

När skötaren leder läraren

- En studie om vad som är viktigt när sjuksköterskor leder läkare -

Isabel Erlingson, 22148

Evelina Ståhl, 22604

14 maj 2014

Abstract

The leadership within healthcare is a constantly discussed subject. The discussion today is evolving around the physicians' lack of strive towards becoming managers within healthcare organizations. Furthermore the leadership that the nurse practice when becoming manager is on the other hand not discussed. The purpose of this study is to describe important factors of the leadership the nurse practice upon physicians in a healthcare organization as well as to explain why that is. To fulfill this purpose, we have used a qualitative case study research design including a private Swedish healthcare company. The study determines that there seemingly are three different factors the managing nurse should take into account when leading physicians. In this study we have concluded that they are communication, being out on the operating floor and the opportunity to have someone to share best practices with. Additionally, the study shows that there seem to be a connection between the aspects determined in the study and the existing corporate culture. Finally, we discuss the implications of our results and claim that managing nurses seem to have found a workaround when accepting the corporate culture as given and still manage to lead their care unit.

Keywords: nurse leadership, corporate culture, communication, sounding board, care unit presence

Handledare: Lovisa Näslund

Framläggning: Juni 2014

Handelshögskolan i Stockholm

Institutionen för Management och Organisering

Kurs 619 – Kandidatuppsats, Examensarbete - 15 ECTS

FÖRORD

Vi vill rikta en stort tack till vår handledare Lovisa Näslund och handledningsgrupp. Ni har gett oss goda insikter och sagt ifrån att när vi är ute på fel spår. Utan er hade det hela varit ohållbart. Tack!

Vi vill också rikta ett enormt tack till vårt fallföretag som lagt ner både tid och energi när ni ställt upp på intervjuer. Utan er hade det hela varit omöjligt. Tack!

Sist men inte minst vill tacka våra familjer och tekniken. Familjen för att ni orkat med oss under den här tiden, vi har knappt orkat med oss själva. Tekniken som tillåtit oss att skriva den här uppsatsen på våra datorer. Datorer som både har lagt av och bytts ut, utan att sparat våra texter. Det har hjälpt oss att tänka om och tänka nytt. Tack och tack!

Tack till er,

Evelina och Isabel

FÖRORD	2
1. INLEDNING	5
1.1. Bakgrund	6
1.1.1. Ledarskap	6
1.1.2. Ledare i vården	6
1.1.3. En ledande sjuksköterska	7
1.2. Syfte och problemformulering	9
1.3. Frågeställning	9
1.4. Avgränsning	
2. METOD	11
2.1. Forskningsansats	11
2.1.1. Fallstudie	11
2.1.2. Val av studieobjekt	12
2.2. Datainsamling	12
2.2.1. Intervjuer	12
2.2.2. Personer i studien	13
2.3. Begränsningar	15
2.3.1. Extern reliabilitet	15
2.3.2. Intern validitet	15
2.3.3. Extern validitet	15
3. TEORETISK REFERENS RAM	16
3.1. Bakgrund till ramverk	16
3.2. Organisationskultur	17
3.2.1. Tre nivåer av organisationskultur	17
3.2.1.1. Grundläggande antaganden	17
3.2.1.2. Värderingar och normer	19
3.2.1.3. Artefakter	19
3.2.2. Organisationskulturens olika perspektiv	20
3.2.3. Utveckling av organisationskultur	21
3.3. Maktteori	21
3.2.1. Maktbaser	22
3.4. Ledarskap	23
3.4.1. Situationsbaserat ledarskap	23
3.4.2. Substitut till ledarskap	23

4. EMPIRI	24
4.1. Två moderna sjukvårdsverksamheter i Sverige	24
4.2. Ledarskapsutveckling i vården	27
4.3. Sjuksköterskans ledarskap	28
5. ANALYS	31
5.1. Mjuk aspekt	31
5.1.1. Tydlighet i kommunikation: när sjuksköterskor ska leda läkare	31
5.2. Hårda aspekter	35
5.2.1. Vara på plats i verksamheten: när sjuksköterskor ska leda läkare	35
5.2.2. Ett bollplank: när sjuksköterskor ska leda läkare	36
6. SLUTSATS	37
7. DISKUSSION	39
7.1. Metoddiskussion	39
7.2. Bidrag och förslag till framtida forskning	40
REFERENSER	42
Trycka källor	42
Elektroniska källor	44
APPENDIX	46
Intervjufrågor	46
Figurförteckning	47

1. INLEDNING

Ledarskap inom hälso- och sjukvården har debatterats mycket inom branschorganisationer såsom Sveriges Läkarförbund, men det har även lyfts och uppmärksammats i offentliga medier (Mementor, 2014 & SvD, 2011). En av de större debatterna har handlat om bristen på läkare som är villiga att lämna det kliniska arbetet åt sidan för att kliva in i chefsrollen (SvD, 2011). Däremot har mindre fokus legat på sakinnehållet i ledarskapet och dess natur. Ännu mindre fokus har legat på sjuksköterskor som är villiga att kliva upp en nivå och ta sig an utmaningen som chef. Traditionellt sett har läkare oftast varit de som blivit ledare inom sjukvården, vilket till stor del har sin förklaring i att den möjligheten inte fanns för andra än just läkare, att bli exempelvis verksamhetschef.

Idag ser det annorlunda ut. Idag finns en möjlighet för sjuksköterskor att söka sig till chefspositioner inom vården till större utsträckning än tidigare. Så har det alltså inte alltid varit och fram till år 1997, då en förändring av hälso- och sjukvårdslagen genomfördes, var det endast läkarna som hade valet att bli verksamhetschef med det administrativa ansvaret. Bakgrunden till denna studie ligger i den förändringen och med syftet att undersöka vad som kan tänkas vara viktigt när sjuksköterskor leder, mer specifikt då de leder läkare.

Läkare är den person som har avlagt läkarexamen vid universitet efter genomgången yrkesprogram. Därefter kan den examinerade anställas som läkare. I vardagligt tal tituleras läkare ofta som doktor. Ordet kommer från latinets "doctor" som betyder lärare (av verbet "docere" att lära) (Wikipedia, 2014). Sjuksköterska är någon som yrkesmässigt sköter (Svenska Akademiens Ordbok, 2014). Vårt intresse ligger därför i att försöka förklara sambandet när "den skötande" ska leda "läraren" och varför sambandet ser ut som det gör.

1.1. Bakgrund

1.1.1. Ledarskap

Det finns olika definitioner på ledarskap. Definitionen på ledarskap kan både vara dubbeltydiga och olikartade, och i enighet med Pfeffer (1977) menar vi att det kan vara svårt att skilja ledarskap från andra förhållanden som inverkar på organisationen. Vi har därför valt en specifik definition av det ledarskap vi ämnar undersöka. Vår utgångspunkt är densamma som Jacobsen och Thorsvik (2008) använder sig av, där ledarskap är definierat som ett speciellt beteende som människor utövar i avsikt att påverka andras inställning, tänkande och uppförande. Det leder till att ledarskap enligt Jacobsen och Thorsvik (2008) kan beskrivas som ett förlopp mellan människor där man hoppas resultatet ska vara att influera andra. Det är alltså denna syn på ledarskap vi i studien fortsättningsvis använder och ämnar genom den att fokusera på personers uppfattningar, åsikter och uppförande.

1.1.2 Ledare i vården

Att leda inom hälso- och vården innebär att leda en kunskapsintensiv organisation (Hallin & Siverbo, 2003) och ledarskapet förväntas anpassas efter det. Historiskt sett har ledarskap inom vården varit under stark hierarkisk struktur. Henry Mintzberg (1983/1993) kallar sjukhus för professionella byråkratier vars produktion bygger på standardisering av professionell kunskap.

Vården kan vara offentlig eller privat, där den offentliga vården kan delas upp i landstinget och kommunal. Vård som är offentligt finansierad innebär att den finansieras med skattemedel. En stor del av den offentligt finansierade vård och omsorgen utförs idag av privata aktörer genom avtal med landstinget eller kommunen. De måste alltså fortfarande följa den övergripande nationella lagstiftningen.

År 1864 fick lasarettsläkaren lagligt ansvar att leda sjukhusets verksamhet och till detta tillkom även det administrativa ansvaret (Lannerheim, 1994). I sin roll blev läkaren även chef och förman för ledande sjuksköterskor som exempelvis avdelningsföreståndare (Höjeberg, 1989). Under 1970-talet och början av 1980-talet ändrades tankesättet gällande den starka hierarki som

varit till att istället bli en idé om decentralisering och eftersträvan mot plattare organisationer (Hallin & Siverbo, 2003). Genom en ändring i hälso- och sjukvårdslagen år 1997 fanns möjligheten att skilja på det administrativa och medicinska ledarskapet som en gång varit ett förenat ledarskap. Denna ledarskapsförändring öppnade för första gången upp möjligheten för sjuksköterskor att söka sig till att bli verksamhetschefer.

Chefer och ledare finns på alla nivåer i en organisation, i varje verksamhet krävs det en chef som är ytterst ansvarig för just den verksamheten. Under denna verksamhetschef finner man ofta en chef för vårdenheten (i studien benämnd enhetschef). Dagens enhetschef har även ett administrativt och ekonomiskt ansvar, från att tidigare ha varit patientorienterad. Forskning har bedrivits gällande vilka behov som finns i den nya ledarrollen, exempelvis (Kristiansson och Eriksson, 2007) som presenterar fyra behov som ledare inom sjukvård har. Däremot har mindre forskning bedrivits gällande hur ledarna kan hantera sitt ledarskap och mer specifikt hur sjuksköterskor kan hantera sitt ledarskap över läkare.

1.1.3 En ledande sjuksköterska

Som legitimerad sjuksköterska är man en naturlig ledare i det dagliga arbetet. Det handlar om ledarskap över patientarbete men kan även innefatta administrativt ledarskap (Jahren Kristoffersen, 2006). Enligt Socialstyrelsen (2005) är sjuksköterskans ledarskap ett av tre huvudområden som redogörs för. Sköterskans ledarskap delas upp i samverkan i vårdkedjan samt arbetsledning. I avsnittet om arbetsledning redogörs det att sjuksköterskan ska ha förmåga att utifrån patientens behov systematisk leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika kompetens. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att motivera arbetslaget och ge återkoppling i en positiv anda. Förmågan att skapa samverkan i vårdkedjan bygger på samarbetsförmåga och god kommunikation. Sköterskans förmåga att leda arbetet ställs under stor press i den intensiva hälso- och sjukvårdsbranschen som hon verkar i.

Svensk sjuksköterskeförening presenterar en översättning av International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor. Den sammanfattar de riktlinjerna för etiskt och moraliskt handlande som sjuksköterskor ska arbeta utefter. Riktlinjerna gäller omvårdnad, utbildning,

ledning och forskning inom yrkesområdet. Den anger även sköterskan ska verka för gott samarbete med sina medarbetare (ICN, 2006).

Likt ICN har läkare även etiska regler där den första och mest grundläggande regeln är: "Läkaren ska i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud." (Läkarförbundet, 2009). I grunden jobbar alltså både sjuksköterskor och läkare mot samma mål - patientens hälsa. Däremot är sjuksköterskans etiska kod mer inriktat på ledarskap och läkarens etiska regler har inriktningen patienthälsa.

Att vara ledare ingår, som beskrivet ovan, i sjuksköterskans dagliga arbete oavsett vilken nivå eller verksamhet hon arbetar i (Fedoruk & Pincombe, 2000). Varje verksamhetschef (eller enhetschef beroende på organisation) ska dessutom leda arbetet och fördela arbetsuppgifter samt svara för att den personal som ska utföra arbetsuppgifterna har den kompetens som faktiskt krävs. Inom kommunal verksamheten finns rekommendation om att det även bör finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, eller läkare om sjuksköterskan inte innehar den kompetensen som krävs som ska ha det medicinska ansvaret (Sjukhusläkaren, 2005).

Behov finns av sjuksköterskor som kan leda, administrera, utveckla och koordinera anställda men också som har förmågan att leda arbetet i den service man faktiskt ger patienten. Ett grundläggande krav hos sköterskor är att de ska ha en bred kunskap om hälso-och sjukvårdsorganisationen, vilket även ger dem fördel i deras arbete som ledare inom vården.

Vi ämnar i denna studie till att se djupare på hur det fungerar i praktiken, och försöka förstå och förklara de faktorer som påverkar ledarskapet och slutligen ge exempel på vad som är viktigt för sjuksköterskor när de leder läkare.

1.2. Syfte och problemformulering

Av intresse för att studera det ledarskap sjuksköterskor utövar när hon/han är chef över läkare och den möjliga problematik som kan uppstå, har vi för avsikt att undersöka varför och vilka aspekter som påverkar möjligheterna till ett framgångsrikt ledarskap, i en framstående sjukvårdsorganisation. Då i grunden sjuksköterskor som är chefer idag inte är så vanligt som man förväntar sig nästan 20 år efter man fått möjligheten, har vi valt att fokusera studien på deras uppfattning om ledarskapet och rollen som chef.

Syftet med studien är genom att undersöka deras uppfattning om ledarrollen, bidra till att börja fylla den kunskapslucka som identifierats i forskningen gällande sjuksköterskor som är chefer över läkare. Fortsättningsvis är vårt syfte med studien att ta fram viktiga aspekter för sjuksköterskor som leder läkare och varför det är viktigt. För att kunna göra en analys av detta måste vi dels förstå vad som avgör ledarskapets utformning och dels hur organisationens kultur påverkar ledarskapet.

1.3. Frågeställning

För att fylla det syfte som formulerats ovan, har vi för avsikt att besvara följande forskningsfråga:

”Vad är viktigt när i grunden sjuksköterskor är chefer över läkare i en framstående sjukvårdsorganisation? Och varför kommer det sig?”

Ovanstående forskningsfråga medför att vi undersöker en sjukvårdsorganisation där sjuksköterskor är chefer över läkare. Vi menar här att sjukvårdsorganisationen är framstående i den bemärkelsen att de har en hög andel sjuksköterskor som leder läkare.

1.3 Avgränsning

Med syfte att besvara ovanstående forskningsfråga har vi först och främst valt att avgränsa oss till den privata vården. Det kan dock i sin tur innebära att en del av verksamheten är på uppdrag av landstinget men vald organisation är privatägd. Privatvård har valts av den anledning att vi avser studera personers uppfattning av ledarskapet och inom den offentliga vården kan politiska

åsikter spela in som vi inte ämnar lägga vikt vid. Samtidigt tror vi att vi kommer ha större möjlighet att finna tydliga insikter i en mindre organisation med färre hierarkiska nivåer och med mer decentraliserad makt, något som inte är fallet inom den offentliga vården.

Ytterligare avgränsning har gjorts genom valet av en fallstudie på en hälso- och sjukvårdsorganisation delat på två olika affärsverksamheter. Hälso- och sjukvårdsorganisationen utgör en del av en koncern med verksamheter i fem europeiska länder. Mer specificerat har vi valt att lägga fokus på den svenska verksamheten. Bakgrunden till valet av verksamhet är den geografiska begränsning som uppkommer vid bredare val av verksamheter samt den unika aspekten gällande den höga graden sjuksköterskor i chefsposition. För att inte jämföra olika typer av verksamheter, som genom det gör det svårt att jämföra, har vi valt att enbart fokusera på den svenska specialistverksamheten och två verksamheter inom den. Argumentet för mer decentraliserad makt samt storlek på organisation gäller även vid denna avgränsning. Det specifika valet av specialistverksamhet beror på den höga grad sjuksköterskor som chefer inom verksamheterna, varpå vi därför ser störst möjlighet till att finna viktiga kunskaper där.

Fortsättningsvis har vi valt att avgränsa den empiriska studien kring kultur, beslutsprocesser och upplevelser inom organisationen i studien. Hänsyn har inte tagits till *hur* ledarna tillsätts och bakgrund till dessa beslut. Vi har vidare inte försökt besvara forskningsfrågan från läkarnas perspektiv. Detta med grunden i att vi är intresserade av sjuksköterskornas uppfattning om deras ledarskap och deras uppfattning om möjlig problematik, vilket läkaren omöjligt skulle kunna veta.

2. METOD

Detta avsnitt syftar till att beskriva hur vi resonerat kring val av metod, bakgrunden till val av studieobjekt samt hur empiriinsamlingen har genomförts.

2.1. Forskningsansats

2.1.1. Fallstudie

När avsikten är att studera en organisation som har möjlighet att ge speciell insikt, vilken andra organisationer inte skulle kunna ge är fallstudie ett starkt val av metod (Siggelkow, 2007).

Vidare kan fallstudier bidra till att spetsa till existerande teori genom att peka på kunskapsluckorna och börja stänga igen dem (Siggelkow, 2007). Ett tredje argument enligt Siggelkow (2007) för fallstudier, i kontexten att skapa konceptuellt bidrag, är att använda dem som illustrationer. Genom att ha möjligheten att illustrera relationer mer direkt är ett av huvudargumenten för fallstudier (Siggelkow, 2007). Då syftet med vår studie är att förstå och analysera vad som är viktigt när sjuksköterskor leder läkare och varför det kommer sig anser vi att samtliga av ovanstående argument stämmer och att en fallstudie därmed är mest lämplig för val av forskningsmetod.

Vi har använt en abduktiv ansats i denna studie, vilket också är naturligt för en fallstudie när lite teori finns att hämta ur tidigare forskning (Siggelkow, 2007). Det innebär i praktiken att teori och empiri har behandlats alternerande och genom det succesivt låtit förståelsen växa fram. Vi vill genom vår uppsats abduktiva ansats skapa ny teori som hjälper till att fylla det hål vi anser finns i dagens forskning och teori. Samtidigt anser vi att det ligger tyngd i det som redan är forskat i, debatterat om och skrivet varpå vi i vår uppsats vill se om det kan dras längre än till enbart det dagliga ledarskapet en sjuksköterska bedriver. I enlighet med Eisenhardt (1989) argumentation kring lämplighet vid teoribildning, har vi valt att besvara vår forskningsfråga genom en kvalitativ och djupgående fallstudie fördelad på två verksamheter.

2.1.2. Val av studieobjekt

Trots att det finns mycket skrivet om en sjuksköterskas ledarskap, är det framför allt inriktat på det ledarskap sjuksköterskan utövar i det dagliga arbetet. Vi anser att det är svårt att dra paralleller mellan det dagliga ledarskapet och att faktiskt vara chef. Är det verkligen bara att kliva upp en nivå i organisationen när sjuksköterskan blir chef? För att kunna dra konkreta paralleller till hur det är för sjuksköterskor att i praktiken leda läkare, med högre akademisk utbildning, har det varit viktigt att hitta en organisation där sjuksköterskor är chefer över läkare och genom det kunna illustrera praktiken, som argumenterat för ovan (Siggelkow, 2007).

Det privatägda Moderbolaget, med två Dotterbolag, har valts som studieobjekt främst då de i dagsläget har hög andel sjuksköterskor i chefspositioner. Det är på begäran av företaget vi valt att anonymisera det och benämnt dem enligt ovan. De båda dotterbolagen är specialistverksamheter och har i sin tur enheter som är jämföra bara i storlek och chefspositionerna är likställda. Med det i bakgrunden gör det att företaget lämpar sig bra för att besvara den valda frågeställningen. Dessutom har vi genom personlig kontakt god empirisk tillgång till organisationen och de två verksamheterna. Vidare är processer och till en viss del strukturer relativt likartade inom hälso- och sjukvårdsbranschen, vilken i sin tur gör att Moderbolaget delar vitala karakteristiska drag med andra organisationer inom branschen.

2.2. Datainsamling

I detta avsnitt presenteras empiriinsamlingen som ligger till grund för analysen. Empirin bygger primärdata genom djupintervjuer med sjuksköterskor som chefer på olika nivåer i organisationen.

2.2.1. Intervjuer

I syfte att förstå individuella åsikter och ge intervjupersoner möjligheten att föra ett djupare resonemang kring egna beteenden, attityder och känslor utan att påverkas av andra har majoriteten av datainsamlingen bestått av djupintervjuer (Ipsos, 2014). I ett första skede var intervjuerna förhållandevis ostrukturerade vilket också Bryman & Bell (2013) argumenterar för, för att minska risken att forskaren förutsätter deltagarnas världsbild med formulerade förväntningar eller förutfattade meningar. Det är också viktigt för att få en korrekt förståelse för hur intervjupersonerna upplever sin verklighet och vilka faktorer eller egenskaper som förenar individer (Bryman & Bell, 2013). Detta är i vårt fall alltså viktigt av två anledningar, dels för att inte ha en förutfattad mening om deras verklighet men också för att hitta punkter där vi kan förena de två verksamheterna annat än att de är verksamma inom samma specialitet och av

jämförbar storlek. Denna intervjustruktur användes vid de tre första intervjuerna; intervju med VD, intervju med verksamhetschef för *DB2* samt med enhetschefen i Göteborg för *DB1*. De här tidiga intervjuerna och medföljande diskussionerna tillsammans med tidigare forskning och debatt bidrog till att fastslå vårt syfte samt frågeställning. I enighet med Bryman & Bells (2013) argument för val av struktur för intervju vid fallstudie, har vi efter detta valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer i avsikt för att få möjlighet att använda de två verksamheterna tillsammans.

Genom att ställa samma frågor till alla personer på en nivå i organisationen och göra så på varje nivå, har vi ökat vår systematisering. Detta är även i enighet med vad Jick (1979) förestår som ett sätt att öka tillförlitligheten på.

2.2.2. Personer i studien

Då vårt huvudsakliga syfte är att fördjupa oss i vad som är viktigt när sjuksköterskor leder läkare i sjukvården har vi med det valt att intervju sjuksköterskor i en ledarbefattning. Det har även lagts stor vikt vid att intervju personer på olika nivåer i organisationen. Syftet med det var att skapa en klar bild över vad som uppfattas på olika nivåer samt kunna dra paralleller mellan dem. Vi hoppas genom det generera en helhetsbild av hur sjuksköterskans ledarskap uppfattas.

Under undersökningens gång har totalt 10 intervjuer genomförts med anställda på olika hierarkiska nivåer i organisationen. Tidsåtgången för varje intervju har varierat mellan 40-60 minuter beroende på de diskussioner som uppkommit och de teman som tagits upp. I den mån vi hade möjlighet har vi genomfört intervjuer vid personliga möten i företagets lokaler. Det med syftet att ge trygghet till intervjupersonerna men också ge oss intervjuare en känsla för miljön (Bryman & Bell, 2013). På grund av geografiskt avstånd och tidsbrist hade vi inte möjlighet att besöka verksamheten i Göteborg, Malmö eller Uppsala, och dessa intervjuer har då istället genomförts per telefon. Detsamma gäller intervjun med enhetschefen för satellitenheterna. I den utsträckning vi fick möjlighet att spela in intervjuer har detta gjorts för att sedan transkriberats och i annat fall har vi varit noga med att anteckna under intervjuerna. Har vi i efterhand, vid genomgång av vår intervju, känt att det skulle kunna ligga en misstolkning i vårt material antingen från vår eller intervjupersonens sida har vi åter kontaktat intervjupersoner för att säkerställa empirin. Under intervjuerna har vi också varit noga med att ställa om frågor som vi annat kunnat ha misstolkas. Vi har genom att både varit uppmärksamma på eventuella misstolkningar under intervjuerna

och i efterhand försökt säkerställa vår empiri försökt undvika möjliga tillfälligheter och uppnått en god pålitlighet.

Det har resulterat i att vi träffat sex enhetschefer fördelat över de två verksamheterna genom fem enhetschefer i DB 1 och en enhetschef i DB 2. Fördelningen beror på storleken på verksamheterna och därmed antalet enheter. Vi har på varje företag intervjuat alla enhetschefer som finns. Vi har även haft intervjuer med de två verksamhetscheferna för respektive verksamhet samt den gemensamma verkställande direktören (VD) för de två verksamheterna. Med syfte att inledningsvis få en överblick över verksamheterna inleddes intervjuprocessen genom intervju med VD. På samma sätt avslutades också intervjuprocessen med kompletterande frågor om organisationen som uppkommit under undersökningens gång.

Verksamhet	Befattning	Plats	Tidpunkt
Moderbolaget	Verkställande direktör (VD) DB1 och DB2.	Stockholm	2014-03-24, 2014-04-25
Dotterbolag 1 (DB1)	Verksamhetschef	Stockholm	2014-03-28
	Enhetschef 1 – Stockholm	Stockholm	2014-03-31
	Enhetschef 2 – Uppsala	Telefonintervju	2014-04-16
	Enhetschef 3 – Göteborg	Telefonintervju	2014-03-28
	Enhetschef 4 – Malmö	Telefonintervju	2014-03-28
Dotterbolag 2 (DB2)	Verksamhetschef	Stockholm	2014-04-01
	Enhetschef – Stockholm	Stockholm	2014-04-30
*Vårdförbundet		Telefon	2014-03-25

** Kontakt med Vårdförbundet har skett per telefon i omgångar och har gett referenser varför vi inte räknat detta till antalet intervjuer. Första kontakten skedde 2014-03-25.*

Figur 1: Intervjuer; befattning, tid och plats

2.3. Begränsningar

Med utgångspunkt från existerande teori om kvalitativa undersökningar och fallstudier har vi funnit tre områden som studien kan kritiserats utifrån; extern reliabilitet, intern validitet och extern validitet.

2.3.1. Extern reliabilitet

Extern reliabilitet står enligt LeCompte och Goetz (1982) för den utsträckning i vilken undersökningen kan replikeras. Det är i de allra flesta fall svårt att replikera en undersökning då det är omöjligt att "frysa" en social miljö och de sociala betingelser som gäller där (LeCompte & Goetz, 1982). Bryman och Bell (2013) menar dock att kvalitativa resultat ofta fokuserar på det kontextuellt unika och på meningen hos eller betydelsen av den aspekt av den sociala verklighet som studeras. De säger vidare att kvalitativ forskning istället ska fokusera på vad de säger Geertz (1973) menar är fylliga och täta redogörelser för de detaljer som ingår i en kultur. I enighet med Lincoln och Guba (1985 s. 316) genom Bryman och Bell (2013) så anser vi ha bidragit till en fyllig redogörelse som förser andra personer med en databas som med vars hjälp de kan bedöma hur pass överförbara resultaten är till en annan miljö.

2.3.2. Intern validitet

Intern validitet betyder enligt LeCompte och Goetz (1982) att det ska finnas en god överensstämmelse mellan undersökningens observationer och de teoretiska idéer som den utvecklar. De menar vidare att det kan bli en styrka i kvalitativa undersökningar genom den långvariga närvaron och delaktigheten i en social grupp som gör det möjligt för forskaren att säkerställa en hög grad av överensstämmelse. På grund av studiens begränsade omfång och tidsbrist kan detta istället ses som en svaghet. För att försöka öka den interna validiteten har vi använt oss av två olika åtgärder. För det första har intervjuer i den mån det godkänts och varit möjligt spelats in, vilket skapar möjligheter att spela upp och lyssna på intervjun igen. För det andra har båda författarna som utfört undersökningen deltagit tillsammans vid intervjuerna i den utsträckning det varit möjligt.

2.3.3. Extern validitet

Extern validitet, som ofta också benämns generaliserbarhet, menar LeCompte och Goetz (1982) istället rör den utsträckning i vilken resultaten kan generaliseras till andra sociala miljöer och situationer. De anser också att den externa validiteten utgör ett problem för kvalitativa undersökningar på grund av den ofta förekommande metoden fallstudie, vilket är fallet här. Problemet uppkommer eftersom att ett

begränsat antal fall studeras. Däremot är inte studiens syfte att skapa generaliserbara resultat utan snarare att genom en djupgående analys av ett hittills utforskat område bidra med teoribildning. Det är därmed av mindre vikt att resultaten av denna studie, genom tidsbrist och det begränsade antalet studerade fall, inte per automatik kan generaliseras till andra organisationer och branscher.

3. TEORETISK REFERENSRAM

I detta avsnitt presenterad den teoretiska referensram som ligger till grund för studiens analys. Sett till det ämnet uppsatsen är skrivet i finns det i nuläget inte omfattande teorier om sköterskor som leder läkare. Därför kan den teori som uppsatsen grundas på ses som splittrad, dessa teorier är dock applicerbara och kan i sin kombination agera förklarande för det ledarskap denna uppsats fokuserar på samtidigt som vi bidrar till den normativa traditionen.

3.1. Bakgrund till ramverk

Då vårt syfte med denna studie är att undersöka vad som uppfattas viktigt när utbildade sjuksköterskor har blivit chefer och i sin tur leder läkare är teori gällande det ledarskapet högst relevant. Mycket finns skrivet om ledarskap inom vården och det diskuteras flitigt i både media och inom branschorganisationer (Eriksson & Kristiansson, 2007). Lite finns å andra sidan skrivet om när sjuksköterskor är chefer över läkare varpå vi använder oss av en annan infallsvinkel gällande teori.

För att försöka skapa en helhetsbild av området har vi valt att kombinera relevanta teorier om organisationskultur, makt och ledarskap för att försöka besvara vår forskningsfråga. Vi har även tagit hänsyn till den pågående debatten om ledarskap i vården för att ytterligare kunna koppla ihop våra insikter med nya teorier.

3.2. Organisationskultur

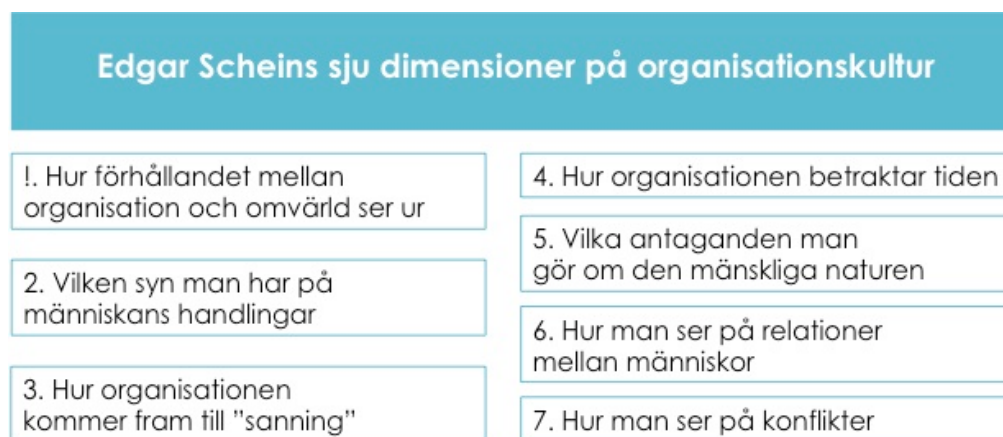
Det är allmänt accepterat att organisationskultur kan beskrivas som ett mönster av grundläggande antagandet som har fungerat tillräckligt bra för att bli betraktade som sanna, och som därför blir sanning för nya medlemmar. Detta innebär i sin tur att kärnan i varje organisationskultur består av ett mönster av antaganden som grupper av medlemmar i organisationen tar för givna (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Det blir en form av sanning som präglar människors tänkande även om individen ofta inte ens är medveten om vad som egentligen tas för givet (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Det kommer sedan att vara människors "bruksteorier", alltså uppfattningar som präglar vårt beteende och vår syn på verkligheten (Argyris, 1982). Vi kan dock inte observera dem och människor är inte själva medvetna om hur deras tänkande och beteende är präglat av grundläggande antaganden (Jacobsen & Thorsvik, 2008). För att kringgå problemet med att studera grundläggande antaganden lägger Jacobsen och Thorsvik (2008) fram tre nivåer en organisationskultur kan studeras på då kulturen existerar på alla tre nivåer nämligen 1) grundläggande antaganden 2) värderingar och normer 3) artefakter. För att vidare studera organisationskulturen på de valda verksamheterna har vi i studien utgått från dessa tre. Vi kommer även att undersöka djupare vilken typ av perspektiv på organisationskultur som existerar samt teorier om hur organisationskultur utvecklas.

3.2.1. Tre nivåer av organisationskultur

3.2.1.1. Grundläggande antaganden

Den första nivån och den tyngsta av de tre är grundläggande antaganden. Det är grunden och kärnan i varje kultur. Det är våra grundantaganden och det vi betraktar som sant och riktigt och som påpekats är svåra att isolera (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Det kan också skildras som uppfattningar om något som i gemensam tolkning i sociala grupper förefaller som sanningar, som inte går att diskutera och därför blir svåra att ifrågasätta och med det förändra (Jacobsen & Thorsvik, 2008). När man inom sociala grupper sorterar personer och tar ställning till vilken status de ska ha i gruppen är det ofta genom dessa grundläggande antaganden man utgår ifrån (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Grundläggande antaganden är något som en enskilde personen tar för givet, och därför får karaktär av sanning. Det är alltså inte något personen är medveten om.

För att precisera mer exakt vad dessa grundläggande antaganden innehåller använder vi tre av de sju dimensioner Edgar Schein (1991) identifierat och som kan användas för att skilja kulturer från varandra (figur 2).



Figur 2: Edgar Scheins sju dimensioner på organisationskultur

Hur förhållandet mellan omvärld och organisation uppfattas. Denna dimension syftar till att förklara hur man betraktar organisationen. Om man betraktar den som passiv och utsatt för tryck för att anpassa sig eller om uppfattningen är att den är aktiv, dominerande och ledande i förhållande till omvärlden?

Vilken syn organisationen har på människors handlingar. Dimensionen arbetar för att förklara om människors handlingar är rationella eller mer styrda av känslor (irrationella). Är människans natur att vara aktiv och försöka påverka, eller kanske att vara passiv och mer bara efter bästa förmåga anpassa sig till det som händer?

Hur man som organisation ser på relationer mellan människor. Ska man uppträda rationellt eller visa sina känslor? Ska man låta andra fatta beslut eller delta? Ska man samarbeta eller konkurrera? Man försöker hitta det "riktiga" sättet för människor att förhålla sig till varandra. Man försöker också förstå hur makt och myndighet ska fördelas. Om den ska fördelas genom hierarki eller genom mer jämställda strukturer?

Genom att kombinera dimensionerna kan man enligt Schein (1991) få många olika typer av organisationskulturer. Scheins kulturdimensioner har visat sig vara en nyttig utgångspunkt för att

karaktärisera kulturer (Hofstede, 1991) och har använts i empiriska studier av kultur på både grupp- och organisationsnivå av bland annat Hofstede m.fl. (1990).

3.2.1.2. Värderingar och normer

Den andra nivån syftar till att undersöka och förklara två delar, värderingar och normer. Själva begreppet värderingar säger något om vad som är gott och önskvärt, något som värdesätts och som man går in för att ta tillvara på (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Enligt Schein (1991) innebär en värdering att man gjort ett medvetet val och tagit ett beslut om att en viss sak är bra och en annan dålig. Sådana värderingar följer dock ofta naturligt av sina grundläggande antaganden (Schein, 1991). Enligt Jacobsen och Thorsvik (2008) stämmer inte alltid det en person säger och tror om värderingar som styr det egna beteendet överens med de grundläggande antaganden som faktiskt styr personens beteende. Medvetet eller omedvetet är de uttalande värderingarna något man ofta stoltserar med, medan det egentligen kan vara andra värderingar som styr ens beteende.

Normer i sin tur kan beskrivas som oskrivna regler och anger vad som lämpar sig att göra i sociala sammanhang (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Enligt Giddens (1989) är normer “bestämda principer eller regler som människor förväntas följa”. För varje organisation formaliseras normer för beteende någon form av regeluppsättning, rutiner och mer formella “etiska normer” för de anställda i organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Normer kan också vara knutna till nationell kultur och lagstiftning så att de blir gemensamma för en organisation eller bransch.

3.2.1.3. Artefakter

Om man tänker sig organisationskulturen som ett isberg är artefakterna, enligt Jacobsen och Thorsvik (2008) den lilla bråkdelen som är synlig ovanför det kalla vattnet. Poängen med denna illustration är att de djupare kulturelementen i en organisation först avslöjas för oss när vi talar med anställda om vilka värderingar och normer som människor har och delar (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Artefakter är alltså kulturella uttryck som kan observeras. Alla utlopp för de underliggande elementen (grundläggande antaganden samt värderingar och normer) som vi kan observera är artefakter (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Man kan enligt Jacobsen & Thorsvik (2008) dela in de artefakter som finns i en organisation i tre olika grupper där artefakter kan vara

1) det som människor säger 2) människors beteende 3) fysiska föremål. Vi kommer att utgå ifrån dessa tre delar när vi i analysen fördjupar oss i organisationskulturen.

3.2.2. Organisationskulturens olika perspektiv

Den definition som hittills speglar organisationskultur kan å andra sidan försumma att organisationskultur också kan vara präglad av kulturell mångfald eller konflikt mellan värderingar, situationsuppfattningar och åsikter om vad som är rätt och riktigt att göra. Denna synvinkel på organisationskultur är något som Joanne Martin (2002) har introducerat och kompletterat. Martin (2002) använder sig av tre skilda med komplementära perspektiv gällande kultur i organisationer som är väsentliga i detta sammanhang. Vi introducerar dessa för att vidare kunna analysera organisationskulturen i verksamheterna vi undersökt i studien. Det är vitalt att förstå att dessa teoretiska perspektiv på kultur är helt skilda från varandra. Genom att kombinera de olika perspektiven när vi studerar organisationskultur kan man få en djupare insikt organisationens kultur än vad de var för sig hade kunnat bidra med. Detta argumenterar Jacobsen och Thorsvik (2008) för. Det är också av den anledning vi väljer att använda oss av Martins (2002) tre perspektiv på organisationskultur. De tre perspektiven är 1) integrationsperspektivet, 2) differentieringsperspektivet, samt 3) fragmenteringsperspektivet. Vi kommer i analysen att fokusera på de två förstnämnda.

Integrationsperspektivet. Här beskriver Martin (2002) att kulturen integrerar på samtliga medlemmar i organisationen och organisationen beskrivs i sig som en kulturell gemenskap formad av kollektiv konsensus.

Differentieringsperspektivet. Här tolkas istället kulturella uttryck olika av olika grupper i organisationen. Martin (2002) menar då också att dessa skilda tolkningar skapar subkulturer som kan samexistera. Perspektivet karaktäriseras av att man tolkar oenigheter mellan olika subkulturer och gör det sedan tydligt vad de olika subkulturerna kännetecknas av.

3.2.3. Utveckling av organisationskultur

Enligt Brown (1998) finns det stor enighet om hur organisationers kultur utvecklas och vilka förhållanden som påverkar kulturen. De uttrycks vara 1) den nationella kulturen i det land där organisationen verkar, 2) ledare som arbetar aktivt för att utveckla kultur, 3) vad som kännetecknar den marknad som organisationen ingår i. Vi kommer i vår analys titta närmare på det sistnämnda förhållandet och redogör därför här kortfattat för dess innebörd.

Ledare som arbetar aktivt för att utveckla kultur. Ledare är en självklar del när man talar om att lägga en grund för en gemensam organisationskultur, det menar Jacobsen och Thorsvik (2008). Det gör ledaren genom att ta fram en kärnideologi som ger sig uttryck i värderingar och syften som genomsyrar organisationen. Man kan påverka anställda genom dessa på många olika sätt men det kan som exempel vara genom att uppmärksamma särskilda händelser och begivenheter som har till syfte att stärka banden mellan de anställda.

3.3. Maktteori

För att vidare ha möjlighet att besvara vår forskningsfråga har vi använt teori om makt. Vi hoppas genom den synvinkeln kunna ge ett annat sken av hur det i praktiken fungerar i verksamheterna och organisationen. Weber (1987) är en av flera som menar att organisationer är ett sätt att formulera maktfördelning mellan personer och grupper i sociala system.

Organisationers mål och struktur kan dessutom betraktas som ett utlopp för vad ledningen eller den mest framträdande alliansen vill uppnå med organisationen och vidare hur man genom det försöker bidra till att förverkliga sina mål (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Dock är det inte en absolut sanning att en ensam grupp har all makt i en organisation enligt Jacobsen & Thorsvik (2008). Annan maktteori syftar på auktoritet och mer specifikt *professionell auktoritet*. Den innebär att underordnade accepterar maktbruk därför att den som utövar makten anses ha den rätta kunskapen. Den bygger på formell makt (Etzioni 1982, Abbot, 1988 genom Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Det blir därför intressant att studera makt centralt för att få en förståelse för varför det inte är samklang mellan de formella maktstrukturerna och det faktiska beteendet i organisationen, något som också Clegg (1990) argumenterar för.

3.3.1. Maktbaser

Maktbaser är något alla som utövar någon form av makt har enligt Jacobsen och Thorsvik (2008). De menar att maktutövaren måste "äga" något som gör dem mäktigare än andra i situationen. Vi kommer nedan att redogöra för de tre maktbaser vi ämnar utgå ifrån i analysen.

Hierarkisk position. Detta utgör det vanligaste sättet att beskriva maktförhållanden. Man fokuserar helt enkelt på vem som innehar formella positioner och arbete som ger dem vad vi kallar formell makt (Dahl, 1957). Personen får med andra ord genom sin position översyn och kontroll över vitala resurser.

Kontroll över arbetsuppgifter. Jacobsen och Thorsvik (2008) argumenterar för att varje organisation består av ett antal deluppgifter som i någon grad är beroende av varandra. Det leder i sin tur att vissa uppgifter är mer vitala än andra. För att förklara det vidare nämner Jacobsen och Thorsvik (2008) att ju mer central en uppgift är, desto större makt får de som kontrollerar den och ju starkare monopol en grupp har över uppgiften, desto mäktigare blir gruppen. Detta är enligt Pfeffer (1981) det mest grundläggande för det man kan kalla professionellas makt. Han menar vidare att i fallet med professioner är det vanligt att en grupp med speciell kunskap (och formell utbildning) även har kontroll över ett antal centrala uppgifter.

Personliga resurser. Olika personer har självklart olika färdigheter. Det kan variera i kunskap, sociala färdigheter, retorisk förmåga och mycket annat. Jacobsen & Thorsvik (2008) menar att sådana individuella drag också kan vara en betydelsefull bas för makt.

3.4. LEDARSKAP

3.4.1. Situationsbetingat ledarskap

För att fortsättningsvis besvara vår forskningsfråga har vi valt att använda oss av teori om ledarskap och mer explicit situationsbetingat ledarskap. Många ledarskapsstilar bygger på att det finns en ledarstil som dominerar andra ledarstilar. Teori kring situationsbetingad ledarstil hävdar å andra sidan att aspekter hos situationen (t.ex. arbetsuppgifterna eller de anställda) påverkar det antagna sambandet mellan ledarstil och effektivitet (Jacobsen & Thorsvik, 2008). De menar vidare att det fundamentala i dessa teorier är att olika situationer kräver olika ledarstil för att resultatet ska bli effektivt. Det centrala i teorin syftar till att förklara att det existerar ett samspel mellan ledarstil och inom den kontext som ledarna verkar i. Men andra ord kan vi, enligt Jacobsen och Thorsvik (2008), lära oss att ledare måste vara uppmärksamma på situationsfaktorer som är relevanta för påverkan av underordnade och efter det anpassa ledarstilen. Det betyder alltså att det för olika situationer kräver olika ledarstil av ledaren för att ge samma resultat. Ledaren måste alltid anpassa sitt beteende efter de personer som ska ledas för att vara effektiv.

3.4.2. Substitut för ledarskap

I ledarskap finns det substitut som fungerar istället för ledarens direkta styrfunktioner detta presenteras av Kerr (1977) genom Jacobsen och Thorsvik (2008). Dessa substitut frigör resurser hos ledaren. Däremot kan dessa substitut delvis ersätta behovet av ledarskap och neutralisera effekten av ledarskap, vilket kan innebära att underordnade inte följer en order som ledaren har gett. Det finns tre förhållanden som kan verka som substitut eller neutralisationer.

1. Egenskaper hos medarbetarna. Där vi fokuserar på teorin om individer med hög kompetens som vet vad de ska göra. Självgående läkare är ett typexempel på detta.

2. Egenskaper hos uppgiften. Här fokuserar vi på teori kring när uppgiften upplevs som intressant, rolig och spännande och genom det ger så kallad inre belöning. Resultat och reaktion

på uppgiften är också en viktig aspekt här. Motivation och återkoppling sker då effekterna av arbetet kommer snabbt.

3. *Egenskaper hos organisationen.* Teori som vi menar fokusera på är kring stark formalisering. Det handlar om att arbetet är tydligt definierat och planerat.

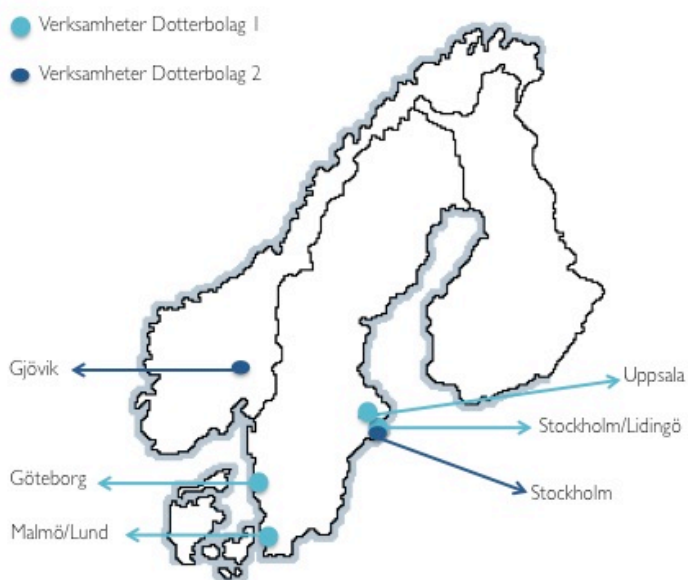
4. EMPIRI

I detta avsnitt behandlar vi de empiriska fynd som studien behandlar. Vi inleder med att presentera verksamheterna i vår studie, för att sedan illustrera hur utvecklingen inom branschen har lett till framväxten av dagens ledarskap inom organisationen och vad som präglar dessa. Vi kommer sedan flytta fokus mot de tillämpade verktygen för ledarskap som ens möjliggör deras ledarskap. Vi har i detta avsnitt avsett kategoriserat våra upptäckter för att senare kunna generalisera de fynd vi har gjort. Denna systematik har vi gjort i enlighet med vad Eisenhardt (1989) föreslår vid teoribildning.

4.1 Två moderna sjukvårdsverksamheter i Sverige

De två verksamheterna ingår i samma sjukvårdskoncern som idag är ett av Europas ledande hälso- och sjukvårdsföretag. Sjukvårdskoncernen har strax under 12000 medarbetare och föregående år tog de emot över 4,3 miljoner patientbesök i de fem europeiska länder de är verksamma i. Moderbolaget, som studerats i denna studie, utgör en del av ett affärsområde inom koncernen. Totalt sett har koncernen åtta affärsområden. Moderbolagets verksamhet kan delas upp i två delverksamheter, där ena verksamheten är Dotterbolag 1 (*DB1*) och den andra är Dotterbolag 2 (*DB2*). Den geografiska placeringen av Moderbolagets verksamheter illustreras i figur 3.

DB1 började sin resa 1986 och är idag i en expansiv fas. I skrivande stund har verksamheten fyra fasta enheter som illustreras i figur 1, där både Malmö och Stockholm har två verksamheter vardera. Verksamhet finns även på ett antal så kallade satellitenheter på uppdrag av landstinget i

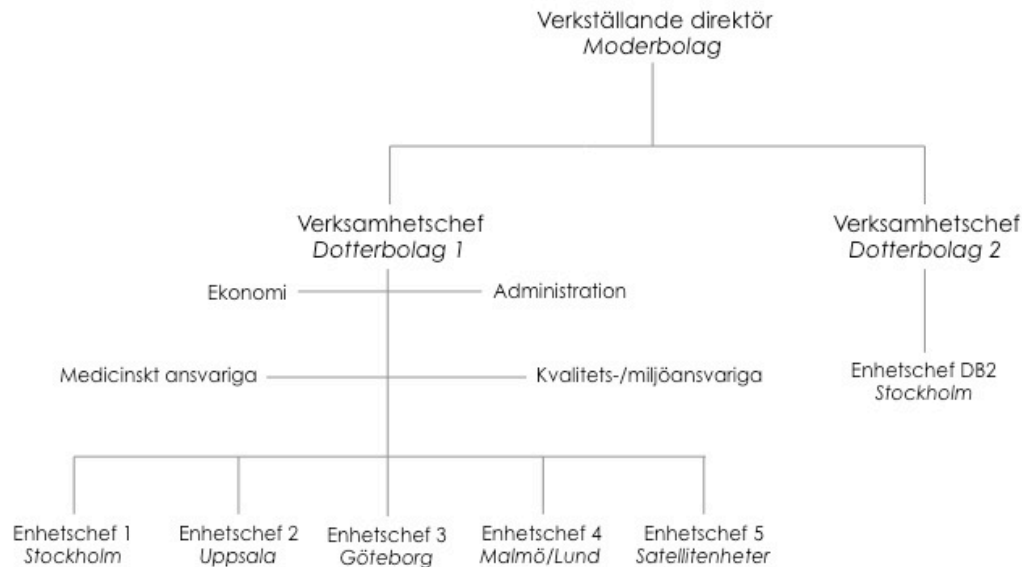


Figur 3: Geografisk placering för verksamheter i Dotterbolag 1 och Dotterbolag 2.

är ett av Nordens största privata ögonsjukvårdsföretag. Verksamheten består endast av öppen sjukvård, vilket betyder att patienten kan åka hem samma dag som ett ingrepp har skett. De fyra fasta enheterna har tillsammans fyra enhetschefer som tar beslut om planering av verksamheten, personal, anställningar, ekonomi och kliniken. Enheterna varierar från att både ha mottagning och operation till bara mottagning. De har i snitt ca 15 anställda per enhet. Den femte enhetschefen i *DBI* är chef för satellitenheterna och har där samma ansvar som de övriga fyra enhetscheferna. Organisationskartan i figur 4 visar hur det är fördelat. Tillsammans för dem fem enhetscheferna finns en verksamhetschef vars ansvar är bland annat effektivisering av verksamheten samt uppföljning av kvalitet. Se figur 4 för illustration av organisationskartan. Hon arbetar mycket även med uppstart av nya kliniker och projekt på klinikerna, som ett exempel skulle det kunna vara IT-utveckling på kliniken i Malmö. Varje månad har man enhetschefsmöte där verksamhetschefen tillsammans med enhetscheferna närvarar. Där diskuteras bland annat personal, produktion och avvikelser. Man har också varje månad ledningsgruppsmöten där VD, ekonomichef och marknadsansvarig medverkar, utöver enhets- och verksamhetscheferna. På dessa möten diskuteras mer övergripande strategiska beslut. Vd:n beskriver orsaken till varför enhetscheferna är med på detta sätt: "De är också i en ledande position, så de ska också vara där". Då alla enhets- och verksamhetschefer är utbildade sjuksköterskor krävs det att finns en

bland annat Sundsvall och Jönköping. Totalt sett har *DBI* idag verksamheter på ca 10 platser i Sverige men på grund av deras expansiva fas kommer det inom snar framtid bli ett antal fler enheter, både fasta och satellitenheter. *DBI*

medicinskt ansvarig för varje verksamhet har *DB1* två medicinskt ansvariga central och *DB2* har en medicinskt ansvarig.



Figur 3: Organisationsstruktur Moderbolag med de två dotterbolagen

DB2 började å andra sidan sin resa år 2011 då de genom förvärv blev del av koncernen. Detta gjordes då koncernen önskade stärka deras vård inom vårdgrenen. *DB2*s verksamhet består idag av en ett sjukhus i centrala Stockholm och en filial i Gjøvik i Norge där man bedriver verksamhet varannan vecka. På *DB2* har man delat upp sin verksamhet i två delar där ena delen bedrivs i helt privat regi och där man i andra delen agerar som underleverantör till andra delar av koncernens verksamhet. Den privata delen av verksamhet arbetar med överviktsoperationer och den delen som arbetar som underleverantörer gör operationer inom allmänkirurgi, gynekologi, urologi samt öron. *DB2* har idag ca 15 anställda.

Dotterbolag 2 har idag en enhetschef som är ansvarig för den dagliga driften och arbetet på sjukhuset. Han planerar vad som ska göras och har det direkta personalansvaret för undersköterskor, sjuksköterskor och receptionister. Enheten har också en verksamhetschef som har det administrativa, ekonomiska och övergripande ansvaret för verksamheten. Hon har även personalansvar över läkarna. Eftersom att man genomför operationer har man dagliga

morgonmöten där man går igenom dagens planering, men uppföljningsmöten likt man har på *DBI* är i uppstartsfasen. Då både enhetschefen och verksamhetschefen är sjuksköterskor krävs det också att man har en medicinskt ansvarig läkare som genom det har ansvaret för de medicinska besluten i verksamheten.

Koncernen arbetar utefter en egen modell där de i grunden arbetat utefter tre värderingar i form av kvalitet, medkänsla och omsorg. Det framhävs under våra intervjuer att den bild av kvalitet som koncernen och dess verksamhet arbetar utefter också är något som man själv upplever finns där i praktiken. "Jag står för att arbeta på Moderbolaget", säger en av verksamhetscheferna. Samtliga vi pratat med har uttryckt att det i stort är god stämning på arbetsplatsen och att man trivs som medarbetare. Man säger också att det såklart alltid kan gå i perioder men att det överlag är en positiv atmosfär och att det är ett roligt arbete. En av enhetscheferna på *DBI* säger: "Jag tycker verkligen att mitt jobb är roligt". Det märks också tydligt när vi sitter på intervjuerna. De är engagerade i sitt arbete och de pratar om det på ett positivt och lättsamt sätt.

4.2. Ledarskapsutveckling i vården

Den utveckling som är resultat av förändringen av hälso- och sjukvårdslagen år 1997 och som ledde till att det förenade ledarskapet inte längre var det enda alternativet ligger till stor grund för hur dagens moderna sjukvårdsorganisationer ser ut. Sjuksköterskor har idag alltså möjlighet att söka sig till att bli som exempel verksamhetschef, något som före år 1997 inte var en möjlighet. Det betyder att de har möjligheten att utöver att ansvara för det dagliga arbetet som ingår i deras yrkesbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) också har möjligheten till en formell chefsbefattning. De är då även ansvariga för personal samt utveckling och ekonomi. På Moderbolaget idag är både enhetscheferna och verksamhetscheferna i grunden sjuksköterskor. Det visar sig även vara fallet för Vd:n på Moderbolaget. Som tidigare påpekat är detta något som är väldigt specifikt för just Moderbolaget. En av enhetscheferna i *DBI* beskriver det som: "Man är oftast bara chef för vårdpersonalen och väldigt sällan chef för administrativ personal. Att vara chef över läkare är inte heller vanligt idag ..."

Intervjupersonerna uttrycker dock att det också blir mer vanligt att i grunden sjuksköterskor söker sig till ledarpositioner inom andra verksamheter i koncernen och andra områden inom branschen. Samtidigt menar de att många läkare inte är intresserade av att gå ifrån det kliniska arbetet, något som också diskuterats i media (SvD, 2011). Före år 1997 var chefspositionen som t.ex. verksamhetschef en av karriärvägarna läkaren hade att välja på, istället för forskning och vidareutbildning inom sitt område. En enhetschef på DB2 uttrycker sig som att: ”Ja, man kunde nog se det som en form av befördran till och med.” Det var läkaren som ledde det administrativa, det ekonomiska och inte minst det medicinska arbetet. Trots att det var ett naturligt kliv på karriärstegen innebar det inte nödvändigtvis att man hade fått en ledarskapsutbildning på vägens gång. Vid ett tillfälle uttrycker sig en enhetschef på följande vis:

“En del läkare har blivit chefer för att de har tvingats, sen tror jag att många läkare tidigare inte med likhetstecken är en bra ledare. Många vill gärna ha kvar sin grundprofession. Det pratas mycket om läkardelen.” (Verksamhetschef, DB2)

När vi frågar efter skillnader i deras uppfattning om hur de ser på läkarens ledarstil och sjuksköterskans, om det ens finns en sådan, svarade verksamhetschefen på DB2 detta:

“Generellt är läkare mer individualister. Det ligger mycket historia i det. De har makt. Men det håller kanske på att slätas ut nu men det ställs helt andra krav på att leda idag än vad de gjorde för 20 år sedan.” (Verksamhetschef, DB2)

4.3. Sjuksköterskans ledarskap

För att undersöka sjuksköterskor som ledare var vi intresserade av deras bild av vad som de anser vara specifikt med att de i grunden är sjuksköterskor. ”Sköterskebakgrunden har påverkats av personlighet. Omtanke om andra människor. Den finns kvar, däremot har man lärt sig mer via erfarenhet och ledarskapsutbildningar.” säger en enhetschef i DB1.

Som enhetschef leder man en arbetsgrupp av många olika yrken. De enhetschefer vi har varit i kontakt med leder allt från sköterskor och läkare till administrativ personal. De säger själva att det krävs mer än bara den grundläggande utbildningen de fått i ledarskap. Samtidigt som majoriteten av de intervjuade personerna anser att erfarenheten av att vara chef har gett dem mer användbar ledarkunskap än ledarskapsutbildningar de tidigare genomgått. En enhetschef på DBI kommenterar sin syn på läkares jämfört med sjuksköterskors ledarskap i det dagliga arbetet kring patienten:

”Som läkare har man kanske jobbat lite inom andra områden, men alla läkare har inte det och då ser man inte hur mycket det är göra kring en patient. Det finns saker som de aldrig kommer kontakt med men som sköterska däremot får man rycka in både här och där.”

Under intervjuerna lyftes ett antal aspekter fram om vad de själva ansåg vara viktigt i deras ledarskap. Här svarade samtliga att vara lyhörd är en egenskap som krävs. En enhetschef på DBI beskrev det som viktigt: *“...att vara lyhörd, både för det medarbetare säger och det de inte säger. Veta vad alla säger, oavsett yrkesgrupp.”* Verksamhetschefen på DB2 uttrycker också vikten av att synas i verksamheten som: *“Det är viktigt att synas på golvet, att man kan det också.”* Även andra aspekter lyftes fram, däribland vikten av tydlighet i kommunikation, att se alla och ge feedback. En enhetschef i DBI beskriver det som: *“Att hela tiden försöka kommunicera och få bekräftelse av att det förstås.”* En enhetschef på DBI uttrycker sin uppfattning om skillnaden i ledarskap mellan sjuksköterska och läkare.

“Det som är utmanande och intressant är att vara chef över läkare utan att vara läkare. Det är väl där det kommer in att läkare är individualister. Det är mycket ens eget ego. Det är så fortfarande. Dels det. Sen ska man vara medveten om att jag kan ju aldrig någonsin... Läkarna har ju det medicinska beslutet så där måste man ju övertyga läkarna om att du har denna kompetensen och jag har denna.” (Enhetschef DBI)

Läkaren innehar medicinsk kompetens som en sjuksköterska inte har. För varje enhet finns en medicinskt ansvarig som har det övergripande medicinska ansvaret. Det betyder att den medicinskt ansvariga har det beslutande ordet när det kommer till patientens vård, vilket i sin tur

innebär att beslutet inte ligger i enhetschefens (sjuksköterskans) arbetsuppgift.

Verksamhetschefen för DB2 uttrycker det som: ”Vi tar beslut gemensamt, men det är läkaren som är medicinskt ansvarig som har det slutgiltiga ordet eftersom jag inte har samma kunskap om det.” De samarbetar i frågor gällande patienten för att på så sätt komma fram till en så bra lösning som möjligt. De känner sig i en viss mån tvingade till det då den medicinskt ansvariga ska ta ett beslut som enhets- eller verksamhetschefen alltid till en viss grad är involverad i och påverkas av. En annan enhetschef uttrycker det som: ”Jag kan aldrig slå läkarna på fingrarna när det gäller medicinska beslut. Då vill man kompensera med att man kan andra saker mycket bättre.” Samma enhetschef fortsätter sedan: “Å andra sidan jobbar vi för samma sak, mot samma mål.” Samtliga intervjuade enhets- och verksamhetschefer uttrycker att de vill skapa en acceptans i att kunskapen och grundprofessionen skiljer sig hos olika individer men att man tillsammans ska fungera som ett team och arbeta mot goda resultat. Vid ett tillfälle med en av enhetscheferna säger hon sig ha reflekterat över acceptansen hos läkaren och uttrycker sig sedan: ”Sköterskor har helhetsbilden mer klar och är mer överens om att grunden är olika med olika förutsättningar medan läkare inte riktigt verkar se det så.” Hon säger också att det inte är en absolut sanning för alla läkare men att den tendensen ändå ligger kvar som en instabil grund. En enhetschef på DB1 beskriver det som att man som sköterska är mer van vid att se helheten kring en patient och processen runt det medan läkarna ibland kan vara mer statiska i sitt sätt att agera. Det här säger enhetschefen fungerar mer eller mindre på samma sätt även inom landstinget och det är svårt att se skillnader där på vad som är mer typiskt privat eller landsting. En annan enhetschef på DB2 säger: ”Läkare är kliniker, de jobbar bara med patienten, sjuksköterskor har ju egentligen alltid varit ledare i det dagliga.” Det är ett tydligt exempel på hur rollerna i grunden skiljer sig åt. En enhetschef uttrycker sig på följande sätt för att beskriva vad som är viktigt när hon känner att det är svårare att leda:

“Att ha någon att bolla med. Där skulle jag kanske egentligen vilja ha någon utanför, även om man har jobbat jättelänge som chef. Man skulle behöva ha någon att bolla med ibland som står utanför för ibland kör man fast och då är det lätt att man bara snurrar runt det om man pratar med någon egen. Sen precis som alla andra, någon form av återkoppling. Både på det som går dåligt och det som går bra är trevligt ibland.”

5. ANALYS

I detta avsnitt analyseras vårt empiriska material utifrån de teorier som presenterats i tidigare avsnitt. Vi har utkristalliserat en mjuk och två hårda aspekter som underlättar ledarskapet för en sjuksköterska som leder läkare. Vi presenterar aspekterna nedan i samma ordning.

5.1. Mjuk aspekt

5.1.1. Tydlighet i kommunikation: när sjuksköterskor ska leda läkare

I empirin framkom det att trots att sköterskorna är ledare över läkarna finns det beslut som de inte är inblandade i, nämligen de medicinska. Detta är givetvis en förutsättning för att patienterna ska få bästa möjliga vård. Däremot lämnar detta rum för maktskiftningar mellan enhetschef och läkare. Med hjälp av teorin om makt och identifiering av de maktbaser som finns är det läkarnas kontroll över de medicinska besluten som ger dem makt som enhetscheferna inte kan ta ifrån dem. Jacobsen och Thorsvik (2008) om *kontroll över arbetsuppgifter* poängterar att ju mer central en uppgift är, desto större makt får de som kontrollerar den. De medicinska besluten på en sjukvårdsorganisation är just en sådan uppgift. Med hjälp av Pfeffer (1981) ges ännu en dimension till den kontroll läkarna har, med den definition av professionellas makt som läggs fram innehar även läkaren denna makt. Detta eftersom läkarna har medicinsk kunskap som sjuksköterskor inte innehar. Därmed finns det makt inte bara i den beslutsrätt läkarna har, men även den utbildning de genomgått. Även detta förstärker läkarnas maktposition vilket kan jämföras med enhets- och verksamhetschefernas innehavande av en maktbas i form av hierarki, som de har till följd av sin formella ledarposition.

Den förstärkta maktpositionen som läkarna har kan förklara varför de i grunden sjuksköterskor som är ledare anser att det är svårare att leda läkare. En enhetschef på DBI säger: *“En del doktorer kan ha den här inställningen att det är dom som leder mig, eller helst gärna vill det i alla fall”*. Samtidigt lägger enhetschefen ovan vikt vid att man respekterar varandra fullt ut och att det inte är någon osämja på det viset. De ledande sjuksköterskorna accepterar läkarens maktbruk på grund av teorin om *professionell auktoritet* likt argumentet ovan. Frågan är då, eftersom läkarna innehar en maktbas som kommer kvarstå genom den medicinska kunskapen

samt då det medicinska beslutet tillfaller dem, vad kan sjuksköterskorna som ska leda dem göra åt saken?

Organisationskultur är något som ändras långsamt och i en situation där den stora förändringen har skett plötsligt är det inte konstigt att motstridigheter uppstår. Sett till teorin om organisationskultur och *differentiering* har branschförändringen gällande sköterskors ledarskapsmöjligheter inte accepterats fullt ut och alla har inte tagit till sig den vilket vi funnit stöd i för empirin. Läkare framstår som den grupp som har haft svårast med att acceptera förändringen och har på grund av detta skapat en *subkultur*. Denna subkultur kan identifieras genom just den motsättning som finns, som tydligt uppfattas trots att den inte är uttalad. Detta motverkar kollektiv konsensus i *integrationsperspektivet* som eftersträvas efter förändringen. För att organisationskulturen ska anpassas till den förändring som skett i branschen krävs ett anpassat ledarskap. Vi menar, med stöd av empirin att man lyckats med detta genom att hela tiden vara lyhörd på vad som sägs och görs och samtidigt förstå vad det innebär (Jacobsen & Thorsvik, 2008). En enhetschef i *DBI* beskriver det som: “det är viktigt att veta vad alla säger, oavsett yrkesgrupp.” Man skulle kunna uttrycka det som att sjuksköterskorna tolkar det som uppfattas i organisationen och anpassar sedan sitt ledarskap efter det.

Som beskrivet i empirin är det för enhets- och verksamhetscheferna viktigt att hitta ett samspel i relationen och en acceptans hos medarbetarna gällande att en sjuksköterska är chef över läkare. De säger samtidigt att det finns ömsesidig respekt mellan sjuksköterskorna som leder och läkarna. Vilket bör betyda att det går i rätt riktning mot acceptans. En enhetschef beskriver att för henne är det viktigt med att kommunicera och se till att det förstås. För att överbygga den klyfta som skapats genom skillnader i maktbaser och de rollspel som uppkommer genom det menar vi att det är precis kommunikationen som kan hjälpa till på vägen till acceptans. För att arbeta mot en starkare organisationskultur där ledare accepteras fullt ut, även av läkare trots sjuksköterskornas lägre akademiska grundutbildning, bör de tre nivåer av organisationskultur som nämns i den teoretiska referensramen (Jacobsen & Thorsvik, 2008) utvecklas i denna riktning;

Grundläggande antaganden

Samtidigt som man kan argumentera för att organisationen är ledande i förhållande till omvärlden (Jacobsen & Thorsvik, 2008), genom den höga andel sjuksköterskor i chefspositioner, kan vi med stöd av empirin hävda att de grundläggande antagandena till viss del är splittrade. Detta blev som mest uppenbart gällande *hur man som organisation ser på relationer mellan människor* (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Majoriteten av enhetscheferna ansåg att man som sköterska eller läkare ofta tänker på olika sätt. Där läkare lyftes som mer individuella och sköterskor som mer lagspelare. Många av enhetscheferna tolkade det som att läkare än idag ansåg att sjuksköterskor inte var menade att leda och de hade inställningen att de ledde sjuksköterskorna. Samtidigt är det tyngsta grundläggande antagandet inom vården att det är patientens hälsa som är det främsta målet, likt de etiska koder som presenterades i bakgrunden. Detta kan tyckas bör lägga grunden för arbetet i samtliga yrkesgrupper och snarare förena organisationskulturen än splittra den. Även här menar vi att tydlighet i kommunikation är en nyckel till acceptans och det krävs för att fungera som en enhet. Genom en tydlig förklaring i att samtliga arbetar mot samma mål mot patienters hälsa. Kulturen förändras inte över en dag, men för att skapa förutsättningar för förändring menar vi att detta är ett steg i rätt riktning.

Värderingar och normer

De tydligaste värderingarna vi uppfattat i empiri är de som även kommuniceras utåt, nämligen de tre värdegrunderna; kvalitet, medkänsla och omsorg. I intervjuerna bekräftades det att medarbetarna är medvetna och arbetar utefter dem och majoriteten anser att de uppnås, speciellt lyftes värdegrunden kvalitet. Verksamhetschefen på DB2 uttalade sig på följande sätt: *”Jag är bekväm med det vi speglar utåt och jag kan stå för det. Sen kan man alltid diskutera vissa delar. Jag står för att jag jobbar för X. Det gör jag.”*

Däremot finns det normer gällande arbetet med läkare som kräver reflektion, mer specifikt den syn de intervjuande uppfattar att vissa läkare tycks ha gentemot överordnade med lägre akademisk grundutbildning än de själva. Dessa normer handlar främst om att arbetet anpassas för att läkare ska känna sig bekväma. De intervjuade enhets- och verksamhetscheferna är mycket medvetna om hur läkarna ser på dem och som en enhetschef beskriver: *“Alla läkare accepterar*

inte en sköterska som en chef och ibland kommer det fram. Då vill man kompensera med att man kan andra saker mycket bättre.” Samma enhetschef beskriver sedan att hon reflekterat en del över hur man blir sedd som ledare i sin grundprofession som sjuksköterska och poängterar igen att man då vill få en acceptans av läkarna gällande att man kan vara bra på olika saker. Grunden ligger i de grundläggande antagandena om hur organisationen ser på människor och hur man som sköterska strävar efter ett “riktigt” sätt att förhålla sig till varandra genom att försöka skapa acceptans för varandras olika egenskaper och kunskaper. Med förutsättningen att det inte fungerar som de själva önskar har de anpassat sig och fått det fungera.

Att läkarna inte accepterar ett involverat ledarskap från deras chefer, kan finna grund i teorin om *substitut till ledarskap*. Eftersom att läkarna har *egenskaper* som hög kompetens och är medvetna om deras arbetsuppgifter tar de avstånd från direkt styrning från chefer eftersom de inte anser det vara nödvändigt. Detta identifieras även i den medvetenhet ledarna har då de låter läkarna vara mer självgående genom delegering. I teorin om substitut till ledarskap tas problematiken med ett ledarskap som anses vara överflödigt upp. Detta kan vara en förklaring till att det in empirin visade sig att läkarna ansåg att det var de som styrde istället för deras chef. Sett till *egenskaper i uppgiften* visade empirin att man erhöles inre belöningar genom ett intressant arbete, men även då resultatet av ens arbete avspeglades i en nöjd kund. Med grund i de egenskaper uppgiften innefattar minskas behovet av ledarskap (Kerr, 1977, genom Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Artefakter

Enhetscheferna arbetar på ett sätt där man lyckats komma runt det faktum att läkarna ibland har svårt att acceptera en sjuksköterska som sin chef. Den empiri vi insamlat är i sin helhet bevis på just det fenomenet. Tolkning av empiri uppfattas som att intervjupersonerna låter läkarna ha lösare tyglar än övriga medarbetare. Detta signalerar samtidigt att läkarna ges större förtroende och en tillit till deras kompetens. Däremot menar denna studie på att det är viktigt att signalera till läkarna att de trots sin medicinska expertis, inte står utanför hierarkin utan måste ha respekt och tillit till överordnad för att ledarskapet ska fungera. Genom tydlighet och kommunikation menar vi här att man kan fortsätta att överbygga klyftan och skapa den acceptans som krävs för ett lyckat ledarskap.

5.2. Hårda aspekter

Den mjuka aspekt vi tagit fram i denna studie har i sin tur lett till två, vad vi valt att kalla, hårda aspekter.

5.2.1. Vara på plats i verksamheten: när sjuksköterskor ska leda läkare

Det är viktigt, enligt majoriteten av de intervjuade personerna, att man är lyhörd, både för det medarbetarna säger och det de inte säger. Sett till den bild av läkare som individualister som målades upp är detta motsatsen. Sjuksköterskan förväntas vara ledare i det dagliga arbetet och genom det leda arbetet runt patienten. Som framgick i empirin, var detta något de själva ansåg har haft stor positiv inverkan på deras ledarskap idag. Den kunskap som en sjuksköterska har efter att ha arbetat med många arbetsgrupper tidigare tros vara en av faktorerna som ger förståelse för organisationskulturen och genom det en bättre möjlighet att påverka den. Idag gäller det också att hitta ett samspel mellan det administrativa och det kliniska arbetet i sin roll som enhets- eller verksamhetschef.

Sett till teorin om maktbaser finns det en maktbas kallad *personliga resurser*. Denna dimension är extra stark för de som i grunden är sjuksköterskor och med det gör att de lämpar sig utmärkt för att bli enhetschefer. De personliga resurser som sköterskorna ansåg att de hade men läkare i vissa fall saknade visade sig i empirin främst vara mångsidighet och förståelse för alla arbetsuppgifter kring patienten. Denna kunskap är något som förstärker sköterskors maktbas. För att ytterligare visa sin mångsidighet och bidra till acceptans hos läkaren menar vi att vara ute i verksamheten är ett starkt redskap för det. Det har beskrivits hur läkarna är kliniker och mestadels arbetar i ett visst skede under en patientens process. Genom att synas och arbeta ute i verksamheten, har de intervjuade ledarna i studien ökat acceptansen hos läkarna. Även detta är en form av acceptans från de ledande sjuksköterskornas sida. De har accepterat att det ökar förtroendet hos läkarna och de har då anpassat sig efter det. Med empiri som pekar på att detta bidrar till acceptans hos läkarna menar vi att det är ett starkt medel för de ledande sjuksköterskorna att använda sig av. Som också framkommer i empirin är det viktigt för de

ledande att visa att olika kompetenser krävs för ett effektivt resultat. Genom att visa att de kan arbeta i den kliniska miljön också, som läkaren värderar högt, skapar de en gemensam arbetsplats och bidrar till acceptans.

5.2.2. Ett bollplank: när sjuksköterskor ska leda läkare

Den kunskapsintensiva hälso- och sjukvårdsbranschen är i stort behov av att ta tillvara på den kunskap som medarbetarna har. Detta för att på bästa sätt arbeta för att främja patientens hälsa. Läkare och sjuksköterskor har olika kunskaper, dels i form av utbildning men också beroende på erfarenhet. Trots att läkarnas akademiska kunskap är djupare, har även sjuksköterskorna värdefull kunskap i sin förståelse för hela arbetsledet kring patientens besök. De två etiska koder/regler som nämns i inledningen är trots allt grunden för hälso- och sjukvården. Vi ser därför vi möjligheter för kunskapsutbyte som gynnar båda parter och organisationen i stort. Dock ser vi det inte som endast mellan sjuksköterskor och läkare, utan som något hela arbetslaget skulle vinna på. Vi har valt att benämna detta bollplank. Genom att använda ett mer vardagligt uttryck hoppas vi på att undvika negativa associationer, för att undvika att det ses som ännu ett tidskrävande möte, utan istället ses som en värdefull del i arbetet. Bollplank menar vi innebär ett effektivt sätt att ta del av varandras upplevelser och resultat. Som empiri visar finns det i nuläget strukturerade möten månadsvis och morgonmöten däremot är det antingen endast chefer och verksamhetschef (månadsmötet) eller fokus på vilket arbete som ska utföras (morgonmötena).

Det vi föreslår går däremot, utanför de strukturerade månadsmötena, kan vara allt ifrån möten med personer utanför den studerade organisationen till möten som är inriktade på medarbetarna snarare än effektivitet och produktion. Genom dessa möten ska medarbetarna få en bättre förståelse för organisationen och som involverar fler är bara cheferna. Det ska i sin tur skapa nya "sanningar" som leder till nya "bruksteorier" (Argyris, 1982). Målet är att gå ifrån en *differentierad organisationskultur* till en *integrerad organisationskultur*.

Eftersom läkare i empiri lyftes fram som individualister och tidigare i analysen har visat tecken på segregation och bildandet av subkultur är det av största vikt att involvera dessa. Detta för att bryta den subkultur som bildats och istället förstärka den gemensamma organisationskulturen.

Har man ett bollplank eller en grupp med bollplank kan man gemensamt hitta sätt som kärnideologin kan uttrycka sig på. Detta med syftet att stärka banden mellan de anställda (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

I arbetet med införandet av denna förändring för dagordningen, som är en indirekt förändring av organisationskulturen är ledaren en självklar faktor för att få det att fungera (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Det vi menar är att genom ett aktivt ledarskap som gynnar hela arbetsgruppen skapas en artefakt genom beteende.

6. Slutsats

Den forskningsfråga som uppsatsen har sökt besvara är följande:

”Vad är viktigt när i grunden sjuksköterskor är chefer över läkare i en framstående sjukvårdsorganisation? Och varför kommer det sig?”

Vi har funnit genom en abduktiv ansats och en fallstudie på en framstående privat sjukvårdsorganisation att tre aspekter är särskilt viktiga när sjuksköterskor är chefer över läkare. Dessa faktorer - kommunikation, vara ute i verksamheten och ha ett bollplank - kan alla underlätta ledarskapet för en sjuksköterska som är chef över läkare. Samtidigt som ledarskapet betyder mindre i organisationer med högutbildade, professionella anställda där man får inre belöningar, visar det sig på det företag studien genomförts att mycket också beror på organisationskulturen. Det är till grunden detta som de tre aspekterna tagits fram.

Den första faktorn som är viktig att ta hänsyn till när sjuksköterskor ska leda läkare är tydlighet i kommunikation. De intervjuade menar att det finns skillnader i uppfattningar om ledarstil mellan sjuksköterskor och läkare visar sig i beteenden. Tydlig kommunikation från de ledande sjuksköterskornas sida gällande vad som görs, sägs och uppfattas menar vi kan bidra till en underlättad förändring av organisationskulturen och i sin tur hjälpa de ledande sjuksköterskorna i sitt arbete.

Den andra faktorn som är viktig att ta hänsyn till när sjuksköterskor leder läkare är att sjuksköterskan också visar sig ute i verksamheten. Med organisationskulturen i bakgrunden och det kliniska tänk som läkarna uppfattas ha kan man genom att visa sig "ute på golvet" i verksamheten bidra till acceptans hos läkarna. Det här något som de intervjuade själva gör idag. Samtidigt som det kan anses vara ett sätt att arbeta runt läkaren för att bevisa att man kan ha olika kompetenser och tillsammans bli ett bra team, så verkar de intervjuade accepterat det som så och tycker trots allt att det fungerar. Detta menar vi också är ett sätt att bidra till att förändra organisationskulturen genom att visa sig och igen bevisa att de ledande sjuksköterskorna är en del av det kliniska arbetet likaväl som läkarna.

Den tredje faktorn vi menar är viktig för sjuksköterskor som leder läkare är möjligheten till ett bollplank. Det kan vara i form av möten tillsammans med enhets- och verksamhetscheferna men det skulle också kunna vara personer utanför den specifika organisationen. Detta i sin tur bli ett tillfälle att hitta möjliga sätt att visa den kärnideologi organisationen arbetat utefter samtidigt som det kan ta fram sätt att få alla engagerade och involverade. Det i sin tur kan förändra organisationskulturen i den riktning mot att sjuksköterskor accepteras som chef över läkare.

Genom studien har vi upptäckt att organisationskulturen som råder på den studerande organisationen gör ledarskapet för den ledande sjuksköterskan mer komplicerat. Kulturen är präglad av den historia som speglar en hierarkisk kultur där läkarna har makt över sjuksköterskor. Idag har makten skiftats men kulturen har inte skiftats med den. De tre faktorer vi tagit fram i denna studie anser vi kan bidra till att underlätta ledarskapet för den ledande sjuksköterskan och i sin tur förändra organisationskulturen. Samtidigt har vi sett att sjuksköterskorna arbetat runt det faktum som presenterats i empirin - att de inte alltid är accepterade som chefer. Det i sig är en intressant insikt om deras sätt att fungera och leda verksamheten.

7. Diskussion

I detta avslutande avsnitt diskuterar vi valet av teori, studieobjekt samt bidrag och förslag på vidare forskning.

7.1. Metoddiskussion

Studiens slutsatser är baserade på intervjuer från endast en fallorganisation med två verksamheter och vi är medvetna om att en djupare undersökning krävs för att kunna generalisera de aspekter som framtagits i studien. Vi finner dock våra resultat intressanta och att de öppnar upp för nya frågor som vidare forskning har möjlighet att besvara.

Den största diskussion gällande teori handlar om vårt utgångsläge med en teoretisk referensram som är en kombination av ett antal olika teorier. Anledningen till att vi valt dessa teorier är att vi vill, genom att använda dem tillsammans, kunna förklara vår forskningsfråga. Valet av just dessa teorier är ingen absolut sanning om att de är allra bäst lämpade, hade valet fallit på andra teorier hade även forskningsfrågan besvarats på ett annorlunda sätt. Vårt val av teorier har byggt på det vi funnit var lämpliga förklaringsfaktorer för empirin och att vi anser att de kompletterar varandra väl. Man skulle här till exempel kunnat använda sig av teori om incitamentssystem, med bakgrunden att sjuksköterskorna och läkarna är avlönade på olika sätt.

Gapet i tidigare forskning och teorier bidrog till att vårt val av en bred teorigrund för att besvara vår forskningsfråga. Diskussion om reliabilitet på grund av detta är naturlig och våra normativa råd kan därför anses vara vinklade. Studien som ligger till grund för denna uppsats har dock haft syftet att vara teoribildande och ge en djupgående analys av ett hittills utforskat område. I sin helhet bildar dessa tillsammans ny teori om varför och vad som är viktigt när sjuksköterskor leder läkare.

Det valda studieobjektet är en unik organisation i den meningen att samtliga enhets- och verksamhetschefer samt VD i grunden är utbildade sjuksköterskor. Som påpekat är det något som inte är vanligt i andra sjukvårdsorganisationer. Det kan med det argumenteras för att organisationen på grund av detta inte är representativ för branschen i helhet. Å andra sidan menar

vi likt Siggelkow (2007) att det ger tydligare resultat att studera en särskild organisation vilken kan bidra till unika insikter som andra organisationer inte skulle ha möjlighet att ge. Så genom att studera denna organisation har vi möjligheten att dra slutsatser som är speciellt tydliga och som inte hade varit möjliga att komma fram till vid studie i annan organisation. Man kan också diskutera det faktum att om organisationen är unik, blir också resultaten mer unika och genom det inte lika generaliserbara. Vi menar dock att om organisationskulturen är så pass fragmenterad i den studerade organisationen, med så hög grad sjuksköterskor som chefer, borde det leda till att organisationskulturen ännu tydligare är fragmenterad inom andra sjukvårdsorganisationer. Högre andel ledande sjuksköterskor borde i sin natur leda till en mer utjämnad organisationskultur, och lägre andel ledande sjuksköterskor borde visa skillnader i organisationskulturen tydligare. Samtidigt som det skulle vara svårare att visa på åtgärder för att förändra kulturen, som denna studie gör.

Vi vill även föra en diskussion gällande organisationen i sig och det faktum att den är privat. Vilket leder till frågan om råden presenterade i analys och slutsats även kan gälla en offentlig organisation. I empirin kom det fram åsikter gällande enhetschefernas uppfattning om vad som skiljer ledarskapet i en privat och offentlig organisation. Vi menar dock igen att detta är ett unikt fall och kan återigen bidra till speciella insikter som annan organisation inte skulle kunna ge. Resultaten kan därför ses som extrema men ändå möjliga att applicera i andra sjukvårdsorganisationer, privat som offentlig.

7.2. Bidrag och förslag till framtida forskning

Vi visar att aspekterna som en sjuksköterska behöver ta hänsyn till när de leder läkare är kommunikation, att synas genom att vara ute i verksamheten samt möjligheten till ett bollplank. Något vi inte tar hänsyn till i denna studie är det faktum, som empirin ger stöd för, att man i grunden är olika i sin personlighet. Läkare beskrivs generaliserat i studien som kliniker och individualister medan sjuksköterskor som lagspelare. Att läkare uttrycks vara just kliniker och helst inte vill gå ifrån det kliniska arbetet kan möjligtvis förklara varför de inte alltid anses

lämpade för att leda men det säger ingenting om hur det är leda dem. Det förklarar till exempel inte att det per automatisk skulle vara svårare att leda läkare än sjuksköterskor.

Likt diskussionen ovan kan man argumentera för att aspekterna framtagna i denna studie skiljer sig åt beroende på om organisationen är privat eller offentlig. En intressant infallsvinkel för framtida forskning skulle därför kunna lägga större fokus på när sjuksköterskor leder läkare inom den offentliga sjukvården. Det skulle bidra med insikter i om de framtagna aspekterna i denna studie även lämpar sig inom den offentliga vården eller om det skiljer sig. Det skulle vidare bidra till att fylla den kunskapslucka vi identifierat och genom studien ämnat att börja fylla igen.

Vår studie har också visat att ledarskapet sjuksköterskorna idag utövar beror på den organisationskultur som råder. Baserat på erfarenheter i sitt ledarskap har de anpassat sitt ledarskap därefter. De har jobbat runt den problematik som kan tyckas ligga i organisationskulturen. Ett annat forskningsområde skulle därför kunna vara att vidare studera organisationskulturen inom vården och vidare försöka ge bidrag till förändringsarbete som leder kulturen framåt och till en nutida ståndpunkt, och varför de ledande sjuksköterskorna accepterat situationen som den är idag.

Vi har i vår studie inte tagit hänsyn till det faktum att de ledande sjuksköterskorna i studien har genomgått ledarskapsutbildningar i varierande utsträckning. Ett vidare forskningsområde skulle därför kunna vara att undersöka hur ledarskapsutbildningar påverkar ledarskapet inom vården. Detta skulle vara intressant att undersöka både från en sjuksköterskas perspektiv och en läkares.

REFERENSLISTA

TRYCKTA KÄLLOR

- Abbot, A. 1988. *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahltorp, B. (1998). *Rollmedvetet ledarskap: om chefsroller och ledningsstilar i strategisk samverkan*. Malmö: Liber.
- Argyris, C. (1982). *Reasoning, Learning and Action: Individual and Organizational*. San Fransisco: Jossey Bass.
- Brown, A. (1998). *Organizational Culture*. London: Prentice-Hall.
- Bryman, A. & Bell, E. (2013). *Företagsekonomiska forskningsmetoder, (2:a upplagan)*. Stockholm: Liber AB.
- Clegg, S.R. 1989. *Frameworks of power*. London: Sage
- Clegg, S.R. (1990). *Modern Organizations. Organizations Studies in the Postmodern World*. London: Sage.
- Dahl, R.A. (1957). The Conceot of Power. *Behavioral Science*, 2.
- Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14.
- Fedoruk, M. & Pincombe, J. (2000). The nurse executive: challenges for the 21 st century. *Journal of Nursing Management*, 8 – (1), 13-20.
- Etzioni, A. 1982. *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum (*Modern Organizations*, 1965, på svenska *Moderna organisationer*, Stockholm: Aldus 1966)
- Geertz, C. (1973). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. I: C. Geertz, *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Giddens, A. (1994). *Sociologi, 1-2*. Lund: Studentlitteratur
- Hallin, B & Siverbo, S (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Hofstede, G. (1991/1997). *Cultures and Organizations. Software of the Mind*. London: MrGraw-Hill

- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D.O. & Sanders, G. (1990). Measuring Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*, 35
- Höjeberg, P. (1989). *Konsten att bli en stark kvinna* (1:uppl.). Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*, (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N. & Breivne, G. (2005). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & A.-E.Skaug. (Red.), *Grundläggande omvårdnad del 4*. (ss. 173). Stockholm: Liber AB.
- Jick, T.D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*. vol 24, Nr. 4.
- Kerr, S (1977). Jermier 1987. "Substitutes of leadership: Some Implications for Organizational Design
- Kristiansson, R och Eriksson, F (2007). Vad krävs av ledare i vården? *Läkartidningen*, nr.10 2007, vol. 104
- Lannerheim, L. (1994). Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och omformering. (Akad. Avh.). Göteborg: Göteborgsuniveristet, Sociologiska institution.
- LeCompte, M.D. & Goetz, J.P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 52.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Läkarförbundet. (2009). Läkarförbundets etiska regler. Hämtat den 10 april 2014, från Läkarförbundets hemsida: <http://www.slf.se/Forbundet/Etikochansvar/Etik/Lakarforbundets-etiska-regler/>
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture*. London: Sage
- Mintzberg, H. (1983/1993). *Structure in fives. Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Pfeffer, J. (1977). The Ambiguity of Leadership. *Academy of Management Review*, 2.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Cambridge (MA): Ballinger

Schein, E.H. (1991). What is culture?, P.J. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.C. Lundberg & J. Martin (red.), Reframing Organizational Culture. Newbury Park: Sage.

Siggelkow, N. (2007). Persuasion with case studies. *Academy of Management Journal*. Vol. 50, No. 1, 20-24.

Weber, M. (1987). *Ekonomi och samhälle*, (3:e upplagan). Lund: Argos

ELEKTRONISKA KÄLLOR

International Council of Nurses. (2006). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeföreningens hemsida: http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf (hämtat den 2014-04-10)

Ipsos. (2014). Djupintervjuer – faec to face eller över telefon. Ipsos hemsida: <http://www.ipsos.se/djupintervjuer> (hämtat 2014-04-10)

Mementor AB. (2014). Ledarskap i hälso- och sjukvård – ett kunskapsunderlag av Margareta Palmberg. Mementor ABs hemsida: <http://www.mementor.se/wp-content/att-leda-halso-och-sjukvard-06.pdf> (hämtat 2014-04-10)

Sjukhusläkaren. (2005). Vad säger lagen om det medicinska ledningsansvaret. Sjukhusläkarens hemsida: <http://www.sjukhuslakaren.se/2005/10/22/vad-sager-lagen-om-det-medicinska-ledningsansvaret/> (hämtat 2014-04-10)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> (hämtat 2014-04-23)

Svenska Akademiens Ordbok. (2014). Ordbetydelse 'Sjuksköterska'. Svenska Akademiens Ordboks hemsida: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>. (hämtat 2014-04-23)

Svenska Dagbladet. (2011). Sjukhusets VD: "Kulturen måste förändras". Svenska Dagbladets hemsida: http://www.svd.se/naringsliv/karriar/sjukhus-vdn-kulturen-maste-forandras_6249898.svd (hämtat 2014-04-09)

Svenska Dagbladet. (2011). Chefsrollen – inget läkare sukter efter. Svenska Dagbladets hemsida: http://www.svd.se/naringsliv/chefsrollen-inget-lakare-suktar-efter_6247352.svd (hämtat 2014-04-09)

Wikipedia. (2014). Ordbetydelse 'Doktor'. Wikipedias hemsida:
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Doktor>. (hämtat 2014-04-23)

APPENDIX

INTERVJUFRÅGOR

Intervjuguiderna anpassades efter vilken roll och position intervjupersonen hade, nedan följer exempel på både allmänna och specifika frågor för intervjuerna

Allmänna frågor

Kan du berätta om din bakgrund? Utbildning, tidigare erfarenhet etc.

Vilka är dina arbetsuppgifter?

Hur länge har du arbetat på företaget?

Hur uppfattar du företaget?

Till VD

Hur ser organisationen ut? Struktur, organisation etc.

Vilken är din främsta uppgift?

Vad är företagets mål?

Hur har företagets verksamhet förändrats under de år du varit involverad i företaget?

Till Verksamhetschef

Vilken är din främsta uppgift?

Hur ser en dag ut för dig?

Vad är svårt i ditt arbete?

Vad är lätt i ditt arbete?

Hur uppfattar du det är att leda sjuksköterskor?

Hur uppfattar du det är att leda läkare?

Till Verksamhetschef

Vilken är din främsta uppgift?

Hur ser en dag ut för dig?

Vilka beslut tar du?

Vilka beslut tar du inte?

Vad är svårt i ditt arbete?

Vad är lätt i ditt arbete?

Hur uppfattar du det är att leda sjuksköterskor?

Hur uppfattar du det är att leda läkare?

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1: Intervjuer; befattning, tid och plats

Figur 2: Edgar Scheins sju dimensioner på organisationskultur

Figur 3: Geografisk placering för Dotterbolag 1 och Dotterbolag 2.

Figur 4: Organisationsstruktur Moderbolag med de två Dotterbolagen.