



Att peka mjukt

– *En studie av ledarskap inom vården*

Författare: Christoffer Simm
Turismprogrammet

Jesper Karlsson
Turismprogrammet

Sara Hansson
Turismprogrammet

Handledare: Kjell Arvidsson

Examinator: Mikael Lundgren

Ämne: Företagsekonomi

Nivå och termin: Kandidatuppsats HT-13

SAMMANFATTNING

Uppsatsens titel: Att peka mjukt – En studie om ledarskap inom sjukvården

Seminariedatum: 2014-01-17

Kurs: 2FE74E Kandidatuppsats, Företagsekonomi III, 15 poäng

Författare: Christoffer Simm, Jesper Karlsson och Sara Hansson

Handledare: Kjell Arvidsson

Nyckelord: Ledarskap, chefskap, professionsorganisationer, makt, auktoritet, verksamhetschef, styrning och yrkesidentitet.

Syfte: Syftet med denna uppsats är att visa det eventuella motstånd som idag finns inom professionsorganisationer med att ha en chef med lägre yrkesexpertis än sina anställda. Vi vill lyfta fram vilka kvalifikationer en chef inom en professionsorganisation bör ha och vad det är som gör att cheferna lyckas med sitt chef- och ledarskap.

Metod: Studien har en kvalitativ ansats med ett deduktivt tillvägagångssätt. Insamlingen av uppsatsens empiri har skett genom semistrukturerade intervjuer.

Teoretiska perspektiv: Studien bygger på litteratur inom chef- och ledarskap, även inom professionsorganisationer. Teorier om ledarskap, identitet och makt används som huvudsakliga teoretiska förklaringsverktyg.

Empiri: Studiens empiri utgörs totalt sett av nio stycken intervjuer med verksamhetschefer och läkare från södra delarna av Sverige.

Resultat: Studien kommer sammanfattningsvis fram till att det eventuella motstånd som kan finnas med att ha en icke läkare som chef, inte existerade i de fall vi undersökte. De kvalifikationer som en chef inom en professionsorganisation bör ha är egenskaper som att vara personlig, omtänksam, att styra med hjärtat, lyssna på sina medarbetare, besitta kompetens och är inte vara rädda för att ta beslut och agera då det krävs.

ABSTRACT

Titel: Att peka mjukt – A study of leadership in healthcare

Seminar date: 2014-01-17

Course: 2FE74E Kandidatuppsats, Företagsekonomi III, 15 poäng

Author: Christoffer Simm, Jesper Karlsson och Sara Hansson

Advisor: Kjell Arvidsson

Keywords: Leadership, management, professional organizations, power, authority, director, governance & professional identity.

Purpose: The purpose of this paper is to show potential problems that currently exist within the professional organizations to have a manager with lower professional expertise than their employees. We want to highlight the qualifications required of a manager in a professional organization and what it is that make managers successful in their management and leadership.

Methodology: The study has a qualitative and deductive approach. The collection of empirical material has been done through semi-structured interviews.

Theoretical perspectives: The study is based on literature in management and leadership also based on literature about professional organizations. Theories of leadership, identity and power is used as the main theoretical explanation tool.

Empirical foundations: The empirical data of this study consists of a total of nine interviews with business managers and doctors from the southern part of Sweden.

Conclusion: The conclusion with this study is that the potential problems that may exist with having a boss with a lower professional expertise did not exist in the cases we examined. The qualifications a manager within a professional organization should have is to be caring, they are leading with their heart, listen to their employees, they have qualifications and they are not afraid to make decisions and act when required.

FÖRORD

Ett stort TACK till alla underbara verksamhetschefer och läkare som tagit sig tid att ställa upp på de intervjuer som möjliggjort denna uppsats!

Hans-Peter Eriksson på Landstinget i Kalmar för tidigt engagemang.

Kjell Arvidsson för att du stått ut med oss, alla våra funderingar och gett god handledning genom uppmuntran och konstruktiv kritik. Tack!

Inte att förglömma vill vi tacka våra vänner, kamrater i seminariegrupper och familjer som ägnat tid att läsa igenom text, gett kritik, bidragit med energi och glädje. Utan er hade denna tid helt enkelt varit dubbelt så svår!

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för att vi stått ut med varandra och alla de skratt vi fått på vägen.

Vi bugar och bockar!

Kalmar 8 januari 2014

Christoffer Simm

Jesper Karlsson &

Sara Hansson



Figur 1. Det är inte alltid så roligt för läkare att ha en chef som inte är läkare (Westin: 2002:19)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KAPITEL 1	8
Introduktion	8
1.1 Inledning	8
1.2 Problemdiskussion	11
1.2.1 Problemformulering	12
1.3 Syfte	13
1.4 Avgränsningar	13
1.5 Disposition	14
KAPITEL 2	15
Metod	15
2.1 Forskningsprocess	15
2.1.1 Deduktiv ansats	15
2.2 Forskningsstrategi	16
2.2.1 Kvalitativ ansats	16
2.3 Undersökningsdesign	16
2.3.1 Flerfallstudie	17
2.4 Datainsamlingsmetoder	17
2.4.1 Intervju	17
2.4.2 Semistrukturerade intervjuer	18
2.4.3 Intervjuguiden	18
2.4.4 Om valet av respondenter	19
2.4.5 Intervjuernas genomföranden	21
2.4.6 Intervjueffekten	22
2.5 Tolkning	23
2.6 Forskningskvalitet	24
2.7 Forskningsetik	25
KAPITEL 3	26
Teoretisk referensram	26
3.1 Chefen och ledaren	26
3.1.1 En bra ledare	27
3.2 Yrkesidentitet	28
3.2.2 Skapandet av identitet	29
3.2.3 Sociala praktiker och normer	29
3.3 Auktoritet	31
3.3.1 Makt genom sex dimensioner	32
3.3.2 Sambandet mellan makt och ledare	34
3.3.3 Förändringar i maktförhållande	34
3.4 Teoretisk sammanfattning	35
KAPITEL 4	37
Analys	37
4.1 Chefen och ledaren	37
4.1.1 En bra ledare	39
4.2 Identitet	43
4.2.1 Yrkesidentitet	43
4.2.2 Skapandet av identitet	45
4.2.3 Sociala praktiker och normer	47
4.3 Auktoritet och makt	50
4.3.1 Auktoritet	50

4.3.2 Makt genom sex dimensioner.....	51
4.3.3 Sambandet mellan makt och ledare.....	55
4.3.4 Förändringar i maktförhållande.....	57
4.4 Sammanfattning analys.....	59
KAPITEL 5.....	61
Slutdiskussion.....	61
5.1 Fortsatt forskning.....	63
6. Referenser.....	65
Bilaga - Intervjufrågor.....	68

KAPITEL 1

Introduktion

I detta första och inledande kapitel definierar vi uppsatsens nyckelord och ger en grundläggande introduktion till begreppen professionsorganisation, chef- och ledarskap. Vi diskuterar och formulerar uppsatsens problem och redogör för uppsatsens syfte.

1.1 Inledning

Intresset till denna uppsats grundas i vår företagsekonomiska bakgrund då vi har ett stort intresse för hur ett bra chef- och ledarskap ska bedrivas. Vi fann tidigt ett intresse i hur ledare med lägre formell utbildning kan leda personal som har en högre formell utbildning än chefen själv. Om det skulle vara ett problem eller inte visste vi inte, utan vi fick göra lite efterforskning för att se om det verkligen var ett problem. Idén till uppsatsens ämne tog fart under ett besök på Kalmar landsting där vi fick veta att det finns många chefer inom vården som saknar läkarutbildning och i många fall blir dessa ifrågasatta av läkarna som arbetar under dem. I vissa områden i Kalmar län är detta ett stort problem men i andra delar inte alls ett problem. Vi har kommit att intressera oss för de verksamheter där chefer som är icke-läkare bedriver chefskap.

Det finns många teorier kring ett lyckat ledarskap och ett lyckat chefskap. Kotter (1990) förklarar det som att chef- och ledarskap nödvändigtvis inte går hand i hand. Bara för att någon är chef betyder det inte att personen ses som och agerar ledare och vice versa. Bakka, Fivelsdal och Lindkvist (2006) säger att titeln chef är en tjänst som en person blir tilldelad och innebär att fördela resurser och styra en verksamhet. En ledare är någon som motiverar och inspirerar människor att agera och handla. Det finns tusentals böcker och artiklar som behandlar detta ämne. Vi kan inte på ett kort och enkelt sätt sammanfatta begreppen chef- och ledarskap men i denna uppsats ämnar vi belysa hur chef- och ledarskap ser ut inom professionsorganisationer.

Professionsorganisationer förklaras enligt Mazurek (2011) som organisationer vars personal har en professionell utbildning, så som läkare, jurister, lärare eller militärer. Individer i professionsorganisationer drivs av en yrkeskodex då de socialiseras in i sin utbildning, de är inte byråkrater i grunden utan de har en profession. Ett sjukhus är en typ av institution och byråkrati som organiseras utifrån normer, regler och principer. Vi ser att chef- och ledarskap inom dessa organisationer är intressanta att betrakta, eftersom professionsorganisationer innehåller många yrkeskategorier med olika grader av kompetens och expertis. Att få dessa samspelta kan ses som en utmaning då många specialistyrken ska samordnas och organiseras under en chef. Etzioni (1973) anser att dessa organisationer är väldigt prestige laddade och att stå i spetsen som ledare för dem är i många fall ett dilemma. Vi ser att det finns en risk då chefer ska leda personal med hög expertis, om de själva saknar yrkesexpertis. De kan då känna att de har svårt att greppa vad deras anställda gör vilket kan leda till att de anställda ser sin chef som inkompetent. Slitningar riskerar att uppstå eftersom personalen mister tilltro till sin chef och chefen riskerar förlora sin legitimitet. Vem är det egentligen som ska leda och vara chef i en professionsorganisation? Är det den person som har högst grad av expertis?

Sjukvården är ett exempel på en professionsorganisation men Mintzberg (1999) anser också att de är professionella byråkratier. Inom sjukvården är det personalen som besitter den kunskap som krävs för att organisationen ska vara konkurrenskraftig. De utgör den operativa kärnan som besitter den största expertisen och kunskapen inom det organisatoriska arbetsfältet. Sjukhusledningen i sin tur sitter högst upp i hierarkin, de har kunskap om administration och tar beslut som rör hela organisationen. Om vi ser till vem det är som bestämmer i vården, vem är det då? Svaret är vårdgivaren, det vill säga regioner och landsting vilka styrs av politiker. De ska se till att rätt kompetens finns tillgänglig i form av lokaler samt att det finns ett ledningssystem med möjlighet att bedriva en säker och god vård. På sjukhusen är det förvaltningschefen som har det samlade ledningsansvaret och på vårdcentralerna är det verksamhetschefen. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) finns det idag inget som säger att den som är chef inom vården måste vara läkare. Personalhantering, schemaläggning, kompetensutveckling, budgetuppföljning och

att kostnadseffektivt driva organisationen, är alla arbetsuppgifter som tar allt större plats i dagens chefsarbete (vardhandboken.se, 2013).

Verksamhetschefens roll enligt SOSFS (1997:8) innebär ett samlat ledningsansvar för verksamhet, ekonomi och personal. Verksamhetschefen måste ständigt utveckla och förbättra kvaliteten inom vården för att tillgodose de krav som finns om högsta möjliga patientsäkerhet på sjukhus och vårdcentraler. Verksamhetschefen behöver inte ha hälso- och sjukvårdsutbildning. Däremot bör den ha egenskaper som förmåga att organisera, strukturera, fatta beslut, ta initiativ, ha samarbetsförmåga samt motivera sina medarbetare att hantera pressade och stressiga situationer. Det samlade ledningsansvaret ligger hos verksamhetschefen och kan inte överlåtas till annan befattningshavare. Är verksamhetschefen läkare kan denne vara medicinskt ansvarig men om den saknar läkarutbildning måste det medicinska ansvaret delegeras till en läkare som blir medicinskt ansvarig för verksamheten. Det ingår i verksamhetschefens kompetens att veta när denne bör överlåta ledningsuppgifter till annan part för att säkerhetsställa en hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Vi skulle därför kunna beskriva verksamhetschefen som den person som styr den professionella kunskapen inom vården.

Verksamhetschefen måste leva upp till politikernas krav, de måste se till att vården bedrivs med lönsamhet samtidigt som den måste vara patientsäker. Det är ingen lätt uppgift och det är landsting och regioners uppgift att tackla dilemmat om att bedriva en god och bra sjukvård. Att behöva besöka ett sjukhus kan handla om liv eller död. För de allra flesta är besöket en tid av ångest, oro och hopp om förbättring. Det är därför av yttersta vikt att människor kan lita på sin läkare, sjuksköterska och annan personal som har hand om både sin och sin familjs hälsa. Om en läkare inte litar på sin närmaste chef och till och med gör motstånd mot att ha en annan profession än sin egen som närmsta chef, skulle det då kunna leda till sämre arbetsprestationer? Det skulle då kunna drabba våra nära och kära så de får sämre vård. I vår uppsats vill vi belysa vad som händer när chefen inte har samma professionslegitimitet som sin personal.

1.2 Problemdiskussion

I den gamla skolan finns äldre teorier som bland annat Weber (1924/2007) talar om, att det är den person som kan verksamheten bäst som är den rättmätige chefen och att ledarskap sker genom auktoritet. Fayol (1916/2007) talar om ledarskap som att den person som har bäst generell expertis inom ledarskap, är den som kan leda och vara chef över vilken organisation eller verksamhet som helst. Det låter kanske inte helt orimligt, nej det låter till och med helt vettigt. För varför ska någon som inte har rätt expertis styra en organisation? Den stora frågan blir dock vilken specifik expertis det är teoretikerna talar om? Är det expertis via erfarenhet, profession och utbildning som lämpar sig bäst? Eller ter sig expertis bäst genom hur en person värnar om sin personalstyrka och har ett bra ledarskap? I professionsorganisationer jobbar personer med hög kompetens och därför är kraven höga att chefen ska ha samma kompetens och expertis som personalen.

Vården är en professionsorganisation, en värld som skildras av starka viljor där personal med stor expertis inte enbart arbetar som läkare och sjuksköterskor. De ÄR läkare och sjuksköterskor. Det finns en stark yrkesidentitet och en hög sakkunskap inbäddad i vården. Att vara chef innebär att tackla mycket ansvar men det ligger också en viss prestige i att vara chef. Det gäller inte bara generellt i vården utan överallt. Det är inte alltid det lättaste att ha det yttersta ansvaret, vara beslutstagare, i många fall "the bad one" och den som medarbetarna pratar skit om. Enligt Bolman och Deal (2012) har chefen som ansvar att uppfylla organisationens syfte genom att sätta upp mål och riktlinjer för de anställda så att de gemensamt kan arbeta för att uppfylla målen. För att uppnå förbättring krävs förändring och för att uppnå förändring krävs ett effektivt ledarskap. I ett effektivt ledarskap är chefen en ledare som följs av sina anställda. Vad händer då personalen inte ser sin chef som sin ledare? Vad händer då läkare motsätter sig att ha en chef som inte är läkare? Vi anser att läkarna många gånger ser sig själva som de rättmätiga ledarna. Något som från sjuksköterskornas håll nödvändigtvis inte är lika självklart. I sjuksköterskornas utbildningsplan ingår ledarskapsutbildning, något som inte existerar i läkarutbildningen (Mah.se, 2013). Trots detta väljer läkarna att se sig själva som den självklara chefen. Vem säger att sjuksköterskor ska acceptera dessa läkare som chefer? Varför skulle inte sjuksköterskan kunna vara chef över en verksamhet och

över läkarna? Är det rädslan för förändring som gör att läkare visar ett så stort motstånd till att ha en chef som inte är läkare?

Borgert (1992) anser att genom att låta sjuksköterskor komma in som verksamhetschefer och arbeta med kvalitetssäkring, har en revirkamp skapats mellan läkare och sjuksköterskor. Kan det vara så att läkare tycker att sjuksköterskorna inkräktar på en titel som tidigare tillhört läkarläktet och att det är därför denna revirkamp startat? Är det så att läkare är kvar i Webers byråkratiska tänkande där den person som är bäst lämpad att styra också är den person som besitter störst legitim auktoritet, i detta fall läkaren?

Kihlgren m fl. (2000) säger att verksamhetschefen ska se till att medarbetare förstår de mål som hälso- och sjukvårdslagen har satt för verksamheten. Samtidigt måste verksamhetschefen ständigt arbeta för att förbättra personalens utveckling inom verksamheten. Faktorer som regler och standarder gör det problematiskt och svårt för en chef att bedriva ledarskap. För att chefen ska kunna leda krävs att medarbetare accepterar ledaren. Om läkarna inte kan acceptera en icke-läkare som chef, får de inte en ledare utan bara en chef. Vi ser att det finns en viss problematik då icke-läkare är chefer, då de ska agera ledare och få läkare att följa dem. Det finns studier i hur läkare ska ledas och hur en verksamhetschef ska bedriva ledarskap, men vilka faktorer är det egentligen som gör att en verksamhetschef lyckas? Vi ser att det finns en viktig aspekt i att bedriva ledarskapsstudier inom sjukvården och framförallt för verksamhetschefer, då deras chefskap är väldigt speciellt. Den slutsats och de resultat som kommer fram av denna fallstudie är värdefull för alla som bedriver ledarskaps- och chefsforskning inom professionsorganisationer. De kan genom vår flerfallstudie få riktlinjer för vilken typ av chefskap som krävs inom vården och få förståelse för vad det är som gör att de verksamhetschefer som inte är läkare lyckas med sitt chefskap. Vi ser också att praktiker, det vill säga landsting, regioner, sjukhus och vårdcentraler, ska kunna ta tillvara på uppsatsens material och slutsats genom att lyfta in resultatet i sina verksamheter.

1.2.1 Problemformulering

Det är ingen lätt sak att bedriva chefskap inom en professionsorganisation. Det finns många led av hierarki, normer och värderingar som kan sätta käppar i hjulen för

chefer i olika verksamheter. Många gånger har chefer som saknar professionell utbildning svårt att uppnå legitimitet och acceptans bland sina medarbetare. En grupp som ofta inte vill ledas av någon annan än sin egen profession är läkare. Idag tvingas dock andra än läkare leda och vara chefer över läkarkåren, vilket på många håll har accepterats. Det har gjort att vi intresserat oss för följande frågor:

- *Vad finns det för motstånd idag till att ha en chef med lägre professionsutbildning än sina anställda?*
- *Hur har chefer med lägre formell utbildning än sina anställda gjort för att lyckas med sitt chefskap inom professionsorganisationer?*

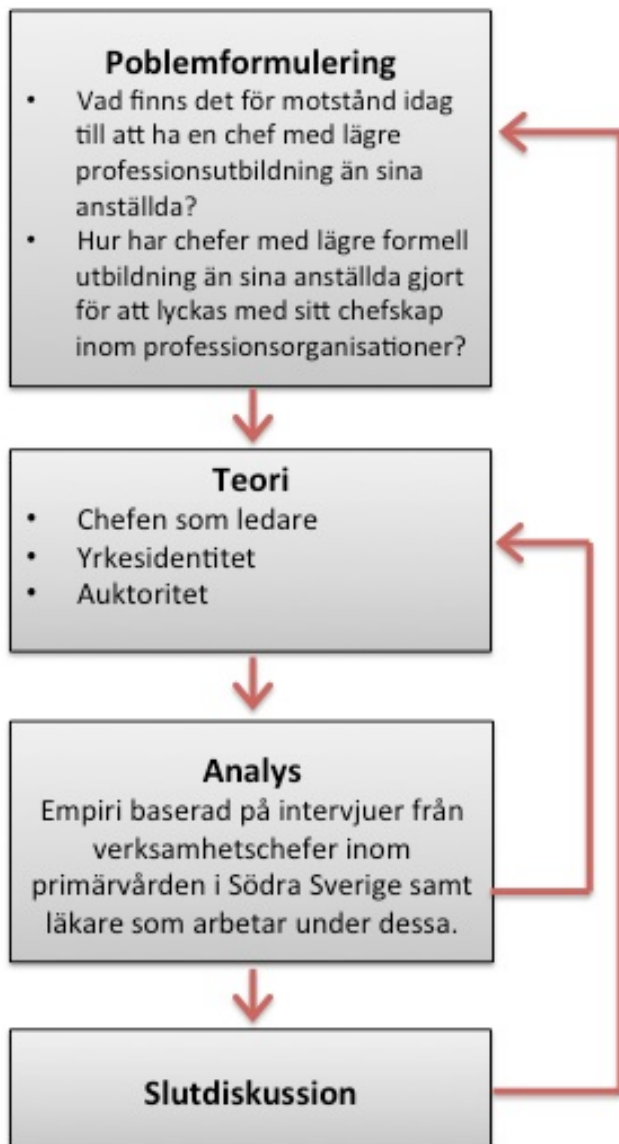
1.3 Syfte

Syftet med denna uppsats är att visa det eventuella motstånd som idag finns inom professionsorganisationer med att ha en chef med lägre yrkesexpertis än sina anställda. Vi vill lyfta fram vilka kvalifikationer en chef inom en professionsorganisation bör ha och vad det är som gör att cheferna lyckas med sitt chef- och ledarskap.

1.4 Avgränsningar

Studien genomförs inom primärvården där det är vanligt förekommande med verksamhetschefer som inte är läkare eller helt saknar medicinsk utbildning. Inom primärvården består den största skaran personal av undersköterskor och sjuksköterskor vilket gör att de skiljer sig från sjukhus som har en större grad av yrken. Vi har gjort valet att inte genomföra vår studie på sjukhus eftersom det där är betydligt vanligare med läkare som verksamhetschefer. Vi har gjort ett urval att intervjua verksamhetschefer som är icke-läkare eftersom vi ämnar ta reda på om deras chef- och ledarskap fungerar. Vi intervjuar även läkare som arbetar under dessa verksamhetschefer.

1.5 Disposition



Figur 2. Disposition

KAPITEL 2

Metod

I följande kapitel beskriver vi den väg vi har tagit, de resurser som funnits till förfogande och som fått oss att lyckas undersöka den verklighet vi kommit i kontakt med. Vi beskriver vår deduktiva företagsekonomiska forskningsmetod som använts i sökandet efter den kunskap vi hittat och sedan vilken metod vi använt för att bearbeta vårt material.

2.1 Forskningsprocess

2.1.1 Deduktiv ansats

Vi anser att en deduktiv ansats lämpar sig bäst i vår uppsats då vi redan har en teoretisk kunskapsbas inom organisation, chef- och ledarskap. En kunskapsbas som vi inte kunde bortse från då vi började sökandet efter ett problem. Redan där såg vi att det finns problem med att personal kan motsäga chefen om personalen anser att den har en bättre expertis än vad deras chef har. Detta gjorde att vi ville hitta ett ämne som behandlade just hur en chef med lägre kompetens kan styra en verksamhet. Vi fann att vården kunde vara ett bra område då vi ansåg att problemet var tydligt med tanke på de hierarkiska leden som finns mellan personalen.

Vi har utgått från en deduktiv ansats som enligt Alvesson och Sköldberg (2008) betyder att vi utgår från den teoretiska bas vi har. Den teoretiska basen vi skapat ligger till grund för olika antaganden som vi vill ha besvarade. De antaganden vi kommit fram till har i sin tur lett fram till vilken typ av insamlingsmetod vi använt oss av för att kunna testa de antaganden vi formulerat. De har även hjälpt oss se vilka avgränsningar som behövs göras för att generera relevant data. Våra antaganden har växt fram utifrån teorierna enligt Yin (2013) och han beskriver att antaganden tas fram utifrån olika teorier som sedan testas i praktiken. När vi samlat in data så har vi analyserat den och satt empiri mot teori vilket resulterat i att antagandena som gjorts innan datainsamlingen antingen kunnat bekräftas eller förkastas.

2.2 Forskningsstrategi

2.2.1 Kvalitativ ansats

Vi har valt att använda oss av kvalitativ ansats eftersom vi ämnar förstå och upptäcka hur och varför något sker. Kvalitativ ansats behövs för att skapa förståelse för sociala sammanhang som fenomen inom mänskliga grupperingar. Denna uppsats lägger stor vikt på ord, berättande och symbolik. Vanliga forskningsinstrument är intervjuer, observationer och fokusgrupper då problemet ses genom respondenternas ögon och vi som forskare försöker förstå hur deras bild ser ut (Denzin & Lincoln, 2003; Bryman & Bell, 2011). Vi har genom intervjuer med verksamhetschefer och läkare på vårdcentraler lyckats skapa förståelse för ett problem och varför detta problem existerar. Våra slutsatser, analyser och information grundar sig på enskilda individers syn på saker och ting. De tolkningar vi därefter gjort är baserade på den förståelse vi som företagsekonomer har. Vi tycker det är viktigt att påpeka att vi saknar förkunskaper om sjukvården och om hur det är att arbeta där.

Förutom den *kvalitativa* ansatsen som vi har valt till vårt arbete finns det även ett angreppssätt inom samhällsvetenskapen som är *kvantitativ* ansats. Enligt Holme & Solvang (1997) innebär kvantitativ ansats att forskaren organiserat samlar in empirisk och kvantifierbar data för att sammanfatta i en statistisk modell och analysera resultatet med hjälp av den kvantifierbara data. Hade vi utgått från den kvantitativa ansatsen hade vi inte fått lika djupgående svar och inte heller kunnat ställa följdfrågor för att få ut maximal data ur respondenterna. Vid den kvantitativa ansatsen är det oerhört viktigt att formulera frågorna på rätt sätt och även ha med tillräckligt många för att få de svar som behövs, eftersom man ej kan gå tillbaka och ändra i efterhand.

2.3 Undersökningsdesign

Totalt utfördes sex stycken intervjuer med verksamhetschefer samt tre intervjuer med läkare som arbetar under dessa verksamhetschefer. Verksamhetscheferna och läkarna arbetar alla inom primärvården, på olika vårdcentraler i södra Sverige.

2.3.1 Flerfallstudie

Vi väljer att undersöka ett verkligt förekommande fall vilket vi gör genom en flerfallstudie. Vi undersöker samma förekommande fenomen på sex olika vårdcentraler i södra Sverige för att på så vis få bredare insyn i specifikt fall. Enligt Merriam (2011) och Yin (2007) ger en flerfallstudie breda och djupgående kunskaper och anses starkare än en enfallsstudie just därför att flera analysenheter studeras. Författarna uppmanar att vi som forskare använder flera empiriska källor från olika fall och den empiri som väljs ut är baserad på kvalitativ data, vilken i vårt fall är intervjuer. Flerfallstudien ger enligt Yin (2007) förståelse för samband i sociala sammanhang och processer inom avgränsat undersökningsområde, vilket passar oss bra då vi ämnar förstå ett fenomen.

Yin (2007) anser att användandet av en fallstudie kan ha tre olika utgångspunkter vilka är *explorativ*, *deskriptiv* och *förklarande*. En deskriptiv fallstudie kan användas när forskarna vill tolka minimalt, hålla sin analys så nära materialet som möjligt och beskriva en form av fenomen. Vi väljer en deskriptiv utgångspunkt eftersom vi ämnar förklara ett fenomen. Det innebär att vi inte kommer att ha någon djup analys utan endast bekräfta vår empiri gentemot teorin. Istället kommer ett större fokus läggas på uppsatsens slutsats där vi ämnar ge läsaren en förståelse för valt fenomen.

2.4 Datainsamlingsmetoder

Vi har använt oss av primärdata bestående av intervjuer vid planerade möten samt telefonintervjuer. Den sekundärdata vi använt kommer från artikeln *Att Leda Läkare*.

2.4.1 Intervju

“Intervju betyder egentligen en utväxling av synpunkter mellan två personer som samtalar om ett visst tema” (Dalen, 2008:9)

Vi har valt intervjuer som tillvägagångsätt när vi samlat in empiri för vår flerfallstudie. Det har vi gjort eftersom vi vill ha möjlighet att skapa ett samtal för att få ut så mycket information som möjligt. Vi har utformat intervjuerna baserade på de teorier vi har som grund för uppsatsen. En målinriktad intervju fokuserar direkt på flerfallstudiens frågeställning (Yin, 2007). Eftersom vi vill få en djupare

insikt i hur människor upplever olika livssituationer lämpar sig intervjuer bäst (Dalen, 2008). Vi använder oss av en kvalitativ intervju som är framtagen för att skapa insikt i respondentens känslor, tankar och erfarenhet. Genom intervjuer har vi fått möjlighet till kausala kopplingar, det vill säga att insikt ges till upplevda orsakssammanhang hos respondenterna. Yin (2007) beskriver att det finns en risk med intervjuer om intervjufrågorna är dåligt eller vagt formulerade, vilket kan resultera i att svaren blir skeva eller svaga. Därför är det av stor vikt att intervjufrågorna är väl genomtänkta så att vi får in önskad data som vi sedan kan analysera med hjälp av teorierna.

2.4.2 Semistrukturerade intervjuer

Genom att utföra kvalitativa intervjuer kommer vi närmare intervjupersonen och undersökningssituationen kan då uppfattas som ett vanligt vardagssamtal. Det innebär att vi som forskare ska försöka påverka samtalet och resultaten så lite som möjligt genom att låta respondenten styra samtalet så länge som det hålls inom de tematiske ramarna. Vi är dock tvungna att försäkra oss om att vi får de svar vi behöver vilket enligt Laursen (1997) lämpligen sker genom frågor och följdfrågor. Respondenten får därför inte ta del av de frågor vi har nedskrivna. Vi har i våra intervjuer utgått från vissa tematiserade frågor som vi vill ha svar på och därefter låtit respondenten tala fritt. Den intervjuemetod vi valt kallas semistrukturerad intervju och innebär enligt Holme & Solvang (1997) att forskaren har vissa teman eller rubriker som inte är helt strukturerade. Genom det vardagliga samtalet dyker det upp nya idéer, tankar och svar som fördjupar grundfrågorna, samt tillåter respondenten att uttala sig fritt. I våra intervjuer har vi strävat efter att uppnå ett samtal med en dialog vilket gjort att vi valt att använda semistrukturerade intervjuer.

2.4.3 Intervjuguiden

I våra kvalitativa intervjuer utgår vi från en intervjuguide. Hade vi istället använt oss av kvantitativ intervju hade vi istället brukat ett frågeformulär med välformulerade frågor. Valet att använda en intervjuguide är till för att underlätta intervjusituationen både för oss som utför intervjun och för respondenten (Kylén, 1994; Widerberg, 2002). Intervjuguiden visar de områden som vi valt att få svar på. Den agerar som en slags dagordning så vi vet vad nästa område ska komma att behandla och så vi inte tappar tråden. För att underlätta empirin som samlades in tog

vi beslutet att koda alla våra intervjufrågor. Det innebar att vi ställde frågor inom kategorierna utifrån våra tre teman; *ledarskap och chefskap, yrkesidentitet* samt *makt och auktoritet*. Kodning används enligt Kylén (2004) för att sortera respondenters svar så vi lättare och mer korrekt ska kunna urskilja vilka svar vi söker i empirin. Allt för att kunna göra en så bra analys och slutsats som möjligt.

2.4.4 Om valet av respondenter

Vi har genomfört nio stycken intervjuer med sex verksamhetschefer och tre läkare som arbetar under dem. I en kvalitativ studie är det alltid svårt att generalisera resultat på grund av de fältstudier som bygger på respondenternas verklighet. I den kvalitativa studien ligger vikt på hur vi analyserar och vad vi analyserar, för att få en förståelse för verkligheten (Andersen, 2012; Jacobsen, 2002). Samtliga verksamhetschefer som vi intervjuat saknar läkarutbildning och arbetar på olika vårdcentraler i södra Sverige. Respondenterna går under fiktiva namn för att vi vill ge dem anonymitet.

Lotta - *Verksamhetschef, utbildad sjuksköterska*. Intervju, 2013-12-02.

Karin - *Verksamhetschef, utbildad sjuksköterska*. Intervju, 2013-12-02.

Gunilla - *Verksamhetschef, utbildad sjuksköterska*. Telefonintervju, 2013-12-03.

Ellen - *Verksamhetschef, utbildad sjuksköterska*. Intervju, 2013-12-05.

Eva - *Verksamhetschef, utbildad kurator*. Intervju, 2013-12-02.

Matilda - *Verksamhetschef, utbildad sjuksköterska*. Telefonintervju, 2013-12-11.

Camilla - *Läkare*. Intervju 2013-12-05 samt kompletterande telefonintervju 2013-12-13.

Johan - *Läkare*. Intervju 2013-12-05

Linnea - *Läkare*. Intervju 2013-12-05

Vi har valt ut respondenter med olika yrkesbakgrunder och från olika delar av södra Sverige. Vårt urval grundar sig på att de verksamhetschefer som intervjuas inte är läkare och de läkare som intervjuas arbetar under någon av de verksamhetschefer som vi intervjuar. Vi anser att vi valt relevanta respondenter som kan hjälpa oss att skapa en ökad förståelse för vårt problem. Enligt Eneroth (1984) bör forskaren medvetet handplocka sitt val av respondenter med så olika fall och bakgrund som

möjligt. Detta görs för att inte bara de vanligaste kvaliteterna ska komma fram i intervjuerna.

Vår uppsats tog sin början i föregående kurs då vi läste mycket om ledarskap och följarskap. Intresset över hur ledarskap fungerar och för att få en bättre förståelse över detta fenomen växte, och de förekommer i nästan alla organisationer på ett eller annat vis. Vi började med att se över olika teorier för att skapa oss en förförståelse för ledarskap, men vi ville också pröva teorierna i ett praktiskt fall. Vi tog kontakt med landstinget i Kalmar och talade med landstingets chefsutvecklare och personalstrateg som berättade om cheferna i Kalmar län. Vårt val av respondenter skulle från början grunda sig på personer inom primärvården som landstinget i Kalmar ansåg relevanta, vi skulle då få ta del av deras kontaktnät. Vid senare kontakt med primärvårdsdirektören visade det sig att landstinget inte längre hade tid att hjälpa oss med att ta fram kontaktinformation till lämpliga respondenter. Vi stod nu på egen hand och vi upplevde ett stort motstånd då vi på egen hand sökte kontaktinformation till de verksamhetschefer vi valt ut för intervju. Vi lyckades endast få kontakt med en av de fem verksamhetscheferna som vi hade i vårt ursprungliga urval. Det gjorde att vi tvingades söka respondenter utanför påtänkt geografiskt område. Via eget kontaktnät fick vi med hjälp av en person i Region Skåne. Denna person gav oss en lista över olika vårdcentraler där icke-läkare arbetar som verksamhetschefer. Vi valde ut ett par respondenter som vi ansåg vara lämpliga då ingen av dem hade läkarutbildning och de var alla verksamhetschefer på vårdcentraler. Då ingen av dem var läkare i grunden blev de lämpliga eftersom vi ämnar ta reda på hur de gör för att bedriva ett lyckat ledarskap inom en organisation där de har personal med högre professionell utbildning än dem själva. De personer vi ansåg vara lämpliga, valde vi sedan att kontakta via telefon och mail. Respondenterna som är läkare har valts ut på de vårdcentraler där vi intervjuat verksamhetscheferna. Anledningen att vi valde dessa läkare grundar sig på att vi ville ha deras syn på den verksamhetschef vi intervjuade för att inte bara se den bild verksamhetscheferna har om sig själva. Anledningen till att vi utförde nio intervjuer beror på att vi ansåg att vi fått den information som behövdes och intervjuerna blev mättade.

2.4.5 Intervjuernas genomföranden

Två av intervjuerna med verksamhetschefer genomfördes via telefon medan de andra fyra intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplats. Vi strävade efter att intervjua verksamhetscheferna i en miljö där de kände sig hemma och därför skedde fyra av intervjuerna på deras respektive kontor medan två av intervjuerna skedde på telefon. Genom att besöka verksamhetscheferna på deras arbetsplats anser vi att chanserna ökar till bättre och ärligare svar. Två av verksamhetscheferna intervjuades gemensamt av oss alla tre på respondenternas arbetsplats, inne på ett kontor. Vi använde då en diktafon för att spela in intervjun då en av oss ställde frågor, en annan antecknade hela intervjun och alla tre ställde följdfrågor under intervjuns gång. Intervjun tog ungefär en timmes tid.

Ytterligare två intervjuer genomfördes på två av verksamhetschefernas kontor. Då satt en av oss ner med enskild verksamhetschef, ställde frågor och spelade in intervjun med hjälp av en diktafon. Det inspelade materialet har sedan skrivits om till text av de andra två som inte närvarade vid intervjun. Intervjuerna tog mellan trettio och fyrtiofem minuter. De tre telefonintervjuer som genomförts av våra tre verksamhetschefer har utförts utav en av oss. Två av dem spelades in med diktafon och intervjun tog plats i vårt hem,. Detta för att inte riskera störande moment som kunnat påverka intervjun. Telefonintervjuerna spelades in samtidigt som personen grundligt satt och skrev vad som sades. Intervjuerna tog ungefär trettio minuter, något kortare tid än vad de personliga intervjuerna tog. Den tredje telefonintervjun var en kompletterande intervju som bara bestod av två frågor. Denna intervju kom därför inte att spelas in utan antecknades utav den som utförde intervjun. I telefonintervjuerna var det svårare att läsa av respondenterna eftersom vi inte kunde se kroppsspråk och ansiktsuttryck vilket ledde till att våra följdfrågor inte blev lika ingående.

Samtliga intervjuer med läkare genomfördes i läkarnas respektive hem. Det var ett val vi gjorde för att undvika att läkaren skulle gå in för mycket i sin yrkesroll. Vi ville tala med läkaren på ett personligt plan om hur de ser på sin roll både yrkesmässigt och privat. Samtliga intervjuer av läkarna utfördes av en av oss och intervjun spelades in med diktafon samtidigt som anteckningar togs av personen som intervjuade. Intervjuerna tog ungefär 30 minuter vardera.

Eftersom samtliga av våra intervjuer bygger på en semistruktur, varierar informationen och ordningsföljden på frågorna i de olika intervjuerna. Anledningen till att intervjuerna tog olika lång tid var att respondenterna gjorde intressanta vändningar vilket tillät mer eller mindre följdfrågor. Innan intervjuerna ägde rum tillfrågades respondenterna om de ville vara anonyma eller inte. Trots att samtliga respondenter svarade att de inte behövde vara anonyma har vi valt att visa respekt för deras integritet och har därför använt fiktiva namn.

2.4.6 Intervjueffekten

För att hålla intervjun så neutral som möjligt och undvika att respondenten skulle gå till försvarsställning valde vi att omformulera frågor som kunde anses personliga. Dessa omformulerades sedan till mer allmänna frågor, för att respondenten skulle kunna svara utan att känna sig personligt utsatt. Vi gjorde detta för vi anser att det hjälper oss få så rättfärdiga svar som möjligt. Denscombe (2000) menar att respondenter har en tendens att gå i försvarsställning när det kommer jobbiga frågor. Det gör att respondenterna kan svara som de tror att vi vill att de ska svara, vilket gör vår datainsamling lidande.

Vi har i största möjliga mån försökt att träffa våra respondenter vid intervjutillfället och det innebär att respondenterna bildar sig en uppfattning om oss. Både vid personligt möte och via telefon finns det en stor chans att vi påverkat våra respondenter med tonläge, kroppsspråk, utseende. Att påverka dem är något som vi i största möjliga mån försökt att undvika men att vi påverkat dem på något vis är ett oundvikligt faktum. Vår eventuella påverkan på respondenten är något vi tycker är viktigt att ha i bakhuvudet då vi utvärderar resultatet. Enligt Denscombe (2000) så svarar människor olika beroende på hur de uppfattar den som intervjuar. Faktorer som kön, ålder och etniska ursprung påverkar när det kommer till hur mycket information människor är villiga att delge, vilket påverkar hur ärliga deras svar blir. Med andra ord påverkas insamlad data av oss som forskare. Egentligen påverkar inte vår identitet respondenten men om respondenten haft en förutfattad mening om något specifikt hos oss, så har vår identitet påverkat respondenten. Därmed har de föreställningar den fått om oss inte varit objektiva. Beroende på vilket ämne som

behandlas kan det påverka hur respondentens svar ser ut, exempelvis när det kommer till personliga eller religiösa frågor som kan vara känsliga. Eftersom vi utfört kvalitativa intervjuer har vi haft som mål att få in respondenternas subjektiva uppfattning. Genom deras uppfattning har vi sedan på god grund haft möjlighet att koppla empiri till teori.

2.5 Tolkning

Eftersom vi har en deduktiv ansats i vår uppsats har vi skapat våra intervjufrågor baserade efter olika teorier. De frågor vi tagit fram är genom kodning kopplade till våra teorier. Det innebär att efter vi samlat in empiri kan vi skriva ner och tolka de svar som tillhör rätt teori och sortera in dem efter teori. Vi går därefter igenom svaren för att bekräfta att vi fått svar på de frågor vi ställt, vilket hjälper oss när vi börjar analysera empiri mot teorin.

Enligt Svensson (2011) samt Alvesson och Skoldberg (2008) är tolkning ett sätt att ge mening åt världen. Tolkning är något som görs inom alla samhällsvetenskapliga studier men blir extra tydligt inom en kvalitativ uppsats. Här befinner sig forskaren nära den miljö som forskaren är intresserad av. Det är också forskarens uppgift att skapa sina egna verktyg för att kunna samla in data. Det är forskaren själv som mäter det empiriska materialet. Allt som kommer fram i insamling av empirisk data måste passera forskaren som sen sätter mening på materialet innan det kan analyseras och skrivas ner till en text. Enligt Svensson (2011) finns det tre olika faser av tolkning *primär*-, *sekundär*-, och *tertiär*-, som forskaren genomgår när denne samlar in sitt empiriska material. Primär tolkning sker under själva insamlingsfasen då empirin samlas in ute i fält. Forskaren gör egentligen bara en observation av verkligheten, observationen sker inte medvetet eftersom forskaren har valt ett ämne att observera som forskaren har kunskap om sedan tidigare. Sekundär tolkning är när forskaren ska sätta ord på det den har observerat. I den sekundära tolkningen skriver forskaren ner de observationer som gjorts så att andra kan ta del av informationen. Här handlar det om att överföra ljud och erfarenheter till en skriven text som utgör analyserbart empiriskt material. Den sista tertiära tolkningen är när forskaren analyserar den empiriska texten. Här ska forskaren använda sin empiri för att besvara syfte och frågeställning vilket görs då forskaren för samman teori och empiri. Teori framkommer på olika sätt i en tolkning. Den är

mest tydlig i den tertiära tolkningen men forskaren bär alltid teori med sig. För att kunna göra en observation eller skriva ner en observation behöver forskaren en teoretisk kunskapsbas för att kunna beskriva och förklara observationerna. I vårt fall har vi samlat in teorin innan empirin och vi har valt att analysera empirin mot teorin i ett gemensamt kapitel i uppsatsen. Genom att kombinera den sekundära- och den tertiära tolkningen av empirin anser vi att tolkningen av empirin blir lättare att analysera eftersom vi direkt kunde ställa den mot teorin istället för att förvirra både oss och läsaren med att upprepa empirin två gånger. Detta gör även att vi minskar risken för feltolkning. Genom att använda denna metod så får vi en bra bild av hur verkligheten ser ut inom primärvården. Vi tror att vi på så vis kan ge läsaren en större tilltro till vår uppsats eftersom vi inte upprepa empiri två gånger.

2.6 Forskningskvalitet

Kvalitativa studier har problem med hur mycket vi som forskare kan generalisera våra resultat. Jämförelsevis har en kvantitativ studie mycket klarare ramar för vad som är generaliserbart och som kan befordras till sanningar. Syftet med en kvalitativ studie är att söka förståelse och förklaringar som kan testas på generaliserade teorier (Jacobsen, 2002). Det gör att vi tvingas ta ställning till om våra intervjufrågor varit relevanta och trovärdiga. Vi kan se efter utförda intervjuer, att en eller två av de formulerade frågorna inte fick något relevant svar. Majoriteten av frågorna blev dock väl besvarade och vi anser därmed att kvaliteten i våra intervjuer är bra och ger ett mättat resultat. Eftersom forskningsprojekt är tidsbestämt har vi inte haft möjlighet att gå in på djupet så som vi annars önskat göra. Antalet genomförda intervjuer kan alltid vara fler men vi anser att vi utfört tillräckligt många intervjuer av bra kvalitet för att besvara syfte och problemfråga.

Vi har ställt oss kritiska till respondenternas svar då många frågor behandlar medarbetare vilket kan vara ett känsligt ämne. Det kan ha gjort att respondenterna därför inte svarat helt enligt sanningen. Vi har dock formulerat frågorna i bästa möjliga mån för att respondenterna ska känna sig trygga i sina svar och vi vill därför påvisa att kvaliteten varit bra även här. Bryman och Bell (2011) samt Jacobsen (2002) anser att det bästa sättet att försvara forskningens trovärdighet är att redovisa sitt tillvägagångssätt så bra som möjligt. Vi har försökt att på bästa sätt visa läsaren att vår forskning är trovärdig genom att beskriva och visa vårt arbetssätt genom hela

arbetet. I slutändan är det egentligen bara läsaren som kan avgöra om studien är trovärdig eller inte.

2.7 Forskningsetik

För att kunna bemöta våra respondenter på ett bra sätt och inte ställa fel eller dumma frågor som kunnat resultera i dålig stämning så läste vi på om sjukvården, hur den styrs och om verksamhetschefens roll. Vi förberedde oss för att skapa en bättre förståelse för verksamheten. Enligt Eliasson-Lappalainen (1995) är det viktigt att försöka sätta sig in i de studerades situation för att få en korrekt bild av situationen.

Nilstun (1994) anser, för att få publicera etiskt känslig information från respondenter till forskning krävs det att de tillfrågade frivilligt ställt upp på intervju. Våra respondenter blev kontaktade genom telefon och mail där vi kort presenterade syftet med vår uppsats. Vi frågade om de kunde avvara cirka 30-45 minuter till en intervju och att de skulle få vara anonyma. Vår ambition var från början att intervjuerna inte skulle vara anonyma men efter att ha diskuterat detta insåg vi att genom att låta alla respondenter vara anonyma riskerar vi inte att hänga ut någon. Vi tog det beslutet grundat på att personlig och känslig information skulle kunna komma fram. Genom anonymitet har vi försökt leva upp till de etiska kraven på självbestämmande och konfidentialitet som Nilstun (1994) anser är viktig att tilldela respondenten. Enligt etiska krav skall vårt forskningsresultat presenteras på ett sådant vis att respondenterna kan se att innehållet varit i enlighet med våra intentioner. Det har varit viktigt då vi presenterat arbetet för våra respondenter att de förstår vad syftet med vår forskning är, så att inga missförstånd uppstår vid presentation av resultatet.

Vi har endast intervjuat kvinnliga verksamhetschefer vilket beror på att det varit svårt att finna manliga sådana. Vi anser dock inte att avsaknaden av manliga verksamhetschefer som respondenter, inte har haft någon relevans för uppsatsens resultat. Vi har aktivt försökt att leta efter svar som kan relatera till kvinnliga chefer men under våra intervjuer har de problem som respondenterna diskuterat inte någon koppling till att de är kvinnor.

KAPITEL 3

Teoretisk referensram

För att kunna öka sin förståelse för viss problematik är det viktigt med grundläggande kunskaper inom valt studieobjekt. I följande kapitel presenteras vår referensram där teorier förklaras som ligger till grund för insamlad empiri samt för att lyckas besvara uppsatsens syfte. Kapitlet nedan är indelat i avsnitt för att förtydliga vilka teorier vi valt att fokusera på.

3.1 Chefen och ledaren

Många gånger skiljer praktiker i arbetslivet inte på begreppen chef och ledare eftersom de inte ser någon skillnad på dem. För teoretiker är det av betydelse att skilja begreppen åt. Att vara chef är en titel som tilldelas en person och en form av formell makt. Det är skillnad mellan ledarskap och formell makt men att det är möjligt för den som har formell makt, det vill säga chefen att vara ledare. Både chef- och ledarskap bygger på frivillig lydnad från följarnas sida. Så länge som människor anser chefskapet som legitimt så följer de chefen och ser den som ledare. Om ledaren skulle förlora sin legitimitet så förlorar denne sin position att leda. Chefskap är ibland ett hinder för ledarskap eftersom chefen har krav på sig att ge svar, även i situationer då de inte har svaren (Bolman och Deal, 2012). I vissa fall besitter chefen också en hög grad av professionell expertis men det är inte bara expertis som är av värde i en organisation. Chefen måste anpassa organisationen till en allt mer ökad grad av standardisering, centralisering och kontroll. Dessa faktorer innebär en ökad grad av kontroll vilket försvårar arbetet för chefer att bedriva ledarskap (Hagström, 1990; Sveningsson & Alvesson, 2012).

Sveningsson och Alvesson (2012) anser att en chef inte bara ska agera byråkratiskt, den ska också agera som ledare i organisationen. Dock behöver det inte betyda att chefen är den person som är den faktiske ledaren i organisationen. Hagström (1990) förklarar att det förekommer två typer av ledarskap inom organisationer som är det *formella- och informella ledarskapet*. Ett formellt ledarskap förknippas med chefskap och innebär ett administrativt ansvar och är ett formellt utövande av påverkan och inflytande. Ett informellt ledarskap är en typ av psykologiskt

ledarskap där den informella ledaren är den person som faktiskt påverkar övriga medlemmar att agera, tycka och tänka, genom att utöva sitt inflytande på dem.

3.1.1 En bra ledare

Yukl (1989) beskriver ledaren som en person som skapar en omgivning snarare än att formars av den. Många gånger är ledaren i en offentlig organisation den person som får kritik då det går dåligt även om det inte är dennes fel. Däremot är ledaren också den person som kan bli hyllad då organisationen går bra. Författaren menar att det bara finns ett fåtal teorier som förklarar hur ledarens beteenden influerar situationer och att ledarskapsforskningen tenderar att ha ett gammalt sätt att se på ledarskap.

Vad är då ett bra och effektivt ledarskap? Fayol (1916/2007) säger att ledarskap ska utföras av den person som har bäst kunskap inom ledarskap. På så vis kan personen leda vilken organisation som helst. Bolman och Deal (2012) säger att det inte finns någon enskild egenskap som en bra och effektiv ledare ska besitta. Trots det har de identifierat några egenskaper som utmärker en effektiv ledare. Effektiva ledare ska hjälpa sina organisationer att förmedla visioner vilket de ofta gör med hjälp av symboler. Ledarna har ett engagemang, en passion och de känner djupt för sitt arbete och de som hjälper dem att utföra det. En annan sak som kännetecknar en bra ledare är att de är ärliga och inger förtroende och bygger relationer med människor. Bass (1990) anser att det inte finns några generella samband mellan ledarens personliga egenskaper och ett bra ledarskap. Däremot anser han att vissa mönster går att urskilja som har betydelse för en bra ledare, som beslutsamhet, uthållighet, självförtroende och personlig styrka. Något som även benämns som en styrka men som inte kopplas till de personliga egenskaperna är kompetens. Med det menas mer specialiserad eller teknisk kompetens, som att personen besitter allmänna administrativa kunskaper. Blom (1994) berättar att det finns egenskaper som kan försvåra för en person att bli en ledare. Det är egenskaper som att personerna är oinformerade, oengagerade eller rigida. Personer med dessa egenskaper visar att de avstår att försöka bli ledare eftersom de tror att de kan hindra gruppen att nå sina mål.

En annan författare som uttalar sig om chef- och ledarskap är Rubenowitz (2012), han anser att en ledare får sin makt baserat på personliga egenskaper och beteenden. En chef måste ha ledaregenskaper samtidigt som de har krav på sig att ha en helhetssyn med ekonomisk- och strategisk kompetens. De ska kunna fånga upp faktorer från omvärlden och omsätta dem i handling. Ledare uppnår auktoritet genom formella grunder som via legitimitet, belöning men även genom bestraffning. Det underlättar för chefen att bli sedd som en ledare om denne har en hög grad av expertis och kunskap inom området. Hagström (1990) anser att inom specialiserade samhällssektorer som inom hälso- och sjukvården, utbildning, kyrka och socialtjänst så ska det förutsättas att den som har en högre chefsposition ska ha professionell kompetens. Luecke (1973) håller inte med om det då han i sin studie inom kyrkliga församlingar visar på att administrativ kompetens är viktigare än professionell kompetens. Det är genom administrativ kompetens som chefen har möjlighet att nå ett effektivt ledarskap.

Rubenowitz (2012) säger att en ledares kunskapsauktoritet baseras på goda insikter i olika specialistfunktioners betydelse för verksamheten. De måste därmed ha förmåga att vara lyhörda och ta beslut utifrån olika beslutsunderlag och integrera dessa med varandra på ett konstruktivt sätt. Som en högt uppsatt chef kan chefen inte fortsätta att utveckla specialistkunskap utan måste agera och vara en lagledare som samordnar beslutsunderlag från medarbetare inom olika kompetensområden.

3.2 Yrkesidentitet

Alvesson (2000) beskriver nya ledningsmetoder inom företagskultur och syftar då på gemenskap och identifiering. Han menar att alla företag bör intressera sig för och förstå vikten av identitet inom professionsorganisationer. Vidare menar Alvesson (2000) och även Albert och Whetten (1985/2004) att identitet inom organisationer skapas när individerna i organisationen frågar sig själva, *"Vilka är vi?" "Vilken bransch tillhör vi?" eller "Hur vill vi framstå?"*. Hur vi handskar, resonerar och svarar på dessa frågor påverkar och får konsekvenser för motivation och handling för individen (Albert & Whetten, 1985/2004:3). Alvesson (2000) anser att det är viktigt för en sjukhusledning att ta hänsyn till människorna i organisationen, deras yrkesidentitet och visa förståelse för hur personalen arbetar inom organisationen. Albert & Whetten (1985/2004) anser vidare att det är viktigt för organisationen och

ledningen att ha identiteten i åtanke då en positiv yrkesidentitet ofta smälter samman med det inre jaget. Därmed försvinner gränsen mellan yrkesidentitet och privat identitet. Är då denna identitet negativ på jobbet kan det komma att påverka individen privat och tvärtom. En positiv yrkesidentitet kan dock hjälpa det privata jagets identitet till det bättre. Den positiva yrkesidentiteten är därför sårbar i den meningen att individen kan ta illa upp av ifrågasättande. Eftersom yrkesidentitet ofta är väldigt nära den privata identiteten kan individen ta åt sig av kritiken även i sitt privatliv.

3.2.2 Skapandet av identitet

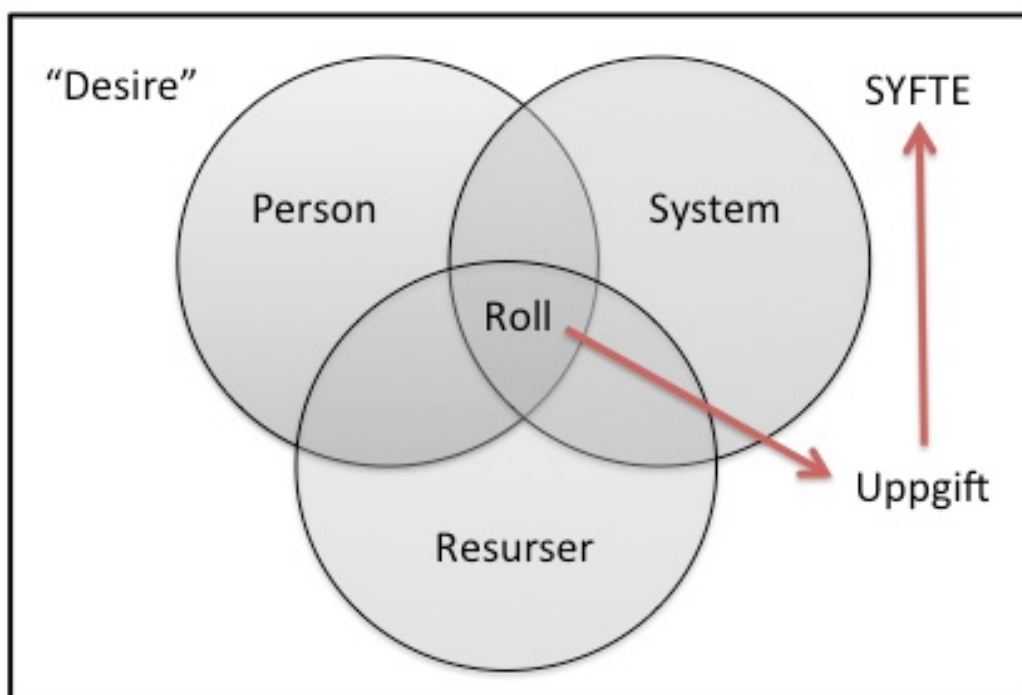
Identitet är inte något individer besitter utan något de kontinuerligt skapar och formar. Identitet kan ses som en reflexiv process där människor formas av sin omgivnings konstanta påverkan (Giddens, 2002; Gecas, 1982; Kaija, 2009; Wenger, 1998). Knight och Willmott (1989) samt Giddens (2002) menar att människan skapar sig en grundläggande ontologisk trygghet, som med andra ord är en grundläggande uppfattning om hur världen fungerar i stort. Med detta vill Knights och Willmot (1986) samt Giddens (2002) visa hur individer förväntas bli behandlade av andra människor och hur olika personer agerar i olika situationer de ställs inför.

3.2.3 Sociala praktiker och normer

Enligt Goffman (2000) kan människors interaktion med varandra ses som en teaterscen. Han menar att all interaktion som sker i vardagen och i organisationer liknar spelet som sker på en teaterscen där inramning och iscensättning styr berättelsen i en viss riktning. Inom vården kan det liknas vid att läkaren opererar, inte patienten eller sjuksköterskan, vilket de allra flesta ser som en självklarhet. Alla de sociala normer och värderingar vi lär och tar efter genom livet är enligt Goffman (2000) de förväntningar vi har på hur teatern skall utspelas. Där normerna verkar som en sorts manual för hur en sjuksköterska, patient och läkare skall bete sig mot varandra. Kort och gott kan sägas att normer av alla slag har formats genom tiden, till vad de är idag. Goffman menar att dessa normer hjälper individen att styra skildringen av jaget, på det viset menar han att vi till viss del kan styra hur vår identitet skapas och uppfattas av andra. Genom att ständigt förhålla sig till normen så skapas en identitet och personen börjar bete sig på det vis som normen förväntar sig av den. Därmed skapas en identitet som baserats på normen.

Dessa sociala normer är grunden för hur vi skapar vår identitet, detta för att människan hela tiden omedvetet tar ställning till dem. Det blir främst när individen interagerar med andra som det reflexiva förloppet syns tydligast. Med andra ord skapas identiteten väldigt mycket utifrån hur vi ser och uppfattar varandra, hur vi agerar, behandlar och vilka förväntningar vi har på varandra (Giddens, 2002). Enligt Giddens (2002) har läkare genom tiderna format sig en identitet och de förväntas bete sig som läkare genom de normer, förväntningar och krav vi associerar med läkare. Det är genom dessa omedvetna handlingar, hur människor agerar mot andra människor, som påverkar hur läkare och sjuksköterskor ser på sig själva och som baseras på hur omgivningen ser på dem. De förväntningar vi har på läkare och sjuksköterskor hur de förväntas agera och arbeta är det som tillslut skapar den ontologiska trygghet som är grunden för läkare och sjuksköterskors identitet och världsbild.

Hjorths (2008) modell nedan visar hur en chef lyckas hålla sig professionell genom att vara i roll utifrån begreppen; *person*, *system* och *kontext*.



Figur 3. Att vara professionell som chef handlar om att kunna vara i roll (Hjorth, 2008:27)

Hjorth (2008) menar att chefen privat och yrkesmässigt bör vara två skilda personligheter. Det handlar om att vara professionell i sin yrkesroll vilket enligt modellen handlar om att känna till sina styrkor och svagheter och vad som driver en som privatperson. Vilket system man tillhör, exempelvis vården och vilken kontext man befinner sig i, alltså vilka resurser man har till sitt förfogande. Det finns mycket man inte skall ta med sig in i sin chefsroll från sitt privata jag. Det gäller att disciplinera sig själv så verksamheten inte missgynnas. Alla har någon gång stött på den läskiga chefen och modellen menar då att chefen tagit med sin privata drivkraft in i rollen. På så vis ser inte chefen till vad som är bäst för systemet. Det modellen syftar till är att chefen går in i en roll och lämnar egna motiv för att jobba mot verksamhetens mål. Detta går enligt Hjorth (2008) endast att göra om det finns ett tydligt syfte för verksamheten. Om chefen går in i denna roll som modellen visar menar författaren att det ger hela systemet, det vill säga verksamheten, energi och motivation.

Det Alvesson (2000) anser är viktigt för individen är att det finns någon form av stabilitet kring identiteten för att denne ska kunna känna välbehag. Människor strävar ständigt efter att upprätthålla sin identitet för att känna välbehag samt för att uppnå legitimitet i yrket.

3.3 Auktoritet

Det finns många teorier om auktoritet och hur auktoritet kommer till. En av de första som diskuterade auktoritet var Max Weber (1924/2007) som menade att auktoritet finns i tre olika former. Den första är juridisk auktoritet som innebär att en person får rätt till att bestämma. Traditionell auktoritet är den andra formen, som innebär att en person genom status eller titel får rätten att bestämma. Den sista formen är karismatisk auktoritet som innebär att en person får bestämma genom att andra tror på personen och litar på att denne tar rätt beslut. Weber (1924/2007) anser att en person som är chef ska ha legal kompetens och med detta menar han att personen som ska vara chef ska vara det på grund av sin utbildning och erfarenhet. Den ska bli utsedd till chef och det är inte personen själv som har auktoritet utan den kommer med arbetsuppgifterna. Denna form av auktoritet benämner Weber som juridisk auktoritet. Personen som blir utsedd till chef är den person som får rätten att bestämma och styra. Personalen ska sen ge auktoritet till sin chef eftersom

chefen är bäst lämpad att leda. Det kan liknas med hur Foucault (2002) talar om makt. Han anser att makt är när en person får en annan person att göra något som den personen annars inte hade gjort. Författaren fortsätter att tala om att makt inte är något fysiskt. Makt handlar om ett utbyte av kommunikation, där en person har mer rätt att bestämma än den andre. Alla chefer, vare sig omgivningen anser att de är ledare eller inte, påverkar på något sätt sin personal genom att utöva makt. Är organisationen byråkratisk, så utövas en form av institutionell makt där chefer utövar makt genom regler, instruktioner, lagar och normer vilka påverkar känslor och värderingar hos personalen.

3.3.1 Makt genom sex dimensioner

Christensen, Daugaard-Jensen & Lindkvist (2011) tar upp makt som ett fenomen som går att dela upp i tre olika kategorier; *substantiell-, relationell- och institutionell* makt. I substantiell makt ligger makten i resurser som aktörerna kämpar om. I relationell makt utvecklas makten i form av sociala samspel då människor påverkar varandra. Institutionell makt kopplar makten till olika regler, normer, lagar och instruktioner som bestämmer hur makt kan uppstå. Makt är något som alltid finns genom att samhället är byggt på olika grupperingar och sociala samspel. Någon måste ta makten för att leda gruppen och ta vara på gruppens intressen. Författarna har tagit fram en analys av sex maktdimensioner om hur maktförhållanden ser ut:

- *Direkt makt* – makt som utövas direkt för att fatta beslut inom organisationer genom att ledaren använder sin auktoritet.
- *Indirekt makt* – Här ligger makten i dagordningar där det bestäms vad som ska beslutas i organisationen.
- *Makten över människors intressen och uppfattningar* – Här utnyttjas relationer till andra, på så sätt går det att påverka andra personer att fatta vissa beslut.
- *Makt i soptunnesituationen* - Det finns flera olika problem inom olika områden där problemen kopplar samman olika aktörer med olika lösningar och beslut kring problemen.
- *Relationell makt* – Makt blir ett fenomen som uppstår genom kommunikation mellan aktörer. Den utvecklas genom spel och motspel.

- *Institutionell makt* – Här ligger makten hos dem som skapar regler och normer, på så sätt blir aktörerna helt maktlösa och får istället acceptera att de inte kan styra.

Christensen, Daugaard-Jensen & Lindkvist (2011) menar att inom en organisation så finns det oftast inte bara en typ av makt från de sex dimensionerna, utan de kompletterar varandra på olika sätt. Dimensionerna går även att använda som analysverktyg för ledare. Oftast är makt något som är synligt och direkt men ibland är makten osynlig. Då blir svårare att påverka hos vem makten ligger vilket gör att den blir indirekt. Direkt makt är den typ av makt som oftast är synlig, där en person bestämmer vad eller hur en annan person ska bete sig. Den indirekta makten är när makten ligger i regler och normer vilket gör att den blir svår för personer inom en organisation att påverka. Istället får personerna finna sig i att dessa regler styr dem i sitt arbete och som personer.

Börjesson & Rehn (2009) diskuterar att makt finns inom olika system där makten ser olika ut beroende på vilket system personen finns i. I några system blir du direkt utsatt för makt, genom att någon berättar för dig vad du ska göra. Den ger dig instruktioner som styr ditt sätt att agera och du får acceptera att du blir styrd. I ett annat system blir du utsatt för makt som du har svårare att se var den kommer ifrån. Det kan till exempel vara olika kösystem i en butik eller på en flygplats. Det är inte någon som säger åt dig att du ska stå i kö men regler och normer som är uppsatta har i förväg utövat sin makt mot dig, genom att du ställer dig i kön. Maktsystemen finns överallt i samhället, vare sig den är legitim eller inte så finns den där. Du väljer att följa maktens regler, för bryter du mot den blir det konsekvenser. Säger du emot din chef blir ditt arbete lidande av det. Makten tvingar också personer att följa den, du kan inte välja att inte stå i kö för betala i en matbutik. Det som systemen har gemensamt att det är personer som har utövat sin makt. Oftast är det chefer inom organisationer som bestämt att det ska vara på ett sätt. Till exempel att du står i kö för betala i en matbutik, för det har ägaren bestämt. På ett liknande sätt diskuterar Foucault (2003) sambandet mellan makt och kontroll. Där han menar att genom olika kontroll och övervakning av verksamheter så skapas en hierarkisk makt. Här kan den som sitter högst upp i pyramiden, genom kontroll och övervakning, få andra personer att disciplinera sig på det sätt som är lämpligt för verksamheten.

3.3.2 Sambandet mellan makt och ledare

Braynion (2004) diskuterar samband mellan makt och ledare. Hon anser att makt endast är legitimerat att använda om det är en ledare som använder sig av den. Då någon annan försöker använda sin makt ses den som icke-legitim, vilket resulterar i att det blir svårt att styra andra. Braynion tar upp två olika typer av makt, *legitimerad makt* och *expert makt*. Den legitimerade makten kommer då följarna väljer att lita på ledarens makt och auktoritet. Genom att bli influerade gör att de vill följa ledaren. Ledaren har fått sin makt genom legitimitet, oftast får den detta från organisationen men viktigt att påpeka är att följarna endast kommer att tillåta sig själva att bli styrda inom de områden som de känner att ledaren är legitimerad att styra. Nästa maktform författaren tar upp är expert mak där den med mest expertis anses vara den som ska leda. Följarna anser att ledaren besitter kunskap som följarna värderar och vill ta del av. I dagens samhälle söker organisationer ständigt efter expertis inom diverse områden. Problemet ligger i att expertis alltid är en färskvara som ständigt behöver byggas på med mer kunskap och kompetens. Greco (1999) diskuterar att den som vet mest inom en organisation besitter en stor makt och kunskap som andra ibland vill åt. Många gånger skapar sig individer makt genom den kunskap de har, de blir då satta på en piedestal av sina medarbetare eftersom de vill ha kunskap av personen. Organisationer är därför alltid på jakt efter personer med stor kunskap och expertis. De personer som har expertis, har endast makt så länge de besitter mest kunskap. När någon annan kommer med mer och ny kunskap så förändras maktförhållandet.

3.3.3 Förändringar i maktförhållande

Jørstad (1991) beskriver maktförhållanden inom sjukvården. Han menar att ett sjukhus är en institution med regler och normer där det alltid finns ett motstånd mot förändringar. Förändring ses som ett hot mot hur det alltid har varit. Detta menar Jørstad är samma sak när det kommer till byte av ledare, då makt förflyttas. När en gammal ledare försvinner skapas en sorg-period, där personalen sörjer över att den gamla ledaren försvinner. När den nya ledaren tar makten och har ett annat sätt att styra kan det göra personalen motstridig. De kan inte längre sköta sitt arbete på samma sätt som de tidigare gjort. Makten blir otydlig eftersom personalen vill fortsätta styras på samma sätt som den gamla ledaren gjorde vilket gör att den nya ledaren då får svårt att utöva sin makt. Inom sjukvården har det länge varit vanligt

med läkare som chefer. Läkare har genom tiderna haft makt att styra sin personal samt bestämma hur vården ska skötas. När nya ledare kommer in med annan typ av expertis, uppstår en motstridighet mot de nya ledarna eftersom de inte styr på samma sätt som de gamla cheferna. Jørstad (1991) menar att problemet inom sjukvården oftast är brist på tydliga riktlinjer om vem som besitter makten att styra och fatta beslut. Det gör att irritation uppstår mellan olika grupper inom organisationen, där personalen skyller på den andra gruppen. Författaren menar att läkare och sjuksköterskor oftast inte är lämpade att styra ett sjukhus. Han menar att de inte ska arbeta med administration, utan hålla sig till de uppgifter som de är experter inom och låta personer som är duktiga ledare styra organisationen.

3.4 Teoretisk sammanfattning

Vi startar detta kapitel med teorier som klargör för läsaren skillnaden mellan chef- och ledarskap. Det är inte alltid självklart att det är chefen som är den enda ledaren i organisationen, utan det kan förekomma informella ledare som personalen följer (Bolman och Deal, 2012). Vi behandlade begrepp som professionell expertis och ställer olika teorier i förhållande till varandra. Några teorier beskriver att en chef ska ha professionell expertis, medan andra menar på att kunskap som att leda och vara administrativ är egenskaper som krävs av en chef (Sveningsson och Alvesson, 2012). Vi jämför olika teorier mot varandra för att visa hur en bra ledare ska vara, både när det kommer till personliga och inlärd kunskaper, för att få fram vem som är bäst lämpad att styra (Yukl, 1989).

Då det kommer till teorier kring yrkesidentitet vill vi visa vikten av tillhörighet för både anställda och chef. Teorierna beskriver att det är viktigt för chefen att se till de anställdas personliga egenskaper för att på bästa möjliga sätt kunna leda dem (Albert och Whetten, 1985/2004). Vi belyser också teorier som beskriver att yrkesidentitet ibland smälter samman med den privata identiteten. Identiteten förändras ständigt beroende på en mängd olika faktorer då vi varje dag påverkas av olika händelser (Giddens, 2002). Vi talar även om Goffmans (2000) teori som tar upp hur identitet formas av normer, beroende på yrke, titel eller status och hur människor uppfattas av andra.

I det sista teori avsnittet belyser vi olika teorier som diskuterar auktoritet som en form av makt. Även teorier som visar hur makt uppnås, kommuniceras och vem som har rätt att utöva makten, behandlas här (Foucault, 2002). Teoretikerna Börjesson och Rehn (2009) beskriver olika sätt att utöva makt samt hur människor påverkas av makt. Det är något vi valt att ta upp eftersom vi vill se hur verksamhetschefen bestämmer på vårdcentralen och hur denne utövar sin makt. Braynion (2004) har en teori som säger att makt bara är tillåten att använda så länge det är en chef eller ledare som använder sig av den, en teori vi anser vara av vikt för vår uppsats.

Sist så behandlar vi teori som berättar att maktförhållanden är på väg att förändras vilket skapar en oro och motstridighet hos de drabbade. Framförallt då nya ledare kommer in med en annan typ av expertis och varken sjuksköterskor eller läkare bör styra verksamheter då de inte är lämpade för administrativa sysslor (Jørstad, 1991).

Vi har utgått från dessa teorier och de kommer att återspegla sig i kommande kapitel där vi kommer att pröva empiri mot vår teori och analysera dem. Vi har därmed kommit fram till ett antagande att ledarskap, chefskap, identitet, auktoritet och makt, är olika teorier som behövs för att ta reda på hur en chef ska agera för att sköta en lyckad verksamhet inom vården.

KAPITEL 4

Analys

I kapitel fyra kommer vi att fortsätta med den tematisering vi gjort i vårt teorikapitel följt av samma underrubriker. Vi kommer att börja med de teorier som tidigare presenterats som blandas med information från de intervjuer som genomförts med verksamhetschefer och läkare. Då vi behandlar vår empiri har vi respekt för våra respondenters integritet och därmed valt att inte gå ut med deras namn. Därmed används fiktiva namn vid citat och analys. Vi har vid citat valt att skriva ut datum för intervjun men i den löpande texten vill vi få ett flyt och därmed ha vi valt att endast nämna respondenterna vid förnamn.

4.1 Chefen och ledaren

Under våra intervjuer framkommer det att respondenterna inte skiljer på chef- och ledarskap. För dem är chefen och ledaren samma person, den person som innehar makt och legitimitet. Vi kommer i detta kapitel därför inte att göra någon skillnad på chef och ledare. Oavsett vilket ord som används så har de legitimitet och följs av sina medarbetare. Samtliga verksamhetschefer som uttalar sig har akademisk utbildning men endast sjuksköterskorna räknas in i professionsyrket. Samtliga vårdcentraler styrs av politiker och det innebär att verksamhetscheferna måste följa de krav och riktlinjer som kommer från dessa. Hagström (1990) liksom Sveningsson och Alvesson (2012) anser att på grund av en ökad grad av standardisering, kontroll och centralisering är det allt svårare för chefen att bedriva ledarskap.

”Det är svårt att vara chef och styras av politiker och då det kommer till ekonomin kan jag inte ta så mycket beslut. Jag skulle gärna vilja ge alla duktiga medarbetare löneförhöjning men det går ju inte” (Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”Chefen har inte så stor effekt på arbetsplatsen. Direktiven kommer helt uppifrån så chefen kan inte styra speciellt mycket på egen hand. Det märks.”

(Johan, läkare 2013-12-05)

Vi kan bekräfta ovannämnd teori eftersom både Lotta och Johan berättar hur pass hårt vårdcentralerna kontrolleras av politikerna. Det innebär i Lottas fall att hon inte kan styra precis hur hon vill utan hon måste respektera den budget som finns, de krav vårdgivaren har men hur hon når de kraven är upp till henne.

”Personalen säger att jag är som en Duracell-kanin” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Både Hagström (1990) samt Sveningsson och Alvessons (2012) teorier talar om att chefskap bara är en formell form av ledarskap, att chefskapet inte betyder att chefen är den som faktiskt bestämmer och leder, utan andra informella ledare kan förekomma. Gunilla berättar att redan innan hon blev verksamhetschef så var hon engagerad i arbetsplatsen genom att dra igång “roliga saker” och event. Hon har alltid varit sprallig och tagit på sig uppgifter både som rör arbete och privat. I Gunillas fall sågs hon redan innan hon blev verksamhetschef, som en ledare av sina medarbetare. Vi anser att hon kan ha setts som en informell ledare eftersom hon fick med sig medarbetare trots att hon inte hade någon chefsposition. Flera av verksamhetscheferna uttalar under intervjuerna att det förekommer informellt ledarskap på vårdcentralerna.

”Den informella ledaren skapar förvirring hos personalen och det känns som att personen jobbar på tvären mot mig” (Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”Då jag ser att någon utövar ett informellt ledarskap har jag ett samtal med dem. Man får inte vara rädd för att ta det samtalet” (Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Det var dock inte alla verksamhetschefer som upplevde att det fanns informella ledare på arbetsplatsen. Matilda säger att det kan hända att det finns informella ledare men att hon inte vet om det. Hon berättar att det finns flera i personalen som kan motivera andra anställda men hon ser det inte som något negativt, då det är bra att alla hjälps åt att skapa en gemenskap och känsla av tillhörighet. Just denna känsla av tillhörighet och gemenskap är något som flera respondenter uttrycker är viktigt för dem. Både Johan, Eva och Ingrid betonar vikten av gemenskap på vårdcentralen. De upplever att gemenskap är svårare att få till på vissa avdelningar på sjukhus eftersom där finns en högre grad av hierarki och fler led i organisationen.

”På sjukhuset var jag liksom bara en prick på schemat. Där fanns inget personligt i relationen till chefen och personalen. Det kanske inte är dåligt men jag tycker inte om att ha det så” (Johan, läkare 2013-12-05)

Då Eva, Gunilla och Lotta upplever att ett informellt ledarskap förekommer på deras arbetsplatser gör att vi kan bekräfta teorierna om ett informellt ledarskap. Vi tycker att Matilda, även om hon inte använder ordet informell ledare, känner att personal utan chefsposition uppmuntrar och motiverar sina kollegor. Detta ser vi som en form av ledaregenskaper, att kunna engagera sina medmänniskor och få dem motiverade.

4.1.1 En bra ledare

”Jag har en medicinsk rådgivare, men det är ändå jag som är ansvarig för allt på vårdcentralen” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Yukl (1989) beskriver hur ledaren formar omgivningen, det är chefen som är organisationens ansikte utåt. Det är något som verksamhetscheferna gör då de omformar politikernas direktiv genom att skapa riktlinjer och mål för sina medarbetare att uppnå. Eva pratar om ledarens viktiga uppgift, att få personalen förstå hur viktiga de är för verksamheten, utan dem skulle inte organisationen gå ihop. Innan hon tillträdde på vårdcentralen för sex år sedan var det ett stort missnöje hos personalen och vårdcentralen gick inte alls bra. Hon tog hjälp av två läkare som arbetade på vårdcentralen och tillsammans jobbade de för att skapa en ny arbetsplats för människor att trivas på. Vi kan bekräfta Yukls teori eftersom vi ser att verksamhetscheferna anpassar sin organisation efter de krav som kommer uppifrån. De skapar alla olika arbetsplatser för sina medarbetare beroende på att de alla har olika sätt att styra och leda. De som ledare och chefer formar organisationens omgivning. Vi tycker att Evas exempel när hon tog över som verksamhetschef är ett starkt bevis på detta. Hon kom till en organisation som gick dåligt men hon lyfte den till något bra baserat på hennes tro och engagemang om hur en organisation ska styras.

“Du är chef för att dra ihop verksamheten. Inte för att du är bäst inom ett specifikt område. Du ska vara bred och vara bra på att leda genom att få andra att göra vad de är bäst på” (Johan, läkare 2013-12-05)

Lotta berättar att hon inte har en läkares kunskap men den kunskapen är inte viktig för att vara en bra ledare. Istället har hon lång erfarenhet av att leda människor och hon har gått många ledarskapsutbildningar. Fayols (1916/2007) teori om att personen med bäst kunskap inom ledarskap är den som ska leda, samt Bass (1990) teori som säger att kompetens, det vill säga som att personen besitter allmänna administrativa kunskaper. Denna viktiga egenskap hos en ledare kan bekräftas i vad Lotta säger om att hon har kunskap i att leda. Många andra respondenter delar hennes uppfattning om ledarskap. Verksamhetscheferna har egenskaper som att de är orädda, ärliga, öppna, de främjar kreativitet, hjälper sina medarbetare och har ett brinnande engagemang för verksamheten. Då både Johan och Lotta anser att den som har ledaregenskaper är en bra ledare och det är de som ska vara chefer. Det är något som gör att vi kan bekräfta ovannämnda teorier.

”Jag tycker om att ha någon som är äldre än mig som chef men viktigast av allt är att jag kan lita på chefen, att den håller vad den lovat.” (Camilla, läkare 2013-12-05)

Bolman och Deals (2012) teori talar för att det krävs ett passionerat ledarskap där ledaren ska känna djupt för sitt arbete eftersom det är den känslan som kan hjälpa dem att utföra uppgiften.

”Jag har ju lite hjärna hoppas jag men jag har väldigt mycket hjärta i mitt ledarskap. Det visar alla tester på!” (Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

”Jag är en person som alltid lägger ner min själ i det jag tar på mig, så jag är väldigt noga med att tänka mig för innan jag tar mig ann något. Dock är det väldigt spännande att se vad som väntar runt nästa hörn.” (Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Följande citat gör att vi kan bekräfta Bolman och Deals (2012) teori om att ett passionerat ledarskap krävs. Vi ser att verksamhetscheferna som leder vårdcentralerna är ärliga, de har ett stort hjärta för medarbetare i verksamheten och

de engagerar sig helhjärtat i sitt arbete. Vi tycker att det visar på att de är passionerade för sitt arbete.

Två teoretiker som talar om chefens vikt att ha professionell expertis är Rubenowitz (2012) och Hagström (1990). Alla utom en av verksamhetscheferna som vi intervjuat har professionell expertis eftersom de är sjuksköterskor. Den verksamhetschef som saknar professionell expertis är utbildad kurator. Samtliga verksamhetschefer har lägre expertis än läkarna, vilka är en av de yrkesgrupper de leder.

”Jag tror att det är en fördel att min chef är sjuksköterska. I sin utbildning har hon kurser inom ledarskap och personliga relationer. Jag tycker att vi läkare generellt är dåliga till att styra. Det ingår inte i vår utbildning att styra utan vi håller oss mer till fakta och har ett styrsätt som är mer ”ja- eller nej-baserat”.

(Johan, läkare 2013-12-05)

Ingen av de läkare vi intervjuat motsätter sig att ha en chef som inte är av samma profession som dem själva. Alla tre är eniga om att de just nu har den bästa chef som de någonsin haft. Dock ser de vissa nackdelar med att ha en chef som inte har samma yrke som de. De båda läkarna Camilla och Linnea uttrycker att deras chef ibland inte förstår dem och hur det är att jobba under den tidspress som de ibland gör. De båda läkarna har en medicinskt ansvarig på vårdcentralen som de kan rådfråga rent medicinskt men ibland saknar de att inte kunna tala med sin chef på samma vis som de kan med en läkare. Camilla säger att chefens uppgift är att lägga tid på organisationen och att leda. Det är det som är chefens jobb. Ett jobb som hon poängterar att hennes chef gör mycket bra. Linnea tror att om hennes chef var en läkare finns en risk att denna bara skulle ta läkarnas parti. Både Camilla och Linnea arbetar under en chef som är kurator. De tror att hon med sin utbildning har ett annat helhetstänk. Hon sympatiserar inte med en specifik yrkesgrupp bara för att hon känner gemenskap med dem utan hon ser till alla yrkeskategorier och till alla människor som arbetar i organisationen, att de tillsammans ska hjälpas åt. Med detta sagt kan vi därför dementera Rubenowitz (2012) och Hagströms (1990) teorier eftersom de talar om att chefen ska ha professionell expertis. I vår studie framkommer det att även en chef som är kurator och saknar professionell expertis,

ses som en effektiv ledare av de läkare som arbetar under henne.

Ingen av våra respondenter tror att en läkare skulle vara en bättre chef än någon annan inom sjukvården. Lotta är sjuksköterska och har stor erfarenhet i att leda vilket för gör att hon fått legitimitet av läkarna i verksamheten och de har respekt för henne. Många av våra respondenter tror att läkare ses som chefer inom sjukvården på grund av den hierarki som präglat sjukvården under många år.

”Jag tror det är den gamla hierarkin som har med det att göra! Om man läser en jobbannons med en verksamhetschef för sjukhus så tror jag att de har som krav att den personen ska vara läkare. Förr var det alltid så.” Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

”Hos oss är läkarna väldigt viktiga, utan dem hade vi inte haft någon vårdcentral. I vår verksamhet har alla yrkesgrupper betydelse, de är alla lika viktiga för att enheten ska fungera. På ett sjukhus ses läkarna ofta som gudar, de anses bättre än andra yrkesgrupper. Sjukhusen är inte lika långt komna i sitt helhetstänk, de har en högre hierarki och vi på vårdcentralen har nog lite olik kultur.”

(Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Verksamhetscheferna berättar att de alla har genomgått någon form av ledarskapskurs, de har haft ledarpositioner innan och alla har någon form av akademisk utbildning. Luecke (1973) talar om att chefen ska ha administrativ kunskap för att nå ett effektivt ledarskap. Det är en teori vi kan bekräfta eftersom alla verksamhetschefer i grunden har någon form av akademisk utbildning och alla har de fått gå någon form av ledarskapsutbildning. De har fått kunskap i att leda och blivit utvalda till chefer på grund av de ledaregenskaper och den kompetens de har. Luecke (1973) menar att då en person blir chef på en hög position kan denne som chef inte fortsätta utveckla specialistkunskap längre. Vi tolkar detta som att då en läkare blir chef ska den sluta ta emot patienter och vara läkare, istället ska de helt fokusera på chefskapet och leda verksamheten. Hjorth (2008) skriver om hälso- och sjukvårdens syfte, att det inte är lätt att anpassa läkarens och chefens olika syften. Läkarens syfte innebär att alltid bota och göra det bästa för patienter. Chefer däremot pressas av resursfrågor och de har inte oändliga resurser för att bedriva verksamhet. Chefers syfte går mot *“God vård på lika villkor”* (Hjorth, 2008:28) där lika villkor innebär att de måste arbeta med begränsningar och prioriteringar.

Problemet journalisten Hjorth beskriver är de fall då chefen är läkare och fortfarande tar emot patienter. Denna slits då mellan läkarens och chefens två olika roller, vilket kan innebära att de har svårt att hålla sig professionella. Vi kan därför med Hjorths artikel bekräfta teorin från Luecke (1973) om att chefen inte längre ska utveckla specialistkunskap eftersom vi ser specialistkunskapen som professionen läkare. Läkaren måste välja om den ska vara chef eller läkare, den kan inte vara både och. Våra respondenter ser den största anledningen till att läkare inte ska vara chefer som slöseri med resurser.

”Om läkare är chefer så kommer de inte kunna utöva sin profession. Det är läkarbrist i Sverige idag och de behövs i sjukvården. De ska utöva sin profession och inte leda.” (Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”Jag skulle inte kunna tänka mig att bli chef! Jag ska bli specialistläkare! I början av min karriär så kunde jag tänka mig det men nu när jag vet vad en chef gör så tycker jag det är jättetråkigt. Faktiskt jätte, jätte tråkigt.” (Johan, läkare 2013-12-05)

4.2 Identitet

4.2.1 Yrkesidentitet

Vikten av tillhörighet och att må bra går nästan alltid hand i hand. Enligt Albert och Whetten (1985/2004) samt Alvesson (2000) är det viktigt att se till dessa behov för att individen skall trivas. Beroende på hur individerna inom organisationen hanterar dessa faktorer, spelar stor roll för arbetsmotivationen och handling för personen i fråga.

”Förstår du vilket sammanhang du tillhör och vilken betydelse du har för ett sammanhang, ja förstår man det, så får man en mening med vad man gör och då mår man bra.” (Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Många av verksamhetscheferna har en tydlig förståelse för hur viktigt det är att alla trivs inom organisationen och många har även en relativt nära relation till sina medarbetare. Johan förklarar att innan sin anställning på vårdcentralen jobbade han på ett sjukhus men där kände han att han inte riktigt visste var han tillhörde.

”Det är ensamt att arbeta som läkare på ett sjukhus i förhållande till primärvården” (Johan, läkare 2013-12-05)

För att lyckas leda en grupp individer som kommer från olika platser med olika uppfattningar om samhället är det viktigt att skapa en legitimitet och förståelse för hur de agerar och arbetar inom organisationen. Förstår chefen personalen i organisationen så kan de lyckas med sitt chefskap.

“Om vi säger till vår chef att vi behöver en utbildningsdag så fixar hon det”
(Camilla, läkare 2013-12-05)

Eva och Gunilla berättar båda att de valt att delegera vissa uppgifter till sina medarbetare för att de har bättre kunskap inom vissa områden. De anser att delegera skapar ansvar och motivation. Många av respondenterna har en nära relation till sina medarbetare och de tror att gemenskapen gör att majoriteten av medarbetarna trivs bra. De tror att gemenskapen skulle kunna vara en möjlig förklaring till varför deras ledarskap fungerar bra. Nästan alla respondenter vill att chefen skall lyssna och förstå deras behov. Genom Eva, Gunillas och många av de andra respondenternas uttalanden kan vi bekräfta Albert och Whetten (1985/2004) samt Alvessons (2000) teorier som vi tidigare nämnt. Vi ser en klar koppling till vad teoretikerna menar av vikten att förstå individens yrkesidentitet för att kunna vända det till sin fördel i organisationen, att skapa förståelse för hur människor arbetar och fungerar för att på så vis kunna skapa motivation.

”Jag får idéer när jag tittar på tv hemma. Jag är alltid chef och kommer inte undan det utanför jobbet” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Albert och Whetten (1985/2004) menar att det är viktigt att yrkesidentiteten är positiv då den ofta smittar av sig på den privata identiteten. Majoriteten av respondenterna menar att det är svårt att skilja på jobbet från fritiden, då är det främst dem som innehar en chefsposition som anser detta. Vi tolkar detta som att respondenterna har mycket ansvar som chefer och därmed svårt att släppa jobbet efter “utstämpling”. Det är lätt att ta med sig diverse problem hem för att slippa handskas med dem nästa dag. Ellen går exempelvis igenom alla nya mail på

söndagen för att slippa ägna halva måndagen till det. Respondenterna menar dock att det inte är något negativt utan så länge de trivs med sin position och sitt yrke så spelar det ingen roll.

”Innan jag blev chef så var jag den som startade små roliga saker som middagar och skojade på jobbet. När jag blev chef var man tvungen att visa en seriös sida även utanför jobbet. Jag skojar dock mycket fortfarande.”

(Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Lotta är nära vän med många av sina medarbetare men försöker att vara objektiv i alla situationer.

”Till många har jag en normal ”vän till vän”-relation med utanför jobbet men det finns även många jag har en strikt chefsroll mot även i vardagen.”

(Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

Hon säger att vissa av medarbetarna känner hon på ett mer personligt plan vilket gör att det kan vara lite svårare att ta ett beslut som går mot deras vilja. Lotta förklarar vidare att hon även i privatlivet behåller sin chefsroll mot vissa. Vi kan tydligt se att verksamhetscheferna har svårt att skilja jobbet från privatlivet och kan därför bekräfta Albert och Whettens (1985/2004) teori om att yrkesidentiteten går hand i hand med det privata jaget.

4.2.2 Skapandet av identitet

Giddens (2002) beskriver hur människor uppfattas av sin omgivning och hur identiteten ständigt är under utveckling. Genom att alltid behöva tackla nya situationer, intryck och reflektioner får individen en uppdaterad identitet. Gunilla, Lotta och Eva tycker alla om nya utmaningar och människor, vilket hela tiden formar och bygger på deras identitet. Lotta berättar att läkare tidigt påbörjar sin identitets byggnad.

”Läkaren formar sin yrkesidentitet genom att de på många gånger får lära sig den hårda vägen. Exempelvis kan en nyutbildad läkare bli utskälld om de ringer jouren mitt i natten för att be om hjälp när de måste ta livsavgörande beslut”

(Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”De har fem års utbildning, sedan två års AT-tjänst och sist ST-tjänst innan läkarna är helt klara” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Den långa läkarutbildningen är präglad av mycket symbolik och skapar tidigt en identitet för läkare, vilket vi ser som en grund för hur läkares yrkesidentitet formats. Vi kan därmed bekräfta vad Giddens (2002), Gecas (1982), Kaija, (2009) och Wenger, (1998) beskriver om att människan ständigt formar sin identitet utifrån sin omgivning. Det bekräftar vi genom att majoriteten av respondenterna tycker om nya utmaningar och även genom hur läkarna formas genom sin utbildning.

Knights och Willmott (1989) samt Giddens (2002) menar att individer skapar en ontologisk trygghet. Med andra ord hur vi förväntas bli behandlade och vilket sätt detta speglar hur individer agerar i olika situationer.

”En bra chef kan lyssna, har en rejäl förklaring som en medarbetare kan acceptera då chefen säger nej till en sak. Har man sitt hjärta på rätt plats så tror jag man lyckas vara en bra chef” (Johan, läkare 2013-12-05)

Respondenterna förklarar hur de på olika sätt tolkar situationer och det ledarskap som finns på deras arbetsplats. Ellen förklarar att hon lärt sig mycket under sin tid som verksamhetschef. Med tiden har de fått ett mycket bra samarbete mellan medarbetarna där alla känner sig trygga och uppskattade. Camilla berättar att hon kan gå till sin chef med i princip alla problem och de har en nära relation. Camillas chef involverar sig på ett personligt plan i olika situationer, även utanför jobbet. Johan anser att man bör klara sig själv så gott det går och inte störa chefen med obetydliga frågor.

”Jag kan gå med alla mina problem till chefen!” (Camilla, läkare 2013-12-05)

Alla människor har olika förväntningar på varandra och agerar beroende på sin identitet. Vi kan här se hur olika uppfattning våra respondenter har om sin ontologiska trygghet. Knights och Willmott (1989) samt Giddens (2002) menar att identiteten människor har skapas under uppväxten, genom erfarenhet och genom att tackla olika situationer. Vi kan här bekräfta deras teori genom respondenternas svar

då alla agerar olika i olika situationer, Johan tycker problem skall lösas individuellt så långt det går medan Camilla uppfattar sin chef som någon hon går till och som alltid ställer upp.

4.2.3 Sociala praktiker och normer

Alla som jobbar inom vården skall ha vita kläder på grund av hygienaspekten. Samtliga respondenter är överens om att det är viktigt med den vita klädseln då det kommer till patientkontakt och hygien. Den vita klädseln representerar deras yrkesgrupp.

”Det gäller att visa ett förtroende och kläderna symboliserar kompetens. Ta exempelvis flygbranschen. Om du ska ut och flyga och piloten kommer i mjukiskläder och tofflor så kommer du inte ha särskilt mycket förtroende för piloten, detta trots att piloten med all sannolikhet skulle flyga lika bra i mjukiskläder som i sin uniform. Uniformen är viktig för att passagerarna skall känna sig säkra” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Det som Gunilla illustrerar är att bilden mot patienten väldigt viktig för att de inte ska känna sig osäkra. Sjukvården förknippas ofta med sjukdomar, smärta och mycket oro. Patienten är van vid att se sjukhuspersonal i vita kläder. Kläder som förknippas med sjuksköterskans och läkarens förmåga att hjälpa och läka. Goffman (2000) och Giddens (2002) menar i detta fall att anställda uppfattas av normen och på så sätt speglas identiteten som sjuksköterskor och läkare får, genom klädseln. Individens uppträdande både är och blir format av situationen såväl som hur de själv uppfattas av omgivningen. På så sätt har samhällets normer format läkaren och sjuksköterskans beteende.

”Vi har färgade skyltar beroende på vilket yrke vi har. Har jag blå skylt, är jag sjuksköterska och röd skylt är jag läkare. Det är bra med skyltarna för det underlättar för patienten att veta vilket yrke personen framför dem har och vi blir inte bara en person med vita kläder” (Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”Vi har namnskyltar där det är valbart om vi vill ha titel och förnamn eller titel med för- och efternamn” (Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

Goffman (2000) menar att människors interaktioner kan ses som en teaterscen där organisationen styrs i viss riktning på grund av inramning och iscensättning. Alla inom sjukvården har roller att spela. Genom Lottas citat ovan, kan vi se hur rollerna blir mer synliga för allmänheten på grund av dessa färgkoder men de underlättar även för personalen själva. Genom att på ett tydligt sätt visa om personen är sjuksköterska eller läkare anser vi det blir lättare för vårdpersonalen att associera sig med sin yrkesidentitet. Med hjälp av klädsel och färgkoderna kan vi se hur Goffmans (2000) och Giddens (2002) teorier bekräftas. Detta eftersom att både medarbetare och patient får en bild av vad det är för person samt hur individ, läkare eller sjuksköterska ses utifrån normen.

De som jobbar administrativt har inget tvång om en vit klädsel så länge patientkontakt undviks berättar Lotta. Många av respondenterna anser att chefen inte behöver klä sig på något speciellt sätt.

”Så länge det skickar rätt signaler kan de klä sig hur de vill” (Camilla, läkare 2013-12-13)

Så länge klädseln är anständig och inte skickar fel signaler accepterar medarbetarna chefens klädsel. Vi kan därmed se att många av cheferna inte berörs av normen som Goffmans (2000) och Giddens (2002) teorier behandlar i detta sammanhang.

”Det är onödigt för min chef att klä sig vitt. Vitt bär man beroende av hygieniska skäl, min chef har ingen patientkontakt” (Johan, läkare 2013-12-05)

De sociala normerna finns alltid kring individen och formar dess identitet. Giddens (2002) menar att identiteten också skapas genom hur vi ser på varandra, hur vi agerar, behandlar och förväntar oss saker av individer. Eva berättar att hon tog över verksamheten i ett skede då det varit mycket turbulens och missnöje på vårdcentralen.

”När jag precis tillträtt som chef kom det en person om dagen som grät, de gör det inte längre. Det som hände under den turbulenta tiden i början har vi haft en öppen diskussion om, vilket gjort att vi kunnat släppa det som varit”

(Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Vi ser att detta format Evas bild och identitet som finns hos de anställda och gjort henne till en person som är engagerad, som verkligen bryr sig om sina medarbetare. Vi ser därmed att Giddens (2002) teori kan bekräftas. Även Hjorths (2008) modell (se figur 2 s.30) kan bekräftas genom det Camilla säger:

”Jag kan lita på min chef, hon hjälper till i svåra situationer. Hon engagerar sig ibland mer än vad som behövs och på ett personligt plan!” (Camilla, läkare 2013-12-13)

Camillas chef hjälper sina medarbetare på ett personligt plan för att de ska trivas och må bra. Hon vet att vården behöver sina läkare i bra skick för att de ska kunna lösa sina uppgifter och vårda patienter på ett bra sätt. Vi ser tydligt att Camillas chef har avsikten med verksamheten i åtanke och använder sin egen förmåga för att lösa uppgiften. Vi ser hur hon har verksamheten som första prioritet och brinner för att de anställda känna sig uppskattade och motiveras till att hjälpa patienterna på bästa sätt. Vi tolkar det som att Camillas chef bortser från sina personliga behov och sätter verksamheten och medarbetarna i fokus. Därmed uppfyller hon Hjorts (2008) modell om att vara professionell genom att vara i roll och ge energi åt systemet, det vill säga verksamheten. Vilket gör att vi kan bekräfta Hjorts teori.

Sjukvården har sedan urminnes tider format normer, krav och förväntningar på roller inom organisationen. Giddens (2002) säger att utan att tänka på det så ser vi på sjukvårdens anställda på ett visst sätt utifrån de normer vi har i våra huvuden. Det är den identitet som skapats genom tidens gång där människorna inom organisationen ses som professionella individer som tar hand om och hjälper människor.

”Många sjuksköterskor har rosa block, pennor, stetoskop och liknande. Men vad sänder det ut för signaler? Det är viktigt hur vi presenterar oss. Läkare presenterar sig oftast med titel och därefter för- och efternamn. Kanske borde sjuksköterskorna också göra det, istället för att som vissa göra “-Hej jag heter Lisa och är syrra här” (Karin, verksamhetschef 2013-12-02)

Karin menar att de som har rosa accessoarer och presenterar sig som “syrra” skickar en missvisande bild. Rosa saker menar hon ger ett mer oseriöst intryck mot

medarbetare och patient. Giddens teori påpekar att läkare och sjuksköterskor hela tiden grundar sin identitet på hur de blir sedda av omgivningen. Något som gör att vi kan bekräfta teorin är Karins exempel på de personer som väljer att ha rosa och har ett språk som inte upplevs professionellt, de får inte samma acceptans. Hon pekar på att det handlar om vilken bild personen målar upp om sig själva som också avgör hur omgivningen uppfattar dem.

Alvesson (2000) anser att individen måste finna en slags stabilitet kring sin identitet för att lyckas trivas i sin situation. Flera av respondenterna berättar att de lockas av nya utmaningar och förändringar till det bättre.

”Jag tycker om att vara med och påverka, testa om olika teorier fungerar, förändra till det bättre. Jag tycker det är kul att leda.” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Vi ser att respondenterna hela tiden vill utvecklas och på så sätt också utveckla sin identitet. Utveckling kan ske genom utbildning eller då personer lyckas lösa problem på egen hand vilket gör att individen känner att den lärt sig något nytt och ökar sin kunskap. Vi kan se att detta gör att respondenterna får ökad legitimitet och därför växer som person och förändrar sin identitet. Respondenterna verkar även trivas och gilla nya utmaningar vilket gör att vi kan dementera Alvessons teori om att människan vill känna en stabilitet kring sin identitet.

4.3 Auktoritet och makt

4.3.1 Auktoritet

En av de olika typerna av auktoritet som Weber (1924/2007) diskuterar är den juridiska auktoriteten. Chefen har här blivit utsedd och det är chefstiteln som skapar auktoritet. Den person som blir chef får då rätten att bestämma och styra. Det innebär också att personalen måste ge auktoritet till chefen eftersom chefen är mest lämpad att styra.

”Det är ingen mening att jobba på ett ställe där jag inte respekterar min chef”

(Johan, läkare 2013-12-05)

Majoriteten av respondenterna anser att chefen inom primärvården är mer synlig än vad en chef på ett sjukhus är. Det blir mer tydligt att chefen finns på plats och sköter om vårdcentralen vilket gör att läkarna får lättare att ge auktoritet till sin chef eftersom de kan se sin chef och känner att chefen är närvarande i verksamheten.

”På ett sjukhus vet jag att det är en chef någonstans men inte på samma fysiska vis som på en vårdcentral. På min arbetsplats vet jag var jag kan hitta min chef. Dessutom är hon den bästa chef jag någonsin har haft.” (Camilla, läkare 2013-12-05)

Vi kan genom respondenternas uttalande bekräfta Webers (1924/2007) teori om juridisk auktoritet. För att chefen ska få auktoritet och respekt anser respondenterna dock att chefen måste vara fysisk. Det ger en trygghet till personalen då de vet att den som bestämmer alltid finns på plats. Det ökar tillförlitligheten till chefen och ger den en respekt som krävs för att chefen ska kunna utföra sitt jobb.

Foucault (2002) säger att makt kommer från ett utbyte av kommunikation, där det alltid är en person som har mer makt än den andre. Han säger att makt är att få en person att göra något som den i vanliga fall inte skulle göra. Chefer påverkar sin personal vare sig omgivningen anser att det är ledare eller inte. Det är genom makt som chefen påverkar sin personal.

”När jag tillträdde positionen som chef så visste personalen vad jag stod för och vad de kunde förvänta sig av mig som chef.” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Vi kan genom citatet ovan se, att vara chef handlar om att förtjäna respekt och få auktoritet av personalen. Det krävs också att chefen är en fysisk person som kan kommunicera med personalen. Det bekräftar Foucaults (2002) teori om hur makt sker genom kommunikation. Om chefen kommunicerar med sin personal blir det lättare för personalen att förstå chefen, personalen kan då respektera och ge auktoritet till sin chef.

4.3.2 Makt genom sex dimensioner

Christensen, Daugaard-Jensen & Lindkvist (2011) beskriver olika sätt en chef kan använda makt. Det är ett verktyg som kan användas till att se på vilket sätt en chef utnyttjar sin makt över sina anställda. Det måste alltid finnas någon som tar makt

och bevarar gruppens intressen. Det är vanligt att en ledare eller chef använder sig av fler än ett sätt att utnyttja makt. Den makt som är tydligast och som vi ser gäller för alla av verksamhetschefer är den *institutionella makten*. Vårdcentralerna står under politikernas styre vilket innebär att de styrs av olika regler och normer som personalen måste rätta sig efter. Även den *Indirekta makten* är vanligt framkommande, då arbetet är väldigt styrt på en vårdcentral. Flertalet av respondenterna menar att det som beslutas är beslut som rör det dagliga arbetet om hur behandling av patienter ska gå till. Det gör att det blir en form av dagordning som verksamhetscheferna kan rätta sig efter när beslut ska tas.

”Jag använder mig av tvåvägskommunikation med mina anställda. Jag lyssnar och diskuterar med dem, för att komma fram till rätt beslut.”

(Lotta, verksamhetschef 2013-12-02)

”Jag delegerar mycket arbetsuppgifter till personalen som de får ansvara för och jag litar på att de klarar av att ta det ansvar jag ger dem.”

(Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

Dessa två citat har tydliga kopplingar till var Christensen, Daugaard-Jensen & Lindkvist (2011) beskriver som den *relationella makten* och innebär att makten sker genom kommunikation mellan aktörer. I de båda fallen blir kommunikation tydlig mellan chef och personal. Gunilla litar på att hennes personal har den kompetens som krävs för att kunna vara med och ta beslut och att kunna rådfråga dem om vad som anses mest lämpat att göra i vissa situationer. Makten ligger fortfarande hos chefen men genom kommunikation får chefen reda på den anställdes ståndpunkt. Därefter kan chefen ta det beslut som den anser är rätt.

”Jag har mina teamledare som är ansvariga för sin yrkeskategori på vårdcentralen. Jag förmedlar till dem och sen får de vidarebefordra besluten till personalen. Jag träffar mina teamledare en gång i veckan. Är det något som har strulat bestämmer vi vem som ska ta hand om problemet. Teamledarna är mina språkrör”

(Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Vi kan se att vad Eva säger har kopplingar till Christensen, Daugaard-Jensen och Lindkvists (2011) dimension *makt i soptunnnesituationen*. Eva berättar hur hon

förmedlar information genom de olika teamledarna och hur de kan ta hand om olika problem inom olika yrkeskategorier. De diskuterar problemen och kommer med lösningar om vem som ska ta hand om problemen. På så vis kan olika problem lösas genom att de olika ledarna går ihop och samarbetar för att komma på lösningar.

“Man måste våga ta beslut som rör verksamheten men det gäller att göra det på ett ödmjukt sätt. Det gäller att peka mjukt” (Karin, verksamhetschef 2013-12-02)

Nästan alla respondenter använder sig av *direkt makt*. Christensen, Daugaard-Jensen och Lindkvist (2011) säger att direkt makt är när chefen tar beslut i samma miljö som de personer den utövar sin makt över. Det blir naturligt då samtliga läkare vet var verksamhetschefen befinner sig på vårdcentral. Den blir mer närvarande och det är tydligt vem som är chef. Det gör att vi kan bekräfta teorin om *direkt makt*.

Ellen som är ansvarig för två vårdcentraler berättar att mail och telefonsamtal blivit ett sätt att kommunicera med sina anställda och ge direktiv. Vi anser att det kan kopplas till den *indirekta makten* som Christensen, Daugaard-Jensen och Lindkvist (2011) beskriver som otydlig makt då det inte framgår vem som har makten att styra.

”Ibland förstår jag personalen när de säger att; “jag ser dig aldrig”. Det blir mycket mail och telefonkontakt.” (Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

Det gör att mycket av ansvaret måste delegeras till andra på vårdcentralen, i de fall beslut måste tas med en gång. Det gör att gruppen kan tappa förtroendet för sin chef. Eftersom det är tydligt med vem som är verksamhetschef och vem det är som har makt blir teorin svår att bekräfta. Ellen är chef på två vårdcentraler och sköter mycket av sin kontakt genom telefonsamtal och mail. I detta fall anser vi att det kan bli otydligt vem som har makten i de fall beslut måste tas med en gång. Det leder till att indirekt makt kan uppstå vilket gör att vi måste dementera teorin.

Christensen, Daugaard-Jensen och Lindkvists (2011) teori makt genom sex dimensioner är ett analysverktyg för att se hur en person använder sig av olika typer av makt, gentemot andra personer. Teorin blir bekräftad eftersom vi ser att respondenterna använder sig av de sex dimensionerna för att utöva makt. Att

analysera varför verksamhetscheferna använder sig av olika maktdimensioner blir svårt, då analysverktyget endast tittar på vilken typ av makt verksamhetscheferna utövar.

Makt finns i olika system där maktutövandet kan se olika ut beroende på vilket system vi befinner oss i. Du kan bli utsatt för direkt makt vilket gör att det blir svårt att agera självständigt, då du är styrd direkt av någon annan. Du får instruktioner och du får acceptera att du blir styrd (Börjesson & Rehn, 2009). Både Johan och Linnea märker att det finns olika typer av makt på vårdcentralen.

”Det märks att det kommer direktiv uppifrån, verksamhetschefen måste rätta sig efter vad politikerna bestämmer.” (Johan, läkare 2013-12-05)

Johans exempel anser vi är ett tecken på direkt makt eftersom politikerna är de som bestämmer på vårdcentraler och verksamhetschefen får acceptera att bli styrd. Linnea berättar om hur de har informationsmöten på vårdcentralen som chefen håller i.

”Läkarmöten har vi inte så ofta men det ska äga rum varje vecka. Vi har ett avdelningsmöte en gång i månaden som chefen håller i vilket ofta ter sig som ett informationsmöte.” (Linnea, läkare 2013-12-05)

Linneas upplevelse är en annan typ av direkt makt då hon upplever att chefen ger ut information som personalen ska ta till sig. Båda dessa exempel bekräftar Börjesson och Rehns (2009) teori om att makt finns i olika system och kan se olika ut beroende på vem som utövar makten.

Börjesson & Rehns (2009) teorier talar vidare om olika maktsystem och att makt finns överallt i samhället. De flesta människor väljer att rätta sig efter de regler som finns inom makten. I många fall går det inte välja att följa makten eller inte eftersom det är svårt att se var makten kommer ifrån. Det är oftast regler och normer som i förväg är uppsatta som personer rättar sig efter undermedvetet. Johan som är läkare berättar om sin första arbetsdag då han tog för lång rast.

“Jag kommer aldrig glömma det! Min chef kom förbi två gånger under min rast, hon sa inget men det märktes på kroppsspråket vad hon tyckte om min rast. I många andra länder säger chefen ifrån när man gör fel men i Sverige behöver man inte tala, det syns på blicken och på kroppsspråket vad chefen tycker. Därför är det viktigt och bra att chefen syns på arbetsplatsen, då ser hon allt.”

(Johan, läkare 2013-12-05)

Johan får blickar från chefen och genom kroppsspråk visar chefen ett missnöje med Johans långa rast. Vi tycker det är ett tydligt exempel som bekräftar Börjesson & Rehns (2009) teori om att det finns en makt som ligger i regler och normer. Foucault (2003) diskuterar sambandet mellan makt och kontroll, då en hierarkisk makt skapas genom olika form av kontroll av verksamheten. De som sitter högst upp kan genom kontroll och övervakning få andra personer att rätta in sig i ledet för vad som gäller och är lämpligt för verksamheten.

”Efter införandet av hälsovalet har vi fått mål och för att kunna mäta dessa mål har vi blivit tilldelade verktyg. Verktøygen hjälper oss se hur många diagnoser en läkare ställer och diagnoserna ger pengar till vårdcentralen. Ställer inte läkarna tillräckligt många diagnoser, måste vi samtala med läkarna och se till att de ställer fler diagnoser” (Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

Detta bekräftar Foucaults (2003) teori om kontroll och övervakning. Vi kan se hur chefer har fått verktyg för att mäta hur många diagnoser som läkarna ställer. Det kan bidra till att läkarna hela tiden känner att någon står och tittar över deras axel. Ställer de inte tillräckligt med diagnoser så vet de med sig att det blir konsekvenser. Vi ser det som ett tydligt exempel som visar hur makt utövas av chefer för att kontrollera sina anställda.

4.3.3 Sambandet mellan makt och ledare

Enligt Braynion (2004) finns det ett samband mellan ledare och makt. Makt är endast legitimt för en ledare att använda sig av och om någon annan försöker utöva makt anses den inte legitim. Den legitimerade makten grundar sig i att följarna väljer att lita på ledarens makt och auktoritet. Ledaren får oftast sin makt genom att en organisation utser ledaren som formell ledare. Det kräver att följarna tillåter sig

själva att bli styrda och de kommer bara acceptera att bli styrda om de anser att ledaren är legitimerad att styra.

”Det är svårare att leda sjuksköterskor. Det kan bero på att jag själv är sjuksköterska från börja, vilket gör att de tror jag ska driva deras sak hårdare och ha bättre förståelse för dem. Läkare och sjukgymnaster styr sig själva och det gäller att låta dem styra sig själva” (Gunilla, verksamhetschef 2013-12-03)

”Det är svårare att leda läkare! Jag vet inte om det beror på om jag är sjuksköterska i grunden och att jag känner en bättre förståelse för olika problem och funderingar inom sjuksköterskegruppen.”

(Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

I båda uttalandena kan vi se kopplingar till den legitimerade makten. I det första fallet känner verksamhetschefen att legitimiteten från sjuksköterskorna är mindre, då de anser att chefen borde vara på deras sida, vilket gör att verksamhetschefen tycker det blir svårare att leda dem. I det andra fallet ser vi raka motsatsen, där verksamhetschefen tycker det är lättare att få legitimitet från sjuksköterskorna då chefen anser att hon är en av dem. En annan verksamhetschef har en annan syn på vilken grupp som är svårast att leda.

”Jag har hört att andra tycker läkarna är svåra att leda. Min personliga uppfattning är det inte finns några som är svårare att leda än andra. Det handlar snarare om personligheter.” (Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Det vi kan bekräfta är att den legitimerade makten finns. Vi kan bekräfta det genom att verksamhetscheferna talar om att det är lättare att styra de olika grupperna. De känner sig mer accepterade av de flesta yrkesgrupperna även om cheferna ser vissa grupper som svårare att leda än andra. Braynion (2004) diskuterar *expert makt*, som innebär att den som har mest expertis inom en organisation är den som ska leda. Problemet ligger ofta i att expertis är en färskvara som ständigt bygger på att du utökar din kompetens. Det gör att makten ligger hos den som har mest expertis för tillfället. Grecco (1999) fortsätter på samma spår med att makten ligger hos den med

mest expertis och kommer det in någon annan med mer expertis så förändras maktförhållandet.

”Läkarna har för hög lön för att sitta med administrativa uppgifter, vi behöver läkare för att ta emot patienter” (Ellen, verksamhetschef 2013-12-05)

Att läkarna inte borde syssla med administrativa uppgifter är något som flera respondenter anser. Deras åsikter gör att vi måste dementera teorierna om att en chef ska inneha en hög expertis inom det område som organisationen är verksam.

4.3.4 Förändringar i maktförhållande

Jørstad (1991) menar att inom sjukhusvärlden finns det alltid motstånd till förändringar då sjukhusvärlden bygger på regler och normer. Förändringar ses som ett hot mot “hur det alltid har varit”, till exempel när en ny ledare kommer in och makten hamnar hos någon annan med nya tankar och idéer vilket kan göra personalen motstridig.

”När jag tog över som chef på vårdcentralen hade många i personalen valt att lämna verksamheten. Det var på grund av den tidigare chefen som inte hade skött rollen som verksamhetschef på rätt sätt som hade gjorde att många personer tröttnat. Det var endast två läkare som var kvar när jag tog över och tillsammans med dem kunde vi vända vårdcentralen och få en trivsamt arbetsplats igen.”

(Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Evas uttalande gör att vi måste dementera ovanstående teori eftersom vi anser att personalen såg den nya chefen som en chans till förändring istället för ett motstånd. Jørstad (1991) säger att makt blir otydlig då personal vill fortsätta bli styrda på samma sätt som med den gamla ledaren, vilket skapar svårigheter för den nya chefen. De vill ha den trygghet och de rutiner som den gamla ledaren använde sig av.

”Jag har jobbat här i 23 år och är nu tillförordnad chef tills ledningen har hittat en person som kan ta över tjänsten. Jag har själv sökt jobbet som verksamhetschef men ledningen vill ha någon utifrån som kan komma med nya idéer och tankesätt för att blåsa nytt liv i avdelningen.” (Karin, verksamhetschef 2013-12-02)

Här kan vi varken bekräfta eller dementera Jørstads teori eftersom ledningen vill ha en ny person istället för att använda sig av någon som redan kan rutinerna och har avdelningens sätt att tänka. Det enda vi kan se är att sjukvården vill förändra sig och förändringen i sig gör att vi måste dementera Jørstads (1991) teori om att sjukvården inte vill förändra sig.

Inom vården har det länge varit vanligt med läkare som chefer. Jørstad (1991) menar att om vi tar en tillbakablick så var det ännu vanligare förr att läkarna hade makt att styra personalen och ha synpunkter på hur vården skulle skötas. När nya ledare kommer in med en annan typ av expertis uppstår det en motstridighet mot de nya ledarna. Det beror på att de nya ledarna oftast inte styr på samma sätt. Inom sjukvården brister det ofta i vem som besitter makten och det finns inga tydliga riktlinjer för det heller. Det gör att det uppstår irritation mellan de olika yrkesgrupperna och de skyller på varandra. Jørstad (1991) menar att sjukvården varken borde styras av läkare eller sjuksköterskor eftersom de borde syssla med det som de är experter på. Istället ska en person som är expert på att leda, styra verksamheten. Nedan följer citat från läkare och verksamhetschefer som är överens om att det inte behöver vara en läkare som styr. Istället talar de för att läkarna borde utöva sin profession.

”Vi saknar läkare med olika expertis, det är slöseri med resurser att ha en läkare som chef” (Karin, tillförordnad verksamhetschef 2013-12-02)

”Det måste vara lämpligheten som styr vem som ska leda verksamheten”
(Eva, verksamhetschef 2013-12-02)

Eva menar att den som är bäst lämpad att styra verksamheten är den som ska få styra. Det kan vi relatera till Jørstad (1991) som anser att varken läkare eller sjuksköterskor ska vara chefer. En person kan vara chef trots att den saknar profession inom organisationen, så länge de är duktiga på att leda kan de vara chefer. Bland de verksamhetschefer vi intervjuat är alla utom en sjuksköterska i grunden. Samtliga bedriver ett lyckat ledarskap vilket bevisar att sjuksköterskor kan vara bra chefer. Jørstad (1991) menar att sjuksköterskor borde utöva sitt yrke istället för att vara chefer men han säger inget om att de skulle vara olämpliga som chefer.

Det gör att vi inte kan säga något som lämpligheten, vi kan bara bekräfta att sjuksköterskorna är lyckade chefer trots att Jørstad säger att de inte borde vara chefer.

4.4 Sammanfattning analys

I vår analys kan vi se att vårdcentralerna styrs hårt av politiker vilket gör att de är begränsade i sitt sätt att styra. Detta är något som även läkarna känner av. Vi talar även om det informella ledarskapet och att det inte är alla som upplever att det finns ett informellt ledarskap i organisationen. Däremot så uttrycker samtliga respondenter att det finns en stor gemenskap på arbetsplatsen, att de jobbar tillsammans i team mot gemensamma mål. Vad som gör verksamhetscheferna till bra chefer är att de får sin personal att förstå varför de behövs och är viktiga för verksamheten. Samtliga verksamhetschefer har akademisk utbildning och blivit valda som chefer på grund av sin kompetens och förmåga att leda människor. De har egenskaper som att de är orädda, ärliga, öppna, de främjar kreativitet, hjälper sina medarbetare och har ett brinnande engagemang för verksamheten. Alla läkare som vi intervjuat är eniga om att de aldrig haft en bättre chef än den de har idag.

Att känna en tillhörighet är något som respondenterna tydligt förespråkar och det är viktigt att de förstår sin egen kunskap i det store hela. Detta är något som verksamhetscheferna jobbar aktivt med för att personalen ska må bra och känna att de har ett ansvar och tydliga mål att sträva mot. Verksamhetscheferna känner stort ansvar för sitt arbete vilket leder till att de ibland har svårt att släppa sin yrkesidentitet på fritiden. Något de inte ser som ett problem, utan de trivs i rollen som chef.

Läkarna formar sina egna identiteter under lång tid, redan från den dag de börjar utbilda sig. Det är flera år av utbildning som gör att en läkare skapar en identitet av sig själv, både genom skola och sin personlighet. Skapandet av en identitet är något som hela tiden pågår beroende på omgivningen som individen befinner sig i. De kläder som läkare och sjuksköterskor har på sig, hjälper till att skapa deras identitet. Kläderna skapar en trygghet hos patienter och visar vem som är vem. Identitet skapas även genom hur vi ser varandra, vad vi förväntar oss och hur vi behandlar

andra. Verksamhetscheferna jobbar på olika sätt för att engagera och bryr sig om personalen, vilket gör att personalen ser chefen som en person som brinner för sin personal. Det resulterar i sin tur i att verksamhetschefen anammar den identiteten den får av sin personal. Verksamhetscheferna har flera saker gemensamt, de lockas av nya utmaningar och det är därför de blev verksamhetschefer. Det är något som påverkar deras identiteter och de utvecklar den genom att sträva mot nya utmaningar.

Att personalen respekterar sin chef blir lättare då verksamhetschefen är mer synlig inom primärvården än på ett sjukhus anser respondenterna. Att vara synlig underlättar för verksamhetschefen när det kommer till att kommunicera med personalen på vårdcentralen. De har olika sätt att kommunicera ut sin makt till de anställda men vad de har gemensamt är att de använder sig av direkt makt. Verksamhetscheferna säger att då de tar beslut eller ger direktiv görs detta inte genom att visa med hela handen, utan som en verksamhetschef beskrev som att "peka mjukt". Att vara verksamhetschef på en vårdcentral är inte alltid lätt då cheferna varken kan eller får styra på det sätt som de anser lämpar sig bäst. Detta på grund av att makten kommer från politikernas mål och direktiv. Det har lett till att verksamhetscheferna har tilldelats olika verktyg för att kunna kontrollera sin personal och se om de uppfyller de kriterier som politiker gett vårdcentralen. De verksamhetschefer vi intervjuat pekar ut olika yrkesgrupper som de anser är svårare att leda än andra vilket i de flesta fall beror på att de har mindre legitimitet hos den gruppen. Sjukvården visar att den är villig att förändras och lämna de gamla tankesätten. Det leder till att även personer som inte är läkare kan bedriva lyckat ledarskap och låta läkare vara läkare.

KAPITEL 5

Slutdiskussion

Med denna uppsats har vårt mål varit att belysa de kvaliteter som en chef inom sjukvården ska ha för att lyckas leda läkare på ett bra och effektivt vis. Många teoretiker hävdar att läkaren är svår att styra på grund av deras starka inskolning till yrket. Vi kan dock påvisa att detta inte har stämt inom ramen för vårt forskningsområde.

Genom vår flerfallstudie har vi inte funnit något motstånd bland de läkare vi intervjuat med att ha en chef med lägre yrkesexpertis. Inte heller har de verksamhetschefer vi intervjuat sett något större hinder i att leda läkare. Vi har däremot märkt att samtliga respondenter upplevt en hög grad av hierarki vilket är något som präglat vården i alla tider. Teoretiker som Mintzberg (1999) talar om professions byråkrati som en hierarkisk organisation. Våra respondenter upplever vårdcentraler som en mer platt organisation än vad ett sjukhus är. På vårdcentralerna finns inte samma hierarki och verksamhetscheferna upplever inte något motstånd hos sina medarbetare som är läkare att de som chefer inte är utbildade läkare. På grund av att det på ett sjukhus finns en högre grad av hierarki, tror vi att det blir svårare för en icke läkare att leda eftersom det finns fler läkare att leda och erhålla respekt av, än vad det gör inom primärvården. Samtliga läkare vi intervjuat uttalar att de aldrig haft en bättre chef än den de har idag. Däremot säger två av läkarna att de ibland upplever att deras chef inte förstår deras yrke eftersom chefen själv inte är läkare. Vi ser inte detta som att de motsätter sig att ha en chef som inte är läkare. Däremot skulle det kunna bli ett problem om allt fler läkare eller medarbetare kände på samma vis. Det skulle kunna resultera i att verksamhetschefen mister sin legitimitet hos alla anställda. Vi anser att det inte är möjligt för chefer att alltid ha exakt samma yrkesbakgrund och expertis som alla sina anställda. Att läkaren ibland känner sig missförstådd av verksamhetschefen anser vi inte är något som är unikt inom enbart sjukvården. Problemet kan lika lätt uppstå inom andra professionsorganisationer där chefen inte har samma bakgrund som de anställda.

För att leda en professionsorganisation har anser vi att ledaren ska vara ärlig, tillmötesgående, ödmjuk och ha pondus. Det är egenskaper som inte är unika för en ledare i en professionsorganisation utan är egenskaper som vi anser att alla ledare bör besitta. De verksamhetschefer vi talat med har alla någon form av patientrelaterad bakgrund där alla arbetat med att ha människor som patienter. De läkare vi talat med beskriver sin chef som hjärtlig, personlig, omtänksam, kompetent, någon som styr med hjärtat och lyssnar. Verksamhetscheferna som vi pratat med har lyckats med sitt ledarskap för att de har vunnit respekt hos sin personal genom att de brinner för sitt arbete, de ställer sig inte över någon annan, de är ödmjuka och vinner förtroende genom sin administrativa kunskap och personlighet. Verksamhetscheferna vill att deras personal ska prestera sitt bästa, de vill inte bara ge order utan de vill uppnå en tvåvägskommunikation där de får möjlighet att lyssna på anställdas åsikter och förslag. Vi anser att genom att vara hjärtlig, närvarande och synas på arbetsplatsen lyckas verksamhetscheferna uppnå respekt samt auktoritet och genom detta lyckats de med sitt ledarskap. Personalen accepterar och respekterar sin chef men chefen har trots detta svårt att vara en i gänget. För att verksamhetschefen ska kunna vara en bra chef måste den agera chef. Chefen måste tillgodose verksamhetens behov och inte sätta medarbetarnas önskningar och viljor främst, de måste agera för vad som är bäst för verksamheten. Många av verksamhetscheferna beskriver sig själva som drivande, engagerade och har en stark tro på sin personal. Alla utom en av verksamhetscheferna har bakgrund som sjuksköterska, vilket gör att de automatiskt har en större förståelse för sjuksköterskeyrket. Om de ser sig själva som sjuksköterskor så finns en risk att de ser sig som sjuksköterskor med administrativa uppgifter istället för chef. Genom att verksamhetscheferna väljer att identifiera sig som chef istället för sjuksköterska, gör att de ses som chef av sina anställda och därmed får de legitimitet.

Vad vi funnit gemensamt för alla verksamhetschefer och det som gjort att vi kan dra en slutsats, om hur en chef ska lyckas med ett chefskap inom en professionsorganisation, är att som chef måste denna vara ödmjuk, kompetent och ärlig. Chefen måste vara anpassningsbar, omtänksam, tro på sin personal men när det väl gäller måste chefen kunna peka med hela handen och våga ta beslut - att peka mjukt.

5.1 Fortsatt forskning

Den här uppsatsen är skriven under en pressad tidsram vilket har gjort att det material som är insamlat inte är tillräckligt omfattande för att kunna ge faktiska råd och rekommendationer till sjukvården. För att ge rekommendationer anser vi att en bredare och djupare empirisk insamling bör göras från ett större geografiskt område. Uppsatsen kan däremot ligga till grund för forskare som vill forska vidare inom valt ämne då vi anser att vårt material kan ge riktlinjer och har en stabil grund att utgå från med bra teorier. Vi har insett att sjukvården är en ytterst komplex bransch och det finns otroligt många ämnen som har med ledarskap att göra och som skulle kunna vara intressanta aspekter för vidare forskning. Under arbetets gång har vi stött på ämnen som gett oss idéer för vidare forskning.

- Vår uppsats bygger på primärvårdens verksamhetschefer som i grunden inte är läkare. Vi anser att det skulle vara intressant att se en liknande studie av verksamhetschefer som arbetar på ett sjukhus, detta för att se om resultatet hade skiljt sig eller varit detsamma.
- I de fall som vi har undersökt så har resultaten visat på ett lyckat ledarskap från verksamhetschefens sida. Det har gjort att vi bara sett verksamhetens ledarskap från ett perspektiv, ett lyckat. Att studera fall där verksamhetschefer misslyckats med sitt ledarskap hade varit intressant att forska vidare kring. Vi tror att genom att se till misslyckade fall så skulle en motbild kunna målas upp gentemot den bild som vi har fått fram. Genom att måla upp en motbild så tror vi att en mer rättvis bild skulle kunna ges om hur ett bra ledarskap inom professionsorganisationer bör se ut.
- Ytterligare en sak som hade varit intressant att se till är de verksamheter där läkare är chefer. Det hade varit intressant att jämföra deras chef- och ledarskap med chefer som saknar läkarutbildning. På så vis skulle vi kunna se om verksamhetschefers ledarskap skiljer sig åt på grund av profession.
- Under våra efterforskningar har vi stött på DRG (Diagnosis Related Groups) som är ett system som tillämpas på elva av de 21 landsting som finns i Sverige. DRG är ett instrument för kostnadskontroll och resursstyrning

(Zaremba, 2013). Det är ett system som kritiserats hårt i media och vi tycker att det hade varit intressant att se till om och i så fall hur, DRG påverkar styrning och ledarskap inom sjukvården. Om det påverkar hur chefer i organisationer styr och leder vilket i sin tur kan påverkar anställda vilka i sin tur påverkar patienter och deras säkerhet? Det är ett väldigt intressant ämne som vi anser är ytterst viktigt att forska vidare i.

Det finns oerhört mycket intressanta ämnen som kan och bör belysas i vidare forskning. Sjukvården är ett ämne som ständigt diskuteras bland politiker, i media och hos privatpersoner. Under uppsatsens gång har vi stött på mycket intressanta men även skrämmande historier och fenomen. Något som berört oss mycket är att sjukvården styrs allt mer utifrån pengar och mål än att faktiskt se till människan och vård av människor. Vi har hört historier om patienter som skickas hem med felaktiga diagnoser eller patienter som gått miste om vård eftersom kvoten varit fylld. Vi anser inte bara att det är intressant utan också viktigt och till och med forskares skyldighet att forska vidare i ledarskap inom sjukvården. I slutändan ska sjukvården handla om människors liv, inte om lönsamhet och förtjänster.

6. Referenser

Albert, S. & Whetten, D.A. (1985/2004). Organizational identity. I Hatch, M.J. & Schultz, M. (red.) (2004). *Organizational identity: a reader*. Oxford: Oxford University Press.

Alvesson, M. (2000). *Ledning av kunskapsföretag: en studie av ett datakonsultföretag*. (3:2 uppl). Stockholm: Norstedts juridik.

Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.

Andersen, I.B. (2012). *Den uppenbara verkligheten: om kunskapsproduktion i samhällsvetenskaperna*. (2 uppl). Lund: Studentlitteratur.

Bakka, J.F., Fivelsdal, E & Lindkvist, L (2006). *Organisationsteori: struktur, kultur, processer*. (5 rev uppl). Malmö: Liber.

Braynion, P. (2004). "Power and leadership". *Journal of Health Organization and Management*, vol. 18:6, pp.447-463.

Bryman, A. & Bell, E. (2011). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Malmö: Liber AB.

Borgert, L. (1992). *Organiserandet som mode. Perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag.

Börjesson, M. & Rehn, A. (2009). *Makt*. (1 uppl). Stockholm: Liber.

Christensen, S., Daugaard Jensen, P.E & Lindkvist, L. (2011). *Makt, beslut, ledarskap: märkbar och obemärkt makt*. (1 uppl). Stockholm: SNS förlag.

Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. (1 uppl.) Malmö: Gleerups utbildning.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2003). *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. (Second edition). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Eliasson-Lappalainen, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. (2:16 uppl). Lund: Studentlitteratur.

Eneroth, B. (1984). *Hur mäter man "vackert"?: grundbok i kvalitativ metod*. Stockholm: Akademilitteratur.

Etzioni, A. (1973). *Moderna Organisationer*. (6 uppl). Lund: Berlingska Boktryckeriet.

Foucault, M. (2002). *Archaeology of knowledge*. (Second edition). Hoboken: Taylor and Francis.

- Foucault, M. (2003). *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. (4 översatta uppl). Lund: Arkiv.
- Fayol, H. (1916/2007). "Legitimate Authority and Bureaucracy" i Pugh, D.S (ed.). *Organization Theory: Selected Readings*. (fourth edition). London: Penguin Books.
- Giddens, A. (2002). *Modernitet och självidentitet: självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos.
- Gecas, V. (1982). "The self concept". *Annual Review of Sociology*. Vol. 8, pp.1-33.
- Goffman, E. (2000). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. (4:2 uppl). Stockholm: Norstedts.
- Greco, J. (1999). "KNOWLEDGE IS POWER". *Journal of Business Strategy*. Vol. 20:2, pp.19-22.
- Hagström, B. (1990). *Chef i offentlig verksamhet. Forskning kring offentligt ledarskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hjorth, G. (2008). Att Leda Läkare. *Chefer och Ledare i Våden*. Vol. 3, pp.22-28.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (uppl 2:17). Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. (2002). *Vad, hur och varför: om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Jørstad, J. (1991). "Contemporary Leaders: Power and Powerlessness". *Leadership & Organization Development Journal*. Vol. 12:5, pp.21-31.
- Kaija, C. (2009). "Work-related identity in individual and social learning at work". *Journal of Workplace Learning*. Vol. 21:1, pp.23-35.
- Kihlgren, M., Ekman, S-L., Engström, B., Johansson, G. (red) (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Knights, D. & Willmott, H. (1989). "Power and Subjectivity at Work", *Sociology*. Vol. 23:4, pp.535-58.
- Kotter, J.P. (1990). *A Force for Change: How Leadership Differs from Management*. New York: Free Press.
- Kylén, J. (1994). *Fråga rätt: vid enkäter, intervjuer, observationer, läsning*. Stockholm: Kylén.
- Kylén, J. (2004). *Att få svar: intervju, enkät, observation*. (1 uppl). Stockholm: Bonnier utbildning.
- Laursen, E. (1997). Samfundsvitenskapelig dataindsamling: registrering av den dresserede tale – eller akrivering av historiens rids i materien. I Broch, T. (red):

- Kvalitative metoder i dansk samfundsforskning*, Institut for organisations- og arbejds sociologi København.
- Merriam B.S. (2011). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Mintzberg, H. (1999). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Nilstun, T (1994). *Forskningsetik i vård och medicin*. (2 rev uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Mah.se. (2013). *Sjuksköterskeprogrammet - bilaga till utbildningsplan - Malmö Högskola*. [Elektronisk] Malmö: Malmö Högskola. Tillgänglig: <http://edu.mah.se/supplements/VGSSK11v> [2013-12-07].
- Mazurek, R.A. (2011). Academic Labor is a Class Issue: Professional Organizations Confront the Exploitation of Contingent Faculty. *Journal of Workplace*. Vol. 16 issue 3:4, pp.353-366.
- SOSFS 1997:8, Socialstyrelsens författningssamling (M) *Socialstyrelsens allmänna råd Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*.
- Sveningsson, S. & Alvesson, M. (2012). *Ledarskap*. Malmö: Liber AB.
- Rubenowitz, S. (2012). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund : Studentlitteratur AB.
- Vardhandboken.se (2013). *Vem får göra vad i vården? - Översikt - Vårdhandboken*. [Elektronisk] Inera AB. Tillgänglig: <http://www.vardhandboken.se/texter/vem-far-gora-vad-i-varden/oversikt/> [2013-11-12].
- Weber, M. (1924/2007). "Legitimate Authority and Bureaucracy" i Pugh, D.S (ed.) *Organization Theory: Selected Readings*. (fourth edition). London: Penguin Books.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: University Press, Cambridge.
- Westin, J. (2002) *Läkaren som chef och ledare. Fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef*. Lund: Studentlitteratur.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Yin, K.R. (2007). *Fallstudier: Design och genomförande*. Malmö: Liber AB.
- Yin, K.R. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. (1 uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Zaremba, M. (2013). *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler Förlag.

Bilaga - Intervjufrågor

Anställda

OBS VILL PERSONEN VARA ANONYM? Glöm ej fråga det!

Kort berätta vem du är och din befattning?

1. Vad är din bakgrund, yrkesbana, karriär, privatliv?
 - a. Vad är dina arbetsuppgifter? (känner du att du hinner med att göra allt? Vilka arbetsuppgifter prioriteras du oftast?)
2. Vad har du för relation till din chef? Har du respekt för din chef? (*Är ni på god fot eller är det bara en person, typ är du "tjenis" med chefen?*) Påverkar det din arbetsituation? (Yrkesidentitet) (Auktoritet och makt)
 - a. Är det viktigt att respektera sin chef - utveckla! (Auktoritet och makt)
3. Känner du förtroende för din chef? (Yrkesidentitet)
 - a. Vem pratar du med om dina problem? Saker du behöver hjälp med? Finns det någon du har förtroende för på avdelningen/arbetsplatsen? (Formell-informell ledare!) (Yrkesidentitet) (Auktoritet och makt) / (Chef och ledarskap)
 - b. Ser du några fördelar eller hinder med att din chef inte har samma yrkeskompetens som dig själv? (Chef och ledarskap)
4. Vad anser du vara bra egenskaper hos en chef? Omtänksam eller styrande exempelvis. (Chef och ledarskap)
 - a. Vilka egenskaper tycker du att din chef besitter. (Koppla till förändringar i maktförhållanden - om du ber din chef om yrkes professionell hjälp?) (Chef och ledarskap)
 - b. Finns det ett speciellt sätt du tycker din chef ska uppföra sig på och klä sig på? (Yrkesidentitet)
5. Har du bra kommunikation med din chef? Kan du lätt ta kontakt med din chef? (Auktoritet och makt)
 - a. Har ni möten ofta? Är alla med på mötena eller vilka är det? Vem håller i mötet eller är det mer av en diskussion där allas röster görs hörda? Även om alla får prata, tas allas åsikter i beaktning? (Auktoritet och makt)
6. Har du varit med om ett chefsbyte? Hur kände du inför detta? Motstånd eller positiv till din nya chef? (Auktoritet och makt)

Chef

OBS VILL PERSONEN VARA ANONYM? Glöm ej fråga det!

Kort berätta vem du är och din befattning?

1. Vad är din bakgrund, yrkesbana, karriär, privatliv?
 - a. Vad är dina arbetsuppgifter? (känner du att du hinner med att göra allt? Vilka arbetsuppgifter prioriteras du oftast?)
2. Hur gick det till när du blev chef? (**Chef och ledarskap**)
3. Vad lockade med att bli chef? (**Yrkesidentitet**)
4. Hur reagerade anställda då du blev chef, positiva eller negativa? Deras inställning mot dig gentemot den inställning de hade mot den gamla chefen? (**Auktoritet och makt**)
 - a. Har bemötandet och jargongen förändrats mellan dig och dina medarbetare sedan du blev chef? Behandlas du annorlunda? (**Yrkesidentitet**)
5. Känner du att din personal litar på ditt omdöme? (**Chef och ledarskap**)
 - a. Vad har du för relation till dina kollegor/medarbetare? (**Chef och ledarskap**)
6. Hur ser kommunikationen ut med dina anställda? *Är det en tvåvägskommunikation eller mer du som ger direktiv?* (**Auktoritet och makt**)
7. Hur ser du på dig själv som chef inom sjukvården? Känner du att du kan leva upp till förväntningarna på dig som chef? (**Yrkesidentitet**)
8. Någon yrkesgrupp (sjuksköterska, undersköterska, läkare, övrig personal) som är svårare att vara chef och leda över? (**Auktoritet och makt**)
9. Ser du att det finns andra ledare inom organisationen? Ser du någon informell ledare som dina medarbetare ibland kontaktar istället för dig, t ex mindre frågor etc. (**Chef och ledarskap**)
10. Anser du det är viktigt att ha en viss klädsel på jobbet? Om ja, varför? För att det är regler? Vad är anledningen? (**Yrkesidentitet**)
11. Följer jobbet med dig hem? (**Yrkesidentitet**)
12. Vad är skillnaden med att vara verksamhetschef på ett sjukhus och en vårdcentral? (**Chef och ledarskap**)
 - a. Att vara verksamhetschef och inte läkare är vanligt på vårdcentraler, varför tror du att det är ovanligare med verksamhetschefer som inte är läkare på sjukhus? (**Chef och ledarskap**)



Linnéuniversitet – kvalitet och kompetens i fokus

Den 1 januari 2010 gick Växjö universitet och Högskolan i Kalmar samman och bildade Linnéuniversitetet. Linnéuniversitetet är resultatet av en vilja att öka kvalitet, attraktionskraft och utvecklingspotential för utbildning och forskning, och spela en framträdande roll i samverkan med det omgivande samhället. Linnéuniversitetet erbjuder en attraktiv kunskapsmiljö med hög kvalitet och konkurrenskraftig kompetens.

Linnéuniversitetet är ett modernt internationellt universitet som betonar nyfikenhet, nytänkande och nyttiggörande. För oss är närhet till studenterna, världen och framtiden i fokus.

Lnu.se

Linnéuniversitetet
391 82 Kalmar/351 95 Växjö
Telefon 0772-28 80 00