsrikt läkarchefskap. Den genomfördes som en s.k. scoping review, vilket innebär att funna artiklars innehåll analyserades systematiskt utifrån en preliminär modell över centrala aspekter av medicinskt ledarskap. Relevanta teman noterades och jämfördes med avsikt att identifiera samband och tentativa förklaringsmodeller.

Litteratursökningen gav initialt 987 unika träffar. Efter successiv analys av titlar, abstrakt och fulltextversioner återstod 36 artiklar som svarade mot alla inklusionskriterier. Huvudparten av dessa var empiriska arbeten, både fallstudier, intervjustudier och enkätstudier. Övriga kategorier var litteraturstudier, diskussionsartiklar med konceptuell analys och opinionsinlägg. Majoriteten av artiklarna kom från USA och England, men också Norge, Nederländerna, Irland och Canada var företrädna.

I motsats till litteraturen om sjukhus redovisade endast två artiklar om primärvården effekter på kostnader och resursutnyttjande. I den ena studien (från England) påverkades inte konsumtionen av tjänster i andra vårdformer. I en amerikansk "accountable care organization" uppnåddes betydande kostnadsbesparingar – förklaringar ligger sannolikt i det "cost sharing"-program som möjliggjorde att organisationen kunde behålla hälften av besparingarna. Högpresterande integrerade primärvårdsorganisationer i Nederländerna karakteriserades av ett starkt medicinskt ledarskap. – Däremot fanns ett antal artiklar som rapporterade att läkare som chefer i en primärvårdsorganisation främjar tillit, teamarbete, koordinering och transparens. Som förklaringar framfördes att en läkarchef med större trovärdighet kan hävda att organisationens syfte är att förbättra hälsa och formulera professionellt meningsfulla mål som tillgänglighet, kvalitet och excellens. Att chefen hävdar ett läkarperspektiv förbättrar samhörigheten bland läkarkollegorna och bidrar till att förankra verksamhetsprinciper och –strategier.

I de flesta artiklar framhölls att den ledarstil som är bäst lämpad för en professionell organisation – likt den i primärvården - är den transformativa. Mer specifikt sågs att ett *inkluderande ledarskap* var mest framgångsrikt. Det manifesteras i att ledaren i både ord och handling aktivt inbjuder medarbetare att medverka och ger ett erkännande för deras insatser. Därmed säkerställs att medarbetarna blir engagerade, att beslut kan fattas i frontlinjen och att expertis utnyttjas i beslutsfattandet.

De ledaregenskaper som lyfts fram är ett ansvarstagande utöver det rent kliniska, förbättring av vården som den viktigaste drivkraften, emotionell intelligens eller empatisk förmåga, självmedvetenhet, reflexivitet, förmåga till "self-management" och vilja till personlig utveckling. De viktigaste ledarfärdigheterna är process- och förändringsledning, kommunikationsförmåga tillämpad i förhandling, konsultation och dialog med medarbetarna, kunskapsdelning, samverkan och teamarbete, konfliktlösning och stresshantering. Dessa är typiska "people skills". Till dem bör ytterligare tilläggas resurshantering och processutveckling vägled av medicinsk kunskap och evidens.

Följdriktigt nog är de viktigaste inslagen i ledningsarbetets praktik att välja kliniska strategier utifrån vetenskaplig evidens, att organisera de kliniska processerna så att de kan genomföras med hög säkerhet och kostandseffektivt och engagera medarbetarna i ständiga förbättringar. Detta benämner forskargruppen verksamhetsledning på medicinsk grund ("management through medicine").

Systemfaktorer och verksamhetsvillkor kan främja ett framgångsrikt medicinskt ledarskap men också försvåra för en läkarchef. Stödjande strukturer är en god balans mellan det formella styrsystemet och professionell autonomi. Då kliniker upplever att uppställda mål är meningsfulla och att de kan utnyttja sin professionella kompetens för att bidra till dessa är de också villiga att ta övergripande ansvar och medverka till effektiv resurshantering (en attityd som betecknas "ny professionalism"). Ständiga förbättringar framstår som den viktigaste drivkraften för medicinska ledare, medan bristande erfarenhet och känslan av otillräcklig kompetens skapar osäkerhet i rollen. Förbättringsarbete och kompetensutveckling förutsätter tid, resurser och utrymme ("organisational slack"), vilket i ett produktionsinriktat sjukvårdssystem blir en utmaning och kräver uppmärksamhet, förståelse och framsynta beslut av uppdragsgivare och finansierare.

Det flesta läkarchefer inom primärvården utför också kliniskt arbete. Det accentuerar den dubbelroll en medicinsk ledare har. Detta "hybridledarskap" innebär att ledaren har att förstå och tillämpa både en medicinsk logik och en managementlogik. Ett stort inslag av klinisk verksamhet framhäver läkaridentiteten, vilket kan vara till fördel och leda till högre trovärdighet bland kollegor samt bättre förutsättningar att skapa samverkan. "Hybridledare" har därtill en viktig roll i att sammanjämka medicinska och manageriella perspektiv. Medicinska ledare har en särskild uppgift att hos icke-medicinska chefer skapa förståelse för den kliniska verksamhetens komplexitet samt lyfta fram patienternas och personalens perspektiv. I rollen ingår också att hävda viktiga principer som medicinsk etik, att betona betydelsen av evidens och att utveckla kliniska åtgärdsprogram som svar på krav från politik och administration.

## English Summary

This is a follow-up to a previous report commissioned by the Swedish Medical Association from the Medical Management Centre. That task was to study the relationship between physicians as leaders and the outcomes of healthcare organisations. The literature reviewed dealt predominantly with hospitals. Our study confirmed previous thoughts about a positive association between physician leaders and organisational performance. The analysis of possible causal mechanisms, however, revealed a two-sided picture. In a positive spiral of *management through medicine*, physician leaders driven by a desire to make a difference and improve care actively sought leadership positions and developed a participatory leadership style, which focused on an active engagement of colleagues. They used their medical expertise to ensure that managerial decisions were supported care and improved clinical outcomes as well as reconciled tensions between management and medicine. Their success was enhanced by a supportive senior management that created space for leadership development and actively identified and promoted emerging leaders. This in turn led to the recruitment of more “willing leaders”. On the flip side of *medical protectionism*, physicians reluctantly accepted a managerial position and used it, consciously or unconsciously, to protect physician interests or their specialty. These “incidental leaders” tended to practice command-and-control management based on formal authority. That diminished trust, led to values conflicts, and created a sense of powerlessness among clinical staff. The more this vicious cycle spun, the more it fed into and reinforced itself.

The aim of this analytical literature review was to identify the scientific evidence regarding the potential importance that physician leaders have in primary care, and the factors that promote or impede effective medical leadership. It was performed as a scoping review, meaning that selected articles were scrutinised through directed content analysis, guided by a preliminary model that incorporated aspects central to medical leadership. Relevant themes were noted and compared in order to identify relationships and possible associated mechanisms.

The literature search initially produced 987 unique hits. After an iterative assessment of the titles, abstracts, and full texts, 36 articles were found to meet the inclusion criteria. A large part of these were empirical studies, consisting of case, interview, and survey studies. We also included literature reviews, discussion pieces with conceptual analyses, and opinion papers. The majority of the articles focused on the USA and the UK, but Norway, the Netherlands, Ireland and Canada were also represented.

Contrary to the literature on hospitals, only two of the articles in the present sample reported effects of medical leadership on costs and resource use. In one English study, the presence of physician leadership had no impact on utilisation of services in hospitals and nursing homes. An American accountable care organization was able to considerably reduce costs – the explanation probably lies in a cost-sharing programme that allowed the organisation to keep half of the savings. One feature attributed to a high-performing integrated primary care service in the Netherlands was strong medical leadership. In terms of process measures, physician leaders of primary care organisations were reported to promote trust, teamwork, coordination of services and transparency. Explanations presented included that a medical leader with greater confidence can argue that the organisation’s mission is to improve health and formulate professionally meaningful objectives like access to services, quality of care and professional excellence. A leader that represents a medical perspective can improve a feeling of belonging among clinical colleagues and promote the acceptance of principles and strategies formulated for the organisation.

Most articles argued that transformational leadership is the style which best fits a professional organisation like that in primary care. More specifically, the most successful approach is an *inclusive leadership* style. It is generally referred to as “words and deeds by a leader or leaders that indicate an invitation and appreciation for others’ contributions”, which will increase the commitment of staff, enable decisions to be made in the front-line and create space for experts to participate in decision-making.

Leadership *qualities* identified as important to physician leaders in primary care include: a sense of responsibility beyond merely a clinical focus, improvement of care as the central driving force, emotional intelligence and empathy, self-consciousness, reflexivity, self-management, and commitment to self-development. Among leadership *capabilities* the following are emphasised: process and change management, communication, negotiation, consultation and dialogue skills, knowledge sharing, cooperation and teamwork, conflict resolution and stress management. These are typical people skills. In addition, a physician leader should be proficient in resource management and process development as guided by medical knowledge and evidence.

Consequently, the most important components of a medical leadership practice are to select the most effective clinical strategies according to best scientific evidence, to organise clinical processes to execute those safely and cost-efficiently and to engage staff in continuous improvement. This can be considered as the core of medically oriented management.

System factors and conditions can both promote successful medical leadership and create obstacles for physician leaders. An important structural support is one which secures a good balance between formal governance and professional autonomy. When clinicians feel that organisational goals are meaningful and that they can make use of their professional competence, they will willingly take responsibility beyond their own individual practice and contribute to effective resource management (an attitude named “new professionalism”). The most important motivating factor for a medical leader is the opportunity to continually improve care. Inexperience and a feeling that one lacks competence reduces self-confidence and creates a sense of ambiguity about (taking) a leadership role. Continuous improvement and competence development require time, resources, and space – referred to as organisational slack – which is a challenge when healthcare systems focus on production. It calls for the attention, understanding, and wise decision-making by commissioners and funders.

Most physician leaders in primary care are also engaged in clinical practice. This underlines the dual role of a medical leader. This “hybrid leadership” requires that the leader understands and is able to apply both medical and the managerial logic. When clinical activities take the lion’s share of daily activities the medical identity will dominate, which is an advantage as it may increase the leader’s credibility among peers and capacity to promote collaboration among professionals. In addition, “hybrid managers” have an important role as mediators between medical and managerial perspectives. Medical leaders have a specific task to support non-medical managers to get to grips with the complexity of clinical operations and to be an advocate of patient and personnel perspectives. The role includes also to guide on important principles like medical ethics, emphasise the importance to act on evidence and to design clinically meaningful responses to requirements from policy-makers and senior management.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>3. Forskningsfrågan</b> .....	<b>2</b>
<b>4. Metod</b> .....	<b>2</b>
<b>5. Resultat</b> .....	<b>3</b>
5.1. Litteratursökningen.....	3
5.2. Observationer och tolkning .....	6
5.2.1. Betydelsen av läkarchefer i primärvården.....	6
5.2.2. Det medicinska ledarskapet i primärvården.....	7
5.2.3. Förutsättningar, framgångsfaktorer och hinder för ett framgångsrikt medicinskt ledarskap i primärvården .....	12
<b>6. Diskussion</b> .....	<b>13</b>
6.1 Positiva effekter .....	13
6.2 Inkluderande ledarskap.....	13
6.3 Engagerande ledning .....	15
6.4 Systemet kan stödja, men också försvåra .....	16
6.5 Kliniker och chef.....	17
<b>7. Slutsatser</b> .....	<b>18</b>
<b>8 Referenser</b> .....	<b>20</b>

## 1. Inledning

Sveriges läkarförbund genomför en fortlöpande utvärdering av det obligatoriska vårdvalet i svensk primärvård. I steg 1 och steg 2 granskades hur läkarbemanning, övriga resurser och produktion utvecklats efter reformens införande. År 2015 konstaterade Läkarförbundet att svensk primärvård ”är mycket svagt utvecklad” och att det måste betraktas som hälso- och sjukvårdens ”kanske viktigaste strukturproblem” (1). Samma år genomfördes en enkät bland läkarna i primärvården med avsikt att belysa deras syn på hur svensk primärvård fungerar inom fem områden: patientvården, arbetet på vårdcentralerna, landstingens styrning, IT och möjligheterna till utveckling och fortbildning. Enkäten visade att i genomsnitt var tredje primärvårdsläkare har en läkare som chef. Spridningen mellan huvudmännen var dock stor (mellan 3 och 57 %).

Läkarförbundet avser upprepa läkarenkäten år 2020. Som ett led i förberedelserna har förbundet lagt ett uppdrag att genomföra en litteraturstudie om vikten av läkare som chefer i primärvården.

Syftet med denna litteraturstudie är att klargöra det vetenskapliga underlaget för betydelsen av läkarchefer inom primärvården och vilka faktorer som bidrar till eller försvårar ett framgångsrikt läkarchefskap.

## 2. Bakgrund

Forskargruppen har i ett tidigare uppdrag redovisat den aktuella litteraturen om effekterna av läkarchefer på sjukvårdsorganisationers prestanda och vad som karakteriserar framgångsrikt medicinskt ledarskap (2). Också fallgroparna redovisades. Forskargruppen drev parallellt en studie om effektivt medicinskt ledarskap genom att intervjua framgångsrika svenska läkarchefer och en studie om medicinskt ledarskap vid ett radikalt omställningsarbete vid ett danskt universitetssjukhus. Samma forskargrupp genomförde intervjustudier inom primärvården för att bättre förstå utmaningar och framgångsfaktorer vid evidensbaserad vård och utveckla innovativa lösningar till gagn för patienter och personal. Resultaten beaktades vid ändringar av regionens ersättningsmodell för primärvården. Forskningsarbetet fortsätter för närvarande med fokus på hur chefer kan utveckla sin förmåga att framgångsrikt navigera vårdens komplexitet vid ett svenskt universitetssjukhus som infört en ”flödesorganisation”.

Litteraturen om läkarchefer har i huvudsak gällt sjukhusorganisationer. En preliminär genomgång av litteraturen visar att den internationella forskningen om medicinskt ledarskap inom primärvården är knapp och av varierande kvalitet (3).

Indicier finns att läkarchefer i primärvården likhet med sjukhus kan bidra till bättre prestationsnivå än ickemedicinska chefer. Detta gäller t.ex. för ”accountable care organisations” i USA, vilka kan jämföras med svenska primärvårdsenheter med befolkningsansvar genom listning (4). Den studien pekade också på potentiella effektivitetsvinster primärvården kan generera på systemnivå: minskning av (onödig) vårdkonsumtion på sjukhusens akutmottagningar och reduktion av inläggningar på sjukhus. Det kan åstadkommas genom ett ledarskap som bygger på god samverkan med sjukhus och deras specialister samt kommunernas äldreomsorg, hemsjukvård och hemtjänst. En sådan samverkan främjas av ett delat ledarskap i primärvården, med vilket avses att relevanta kompetenser i byggandet av förtroende mellan samverkansparterna utnyttjas och förändringar av de ofta komplexa samarbetsrelationerna stöds (5).

I allmänhet betonas att primärvårdschefer betraktar sig som transformativa snarare än transaktionella ledare. Det uppfattas vara särskilt viktigt vid klinisk (verksamhetsnära) ledning, och läkarchefer har en större tendens än andra att ha denna inriktning (6). Primärvårdschefer som betonar betydelsen av relationer och har organisatoriska färdigheter är mer framgångsrika i att skapa ett integrerat tjänsteutbud för

primärvårdens patienter. Läkare förefaller enligt den studien ha de bästa förutsättningarna att främja en sådan integration (3).

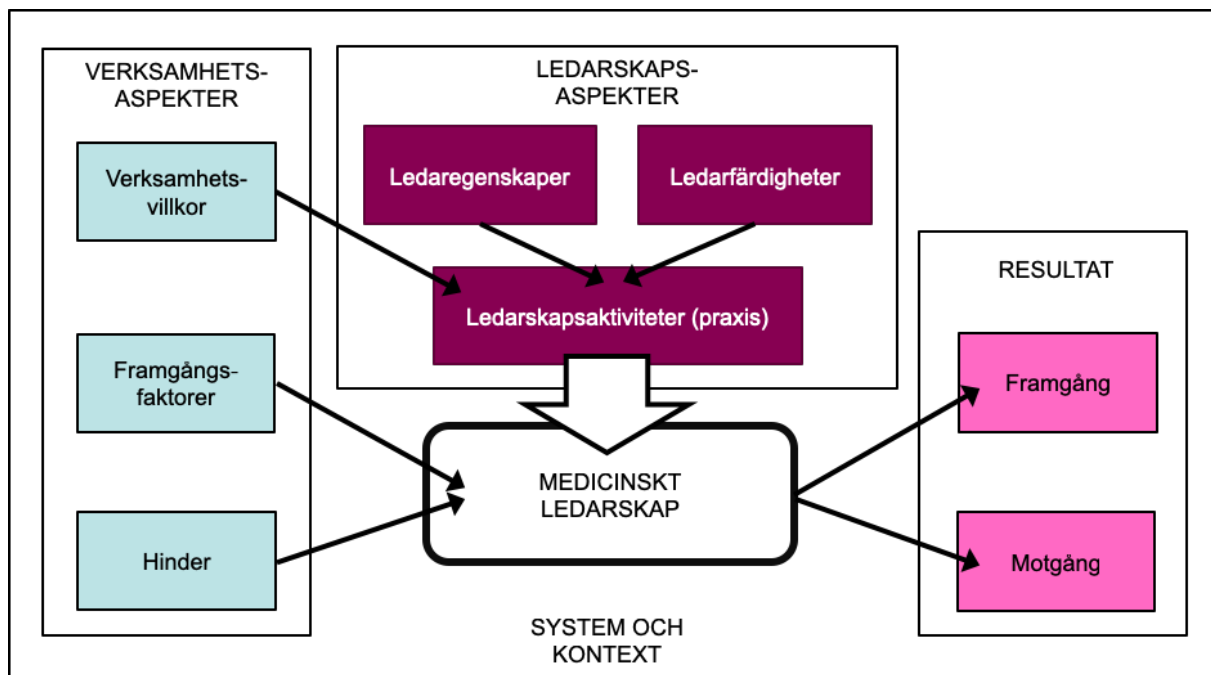
### 3. Forskningsfrågan

*Vilka verksamhetsvillkor, ledaregenskaper och -färdigheter samt ledarskapsaktiviteter är betydelsefulla för medicinska ledare i primärvården som bidrar till verksamhetens resultat?*

Analysen genomfördes på engelska. Nedan anges forskningsfrågan på engelska och den preliminära modell gällande samband mellan de begrepp som formulerats i forskningsfrågan.

*Research question: What conditions, leadership qualities, leadership capabilities and practices are integral to medical leaders in primary care and associated with organizational performance?*

Vi har preciserat de begrepp som ingår i forskningsfrågan och tänkta relationer mellan dessa i följande preliminära modell:



Figur 1. Konceptualisering av begrepp i forskningsfrågan.

### 4. Metod

Litteraturstudien har genomförts som en ”scoping review” (7). Med det avses att texterna i relevanta vetenskapliga artiklar och eventuellt gråzonslitteratur jämförs och studeras med innehållsanalys. Därigenom skapas en helhetlig bild av kunskapsläget, huvudfrågeställningar och teman identifieras och tentativa förklaringsmodeller formuleras. Analysen vägleds av forskargruppens övergripande forskningsfråga – den anger frågeställningar som särskilt belyses och hypoteser som prövas mot det samlade materialet.

Litteratursökningen genomfördes med tillämpning av det s.k. Prisma-protokollet ([www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)). Relevanta sökord härleddes ur forskningsfrågan och den preliminära modellen. I första hand



inkluderades vetenskapliga studier. Dessa kunde kompletteras med gråzonlitteratur i det fall underlaget ansågs för knapphändigt.

Sökalgoritmen byggdes genom att kombinera MeSH-termer och andra söktermer relaterade till primärvård (såsom ”primary health care”, ”integrated care” och ”general practice”) med söktermer relaterade till läkares ledarskap (såsom ”physician leaders”, ”clinical leadership” och ”practice managers”). Sökningen av artiklar avgränsades till de senaste tio åren (2009-2019).

I urvalet inkluderades kollegialt granskade, vetenskapliga artiklar på svenska eller engelska med fokus på läkares ledar- och chefskap<sup>1</sup> inom primärvården eller jämförbar verksamhetsmodell. Artiklarna relaterade både till konkreta egenskaper och färdigheter i läkares ledarskap, liksom förutsättningar för detta ledarskap såsom verksamhetsvillkor.

Urvalet skedde stegvis, först utifrån rubriker, sedan abstrakt och slutligen genomläsning av hela artikeln. Sökningen gjordes av DS och LT. Hela forskargruppen bedömde de artiklar som genomlästs och enades om det slutgiltiga urvalet.

De artiklar som valts ut för analys lästes i sin helhet av MB. Han gjorde en preliminär tematisk innehållsanalys. Han identifierade meningsbärande textavsnitt och kategoriserade dem enligt begreppen i den preliminära modellen. Kategoriseringen av ett urval av de mest relevanta artiklarna bedömdes individuellt av DS och LT. Avvikande bedömningar diskuterades och slutgiltiga beslut gjordes i konsensus.

## 5. Resultat

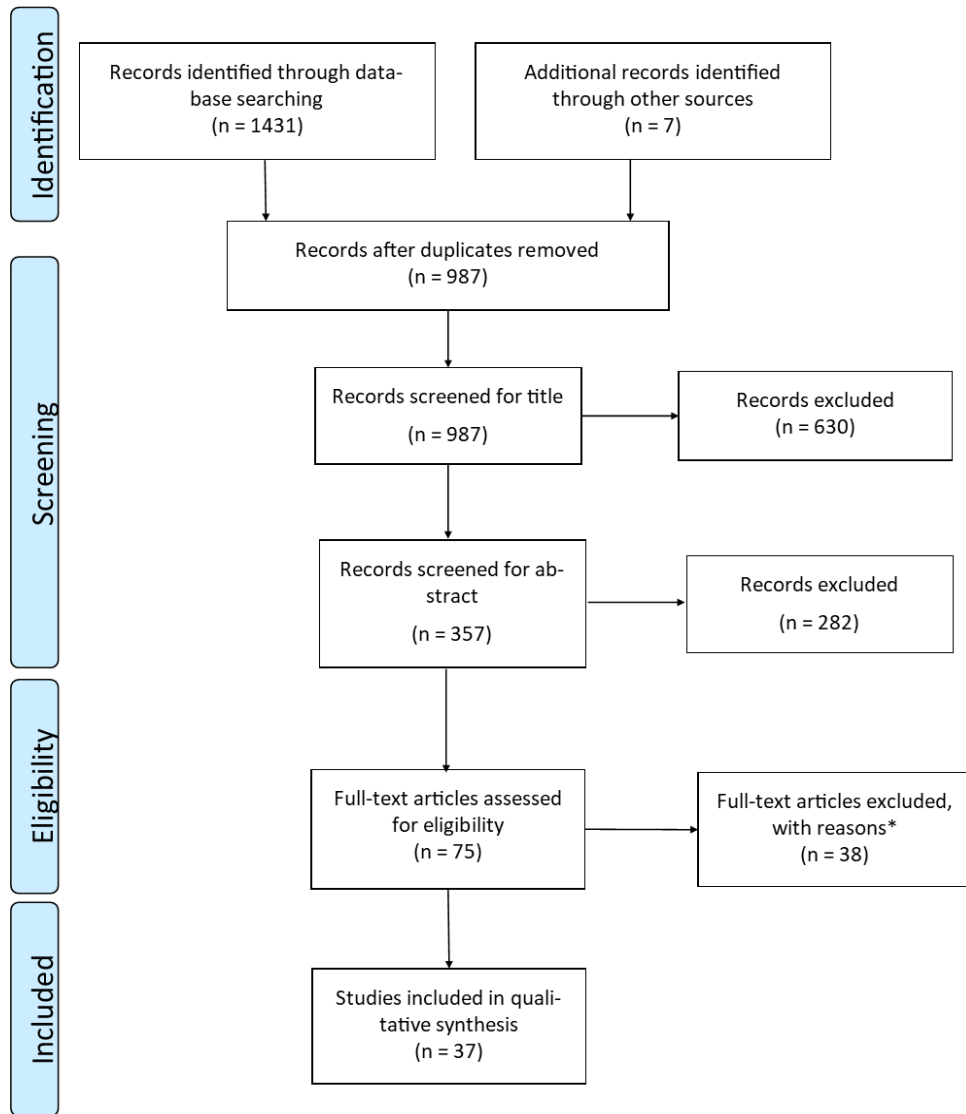
### 5.1. Litteratursökningen

Den första sökningen gav 987 unika träffar. Bedömningen av titlar och abstrakt utifrån inklusions- och exklusionskriterierna reducerade antalet till 357 respektive 75. Efter en genomläsning av artiklarna i sin helhet blev det slutliga urvalet 34 artiklar. Då tillräckligt många vetenskapliga artiklar identifierades för analysen inkluderades ingen gråzonlitteratur i litteraturöversikten. Stegen i sökprocessen framgår av flödesschemat i figur 2.

De inkluderade artiklarna kategoriserades utifrån land, systemnivå (nationell, regional eller lokal), samt typ av studie (empirisk, systematisk litteraturöversikt, diskussionartiklar eller konceptuell analys, opinionsartikel). Majoriteten var empiriska studier (23 st), vilka inkluderade både intervju-, enkät- och fallstudier. Utöver dessa inkluderades även diskussionartiklar samt enstaka opinionsartiklar och litteraturstudier (se Tabell 1). Huvuddelen av artiklarna kom från USA (11 st) samt Storbritannien (10 st). Inriktning på artiklarna varierade mellan fokus på ledarskapsroller hos den individuella läkaren; utbildning av ledarskap under medicinska utbildningen och ledarskapsträning hos färdiga läkare; även systematiska management analyser inkluderades som utreder läkares kompetenser, för- och nackdelar på flera plan och vad detta innebär för organisationer på lokal till nationell nivå. Samtliga inkluderade artiklar presenteras i Tabell 2.

---

<sup>1</sup> Chef är en formell position med uppdrag, mandat och befogenheter. En ledare har ett inflytande över människor. Distinktionen är av ”akademisk” betydelse, eftersom en chef lyckas i sitt uppdrag bara genom gott ledarskap. Det är dock viktigt att observera att informella ledare uppträder i de flesta organisationer.



Figur 2. Sökprocess presenterat som flödesschema.

Tabell 1. Sammanställning av antal studietyper

Studietyp	Antal
Empirisk studie	23
Systematisk litteraturstudie	2
Diskussionartikel/konceptuell analys	7
Opinionsinlägg	2
Total	34

**Tabell 2. Övergripande aspekter av alla inkluderade titlar ordnat efter försteförfattare**

<b>Författare</b>	<b>År</b>	<b>Ref</b>	<b>Land</b>	<b>Systemnivå</b>	<b>Studietyp</b>
Bohmer	2010	(8)	USA	Nationell	Diskussion/analys
Casalino	2014	(9)	USA	Nationell	Opinionsinlägg
Clyne	2015	(10)	USA	Lokal	Empirisk
Donahue	2013	(11)	USA	Regional	Empirisk
Fowler	2015	(12)	Storbritannien	Regional	Empirisk
Gallagher	2017	(13)	Kanada	Lokal	Empirisk
Gillam	2013	(14)	Storbritannien	Nationell	Diskussion/analys
Grady	2016	(15)	Kanada	TBA	Empirisk
Hana	2011	(16)	Norge	Regional	Empirisk
Howard	2012	(17)	USA	Regional	Empirisk
Jodar I Sola	2016	(18)	Spanien	Regional	Empirisk
Lynch	2011	(19)	Storbritannien	Regional	Empirisk
Lynch	2013	(20)	Storbritannien	Nationell	Opinionsinlägg
Markuns	2009	(21)	USA	Regional	Diskussion/analys
Markuns	2010	(22)	USA	Regional	Empirisk
Marsden	2012	(23)	Kanada	Regional	Diskussion/analys
Marshall	2018	(24)	Storbritannien	Lokal, multi	Empirisk
Martin	2015	(25)	Storbritannien	Regional	Empirisk
Maza	2016	(26)	Israel	Nationell	Empirisk
Miller	2018	(27)	Storbritannien	Nationell	Litteraturstudie
Minott	2010	(28)	USA	Nationell	Diskussion/analys
Morgan-Jonas	2013	(29)	Storbritannien	Nationell	Diskussion/analys
Mostashari	2014	(4)	USA	Nationell	Empirisk
Nieuwboer	2019	(3)	Nederländerna	Nationell	Litteraturstudie
O'Riordan	2012	(30)	Irland	Nationell	Empirisk
Round	2018	(31)	Storbritannien	Regional	Empirisk
Rundall	2016	(32)	USA	Nationell	Empirisk
Ruston	2010	(33)	Storbritannien	Lokal	Empirisk
Spehar	2017	(34)	Norge	Lokal	Empirisk
Tafari	2013	(35)	Italien	Regional	Empirisk
Taylor	2010	(36)	USA	Nationell	Diskussion/analys
Van Hala	2018	(37)	USA	Nationell	Empirisk
Von Pressentin	2017	(38)	Sydafrika	Nationell	Empirisk
White	2016	(39)	Kanada	Lokal	Empirisk

## 5.2. Observationer och tolkning

Den innehållsanalys som gjordes av de 34 artiklarna i det slutliga samplet redovisas med följande disposition: Först granskas det underlag som finns om läkarchefers betydelse för primärvårdsorganisationers prestationer och detta framgångsrika läkarledskap beskrivs i termer av verksamhetsvillkor, ledaregenskaper och -färdigheter samt ledarskapsaktiviteter som är betydelsefulla för ett framgångsrikt medicinskt ledarskap. Därefter analyseras goda resultat och utmaningar och de framgångsfaktorer och hinder samt systemkaraktäristika som relaterar till dessa. Resultaten sammanfattas i en revision av den preliminära modell som väglett analysen.

I denna rapport används ”läkarchef” som en generell term avseende primärvårdsläkare med någon form av administrativt uppdrag med ansvar för verksamhet och personal. Gränsdragningen mot ett mer informellt ledarskap är dock svår. I flera av de artiklar som analyserats hävdas att alla primärvårdsläkare har ett ledaransvar – åtminstone att leda sitt team av medarbetare och leda den medicinska verksamheten, d.v.s. säkerställa att ”vetenskap och beprövad erfarenhet” iaktas och att kliniska riktlinjer följs. Detta ansvar definieras i brittisk litteratur som ”clinical governance”. Primärvårdsläkare som är ägare (eller delägare) av sina vårdcentraler utövar också ett chefskap även om de har anställt ”managers” för att leda det administrativa arbetet.

Vid bedömning av resultaten bör beaktas att studierna rapporterats för ett antal länder med varierande primärvårdssystem som i många fall skiljer sig från det svenska. T.ex. i Danmark och Norge är primärvården baserad på privatpraktiserande husläkare som samarbetar med kommunala verksamheter inom prevention och hälsofrämjande. I England samverkar många husläkare i gruppomfattningar, och de medverkar också i beställarorganisationer med ansvar för all hälso- och sjukvård (”Clinical commissioning groups”). I USA definieras också pediatrik bassjukvård som primärvård. Närmast svensk primärvård kommer ”medical homes”<sup>2</sup> och de ”accountable care organizations” (ACOs) (vårdorganisationer med befolknings- och finansieringsansvar för de listade patienterna)<sup>3</sup> som etablerats efter president Obamas sjukvårdsreform. I flera av de utvalda artiklarna studeras ”integrerad primärvård”. Integrerade vårdtjänster (integrated care) kan syfta på väl koordinerade insatser för patienter inom en vårdcentral, eller väl koordinerad samverkan mellan olika producenter av vårdtjänster, beskrivet som sammanhängande vårdkedjor. I det sistnämnda fallet har oftast primärvården det huvudsakliga vård- och koordineringsansvaret.

### 5.2.1. Betydelsen av läkarchefer i primärvården

En intervjustudie bland primärvårdsschefer visade att högpresterande integrerade primärvårdsorganisationer karakteriseras av ett starkt läkarledarskap i kombination med tydliga gemensamma mål, ett välutvecklat styrsystem präglat av transparens och resultatansvar, välplanerad rekrytering och patientcenterat

---

<sup>2</sup> ”Medical homes” är en modell för första linjens vård som är patientcentrerad, läkarledd, med kontinuitet i patient-läkarrelationen och evidensbaserad. Läkarens roll är att koordinera all vård patienten behöver och hjälpa patienten att navigera i vårdssystemet. Varje patient har en personlig läkare, oftast en primärvårdsspecialist, som arbetar med team av hälso- och sjukvårdspersonal i en praktik (vårdcentral) organiserad enligt principerna ovan. (American College of Physicians. The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care. Philadelphia: American College of Physicians, 2005).

<sup>3</sup> ”Accountable Care Organizations” är grupper av läkare, sjukhus och andra vårdgivare som bildar frivilliga konsortier för att erbjuda koordinerade vårdtjänster av hög kvalitet till människor som omfattas av det federala Medicare-försäkringssystemet (människor över 65 år). Målet är att undvika överlappande tjänster samt trygga hög kvalitet och patientsäkerhet. Om en ACO uppnår överenskomna kvalitetsmål och sänker kostnaderna för organisationen erhåller den 50-60 % av de insparade medlen. (Centers for Medicare and Medicaid Services; <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/>).

teamarbete (36). Detta bekräftas av en systematisk litteraturoversikt enligt vilken kliniskt ledarskap har en positiv inverkan på graden av integration av tjänster inom primärvården och medicinska resultat. Man konstaterar att läkare är bäst lämpade att utöva detta kliniska ledarskap (3).

En omfattande utvärdering av ett välfinansierat integrationsprogram inom primärvården i södra London visade att de önskade effekterna i form av lägre utnyttjande av sjukhusvård och långvård inte uppnåts, men att arbetet med omorganisering varit framgångsrikt. Det kliniska ledarskapet bedömdes av de medverkande ha varit av ”reellt värde”. Dock identifierade man också behovet av ett starkare kliniskt ledarskap (31). I ett diskussionsinlägg hävdar Markuns (21) utifrån egna erfarenheter av primärvård i områden med otillräckligt serviceutbud att läkarchefer spelar en avgörande roll för att hantera dagliga utmaningar och driva förbättringsarbete.

En fallstudie av läkarledda ”accountable care organizations” i Florida visade att dessa uppnått betydande kostnadsbesparingar, i huvudsak genom att fokusera på undvikbara kostnader hos olika patientgrupper, att säkerställa smidig övergång mellan olika vårdformer samt att bedriva uppsökande verksamhet och engagera patienter i friskvårdsverksamheter (4).

En studie av anställda läkare i amerikanska primärvårdsorganisationer visade att läkare som chefer främjar tillit i organisationen, förbättrar teamarbete och koordinering samt leder till större transparens och bättre prestationer. Att kunna stå för ett läkarperspektiv förbättrar samhörigheten bland läkare och skapar stöd för organisationens policyer och strategier (28).

Primärvårdsläkare generellt bedömdes av primärvårdschefer ha stor betydelse för lokal hälso- och sjukvård i Sydafrika (38). Primärvårdsläkarna är viktiga kliniska ledare av sina team, och kan bidra till bättre tillgänglighet, bättre och koordinerade sjukvårdstjänster och implementera kliniska riktlinjer. Rollen är tudelad: att både vara medicinsk ledare och driva en primärvård med god förankring i närsamhället.

Kliniskt ledarskap i de primärvårdsledda beställarorganisationer som under 2010-talet inrättats i det engelska NHS var enligt en jämförande fallstudie av avgörande betydelse för förbättringsarbete och utvecklandet av nya tjänsteformer (24). Viktigt på strategisk nivå var att ha full översikt över beställningsprocessen från behovsbedömning till uppföljning och utvärdering. På ”mesonivå” bidrog kliniska ledare med kunskaper om specifika verksamhetsområden och tjänsteproduktion på ”verkstadsgolvet”. På mikronivå var uppgiften särskilt att skapa förståelse för den kliniska verksamhetens komplexitet och uppmärksamma behovet av stöd till personalen. Ruston & Tavabie (33) citerar Quinn (40) som konstaterar att beställarorganisationerna har att utöva styrning av engelska primärvårdsorganisationer, men att graden av engagemang och ledarskap bland primärvårdsläkare varierar och är svår att uppnå.

## **5.2.2. Det medicinska ledarskapet i primärvården**

### *Ledaregenskaper*

Författarna i de artiklar som analyserats lyfter fram ett antal ledaregenskaper hos framgångsrika kliniska ledare. Betydelsen av att som drivkraft ha en stark önskan att förbättra den kliniska verksamheten framhålls av Markuns (22). Visionärt ledarskap och emotionell intelligens nämns av bl.a. Donahue och Clyne (10,11). Självmedvetenhet (reflexivitet), att leda sig själv (”self-management”) och vilja utveckla sig har bedömts vara viktiga inslag att inkludera i ledarskapsutbildningar som riktar sig till ST-läkare i primärvården (33).

I en intervjustudie lyfter norska primärvårdsläkare fram att det kan vara svårt att som chef vara strikt och kritisk i relation till kollegor (34). Det behövs en större medvetenhet om ledarskapsrollen – en utmaning är dåligt självförtroende och rädsla för att misslyckas som chef. Man såg ledarskapsutbildning som ett viktigt sätt att hantera dessa utmaningar.

White (39) genomförde en enkät bland 687 akademiska primärvårdsföreträdare. I många fall hade man ”hamnat” i en ledarposition, även om 87 % uttryckte att det var villiga att ta på sig ett sådant ansvar. Denna vilja påverkades av en önskan om professionell utveckling, tidigare ledarerfarenhet, genomgången ledarskapsutbildning och ung ålder. I diskussionen framhålls att viljan att engagera sig är en kombination av ledaregenskaper som självförtroende och motivation, och att självförtroendet tilltar med ökande erfarenhet och utbildning.

### *Ledarstilar*

Många artiklar lyfter fram *transformativt* ledarskap (fokus på motivation för att engagera medarbetare) som ideal framom *transaktionellt* ledarskap (fokus på organisering och styrning med tydliga mål och belöningar) (16,18,19,21,36). Hana & Rudebeck (16) intervjuade norska primärvårdsläkare i glesbygd om deras syn på fungerande ledarskap. Små enheter fungerade väl, framförallt p.g.a. möjligheterna till nära kontakt med samarbetsparter. Om resurserna uppfattades vara otillräckliga ledde det till fokus på akuta utmaningar (”management by exception”) vilket bidrog till otillfredsställande verksamhetsbetingelser. Detta kontrasterades mot det transformativa ledarskapet. Hana & Rudebeck har beskrivit primärvårdsläkare som ”aktionsinriktade problemlösare”, och ju mer pressad deras situation är desto sannolikare att ”kliniska reflexer” också påverkar deras ledarskapsbeteende.

Taylor m.fl. (36) utvecklade en konceptuell modell för effektivt transformativt medicinsk ledarskap utifrån erfarenheter av ett nationellt ”demonstrationsprojekt” rörande implementering av ”medical home”-verksamhetsmodellen i amerikansk primärvård. Projektet hade utvärderats av Crabtree m.fl. (41). Modellen omfattar följande tre domäner: systemtänkande (kompetens inom strategisk planering och klinisk processförbättring), data- och kunskapsdrivet förändringsledarskap och konkreta färdigheter att leda förändring (arbetsredskap som Plan-Do-Study-Act, beteendeförändringar hos läkarkollegor samt medicinsk revision och feedback).

Jodar I Sola (18) genomförde en enkät bland spanska primärvårdschefer med olika professionsbakgrund. Läkarcheferna visade sig ha en högre andel personer med transformativ ledarstil än chefer med sjuksköterskeutbildning. Däremot kunde inte skillnader i personaltillfredsställelse eller effektivitet mellan ledarstilarna påvisas. Ålder, organisationstyp och senioritet föreföll inte påverka ledarstilen.

Howard m.fl. (17) studerade noggrannare genomförandet av medical home-verksamhetsmodellen i 8 primärvårdsorganisationer. De fann att ett medicinskt ledarskap som tillämpande en inkluderande ledningsansats var mest framgångsrika. *Inkluderande ledarskap* manifesteras i att ledaren i både ord och handling aktivt inbjuder medarbetare att medverka och ger ett erkännande för deras insatser (42). Studien identifierade tre viktiga uttrycksformer för inkluderande ledarskap, som rätt tillämpade skapade engagemang bland medarbetarna, medan dessas frånvaro eller halvhjärtade uttryck ledde till minskad tillit. De tre formerna var:

- Att aktivt efterfråga synpunkter från medarbetarna och respektera deras åsikter (medan att bortse från efterfrågade synpunkter skapar frustration).
- Att engagera medarbetarna i gemensamt beslutsfattande, också i situationer då ledaren själv har en annan åsikt (varvid den egna ståndpunkten skall drivas i en öppen dialog)

- Att också bjuda in medarbetare som inte ingår i det närmaste teamet, och att varsebli avvikande åsikter och misstroende samt aktivt verka för att överbrygga dem.

Behovet av att engagera medarbetare, säkerställa att beslut kan fattas i frontlinjen och att expertis utnyttjas i beslutsfattandet har lett till ett stort intresse för kollektivt eller *distribuerat ledarskap* också inom hälso- och sjukvården. Martin m.fl. (25) studerade tre organisationer i det engelska NHS, som valt distribuerat ledarskap som ett viktigt element i sin övergripande strategi. Författarna fann att ledarskapet i de organisationerna inte bara var distribuerat utan också särkopplat. Man identifierade tre dimensioner av frånkoppling makt, distans och värden. De interna diskussionerna handlade mindre om upplevelsen av bemyndigande (empowerment) och mer om olika syn på var makten låg. Kliniska ledare upplevde att det inte blev hörda av den högsta ledningen, vilket ledde till frustration. Distans handlade dels om organisationens storlek och att inte bli sedd, dels om professionell ”silobildning”. Slutligen fanns uppfattningar om att olika ledarskikt inte delade samma värderingar. Många såg två konkurrerande logiker i organisationen – en medicinsk logik inriktad på patienter och vård, och en managementlogik inriktad på prestationsmål och resurser.

Dessa särkopplingar hade som resultat att man i den interna diskursen i organisationen lade skulden på ”de andra” (som innehar all makt, är ovilliga att lyssna etc.), och möjliggjorde en offer- (omöjliga verksamhetsförutsättningar) eller hjälteroll (arbetande med orimliga villkor). Samtidigt ledde dessa motsättningar till förstärkt solidaritet inom de grupper som utkristalliserat sig. Detta är utmaningar som bör ägnas uppmärksamhet då lednings- och styrsystem utvecklas inom primärvården.

Ovan har ledarstilar i producentorganisationer inom primärvården analyserats. I en fallstudie av läkarchefer i engelska primärvårdsbaserade beställarorganisationer rapporterar Marshall m.fl. (24) positiva erfarenheter av kollektivt ledarskap. Det betecknas som ”mjukare” och det sätt på vilket primärvårdsläkare som regel interagerar med icke-kliniska chefer och kollegor i beställarorganisationen, samt med partners bland lokala vårdproducenter. Stora ansträngningar görs för att stärka lokala professionella nätverk och bygga socialt kapital. Ett informellt ledarskap växer fram som utmanar rådande kultur inom beställarorganisationer och ifrågasätter gällande regelverk och styrformer. Läkarcheferna har också en bättre förståelse för den osäkerhet och otydlighet som ofta präglar verksamheterna och kan främja de kompromisser som behövs för att få systemet att fungera. Detta kan i bästa fall leda till en ”symbiotisk” relation mellan kliniker och chefer, där klinikernas roll är att hävda fundamentala principer och efterfråga evidens, och att medverka till att omformulera ledningsutmaningar (t.ex. kostnadskontroll) till kliniska åtgärdsprogram. Marshall (24) observerade i beställarorganisationerna också ”alliansledarskap” där läkarchefernas bidrag var att lyfta fram och arbeta genom gemensamma mål och intressen, bl.a. patientsäkerhet, effektivt resursutnyttjande och omformulering av roller för hälso- och sjukvårdspersonalen. Det blev möjligt att behandla komplexa dilemman och ta sig an dem genom dialog.

### *Ledarfärdigheter*

Den mest omskrivna ledarstilen är enligt det föregående vara transformativt ledarskap. Det karakteriseras av följande färdigheter: att vara visionär, beslutsam, katalytisk och lösningsorienterad. Ledaren behärskar processledning och förändringsledning (36). Kliniskt ledarskap definieras av Edmonstone (43) som ”kliniker som leder kliniker”. Dessa kliniska ledare använder förhandling och övertalning snarare än makt för att hantera spänningen mellan det hierarkiska beslutssystemet och det kliniska expertsystemet (3). Författarna hävdar att relations- och organisatoriska färdigheter samt process- och förändringsledning är framgångsrika strategier. Kliniska ledare föredrar enligt författarna en förändringsledaransats som är evidensbaserad och planerad, och som praktiseras genom konsultation, klarläggande och tydliggörande av alternativ. Dessa ledare känner sig bekvämare med en reflektiv och professionell snarare än

en teknisk-rationell ledarstil (3). Lipskys (44) term ”jordnära byråkrater” (street-level bureaucrats) anses karakterisera väl dessa kliniska ledare, som är chefer samtidigt som de också arbetar direkt med patienter.

Kliniska ledare i irländsk primärvård är fokuserade samtidigt på ekonomi och resursfrågor samt utförande av de kliniska tjänsterna, och betonar kunskapsdelning, samverkan och teamarbete genom aktivare interprofessionell och gränsöverskridande kommunikation (30).

Viktiga färdigheter som brittiska kliniska lärare och ST-läkare inom primärvården lyfte fram som viktiga ”trainable skills” var lyssnande, feedback och reflektion; organisatoriska färdigheter; teamarbete; konflikt- och stresshantering; samt förbättringsarbete (12). Även Marsden (23) framhåller betydelsen av att läkarchefer i primärvården är förtroga med förbättringsmetodik.

Bohmer (8) anger i ett diskussionslägg att läkare i en föränderlig primärvård bör behärska design av kliniska processer, informationshantering, personalledning, teamarbete, ekonomistyrning och resursfördelning, förhandlingsteknik och konflikthantering samt innovation och förbättringsarbete – en lång kravlista! Han understryker också betydelsen av att en läkarchef har både lednings- och klinisk kompetens. Alla primärvårdsläkare – även de som inte innehar en formell chefsposition – behöver integrera ledningsuppgifter i sitt dagliga kliniska arbete.

Framgångsrika läkarchefer i primärvården är enligt en engelskt diskussionsinlägg ofta erfarna kliniker med god förmåga att hantera människor (”people skills”), de har strategisk blick och är inriktade på att uppnå tydliga mål (14).

Ledarfärdigheter som ingår i utvärderingsinstrument för kliniskt ledarskap i primärvården är teamledningskompetens (ett exempel: ”Foundational Leadership Self-assessment Tool) (37), att ange mål och verksamhetsinriktning, demonstrera autentiskt ledarskapskap, leda serviceproduktion och förbättra kliniska verksamheter (”NHS Leadership Competency Framework”, MCLF) (10). De sistnämnda författarna refererar till en studie som betonar vikten av följande tre ledarkompetenser: interpersonella och kommunikativa färdigheter, professionell etik och ansvarstagande samt kontinuerligt lärande och förbättringsarbete. De hänvisar också till det amerikanska National Center for Healthcare Leadership-centrumets generiska modell för ledarskapskompetens, vars tre domäner är förändring (transformation), genomförande (execution) och medarbetare (people).

Ett ledarskapsutvecklingsprogram i England för erfarna och nyblivna primärvårdsläkare byggt på erfarenhetsbaserat lärande, individuell coaching och ledarskapspraktik utvärderades med MCLF som bedömningsinstrument. Resultaten visade på signifikanta förbättringar i ledarskapskompetens, verksamhet och vårdresultat, förbättrat självförtroende och förändrad verksamhetskultur. Deltagarna angav ökat engagemang (”have a go”) och motivation att åstadkomma förändringar (”make a difference”) (19).

En utvärdering (som en ”mixed methods”-fallstudie) av ett verksamhetsintegrerat ledarskapsutbildningsprogram för ST-läkare i engelsk primärvård, genomförd av Ruston & Tavabie (33), visade att deltagarna förvärvat färdigheter i problemlösning, time management, projektledning, målinriktning, nätverkande och kommunikation, delegering, behovsbedömning och insamling av evidens. Det centrala innehållet i programmet var att skapa förståelse för primärvårdens kärnvärderingar och affärsmodell, presenteras en vision för framtidens primärvård och träna kommunikation. Effektivt ledarskap definierades som förmåga att leda sig själv, andra och sin organisation.



Snart sagt alla artiklar beskrev a priori framgångsrika ledningsaktiviteter eller rapporterade om empiriska resultat om sådana praktiker samt förutsättningarna för att dessa kan utvecklas. Nyckelbegrepp är:

1. Klart uttryckta syften och mål för verksamheten som upplevs vara gemensamma (36) – med fördel uttryckta av en visionär läkarchef (11,37). En läkarchef upplevs kunna klart och trovärdigt förmedla budskapet att organisationens syfte är att förbättra patienternas välbefinnande, bl.a. genom att formulera medicinskt meningsfulla mål som tillgänglighet, kvalitet och organisatorisk excellens (28);
2. Resultatansvar och transparens (28,36);
3. Rekrytering och personalplanering (36);
4. Kliniskt ledarskap, särskilt ledning av patientcentrerade team med tydlig ansvarsfördelning (3,28,36) med aktivt utnyttjande av egen medicinsk expertis (34);
5. Facilitering av interprofessionell kommunikation och etablering av en positiv rollmodell (3);
6. Utvecklande av nya professionella roller som bidrar till integration i primärvården (3);
7. Främjandet av medicinskt engagemang (30) – professionellt engagemang (över yrkesgränser) genom utbildning och gemensam träning (11) – kliniskt förbättringsarbete främjas av en engagerande visionär ledare (oftast en läkare) och en mellanchefer med ansvar för genomförande som respekteras av både läkare och annan personal (11).

Klinisk verksamhetsledning av primärvård har tre komponenter (a priori): redesign av arbetsprocesser, populationsansvar och populationsbaserad planering, dataanalytik och stödjande infrastruktur (8,28). Empiriska observationer i ”accountable care organizations” betonar ytterligare: kommunikation, särskilt gällande problemlösning, verksamhetsledning genom standardisering av vård, patientinvolvering, vårdplanering och –koordinering (32). Bohmer (8) indelar klinisk verksamhetsledning i tre kategorier: design, ledning och förbättring av verksamhetsprocesser

Det sistnämnda står väl i samklang med observationer gjorda i läkarledda ”accountable care organizations” (4). Ledningsaktiviteter som kan sänka kostnader och förbättra kvaliteten omfattar analys av kliniska data för att utveckla effektiva remissflöden och –nätverk, identifiera och handlägga högriskindivider, följa upp kvalitetsindikatorer för att identifiera kvalitetsbrister, tillämpa kliniska riktlinjer och säkerställa följsamhet, engagera patienter i samverkan och uppgöra vårdplaner, arbeta med sjukhus och särskilda boendeenheter för att underlätta vårdövergångar och att förbättra tillgänglighet och kommunikation med listade patienter.

Miller (27) rapporterar, baserat på en litteraturanlys och tio internationella fallstudier, vilka ledningsstrategier som krävs för att radikalt förändra primärvården mot en mer integrerad och holistisk verksamhetsmodell. Enbart förbättring är en otillräcklig ansats, det krävs en grundläggande transformation som vägleds av en ny vision om syfte och bidrag till välfärden i samhället. Goda relationer krävs mellan professionella och deras organisationer och en beredskap att vara flexibel och anpassningsbar som bortser från tidigare intressen och historia (jfr McGough m.fl. (45)). Detta i sin tur förutsätter kliniskt engagemang som främjas av team-baserat ledarskap. Förändringsarbetet bör vägledas av relevanta data. Genomgripande förändringar är svåra att genomföra utan stödjande inre och yttre kontext. Ett led i detta är att engagera patienter och söka stöd från det omgivande samhället. Radikal förändring innebär omfördelning av resurser. Avslutningsvis kräver det en bred programansats snarare än genomförande av begränsade projekt.

Som en uppsummering återges här den engelska primärvårdsläkarföreningens (Royal College of General Practitioners) definition av primärvårdsledning, återgiven av Gillam & Khanchandani (14): koordinera patientarbetet med andra professionella yrkesutövare i primärvården och med andra specialister; säkerställa effektiv vårdproduktion och rationellt utnyttjande av hälso- och sjukvårdstjänster; göra adekvata hälso- och sjukvårdstjänster tillgängliga för patienterna; främja patienternas intressen.

### **5.2.3. Förutsättningar, framgångsfaktorer och hinder för ett framgångsrikt medicinskt ledarskap i primärvården**

Goda resultat anges oftast i termer av framgångsrika förändringar (19,30,36,37), god integration av vårdtjänster (3), förbättrat beslutsfattande (30), ökad effektivitet (18,30), kostnadsbesparingar (4), förmåga att klara av dagliga utmaningar (21), organisatoriska prestationer (32), arbetstillfredsställelse (18), tillit inom hälso- och sjukvårdspersonalen (28) och professionellt engagemang (11,27,28,31,33). Alla dessa sågs åtminstone till någon grad associera till ett medicinskt ledarskap i de studerade primärvårdsorganisationerna. Därutöver angavs en lång rad övriga framgångsfaktorer, men också hinder.

Allmänt hållna anmärkningar gällde styrsystem, kultur och förändringsbenägenhet (19,36), som kan både främja och hindra goda resultat, respektive underlätta och försvåra arbetet för läkarchefer. Dysfunktionella relationer, teknologiska utmaningar och förändringströtthet är självklart hinder (36). Strikta hierarkier kan skapa ett gap och kommunikationsbrist mellan förstalinjechefer och den personal som utför sjukvårdstjänsterna (3). Klassiska hinder som också anges i många av artiklarna är tidsbrist (30,34) och resursbrist (27). Finansieringsmodellerna i primärvården är i huvudsak inriktade på produktion och medger inte tillräckligt utrymme för att ta sig an chefsuppgifter (34). Finansiella incitament kan dock även ha en positiv effekt (27).

I studien av "accountable care organizations" som leds av primärvårdsläkare ställdes frågan hur framgångsrikt läkarledarskap bäst kan främjas. Initiala investeringar behövs för att skapa en god IT-infrastruktur och stödtjänster för förbättringsarbete. Goda erfarenheter av framgångsrikt ledningsarbete bör spridas snabbt bland kollegor (4). Den engelska studien av ett integrationsprogram inom primärvården i södra London konstaterade att en investering i personer intresserade av att ta ledansvar ("emerging leaders") var en framgångsfaktor, medan en upplevd kollision mellan en manageriell och medicinsk ledningsmodell samt kommunikationsbrist försvårade förändringsarbetet (31).

Den "hybridroll" en läkarchef i primärvården intar diskuterades av Spehar (34). Den kan leda till en identitetskonflikt, vilket kommenterats även av andra författare i urvalet. Tre huvudsakliga orsaker anges: den vikt primärvårdsläkare lägger vid klinisk autonomi, avsaknaden av formaliserad ledarskapsstruktur (vilket gäller framförallt för de primärvårdssystem där läkarna är självständiga yrkesutövare) och slutligen bristande självförtroende i chefsrollen.

En särskild utmaning för läkarchefer är att leda både kollegor och medarbetare med annan professionsbakgrund. Spehar (34) fann i studien av norsk primärvård att läkarchefer har svårigheter med att finna en balans mellan styrningsbehov och professionell autonomi. Då primärvårdsläkarna är självständiga yrkesutövare saknas formaliserade regler för samarbete, rutiner och procedurer. Att leda kollegor med större klinisk erfarenhet sågs också som en utmaning.

Casalino (9) rapporterar en studie där små primärvårdsmottagningar hade färre undvikbara sjukhusinläggningar än stora, vilket han finner överraskande givet att stora mottagningar mer resurser. Han ställer dock frågan om små mottagningar har andra fördelar som är svårämbara.

Bristande tillgång till utbildning nämns ofta som ett problem för medicinska ledare i primärvården (34). Denna brist kan också vara en orsak till varför medicinska chefer lämnar sina uppdrag (22). Å andra sidan upplevs adekvat utbildning skapa motivation för att som klinisk ledare driva förbättringsarbete och uppnå resultat. Bristande praktisk erfarenhet av ledarrollen är däremot ett hinder (22). Utbildnings-tillfällen som fokuserar på personligt välbefinnande och bemyndigande (empowerment) ökar känslan av kompetens som ledare (26). Formalisering av ledarskapskompetensen hos läkarchefer genom utbildning ses som nödvändig i den konkurrens som uppstår med andra yrkesgrupper som eftersträvar chefspositioner (34). I ledarskapsutbildningar för ST-läkare i primärvård är det viktigt med rollmodeller – de främjar lärande och deltagarnas förståelse för hur goda ledare uttrycker inspirerande framtidsvisioner och motiverar medarbetare att delta i förverkligandet av visionen. Detta underlättas om ledarskapsutbildningen integreras i ST-läkarens kliniska placering (33).

## 6. Diskussion

### 6.1 Positiva effekter

Det finns färre studier om betydelsen av läkarchefer för primärvårdsorganisationers prestanda än det forskargruppen kunnat redovisa gällande sjukhus. För dessa gällde att läkarchefer kan bidra till positiva effekter i form av högre kvalitet, bättre resurshantering och kostnadskontroll, större samhälleliga bidrag, högre personaltillfredsställelse och –välbefinnande, ökad psykologisk trygghet och respekt, gemensamma mål samt ändamålsenlig tillämpning av informationsteknologi (2). Få studier analyserade systematiskt sambanden mellan läkares ledarskap och kliniska och ekonomiska resultat. Men det konstateras att högpresterande integrerade primärvårdsorganisationer karakteriseras av ett starkt läkarchefskap som tydliggör gemensamma mål och där organisationen präglas av öppenhet och resultatansvar samt tillämpar patientcentrerat teamarbete. I intervjustudier anger aktörer av olika professionsbakgrund att kliniskt ledarskap ger ett mervärde.

Två studier rapporterar effekter på kostnader och resursutnyttjande. I en engelsk studie såg man inga skillnader vad gäller konsumtion av sjukhusvård och ”långvård”, effekter som brukar tillskrivas en väl fungerande primärvård. I läkarledda ”accountable care organizations” i USA uppnåddes substantiella kostnadsbesparingar genom bättre samverkan mellan vårdformer.

Positiva effekter på ”processindikatorer” har dock kunnat påvisas. Läkare som chefer främjar tilliten i en primärvårdsorganisation, teamarbete och koordinering samt större transparens. Som förklaringar framfördes att en läkarchef med större trovärdighet kan hävda att organisationens syfte är att förbättra hälsa och formulera professionellt meningsfulla mål som tillgänglighet, kvalitet och excellens. Att chefen hävdar ett läkarperspektiv förbättrar samhörigheten bland läkarkollegorna och bidrar till att förankra verksamhetsprinciper och –strategier. Liknande observationer har gjorts också på sjukhus och i andra vårdorganisationer (2).

### 6.2 Inkluderande ledarskap

Ledaregenskaper (leadership qualities) och ledarfärdigheter (leadership capabilities) visade sig i den studerade primärvårdslitteraturen överlappa till en betydande grad. I viss mån kan de ledarstilar som i huvudsak redovisas i konceptuell analys men med ett visst stöd i de empiriska studierna sägas sammanfatta egenskaper och färdigheter som karakteriserar framgångsrikt ledarskap.

Det råder en nära nog konsensusuppfattning bland författarna om att den *transformativa* ledarstilen är att föredra och är särskilt lämplig in en professionell organisation som hälso- och sjukvården, primärvården inkluderad. Den transformativa ledaren engagerar sina medarbetare i öppen dialog, appellerar till deras självupplevda motivation, formulerar en verkningsfull vision och samlar medarbetarna i en

kollektiv identitet. I en spansk studie var läkarchefer i högre grad transformativa ledare än chefer med annan professionsbakgrund.

Två närbesläktade ledarskapsstilar diskuterades också av författare i det slutliga urvalet. Medicinska chefer som tillämpade *inkluderande ledarskap* i amerikanska "medical homes" kunde uppvisa goda resultat. Dessa ledare inbjöd sina medarbetare både i ord och handling att medverka och bidra med synpunkter, och visade faktisk uppskattning över medarbetarnas input. En studie av en närliggande ledarstil – distribuerat ledarskap – i engelska primärvårdsorganisationer uppvisade mer motstridiga resultat. Ett delegerat beslutsansvar kunde bland medicinska mellanchefer uppfattas vara urholkat i realiteten – att makten i sista hand ända låg hos den högsta ledningen. Den upplevda distansen kunde leda till en förstärkt inre solidaritet inom gruppen, och att man betraktade de övriga med misstänksamhet och därigenom försvårade en förtroendefull relation. En sådan olycklig utveckling kan undvikas med ett inkluderande eller participatoriskt ledarskap som på riktigt bjuder in medarbetarna till att gemensamt formulera visioner och mål för verkligheten. Detta är i motsats till den visionära ledaren som försöker "sälja in" sin övertygelse. Det inkluderande ledarskapet är också bättre anpassat för organisationer och förändringsprocesser som präglas av hög komplexitet - vilket är vårdens verklighet (46).

Roll och identitet påverkar i hög grad bilden av ledarskap, självtillit och uppfattning om gott ledarskap. Det finns sannolikt en större risk för konflikt mellan rollerna hos medicinska ledare inom primärvården än t.ex. på sjukhus. Det mycket stora flertalet av läkarchefer i primärvården utför kliniskt arbete parallellt. Detta gäller naturligt nog i de system som bygger på primärvårdsläkare som självständiga yrkesutövare (t.ex. i Norge och England men också USA). Icke sällan äger dessa läkare sina mottagningar (vårdcentraler). Det är vanligt att hänvisa till denna dubbla roll som "hybridledarskap" (47). Ett hybridledarskap innebär att ledaren har att förstå och tillämpa både en medicinsk logik och en managementlogik. Det kan vara en utmanande uppgift (25,48), och de dubbla rollerna innebär en risk att förlora sin trovärdighet i kollegornas ögon (49). Ett stort inslag av klinisk verksamhet framhäver läkaridentiteten, vilket har både positiva och negativa konsekvenser för chefsuppdraget. Den norska studien av läkarchefer i primärvården pekar på att man inte förvärvat tillräcklig erfarenhet och därmed känner bristande självförtroende (34). Detta kan vara en svårighet i organisationer (likt de norska) där det saknas en formell ledningsstruktur. Men Burgess (47) påpekar å andra sidan att "hybridledare" har en viktig roll i att sammanjämka medicinska och manageriella perspektiv. Det belyses också i det material som granskats i denna litteraturanalys. Marshall (24) konstaterar att medicinska ledare har en särskild uppgift att hos icke-medicinska chefer skapa förståelse för den kliniska verksamhetens komplexitet samt lyfta fram patienternas och personalens perspektiv. I rollen ingår också att hävda viktiga principer som medicinsk etik, att betona betydelsen av evidens och att utveckla kliniska åtgärdsprogram för att hantera krav från politik och administration.

Detta överstämmer väl med studier utanför primärvården. Det medicinska ledarskapet främjas av att ledningskompetens och –erfarenhet kombineras med klinisk expertkunskap, och att den demonstreras i en öppen dialog i en anda av tillit, respekt och samarbete med medarbetare och chefskollegor, och att det bedöms mot hur väl det utvecklar det kliniska arbetet (48).

De *ledaregenskaper* som den studerade litteraturen lyfter fram kan sammanfattas i:

- Ett intresse att ta ett ansvar som är bredare än det rent kliniska,
- Önskan att förbättra vården som den viktigaste drivkraften
- Emotionell intelligens eller empatisk förmåga
- Självmedvetenhet, reflexivitet, förmåga till "self-management" och vilja att utvecklas personligt

En bred samstämmighet råder också gällande de viktigaste ledarfärdigheterna:

- Process- och förändringsledning
- Kommunikationsförmåga tillämpad i förhandling, konsultation och dialog med medarbetarna
- Kunskapsdelning, samverkan och teamarbete
- Konfliktlösning
- Stresshantering

I denna förteckning dominerar ”people skills”. Att mer renodlade managementfunktioner inte betonats i högre grad kan verka förvånande, då många av studierna gäller självägda primärvårdsmottagningar. Med utgångspunkt i Bohmers resonemang (8) kunde nödvändiga ledarfärdigheter i primärvården sammanfattas i följande punkter:

1. Management: resurshantering och processdesign vägled av professionell kunskap och evidens
2. Inkluderande och motiverande ledarskap
3. Interpersonella färdigheter
4. Kliniska färdigheter

Forskargruppen har tidigare genomfört en studie av svenska läkarchefer, både väl etablerade och personer som aspirerar på ledarskap (”emerging leaders”). Även primärvårdschefer ingick i urvalet. Dessa chefer nämner som viktiga ledaregenskaper förmågan att formulera tydliga meningsfulla mål, särskilt med avsikt att förbättra vården, personlig uthållighet, ett positivt förhållningssätt generellt och autenticitet. Dessa uppfattades som tidigt förvärvade eller utvecklade med växande erfarenhet. Ledarfärdigheter var att basera ledningsarbetet på sin medicinska kunskap, engagera medarbetarna, med en systemsyn verka för samverkan mellan olika parter i vården och att ta sig an problem och utmaningar med ett vetenskapligt förhållningssätt (46).

### 6.3 Engagerande ledning

I ledningsarbetets praktik (ledarskapsaktiviteter) är de viktigaste inslagen organisering av de kliniska processerna vägleda av medicinsk kunskap och engagemang i ständiga förbättringar. Utgångspunkten är att skapa uppslutning kring gemensamma syften och mål för verksamheten – en visionär läkarchef upplevs ha goda förutsättningar att lyckas med den uppgiften. Verksamhets- eller ”affärsmodellerna” organiseras enligt patientproblem och kunskapsunderlag. T.ex. en multisjuk äldre patient behöver ett koordinerat nätverk av vårdinsatser både inom och utanför vårdcentralen (50). En central uppgift är rekrytering och personalplanering. Det kliniska arbetet utförs av patientcentrerade team med tydlig intern ansvarsfördelning. Konkreta mål gällande resultat, kvalitet och resurser uppställs, och dessa följs upp i transparenta system. Det kliniska ledarskapet fokuserar på facilitering av interprofessionell kommunikation och på utvecklandet av nya professionella roller som bidrar till väl integrerade vårdtjänster för patienterna. Den viktigaste uppgiften är att främja medicinskt (professionellt) engagemang över yrkesgränser genom utbildning och gemensam träning och deltagande i kliniskt förbättringsarbete. Detta benämner vi verksamhetsledning på medicinsk grund (”management through medicine”).

Medicinskt engagemang som ledningspraxis förefaller i annan aktuell litteratur vara av särskild betydelse för framgångsrikt kliniskt ledarskap (51). Med termen avses “aktiv och positiv medverkan av läkare, inom ramen för den kliniska yrkesrollen, i arbetet med att upprätthålla och förbättra resultatet för organisationen, som uppmärksammar och belönar detta engagemang för hög kvalitet i vården” (52).

Medicinskt engagemang främjas av en organisationskultur som uppmuntrar samverkan och goda interpersonella relationer, anger ett tydligt syfte som upplevs som meningsfullt och där medarbetarna visas uppskattning och ges medinflytande (53).

En fallstudie av en kanadensisk primärvårdsenhet som aktivt arbetat för att utvecklas till en högsäkerhetsorganisation anger ett konkret exempel på en framgångsrik ledningspraxis (54). Studien innehåller dock inte information om chefernas professionsbakgrund. Ledningssystemet har fyra komponenter. Man definierar i en ledarskapspolicy sina kärnvärden, resultatmål, kommunikation och personalpolitik utifrån kvalitetskriterier för god vård. Organisationen har ett informations- och beslutsstödsystem som täcker all klinisk verksamhet. Två organisatoriska processer används som rutin. Verksamheten inleds varje morgon med ett avstämningsmöte om 15 minuter med fokus på viktiga händelser och en genomgång av dagens aktiviteter. Förbättringsmöjligheter uppmärksammas och görs föremål för systematiskt processförbättring.

#### 6.4 Systemet kan stödja, men också försvåra

Tidigare har påpekats att det finns få studier av primärvård som på empirisk grund kan påvisa effekter av ledarskap i verksamhetsmässiga eller finansiella termer. Däremot har det material vi redovisat rapporterat om framgångsrikt förändringsarbete, fungerande integrering av vårdtjänster, förbättrat beslutsfattande, hög arbetstillfredsställelse och förmåga att klara av dagliga utmaningar.

System och yttre verksamhetsvillkor uppvisar ofta ”två sidor av samma mynt”. Styrsystemet kan med rätta incitament och stödstrukturer bidra till att underlätta läkarchefers arbete. Finansieringssystemen inriktas i första hand på produktion, och upplevs då inte medge utrymme för t.ex. förbättringsarbete. I små primärvårdsenheter där läkarchefen också arbetar kliniskt räcker inte tiden till för att sköta chefsuppgifterna. Det finns inga studier där chefsarbetet premieras med finansiella incitament. Däremot anges exempel på incitament på organisationsnivå. Amerikanska ”accountable care organizations” får i ”cost sharing”-program behålla en ansenlig del av sparade kostnader.

En hierarkisk organisationsstruktur kan försvåra framförallt chefsarbete i ”frontlinjen” om avstånden mellan chefsnivåerna upplevs som långa och mandaten otydliga. Å andra sidan kan avsaknaden av hierarki och tydliga beslutsbefogenheter försvåra för en läkarchef i en primärvårdsorganisation där kollegorna inte är anställda utan yrkesutövare.

Den viktigaste stödstrukturen som underlättar ledningsarbetet är goda informationssystem. Tillräckliga investeringar i IT-infrastrukturen är en viktig framgångsfaktor.

Läkarchefer inom primärvården upplever sig ofta vara oerfarna och ha bristande utbildning för uppdraget. Ledarskapsutbildning ses som en grundläggande förutsättning snarare än en faktor som bidrar till framgångsrikt chefsarbete. Adekvat utbildning som bidrar till självförtroende och personlig utveckling ökar motivationen att ta sig an chefsuppgifter. En formalisering av ledningskompetensen genom utbildning betonas. Att rikta utbildningssatsningar på av ledarskap intresserade läkare ses som en viktig investering av en primärvårdsorganisation.

## 6.5 Kliniker och chef

Primärvårdsorganisationer är i allmänhet små med kanske upp till 10 praktiserande primärvårdsläkare.<sup>4</sup> I de flesta fall är läkarcheferna på dessa vårdcentraler också kliniskt verksamma. Detta återspeglas också i materialet till denna litteraturöversikt.

En del utmaningar med att hantera denna dubbelroll har beskrivits tidigare. Trots dessa utmaningar vill de flesta läkarchefer fortsätta sitt kliniska arbete eftersom det är där man känner sig ha sin hemvist och för att möjliggöra att kunna återvända till kliniken efter avslutat uppdrag. Det antas också öka legitimiteten som chef och erbjuda inspiration och insyn i det dagliga arbetet (55,56).

Svenska medicinska ledare understryker vikten av att utnyttja sin kliniska kompetens och basera beslut om organisering och resursallokering på medicinsk grund (46). Det innebär att utgångspunkt tas i patienternas behov och problem samt den medicinska kunskapen om olika åtgärders och verksamheters effekter. Det inför långsiktighet i beslutsfattandet och möjliggör t.ex. att hälsofrämjande och prevention inte blir undanträngda av symptomrelaterad eller efterfrågestyrd vårdproduktion. Att planera verksamheter utifrån patientbehov och hälsoproblem innebär att de förväntade kliniska effekterna blir avgörande i beslutsfattandet och arbetet organiseras enligt kliniska riktlinjer och patientprocesser. En verksamhet inriktad på resultat organiseras bäst enligt patientgrupp och över hela vårdepisoden, som för kroniska sjukdomar kan gälla hela livet (jfr Porter & Teisberg (57)).

Vår studie visar att en läkarchef också med tyngd kan lyfta fram eller efterfråga evidens i dialog med överordnade och chefskollegor med annan bakgrund (24). Savage m.fl. (2) definierade som en viktig uppgift för medicinska ledare att påvisa och fästa uppmärksamhet vid medicinska konsekvenser av administrativa beslut.

Litteraturanalysen lyfter fram att läkarchefer anger drivkraft att förbättra patientvården är ens viktigaste drivkraft (22). Betydelsen av ständigt förbättringsarbete också som en ledarskapsstrategi för att engagera och ge en röst åt medarbetarna underströks av många författare i vårt urval. Detta benämns i en studie av ett framgångsrikt radikalt omställningsarbete på ett universitetssjukhus som en professionsinriktad förändringsansats ("professional path") (58). Den uttrycker samtidigt en "ny professionalism" där resultat som produktivitet och kvalitet uppfattas som ett individuellt ansvar och en motivering för klinisk autonomi (59).

Kliniska resultatmål uppfattas som meningsfulla av de professionella medarbetarna. Om de får medverka i definitionen av mått och indikatorer för dessa skapar det motivation, möjliggör autonomi, gör mätningar meningsfulla, stimulerar till förbättringsarbete och stärker läkares professionalism så att det förbättrar relationerna mellan icke-medicinska chefer och kliniker (60,61).

De studier som beskriver verksamheter inom primärvården där primärvårdsläkare är (del)ägare demonstrerar att det inte behöver finnas en motsättning mellan högkvalitativ klinisk verksamhet och sund ekonomi. Särskilt för små enheter gäller att kvalitet och goda medicinska resultat är avgörande för hur attraktiv verksamheten upplevs vara bland patienter, oberoende om de är "listade" och tryggar kapite-ringsersättning, eller väljer en vårdcentral som finansieras enligt "fee-for-service". Patienternas val återspeglas självklart också hos tredjepartsfinansiärer som försäkringsbolag. På den punkten skiljer sig inte svensk primärvård från vad som observerats i USA, England eller Norge.

---

<sup>4</sup> Här avses vårdproducerande enheter. Sådana kan självfallet ingå i större "kedjor" eller förvaltningar, där styrsystem samt ledar- och chefskap får en mer "generisk" karaktär.



Avslutningsvis kan det vara skäl att referera till Bohmer (8), en av de författare som ingått i vårt urval. Primärvården är stadd i förändring. Den är inte i huvudsak en läkarmottagning för patienter som söker vård. Mycket av vården sker utanför vårdcentralen – hemma eller i ”hälsokiosker” som är lättillgängliga. Allt viktigare är att en ”case manager” inom primärvården koordinerar vårdinsatser och hjälper patienter och anhöriga att navigera i vårdsystemet. Patienten tar ett större ansvar. En läkarcentrerad vårdplattform ersätts av flera samtidigt existerande plattformar, ofta med olika vårdproducenter och dessa hanteras av team. Finansieringsmodellerna anpassas till detta nya ”ekosystem” och blir diversifierade. Individuella vårdkontakter ersätts av eller kompletteras med gruppkonsultationer, samvård, egenvård och nya kommunikationsformer. IT-baserade beslutsstödssystem som hanterar både patientvård och verksamhetsplanering och -uppföljning tas i bruk. De växande datamängder möjliggör alltmer sofistikerad analys. Vi vill hävda att det krävs medicinskt kunniga chefer för att leda detta utvecklings- och förändringsarbete.

## 7. Slutsatser

Litteraturen om läkares ledarskap i primärvården är förhållandevis knapp jämfört med den som fokuserar på sjukhus. För sjukhus gäller statistisk association mellan läkarchefskap och bättre prestanda i termer av kvalitet, resursutnyttjande och personaltillfredsställelse. Liknande resultat kunde vi finna endast i en studie av ”accountable care organizations” i USA. Studier inom primärvården visar dock positiva effekter av läkares ledarskap i primärvården i form av ökad tillit och samhörighet bland medarbetarna, öppet samverkansklimat och bättre koordinerade vårdtjänster. Dessa resultat är ”intermediära”, uttryckta som ”processmått”, men det inte orimligt att anta att de kan bidra också till bättre prestationer.

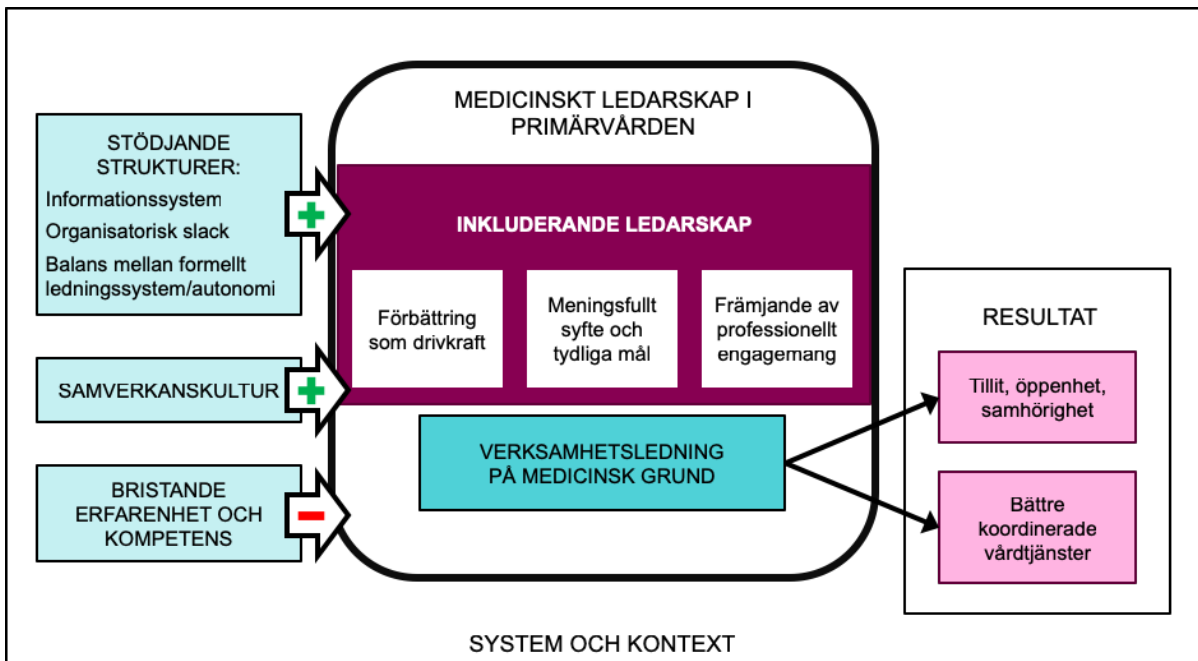
Den ledarstil som skapar de bästa förutsättningarna för medicinska ledare i primärvården är ett *inkluderande ledarskap*. Den ledarstilen beaktar de särskilda karakteristika som gäller för professionella organisationer likt den i hälso- och sjukvården. Den länkar väl samman både den centrala drivkraften för en medicinsk ledare, det viktigaste sättet att involvera medarbetarna i aktiv samverkan och en ledningspraxis som tydliggör för medarbetarna hur de i sin vardag kan ge positiva bidrag till organisationens gemensamma resultat och bidra till dess utveckling. Centralt i detta medicinska ledarskap är att vägledas i formulering av mål, val av strategier och organisering av verksamheten av medicinsk kunskap – det är verksamhetsledning på medicinsk grund (”management through medicine”).

Systemfaktorer och verksamhetsvillkor kan både främja ett framgångsrikt medicinskt ledarskap men också försvåra för en läkarchef. Stödande strukturer är en god balans mellan det formella styrsystemet och professionell autonomi. Då kliniker upplever att uppställda mål är meningsfulla och att de kan utnyttja sin professionella kompetens för att bidra till dessa är de också villiga att ta övergripande ansvar och medverka till effektiv resurshantering (en attityd som betecknas ”ny professionalism”). Ständiga förbättringar framstår som den viktigaste drivkraften för medicinska ledare, medan bristande erfarenhet och känslan av otillräcklig kompetens skapar osäkerhet i rollen. Förbättringsarbete och kompetensutveckling förutsätter tid, resurser och utrymme (”organisational slack”), vilket i ett produktionsinriktat sjukvårdssystem blir en utmaning och kräver uppmärksamhet och framsynta beslut av uppdragsgivare och finansiärer.

Formella och informella hierarkier kan på ett oändamålsenligt sätt begränsa autonomi och flexibilitet och skapa ogynnsamma spänningar mellan ”managers” och medicinare. Medicinska ledare har en särskild uppgift – och goda förutsättningar – att överbrygga sådana klyftor. I ledaruppgiften ingår också att främja goda relationer mellan medarbetare och samarbetsparter, vilket bidrar till att en god samverkanskultur utvecklas.

Dessa insikter som vuxit fram i arbetet med denna litteraturanlys sammanfattar vi i nedanstående reviderade modell över medicinskt ledarskap i primärvården.





Figur 3. Reviderad modell av medicinskt ledarskap i primärvården.

## 8 Referenser

1. Sveriges Läkareförbund. Läkareförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverk-samheter. 2015.
2. Savage M, Mazzocato P, Savage C, Brommels M. Physicians' role in the management and leadership of health care - A scoping review [Internet]. 2017.
3. Nieuwboer MS, van der Sande R, van der Marck MA, Olde Rikkert MGM, Perry M. Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2019;25(1):7–18.
4. Mostashari F, Sanghavi D, McClellan M. Health reform and physician-led accountable care the paradox of primary care physician leadership. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2014;311(18):1855–6.
5. Chreim S, Williams BE, Janz L, Dastmalchian A. Change agency in a primary health care context: The case of distributed leadership. *Health Care Manage Rev*. 2010;35(2):187–99.
6. Werdhani RA, Sulistomo AW, Herqutanto, Wirawan I, Rahajeng E, Sutomo AH, et al. Correlation of leadership and care coordinator performance among primary care physicians. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:691–8.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol Theory Pract*. 2005;8(1):19–32.
8. Bohmer R. Managing the new primary care: the new skills that will be needed. *Health Aff* [Internet]. 2010;29(5):1010–4.
9. Casalino LP, Pesko MF, Ryan AM, Mendelsohn JL, Copeland KR, Ramsay PP, et al. Small primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions. *Health Aff*. 2014;33(9):1680–8.
10. Clyne B, Rapoza B, George P. Leadership in Undergraduate Medical Education: Training Future Physician Leaders. *R I Med J* (2013) [Internet]. 2015;98(9):36–40.
11. Donahue K, Halladay J, Wise A, Reiter K, Lee S, Ward K, et al. Facilitators of Transforming Primary Care: A Look Under the Hood at Practice Leadership. *Ann Fam Med*. 2013;11(Supplement 1).
12. Fowler I, Gill A. Leadership skills teaching in Yorkshire and the Humber ' a survey: Uncovering, sharing, developing, embedding. *Educ Prim Care*. 2015;26(5):311–6.
13. Gallagher E, Moore A, Schabot I. Leadership training in a family medicine residency program Cross-sectional quantitative survey to inform curriculum development Recherche La formation en leadership dans un programme de résidence en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 2017;63:186–92.
14. Gillam S, Khanchandani R. On teaching leadership and management. *Educ Prim Care*. 2013;24(1):3–6.
15. Grady CM. Can complexity science inform physician leadership development? *Leadersh Heal Serv*. 2016;
16. Hana J, Rudebeck CE. Leadership in rural medicine: The organization on thin ice? *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(2):122–8.
17. Howard J, Shaw EK, Felsen CB, Crabtree BF. Physicians as inclusive leaders: Insights from a participatory quality improvement intervention. *Qual Manag Health Care*. 2012;21(3):135–45.

18. Jodar I Solà G, Gené I Badia J, Hito PD, Osaba MAC, Del Val Garcíá JL. Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1):1–9.
19. Lynch M. Practice Leaders Programme: Entrusting and Enabling General Practitioners to Lead Change to Improve Patient Experience. *Perm J*. 2011;15(1):28–34.
20. Lynch M. The medical leadership competency framework: Response to challenges raised for GP educators. *Educ Prim Care*. 2013;24(1):34–5.
21. Markuns JF, Culpepper L, Halpin WJ. Commentary: A need for leadership in primary health care for the underserved: A call to action. *Acad Med* [Internet]. 2009;84(10):1325–7.
22. Markuns JF, Fraser B, Orlander JD. The path to physician leadership in community health centers: Implications for training. *Fam Med*. 2010;42(6):403–7.
23. Marsden J, Dijk M, Doris P, Krause C, Cochrane D. Improving Care for British Columbians: The Critical Role of Physician Engagement. *Healthc Q*. 2013;
24. Marshall M, Holti R, Hartley J, Matharu T, Storey J. GP leadership in clinical commissioning groups: a qualitative multi-case study approach across England. *Br J Gen Pract*. 2018;68(671):e427–32.
25. Martin G, Beech N, Macintosh R, Bushfield S. Potential challenges facing distributed leadership in health care: Evidence from the UK National Health Service. *Sociol Heal Illn*. 2015;37(1):14–29.
26. Maza Y, Shechter E, Pur Eizenberg N, Segev EG, Flugelman MY. Physician empowerment programme; A unique workshop for physician-managers of community clinics. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–6.
27. Miller R, Weir C, Gulati S. Transforming primary care: scoping review of research and practice. *J Integr Care*. 2018;26(3):176–88.
28. Minott J, Helms D, Luft H, Guterman S, Weil H. The group employed model as a foundation for health care delivery reform. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2010;83:1–24.
29. Morgan-Jones D, Wilkie V. Development of a leadership strategy for the Royal College of General Practitioners. *Educ Prim Care*. 2014;25(5):276–80.
30. O’Riordan C, McDermott A. Clinical managers in the primary care sector: Do the benefits stack up? *J Heal Organ Manag*. 2012;26(5):621–40.
31. Round T, Ashworth M, Crilly T, Ferlie E, Wolfe C. An integrated care programme in London: qualitative evaluation. *J Integr Care*. 2018;26(4):296–308.
32. Rundall TG, Wu FM, Lewis VA, Schoenherr KE, Shortell SM. Contributions of Relational Coordination to Care Management in ACOs: Views of Managerial and Clinical Leaders. *Health Care Manage Rev*. 2016;41(2):88–100.
33. Ruston A, Tavabie A. Fostering clinical engagement and medical leadership and aligning cultural values: An evaluation of a general practice specialty trainee integrated training placement in a primary care trust. *Qual Prim Care*. 2010;18(4):263–8.
34. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI, Rosvold EO, Frich JC. General practitioners’ views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(1):105–10.

35. Tafuri S, Martinelli D, Vece MM, Prato R, Germinario C. An audit about clinical governance skills in Italian medical managers. *Ann Ig.* 2013;
36. Taylor HA, Greene BR, Filerman GL. A conceptual model for transformational clinical leadership within primary care group practice. *J Ambul Care Manage [Internet]*. 2010;33(2):97–107.
37. Van Hala S, Cochella S, Jaggi R, Frost CJ, Kiraly B, Pohl S, et al. Development and validation of the foundational healthcare leadership self-assessment. *Fam Med.* 2018;50(4):262–8.
38. Von Pressentin KB, Mash RJ, Baldwin-Ragaven L, Botha RPG, Govender I, Steinberg WJ. The bird's-eye perspective: How do district health managers experience the impact of family physicians within the South African district health system? A qualitative study. *South African Fam Pract [Internet]*. 2018;60(1):13–20.
39. White D, Krueger P, Meaney C, Antao V, Kim F, Kwong JC. Identifying potential academic leaders Recherche Comment détecter les leaders académiques potentiels. 2016;62:102–10.
40. Quinn I. GPs frozen out of PCT decision making. *Pulse.* 24 November 2009.
41. Crabtree BF, Nutting PA, Miller WL, Stange KC, Stewart EE, Jaén CR. Summary of the National Demonstration Project and recommendations for the patient-centered medical home. *Ann Fam Med.* 2010;8(Suppl 1).
42. Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav.* 2006;27(7):941–66.
43. Edmonstone J. Clinical leadership: The elephant in the room. *Int J Health Plann Manage.* 2009;24:290–305.
44. Lipsky M. *Street-Level Bureaucracy. Classics of public administration.* 1980.
45. McGough P, Kline S, Simpson L. Team care approach to population health and care management. *Int J Heal Gov.* 2017;22(2):93–103.
46. Savage M, Storkholm MH, Mazzocato P, Savage C. Effective physician leaders: an appreciative inquiry into their qualities, capabilities and learning approaches. *BMJ Lead.* 2018;2:95–102.
47. Burgess N, Strauss K, Currie G, Wood G. Organizational Ambidexterity and the Hybrid Middle Manager: The Case of Patient Safety in UK Hospitals. *Hum Resour Manage.* 2015;54(Suppl 1):87–109.
48. Berghout MA, Fabbicotti IN, Buljac-Samadžić M, Hilders CGJM. Medical leaders or masters? - A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS One.* 2017;12(9).
49. Hayes C, Yousefi V, Wallington T, Ginzburg A. Case Study of Physician Leaders in Quality and Patient Safety, and the Development of a Physician Leadership Network. *Healthc Q.* 2010;13:68–73.
50. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care.* New York: McGraw-Hill; 2009.
51. Spurgeon P, Long P, Clark J, Daly F. Do we need medical leadership or medical engagement? *Leadersh Heal Serv.* 2015;28(3):173–84.

52. Spurgeon P, Barwell F, Mazelan P. Developing a medical engagement scale (MES). *Int J Clin Leadersh*. 2008;16:213–23.
53. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: A crucial underpinning to organizational performance. *Heal Serv Manag Res*. 2011;24:114–20.
54. Weaver RR. Seeking high reliability in primary care: Leadership, tools, and organization. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(3):183–92.
55. Ham C, Clark J, Spurgeon P, Dickinson H, Armit K. Doctors who become chief executives in the NHS: From keen amateurs to skilled professionals. *J R Soc Med*. 2011;104(3):113–9.
56. Dickinson H, Snelling I, Ham C, Spurgeon PC. Are we nearly there yet? A study of the English National Health Service as professional bureaucracies. *J Heal Organ Manag*. 2017;31(4):430–44.
57. Porter ME, Olmsted Teisberg E. *Redefining Health Care - Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press; 2006.
58. Storkholm MH. *Innovation inside the box: how contextual constraints can contribute to improvement in health care*. Karolinska Institutet; 2018.
59. Moffatt F, Martin P, Timmons S. Constructing notions of healthcare productivity: The call for a new professionalism? *Sociol Heal Illn*. 2014;36(5):686–702.
60. Berghout MA, Oldenhof L, Fabbicotti IN, Hilders CGJM. Discursively framing physicians as leaders: Institutional work to reconfigure medical professionalism. *Soc Sci Med*. 2018;212:68–75.
61. Damschroder LJ, Robinson CH, Francis J, Bentley DR, Krein SL, Rosland AM, et al. Effects of Performance Measure Implementation on Clinical Manager and Provider Motivation. *J Gen Intern Med*. 2014;29(4):877–84.

## The Clinical Management Research Group, MMC

The Medical Management Centre (MMC), Karolinska Institutet, offers academic education to health care professionals and managers, and carries out research to support science-based management practice in health care. MMC's vision is to address how resources in the form of competence, knowledge, material, and other assets can best be used and developed to improve human health.

We work internationally, nationally, regionally, and locally with authorities, health care providers, and patient representatives as well as with educational and research institutions in medicine and health care, to serve as a conveyor of knowledge and research related support for change and development. Our aim is to develop new knowledge through interaction with our partners and fruitful meetings between theory and practice.

Pamela Mazzocato and Carl Savage lead the Clinical Management Research Group at MMC. We strive to bridge the medical management know-do gap by researching and developing innovative management practices together with practitioners that generate value for staff and patients. Our ambition is to help managers in health and care become more adept at making sense of health care and thereby make better and more evidence informed decisions.



**Karolinska  
Institutet**