



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**HANDELSHÖGSKOLAN**

Inriktning mot Management  
Höstterminen 2008

# **Manageriella chefer i en professionell organisation - läkare som ledare i sjukvården**

Kandidatuppsats  
i företagsekonomi  
Ingrid Thulin, 1948-11-18

Handledare: Rebecka Arman

# Sammanfattning

1997 infördes en ny chefsfunktion inom sjukvården, nämligen verksamhetschefens och kraven på denne var att ha ledaregenskaper och att, om denne inte var läkare i botten, att ha en medicinskt ansvarig med delegation som rådgivare i medicinska frågor. Antalet verksamhetschefer med annan bakgrund än som doktor växer i snabb och ökande takt inom vissa organisationer. Medicinsk kompetens behövs fortsatt för att leda sjukvården. Målet med denna uppsats har varit att, utifrån lagförändringens betoning av manageriell kompetens, belysa faktorer som påverkar läkares förutsättningar att axla chefspositioner även i framtiden. Målet har alltså inte varit att diskutera om verksamhetschefer skall vara läkare eller inte.

Uppsatsen redovisar och diskuterar en tidskriftsstudie om ämnet, en empirisk studie av en läkarchefs vardag och resultatet av en intervjustudie. Uppsatsens slutsats är att fortsatt ledarutbildning till blivande läkare är viktig, liksom ledningens stöttning av nyblivna chefer genom att både ge dem föredömen, tydliga målbilder, personliga mål och framtidsvisioner om vad chefskap innebär för utmaningar och möjligheter och genom att skapa ökade kringresurser i form av framför allt närvarande ekonomer. Politiker och beställare bör bli synligare i sjukvårdande verksamheter och tydliggöra kraven från dem som betalar sjukvården nämligen skattebetalaren. Dessutom tyder intervjuerna på att ledningen kan bli bättre på att stötta nyblivna chefer så att de omedelbart känner sig utvalda och bekräftade i sina nya roller och på så sätt kan släppa den ursprungliga professionella identiteten och känna sig bekväma i den nya.

## Abstract

In 1997 a new level was introduced in the Swedish health care system, called *verksamhetschef* (operation manager) with requirements in leadership skills. Should this person not be a doctor it was required that a medically skilled person should be advisor to the operation manager. The number of operation managers with other background than being a doctor is growing rapidly in Sweden. Medical competence is still needed in health care. The goal with this thesis is to point out factors that influence doctors' conditions for accepting leading roles in the future in compliance with the change in the law requiring management competence. The goal has not been to discuss whether operation managers should have a background as a doctor or not.

The thesis presents and discusses a magazine survey, an empirical study of a doctor's everyday activity and the results of an interview study. The conclusion of the thesis is that continued leader education of students in medicine is important as is the support of new operation managers by supplying them with good examples as managers, clear pictures of operational and personal goals, visions of future challenges and possibilities and by supplying them with daily resources like economists. Politicians and those ordering health care must be involved and visible in health care and must clarify the needs of those paying for health, the tax payers. Also, the interviews make it clear that the head of hospitals should support new leaders so that they feel chosen and confirmed in their new roles and thus can let go of their old, habitual role as a professional doctor and feel comfortable with their new role.

## Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
2. Syfte	3
3. Frågeställning	3
4. Disposition	3
5. Teoretisk analysmodell	3
5.1 Nyinstitutionell teori	3
5.2 Professionellas förändringsstrategier och maximer	5
5.3 Chefers arbetssätt	6
5.4 Chefskapets vardag	7
5.5. Omförhandling om chefskapet	7
5.6 Sammanfattande teoretisk analysmodell	8
6. Metod	10
6.1 Kvalitativ studie	10
6.2 Induktiv studie	10
6.3 Tillvägagångssätt	10
6.3.1 Tidskriftstudie och – analys	10
6.3.2 Studie av tidigare forskning – analys av en verksamhetschefs vardag	10
6.3.3 Intervjustudie och –analys	11
6.3.4 Syntes	12
7. Tidskriftsstudie	12
7.1 Inledning	12
7.2 Dagens Medicin	12
7.3 Läkartidningen	13
7.4 Sjukhuslakaren.se	13
7.5 SUMagasinet	14
7.6 Analys av tidskriftsstudien	14
7.7 Slutsats av delanalysen tidskriftsstudie	15
7.7.1 Läkares agerande	15
7.7.2 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande	15
8. Studie av en läkarchefs vardag	16
8.1 Inledning	16
8.2 Tidsstudie	16
8.3 Analys av en läkarchefs vardag	17
8.4 Slutsats av delanalys av en läkarchefs vardag	19
8.4.1 Läkares agerande	19
8.4.2 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande	19
9. Intervjustudie	20
9.1 Inledning	20
9.2 Läkares agerande	20
9.2.1 Läkares inställning till identitet och lojalitet	20
9.2.2 Analys av läkares inställning till identitet och lojalitet	21
9.2.3 Läkares inställning till förändring	21
9.2.4 Analys av läkares inställning till förändring	22
9.2.5 Läkare och ledarskap	22
9.2.6 Analys av läkare och ledarskap	23

9.3 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande	23
9.3.1 Vikten av att ha chefsförebilder	23
9.3.2 Analys av vikten av att ha chefsförebilder	24
9.3.3 Vikten av uppskattat, långsiktigt och meriterande ledarskap	24
9.3.4 Analys av vikten av uppskattat, långsiktigt och meriterande ledarskap	24
9.3.5 Vikten av nätverk	25
9.3.6 Analys av vikten av nätverk	25
9.3.7 Vikten av chefsutbildning för läkare	25
9.3.8 Analys av vikten av chefsutbildning för läkare	26
9.3.9 Vikten av information från ledning, beställare och politik	26
9.3.10 Analys av vikten av information från ledning, beställare och politik	27
9.3.11 Vikten av integrerade ekonomifunktioner	28
9.3.12 Analys av vikten av integrerade ekonomifunktioner	28
9.4. Slutsats av delanalysen av intervjustudien	28
9.4.1 Läkares agerande	28
9.4.2 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande	29
10. Syntes av delanalyserna	30
10.1 Läkares agerande	30
10.2 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande	30
11. Egna erfarenheter och reflektioner	31
12. Slutsatser och förslag till vidare forskning	32
13. Referenser – publicerade källor	34
14. Bildförteckning	35

# 1. Bakgrund

Mina år som sjukhusdirektör på ett privatdrivet sjukhus i Göteborg gav mig spännande inblickar i sjukvården på ett sjukhus som är hanterbart och överskådligt i storlek. Med erfarenhet av ledarskap inom flera olika privata företag under 20 år framstod ledningsstrukturen som främmande för mig. Läkare ingick i ledningen för sjukhuset men ledningsgruppen fungerade mer som rådgivare till VD, än som ansvarig för det aktiebolag vi var satta att driva. Läkare hade inte samma chef som övrig personal. Efter en omorganisation tydliggjordes ledningsgruppens ansvar och läkare och övrig personal fick en läkare som gemensam chef. Dennes samordnande ansvar för sjukhusets produktion av tjänster var tydligt för alla. Det betydde också att sjukhuset hade en sjukhusledning som bestod av en läkare som verksamhetschef och av en ekonom som VD, som tillsammans tydliggjorde det dubbla ledningsansvaret för ekonomi och för medicinsk kvalitet och där båda kunde delegera ut ansvar för olika frågor i organisationen. En liknande organisation som denna mötte jag inte i den övriga sjukvård vi hade kontakt med förrän en liknande infördes nyligen på ett stort sjukhus.

Sedan dess har mitt intresse för sjukvårdens organisering växt. Bland annat har jag med intresse följt utvecklingen på ett närliggande länssjukhus med en VD med bakgrund inom politiken och som VD för ett kommunalägt bolag, liksom resultatet av politikernas fokus på frågor om tillgänglighet. Sjukvård är ett område som medborgarna är beroende av att det fungerar och som bör utvecklas i en tid med krympande resurser. Alla personalkategorier bör delta i denna ständiga utveckling och resursoptimering, inte minst är utmaningen viktig att få läkarna som har störst medicinskt ansvar och teknisk kunskap att engagera sig och sin kunskap i strategiska framtidsfrågor.

Före 1997 var det en förutsättning för att bli klinikchef att man var läkare. Bland läkare ansågs det vara en mycket stark merit för ledarskap att man hade försvarat en doktorsavhandling och att man hade lång klinisk erfarenhet. Lagstiftningen ändrades 1997 och man införde en ny chefsfunktion, verksamhetschefen, där det inte fanns krav på att denna chefsfunktion skulle vara läkare. I stället poängterar Socialstyrelsen

de egenskaper som krävs för att han/hon skall kunna leda verksamheten... bör ha organisations- och struktureringsförmåga, förmåga att kunna fatta beslut och kunna uppdraga åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter i de fall han/hon som chef inte har den sakkompetens, som krävs för att leda sådan verksamhet... samarbetsförmåga, initiativförmåga, förmåga att motivera och entusiasmera sina medarbetare samt att kunna hantera stressituationer (*SOSFS 1997:8, sid 8*).

Socialstyrelsen är den myndighet som

tar fram normer baserade på lagstiftning och insamlad kunskap... utövar tillsyn för att se till att normerna följs och för att minimera risker (ur broschyren *Detta är Socialstyrelsen. Artikelnummer 2008-118-7*).

Således pekar Socialstyrelsen på vikten av att verksamhetschefen har ledaregenskaper, på att medicinska egenskaper kan delegeras till en icke-verksamhetschef och på vikten av det administrativa arbetet. Ledningsansvaret tydliggörs för alla parter som är beroende av

sjukvård: patienter, anhöriga, personal och tillsynsmyndighet. Maktförskjutning skedde under hela 1900-talet men framför allt efter 1970 enligt Margareth Nordgren (2000). Lagstiftningen som införde verksamhetschefskapet kom för drygt 10 år sedan och det är intressant att se om chefsrekryteringen förändrats utifrån detta. Målet med uppsatsen är alltså inte att diskutera om verksamhetschefer skall vara läkare eller inte.

Mitt intresse för frågeställningen kom utifrån praktiska problem med ledningsgruppens engagemang i beslutsfattande, för att få verksamheten jag ansvarade för att fungera optimalt. Jag tolkade problemen som jag stötte på utifrån mina tidigare chefsfarenheter, som då inte gällde professionella yrkesgrupper. Nu får jag i efterhand tillfälle att teoretisera en frågeställning som jag tidigare bearbetat med ett praktiskt syfte, och kan därmed förstå mer av bakgrunden till och krafterna som verkar bland professionella, till vilka läkaryrket hör. Frågeställningen har blivit aktuellare de senaste åren, då fler och fler verksamhetschefer utan läkarutbildning tillsatts, dock främst inom primärvården. Sjukvården i Sverige står dessutom inför samma situation som den som industrin genomlevt de senaste decennierna, nämligen ständiga effektiviseringar för att få skattepengarna att räcka till mer och mer sjukvård för en ökande befolkning med ständigt ökad medelålder. Alla yrkeskategorier bör då vara engagerade i och vara motiverade till denna effektivisering. Studien kan också hjälpa mig förstå hur vissa konflikter som jag noterat i min omgivning har kunnat förbli olösta år ut och år in, utan att krafter sätts in för att lösa dem.

Helena Öfverströms avhandling med titeln *Steg till chefskap - om läkare som verksamhetschefer* från oktober 2008 beskriver utvecklingen för chefskap inom sjukvården både före och efter lagstiftningen om verksamhetschefer 1997 och problematiserar frågeställningen från flera synvinklar. I min kandidatuppsats utgår jag ifrån vissa av resultaten i uppsatsen, såsom bristen på bra chefsförebilder som tydliggör chefsrollen, eller att 50% av de chefer hon studerat hade blivit tillfrågade av andra om de ville ta chefsjobbet eftersom många läkare inte ser chefsjobb som en karriärväg, brist på lojalitet med ledning på grund av bristande kontakt och svårigheten att få läkare att se sjukvård som en verksamhet som kan effektiviseras, som annan produktion.

Rebecka Arman, Lotta Dellve, Ewa Wikström och Linda Törnström (submitted november 2008) har genomfört och beskrivit en studie som fokuserar vad tio chefer inom sjukvården faktiskt gör, förutom att de dessutom intervjuats. De har följt upp och fördjupat tidigare studier som visar att chefer upplever att de inte hinner med strategiarbetet, att administration och medarbetare tar all tid och att de behöver stöd. Bland annat konstaterar de att andra linjens chefer inom vården mer sällan träffar sina högsta chefer för att de är självständiga och så involverade i den dagliga vården och i möten med andra och att dessa chefer känner sig bekvämare med och mindre ifrågasatt av kollegor än av sina chefer. Data kring en verksamhetschef som är läkare kommer att studeras i uppsatsen.

## 2. Syfte

Att belysa faktorer som påverkar förutsättningarna för att läkare axlar chefspositioner, när lagstiftningen förskjutit betoningen från professionell kompetens till förmån för manageriell kompetens inom sjukvården.

## 3. Frågeställning

På vilket sätt styr organiseringen av vården och utbildningen läkares ledarskap i chefspositioner samt deras förhållningssätt till sin chefsroll?

## 4. Disposition

Uppsatsen är upplagd så att den teoretiska analysmodellen beskrivs och diskuteras följt av en metodbeskrivning. Därefter redovisas en tidskriftsstudie, varefter analysen av en empirisk studie av en läkarchef redovisas och slutligen resultaten från min intervjustudie som också diskuteras innan slutsatserna redovisas.

## 5. Teoretisk analysmodell

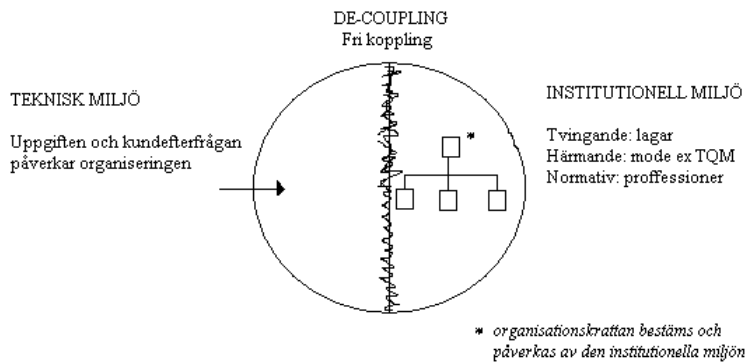
Nedan kommer jag att föra fram några författare och deras modeller som jag valt att använda som hjälp för att förstå den aktuella situationen och för att analysera och tolka mina intervjuer och de tidskrifter jag läst.

### 5.1 Nyinstitutionell teori

Enligt nyinstitutionell teori påverkas organisationers handlingsmönster av idéer utifrån (Meyer & Rowan 1977) och är intressant för uppsatsen eftersom den bidrar till förståelsen varför förändringar inte alltid ger förväntat resultat. March & Olsen (1989) talar om att organisationer *successivt utvecklas* utifrån lokala och historiskt betingade regler. För att bli framgångsrik bör förändring ske successivt och motsvara institutionens teknologi, värdegrund och handlingslogiker.

För uppsatsen är *isomorfism* i den institutionella miljön enligt DiMaggio & Powell (1983) ett intressant begrepp. Sjukvården styrs av *tvingande* isomorfism i form av lagar, förordningar och regler till ett likartat beteende, *normativ* isomorfism hos yrkesgrupper/professioner, för att de har gemensamma normer och regler genom lång gemensam utbildning mm, liksom *mimetisk-/härmande* isomorfism, eftersom de upplever verkligheten som otrygg och därför agerar gemensamt. Allt detta påverkar hur olika yrkesgrupper agerar. Nedanstående figur 1 enligt Meyer & Rowan (1977, sid 346-), visar den *tekniska miljön* med uppgiften,

människorna, maskinerna och kunden, som tillsammans med den legitimitetsskapande *institutionella miljön* bildar själva organisationen.



Figur 1 Frikoppling enligt Meyer & Rowan, 1977, sid 346.

För denna uppsats är *frikopplingsbegreppet* viktigt eftersom den tekniska miljön (i detta fall de anställda läkarna) inte alltid agerar så som den institutionella miljön föreskriver att den skall göra. Meyer & Rowan (1977, sidan 351) talar om *ceremoniellt beteende*. Brunsson kallar detta (1989) för *hypokratins* organisation, vilket reflekterar att organisationen låtsas agera för att klara sin vardag. Czarniawska & Joerges (1996) har ett annat begrepp, *översättning*, vilket är ett aktivare begrepp. Organisationen påverkas av att saker sipprar över dess gränser och där tas om hand genom att det översätts. Czarniawska skrev (1996) att *språket* vi använder liksom berättelserna vi berättar, ger bilder av den sociala verkligheten medan yrkesidentitet skapas bl. a. av arbetsuppgiften och av den sociala rollen. Hon använder också begrepp som *segregering*, alltså att man undviker konflikten genom att separera tvetydigheter och paradoxer genom att separera dem i stället för att lösa dem. (Sid 45).

En av mina teser i livet är att människor och organisationer främst ändrar sig om de har något att vinna på detta eller om de utsätts för påtryckningar att genomföra sådana förändringar. Öppen systemteori handlar om att en organisation inte kan ändra sig själv, utan den behöver hjälp utifrån. Sedan 1960-talet kretsar mycket av organisationsteori kring detta begrepp enligt Barbara Czarniawska (2004). Organisationer lär sig på ett hermeneutiskt sätt av de erfarenheter den får genom kommunikation med den externa världen.

Jag vill poängtera att jag använder denna förklaringsmodell som något positivt, eftersom den underlättar förståelsen för varför olika grupper inom sjukvården uppfattar samma sak på så olika sätt. Frikoppling inom sjukvården är inte ovanlig eftersom man – jämfört med till exempel bilindustrin – inte utsätts för en konkurrenssituation som *tvingar* fram ständiga och genomgripande rationaliseringar och omorganisationer. Däremot tävlar sjukvården med övriga offentliga verksamheter om de skattemedel som finns tillgängliga. Argumentationen från ledningen bör tydligt förklara den ekonomiska verklighet man fungerar inom och valet av organisation. Är den inte så tydlig och förståelig att personalen accepterar den rationaliserar personalen genom att fri/särkoppla och skydda arbetet från den externa omgivningen (Winroth 1999, sid 39).



## 5.2 Professionellas förändringsstrategier och maximer

1999 beskrev Karin Winroth advokaternas värld i sin doktorsavhandling *När management kom till advokatbyrån. Om professioner, identitet och organisering*. Liksom läkaryrket är advokatycket ett av de mer prestigefyllda i både gårdagens och dagens samhälle och båda har genomgått stora förändringar under de senaste årtiondena. Deras organisationer har successivt blivit större och det faktum att byråkrati konkurrerar med den professionella verksamheten problematiseras i båda organisationerna. *Sekundär socialisation* är den inlärningsprocess vid vuxen ålder som kompletterar den primära inläring, som gjorde att vi lärde oss uppförande som barn (Winroth 1999, sid 31). För läkare och advokater sker denna när man, i praktiken, omsätter den teoretiska kunskap man fått. Vårt *själv* skapas genom samspel med andra personer (Winroth 1999, sid 28 ff). Allt detta speglar hur man uppfattar sig själv och om exempelvis läkare inte fått en liknande inläring av ledarskap som andra yrkesgrupper och som den de fått inom det medicinska området, är risken stor att detta uppfattas som en alldeles för vag och oprecis arbetsuppgift för att någon skall vilja riskera sin framtid. Avläring, alltså att ändra inställning, är svårt.

För denna studie är hennes beskrivning av fem strategier inom organisationer: *samtycke, kompromiss, undvikande, utmanande och/eller manipulerande* intressanta begrepp, liksom att individen själv kan välja någon eller några av dessa och inte passivt förhålla sig till omgivningens krav (Winroth 1999, sidan 39). Dessa olika strategier är sådana som man möter i olika omfattning och som också kan beskrivas som ”att lösa problemen i kaffehörnan” eller genom att personalen inte tar upp obekväma frågor vid avdelningsmötet utan i korridoren efter mötet. Att skapa en kultur där chefer lär sig hantera dessa olika strategier och utnyttja dem, kräver kunskap om fenomenen, varför det är viktigt att chefer inom vården får denna kunskap. Denna modell anser jag därför vara användbar för uppsatsens syfte att analysera läkare som chefer.

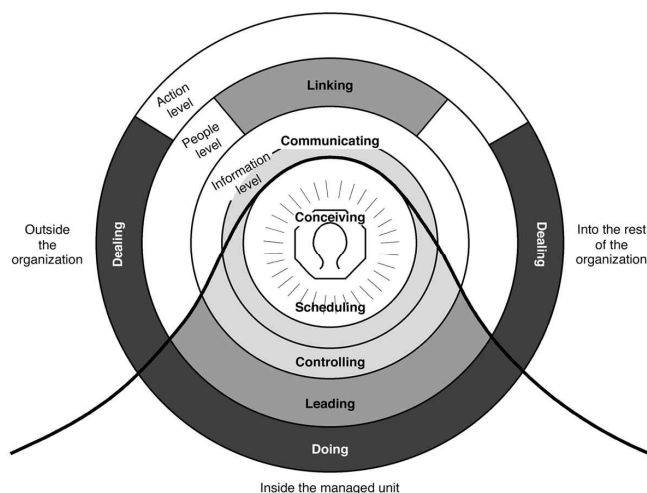
Advokater relaterar sig till *dubbla organiseringsprocesser* och ser den professionella traditionen/själva yrkesprocessen respektive management/-administration som bara *partiellt integrerade*. Management ses som perifer i advokaters och läkares ögon (Winroth 1999, sidorna 215-218 och 241 ff). Reformen inom sjukvård beskrivs ofta som NPM, New Public Management, som bland annat beskriver konflikten mellan professionella och administratörer. På samma sätt som på en advokatbyrå tidssätter man inte administrativa frågor inom sjukvården eftersom dessa inte ger några direkta intäkter och eftersom läkarna själva inte ser dessa som sin primäruppgift (Winroth 1999, sid 222). I vardagen reproduceras på detta sätt de stabila handlingsmönster som förknippas med läkarnas yrkesidentitet. Därigenom blir det, enligt denna teori, extra svårt att förändra läkarnas handlingsmönster.

För att beskriva integrering av nya värderingar och idéer i en kultur används begreppen *kupéisering* och *maximer* och dessa begrepp passar in i analysen av läkares beteende. *Refuserande maxim* utnyttjar de som hävdar att man inte kan förena den professionella traditionen och yrkesidentiteten med till exempel management. Dessa kan agera i enlighet med sin uppfattning, mer eller mindre medvetet, genom att inte delta i aktiviteter. Detta uppträdande har jag själv upplevt bland läkare bland annat genom att vissa utan diskussion negligerar vissa regler för ledighet, deltagande på läkarmöten, på personalmöten, i projektarbeten, dokumentation och liknande som man på arbetsplatsen tidigare bestämt. Som

Winroth säger bedöms och belönas den professionelle, i detta fall, läkaren, helt naturligt av både kollegor och överordnade för agerandet i den professionella rollen. Den *separerande maximen* separerar administrationen från den professionella rollen, varför exempelvis vissa läkare bara i viss utsträckning identifierar sig med sjukhuset som helhet och till exempel externt öppet kan kritisera sin egen arbetsplats. Även detta har jag upplevt exempel på. Den *sekventiella maximen* gör att man inser att man idag inte har någon hjälp av administration/management, men att detta i framtiden kan ändras. Denna maxim kan exemplifieras med att vissa läkare går chefsutbildning, även om de inte öppet beskriver att de har chefsaspirationer (Winroth 1999, sidorna 216-218).

Maximerna ger både mening åt handlingarna och visar vilka handlingar som är legitima och vilka som inte är det. Läkarna exempelvis kan situationsanpassat välja vilken av maximerna som passar deras syften att handla utifrån, eftersom det i vilket fall som helst alltid är legitimt att handla utifrån professionella normer. Jag har upplevt att om inga andra argument finns att tillgå, man tillgriper "patientens bästa" för att försvara sitt eget agerande. Kupéeringen blir en gruppprocess genom individernas olika maximalval (Winroth 1999).

### 5.3 Chefers arbetssätt



Figur 2. Mintzbergs modell för chefsarbete (Mintzberg, 2002. Sid 195.)

Henry Mintzbergs modell för chefsarbete beskriver chefen i centrum med chefsarbetets ramar och olika uppgifter runt om utifrån hur chefen uppfattar rollen, bryter ner den, kontrollerar, leder och agerar. Modellen synliggör chefskapets mellanställning liksom de olika ingående delarna i chefskapet. Beroende på personlighet och trygghet fokuserar vi olika roller olika mycket och olika framgångsrikt. Mintzberg analyserar i artikeln olika chefer, bland annat två läkares arbetssätt och finner att de båda är mycket involverade i det praktiska arbetet och är snarare kontrollerande/intervenerande än förebyggande som de som chef förväntas vara. Mintzberg jämför med sjukhusdirektören, som mest vänder sig utanför sjukhuset med en överbyggande funktion och har liten kontakt med verksamheten. Två chefer är sjuksköterskor vars ledarstil är ganska heltäckande (Mintzberg, 2002).

Slutsatsen Mintzberg drar när han också har analyserat beställarenhetens ledarstilar är att sjukvårdssystemet idag inte är ett system, utan består av olika ledarstilar med ofta vattentäta skott mellan de hierarkiska nivåerna, beroende på var man befinner sig på skalan av chef eller underställd, kollega eller partner. Han konstaterar att läkarna mest uppfattar den professionella statusen. Mintzbergs förslag och slutsats är att inte se på *chefer* som

överordnade utan att dessa skall vara en del av organisationen i stället, att de skall befinna sig *bland "kunskapsarbetarna"* och stimulera dessa professionella att förbättra verksamheten. Fördelen med detta är att chefen blir en del av det nätverkande som sjukvård handlar om (Mintzberg, 2002, sid 205.)

Mintzbergs modell och framförallt hans beskrivning har fördelen att den tydliggör chefskapets mellanställning och framför allt faran med de vattentäta skotten mellan sjukvårdssystemets olika delar. Min erfarenhet från en relativt liten organisation med drygt 200 anställda är att chefen måste vara både och; både överbrygga mot den beställande, den politiska och den ägande omgivningen och samtidigt vara väldigt synlig ute i sin egen organisation. Om man trivs med båda rollerna kompletterar de varandra och ger trovärdighet åt varandra – man blir en tillförlitlig part för beställare och politiker eftersom man har exempel från verksamheten och om man tydligt levererar det man diskuterar. Och samtidigt blir man en tydligare chef om man livfullt kan beskriva kundens bekymmer och möjligheter för sina anställda. Mintzbergs modell är användbar även för den svenska situationen som jag nedan kommer att klargöra.

## 5.4 Chefskapets vardag

Som ett komplement till Mintzbergs teori om att chefer är för långt ifrån verkligheten kan Karin Holmblad Brunssons (2007) bok användas. Hon beskriver tidigare forskning (Sune Carlsson 1951 och Mintzberg 1973) som kom fram till att chefers vardag är mycket splittrad och sällan handlar om beslut och andra (Rosemary Stewart, 1967, Linda A. Hill, 1992 och Tony J Watson, 2001) som talar om att den verkligt stora utmaningen i chefskap är människorna. Utifrån dessa författares skrifter drar Holmblad Brunsson (2007, sid 14) slutsatsen att chefskap inte så mycket är planering, organisering, koordinering och kontroll som litteraturen lärt MBA-studenter lärt sig utan det är:

- att arbeta med människor,
- att inte alltid veta vad man som chef gör/skall göra men att ändå sätta standard för sina underordnades arbeten,
- att hantera många olika uppgifter under en dag,
- och lika mycket är en beroende- som en auktoritetsposition.

Väldigt lite i ledarskapsteori handlar om hur man skall hantera personer som inte vill följa ledningen. Dessa och andra förenklade modeller talar om ledarskap som att det finns enkla framgångsrecept, vilket appellerar till chefer för att de är enklare att ta till sig än vetenskapliga böcker (Holmblad Brunsson, 2007, sid 71). Ledare måste förhålla sig till människor med alla deras problem och detta handlar ledarskapsrekommendationer sällan om. Holmblad Brunsson (2007, sid 97). Som chef får man lägga mycket tid, energi och mycket engagemang för att klara av att lösa dem.

## 5.5 Omförhandling om chefskapet

Förebilder är viktiga förutsättningar för nyblivna chefer att finna sin naturliga roll och för att kunna släppa sin gamla rollidentitet. Ulla Eriksson-Zetterquist har i september 2008 publicerat en artikel om *rollmodeller* och förebilder i *Scandinavian Journal of Management*, sid 259-270, där hon beskriver att verkligheten kontinuerligt skapas i samverkan med andra. Genom en mer eller mindre undermedveten process av identifiering, imitation och

förhandling med andra, skapas identitet i form av uppförandekod eller som en idealiserad bild av en person som fungerar som rollmodell/protomodell av en chef/ledare. Eriksson-Zetterquist analyserar nackdelen i att få chefsförebilder finns både på nära *och* på långt håll, för har man dem bara på nära håll ser man deras negativa sidor mycket starkt.

Bill Doolins artikel (2001) beskriver hur ett Nya Zeeländskt sjukhus förändrat sin organisation och infört budgetansvar på kliniknivå för att öka effektiviteten och med läkare som klinikchefer. Man sökte på detta sätt medvetet underminera professionella värderingar och ersätta dessa med ledarskapsvärderingar genom att läkarna överbryggade avståndet mellan de båda genom att skänka klinisk trovärdighet till ledningsbesluten. Till viss del lyckades detta men merparten fortsatte identifiera sig med sina kollegor och fattade helst konsensusbeslut. Slutsatsen är att förändringar i organisationen inte automatiskt påverkar professionellas beteenden (Doolin, 2001, sid 231-254).

I komplexa organisationer som sjukhus anser Doolin förklaringen vara att man *förhandlat* fram en ordning mellan den professionella identiteten och autonomin och ledningens önskan om marknadsrationalitet, effektivitet och tekniskt innehåll. För att få rollen med läkare som ledare att fungera bör övriga professionella omförhandla gränserna mellan rollerna och godkänna denna roll. Annars är risken stor att de professionella fortsätter med s.k. *fri-losskoppling* (Doolin, 2001, sid. 247). En läkare i Doolins studie svarar att man gör detta eftersom man inte sett några fördelar med att ändra arbetsätt. Artikeln slutar med författarens konklusion att en diskursiv maktpåverkan sker när läkare blivit chefer genom att deltagarna påverkar varandras språk, tankesätt och agerande.

Sammanfattningsvis krävs en kulturförändring genom en total omförhandling av rollerna innan Bill Doolin tror att någon bestående förändring skett i läkares sätt att se på chefskap som kollegialt och professionellt bestämt och där man använder losskoppling som ett sätt att överleva omgivningens krav. Läkare måste själva uppleva att de vinner något långsiktigt på att omförhandla sin roll totalt för att bli riktigt tydliga i sin nya roll (Doolin, 2001, sid 250).

## 5.6 Sammanfattande teoretisk analysmodell

Öppen systemteori handlar om att organisationer växer genom samverkan med andra organisationer och förändring kräver kraft utifrån för att ske. Mintzberg modell synliggör chefskapets mellanställning och vikten av att chefer både är mycket *synliga* som chefer bland all personal och bland utomstående (Mintzerg, 2002, sid 195). Karin Holmblad Brunsson diskuterar vikten av att nyblivna läkarchefer får utbildning i hantering av *människor*, som varelser som inte gör som det är tillsagt och i hur man skall hantera vardagens många och olika problem (Holmblad Brunsson, 2007). Ulla Eriksson-Zetterquist illustrerar förebilders betydelse för inlärandet och konserverandet av roller. (Eriksson-Zetterquist, 2008, sid 259-270). Bill Doolin rekommenderar tydlighet i att vara överens om vad man *menar* med chefskap och att ledningen språkligt påverkar de läkare som valt att bli chefer (Doolin, 2001, sid 250).

Karin Winroth beskriver *förändringsstrategierna* samtycke, kompromiss, undvikande, utmanande och/eller manipulerande liksom de *maximer* som både professionella läkare och läkarchefer kan använda för att överleva omgivningens krav: refuserande, separerande och sekventiella. Förändringsstrategierna är exempel på nyinstitutionalismens frikopplande krafter: *normativa* respektive *mimetiska-/härmande* isomorfismer respektive *tvingande* isomorfism som en yrkesgrupp eller profession tillgripes för att minska vardagens osäkerhet.

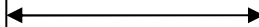
För att försöka sammanfatta de teoretiska analysmodeller jag definierat ovan kan man notera att flera av författarna beskriver vikten av att mycket tydligt definiera och synliggöra läkarchefskapets roll i sitt mänskliga sammanhang, där läkare kan reagera genom sin normativa uppfostran med starka mimetiska inslag i sin genom tvingande isomorfism definierade miljö. Beroende på hur läkarna och läkarcheferna ser på situationen använder de förändringsstrategier som samtycke, kompromiss, undvikande, utmanande och/eller manipulerande och målet kan vara att refusera deltagande, eller att separera medicinska frågor från administrativa eller att sekventiellt utnyttja systemet om det gagnar läkaren. Framförallt dessa senaste begrepp kommer jag att använda i uppsatsen för att förstå utvecklingen. Dessutom vill jag se hur ovanstående strategier och maximer används av läkare och chefer och hur detta avspeglas i dagens situation vad gäller ledarskap och organisering av sjukhus och kliniker (Winroth 1999, sidorna 215-218, 222 och 241 ff).

Läkares  
agerande:

Samtycke och/eller kompromiss och/eller undvikande och/eller utmanande och/eller manipulerande maximer  
Refusera deltagande och/eller separerande åtgärder och/eller sekventiellt deltagande

Ledningens och ägarrepresentanters  
agerande:

Ställa krav på effektivitetshöjande åtgärder  
Tydliggöra chefsrollens interna och externa krav  
Långsiktighet i chefskapet  
Utbilda läkarcheferna i



Figur 3 Samverkande alternativt motverkande krafter som påverkar läkares inställning till chefskap, Ingrid Thulin

Figuren söker underlätta för läsaren att förstå kopplingen mellan teoribilden ovan och analysen nedan. Den söker visa hur teoribilden som framkommit i teorikapitlet visar hur professionellas såsom läkare och advokater påverkas av omgivningens agerande och tvärt om. De tre uppsatsanalysernas sammanfattningar och syntes nedan är därför uppdelad i läkares agerande respektive ledningens och ägarrepresentanters agerande.

# Metod

## 6.1 Kvalitativ studie

Metodval inom samhällsvetenskap handlar enligt Holme och Krohn (1997, sid 13) om att välja ett redskap som löser ett problem och bidrar till ny kunskap genom att uppfylla vissa grundkrav såsom överensstämmelse mellan verkligheten och forskningen, informationsurvalet måste vara systematiskt, väl utnyttjat och verifierbart. Författarna skiljer (sid 14) mellan kvantitativ och kvalitativ metod där jag valde att göra en kvalitativ studie eftersom jag har en närhet till det valda materialet, vill öka min förståelse för vissa sociala processer och sammanhang genom att undersöka den totala situationen och inte var så intresserad av numeriska fakta.

I min studie har jag genomfört intervjuer med verksamhetschefer om deras vardag och dessutom analyserat de intervjuer och observationer som Rebecka Arman et al genomfört och som jag fått ta del av. En sorts kvalitativ metod som jag använder är den narrativa. Narrativ metod har i forskningen bland annat beskrivits av Barbara Czarniawska (2000) där hon använder termerna tolkning/övertolkning, förklaring (genom strukturalism, poststrukturalism och dekonstruktion) och utforskning med hjälp av forskarens egen historia. Hon avslutar med att beskriva textanalys som: text som nyckeln till världen, texten som en värld och texter i världen eller vetenskap som ett samtal. Förutom att använda förklaringsmodeller från tidigare studier och teorier tolkar jag även intervjuerna genom att reagera spontant på vad jag läser och försöka förklara utifrån dessa reaktioner.

## 6.2 Induktiv studie

Holme & Solvang beskriver skillnaden mellan induktivt och deduktivt angreppssätt, där jag valde ett i huvudsak induktivt sätt ("upptäckandets väg"). Jag utgick ifrån empiriska studier av tidskrifter och efter intervjuer jämförde jag dessa med mina erfarenheter och med Armans et al intervjuer och observationer varefter ny teori formulerades.

## 6.3 Tillvägagångssätt

### 6.3.1 Tidskriftstudie och –analys

För att identifiera om min frågeställning var adekvat eller behövde nyanseras och om hur aktuell frågeställningen var i den interna debatten, gjorde jag en datastudie. Jag läste igenom innehållsförteckningarna under de senaste 6 månaderna till sådana tidskrifter som läkare frekvent läser: Dagens Medicin, Läkartidningen, datatidningen [www.sjukhuslakaren.se](http://www.sjukhuslakaren.se) och Moderna Läkare (Sveriges Yngre Läkares Tidning) samt senaste numret av Sahlgrenska Sjukhusets tidning SUMagasinet eftersom jag fått information om att ledarskap var ett ämne i denna. Jag läste artiklar som rör mitt ämne.

### 6.3.2 Studie av tidigare forskning – analys av en verksamhetschefs vardag

Helena Öfverströms avhandling gav mig ytterligare bakgrund och gav perspektiv på frågeställningen. Jag har använt en likartad men förenklad tolkningsmodell, som Rebecka Arman et al gjort, när de intervjuat och observerat bland annat en läkare enligt Mintzbergs

modell (2002) vid genomläsning av Armans et al observationer och intervjuer med den av cheferna i deras studie som var läkare. Detta utgjorde den första delen av den empiriska insamlingen, som analyserades genom s.k. deltagande observation utifrån mina egna erfarenheter som chef för en lika stor verksamhet och med mål att förstå en läkarchefs vardag (Czarniawska 2004).

### 6.3.3 Intervjustudie och -analys

Efter dessa inledande studier, som givit mig viss kunskapsbas fastställde jag följande frågor:

Beskriv hur Du ser på skillnaden mellan chefskap och ledarskap

Beskriv hur Du ser på behovet av läkare som chefer

Beskriv hur Du ser på frågan om läkares syn på kollegialiteten i sitt chefskap

Beskriv hur Du ser på behovet av chefsförebilder för läkare som rollmodeller

Beskriv hur Du ser på läkares chefs- och ledarutbildning

Beskriv hur läkarchefer stöttas i sitt arbete

Jag bokade tid med totalt sju personer som jag trodde mig veta kände till frågeställningen, hade intresse av den och var vana att diskutera frågan i intern och eller extern debatt. Några hade facklig bakgrund på olika nivå, en var tidigare verksamhetschef, en var journalist och läkare, en jobbade med ledarskap inom primärvården, en var utbildningsansvarig för olika chefsutbildningar och en var organisationsforskare. Sammansättningen ansåg jag speglade frågeställningen på ett intressant sätt. Mina intervjuer med dessa sju personer varierade mellan en knapp timme och två timmar, då jag i datorn antecknade citat och huvudpunkter, men inte spelade in dem med bandspelare. Jag valde att inte intervju med bandspelare eftersom jag var intresserad av frågeställningen som sådan och inte av personen. Jag ville ge de som jag intervjuade tryggheten att inte kunna identifieras. Dessutom litade jag på min skrivförmåga att få ner det intressantaste.

Dessa intervjuer analyserade jag med hjälp av den teoretiska analysmodellen och utifrån den hermeneutiska forskningsprocessens spiralmetod, där tolkningen utvecklades genom att jag kombinerade min förförståelse för problemet med de intervjuer, de skrivelser eller idéer jag mötte med de begrepp ur de avhandlingar mm som jag refererat i teoridelen. På så sätt skapades ny förståelse, (Wiedersheim-Paul, Finn & Eriksson, Lars Torsten, 1993, sid 231). Denna nya förståelse för problemet förde jag in vid nästa möte/läsning/diskussion varav kunskapsmassan ökade som en spiral. Kunskapen nådde antingen nya höjder eller fördjupades eller bådadera. Grundfrågan för uppsatsen besvarades av analysen, fördjupades och verifierades.

Successivt under intervjuernas gång förfinades således frågorna utifrån min växande insikt i frågeställning. Därefter fick jag mailkontakt med ytterligare några personer för uppföljande frågor om bland annat verksamheters organisation inom Västra Götaland. Totalt analyserade jag ca 25 sidor sammanfattande datoranteckningar med sju intervjuade personer med olika bakgrund.

### 6.3.4 Syntes

Som framgår ovan utgör de tre delarna: analys av tidskriften, analys av en verksamhetschefs vardag och analys av en intervjustudie tre separata delar. De analyseras enligt min valda teorimodell ovan och avslutas med varsin slutsats av delanalysen. De summeras i en syntes av alla tre delanalysers slutsatser för att få ett logiskt svar på min komplexa frågeställning och för att få ihop de olika delarna i en enhet.

## 7. Tidskriftsstudie

### 7.1 Inledning

Under de senaste 6 månaderna 2008 beskrevs frågan om läkare som chefer i några få artiklar bland alla tusentals artiklar som stått i tidningar som Dagens Medicin, Läkartidningen, sjukhuslakaren.se. Dessa behandlade ämnen som för- och nackdelar för läkarchefer och för verksamheten att dessa även arbetar som läkare, utvecklingen med starkt sjunkande andel läkare bland primärvårdens verksamhetschefer, läkares val av karriärväg, vikten av gott administrativt stöd för läkarchefer. Jag kommenterar inte varje enskild artikel utan gör en sammanfattande slutsats. Studien av dessa tidskrifter ger en bild av hur aktuell debatten och min frågeställning är.

### 7.2 Dagens Medicin

Den 5 november startar Dagens Medicin en debatt genom en insändare av Lunds universitetssjukhus chef Bent Christensen som konstaterar att "huvudutmaningen för framtidens verksamhetschef blir/att skapa goda ramar och villkor för dem som i vardagen sköter kliniken, forskar eller utbildar." Replik kommer från läkaren och avlämnande verksamhetschefen Bosse Erwander den 19 november där han påtalar fördelen av att vara läkare och chef. Han inser att man inte kan vara både verksamhetschef och den främste specialisten längre med de övergripande krav som ställs. Däremot anser han att man skall vara aktiv "på golvet" för att kunna vara en bra chef och stå emot rationaliseringskrav. En ytterligare replik kommer från överläkaren Sigvard Åkervall, som beskriver läkarnas upplevelse att chefsjobb inte är vare sig inspirerande eller attraktivt då det krävs heltidschefskap utan tidsgräns och eftersom upplärning genom vice verksamhetschefsjobb avskaffats. Sigvard Åkervall tydliggör många läkares syn att chefskap handlar om medicinskt chefskap och inte om en helhetssyn. Flera artiklar i månadsskiftet oktober-november handlar om konflikten mellan sparkrav, verksamhetschefskap och läkarrollens känsla för patientvård. Dagens Medicin den 12 november skriver i artikeln *Sjuksköterskor har flest chefsposter i primärvården* utifrån konferensen Vårdens Villkor att 2004 var 46% av Primärvårdens verksamhetschefer läkare mot 33% nu och 2004 var 43% sjuksköterskor vilket nu ökar till 50%. Vårdförbundets ordförande Anna-Karin Eklund ser att andelen ökar i takt med antalet sköterskor som fungerar som förebilder. Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm anser att anledningen att läkarna tackar nej är läkarbrist för att inte tynga sina kollegor med mer arbete. Hon ser den utökade andelen sjuksköterskor som en "tråkig utveckling" och att läkarna känner sig uppgivna, eftersom deras kompetens hade underlättat utvecklingen av det medicinska arbetet. Distriktssköterskeföreningens ordförande Inger Rising anser att fördelen med att inte ha läkare är att kontinuiteten blir bättre.

Den 5 november intervjuade Dagens Medicin f.d. personalchefen på Karolinska som beskriver förändringen som att man prioriterar "fallenhet för att leda och driva projekt framåt, hantera personalfrågor och att klara snäva budgetramar". Läkarna anser hon ganska slumpartat väljer vilken karriärväg de skall ta: den kliniska, den forskningsinriktade, den



pedagogiska eller chefskarriären och inser inte att chefskap betyder totalansvar för både personal och ekonomi.

I Dagens Medicin 29 oktober argumenterar barnmorskan R-G Araya de Castilla y Estay för att det är bättre för patienter, sjukhus och verksamhet om det inte är läkare som är verksamhetschefer och medlemmar av ledningsgruppen.

### 7.3 Läkartidningen

Läkartidningen har inte många artiklar under de senaste 6 månaderna om ledarskap men en artikel 3 juni beskriver att antalet läkare ökat från 10.000 till 35.000 på 30 år samtidigt som tillgängligheten sjunkit vilket aktualiserar frågeställningen om man gör rätt saker. Artikeln diskuterar enbart framtidens läkarbrist och inte annorlunda arbetssätt. Den 16 september beskriver tidningen Capió St Görans ledarskapsprogram på 1,5 år för doktorer i anslutning till deras specialistutbildning med full lön för att öka antalet unga chefer. Även landstingen börjar med sådana utbildningar för att öka antalet unga chefer. Den 23 september skrev Läkartidningen om Barbro Dahlbom-Hall föredrag *Gick det att lära läkarna leda?* Hennes svar är att det gick men att läkarchefer ofta baktalades och blev ensamma, men att detta förbättrats sedan hennes böcker *Lära läkare leda* kom ut 1989 och *Lära läkare förändra* 1997.

### 7.4 Sjukhuslakaren.se

Christer Bark skrev den 25 oktober i datatidningen Sjukhuslakaren.se om intervjun med Ulf Ljungblad, före chefläkaren och sjukhusdirektören för Östra sjukhuset. Denne hävdar att ledarskap aldrig kan bli en profession i sig och att industrin kräver både ledarskapsförmåga och specialistkunskap sedan 70-talet.

Chefen för Capiokoncernen, Dr Gunnar Németh skriver insatt om vikten av att läkare engagerar sig i frågan, eftersom han anser att deras kompetens verkligen behövs i den alltmer komplicerade omgivningen. Sjukhuslakaren.se refererade den 12 december en intervju med honom: "Läkare som blir chefer kan inte klara alla uppgifter på egen hand utan måste få tillräckligt med administrativt stöd. Det är en olycklig utveckling för Sverige om vi inte kan rekrytera läkare med erfarenhet av forskning på grund av att de måste ägna så mycket av sin tid åt ekonomi och administration. Det här problemet skulle man kunna lösa genom att anställa controllers för ekonomi och kvalitet på klinisknivå så att chefer får ett bra stöd i sitt arbete och kan ägna sig åt att styra och utveckla sjukvården... Genom att lämna ifrån sig ansvaret lämnar också läkare ifrån sig möjligheten att vara med och påverka.... En stor del av sjukvården har blivit så komplicerad att man behöver en gedigen medicinsk grund att stå på för att kunna leda verksamheten. För att kunna ta ett helt ansvar är det ofta bra med en läkarutbildning eller specialistutbildning i botten. ... Hur är det då med läkares attityder mot andra chefer som inte har läkarutbildning i botten?". Vidare skriver Németh: "Erfarenheten visar att läkare har svårt att lyssna till andra chefer än från den egna professionen... Han pekar på den särskilda kultur som råder under läkarutbildningen. Studenterna blir hårt skolade i en jargong och ett hierarkiskt tankesätt som gör det svårt att senare i karriären tänka sig en chef som inte är lika eller högre meriterad." Mycket i det han skriver kommer jag att återkomma till.

## 7.5 SUmagasinet

SUmagasinet nr 3 2008, alltså Sahlgrenska Universitetssjukhusets tidning för personal, men som ligger tillgänglig för alla på deras hemsida, handlar helt om deras stora chefs- och medarbetarprojekt kring utveckling av sjukhuset. För att förbättra SUs organisatoriska och operativa förändringsförmåga föreslår gruppen att man skall 1 Utbilda ledare, 2 Rekrytera chefer på nytt sätt, 3 Skapa ett gott kommunikationsklimat, 4 Skapa forum för chefer, 5 Lära ut medarbetarskap. Detta synliggör att man inom universitetssjukhus engagerar ledare i förändringsverksamheten. Dessutom publiceras resultatet så det även är tillgängligt för skattebetalare och patienter och inte bara för personal och chefer.

## 7.6 Analys av tidskriftsstudien

Få men ett stigande antal artiklar i de tidningar läkare vanligtvis läser - Dagens Medicin och Läkartidningen - handlade under hösten om chefskap/ledarskap. Bland dessa fåtal skrivelser ger flera insändare en negativ och delvis avskräckande bild av ledarskap och beskriver chefskapets avigsidor med sparkrav mm i en tid av ekonomiskt ökande problem. Medvetet och/eller omedvetet drar läsare slutsatser av dessa insändare/förebilder och dessa tankar blir motiv i läkarkårens refuserande eller bekräftande maxim. Ulla Eriksson-Zetterquist beskriver vikten av rollmodeller och förebilder och just det faktum att det inte alltid är medvetet man bildar sig en uppfattning i en fråga (Eriksson-Zetterquist, 2008).

Flera artiklar handlar om läkares inställning till om man kan vara annat än läkare som verksamhetschef, om man kan vara verksamhetschef utan att samtidigt vara aktiv som doktor och om man bör ha doktorerat för att vara verksamhetschef på universitetssjukhus. En artikel djupdyker i frågan och förklarar attityderna från läkarhåll mot förändring och gentemot chefer som inte har läkarutbildning i botten med den särskilda kultur, jargong och det hierarkiska tankesätt som råder under läkarutbildningen. Den långa utbildningen och det nära kollegiala grupsamarbetet under den långa träningsperioden kan försvåra förändring genom ett mimetiskt tankesätt då de tillgriper någon av Winroths förändringsstrategier (Winroth 1999). Den refuserande maximen är till exempel inte ovanlig och är arbetsam i vardagen. Den kan ta sig uttryck i form av refuserande att diskutera med chefer som inte är läkare som förklaras i denna artikel. Motiven är ofta att man inte anser att dessa uppgifter ingår i den professionella rollen.

I debatten om Primärvårdens val av fler och fler sjuksköterskor som verksamhetschefer (Dagens Medicin 2008-11-12) nämner sjuksköterskornas fackliga ordförande att sjuksköterskorna satsat mycket mer på att få och har därmed också fått mycket mer ledarutbildning än läkare och läkarnas fackliga ordförande att läkarna inte vill orsaka sina kollegor merarbete genom att i stället för patientvård ägna sig åt ledarskap. I fallet med läkare är detta exempel på undvikande strategi enligt Winroth (1999).

En del artiklar handlar om utbildningen i ledarskap som startat på vissa håll och om behovet av mer sådan. En sjukhustidskrift beskriver för alla medarbetare ingående det stora förändringsprojekt som pågår på sjukhusen. Åtgärder vidtas således för att visa rollmodeller (Eriksson-Zetterquist, 2008) och för att lära läkare mer om ledarskap (Holmblad Brunsson, 2007).

## 7.7 Slutsats av delanalysen tidskriftstudie

### 7.7.1 Läkares agerande

Det är anmärkningsvärt att så lite skrivs i frågeställningen och så lite nydanande. Det är särskilt anmärkningsvärt eftersom jag sökt i tidskrifter som läses av läkare och där läkare också skriver insändare, vilket jag delvis tolkar kan vara en frikopplande reflex alltså en undvikande strategi eller användande av separerande åtgärd genom att bara fokusera medicinska frågor och separera bort ledarskapsfrågor såsom oviktiga eller ointressanta (Winroth, 1999). Frågeställningen måste engagera fler tydliga ledare via artiklar i tidskrifter som läkare läser.

### 7.7.2 Ledningens och ägarrepresentanters agerande

Som nämnts i tidskriftsanalysen har antalet läkare mer än tredubblats på 30 år utan förbättrad tillgängligheten, vilket Läkarförbundet inser kommer att kräva åtgärder som att förändra arbets sättet i framför allt närsvården och bättre använda läkarresurserna. Detta kommer att kräva ett gott ledarskap för att förändra. Frågan är då vem som är bäst lämpad att leda denna typ av förändring. Koncernchefen på Caphio intervjuades i Dagens Medicin den 12 december och beskriver då vikten av avlastning i form av controllers och personaladministratörer, om man vill få läkare att i framtiden vilja ha chefstjänster.

En del (men på det stora hela väldigt få) artiklar visar att ledningen insett vikten av framtida rollmodeller och ledarutbildning.

Tidskriftsstudien visar att syftet med och frågeställningen för denna uppsats är av intresse för praktiken där en viss debatt om ämnet pågår. Ämnet är mångfacetterat och debatten visar på flera olika perspektiv, intressen och analyser.

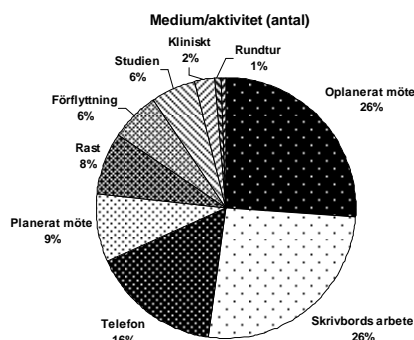
## 8. Studie av en läkarchefs vardag

### 8.1 Inledning

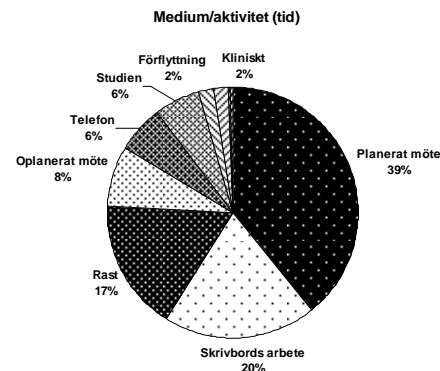
En sjukhusläkare och verksamhetschef har klockats 9 timmar i snitt om dagen i 4 dagar och intervjuats i Rebecka Armans et al (submitted 2008) studie varvid 25 sidor skrivits ner av intervjun. Efter genomgång av dessa handlingar har Rebecka Arman valt ut och sänt mig de avidentifierade kontakter denna läkare haft med andra doktorer, med kollegor och med chefer. Verksamhetschefen i studie ansvarade för drygt 200 personer: 7 var första linjens enhetschefer, 28 var övrig ledningspersonal som läkare, utvecklingssekreterare, en övrig mindre arbetsgrupp och tillfälligt var hon också chef över sekreterare och 172 var sjuksköterskor, undersköterskor eller biträden.

Denna verksamhetschefs ansvarsspann är ungefär detsamma som det jag hade är mina reaktioner vid genomläsning av hennes dagliga aktiviteter och av intervjuerna med henne mer i detalj, intressanta för att förstå hennes situation och chefskap och göra jämförande analyser. Mitt mål var att ytterligare tydliggöra frågeställningen och bredda min insikt om verksamhetschefs vardag och därigenom komplettera min egen kunskap genom att få mer narrativ kunskap enligt Barbara Czarniawskas (2002) termer tolkning/övertolkning, förklaring och utforskning med hjälp av forskarens egen historia och textanalys. Jag kommer att i avsnitt 8.2 redogöra för intressanta figurer och tabeller ur Armans studie, som jag har fått ta del av. Därefter kommer jag att analysera dessa utifrån vissa av teorierna ovan (sidan 7-12).

### 8.2 Tidsstudie



Figur 4 Aktiviteter, procent av antalet.

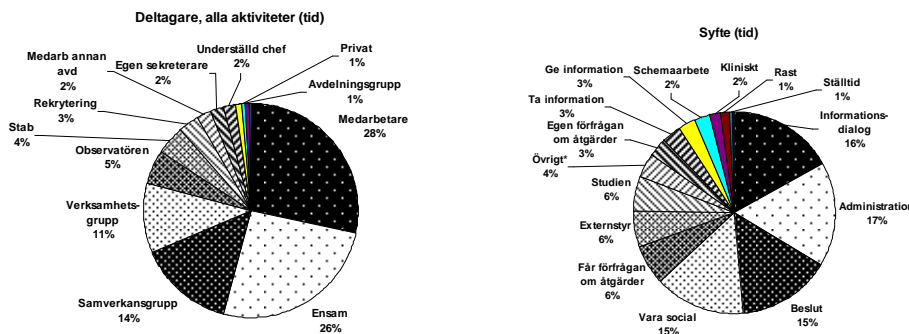


Figur 5 Aktiviteter, procent av tiden.

Flest aktiviteter noterades på måndagen. Ovanstående figurer visar att antalet oplanerade möten var många under dagen, men samtidigt utgör en liten del av tiden, vilket är både positivt och negativt. Just oplanerade möten kan säkert upplevas som stressande, eftersom det vid dessa möten på ett ostrukturerat sätt kan komma upp frågor som man inte noterar ner. Risken är då att saker hamnar "mellan stolarna" eller glöms och i båda fallen riskerar att orsaka problem. Samtidigt kan många problem lösas på ett informellt sätt innan de blivit ett problem, vilket är en fördel.

Andelen skrivbordsarbete är stort både i procent av antal och av tid vilket underlättar. Andelen planerade möten är 18 på 4 dagar, alltså 4,5 möten om dagen och 39% av tiden vilket är mycket. Av den kvalitativa intervjudelen framgår hennes möten och mötesfrekvens:

- Enhetscheferna träffas varje vecka
- Läkargruppen jourrapport två ggr per vecka
- Fortbildning- eller arbetsplatsträff en ggn/vecka
- Läkarmöte en ggn/vecka
- Möte med den övriga arbetsgruppen varannan vecka, antingen bara vanligt avstämningsmöte eller en gång i månaden arbetsplatsträff
- Arbetsplatsträff för administrativa enheten en ggn/månad
- Intagsmöte om platstillgång varje morgon mm om hon har tid
- Ledningsgrupp för verksamheten en gång i månaden
- Lokal samverksansgrupp en gång i månaden.
- Verksamhetsråd, lite större sammanslutning i ledningsgruppen tre heldagar per termin
- Områdesledning en eftermiddag varannan vecka



**Figur 6** Deltagare vid alla aktiviteter, procent av tid. **Figur 7** Aktiviteternas syften (procent av tid).

Verksamhetschefen driver främst interna frågor och deltar, efter vad intervjun visar, inte så ofta i möten med externa parter. Inte heller verkar hon ha många möten med sjukhuschefen och sjukhusledningen eller med beställare och politiker.

### 8.3 Analys av en läkarchefs vardag

Det är intressant att få ta del av denna avskalade analys av vad en chef ägnar sin tid åt (Arman et al, submitted 2008). En reflektion är att det är naturligt att ha många möten på måndagar, eftersom mycket har hänt på helgen som behöver diskuteras. Nackdelen med många möten på måndagar är att en överlastning i början av veckan kan tynga chefen under slutet av helgen och störa familjelivet. Är det rimligt att ha 4,5 planerat möte varje dag i snitt även om de är av olika art och allvarlighetsgrad? Man verkar ägna mycket även planerad tid åt dagsfrågor snarare än längre möten om långsiktiga visionsfrågor och långsiktiga lösningar av belägningsproblem. Mintzberg anser att de högsta cheferna skall vara en del av sjukhusets vardag och detta såg vi inget av i denna studie, däremot ser vi att verksamhetschefen är med i merparten möten och att det bara är ett fåtal möten som hon bara är med på vid speciella frågeställningar, (Mintzberg, 2002, sid 205.).

Dessutom speglar mötesstrukturen att man fokuserar lösning av vardagsproblem vid de möten som verksamhetschefen deltar i. En tolkning av ett sådant fokus på vardagsproblem är att man inte, som Bill Doolin (2001) anser, har förhandlat om vad chefsrollen innebär utan fortsätter med gammalt arbetssätt. Bara en gång per månad träffar hon administrativa enheten och det tyder på att man inte diskuterar ekonomiska frågor på en daglig basis, för att detta inte är en frågeställning som ingår i kompetensen eller som efterfrågas från ledningen av sjukhuset. Min erfarenhet att det är viktigt vilka frågor ledningen ställer, för dessa kommer chefen att driva. Skall en läkarchef kunna driva ekonomifrågor bör denne ha tillgång till duktiga ekonomer som tydliggör frågeställningen på ett trevligt och instruktivt sätt till chefen och ut i organisationen. Först då blir det en del av vardagen.

Verksamhetschefen i studien sätter fingret på en viktig punkt när hon konstaterar nackdelen med att hon är verksamhetschef inom sin egen specialitet och därför har alldeles för många lojaliteter och för djup kunskap för att kunna lyfta personalen ifrån verksamheten och de lösningar man för länge sedan kommit fram till (Arman et al, 2008). Förändringsförmågan påverkas alltså av att hon är inom sitt eget skrå. Ulla Eriksson-Zetterquists artikel om rollmodeller och förebilder ger en förklaring till detta, (Eriksson-Zetterquist, 2008). Läkare saknar ofta chefer både på nära och på långt håll, så man även får förebilder som inte drunknar i vardagsproblem.

Karin Winroths refuserande maxim exemplifieras ovan genom att verksamhetschefen tvingas in i arbete som läkare för att någon är sjuk, och säkert har hon också råkat ut för det jag varit med om nämligen att läkare väljer att inte komma på inbokade läkarmöten och på andra personalmöten, att inte följa regler är sådant som gör arbetet för chefer påfrestande (Winroth 1999) . Motivet är ofta att man inte anser att dessa uppgifter ingår i den professionella rollen.

Det allvarligaste problemet för verksamhetschefen är att brandkårsutryckningar ofta fokuseras, vilka borde lösas av underställda chefer och inte av en chef med en så stor underställd organisation. Frågan är om någon hinner eller kan ägna sig åt att långsiktigt lösa systemfel och organisatoriska frågor på en övergripande nivå när så mycket fokus är på att överleva vardagen så länge man inte omformulerat vad chefskap handlar om (Doolin 2001).

Enligt den intervjuundersökning Rebecka Arman et al gjort upplever den läkare som intervjuats bristande information vilket gör henne otydlig som ledare. I verksamhetschefens mötesstruktur, saknar jag helt information om möten med ägarenheten/politiker eller med representanter för beställaren där man diskuterar produktionssituationen med statistik, kvalitetsläge, tillgång på läkare och annan personal mm (Arman et al, submitted 2008). Tyvärr framgår inte vad verksamhetsrådet är till för och om de diskuterar långsiktiga eller kortsiktiga frågor. Dessutom saknas förberedande möten med ekonomer om kalkylering/optimering saknas vare sig detta gäller det interna arbetet inom kliniken eller som förberedelse för möten med politiker/beställare. Av den kvalitativa intervjun i samma studie med verksamhetschefen framgår att sjukhusdirektören är negativ till direktkontakter mellan cheferna och den politiska ledningen för ”det skall gå i linjen”. Således är ägaren av sjukvården och ägarrepresentanter i form av politiker och beställarenheter inte särskilt synliga på sjukhuset för den ordinarie personalen. Verksamhetschefens kontakt med och framförallt hennes tillit till sin närmaste chef verkar vara genuint god och trygg. Det framgår inte hur man gör treårsplanering eller hur sjukhusledningen får chefer att känna sig utvalda eller innehavare av mer information än andra.

Av Armans et al studie av en läkare som är verksamhetschef framgår att hon var ensam 39,8% av tiden, träffade en medarbetare 27% av tiden, någon från staben 7,6%, den egna sekreteraren 5,2%, en underställd chef 4,3% och övriga 20,4%. Under dessa 4 dagars 36 timmar hade hon 106 verbala kontakter. Bara i en bisats nämner verksamhetschefen den stabsfunktion i form av en ekonom som hon har tillgång till. Detta kan jämföras med den dagliga tillgång på ekonomer som likartat stora privatdrivna verksamheter har. Dessa jobbar heltid med kalkyler, förhandlingsunderlag, redovisning, månadsanalyser budgets, kalkyler och treårsplaner ihop med klinikchef och kliniköverläkare mm för att få fram riktiga och pedagogiska underlag, vilket stärker chefen i sin kontakt med verksamheten på olika nivåer.

Verksamhetschefen nämner sin utvecklingssekreterare utan att specificera tjänstens art, vilket kan motsvaras av kvalitets- och miljöchef eller vara den som ansvarar för strategisk utveckling av verksamheten inom annan verksamhet än sjukvård. Verksamhetschefen inser att andelen strategiskt arbete är för liten vilket kan bero på brist av input/krav från högsta ledningen, politiker eller beställarenhet och på ekonomer som ger adekvat analysunderlag. Eftersom det inte finns någon ekonom som sitter på enheten görs inga dagliga genomgångar av kostnader av olika slag, månadsredovisning, prestationer, budget, treårsplaner, investeringskalkyler mm med personalen och med chefer.

Verksamhetschefen i Armans et al studie nämner hur ensam hon känner sig i sitt arbete eftersom hon sedan flera år inte har något nätverk längre av andra verksamhetschefer inom sjukhuset utan ibland använder sin man som bollplank då han har likartad erfarenhet som hon fast från en helt annan bransch.

## **8.4 Slutsats av delanalysen av en läkarchefs vardag**

### 8.4.1 Läkares agerande

Verksamhetschefen har aldrig släppt sin kollegiala lojalitet och detta inser hon orsakar henne bekymmer. Till detta bidrar att chefer högre upp i hierarkin är mer osynliga än i andra branscher. Dessutom ser många läkare inte så långsikt på uppdraget som chefer i andra branscher gör. Problemen i denna punkt är något som ledning och ägare kan lösa långsiktigt, men där även en attitydförändring bör ske bland läkare för att minska risken för frikoppling mellan professionen och ledningen (Meyer & Rowan, 1977) och användning av olika strategier mot omgivningens krav (Winroth, 1999).

### 8.4.2 Ledningens och ägarrepresentanters agerande

Analysen av mötesstrukturen ovan visar på många korta möten om vardagsproblem, vilket enligt Mintzberg skulle kunna tyda på för liten närvaro av högsta ledningen som kunde bidra till att långsiktigt lösa problemen (Mintzberg, 2002, sid 205.). Dessutom tyder det på att man inte förhandlat om chefskapets innehåll (Doolin 2001).

Analysen visar också avsaknad av flera andra faktorer som efterlystes i modellen i figur 3 om Ledningens och ägarrepresentanternas agerande nämligen tydliggörande av chefsrollens krav som en kraft som påverkar chefskap. Ett sådant brandkårsfokus som beskrivs ovan gör att de långsiktiga frågorna om ekonomi och utveckling också blir brandkårsfrågor för de är inte en naturlig del av vardagen. Min slutsats är att organiseringen av sjukvården för en så här pass stor enhet borde reflektera ett mer aktivt deltagande av ledningen och framför allt borde stötts av en ekonom och även av nätverk. Dessutom borde organiseringen av mötesstrukturen

återspegla möten med sjukhuschef och ägarrepresentant/beställare av sjukvård, för att motivera chefer och personal i enlighet med Mintzbergs analys (2004) och Doolin (2001). Dessa frågor kommer att ingå i min fortsatta analys nedan.

Dessa båda allvarliga problem för verksamhetschefer påverkar hur läkare väljer (eller inte väljer) chefspositioner och vilket förhållningssätt läkare har till chefspositionen som sådan i min frågeställning, eftersom verksamhetschefen är förebild för läkare att bli framtida chefer.

## 9. Intervjustudie

### 9.1 Inledning

Intervjustudien har genomförts med sju personer som har valts för att ge en bred förankring i frågeställningen och för att representera olika roller inom läkarnas fackförening och arbetsgivarsidan, både yngre och äldre, både läkare och icke läkare. Studiens ringa tidsomfattning utgjorde en begränsning för antalet intervjuade. Samtidigt visade intervjupersonerna jag valt ut stort intresse för att delta i studien och aktivt engagemang i frågeställningen och representerar olika bakgrund och erfarenhet.

Intervjustudien är uppdelad i två delar enligt den sammanfattande teoretiska modellen: Läkares agerande respektive Ledningens och ägarrepresentanters agerande med underavdelningar och analys av respektive underavdelning. Den summeras sist i slutsatser för de båda delarna enligt modellen.

### 9.2 Läkares agerande

Under rubrikerna läkares inställning till identitet och lojalitet, analys av densamma, läkares inställning till förändring, analys av densamma och läkare och ledarskap samt analys av densamma sammanfattar jag analysen av läkares agerande. Därefter följer kapitel 9.3 om ledningens och ägarrepresentanters agerande.

#### 9.2.1 Läkares inställning till identitet och lojalitet

En chef jag intervjuade konstaterade att läkare gärna umgås i egna kretsar och professionaliseras därigenom på ett helt annat sätt än många andra. Professionsidentitet är de, advokater och präster trygga i och livrädda att bryta. Därför har de, i detta tänk, svårt att bryta sin kollegialitet och har svårt att ta en kamp med sina läkare vilket sköterskorna, som är verksamhetschefer, inte har några problem med. En utbildningsansvarig som träffar många läkare berättade i intervjun med mig att läkarna är så fasta i traditionen att man först är legitim när man är en duktigare läkare än övriga kollegor.

En fackföreningsanställd läkare uttryckte vid min intervju att läkare helst inte vill vara en av alla andra och de vill att det medicinska skall vara huvudsaken för där är de trygga. Ytterst ansvarig är ändå läkarna och i vardagssjukvården på en vårdcentral är det lättare för en kollega att ta striden om ledigheter mm. Klinikchef är ett operativt arbete, som bör ledas av en som på något vis är betrodd i verksamheten, alltså underförstått av en läkare. Han ansåg att



enheter behöver brytas ner organisatoriskt på mindre enheter med tydliga mål och med avgränsat ansvar.

### 9.2.2 Analys av läkares inställning till identitet och lojalitet

Karin Winroth beskriver skillnaden mellan yrkesidentitet och yrkesroll, där yrkesidentiteten handlar om hur en grupp uppfattar sig själv, medan yrkesrollen handlar om de olika roller inom yrkets repertoar, som medlemmen spelar (Winroth, 1999, sid 35-36). Hon konstaterar att professionella, som läkare och advokater, påverkas av att utbildningen och tillika träningen är så exceptionellt lång. Organiseringsprinciperna blir speciella kring läkares professionella auktoritet, genom att patienter underordnar sig expertens professionella bedömning. Att frångå denna yrkesidentitet och den yrkesroll man spelat för att gå in i en roll som verksamhetschef utan tydligt innehåll och gränser kräver mycket.

Intervjuerna ovan är bra exempel på Barbara Czarniawskas beskrivning av hur arbetsuppgiften och den sociala rollen skapar yrkesidentitet (Czarniawska, 1996). Hennes begrepp *segregering* (man löser inte vissa problem utan segregerar bort dem genom att bortse från dem) kan jämföras med Karin Winroths *separerande maxim*, som separerar administrationen från den professionella rollen (Winroth, 1999). Detta leder till att vissa läkare i bara liten utsträckning identifierar sig med sjukhuset som helhet och till och med externt öppet kan kritisera sin egen arbetsplats. Självklart försvårar detta synsätt att läkare söker sig till chefskap eller blir bra chefer i realiteten.

Winroths *refuserande maximer* för att hantera nya idéer kan också användas för att analysera läkarnas attityd i enlighet med min intervju där läkare till exempel vägrar diskutera sin ledighet eller sitt löneläge med en chef som inte är läkare, (Winroth, 1999). De exempel jag givit är exempel på att använda manipulerande, utmanande och/eller undvikande strategier. För att tydliggöra denna beskrivning kan även Karin Winroths modell med de *dubbla organiseringsprocesser som bara partiellt är integrerade* användas – den professionella traditionen skiljs alltså från management/administrationen (Winroth, 1999).

Mintzbergs modell över chefsarbete (figur 1, sid 6) är intressant då den visar gränsdragningen mellan olika arbetsuppgifter och roller – medlande, kommunicerande, schemaläggande, kontrollerande, ledande, görande och hanterande den interna och externa omgivningen (Mintzberg, 2002). Lojaliteten med den egna yrkeskåren påverkar läkares chefskap och Mintzbergs modell visar på en lösning, nämligen att högsta cheferna skall vara synliga inom vården, stimulera förändring och förbättring i vården och föregå som ledarroller för alla. En chef beskrev (se punkt 9.3.9) hur närvaro av politiker och tjänstemän påverkar klimatet inom hennes verksamhet och att en sådan närvaro ökar trovärdigheten hos de läkare som valt att bli chefer.

### 9.2.3 Läkares inställning till förändring

Läkarförbundets representant nämnde i min intervju att många läkare på sjukhus saknar ekonomisk målbild och har mycket vaga övriga målbilder för att de inte varit med om att sätta dessa långsiktiga mål. Han uttryckte det ungefär som att konformismen gör någonstans att eftersom det politiska systemet går in i detaljer mer och inte vill släppa makten, då går professionen in i detaljer. Alla polariserar och anser att det är de andra som inget förstår. Debatten i dagstidningar om sjukvårdsproblem och om tillgänglighet speglar frustrationen av denna polarisering, när parterna inte har någon gemensam målbild utan ser helt olika problem.

Vid intervju med en läkare som skriver artiklar i läkartidningar berättade han hur han förgäves med sina kollegor försökt diskutera problemet med felaktigt utnyttjande av läkarresurser, som synliggjorts i Skåne. Där visar det sig att man har tillräckligt många läkare, om de jobbar åtta timmar/dag 5 dagar per vecka, för att varje person skulle ha tillgång till läkare trettio minuter per vecka. Hans slutsats blir att vi bör omstrukturera, vilket också inbegriper ledarskapet inom vården och läkarens roll så denne blir tvungen att agera mer kostnadseffektivt, med mer patientarbete, ännu större roll som teamledare. Hans förslag är därför att starta en arbetsgrupp kring vårdens organisering och fastställa det bästa sätt att arbeta och hur utbildningen skall vara för att klara detta. I England har man gjort detta i ett projekt som kallas Tomorrow's doctor. Han har tittat på det privata Caphio Sankt Görans akutmottagning eftersom dessa måste ta hänsyn till ekonomin och konstaterat att några andra sjukhus tagit efter detta goda exempel. Han inser att privata exempel är svåra att få gehör för inom offentlig sektor, men studenterna utvecklas och har en mer progressiv syn.

#### 9.2.4 Sammanfattande analys av läkares inställning till förändring

Ovanstående inställning till förändring är exempel på kombinationen av Karin Winroths undvikande, utmanande och manipulerande strategier som organisationen antingen använder medvetet eller omedvetet, när samtycke eller kompromiss inte är rimliga som strategier, för att möta den externa miljöns krav (Winroth, 1999, sid 39). Hon beskriver ett exempel, där en vårdenhets utsätts för olika aktörers politiska spel använder olika taktik under de 14 år studien varar, vilket gör att förändringen inte får något slutgiltigt resultat (Winroth, 1999, sid 40).

Inte bara den ekonomiska realiteten utan även den medicinska utvecklingen kräver ett förändrat arbetssätt och Mintzberg ser lösningen i ett ökat meningsutbyte mellan linjen och beslutsfattare. Denna analys gav samma resultat. Mintzbergs slutsats att chefer, politiker och beställare bör finnas med nere i verksamheten och förtydliga de krav som ställs på vården kan underlätta omställningen och förbättra beslutsunderlagen för chefnivån och för politiker (Mintzberg 2002, sid. 205). För att få med sig alla läkare i en omvandling av detta slag bör medicinen vara företrädd som beslutsfattare ansåg den redaktör jag intervjuat. Framtidens doktorer ser han mer hoppfullt på.

#### 9.2.5 Läkare och ledarskap

Den representant för läkarfacket som jag intervjuat påpekade vikten av att läkare lär sig att det inte är farligt att leda andra, att känna trygghet i rollen, för genom positiva spiraler väcks insikten, att man faktiskt är duktig inte bara på att leda patienten i dennes väg mot ett friskt liv, utan även kan påverka sjukvården. Frågan är hur de skall upptäcka denna talang, som de flesta inte har utbildning i och i en omgivning där detta inte är meriterande.

Läkarförbundet och många jag intervjuat bekräftar att läkare bara vill ha läkare som närmsta chef att "ha utvecklingssamtal". En ansåg dessutom att det inte fungerade att ha en chef som inte hade rätt specialitet. Läkarförbundet går ut med att de vill att läkare är chefer, men ännu viktigare är att säkerställa att den blivande chefer har bra ledaregenskaper. "Det är till förfång för läkarna, att de inte kan uppleva det som annat än besvärande att leda sina kollegor."

Det är säkert många doktorers uppfattning att sjuksköterskor inte kan göra sig gällande för att de saknar medicinsk kompetens, men verkligheten speglar inte alltid denna uppfattning, bl.a. visar forskning att offentlig primärvård leds av bara 33% läkare och min intervju om organisationen på ett slumpmässigt valt större länssjukhus i Sverige visade att de har färre än 50% läkare som verksamhetschefer. Kontroll med ett annat jämnstort sjukhus visar att dessa har 83% läkare. Nu har de yngre läkarna reagerat liksom utbildningsansvariga, genom att satsa mer på ledarutbildning under alla steg i läkarutbildningen.

#### 9.2.6 Analys av läkares inställning till ledarskap

Sekundär socialisation av ledarskap har inte läkare (utom de allra yngsta) uppnått i sin utbildning eller genom en naturlig inläring av ledarskap genom samspel med andra personer (Winroth 1999, sid 31). Risken är att rollen uppfattas som en alldeles för vag och oprecis arbetsuppgift för att någon skall vilja riskera sin framtid genom att ta på sig denna, särskilt utan garantier för framtiden. Samtidigt bör läkare diskutera ovanstående utveckling och antingen acceptera den eller våga satsa på utbildning och på chefskap.

För att nå en situation där chefskap blir en merit och något som alla vinner långsiktigt på bör man ta lärdom av Bill Doolins konklusion att organisationen totalt bör diskutera och tydliggöra chefsrollen (Doolin, 2001, sid. 247).

### 9.3 Ledningens och ägarrepresentanters agerande

Ovanstående stycken utgjorde analysen av läkares agerande enligt de intervjuer jag genomfört. I nedanstående stycke kommer fokus att rikta mot hur de intervjuade uppfattat att ledningen och ägarrepresentanter agerar i frågor som rör verksamhetschefskap. Här heter kapitlen: vikten av att ha chefsförebilder, vikten av uppskattat, långsiktigt och meriterande ledarskap, vikten av nätverk, vikten av chefsutbildning för läkare, vikten av information från ledning, beställare och politik och vikten av integrerade ekonomifunktioner. Kapitlen interfolieras av analysdelar med samma rubrik.

#### 9.3.1 Vikten av att ha chefsförebilder

En av mina intervjuade verksamhetschefer ansåg administrativt välutbildade och duktiga läkarchefer som essentiella förebilder i verksamheten och som förändringsledare. Hon konstaterar att det historiska inom sjukvården är att det inte är fint att bli chef utan snarare föraktas, men däremot är man förtjust om man blir tillfrågad av statusskäl. Läkare delar gärna upp folk i vi och dem. En annan intervjuperson uttrycker det starka normativa tryck som finns bland läkare genom att konstatera att sjuksköterskor är sämre än läkare med god ledarutbildning. Detta skulle bero på att den bristande medicinska kompetensen gör att de inte kan göra sig gällande och därför är de olämpliga som verksamhetschefer.

Läkarförbundets representanter tar i mina intervjuer upp vikten av att diskutera chefskap och den nuvarande utvecklingen bland läkare med mål att få fram positiva förebilder. Sjuksköterskor får fler och fler förebilder i och med att fler blir verksamhetschefer. En verksamhetschef/läkare jag intervjuat konstaterar detta och att äldre läkare därför, med ökad frustration, inser att de tappar kontrollen.

### 9.3.2 Analys av vikten av att ha chefsförebilder

Uttalandet ovan om att enbart läkare kan göra sig gällande som verksamhetschefer pekar på den frikoppling som råder mellan den tekniska och den institutionella miljön (Meyer & Rowan, 1977, sid 346). Segregering är en likartad tolkning, (Czarniawska, 1997) som kan bli effekten om läkarna väljer att inte lösa konflikten eller med Karin Winroths terminologi separerande maxim (Winroth, 1999). Det är viktigt att kortsluta avståndet mellan läkarna och den omgivning som beställer vården.

Vikten av rollmodeller och förebilder har Ulla Eriksson-Zetterquist beskrivit (2008) som en mer eller mindre undermedveten process av identifiering, imitation och förhandling med andra. Således är det viktigt att läkare ständigt har duktiga läkarchefer synliga i vardagen, både nära och på håll, så man både ser ledarskapets positiva och inte bara dess negativa sidor och då kontinuerligt skapar sin bild av verkligheten för läkare som chefer. Risken är annars att, eftersom läkare gärna vill ha läkare som sin närmsta chef, de tydligt ser påfrestningarna, som dessa läkare utsätts för i det dagliga arbetet med att finna tillräckligt med vårdplatser, tillräckligt med personal, lönefrågor och liknande administrativa frågor. Det positiva i chefsarbetet ser blivande läkarcheferna inte lika tydligt, både för att chefer högre upp inte är särskilt synliga i vården enligt de intervjuer jag och Rebecka Arman et al genomfört och för att cheferna högre upp oftare har annan bakgrund än som läkare och därför inte är förebilder.

### 9.3.3 Vikten av uppskattat, långsiktigt och meriterande ledarskap

En chef jag intervjuat säger att det finns en väldigt lång tradition att läkare alltid jobbat kliniskt och helst skall kunna detta bäst av alla för att vara chef och att någon annan skött det administrativa jobbet. Nu för tiden, säger hon, sätts det press på läkare att ta ansvar för ekonomi, för kostnadseffektivitet och för säkerhet och det blir de rädda för, eftersom det är ett så tydligt ansvar.

En intervjuad från läkarfacket ansåg att chefsersättningen inte motiverar läkare utan det viktiga är att ha ett bättre förhållningssätt till avveckling och tillsättning med inskolning och genom att hantera folk civiliserat efter chefskapet. Där har en utbildningsansvarig jag intervjuat berättat att man numera får ett halvårs övergång/inskolning med alla kostnader betalade.

### 9.3.4 Analys av uppskattat, långsiktigt och meriterande ledarskap

Problemet med att läkare ofta har ett tidsbegränsat förordnande är exempel på refuserande maxim där läkaren belönas och bedöms mer för sitt professionella än för sig manageriella agerande. Ett sådant strukturfel kan ändras om det blir meriterande långsiktigt och inför kollegor, att man har tagit på sig extrauppgifter. Exempel kan vara att bli kvalitetsansvarig, säkerhetsansvarig, delta i utvecklingsprojekt, i långtidsplaneringen eller i budgeteringen, i semesterplanering, vid rekrytering av kollegor eller dylikt förutom i ledarutbildning.

Chefskap bland läkare upphör på vissa ställen att vara tidsbundet och på andra får man en lång övergångsperiod vilket visar att förändring sker. Meriten att ha lett förändring genom sin personal bör tas till vara så att den som söker ett chefsarbete kan känna sig trygg i att detta ger henne/honom minst lika stora meriter som kollegorna. Bill Doolins konklusion att organisationen totalt bör diskutera och tydliggöra chefsrollen är således en bra sammanfattning även av ovanstående analys (Doolin, 2001).

### 9.3.5 Vikten av nätverk

En chef jag intervjuat beskrev hur läkare hade stabila nätverk under sin utbildning och under sin tjänstgöring. Som chefer får vissa problem att ta strider med sina kollegor av denna anledning. Fördelen är då om de har nätverk av läkare i samma position att diskutera med.

Nätverk kan ha mycket olika utformning och är viktigt för att en chef skall orka med vardagen. Utbildningschefen som jag intervjuat beskriver de olika utbildningar som nya läkare och andra numera sedan knappt 10 år tillbaks få genomgå. Situationen blir således bättre och bättre i takt med att dessa chefer med ledarutbildning kommer ut med sina större nätverk inom regionen med vilka de vant sig att diskutera svåra ting.

### 9.3.6 Analys av vikten av nätverk

Nätverkande bör uppmuntras bland läkare som är chefer så att avsaknaden av det naturliga nätverk som gamla kollegor är när man arbetar som läkare inte blir så smärtsam. Med detta nätverk kan man diskutera alla de frågor i vardagen som Karin Holmblad Brunsson diskuterar (2007) och som många inte inser hur jobbiga de är. Särskilt viktigt är det för läkare, eftersom de har en så lång utbildning ihop med kollegor (sekundär socialisering) och så stark samhörighet med sina arbetskollegor då bilden av deras *själv* skapats (Winroth, 1999). För läkarchefer som har jämförelsevis mycket kort chefsutbildning är det extra viktigt med detta eftersom de skall kunna hantera de olika strategier deras underställda kan ta till för att hantera omgivningens krav (Winroth 1999).

### 9.3.7 Vikten av chefsutbildning för läkare

Läkaryrket är det yrke som har längst formell utbildning av alla varför utbildning i sig inte är något okänt. Under sin inledande *läkarutbildning* får läkarna numera, även om det oftast är sent i utbildningen, ca 3-5 heldagars ledarutbildning. Som ett exempel har man i Västra Götalandsregionen (VGR) 3 dagars utbildning termin 9 eller 10 sedan hösten 1999. *Generell utbildning* ges 1 vecka för alla *allmäntjänstgörande (AT)*-läkare sedan 2004. Specialisttjänstgöringsläkare får delta i ett tvåveckors utvecklingsprogram, *ST-ledarskap i vården*. Försök sker nu med en *pilotgrupp* inom VGR med *ledarskaps-ST* som går ut på att de som är intresserade tidigt av ledarskap får förlängd utbildning 1,5 år för att gå utbildningar, assessment, en s.k. kandidatexamen. Av pilotgruppens 5 deltagare kan 3 tänka sig bli chefer på sikt medan 2 vill ha mer kunskap för att bättre kunna jobba med utvecklings- och förändringsarbete.

Alla chefer inom primärvården i VGR utses numera genom en s.k. assessment. Några chefer har gått *chefskandidatkurs* ihop med andra personalkategorier från olika sjukhus innan de blivit chefer. Kursen pågår under 25 dagar på ett år. Introduktionsprogram för nya chefer (mest första linjens chefer och vårdenhetschefer, men verksamhetschefer blir vanligare) genomförs en gång per termin inom VGR under 8,5 dagar med olika moduler som olika personalchefer håller. Efter år 2000 har ett hundratal överläkare/specialister gått igenom ett *verksamhetschefsprogram* på rekommendation av sin områdeschef. Ca 8 personer får en 20 dagars kurs med en extern konsult.

Representanten från Läkarförbundet uttrycker visionen om chefsutbildning som att utbildning om ledarskap skall ligga som en medveten strimma under utbildningen, som medvetandegör en annan karriär så de lär sig ta ansvaret och inte sitter på läktaren och "duckar från sitt perspektiv utan ser helheten och får en holistisk syn".

### 9.3.8 Analys av vikten av chefsutbildning för läkare

Sammanfattningsvis kan man konstatera att utbildningen ökat även för läkare men först de senaste tio åren. Det kommer att ta tid innan en tillräckligt stor del av dessa chefer blir verkligt synliga för alla som förebilder och i debatten på sjukhusen att de gör skillnad. Under tiden har andelen läkare som chefer sjunkit både inom primärvården och på länssjukhusen. Undantagen är universitetssjukhusen där det inte bara räcker att vara läkare utan där många anser att man skall vara disputerad för att vara aktuell för chefstjänst.

Infriande av Läkarförbundets vision ovan skulle kunna leda till att de dubbla organiseringsprocesserna integreras i läkarnas ögon och att de blir bekvämare med ledarskapsfrågor än idag (Winroth 1999, sidorna 215-218 och 241 ff). Att som chef lära sig hantera de olika strategier och maximer som läkare använder för att klara sin vardag och att lära sig utnyttja dem för att bli en bra chef och ledare, kräver kunskap om fenomenen och utbildning. En persons *själv* skapas genom samspel med andra personer enligt Karin Winroth. För att klara sin chefsuppgift behöver man lära in detta under en längre tid och bli trygg i att lämna gammalt beteende (Winroth 1999, sid. 28 ff).

Att merparten läkare egentligen saknar formell chefsutbildning påverkar läkares förhållningssätt till och vilja att acceptera chefsuppgifter och således frågeställningen för denna uppsats.

### 9.3.9. Vikten av information från ledning, beställare och politik

En av mina intervjuade verksamhetschefer uttrycker att bristande information gör henne otydlig som ledare. En vanlig beskrivning av samma symtom är när personal inom vården skämtar om att de får läsa om omorganisationer inom regionens sjukhus i Göteborgs-Posten. Även om detta säkert är en överdrift, har det ofta legat sanning i påståendet. Det är således en viktig fråga att analysera hur sjukhuset organiserats så att chefer får information från ledningen, från beställarna av sjukvård och från politiken.

En chef konstaterar att om man får tag i en läkare som är intresserad av ledarskap så är läkaren den mest suveräne ledaren för denne har då helhetsgreppet. Hon konstaterar att i dagsläget är det väldigt få som är intresserade och att de inget vet om beslutsordningen, inget om politikens villkor, inget om att de arbetar i en offentligt organiserad organisation. Hon berättar att detta mönster mycket sakta håller på att brytas upp genom att politiker är mer synliga inom primärvården och nyligen även besökt en klinik på universitetssjukhuset. Verksamhetens alla chefer träffar politiker och tjänstemän många gånger om året för informationsutbyte och för diskussion, vilket hon anser tydliggör de krav och mål som ställs på de anställda och särskilt på cheferna. Den resan bör börja från botten om målen skall nås. Således får dessa doktorer direktinformation från politiker och tjänstemän och tillsammans översätter de krav och förväntningar och kan därigenom undanröja bekymmer och frågetecken gemensamt.

Tjänstemannen från Läkarförbundet centralt uttrycker att ett stort problem är avsaknaden av gemensam målbild, vilket är en effekt av det som ovan nämnts om avståndet mellan läkare, deras klinikchefer och annan personal å ena sidan och sjukhusledningen, politikerna och beställarna å den andra. En sådan gemensam målbild skapas genom en ständigt pågående dialog och är inte en engångsföreteelse. Tjänstemannen från utbildningsavdelningen gav mig information om att Västra Götalandsregionens universitetssjukhus har en grupp med 500

chefer som träffar sjukhusdirektören 1-2 gånger per termin, vilket hon såg som att utveckling går framåt. Dessutom har jag läst senaste numret av SU-Magasinet (nr 3 2008) med referat av alla de många förslag som arbetsgrupper med chefer inom sjukhuset arbetat fram vilket också tyder på att universitetssjukhusets ledning insett problemställningen och engagerar sjukhusets chefer i att skapa en gemensam målbild om framtiden.

Även den utbildningsansvariga inom universitetssjukhuset diskuterade risken med otydliga mål, uppdrag och ansvar. Bland annat i samband med den nya rollen som läkarchef (ibland kallad VÖL) som införts på sina håll där risk finns att de ” blir gisslan för de har inga pengar utan bara verksamhetsansvar, ekonomiskt ansvar och personalansvar. Otydliga roller, uppdrag och ansvar, otydliga mandat, otydliga mål och uppdragsbeskrivningar har hon sett på många håll.” Medvetenheten om detta ökar och styrningen har blivit tydligare men det har tagit tid.

### 9.3.10 Analys av vikten av information från ledning, beställare och politik

Chefer är viktiga då de översätter information från omgivningen om dess krav och förväntningar (Czarniawska & Joerges, 1996). Om GP blir organet där man som chef får informationen fortast finns risk för segregering från organisationens sida (Czarniawska 1996). Chefens beskrivning i 9.3.9 visar att vissa börjat arbeta som Mintzberg föreslog, i detta fall för att beställaren är van vid detta arbetssätt från kontakt med privata operatörer och naturligt fört in detta (Mintzberg, 2002). Mintzberg diskuterar i sin skrift om sjukvården att den sjukhusdirektör han analyserat befinner sig mycket långt från verksamheten och föreslår att ledning inom sjukvårdssystemet i framtiden skall befinna sig *överallt* och inte avstå från att själva se verksamheten (Mintzberg, 2002, sid 205). Mintzbergs iakttagelse är viktig eftersom sjukhusledningen står för selektionen av informationen till politiker och tjänstemän. Annars kan organiseringen orsaka frikoppling (enligt Meyer & Rowan, 1977) och således en kultur av ”vi” och ”dem” och brist på förståelse att politiker representerar skattebetalarna. Rent pedagogiskt krävs närvaro och naturlig kunskap om sjukvårdens problematik, för att personalen i det dagliga arbetet skall känna motivation att exempelvis effektivisera sina processer för att spara pengar. Genom annat sätt att arbeta får politikerna alltid information som silats genom flera lager personer och borde själva överväga om detta är optimalt. Som ledning är det min erfarenhet att man blir tydligare och bekvämare i sin roll om man talar av egen erfarenhet och de man möter känner detta, vare sig det handlar om personalen eller med beställaren.

Ett problem är att få läkare att engagera sig i att ta fram dylika gemensamma målbilder och visioner för framtiden. Som ett sätt för professionella yrkesgrupper ingår att man hanterar förändringar i den rådande kulturen genom olika strategier. En variant som en del läkare använder är den refuserande maximen (Karin Winroth, 1999) i vilken ingår att man refuserar exempelvis styrning eller att engagera sig. För att motverka denna krävs att de ansvariga läkarna upplever att engagemang lönar sig och att de känner sin kompetens vara efterfrågad. Då krävs att formerna är rätt och att man diskuterar öppet och konstruktivt med mål att lyfta verksamheten både när man göra långtidsplaner och ettårsbudgets tillsammans med ledning och med de medicinskt ansvariga läkarna. Före detta läkarchefer kan i detta sammanhang vara mycket goda rollmodeller.

Bill Doolins artikel visar också på vikten av att motverka frikoppling genom att förhandla om rollernas gränser inom sjukvården. Författarens konklusion är att läkarchefer har en diskursiv maktpåverkan genom att påverka övriga chefers språk, tankesätt och agerande. (Doolin, 2001). Min tolkning av Bill Doolins artikel, efter analysen av intervjuerna och utifrån min

erfarenhet, är att om man öppet kan diskutera med läkarchefer och tydliggöra ansvar, befogenheter och påverkansmöjligheter frigörs krafter som kan förbättra förståelsen mellan de olika parterna inom sjukvården som Mintzberg definierat som helt separata (Mintzberg, 2002).

### 9.3.11 Vikten av integrerade ekonomifunktioner

Denna fråga relaterar till första delen av frågeställningen för denna uppsats. Läkarförbundet diskuterar enligt ovanstående referat att läkare med något äldre utbildning saknar ekonomiutbildning och varje dag hanterar stora kostnader. För detta kritiserar man i stället för att ägna mycket tid åt att ge dem utbildning och ta en diskussion om åtgärder för att minska kostnaderna. Dessutom visar mina intervjuer att ekonomifunktionen inom några offentliga sjukhus inte ingår i den dagliga verksamheten som klinikekonomer och att dessa geografiskt kan befinna sig flera mil bort. I ett intervjufall har jag förstått att en ekonom kan vara ansvarig för två kliniker (där den ena chefen har 250 anställda). En verksamhetschef beskrev att logiken som ledare påverkades av bristande informationen uppifrån och bristande förståelsen för verkligheten. ”Alla såg detta för jag blev otydlig. Jag hanterade det genom att inte tala ekonomi med dem. Underförstått förstod jag att jag var tvungen att dra över.”

En läkare jag intervjuat i annat sammanhang svarade att han på universitetssjukhuset aldrig gjort excelkalkyler, som de han nyss gjort på den privata kliniken. Dessa kalkyler medförde att han bytte metod mot en lika välfungerande men billigare. ”Mina kollegor hade trott jag förlorat förståndet om jag gjort detta även om jag som skattebetalare förstår att det varit bra.”

### 9.3.12 Sammanfattande analys av vikten av integrerad ekonomifunktion

Sjukvård är en personalintensiv verksamhet och personal behöver information för att motiveras. Chefer inom sjukvården har mycket stora dagliga bekymmer och cheferna tyngs av bristande ekonomisk stöttning som skulle kunna möjliggöra djupare verksamhetsanalys och förbättring av verksamheten. En integrerad ekonomifunktion skulle kunna fungera som kraft som motverkar frikoppling mellan läkarna och ledningen (Meyer & Rowan, 1977). De skulle hjälpa verksamhetscheferna översätta det som annars förblir obegripligt eller svårtydligt för dem (Czarniawska & Joerges, 1966) och också överbrygga den partiella integrationen mellan verksamhet och administration (Winroth, 1999, sid 215-218, 241 ff). Dessutom kunde de separerande krafterna minskas (Winroth, 1999).

## 9.4 Slutsats av delanalysen av intervjustudien

### 9.4.1 Läkares agerande

Läkares agerande påverkas starkt av deras långa utbildning och professionella träning till en ganska unik inställning till identitet och lojalitet med sina kollegor (Winroth, 1999). Genom separerande tankesätt kan vissa ha olika syn på administration och på läkaryrket liksom till olika typer av förändring. Genom refuserande tankesätt kan vissa se vissa arbetsuppgifter som ointressanta eller sådana just de inte behöver utföra. Yrkesidentiteten skapas av arbetsuppgift och social roll (Czarniawska, 1996) och problem segregeras bort. Man tillgriper, medvetet eller omedvetet, olika strategier för att nå sina mål (samtyckande, kompromissande, manipulerande, utmanande och/eller undvikande) beroende på inställning till förändringen (Winroth, 1999).



Mintzbergs modell över chefsarbete visar gränsdragningen mellan olika arbetsuppgifter och roller – medlande, kommunicerande, schemaläggande, kontrollerande, ledande, görande och hanterande den interna och externa omgivningen (Mintzberg, 2002). Lojaliteten med den egna yrkeskåren liksom förändringsviljan kan påverkas om högsta cheferna är synliga inom vården, stimulerar förändring och förbättring i vården och föregår som ledarroller för alla.

Alla i organisationen, alltså även läkare, bör diskutera och tydliggöra chefsrollen så att chefskap blir en verklig merit och en långsiktig lärdom man kan använda (Doolin, 2001). Risken är att rollen annars uppfattas som alldeles för oprecis för att någon skall vilja riskera sin framtid genom att ta på sig denna, särskilt utan garantier för framtiden. Läkare bör diskutera utvecklingen med minskat antal läkare som chefer och antingen acceptera den eller våga satsa på utbildning och på chefskap.

#### 9.4.2 Ledningens och ägarrepresentanters agerande

Ledningen och olika ägarrepresentanter bör engagera sig för att minska risken för frikoppling mellan den tekniska och den institutionella miljön (Meyer & Rowan, 1977) och segregering (Czarniawska, 1997) som kan bli effekten om läkarna väljer att inte lösa konflikter mellan administrationen och sin professionella roll genom separerande maxim (Winroth, 1999). Ett sätt är att bejaka goda rollmodeller och förebilder (Eriksson-Zetterquist, 2008). Läkares långa samarbete kan göra att chefsrollen avskräcker än mer om inte ledningen kan medverka till nätverkande bland chefer för att hjälpa dem hantera alla personalproblem som kan uppstå (Holmblad Brunsson, 2007).

Det bör långsiktigt bli mer meriterande från ledningens och kollegornas sida att man har tagit på sig extrauppgifter genom olika modeller – övergångsperioder, liknande andra uppgifter, fortsatt ledarutbildning mm. Organisationen bör diskutera och tydliggöra chefsrollen (Doolin, 2001). Det kan också vara problem är att få läkare att engagera sig i att ta fram gemensamma målbilder och visioner för framtiden genom exempelvis refuserande maximen (Karin Winroth, se ovan sidan 5). Formerna bör vara rätt så att de upplever att engagemang lönar sig och att de känner sin kompetens vara efterfrågad. Då utgör f.d. läkarchefer goda rollmodeller eftersom läkarchefer har en diskursiv maktpåverkan genom att påverka övriga chefers språk, tankesätt och agerande. (Doolin, 2001). Om man öppet kan diskutera med läkarchefer och tydliggöra ansvar, befogenheter och påverkansmöjligheter frigörs krafter som kan förbättra förståelsen mellan de olika parterna inom sjukvården som Mintzberg definierat som helt separata (Mintzberg, 2002).

Chefsutbildningen ökar bland läkare vilket kan leda till att de blir bekvämare med ledarskapsfrågor än idag (Winroth 1999). Läkarchefer bör lära sig hantera och utnyttja de olika strategier och maximer som läkare använder. En persons *själv* skapas genom samspel med andra personer och under en längre tid. Först därefter kan man tryggt lämna sitt gamla beteende och sin roll (Winroth 1999).

Chefer översätter omgivningens krav och förväntningar (Czarniawska & Joerges, 1996) och dålig sådan riskerar segregering från organisationens sida (Czarniawska 1996) med en ”vi” och ”dom” kultur. Mintzberg föreslår att ledning inom sjukvårdssystemet själva skall se verksamheten (Mintzberg, 2002) eftersom de står för selektionen av informationen till politiker och tjänstemän. De kan då själva se verksamhetschefernas stora dagliga bekymmer och skulle uppfatta deras brist på bland annat ekonomer. En integrerad ekonomifunktion skulle kunna motverka frikoppling mellan läkarna och ledningen (Meyer & Rowan, 1977),

översätta omgivningens krav för verksamhetscheferna och för personalen (Czarniawska & Joerges, 1966) och överbrygga den partiella integrationen mellan verksamhet och administration (Winroth, 1999).

## 10 Syntes av de tre delanalyserna

### 10.1 Läkares agerande

Min studie av tidskrifter, en verksamhetschefs vardag och några intervjuade personer visar att läkares agerande i sin vardag påverkas av den långa utbildningen och träningen. Nedan söker jag ge några exempel på de analysresultat jag dragit i de tre ovanstående kapitlen och kopplar dessa till några exempel ur intervjuer eller tidskriftsstudien.

Lojalitet och yrkesidentitet skapas genom den närhet man når under utbildning och träning (Czarniawska, 1996) och forskningen visar att professionella som läkare och advokater använder olika strategier alternerande för att nå sina och kollegornas mål - samtyckande, kompromissande, manipulerande, utmanande och/eller undvikande (Winroth, 1999). Ett tydligt exempel på detta refererades ovan i artikeln som bland annat nämner jargongen som utvecklas under studieåren och som kan leda till att läkare kan undvika kontakt med vissa chefer. En chef jag intervjuat talar om professionsidentiteten där läkare oftast umgås med andra läkare. Att frågå denna yrkesidentitet och den yrkesroll man spelat för att gå in i en verksamhetschefsroll utan tydligt innehåll och gränser kräver mycket.

Läkare som chefer bör kunna hantera de olika tankesätt läkare har – separerande, refuserande och sekventiellt (Winroth, 1999). För att nå denna mognad krävs utbildning (Holmblad Brunsson 2007) och en verksamhetschef jag intervjuat diskuterar hur lite sådan denne fått, utan i stället fick tillgripa imitation av förebilder som hon bedömde var bra.

Verksamhetschefer som är läkare påverkas av sina dubbla roller och av att de kan komma att återgå till sin läkarroll senare. Verksamhetschefen jag analyserat talar om att det inte alltid bara är positivt att ha kvar sin gamla läkarlojalitet. Diskussion bland läkare och chefer om vad chefsrollen innebär så att den blir en merit och en användbar lärdom i framtiden, är viktig (Doolin, 2001) så att rollen lockar fler. En läkare bland mina intervjuer beskrev talande vikten av att ha läkare som chefer och att nedbrytning av enheterna till mindre enheter med tydligare mål skulle underlätta för fler läkare att bli chefer och trivas i rollen.

Läkare bör diskutera det minskande antalet läkare som chefer och förhålla sig till detta. Denna diskussion måste också ske i de tidskrifter som läkare läser för att underlätta faktaspridning och debatt. Därvidlag är artikeln som Gunnar Németh skrivit som sagt föredömlig.

### 10.2 Ledningens och ägarrepresentanternas agerande

Ledningen och olika ägarrepresentanter engagemang visar sig i mina analyser i ovanstående tre kapitlen för att minska risken för frikoppling (Meyer & Rowan, 1977) och segregering (Czarniawska, 1997) inom sjukvården. Risken är annars att läkare separerar sig från administration och bara bejaktar sin professionella roll (Winroth, 1999). Både i mina intervjuer och i läkarstudien syns avståndet mellan ledningen och verksamhetscheferna som ett problem för chefens trovärdighet. Denna stöttning och närvaro kan ske på olika sätt visar mina analyser. Ledningen bör arbeta för fortsatt utökad chefsutbildning, för ökad information från

och närvaro av ledning, beställare och politiker och genom stöttning av ekonomer så att verksamhetscheferna blir tryggare och tydligare i sin roll. Intervjuerna, tidningsartiklarna och läkarstudien visade att läkare får mycket kortare ledarutbildning än andra yrkesgrupper får. Man bör därför förse läkare med tydliga chefsförebilder och med nätverk med olika bakgrund, men också sådana med läkarbakgrund. Ledningen bör underlätta den mer eller mindre undermedveten process av identifiering, imitation och förhandling med andra som rollmodeller och förebilder är (Eriksson-Zetterquist, 2008). Med sina rollmodeller och med sitt nätverk kan man diskutera svårhanterliga personalproblem mm (Holmblad Brunsson, 2007).

I långa tider visar mina studier, har läkare haft chefskap under kortare perioder. Genom att omorganisera så man ser långsiktigt på verksamhetschefskap och genom att använda tidigare chefers erfarenheter borde detta leda till att dess status höjs och sjukvården utnyttjar de kunskaper man investerat i. Organisationen totalt bör diskutera chefsrollen så den tydliggörs (Doolin, 2001). Tydliggör man verksamhetschefens ansvar, befogenheter och påverkansmöjligheter kan förståelsen mellan olika parter inom sjukvården förbättras (Mintzberg 2002). Fördelen om politiker och tjänstemän blir synligare inom sjukvården är att långsiktiga lösningar på dagliga bekymmer skulle tvingas fram (Mintzberg, 2002).

## 11. Egna erfarenheter och reflektioner

Under min tid som sjukhuschef reflekterade jag över skillnaderna mellan den verklighet som vi som privat sjukhus levde i och den offentliga sjukvården, så som jag förstod den av egna erfarenheter, av vad jag läste i GP och av vad beställarenheten sporadiskt berättade. Vid de ständiga kontakter jag hade med beställarenheten fick jag många kommentarer om skillnaden mellan den kultur vi som privata operatörer hade jämfört med den offentliga. Vår tolkning av deras kommentarer var att skillnaden berodde på att vi alltid levde med hotet om att verksamheten kunde upphöra och att varje patient kunde anmäla oss och få politiker att ändra uppfattning om vårt existensberättigande. Fördelen med detta var att vi tack vare kontinuerlig, vägledande dialog mellan vår verksamhet och beställare/politiken hade information om deras krav och förväntningar och om vad som pågick. Vi i ledningen kunde regelbundet delge vår personal denna information på våra månatliga informationsmöten. Ledningen och ledningsgruppen förberedde mötena med beställarna och ibland deltog våra läkare vid själva mötena och drog ärenden. Tack vare detta avdramatiserades frågeställningar och normaliserades tanken om att den som betalar för vården har rätt till regelbunden information om verksamhetens kvalitet och resultat.

Förklaringen att dessa annorlunda kontakter fungerade kan vara att det är enklare att ändra arbetssätt när man får en ny part än när man fortsätter med samma part. Mintzbergs förslag om detta arbetssätt med synligare ledning/politiker/beställare kan vara enklare att införa i nya kundförhållanden än i gamla etablerade (Mintzberg, 2002).

Ett långsiktigt och tydligt ledarskap är en nödvändighet för att bygga upp den gemensamma kunskapsmassa, som behövs inom en stor och personalintensiv verksamhet som ett sjukhus. Detta gäller frågor som ledning generellt, ekonomi, ägarnas krav, beställarfunktionen liksom politikerorganisation. För mig är ett gemensamt ledarskap av den viktigaste funktionen, verksamheten på klinikerna inklusive alla yrkesgrupper, självklart. Det är inte så för alla sjukhus och detta kräver tid och eftertanke för att införa.

Fler intervjuade än jag förväntat tog upp frågan om att läkare bör få tillfälle att använda delar av den kunskap de fått som verksamhetschef om och när detta chefskap skulle ta slut, till speciella arbetsuppgifter. Det torde utgöra en viktig morot för att motivera ytterligare läkare att bli framtidens chefer, som annars kan se den f.d. chefen som martyr. Dessutom tar man tillvara den erfarenhet personen gjort för verksamhetens bästa, fortsätter utveckla denna person och motiverar positiva kraften i verksamheten. Organisationen utvecklas successivt så att man tillsammans långsiktigt utvecklar en gemensam värdegrund (March & Olsen, 1989).

Mina intervjuer förvånade mig också, då så många diskuterade bristen på ekonomer i dagens sjukhusorganisation. Man insåg fördelen för kostnadskontroll och långsiktig tydlighet om redovisningen delas upp i resultatenheter där verksamhetschefen/läkaren engageras i att sätta mål och i att diskutera förändring. För mig är det förvånansvärt att man inte anställer ekonomer i stället för att låta dyra läkarresurser frustreras över frågeställningar man inte har utbildning för. Ekonomer som dagligen lever med i verksamheten kan snabbt tjäna in sin lön genom att ständigt gå igenom kalkyler över materialåtgång, processer och läkemedel mm.

## 12. Slutsatser och förslag till vidare forskning

Verksamhetschefer översätter det man uppfattar som omgivningens krav och förväntningar genom den information man får eller inte får från sina chefer på sjukhusen (Czarniawska & Joerges 1996). Följden av brister i översättningen kan bli ett frikopplat beteende som ger ett ledarskap där man resonerar i termer av ”vi och dem” i stället för att förenas kring ett gemensamt problem som behöver en långsiktig lösning. En facklig företrädare konstaterar att systemet motverkar att motivera många läkare att ta strider med sina kollegor, eftersom deras chefskap länge varit tidsbegränsade och oftast inkluderat tjänstgöring för att säkra framtiden. En verksamhetschef konstaterar att hennes lojalitet med f.d. kollegor är ett bekymmer.

För att få alla läkare att förstå och acceptera den ekonomiska verkligheten krävs att ”översättningen” sker av en som man godkänner och då helst av en läkare. Som en läkare ungefär uttryckte det gör konformismen att eftersom det politiska systemet går in i detaljer och inte vill släppa makten, då går professionen in i detaljer. Alla polariserar och anser att det är de andra som inget förstår. Skall man bryta ner denna polarisering bör antagligen det bli snarare fler än färre läkare som agerar översättare. Bland läkare bör finnas generalister, med holistisk syn som tar chefsrollen och förstår verksamhetens hela realitet och detta bör diskuteras. Läkares tendens att refusera denna diskussion eller tillgripa undvikande eller manipulerande strategier motverkar deras långsiktiga syfte att få en bra vårdverksamhet. Fler sådana som Gunnar Németh måste påverka sina kollegor och debattklimatet (Sjukhuslakaren.se 2008-12-12).

På ett normalstort sjukhus i Sverige är enbart 45% av verksamhetscheferna läkare, på ett annat 73% och inom Primärvården i Sverige vet vi genom Dagens Medicin kartläggning att enbart 33% av verksamhetscheferna är läkare. (Dagens Medicin, 2008-12-12). Hur skall vi kunna organisera vården för att få en aktiv medverkan av den läkarkår som skriver ut läkemedel och bestämmer behandlingar för behövande patienter, att även ta chefsjobb i framtiden om det är så att färre och färre läkare söker chefstjänster?

Min slutsats är att detta kan ske genom att både fortsätta den inslagna vägen med ökad ledarutbildning till läkare som genomgår grundutbildningen, AT och ST för att successivt få in ett bredare synsätt på sjukvård. Men till detta kommer att underlätta för dagens chefer att ta till sig rollen som chef och då krävs stöttning i form av kringresurser som exempelvis ekonomer, som deltar i det dagliga arbetet.

Dessutom tyder intervjuerna på att ledningen kan bli betydligt bättre på att stötta nyblivna chefer så att de omedelbart känner sig utvalda och bekräftade i sina nya roller och på så sätt kan släppa den professionella identiteten och känna sig bekväma i den nya. Målbilder och visioner bör vara en självklar diskussion för att vid starten skapa den atmosfär av kreativitet man vill ha. Till detta hör att låta nyblivna chefer träffa beställare och politiker så man förstår vilken ny omgivning och vilka nya förväntningar som råder. Redan vid tillsättandet bör man diskutera hur man ser på ledningsjobbet och vilken långsiktighet denna tjänst har.

Med denna konklusion av uppsatsen anser jag att uppsatsens syfte har uppfyllts. Många faktorer som påverkar läkares förutsättningar att axla chefspositioner har belysts, i den speciella situation som har uppstått efter att lagstiftningen förskjutit betoningen från professionell kompetens till förmån för manageriell kompetens inom sjukvården.

Förslag på fortsatta forskningsprojekt som kompletterar denna utredning är att utreda eventuella strukturfel i organisationen av sjukvård som försvårar logisk informationskoppling mellan politiker, beställare och cheferna på olika nivåer inom sjukvården. Dessutom borde man forska mer kring hur man skall få läkare att engagera sig i samverkan kring lösning av fördelningsfrågorna om samhällets totala resurser. Mer jordnära forskning skulle kunna röra redovisningsfrågor inom offentlig sjukvård och hur denna skulle kunna läggas upp för att underlätta det dagliga arbetet för verksamhetschefer.

## 13. Referenser

- Arman, Rebecka, Dellve, Lotta, Wikström, Ewa, Törnström, Linda. *What Health Care Managers Do: Applying Mintzberg's Structured Observation Method*. Submitted 2008.
- Brunsson, N. 1989. *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Malmö, Liber.
- Czarniawska, Barbara. 2000. *The Uses of Narrative in Organization Research*. Gothenburg Research Institute, Göteborgs Handelshögskola. Göteborg.
- Czarniawska, Barbara. 2004. *Is It Possible To Lift Oneself By The Hair? And If Not, Why Is It Worth Trying?* GRI rapport 2004:10.
- Czarniawska, Barbara. 2004. *Narratives in Social Science Research*. Sage Publications. London.
- Czarniawska, Barbara & Joerges, Bernward. 1996. *Translating Organizational Change*. New York/Berlin. De Gruyter.
- Dagens Medicin, 2008-11-19,  
<http://www.dagensmedicin.se/asikter/debatt/2008/11/19/en-lakare-kan-och-bor-viss/index.xml>
- Dagens Medicin 2008-11-12,  
<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2008/11/12/sjukskoterskor-dominerar-p/index.xml>
- Dagens Medicin 2008-11-05,  
[http://www.ad.se.ezproxy.ub.gu.se/aa/aa.php?xSHOWDOCUMENT=8540401&xTILLBAKA=1&zold\\_patterns=dagens+medicin&zsection=archive](http://www.ad.se.ezproxy.ub.gu.se/aa/aa.php?xSHOWDOCUMENT=8540401&xTILLBAKA=1&zold_patterns=dagens+medicin&zsection=archive)
- Dagens Medicin 2008-10-29 <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2008/10/29/>
- DiMaggio & Powell. 1983. *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organisation Fields*. *American Sociological Review*. 48(2)
- Doolin, Bill. 2001. *Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand hospital*. *Public Management Review*, Vol. 3 Issue 2, 231–254.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla. September 2008. *Gendered Role Modelling – A Paradoxical Construction Process*. *Scandinavian Journal of Management*. Volume 24, Issue 3.
- Holmblad Brunsson, Karin *The Notion of General Management*. Liber Köpenhamn. 2007.
- Holme, I M., & Krohn Solvang, B. 1997. *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkartidningen  
 2008-06-03, <http://www.lakartidningen.se.ezproxy.ub.gu.se/07engine.php?articleId=9669>.  
 2008-09-16, <http://www.lakartidningen.se.ezproxy.ub.gu.se/07engine.php?articleId=10306>.  
 2008-09-23 <http://www.lakartidningen.se.ezproxy.ub.gu.se/07engine.php?articleId=10377>
- March & Olsen. 1989 *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- Meyer & Rowan 1977 *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, *American Journal of Sociology* 83(2).
- Mintzberg, Henry. 1973. *The Nature of Managerial Work*. New York.
- Mintzberg, Henry. 2002. *Managing care and cure—up and down, in and out*. *Health Services Management Research* 15.
- Nordgren Margareth. 2000. *Läkarprofessionens feminisering – ett köns- och maktperspektiv*. Stockholms Universitet.
- Oliver, Christine. 1991. *Strategic Responses to Institutional Processes*. *Academy of Management Review*, 1.
- Singer, M. 1972 *When a Great Tradition Modernizes – An Anthropological Approach to Indian Civilization*. London; Pall Mall Press.)

www.sjukhuslakaren.se 2008-12-12, 12:17 <http://www.sjukhuslakaren.se/site/2008/lakare-behover-stod-for-att-kunna-bli-chefer/>

SUmagasinet 2008, nr 3

Wiedersheim-Paul, Finn & Eriksson, Lars Torsten. 1993 *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber-Hermod.

Winroth, Karin. 1999. När management kom till advokatbyrån. Om professioner, identitet och organisering. Diss.

Öfverström, Helena Steget till chefskap: Om läkare som verksamhetschefer (2008). Diss.

## 14. Bildförteckning:

Figur 1 Frikoppling, sid 5. Meyer & Rowan 1977. *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, *American Journal of Sociology* 83(2): 342, sid 346.

Figur 2, sid 7. Mintzbergs modell för chefsarbete. Mintzberg, Henry. 2002. Managing care and cure—up and down, in and out. *Health Services Management Research* 15,193±206. Sid 195.

Figur 3, sid 11. Samverkande krafter mellan läkares och omgivningens agerande, Ingrid Thulin

Figur 4, sid 16. Aktiviteter, procent av antalet. Arman, Rebecka, Dellve, Lotta, Wikström, Ewa, Törnström, Linda. *What Health Care Managers Do: Applying Mintzberg's Structured Observation Method*. Submitted 2008.

Figur 5, sid 16. Aktiviteter, procent av tiden. Arman et al. Submitted 2008.

Figur 6, sid 16. Deltagare vid alla aktiviteter, procent av tid. Arman et al. Submitted 2008.

Figur 7, sid 16. Aktiviteternas syften (procent av tid). Arman et al. Submitted 2008.