

# Hållbart ledarskap i sjukvården

Utveckling av ledarskap och stödstrukturer  
ur individ- och organisationsperspektiv

Lotta Delle och Ewa Wikström

I samarbete med:

Gunnar Ahlberg, Mats Eklöf, Katrin Skagert  
Anders Pousette, Carina Löfström, Lars Walter



Sahlgrenska akademien  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Avd för samhällsmedicin och folkhälsa



Handelshögskolan  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

© Ewa Wikström och Lotta Delle och Västra Götalandsregionen  
15 maj 2006

ISBN-10 91-631-9031-1  
ISSN 978-91-631-9031-5

## Sammanfattning

Två tidigare intervjustudier om dagens chefskap respektive stress bland chefer inom Västra Götalandsregionen (VGR) visade flera likheter trots de olika perspektiven (organisationsperspektiv respektive stress/individperspektiv). I denna rapport integreras perspektiven. Inom ramen för VGRs fortsatta ledarutveckling var uppdraget i föreliggande studie att beskriva ledares egna uppfattningar och förslag avseende ledarstöd och stödstrukturer. Utifrån resultat från de tidigare intervjustudierna skulle särskilt förhållanden som understödjer hantering av de paradoxer och den komplexitet som tidigare framkommit beskrivas och analyseras.

För att vidareutveckla frågorna i ett nära samarbete med ledare ordnades ett forskningsbaserat ledarskapsseminarium där tidigare studier redovisades och ny kunskap om förhållanden som kan utgöra ett stöd för att kunna utöva ett bra ledarskap genererades i 6 fokusgrupper (n=24). För ett bredare intervjumaterial gjordes dessutom ett flertal individuella intervjuer med ledare före och efter ledarseminariet (n=15).

### *Sammanfattning av resultat och slutsatser*

De centrala problemområdena är: administrativ börda med bristande supportsystem, svårigheter/tidskrävande att hantera relationer med medarbetare och utmaningar att etablera och hantera organisationsallianser. Centrala organisatoriska förutsättningar som behövs för att stärka ledarskapet avseende slitningar av olika logiker (administrativ-, strategisk- och medarbetarlogik) eller integrering av perspektiv är att tydliggöra och omdefiniera ledarskapet, skapa utrymme för det strategiska och att arbeta med samspelet mellan ledarskap och medarbetarskap.

Olika utgångspunkter för legitimitet i ledarskapet är av stor betydelse för utvecklingen av ledarskap. Vi har observerat att legitimitet antingen byggs upp utifrån profession, kliniskt arbete samt inflytande och förtroende eller utifrån strategiskt arbete, medarbetarskap samt inflytande och förtroende. Det efterfrågas av respondenterna att sjukvårdsorganisationen klargör vilka system och synsätt man vill ska prägla ledarinflytande och beslutsprocesser i organisationen.

Etisk stress/dilemman kan uppstå genom att man uppfattar att det finns oetisk/orättvis maktutövning. Hanteringen kan enligt forskningsstudier modereras av ökad medvetenhet hos individen, öppen kommunikation med högre ledare, ett klimat som tillåter att uttrycka sina synpunkter under beslutsprocessen samt genom handledning. Respondenterna efterfrågar att det i organisationskulturen finns ett tydligt etiskt förhållningssätt och agerande för att undvika etiska slitningar hos ledare och medarbetare. Obefogade maktstrukturer kan

även motverkas genom kompetensutveckling i etik, makt- och moralfrågor samt stärkta överbyggande nätverk som stöd i normsättning och praktiska problem.

Ledare vill i sitt uppdrag ha friheten att själva hantera den komplexa balansen arbete – fritid och återhämtning. Dock kan en arbetsplatskultur bidra till i att legitimera gränssättning liksom återkoppling från högre chef när arbetet är tillräckligt bra. Respondenterna efterfrågar att överordnad ledning är lyhörda för att arbetsbördan kan bli för stor och att praktisk avlastning kan behövas. De menar också att det bör finnas ett system för identifiering av utmattning och utmattningssymtom bland ledare. Resultaten från studien uppmärksammar behovet av bättre egen kontroll av ledares prioriteringar och gränssättningar avseende disponering av arbetstid. Detta både för att skapa utrymme för strategiska frågor och för återhämtning.

De framträdande utbildningsbehoven rör grundläggande ledarkompetens genom strukturerat introduktionsprogram och formellt ordnat mentorskap/ handledningsprogram som ska fokusera återkoppling till ledare och klargörande av målnivå. Utifrån våra resultat kunde två olika principer för stöd och utveckling av ledare urskönjas. Den ena var traderingsprincipen, dvs. inskolning och fortsatt stöd genom självskapade eller organiserade kontakter med andra/erfarna chefer inom sjukvårdsorganisationen. Detta anses av respondenterna betydelsefullt vid inskolningen, för att hantera slitningar i ledarskapet och som stöd i strategisk utveckling och att skapa sig större inflytande. De menar att mentorskap, nätverk (vertikala och horisontella) kan stödja sådana socialisationsprocesser. På samma sätt kan enligt respondenterna ett bra samarbete och en bra kommunikation med överordnade samt med stabs- och personalfunktioner, om den är verksamhetsnära, reflekterande och respektfull vara ett stöd. Den andra principen är ett, av sjukvårdsorganisationen, planerat utformat utvecklingsstöd gällande ledarkompetens. En planerad introduktion av ledare är en grundförutsättning för denna princip. Den fortsatta kompetensutvecklingen med ordnade utbildningar, organiserad handledning, organiserade nätverk samt stödresurser från stabs- och personalfunktioner anser respondenterna bör ha ett tydligt genomtänkt budskap.

En slutsats är att det finns två olika principer för ledarstöd. Om ledarstödet företrädesvis genomsyras av traderingsprincipen kan det professionsstyrda ledarskapet (som legitimeras genom grundprofessionen) och informella spelregler få friare spelutrymme. Den andra principen, att strategiskt planera principerna för ledarskapsstöd utgår snarare från idéer om att öka genomslag utifrån såväl kunskapsevidens som sjukvårdsorganisationens behov för att uppfylla sitt samhällsuppdrag.

## Innehållsförteckning

1. Inledning. . . . .	6
2. Tidigare intervjustudier av ledarskap i hälso- och sjukvården . . . . .	8
Dagens chefskap . . . . .	9
Ledarskap, stress och psykosocial arbetsmiljö. . . . .	12
3. Syfte och uppdragets avgränsning. . . . .	14
4. Metodik . . . . .	14
Fokusgruppintervjuer. . . . .	14
Individintervjuer. . . . .	15
Analys. . . . .	15
5. Resultat. . . . .	16
Förutsättningar för att hantera ledarskapets komplexitet och dilemman . . . . .	16
Lojalitets- och identitetskonflikter samt spelregler för ökat inflytande. . . . .	22
Gräns arbete – fritid:	
Frihet i egen gränssättning men möjlighet att reglera arbetsmängd . . . . .	26
Chefskap: stödstrukturer och kompetensstöd . . . . .	28
Parvis reflektion. . . . .	32
6. Sammanfattning och slutsatser . . . . .	34
7. Diskussion. . . . .	35
Ledarstöd, stödstrukturer och utveckling av professionell ledarkompetens i sjukvårdsorganisationer . . . . .	35
Ledares stress och "buffrande" förhållanden ur ett individ-, organisations-, och samhällsperspektiv . . . . .	40
Ledarskapslojalitet eller professionslojalitet . . . . .	43
Sammanfattning – synsätt, dilemman och stöd . . . . .	46
Framtida forskningsfrågor . . . . .	47
8. Referenser: . . . . .	48

# 1. Inledning

Västra Götaland bebos av 1,5 miljoner människor, varav cirka 49 000 personer arbetar för att tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård, kultur, kommunikationer och vägar. Hälso- och sjukvården utgör den absolut största verksamheten både sett till antal anställda och de ekonomiska resurser den tar i anspråk. Förändringar inom Västra Götalandsregionen (VGR) har varit i mediernas fokus ända sedan dess bildande, 1998-99. Inför bildandet, och alltsedan dess, har kontinuerliga och stora omorganisationer skett. Inom sjukvården har man brottats med ekonomiska problem och brist på utbildad personal. Personalvisionen 2010 diskuterar bland annat förändrade förhållanden, så som större mångfald i verksamheten samt förändrade arbetssätt som förutsätter en mer lärandestyrd organisation. I personalvisionen fastslås att regionen ska vara en föregångare i utvecklingen av arbetsorganisation och lärande. Intresset för arbetsorganisation och lärande har skapat ett behov av ökad förståelse av ledarskapet i vårdpraktiken. Mot bakgrund av detta gav Västra Götalandsregionen uppdraget till en forskargrupp vid Handelshögskolan att göra en analys av dagens chefskap inom NU-sjukvården: hur det framställs, förstås och tillämpas. Uppdraget redovisades i rapporten ”Chefskap i NU-sjukvården” (Wikström, E., Adolfsson, P. och Eriksson, R., 2004) VGR och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

Stress, stressrelaterade besvär och mental ohälsa har under den senaste 10-årsperioden ökat kraftigt i Sverige. Särskilt hög är förekomsten av arbetsrelaterad stress inom vårddyrken. Brister i ledarskapet och den psykosociala arbetsmiljön har i flertalet studier framhållits som en bidragande orsak till den ökade ohälsan bland vårdpersonal. En tidigare intervjustudie, i samarbete mellan Arbets- och miljömedicin (AMM) och Göteborgs Stad, belyses hur ledares synsätt och förhållningssätt till resurser och påverkar strategier i psykosocialt förbättringsarbete. Vilket i sin tur påverkade underordnades arbetsförmåga och medarbetarskap. Samtidigt har epidemiologiska studier visat på hög förekomst av stressrelaterade besvär hos ledarna själva. 20 procent av dagens ledare uppvisar relativt allvarliga tecken på stressymtom och cirka 10 procent av dem har sömnproblem. Dålig kunskap idag om de dolda kostnader detta medför: ineffektivt beslutsfattande, passiva/auktoritär ledarstil, riskbenägna/obekänliga ledare, bristande egen kreativitet/innovation och avvisande av andras kreativa/innovativa idéer. Flera av dessa konsekvenser ökar sannolikt även stressen hos medarbetarna. Mot bakgrund av detta initierade Institutet för Stressmedicin (ISM) ett forskningsprogram med fokus på ledarskap och psykosocial arbetsmiljö inom sjukvården och försäkringskassan. Den första delstudien, ”Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserade förhållningssätt och strategier.” (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette, Ljung, Ahlborg, 2004), genomfördes under 2004 i ett nära samarbete med AMM, Göteborgs Universitet och Arbetslivsinstitutet Väst. Den syftade till att få fördjupad kunskap om chefers stressbelastning, föreställningar och strategier när det gäller att hantera psykosociala arbetsmiljöproblem.

När intervjustudierna jämfördes fann man flera likheter och det blev en diskussion om hur VGR kan gå vidare med dessa frågor. Dels ville man föra ut resultaten till ledare dels ville man få fördjupad kunskap om stöd och stödstrukturer till chefer för ett gott och hållbar ledarskap inom sjukvården Därför beslutade VGR ordna ett forskningsbaserat ledar-

skapsseminarium där tidigare studier redovisades och ny kunskap om förhållanden som kan utgöra ett stöd för att kunna utöva ett bra ledarskap genererades i fokusgrupper. För ett bredare intervjumaterial gjordes dessutom ett flertal individintervjuer med ledare före och efter ledarseminariet. Denna rapport är en sammanställning av det som framkommit i intervjuer med chefer (första- och andralinjens) inom sjukvården i VGR. Vårt uppdrag var att beskriva ledares egna uppfattningar och förslag avseende ledarstöd och stödstrukturer. Utifrån resultat från de tidigare intervjustudierna skulle särskilt förhållanden som understödder hantering av de paradoxer och den komplexitet som tidigare framkommit beskrivas och analyseras.

Huvudförfattarna till denna rapport är Ewa Wikström (Ek dr) och Lotta Dellve (Med dr), forskare och lektorer vid Handelshögskolan respektive AMM, Göteborgs Universitet. Medverkat i planering och i fokusgruppintervjuer har forskarna Mats Eklöf (Med dr), psykolog vid AMM, Katrin Skagert (MSc), personalvetare vid ISM och Anders Pousette (PhD), psykolog vid Arbetslivsinstitutet Väst. Medverkat i fokusgruppdiskussionerna har forskarna Carina Löfström (PhD) och Lars Walter (Ek dr) vid Handelshögskolan. Gunnar Ahlborg jr (Med dr), verksamhetschef vid ISM har medverkat i planeringen av det forskningsbaserade chefsstödsseminariet.

Rapportens disposition: Inledningsvis presenteras de huvudsakliga resultaten från våra tidigare kvalitativa studier. Därefter redovisas syfte och metodik. Resultatredovisningen inleds med redovisning av de tre bilderna av komplexitet i ledarskapet. Därefter följer ett avsnitt om det övergripande arbetet med att utveckla chefers kompetens och förutsättningar för att utöva ett aktivt ledarskap i sjukvårdsorganisationer. Resultatet från ledarnas parvisa reflektion som skedde efter fokusgruppintervjuerna redovisas därefter i tabellform. Slutligen redovisas en sammanfattning av resultatet. I diskussionen ges en litteraturgenomgång som anknyter till studiens huvudsakliga resultat. Slutligen ges förslag på framtida forskningsområden.

Ewa Wikström och Lotta Dellve  
Göteborg, 15 maj 2006

## 2. Tidigare intervjustudier av ledarskap i hälso- och sjukvården

Slutsatserna som presenteras här är baserade på tidigare kvalitativa intervjustudier med ledare inom Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsorganisation, (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette, Ljung och Ahlberg, 2004; Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004) och från Göteborgs kommun (Skagert, Dellve och Håkansson, 2004).

Figur 1 sammanfattar metodik och figur 2 sammanfattar gemensamma resultat från de båda studierna inom VGR. Huvudresultat från studierna redovisas kort därefter var för sig.

<b>Chefer och stress</b>	<b>Dagens chefskap</b>
<p>Analys av chefers stressbelastningsamt deras föreställningar och strategier att hantera psyko-sociala arbetsmiljöproblem inom politiskt styrd verksamhet</p> <p>Design: Kvalitativ intervjustudie Kvalitativ analys (GT-metodik)</p> <p>Deltagare/informanter: 21 chefer med personal-, ekonomi och arbetsmiljö ansvar (1:a och 2:a linjens chefer) från Försäkringskassan och sjukhus inom VGR</p>	<p>Analys av dagens chefskap inom hälso- och sjukvården: hur det framställs, förstås och tillämpas</p> <p>Design: Kvalitativ studie Analys av intervjuer, dokument och observation (GT-metodik)</p> <p>Deltagare/informanter: 43 intervjuer med avdelnings-, verksamhets- och förvaltningschefer inom NU-sjukvården. 16 observationer vid sjukhuslednings-, kliniklednings-, samverkans-, avdelnings- och sektionsmöten</p>

**Figur 1. De två tidigare studiernas fokus och metodik**



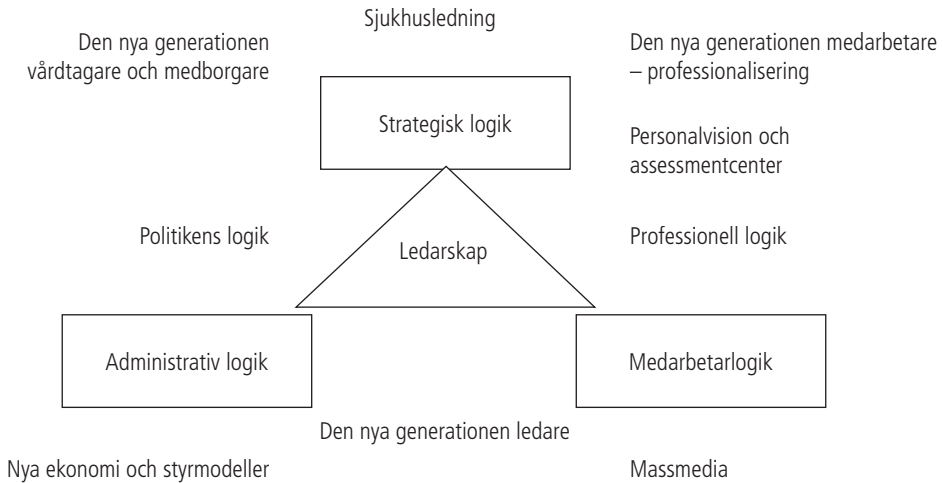
**Figur 2. Sammanfattning av de två tidigare studiernas gemensamma resultat**

## Dagens chefskap

Studien belyser att frågor om ledarskap har kommit i fokus (Wikström, Adolfsen och Eriksson, 2004). De samhällspolitiska förändringarna har åstadkommit ett tryck på omorganisation och på ett förändrat ledarskap. Ledarna i verksamheten – verksamhetscheferna och avdelningscheferna – berättar om hur de har att hantera de motstridiga krav som skapas genom det spektrum av frågor som de möter i vårdpraktiken.

### Dagens ledarskap i hälso- och sjukvården – att arbeta utifrån separata logiker

Ledarens arbete kan utifrån våra tidigare studier kategoriseras utifrån tre olika logiker. Den första är ledarskapet som följer en administrativ logik. Den andra är ledarskapet som följer en medarbetarlogik. Den tredje är verksamhetsutveckling som följer en strategisk logik. Beskrivningen av de tre logikerna sammanfattas i figur 3:



**Figur 3. Ledarskap i vårdpraktiken utifrån separata logiker (Wikström, Adolfsson och Eriksson, 2004)**

Figuren belyser att ledarna beskriver logikerna som separata (isärdragna) och hierarkiska. Det administrativa och möten med medarbetarna tar mest utrymme. Man anser att man inte har mycket utrymme för strategiskt arbete, som man dock ofta värderar som en mycket betydelsefull del av ledarskapet. Med separat menas att de olika logikerna beskriver ledarskapet vid olika tillfällen – i olika, ”skilda” rum.

Den administrativa logiken: När ledarna berättar om ledarskapet utifrån den administrativa logiken uppmärksammar de hur de arbetar med personaladministrativa system (exempelvis Palett), ekonomistyrningsmodeller (exempelvis Balanserade styrkort) och informationshantering. Den administrativa delen av arbetet menar de har ökat markant under senare år. Flera av de intervjuade menar att det ökade kravet på administration har förändrat ledarnas ansvarsområde och förväntningar på ledarnas arbete. De flesta upplever att det administrativa tar en allt för stor del av ledarskapet. De menar att administrativa rutiner ska vara till för att stötta vården. I många fall upplever man dock att det administrativa är det som blivit centralt. Normen har blivit att vården och vårdgivarna skall inordna sig i den administrativa rutinen. Man uppfattar att kraven relaterade till administrationen är tydliga i form av exempelvis budget och det blir då påtagligt när målen inte uppfylls.

Många ledare menar att deras arbete i hög grad handlar om personaladministrativa frågor såsom frånvaro, semester, schema, rehabiliteringsutredningar och rehabiliteringssamtal. Fokus på de ekonomiska aspekterna i verksamheten lyfter en klinikmedarbetare fram som problematisk då personal i budgetarbetet till slut ses som en kostnadspost istället för en resurs som producerar vård.

En ofta förekommande beskrivning i ledarnas berättelser om ledarskapet och den ad-

ministrativa logiken handlar om att informationsmängden ökat kraftigt vilket leder till att en stor del av arbetstiden går till att läsa information, välja ut för medarbetarna relevant information och att sprida information till medarbetarna.

Medarbetarlogiken: Ledarnas berättelser om ledarskapet utifrån en medarbetarlogik fokuserar vikten av att träffa sina medarbetare och diskutera frågor som uppstår i det vardagliga arbetet. Även denna logik beskriver ledarna tar allt större utrymme i utövandet av ledarskap.

Flera ledare tar upp vikten av att synas, att ha närhet till verksamheten. En del förknippar det med att arbeta kliniskt, andra med att man tar sig tid och pratar med medarbetarna:

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

Verksamhetscheferna beskriver hur beslut tas på kliniken, där vikten av att medarbetarna är med i beslutsprocessen och att en chef måste kunna ändra uppfattning är väsentligt. Förändringen som skett med än mer deltagande medarbetare beskrivs i positiva termer. Möten tycks viktiga för utövandet av ledarskapet ”möten och dialog är det man lever på som chef”. Både intervjuer och observationer visar att lyssnande är en väsentlig del av ledarskapet. Vid flera mötesobservationer satt ledaren tyst en stund då medarbetarna diskuterade en fråga. Därefter kunde ledaren komma in och bekräftade det beslut som medarbetarna ville ha eller sammanfattade diskussionen och föreslog ett beslut utifrån det.

Medarbetarlogiken framhålls med andra ord som väsentlig i det ledarskap som utövas. Möten med medarbetare är tillfällen att föra ut information men framför allt att föra ett praktiskt resonemang om verksamheten. Processtänkande beskrivs vara i fokus och att medarbetarna är med och har idéer och tar beslut kring verksamheten är högst väsentligt. Flera ledare menar att det inte är möjligt att utöva ett bra ledarskap om medarbetarna inte står bakom beslut som rör verksamheten. Närhet till medarbetarna antingen genom att gå runt på avdelningarna eller genom att arbeta kliniskt är viktigt för ledarna oavsett vilket arbetsätt de valt för att vara nära verksamheten. Samtalen beskrivs också som ett sätt att få till stånd förändring av normer.

Den strategiska logiken: Ledarna berättar om verksamhetsutveckling som en central del i ledarskapet, vilket också betonas av sjukhusledningen och i visionsdokument. Det är dock den del som ledarna ofta i praktiken inte tycker att de hinner med. Verksamhetsutveckling innebär för ledarna att förhålla sig till verksamheten utifrån ett helhetsperspektiv som innefattar personal, ekonomi, det kliniska och vårdtagarna. Det handlar om att försöka hitta lösningar på verksamhetsfrågor som kan förbättra den framtida vården. När ledarna beskriver den framtida sjukvården används ofta begrepp såsom patientflöden och samverkan. Fokus på administrativa uppgifter tar också kraft från det strategiska arbetet:

”Idag innebär chefskapet ett rent skrivbordsarbete. Som chef ska man rekrytera personal och sköta ekonomi samtidigt som man egentligen också ska

hinna med att utveckla verksamheten. Men det där, att utveckla, det kommer efter. Det kommer sist.” AVDELNINGSCHEF

## **Ledarskap, stress och psykosocial arbetsmiljö**

### **Ledarskap i hälsofrämjande satsningar på arbetsplatsen**

I en studie beskrevs hur ledares synsätt hade betydelsefull roll för hur hälsofrämjande arbetet på arbetsplatsen leddes och för delaktighetsprocesser i genomförandet (Skagert, Dellve et al. 2003). Ledarnas upplevda möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa genomsyrades av uppfattningen om personalen och verksamhetens budget sågs som resurs eller hinder för utveckling. Ledares förhållningssätt till resurser beskrevs i en utveckling där maktlöshet och resignation över bristande resurser eller en mer kontrollerande strävan var de minst utvecklingsinriktade. Nästa strategi var hushållning med befintliga resurser vilka utnyttjades effektivt inom verksamhetens ram. De mest aktivt resursutvecklande strategierna var förädling av resurser och översättning av verksamhetens resurser till retorik som stämde överens med det maktspråk som var lämpligt i den organisationspolitiska ledningen. Ledares synsätt var även relaterade till valet av hälsofrämjande insats. Deras syn på ansvarighet för den ökade arbetsohälsan (individ, organisation och/eller samhälle) och på vilken nivå (individer, organisationen eller samhälle) åtgärder bör genomföras effektivt påverkade styrning av hälsofrämjande insatser.

Ledarskapet (synsätt och arbetssätt) hade även betydelse för effekt av de hälsofrämjande arbetet (Dellve, Skagert et al. 2006). Andelen med stabil närvaro ökade främst vid bredare satsningar (på individ- och organisationsnivå) men där ändå fanns tydliga och avgränsade mål för arbetsmiljöarbetet. Dessutom hade det positiv betydelse, för både stabil närvaro och stärkt medarbetarskap, att ledaren inte lyfte fram individen som huvudsakligen ansvarig för den ökade arbetsohälsan.

### **Ledarskap och stress**

Nästa studie syftade till att få fördjupad kunskap om chefers stressbelastning, föreställningar och strategier när det gäller att hantera psykosociala arbetsmiljöproblem (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette, Ljung och Ahlborg 2005). Studien tar ett stressperspektiv på ledarskap i sjukvården, dvs. faktorer och förhållanden som har betydelse för ledares egen stressupplevelse, deras möjligheter att påverka anställdas arbetssituation avseende stress samt deras strategier att bemästra stress. Resultatet visade att chefers stressbelastning rörde både formella krav och hård styrning och informella krav, brist på stöd och möjlighet till tillitsfull kommunikation (se figur 4a).

	Från överordnade, politisk styrning	Från underordnade
Formella krav och hård styrning	Att klara mer med mindre resurser Strukturförändringar	Instabilitet Frustration Brist på kompetens
Informella krav och brist på stöd	Att vara ensam Bristande styrning och samordning	Bristande förtroende Att vara tillgänglig

**Figur 4a. Chefers stressbelastning: Att agera stötdämpare, hantera krav och hård styrning med brist på stöd och bibehållet förtroende (Skagert, Dellve et al. 2004).**

Krav från överordnade/den politiska styrningen avsåg: Att klara mer med mindre resurser; Strukturförändringars påverkan på utförande av verksamhetens uppdrag; Att vara ensam; Bristande styrning och samordning; Att vara med på mycket, lojal i beslut och genomförande.

Krav från de underordnade rörde: Instabil personalsituation; Underordnades uttryckta frustration; Brist på efterfrågad kompetens hos underordnade; Bristande förtroendefull relation med underordnade; Att vara tillgänglig för de underordnade

Chefers roll när det gäller hantering av psykosociala arbetsmiljöproblem kan beskrivas som att agera stötdämpare. Detta var relaterat till deras upplevelse av formella och informella krav, hård styrning med brist på stöd och möjlighet till tillitsfull kommunikation, förhållanden som chefen föreställdes kunna hantera för att fullgöra och bibehålla sin roll som chef/ledare. De strategier ledarna använde utmärktes av sätt att balansera kraven och bibehålla förtroendet från såväl högre som lägre nivåer i organisationen genom att själva försöka vara en stabiliserande faktor (figur 4b).

	För sitt eget arbete	För underordnads arbete
Balansera krav	Strukturera Söka stöd Stärka sin maktposition	Strukturera Stabilisera
Bibehålla förtroende	"Skydda" Vara duktig	"Skydda och belöna" Vara tillgänglig och förebild

**Figur 4b. Ledare hanterade den psykosociala arbetsmiljön genom att agerade stötdämpare – balanserande strategier (Skagert, Dellve et al. 2004).**

En annan central process rörde chefers förhållningssätt till ansvaret att hantera verksamhetens arbetsmiljöproblem och karaktäriserades av det existentiella perspektivet på arbetets betydelse. Med det avses hur chefen förhåller sig till chefsrollen och till livet i övrigt. Det utmärktes av chefers identitet, integritet och distansering i förhållande till arbetet. Stärkande för identitetsuppfattningen var om ledarrollen överrenstämde med ens eget intresse av aktivitet och föränd-

ring (sätt att vara). Det påverkades även av individuellt och moraliskt ansvar att balansera krav och resurser. Den personliga integriteten bibehölls genom att inte tillskriva sin chefsposition så stor existentiell betydelse. Detta underlättade acceptans av och distansering från ansvaret. Fritidens balanserande och distanserande roll verkade genom att koppla av från arbetet antingen genom att vara aktiv och social eller genom att inte alls vara det.

### 3. Syfte

Inom ramen för VGRs fortsatta ledarutveckling var uppdraget att beskriva ledares egna uppfattningar och förslag avseende ledarstöd och stödstrukturer. Utifrån resultat från de tidigare intervjustudierna skulle särskilt förhållanden som understödjer hantering av de paradoxer och den komplexitet som tidigare framkommit beskrivas och analyseras.

## 4. Metodik

### Fokusgruppintervjuer

Fokusgruppintervjuerna hölls i samband med ett forskningsbaserat ledarskapsseminarium för chefer inom VGR, februari 2006. När deltagarna anmälde sig (parvis) fick de tillsänt de tidigare rapporterna om dagens chefskap (Wikström m.fl. 2004) och ledarskap och stress (Skagert m.fl. 2004). På förmiddagen presenterades och diskuterades dessa rapporter i plenum och på eftermiddagen hölls fokusgruppintervjuerna. Sex fokusgruppsintervjuer hölls med 4 deltagare och en moderator i varje. Grupperna var blandade avseende verksamhetsområden och chefsnivå. I en grupp fanns två moderatorer. Moderatorns roll var att introducera intervjun och teman, se till att diskussionen höll sig till ämnet och höll lämplig nivå för att hålla individens integritet. Moderatorn betonade att det var både en diskussion och en intervju. Samtliga fokusgruppintervjuer spelades in på band och skrevs ut för analys. Då det kan vara svårt att uttrycka individuella mer känsliga synpunkter i grupp, inbjöds deltagarna att höra av sig om de hade fler synpunkter man ville tillfoga.

Diskussionen utgick från tre ”bilder” som beskriver komplexitet på olika sätt. Varje bild diskuterades var för sig. Diskussionen rörde (a) På vilket sätt känner man igen sig? (b) Hur hanterar man detta (som individ och i organisationen). (c) Vad behöver man för stöd för att hantera detta (fokus på detta).

De tre bilderna som beskrev ledarskapets komplexitet avsåg:

- Olika logiker: administrativ, strategiskt, medarbetarorienterad logik
- Lojalitets- och identitetskonflikter samt spelregler för att få mer inflytande
- Balans i arbetet och i livet

Efter fokusgruppintervjuerna reflekterade ledarna parvis utifrån dagens föreläsningar och fokusgruppdiskussioner:

- Vilka idéer har vi fått under dagen – som skulle kunna genomföras på vår arbetsplats?
- Vad är angeläget att vi ta med oss tillbaka till vårt arbete?
- Vilket stöd behöver vi för att gå vidare med de frågor som är angelägna?
- Övriga synpunkter på chefsstöd?

## Individintervjuer

För att få större djup i beskrivningarna gjordes, före och efter fokusgruppintervjuerna, kvalitativa intervjuer med 15 ledare som hade olika lång erfarenhet av att vara chef inom VGR. Dessa valdes dels utifrån VGRs lista över chefer dels utifrån rekommendation (kan du rekommendera någon annan ledare inom VGR som har andra erfarenheter/ liknande erfarenheter av ledarskap). Fem av dem som intervjuades individuellt hade enbart chefsfärdighet som 1:a linjens chef, 10 hade erfarenhet som andra linjens chef varav 5 av dem även hade erfarenhet av att vara områdeschef. Dessa intervjuer fokuserade samma frågor som vid fokusgruppintervjuerna.

## Analys

Varje fokusgruppmoderator (AP, CL, EW, KS, LW, LD, ME) sammanställde sin fokusgruppintervju. Därefter analyserades det utskrivna intervjuerna (av LD och EW) med kvalitativ innehållsanalys (Granheim och Lundman 2004). Materialet kodades (manifesta och latent koder), koderna sorterades i teman och subteman, och sammanställdes i text. Analysens första del var beskrivande och dess andra del tolkande. Moderatorernas sammanställningar tillfördes den tolkande analysen. Den preliminära analysen diskuterades i ett seminarium med de medverkande forskarna innan den skickades via mail till de ledare som medverkat i studien (respondentvalidering).

## 5. Resultat

Resultatredovisningen inleds med redovisning av de tre bilderna av komplexitet i ledarskapet. Därefter följer ett avsnitt om det övergripande arbetet med att utveckla chefers kompetens och förutsättningar för att utöva ett aktivt ledarskap i sjukvårdsorganisationer (chefstöd och stödstrukturer). Resultatet från ledarnas parvisa reflektion som skedde efter fokusgruppintervjuerna redovisas därefter i tabellform. Slutligen redovisas en sammanfattning av resultatet.

### Förutsättningar för att hantera ledarskapets komplexitet och dilemman

I denna del redovisas ledares synpunkter och uppfattningar relaterade till de tre bilderna av komplexitet i ledarskapet som framkom i de tidigare kvalitativa studierna.

- Olika logiker: administrativ, strategisk, medarbetarorienterad logik.
- Lojalitets- och identitetskonflikter samt spelregler för att få ökat inflytande.
- Balans i arbetet och i livet.

### Slitningar mellan ledarskapets logiker

Slitningar mellan strategiskt arbete, administrativt arbete och möten med medarbetare var ett ämne som var lätt att diskutera i grupp.



Figur 5. Slitningar mellan eller integrering av strategiskt arbete, administrativt arbete och möten med medarbetare

### *Administrativ logik: att inte drunkna i administrativa frågor och detaljer*

Många chefer återkom till att administrativt arbete var tidskrävande, betungande, mindre intressant och ibland onödigt. Det fanns de som menade att administrativa uppgifter bör av högre chefer förses med en tydlig och genomtänkt prioritering så att man själv slipper avgöra den, söka högre chef för att eventuellt få reda på den, eller oroa sig för att man prioriterat någon uppgift för lågt. En hel del administrativa arbetsuppgifter borde ligga vid sidan

av, eller helt utanför, vad som tillhör enhets- och verksamhetschefer och istället utföras av olika typer av stöd- och stabsfunktioner. Man menade att regionen borde undersöka om det finns skäl att samordna administrativa funktioner i regionen.

”Men jag tror också det här som du säger att man får lite avlastning på den administrativa biten också. Man ska vara både sekreterare, man ska va lite halvt ekonom, lite halvt personalsekreterare... alltså det... få större stöd därifrån.”

Framförallt första linjens chefer beskrev en stor arbetsbörda (avseende framförallt administrativ och medarbetarlogik) och att de strävade efter att behålla sin helhetssyn. De mer erfarna ledarna betonade vikten av att inte drunkna i administrativa, operativa frågor och i detaljnivån. Krav från stabsfunktioner, överordnade och verksamhetsnära krav gav upphov till ”brandkårsutryckningar” och tidsbrist för strategiska frågor.

S2: ”Men jag tror att väldigt mycket ramlar allra högst uppifrån och så dunk rätt ner. Man stöter inte och blöter så väldigt mycket emellan alla gånger...”

”S1: Då kommer ju det här reviret lite grann... gå in och säja att jag vill ha en sekreterare som har den kunskapen. För jag tror att det blir billigare och effektivare ...att skaffa en sekreterare än en biträdande chef som sitter och gör en massa lister och dokument och... definitivt billigare än om jag ska göra det. Men då är de ju väldigt känsligt, för jag är ju inte chef för sekretariatet... de är ytterligare en annan chef... så att...”

S2: Vi har så mycket staket

S4: Jag menar ni rev ner en mur mellan enheter men sen finns det hundra andra murar. Vad som är mitt och vad som är ditt.

S1: Och så är det tror jag oavsett sjukhus.

S4: Men vi har ju mindre enheter så vi kan ju i princip göra det. De ligger inte mycket revirtänkande i att ersätta en skötersketjänst med en och en halv sekreterartjänst eller vad det nu är för någonting. Och så görs också”.

Vidare ansågs den administrativa belastningen i form av e-post och olika begäran om underlag för verksamhetsuppföljning som belastande, där framförallt bättre disciplin och samordning efterfrågas. Även välfungerande administrativa it-system skulle underlätta.

”R1: För mej är mail en stressfaktor. Kommer jag till jobbet i morron och så öppnar jag mailen så är hela första sidan röd... och då vågar jag inte ens börja skrolla för då tänker jag hur rött...”

R3: Nej just det kanske tar slut där.

R2: Det är fullständigt urskiljningslöst.

R3: Ibland kommer det dubbelt också.

R2: Ja... och så kan det komma från tre ställen i värsta fall

R3: Får man ett mail så är det ju säkrast att skicka iväg det till någon annan så blir det hanterat...”

## *Strategisk logik: att skapa utrymme för det strategiska arbetet*

Strategiskt arbete ansågs av cheferna som en central del i ledarskapet och många gånger den del som gjorde ledarskapet intressant och motiverande. De flesta chefer hade dock återkommande problem med att få tid för strategiska arbetsuppgifter. Ett efterfrågat stöd rörde därför åtgärder som på olika sätt skapar bättre utrymme och förutsättningar för att kunna arbeta med strategiskt aspekter med vilket man med andra ord främst avser framtids- och utvecklingsfrågor. Dessa strategier syftade ofta till att minska det administrativa eller kliniska arbetet. Medan andra chefer betonade att deras egen delaktighet i det kliniska arbetet var en strategisk framgångsfaktor för verksamhetens utveckling.

Ett sätt att skapa utrymme för det strategiska arbetet var att strukturera det dagliga arbetet genom rutiner som förhindrade att det operativa arbetet, i form av brandkårsutryckningar, trängde undan tiden för strategiskt arbete. En grupp erfarna chefer beskrev hur man strategiskt strukturerade mötet med medarbetare för att undvika detaljfrågor och för att medarbetarna ska veta spelreglerna. Detta kunde vara att ha tydliga lönekriterier, befattningsbeskrivningar och kompetensutvecklingsplaner för varje personalgrupp. Man beskrev hur man strukturerade det strategiska arbetet: genom att ordna fokusgrupper, processgrupper eller arbetsgrupper som arbetar med definierade utvecklingsfrågor. I strategin ingick att tidigt identifiera problemområden och konfrontera det konkreta problemet direkt. Till exempel beskrevs hur man strukturerade (effektiviserade) krävande vårdarbetsprocesser genom ex att skapa speciella vårdteam. Inom dessa åtgärder ingick delegering av uppgifter. Hur man definierade strategiskt arbete skiljde sig mycket åt. En del menade att det innebar att läsa och på annat sätt skaffa sig ny kunskap. Andra ansåg att strategiskt arbete handlade om att bygga kontaktnät och genomföra studiebesök. Det fanns de som menade att strategiskt arbete innebär att i lugn och ro och tillsammans med kollegor koordinera och samordna dagliga aktiviteter bättre.

Det fanns önskemål om att man på högre nivåer i organisationen strukturerade tidskrävande uppgifter som upplevdes ostrukturerade och minskade utrymmet för strategiskt arbete. Till detta hörde framförallt informations-spridning och mailhantering. Ett annat tillvägagångssätt var att engagera sig i och alliera sig med olika regiongemensamma projekt för verksamhetsutveckling och på så sätt skapa utrymme och resurser för att utveckla den egna verksamheten. Verktyg som kunde understödja utrymme för strategiskt arbete, dvs. att skapa en tydlighet i hur logikerna prioriterades tidsmässigt, var till exempel time-management.

Respondenterna beskrev två typer av förutsättningar för strategiskt arbete. För det första handlade det om att skapa utrymme för att de som ledare själva skall kunna arbeta mer med strategiskt arbete. För det andra innebar det att de som ledare tillsammans med medarbetare arbetade med strategiska frågor, dvs. att verksamhetsutvecklingen skedde i mötet med medarbetarna och att det var den relationen som var avgörande för om de hade utrymme för strategiskt arbete.

## ***Medarbetarlogiken: att stödja sin personal och utveckla medarbetarskapet***

En utmaning var att finna vägar att öka medarbetarnas delaktighet i utvecklingsarbete. Här fanns önskemål om ökad kunskap om strategier och verktyg i den processen. En av de viktigaste uppgifterna för ledarna, förutom det strategiska arbetet, beskrevs som ”att stödja sin personal och skapa stämning”.

”Min grundfilosofi är att jag måste ha en bra kontakt med medarbetarna först. ...för utan en fungerande medarbetargrupp så spelar det ingen roll vilka strategier man lägger upp för då kommer man ändå ha dagliga problem som man får ägna en stor del av tiden åt.”

Många menade att tid för strategiskt arbete förutsätter högt utvecklat medarbetarskap och tydliga befogenheter för medarbetarna i relation till formella regler. En förutsättning var att man har personal som tog ansvar för vardagsproblem och som hade befogenheter att göra det. När det gäller relationen mellan strategiskt arbete och operativt arbete var betydelsen av samspelet mellan ledarskap och medarbetarskap tydligt. Några hade skapat utrymme för strategiskt arbete genom att det fanns annan personal som hade kunnat och velat lära sig de mest arbetskrävande administrativa rutinerna, såsom bokföring och personalrapportering.

Hur många medarbetare som man var chef för var avgörande för att samspelet mellan ledarskapet och medarbetarskapet skulle fungera. Antalet medarbetare och storleken på verksamhetsområdet var centralt för hur dominerande den administrativa logiken och medarbetarskapslogiken var i ledarskapet och därmed för det utrymme som strategiskt arbete fick.

Mötet med medarbetare menade man, blev naturligt eftersom man som chef förväntades att delta i det operativa arbetet. Framförallt de som var läkare lyfte fram betydelsen av att fortsätta arbeta kliniskt som en del av ledarskapet och närmast som en förutsättning för att kunna utöva ett legitimt ledarskap. För de ledare som var sjuksköterskor var det kliniska arbetet inte längre lika centralt, rollen som chef hade allt mer blivit en naturlig del av sjuksköterskornas professionella identitet.

### **Ett integrerat ledarskap**

En del chefer menade att de i sitt arbete inte upplevde några stora slitningar mellan olika typer av arbetsuppgifter. De kände visserligen igen sig i beskrivningen av slitningar mellan olika logiker men beskrev hellre det som att det fanns olika delar i ledarskapet och att dessa delar tillsammans skapade en helhet. De ansåg att man i sitt ledarskap skall fokusera ömsesidiga beroenden mellan olika delar istället för att separera dem. Många framhöll kommunikation som centralt för att kunna länka olika delar i ledarskapet till varandra. Ett exempel på situationer när detta sker var ”reflektionsmöten” tillsammans med medarbetare och andra chefer.

## Att komplettera sitt ledarskap

Bland ledare som förespråkade ett kompletterande ledarskap fanns en medvetenhet om slitningar mellan logiker. Man betonade den individuella förmågan, de individuella drivkrafterna som hängde samman med ens personliga läggning och att det är ”svårt att vara på topp” i alla logiker.

”Jag är ju en entreprenörmänniska som gillar att se utveckling, ta egna initiativ och driva nya initiativ.”

En stödstruktur var att skapa ett team som var kompletterande genom ett delat – eller uppdelat – ledarskap som kompletterande för en bra helhet. Den typen av ledarskapsmodell betyder att man kan fördela arbetet enligt olika logiker mellan olika personer och på så sätt minska slitningar. Det som också brukar framhållas är att olika personer har olika styrkor och genom ett delat ledarskap kan man komplettera varandra i relation till administration, medarbetare och strategiskt arbete. Det framhålls också att ett delat ledarskap ökar möjligheten att reflektera över ledarskapet och verksamheten genom att man bollar frågor med varandra. Ett delat ledarskap minskar även känslan av att sitta ensam med problem och att tillgängligheten för medarbetarna ökar genom att någon chef är alltid på plats.

”Man kan inte vara en fantom på alla tre områdena samtidigt utan man får antingen organisera lokalt så att man får en helhet som kan ta hand om alla tre frågorna”.

”Det är min uppfattning i alla fall att både se dom nära medarbetarna och försöka skapa ett team utav stark kompetens som kan dela på dom här ledarskapsuppgifterna... ha förmåga att delegera och delegera”

De som hade erfarenhet av detta hade bara positiva erfarenheter men var medvetna om att det ställde krav på individ och organisation om det skulle fungera bra. Andra hade rekryterat biträdande chef eller utvecklingsansvarig med kompletterande chefsegenskaper. Ett fungerande ledarteam krävde prestigelöshet, respekt och förståelse för den andra ledarens förmåga, och kompetens.

Att skapa nya roller ansågs vara ett annat sätt att omdefiniera och utveckla både ledarskapet och medarbetarskapet i hälso- och sjukvården. Det handlade om att tillsätta verksamhetssekreterare som kan utgöra funktionsstöd och arbeta med till exempel fakturahantering och löneadministration. Vanan att använda sig av sekreterare skiljde sig mellan chefer som till sin grundprofession är läkare eller sjuksköterska. För läkaren som var chefer var det en självklarhet att utnyttja sekreterare för administrativa uppgifter, vilket var mer tabubelagt bland sjuksköterskor som är chefer. En annan typ av roll som efterfrågades var verksamhetsutvecklare, dvs. personer som är ansvariga för att driva och se till att det strategiska arbetet prioriteras i det dagliga arbetet och att detta arbete inte skiljs från eller kommer vid sidan av det dagliga arbetet.

## Balansera ett politiskt styrt ledarskap

Den politiska styrningen av verksamheten ansågs ibland vara kortsiktig och motsägelsefull, vilket kunde innebära problem i verksamheter av operativ och ekonomisk natur.

En förbättrad dialog och kontinuerliga forum för kommunikationen med den politiska styrningen beskrevs som centralt för att utöva ledarskap i politiskt styrd verksamhet. Man beskrev att dessa möten var svåra att få till stånd men blev alltmer värdefulla efterhand.

En respondent beskrev införandet av politiska styrelser som först uppfattades som något meningslöst och tidsödande (ytterligare information att producera ta emot) men som numera sågs som något positivt, som kommunikationskanal/brygga mellan verksamheten och politiskt beslutsfattande. Att få mötas regelbundet med styrelse/politiker, och inte bara när problem har uppstått, sågs som viktigt. Direktiv som kommer uppifrån måste vara tydliga i varför det finns krav på förändring och vad man förväntas uppnå.

Utmaningar fanns i att föra mer konkret vägledande dialog: ”men då får man svaret att det är en verksamhetsfråga, en HUR-fråga och därför inte deras [politikernas] bord”. Å andra sidan ges exempel på politiska beslut som direkt griper in i verksamhetens utformning. Andra önskade minskad detaljstyrning, att bli friare och självständigare från politisk styrning.

## Sjukhusledning

Strukturerad, selekterad informationsspridning  
Regiongemensamma strategiska satsningar  
Stabs- och personalfunktioner som resurs



### Ledarskapet

*Ledares strategier*  
Integrera strategiskt arbete  
Strukturerar strategiska arbetet, utvecklingsarbetet, mötet med medarbetare och vårdprocesser  
Delegera, dela uppgifter  
Balansera politisk styrning  
Delaktighet/kännedom i det kliniska arbetet

Förhållanden som skapar utrymme för strategiskt arbete



### Medarbetarskapet

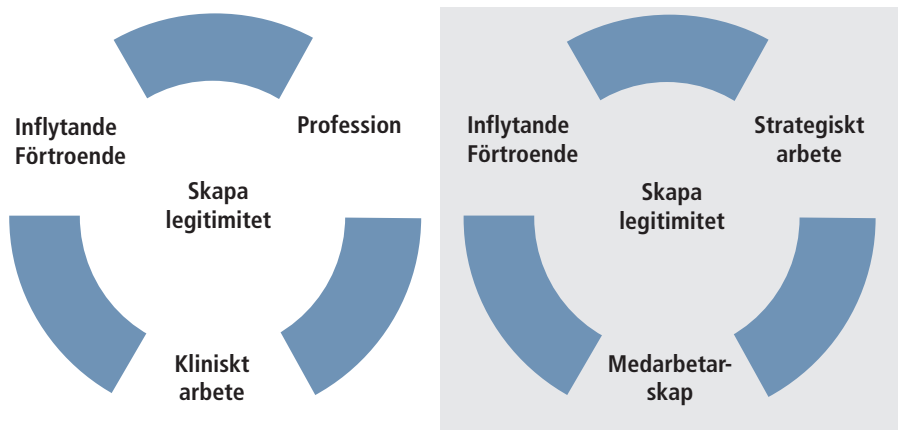
*Medarbetares förhållningssätt*  
Ansvarstagande  
Delaktighet  
Kompetens  
Självständighet  
Övertagande av uppgifter  
Drivande i utvecklingsarbete  
Kreativt resursutnyttjande

**Figur 6. Ledarskapets och medarbetarskapets relation till varandra skapar utrymmet för lokalt strategiskt arbete. Figuren illustrerar ledares beskrivna strategier och deras uppfattning om medarbetares förhållningssätt till att skapa utrymme för verksamhetens strategiska arbete.**

## Lojalitets- och identitetskonflikter samt spelregler för ökat inflytande

### Lojalitetskonflikt eller legitimitet i grundprofessionen alternativt ledarrollen

En stark professionell identitet kunde tydligt överskugga identiteten som chef. Man beskrev den inre konflikten mellan den tidigare professionen och rollen som chef. ”Det är inte gångbart att vilja bli chef när man är läkare.” En lojalitetskonflikt kan uppstå när läkare leder läkare och svårighet att släppa lojaliteten med ursprungsprofessionen. Ett sätt att få mandat hos läkargruppen var att bibehålla sin kliniska kompetens. Förväntningar om närhet från medarbetare kunde hanteras genom att delta i det operativa arbetet. Det är framförallt de chefer som i grunden är läkare som lyfter fram betydelsen av att fortsätta att arbeta kliniskt som en del av ledarskapet och närmast en förutsättning för att kunna utöva ett legitimt ledarskap. Andra menade att man borde prioritera chefskapet mer: ”En förutsättning för att komma bort från den lojalitetskonflikten är att ta chefskapet fullt ut.” De chefer som däremot i grunden var sjuksköterskor menade ofta att det kliniska arbetet inte var centralt för deras ledarskap.



Figur 7. Olika utgångspunkter för att skapa legitimitet i ledarskapet

Läkarna som är chefer menade att det inte var lätt att leda läkargruppen. Man menade att det fanns en föreställning bland läkare att de har ett tyngre mandat att spela med för ökad makt och inflytande. Föreställningen att läkargruppen styr den medicinska utvecklingen grundlades redan i grundutbildningen menade man. En form av informell styrning kunde ske då utvecklingsintresset inte följer beslutsordningen och de ekonomiska ramarna. Nya tekniker kunde ”smygas in” i vardagsverksamheten utan strategisk diskussion och beslut

från ledningen. Ett sätt att styra yrkesgruppers självstyre var att delegera budgetansvaret till annan ledare, till exempel till vårdenhetschefen.

Teambildning och organisering av arbetsuppgifter i vårdkedjor kunde vara ett verktyg för att motverka och överkomma de konflikter som finns på grund av yrkesgruppers olika status i sjukvården. Teamarbetet kan illustrera att alla behövs och är beroende av varandra. Men man menade att det fanns ibland en brist på förståelse för varför man arbetar i team och kunskap om grupperns olika kompetens. I flera intervjuer framkom de särskilda svårigheter som kan finnas att få med och involvera läkare (som yrkesgrupp) i professionsövergripande utvecklingsarbeten. Det kan förutom tidsbrist finnas ett motstånd till teammöten, att lyssna på andra yrkesgrupper eller att se poängen med att andra yrkesgrupper vill förstå läkarens version för att själva kunna göra ett bättre jobb. Ledarna betonade betydelsen av att tidigt få med läkargruppen i utvecklingsarbete. Med dialog och öppenhet kunde konflikter och missförstånd överbyggas mellan yrkesgrupper. Som ledare bör man odla en hjälpsam kultur och den positiva känslan av att vara del i ett kompetent team.

Lojalitets- och identitetskonflikter kunde förstärkas genom korta chefsförordnanden. De motverkade identifikation med chefsrollen och arbetsgivarrepresentantrollen. I och med att man kan förlora chefsposten efter förordnandet blev man beroende av att hålla en levande kontakt med sitt grundyrke och bibehålla en god relation med de gamla kollegorna. Dessa förhållanden förstärkte lojalitets och identitetsproblem. De förstärkte också en allmän tendens att vilja vara populär hos underlydande, eftersom facken är inblandade när förordnanden skall förnyas. Vidare gjorde förordnandetiderna och osäkerheten att man inte satsade 100 procent på chefsrollen.

En annan typ av lojalitetskonflikt rörde förmedlingen av impopulära beslut. Man menade att det vore fördelaktigt om högre beslutsfattare redovisade varför de fattat ett beslut, dvs. delgav beslutsunderlagen. Då kan man som chef förklara hur beslutsfattarna tänkt. Men samtidigt blir det ett nytt problem på så vis att kraven på informationsbearbetning torde öka (se avsnittet om administrativ börda och informationshantering).

## **Informella och formella system och strategier**

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

Att gå utanför linjen, dvs. genom informella vägar, menade många var helt nödvändigt för att få ökat inflytande över beslut eller behålla sin/den organisatoriska enhetens position. Andra upplevde frustration när andra chefer/organisatoriska enheter fick fördelar av "ohämmat utnyttjande" av informella spelregler eller etisk/moralisk stress när de själva blev delaktiga i sådana spelregler. Ledares strategier för ökat inflytande var en fråga om individens ställningstagande samt den kultur som fanns inom professionen och organisationen. Ledares slitningar, i form av etiska dilemman, kunde uppstå när arbetsplatskulturens spelregler och ideal, av individen, upplevdes ha lägre "moral" än de egna strategierna och idealen.

Val av strategier för ökat inflytande kan relateras till individens synsätt och chefsnivå. Men det handlade även om hur man som chef såg på sitt jobb och betraktade det system som fanns. Ville man testa och prova gränserna eller fokusera ramarna. Hade man tydliga ideal om en fungerande, demokratisk linjeorganisation eller såg man entreprenörskap och kreativitet i utveckling som tydligare ideal. Informella strategier kan tydligare ingå i ledarskapet på högre nivåer menade man. Andra erfarna chefer menade att man istället kunde göra sig känd som en klok och kompetent chef och därigenom få goda möjligheter till inflytande och påverkan.

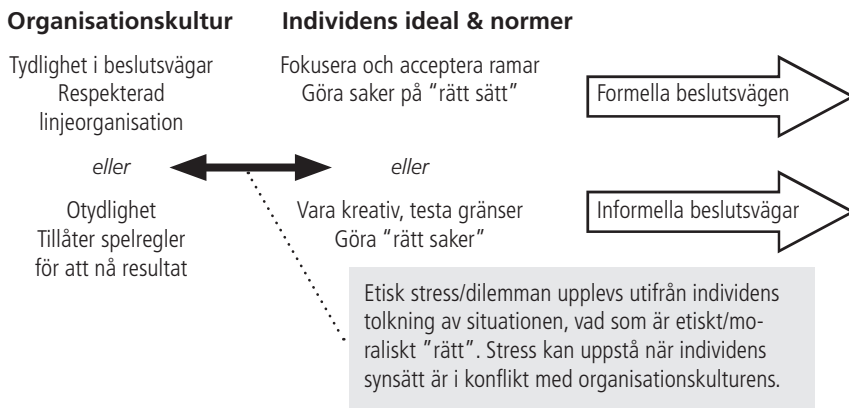
”Det är nog kanske någonting man ska vara mer explicit med till chefer att det är faktiskt en del utav chefsuppdraget det är att läsa dom här inofficiella nätverken att se vilka personer som närmast dej i din roll kan vara av värde för att du ska kunna fullgöra din roll som en bra chef. ... man måste ha en omvärldsspaning som innebär att jag kan även få fram information där ifrån den och den och den och det gynnar då min roll i chefsposition så att säga.”

”Jag använder mig av mina gamla kontakter på sjukhuset – har jobbat här i många år och vet vem jag ska kontakta för att komma förbi problem i linjen.”

”Jag tror på att agera och argumentera enligt linjen. Jag tappar tilltron på organisationen när det är lättare att påverka via lobbyism.”

”I mitt uppdrag som ledare ingår att handla strategiskt. Man är naiv om tror sig kunna påverka annars.”

”Det tar några år innan man lär sig vad det är man ska skicka uppåt. Man säger inte att det är jobbigt eller att man är belastad eller har mycket att göra.”



**Figur 8. Vägar för att nå ökat inflytande hos ledare. Bilden illustrerar hur etisk stress/dilemma skapas då ideal och normer hos individen inte överensstämmer med organisationskulturens.**

Vilket utrymme som det informella systemet fick beskrevs bero på egna ideal, arbetsplatskulturen, högre chefers intresse av att veta hur man nått lösning på problemet och informella ledares spelutrymme. Informella enskilda ledares eller yrkesgrupperingars möjligheter att styra medarbetare påverkade chefernas inflytande på arbetsplatsen. De kunde genom specialkunskaper ha starka möjligheter till inflytande över beslut eller bromsande av beslut.

”Det finns outtalade och uttalade krav på att alltid hålla med sin profession – vare sig det gynnar min verksamhet eller inte. Jag har blivit utfrysad när jag gått emot gruppen”.

### *Paradox eller nödvändigt med kompetensutveckling i informella system*

Det ligger en paradox i tanken att arbetsgivaren skulle utbilda sina chefer i konsten att agera mot regler och formell struktur. Två olika linjer om detta kunde urskiljas.

Flera menade att en fungerande och respekterad linje var den riktiga vägen. Med tydligare, stramare linje minskar behovet av informellt agerande. Man uttryckte misstänksamhet mot informellt agerande, ilska och frustration över orättvishet i beslut som inte tagits på ett rättvist sätt. Man var kritisk till att politiska beslutsfattare öppet uppmuntrade att gå vid sidan av linjen, exempelvis genom att uppmuntra till direktkontakt via telefon eller mail. Man önskade en öppen, pålitlig organisation där man kan ha tillit till att det finns rättvisa i beslut, dvs. att sätta regler och ramar ska gälla för alla enheter. Det ska finnas en tydlighet i på vilka grunder beslut, eller ändringar av beslut, tas.

Andra menade att ledarstöd för att hantera informella system, acceptera informella nätverk och spela med i systemet var nödvändigt. Annars blev man inte lyssnad på. Man menade att man bör ha en medvetenhet om de parallella systemen och kunna hantera båda. Linjesystemet måste hanteras för att nå framgångar via informella vägar. För att hantera det informella systemet bör man lyssna utåt, lära känna nätverken för att vara med och spela i systemet, veta vilka inofficiella makthavare/nyckelpersoner som fanns för att kunna hantera dem. Att gå bredvid tidigare chef kunde vara ett sätt att introducera nya chefer. Andra sätt kunde vara att utse en ”fadder” eller ”mentor” med lång cheferfarenhet som kunde vara en guide eller en utvecklad introduktion av nya chefer där det går igenom lokala rutiner och praxis.

”... mitt råd är till alla chefer som kommer in utifrån det är att ...lära dej verksamheten, men på sikt lär dej också nätverket. Det är mitt tydliga råd. Annars så blir man isolerad. Man blir inte lyssnad på”.

”Man blir ingen spelare i ett system om man inte accepterar dom inofficiella nätverken.”

## *Sunda nätverk och dialog för ökad förståelse*

Organiserat mentorskap och organiserade nätverk kunde vara en form av organiserat ledarstöd för ökat inflytande, för ökad dialog och förståelse mellan grupper som samverkar. Regelbundna chefsmöten (horisontellt) kunde stödja nya chefer, ge samarbete och samsyn. Om man på en viss nivå hade problem med stödet från sin chef fanns goda erfarenheter av att prata sig samman med kollegor för att ställa gemensamma krav direkt till chefen. Reflektion och samtal chefskollegor emellan borde alltså underlättas. Därtill kan vertikala nätverk med andra chefsnivåer och resursfunktioner skapa en bättre dialog och inflytande i linjen. Regelbundna träffar med lönesekreterare för avstämning av aktuella ärenden angavs som ett centralt exempel för att ge en större samsyn med personalfunktionen.

## **Gräns arbete – fritid: Frihet i egen gränssättning men möjlighet att reglera arbetsmängd**

### **Individuella val, engagemang, stimulans och arbetsmetoder får avgöra**

Ledare gör ett eget vägval när man tillträder chefstjänsten eller efter en tid som chef. Det är ett eget beslut som, man menar, måste fungera för individens arbetssätt i dennes axlande av ett stort ansvar. Ledarskap är ett personligt engagemang, menar man, där man måste få lägga ner den tid man behöver.

Man vill ha frihet i hur mycket och när man ska arbeta. Disponering av arbetstid är en arbetsmetod som man ser på olika sätt och som måste passa individen och dennes livssituation. Man menar att det inte går att motverka långa arbetsdagar genom generella regler. Istället får man acceptera att vi jobbar på olika sätt, på olika tider och med olika intensitet.

Påtvingad gränssättning kunde istället skapa stress. Man menade att det handlar om personlig utveckling och stimulans oavsett om man får det i arbetet eller på fritiden. Måttten skall vara det man själv känner. Om man gör det för att man måste är det skillnad mot om man gör det för stimulansen. Kvällsarbete och arbete hemma kan ge egen tillfredsställelse med att bli klar, med att arbeta i lugn och ro när barnen sover eller med att lösa ett problem.

”Förr jobbade jag jättemycket samtidigt som jag var engagerad på fritiden. Nu har jag dragit ner mer på fritiden men det gör mig inget”.

### **Kulturen påverkar och legitimerar gränssättning**

Men kulturen på arbetsplatsen kunde vara normgivande och påverka chefers arbetstider. Högre chefer som tydligt säger ifrån, håller arbetstider, inte skickar mail till underställda på helger och själva visar att fritid och vila är nödvändigt för att fungera som chef legitimerar gränssättning. Det måste alltid upplevas legitimt att inte jobba över eller ta med arbete hem etc. Även de normer för gränssättning som kommit med den yngre generationen,

dvs. större isär dragning mellan arbete – fritid och mindre flexibilitet i arbetstider, kunde påverka. Bland läkare, kan det finnas en dubbelmoral i organisationen. Högre chefer betonade fritidens och vilans roll, men kunde ändå legitimera läkares bisysslor, som kan vara omfattande.

### *En ledning som är lyhörd för ledares arbetsbörda*

Gränssättning mellan arbete – fritid och begränsning av antalet arbetstimmar var en komplicerad fråga för ledare. Upplevd stor arbetsbörda kunde ge gränslöst många arbetstimmar och det kunde även vara svårt att stödja och leda integritetsstarka individer i gränssättning.

Man menade att det bör finnas system för identifiering av tidiga tecken på överbelastning, utmattning och utmattningssymtom bland ledare. Det behövdes en levande och konstruktiv diskussion om arbetsbelastning. Samtal om risk för utmattning borde ingå i medarbetarsamtalen med sin egen chef. Men det kräver kunskap om utmattningssyndrom och om tidiga tecken till överbelastning samt öppenhet och fördomsfrihet för att upptäcka och stödja i tid.

En gemensam grundsyn med närmaste chef och en bra kommunikation om arbetstid, ansträngning och belöning menade man var viktigt. Man menade att det i ledarrollen kunde vara svårt att uttrycka behov av avlastning – man ska vara ”stor och stark”. När man uttryckte behov var det ändå svårt att få gehör och praktiskt avlastning.

Återkoppling kunde underlätta gränssättning och minska arbetsmängden. Man behövde få veta när man har gjort ett tillräckligt bra jobb från sin chef, från personalavdelningen och från medarbetare vilka förmedlar respons från patienter.

### *Möjligheter och stöd i att själv kunna minska arbetsbördan*

Ledarna önskade möjligheter och stöd i att själva kunna minska arbetsbördan. När arbetsmängden upplevdes gränslöst stor ville man ha stöd att minska den istället för stöd att kunna sätta gräns. Stöd i individuell gränssättning kan upplevas som att hög arbetsbörda definieras som ett individproblem och inte ett organisatoriskt problem. Man ville inte få höra ”nu får du gå hem” när man i själva verket har oerhört mycket att göra (och därmed inte kan gå hem) och har signalerat detta tydligt uppåt.

Stöd att skapa utrymme för prioriterade frågor och inte drunkna i detaljer. Ett sätt är stöd i att tidsdisponera arbetsinsatserna (ex ordningsföljd, tidsåtgång, disposition av arbetsdag), så kallad Time-management. Eftersom arbetet ofta inverkar på ledares hela livssituation fanns även önskemål om någon som stöttar vid upplägget och planeringen av arbetsdagen samt hela livssituationen, så kallad Lifecoaching. Denna form av stöd, menade man, lämpade sig bäst ske från extern konsult eller person utanför linjen.

Utskick och hantering av information, särskilt via mail, var i akut behov av bättre hantering på flera nivåer. Att läsa och besvara e-post tog mycket tid och man ville se en kraftigt minskad mailvolym. Ledare önskade att informationen inom organisationen sorterades bättre, att mail skickades mer selektivt till berörda och med tydlig instruktion om ämne och

föväntad åtgärd. Eftersom informationsspridning och mailhantering rörde alla ledare var hantering av mail något som borde ingå i introduktionen menade man.

Man önskade möjlighet till funktionell avlastning för rimligare arbetsbörda. När arbetsbelastningen var mycket hög önskade man möjligheten att själva kunna köpa in sekreterartjänst, få administrativt stöd eller att personalfunktionen övertar vissa uppgifter. Ett annat sätt att minska eller dela arbetsbördan som framhölls positivt var ett delat ledarskap.

### *Arbetsgivaren får gärna satsa på livsstilsprojekt*

Ledaren är den som har ansvar för arbetsmiljön och man vill gärna kunna påverka anställas arbetsmiljö. Men åtgärder att öka anställdas hälsa genom till exempel livsstilsinriktade åtgärder fick gärna ske i projektform som arbetsgivaren initierade och/eller drev.

## **Chefskap: stödstrukturer och kompetensstöd**

### **Introduktion och ledarstöd genom traderingens metodiker eller strategiskt utformade stödstrukturer och stöd i ledarkompetens**

Vi kunde i beskrivningarna urskönja två olika principer för stöd och utveckling av ledare. Den ena var traderingsprincipen, dvs. inskolning och fortsatt stöd genom såväl egenskapade som organiserade kontakter med erfarna chefer inom verksamheten. Till detta räknas exempelvis mentorskap, bredvidgång och nätverk. Den andra principen är ett, av ledningen, strategiskt utformat stöd för utveckling av ledarkompetens. Hit räknas till exempel VGRs ledarskapskurser.

”Jag har med lite jämna mellanrum gått en del utav dom här ledarskapsprogrammen... kurserna som finns i regionen... det finns sån där pedagogiskt ledarskap, lust att leda och ledarskap, lärande å förändring heter den sista och de har för mej vart otroliga källor för att få stöd, bygga ett nätverk, jag har lärt känna människor i hela regionen, människor i olika organisationer, chefer på olika nivåer som har gett mej väldigt mycket... lärt mej å sortera, strukturera å hantera saker tycker jag plus att jag har fått fylla på med... teoretisk kunskap också. Och även fått en mängd verktyg då för att hantera saker och ting så... de har vart en... de har vart mitt stöd... och de som har gjort att jag har haft lusten att fortsätta... så för min del är dom här nätverken i olika formationer oerhört viktiga.”

Den period då chefen skolas in i jobbet var kritisk med avseende på stress. Det var också en anledning till att introduktionen ansågs behövas stramas upp, bli systematisk och genomtänkt. Nyttillsatta chefer ansågs behöva introduceras i administrativa regler och processer. Under den första tiden som chef uppstod också ofta frågor och situationer som var förknippade med att man ärver personalproblem som tidigare chef hade sopat under mattan och

som man ofta inte förbereds för eller informeras om. Att få möjlighet att förbereda inträdet i rollen som chef var med andra ord viktigt. En mentor var ett verktyg för detta. Det man bland annat behövde hjälp med var att sortera och prioritera samt att inte ta saker alltför personligt. Kurser i ledarskap var ett annat sätt. Ledarkurser som ges inom Västra Götalandsregionen beskrevs positivt. Regionen uppfattades ha ett ganska omfattande utbud av utbildningar/utvecklingsprogram för chefer. Detta utbud var emellertid inte alltid känt för de personer som blir chefer. Samtidigt var som sagt den första tiden som chef kritisk med avseende på stöd tillgång. Ledarskapskurser hade flera funktioner. Det innebar att få teorier och verktyg för ledarskapet, få självkännedom, att bygga ett nätverk av chefskollegor och att få stöd. Att tillhöra ett nätverk för erfarenhetsutbyte och stöd var viktigt men också att det finns chefsmöten i organiserad form. En allmän uppfattning var att introduktionen till chefsjobbet behövde förbättras avsevärt. Det handlade om att på ett reflekterande sätt introduceras i rutiner och i hur personalgruppen fungerar. Det handlade också om konkreta frågor såsom vilka utbildningar och stödpersoner som fanns.

”det är learning by doing och de gör ont emellanåt kan man ju också säga och det kan jag tycka är lite onödigt.”

”Ja jag tycker att de är svårt... det är det. För det första är de ju en jättekomplex verksamhet... som man bedriver så de är svårt, men man är ju beroende av stöd och man ej ju ännu mer beroende av stöd på den nivån kan jag känna än på nivån under.”

Fortsatt ledningsstöd önskades i form av nätverk för att ge input i det strategiska arbetet och allmän reflektion över chefsrollen. Detta skulle gärna ske i blandade grupper (erfarenhet, profession, ledningsnivå) och ordnas av arbetsgivaren.

De allra flesta ledarna menade att mentorskap var ett annat bra ledningsstöd för att prata av sig, bolla komplexa frågor och få en ”second opinion” från en annan (mer) erfaren chef i organisationen.

## *Tydliggöra innehållet i ledarskapet*

### **Nya och etablerade chefer**

Framförallt nytillträdde chefer hade svårt att se vad som ingår i ledarskapet. Att definitionerna var diffusa bland de nytillträdde cheferna får bland annat konsekvenser för hur man i vardagen prioriterade mellan olika uppgifter och för hur man satte gränser för innehållet i ledarskapet. De som varit chefer en längre tid hade ett annat förhållningssätt till behovet av att definiera ledarskapet och vad som ingår i ledarskapet. De hade inte i samma utsträckning behov av en ledarskapsdefinition utan efterfrågar snarare möjligheten att ifrågasätta, diskutera och omdefiniera ledarskapet i hälso- och sjukvården.

De som var nya chefer behöver stöd med att tydliggöra vad som är deras arbete. Det innebar bland annat att diskutera vilka som är de centrala arbetsuppgifterna, vad som är

legitimt att prioritera och vilka som man kan vända sig till i olika frågor. Mentorskap eller att arbeta som biträdande innan man tillträder som chef var exempel på stöd som man i praktiken efterfrågar för nya chefer.

## **Tydliggöra vårdkedjeorganisationen**

Behovet av att diskutera innehållet i ledarskapet var också relaterat till den utveckling som ledarna uppfattade att man stod inför. Flera beskrev att vårdkedjor kommer att vara en central del i verksamhetsutvecklingen.

För att skapa vårdkedjor var samordning en avgörande fråga och en fråga som ledarna bar ansvaret för. Att vara ledare i en organisation som samtidigt betonar linjen och vårdkedjor var svårt. Det fanns ledare som menade att ”Västra Götalandsregionen måste bestämma sig”. En kombination mellan linjeorganisation och vårdkedjeorganisation skapade otydlighet om var gränserna mellan delarna går, hur beslut skall/kan tas samt om hur arbetet skall ledas och fördelas. Denna blandning skapade en speciell form av förutsättning då ledarskap i en hierarkisk linjeorganisation beskrevs utifrån gränssättning. En utgångspunkt för det ledarskapet var tydliggörande av ansvar i förhållande till väl avgränsade uppdrag. I en organisation som fokuserade samverkan och vårdkedjor uppmärksammades snarare verksamhetsrelaterade frågor. Ledarskapet handlade då om att utgå från gemensamt ansvar och att överskrida gränser.

Förutom tid för samordning behövdes specialkunskap och tydligare påtryckningsmedel för att utveckla vårdkedjor. Med ett synsätt som traditionellt har präglats av linjeorganisation kan det finnas svårigheter att tänka och handla i processer. Likaså fanns utmaningar som rör beslutsprocessen. Ledare beskrev hur man saknade påtryckningsmedel i form av pengar och budget att genomföra åtgärder inom vårdkedjeorganisationen. Framför allt måste man vara beredd att lösa konkreta problem som uppstår när kedjorna skall implementeras. Allt kan inte planeras i förväg. Problemlösning underlättas om man fokuserar på verkliga konkreta problem som drabbar patienterna. Då förstår alla deras betydelse och relevans.

Vi har i studien också uppmärksammat att arbetet med vårdkedjor och vårdteam skiljde sig åt mellan olika verksamheter. Skillnaderna i sätt att arbeta avspeglade sig bland annat på hur man beskrev det stöd som man behöver för att utveckla ledarskapet. De ledare som arbetade i en verksamhet som var uppbyggd utifrån vårdteam och vårdkedjor framhöll till exempel processtöd och att kommunicera i tvärprofessionella team. De som arbetade i en mer traditionell verksamhet tenderade snarare att framhålla behovet av stöd för att bättre kunna strukturera upp sin verksamhet och stöd i form av avlastning i framförallt det administrativa arbetet.

## ***Stöd från överordnade, stabs- och personalfunktioner***

Ledarskap är ofta ensamt. Det beskrevs sällan som omöjligt, men komplicerat och otillgängligt att få stöd i vardagsarbetet av överordnad och personalfunktion. Flera ledare saknade återkoppling och möjlighet att fråga enkla och svårare frågor. Det skulle även underlätta att ha någon att bolla frågor med, berätta hur det är, hur man känner sig och få synpunkter

och goda råd. Med större fysiskt närvarande och tillgänglig chef kan ledare få mer vardagligt stöd i bedömning av arbetssituation och behov av insatser.

Flera ledare önskade ett annat stöd från personalfunktionen än det de fick idag. Man ville kunna diskutera fall och problem med personalfunktionen på ett likvärdigt sätt. Därför är det viktigt att man där är medveten om att man ska vara en resurs och ge service till ledare – och inte vara en kontrollfunktion och ytterligare belastning för ledare. Det är viktigt att den överordnade stabsorganisationen är smidig och lättåtkomlig. Att det är lätt att nå in i stabsfunktionen för assistans och stöd. ”Viktiga ärenden får inte försvinna in i ett ogenomträngligt mörker.”

Det var betydelsefullt för kompetensutveckling i ledarskapet med en god och förtroendefull kontakt med sin chef. De flesta i gruppintervjuerna var nöjda med stödet de fick från överordnade. De sade sig ha chefer som lyssnade och var villiga att diskutera problem med dem. Men de egna kraven på att motsvara sina ledarideal, dvs. att vara stark och kompetent, kan hindra från att söka upp den egna chefen. ”Jag är inte bekväm med att be om stöd på ett lätt sätt – är ändå ledare.” Som chef bör man också själv tänka igenom vad man måste ta upp med chefen, så att det blir rätt frågor. Här fanns en parallell med chefernas egen problematik, dvs. att de irriterar sig på underordnade som besvärar dem med frågor som de själva anser triviala och som borde hanteras av de underlydande själva. Problemets kärna var att den överordnade tar sig rätten att bestämma vilka problemupplevelser som är legitima bland de underordnade. Andra ledare beskrev mer tydligt hur de begränsade sin arbetsbörda genom att signalera till underställda att det ska vara svårt att störa dem. ”Mina ledare vet att man inte ska komma med problem till mig”. Strikt följsamhet mot linjevägen försvårade diskussion, med högre chefer, kring problem med egen chef. Den egna chefen, dvs. det man tycker är ett problem, måste då konfronteras direkt. Eftersom just detta var problemet minskas sannolikheten för att detta sker. Den enda lösning som föreslogs var att om man på en viss nivå har problem med stödet från sin chef bör man prata sig samman med kollegor för att ställa gemensamma krav.

## Parvis reflektion

En fokusgruppdiskussion kan i sig vara ett tillfälle till lärande genom nya idéer, reflektion och nätverksbyggande. Efter fokusgrupperna träffades cheferna parvis, från den egna verksamheten för reflektion över idéer, vad man kunde ta med till den egna verksamheten och vilket stöd man önskade för att gå vidare med frågorna. Detta skrevs ned av dem själva. En sammanställning finns i tabell 1. Formuleringar som stämde helt överrens lades samman.

**Tabell 1. Sammanställning av parvis nedskrivna idéer och synpunkter från fokusgrupppinterjuer och seminarium om dagens chefskap och chefer och stress.**

### Idéer och åtgärder till den egna verksamheten

---

**Ledarstöd:** Introduktionskurser för nya chefer. Obligatorisk chefsutbildning. Mentorskap (4). Handledning (2). Gå dubbelt. Aktivt rekryteringsarbete av chefer.

**Administrativt arbete:** Sekreterarstöd (3). Kvalificerat administrativt stöd till 1:a och 2:a linjens chef för att bättre fokusera strategiska frågor. Bättre mailhantering, mailkultur (3). Bättre informationshantering, informationssortering (3). Support palett.

**Strategiskt arbete:** Klinikledningsmöten: vision och framtid. Rensa och prioritera bland uppdragen. Delegera mer. Beredskap för generationsväxling: alla nivåer. Avsätta tid till strategiskt arbete. Bygga in reflektionstid/egentid i schemat 1 gång i veckan för att motverka stress. Forum för reflektion. Ledningsgruppmöten enligt styrkortsmodellen för att se alla fokus – inte bara ekonomi. Att som chef tänka att administrativt, strategiskt och medarbetararbete går hand i hand. Identifiera potentiella chefskandidater (3). Att inte glömma bort de strategiska frågorna. Medvetandegöra de strategiska frågorna i verksamhetsledningen. Diskutera i ledningsgruppen: vad är hälsöfrämjande ledarskap? Vad är mitt handlingsutrymme? Hur hanterar vi att leva i ständig förändring? Diskussion om vad dagens chefskap innebär

**Medarbetararbete:** Arbeta mer med samarbete, gränssättningar, revir (3). Delaktighet. Smågruppsdiskussion om ledarskapsfrågor för chefer. Medarbetarskapsutbildning

**Nya möteskonstellationer:** Verksamhetschef, avdchef, ansvarig avd. läkare. Klinikledning och överläkare. Avdelningschefer och verksamhetschefer inom specialiteten i VGR.

**Övrigt:** Se regionens verksamhet som resurs. Sträva efter att få ersättare om chefen rekryteras från den egna verksamheten oavsett yrkeskategori.

### Behov av stöd

---

**Stöd från stabsfunktioner:** Sekreterarstöd, administrativt stöd (6). Support i ekonomi (2). Avlastning praktiskt administrativa uppgifter: mail, listor, enkäter. Administrativ avlastning för diverse vårdrelaterade uppdrag. Möjlighet att få en assistent. Mallar för ex konsekvensanalys: vad behöver ingå.

**Utbildning, ledarutvecklingsprogram:** Bra introduktionskurs för nya chefer. Introduktion av nya chefer

på plats. Utbildningsinsatser. Ledarutbildning (ex försvarets). Påbyggnadskurser i lagar, avtal, regler. Delegeringsrutiner. Stöd/genomgång av arbetsmiljöfrågor.

**Ledarstöd , kontakt med andra ledare:** Mentorskap (6). Stresshantering. Stöd från chef från annan klinik då man tillträder som chef.

**Nätverk:** Nätverk, regionalt, lokalt, från liknande verksamhet och från olika verksamheter (4)

**Rekrytering:** Planera för nästa generation chefer: assessment, kurser, mentorer, bredvidgång. Tidig identifikation av lämpliga chefer som förbereds inom chefskapet. Självkänedom bör ingå i förberedelsen

**Övrigt:** Sprida forskningsresultat. Uppmuntran i form av stressförebyggande aktiviteter. Tydliga uppdrag, exempelvis tydligt syfte i begäran om underlag och återkoppling vad svaren har lett till. Bättre samordning i administrativa rutiner/insatser. Stöd av personalstrategiska att påverka SU-strukturen. Ekonomiskt stöd och resurser för att kunna genomföra utveckling, förändring och förbättring i strategiska frågor (2)

## 6. Sammanfattning och slutsatser

De centrala problemområdena är: administrativ börda med bristande supportsystem, svårigheter/tidskrävande att hantera relationer med medarbetare och utmaningar att etablera och hantera organisationsallianser. Centrala organisatoriska förutsättningar som behövs för att stärka ledarskapet avseende slitningar av olika logiker (administrativ-, strategisk- och medarbetarlogik) eller integrering av perspektiv är att tydliggöra och omdefiniera ledarskapet, skapa utrymme för det strategiska och att arbeta med samspelet mellan ledarskap och medarbetarskap.

Olika utgångspunkter för legitimitet i ledarskapet är av stor betydelse för utvecklingen av ledarskap. Vi har observerat att legitimitet antingen byggs upp utifrån profession, kliniskt arbete samt inflytande och förtroende eller utifrån strategiskt arbete, medarbetarskap samt inflytande och förtroende. Det efterfrågas av respondenterna att sjukvårdsorganisationen klargör vilka system och synsätt man vill ska präglade ledarinflytande och beslutsprocesser i organisationen.

Etisk stress/dilemman kan uppstå genom att man uppfattar att det finns oetisk/orättvis maktutövning. Hanteringen kan modereras av ökad medvetenhet hos individen, öppen kommunikation med högre ledare, ett klimat som tillåter att uttrycka sina synpunkter under beslutsprocessen samt genom handledning. Respondenterna efterfrågar att det i organisationskulturen finns ett tydligt etiskt förhållningssätt och agerande för att undvika etiska slitningar hos ledare och medarbetare. De obefogade maktstrukturerna kan motverkas genom kompetensutveckling i etik, makt- och moralfrågor samt stärkta överbyggande nätverk som stöd i normsättning och praktiska problem.

Ledare vill i sitt uppdrag ha friheten att själva hantera den komplexa balansen arbete – fritid och återhämtning. Dock kan en arbetsplatskultur bidra till i att legitimeras gränssättning liksom återkoppling från högre chef när arbetet är tillräckligt bra. Respondenterna efterfrågar att överordnad ledning är lyhörda för att arbetsbördan kan bli för stor och att praktisk avlastning kan behövas. De menar också att det bör finnas ett system för identifiering av utmattning och utmattningssymtom bland ledare. Resultaten från studien uppmärksammar behovet av bättre egen kontroll av ledares prioriteringar och gränssättningar avseende disponering av arbetstid. Detta både för att skapa utrymme för strategiska frågor och för återhämtning.

De framträdande utbildningsbehoven rör grundläggande ledarkompetens genom strukturerat introduktionsprogram och formellt ordnat mentorskap/ handledningsprogram som ska fokusera återkoppling till ledare och klargörande av målnivå. Utifrån våra resultat kunde två olika principer för stöd och utveckling av ledare urskönjas. Den ena var traderingsprincipen, dvs. inskolning och fortsatt stöd genom självskapade eller organiserade kontakter med andra/erfarna chefer inom sjukvårdsorganisationen. Detta anses av respondenterna betydelsefullt vid inskolningen, för att hantera slitningar i ledarskapet och som stöd i strategisk utveckling och att skapa sig större inflytande. De menar att mentorskap, nätverk (vertikala och horisontella) kan stödja sådana socialisationsprocesser. På samma sätt kan enligt respondenterna ett bra samarbete och en bra kommunikation med överordnade samt

med stabs- och personalfunktioner, om den är verksamhetsnära, reflekterande och respektfull vara ett stöd. Den andra principen är ett, av sjukvårdsorganisationen, planerat utformat utvecklingsstöd gällande ledarkompetens. En planerad introduktion av ledare är en grundförutsättning för denna princip. Den fortsatta kompetensutvecklingen med ordnade utbildningar, organiserad handledning, organiserade nätverk samt stödresurser från stabs- och personalfunktioner anser respondenterna bör ha ett tydligt genomtänkt budskap.

## 7. Diskussion

### Ledarstöd, stödstrukturer och utveckling av professionell ledarkompetens i sjukvårdsorganisationer

#### Tidigare forskning om ledarstöd

I denna rapport valde vi att undersöka behov av ledarstöd utifrån de tre tidigare beskrivna komplicerade men centrala problemområdena: slitningar mellan olika logiker, krav och spelregler för ökat inflytande samt balansering av arbete och fritid. Dessutom frågade vi övergripande om synpunkter på och behov av ledarstöd.

Ett liknande tillvägagångssätt hade ett forskarlag från Philadelphia, med fokusgruppintervjuer och fokus på ledarutveckling utifrån centrala problem (Sullivan, Bretschneider et al. 2003). De beskrev liknande centrala problemområden, exempelvis administrativ börda med bristande supportsystem, svårigheter/tidskrävande att hantera relationer med anställda och utmaningar att etablera och hantera organisations allianser. Utvecklingsbehoven rörde grundläggande ledarkompetens i konflikthantering, rollförändring, teknisk kunskap i schema- och ekonomifrågor, verksamhetsutvärdering och att hantera medarbetarfrågor. I vår studie, och i deras studie betonades betydelsen av strukturerat introduktionsprogram samt ett strukturerat och formellt ordnat mentorskap/ handledningsprogram.

Nya roller, behov av kunskap, kompetens och ledarstöd i den framtida sjukvårdsorganisationen fokuserades i en annan studie. Genom delphi-metodik, intervjuades sjuksköterskor som var första linjens chefer i sjukvården. Den nya chefsrollen var utvidgad (i innehåll och storlek på verksamheten), kraven på effektivitet och snabba deadlines var ökade och rollen att hantera "human resource management-frågor" hade tydligt ökat. Utmaningarna de såg tydligast, framför vårdarbetet, rörde personal (försörjning, rehabiliteringsärenden, personalens frustration), förändringsarbete, organisationskultur och budgetarbete. Att kunna balansera arbete – fritid med en hög livskvalitet utanför sitt arbete samt att känna/få professionell erkänsla och respekt trodde man var avgörande för deras framtida arbetstillfredsställelse som ledare. För att möta framtidens ledarskap behövde den högre styrningen beakta att det fanns adekvata resurser, ledarutbildning, ledarutveckling samt en stödjande arbetsmiljö. Man menade att ledarutbildningen/utveckling borde ökas i samma fart som de nya ledarutmaningarna i ansvar och uppgifter (Thorpe och Loo 2003).

Det finns en brist på välkontrollerade prospektiva studier av effekt från ledarskapspro-

gram. Dessa studier är svåra att genomföra på ett bra sätt. I en studie fann man viss effekt av strukturerat ledarskapsprogram (Jansson von Vultée och Arnetz 2004). I en annan prospektiv kontrollerad studie studerades effekten av ett ettårigt ledarskapsprogram syfte att höja chefers kompetens i psykosociala frågor. Programmet bestod i föreläsningar och diskussioner varannan vecka under ett år. Föreläsningarna, som fokuserade individen, gruppen, organisationen och förändringsprocessen, relaterades till sitt praktiska sammanhang. Resultatet visade gynnsam effekt för de underordnades stressnivå, och inflytande i arbetet (Theorell, Emdad et al. 2001).

Betydelsen av chefshandledning för ett bättre ledarskap i sjukvården har studerats i ringa utsträckning. En Finsk forskargrupp beskrev kvalitativt handledningens positiva betydelse för individuell utveckling i ledarskapet. Personlig mognad genom starkt självinsikt och egenacceptans samt att ha funnit egna psykologiska resurser beskrevs. Dessutom beskrev deltagarna ha erhållit en egen inre mognad som ledare och egen tydlighet avseende avgränsningar i ledarskapet (Hyrkäs, Koivula et al. 2003).

Mentorskap eller coaching efterfrågades av de ledare som intervjuades i föreliggande studie. Man menade att det vanligtvis fanns begränsade möjligheter för vardaglig återkoppling på sin prestation efter introduktionen. Enligt Longenecker och Neubert (2003) är möjligheterna för återkoppling alltmer begränsade ju högre upp i organisationen ledaren är – och när återkoppling sker är reaktiv återkoppling vanligare än proaktiv. Återkoppling kan organiseras inom formen för mentorskap där mer erfarna chefer kan fungera som mentorer. I en fokusgruppstudie med nyblivna chefer efterfrågades vid mentorskap framförallt: (1) klagörande av vilka resultat som var önskvärda/nödvändiga, (2) ärlig, kontinuerlig och balanserad feedback, (3) återkoppling baserad på bedömning av prestation, (4) att mentorn skulle ha kännedom om styrkor och svagheter hos ledaren, (5) expertstöd, (6) relation som baseras på liknande värderingar och tillit, (7) förståelse för kontext och krav i ledarens arbetsituation (Longenecker och Neubert 2005).

### **Ledarstöd genom trädning eller ett strategiskt utformat utvecklingsstöd?**

Hur man socialiseras in som chef är en strategiskt viktig fråga för sjukhus-/förvaltningsledningen. Den inskolning som tycks förekomma i störst utsträckning är genom organiserad och oorganiserad kontakt med andra chefer inom Västra Götalandsregionen, den så kallade trädning- och socialiseringsprincipen. Den innefattar vertikala och horisontella nätverk, sunda och ”osunda” grupperingar, den lokala inskolningen i lokal praxis samt ett fortsatt stöd genom självskapade kontakter. Men om legitimering av vad som ingår i ledarskapet och ledarskapets handlingsutrymme sker utifrån trädningprincipen och professionsstyrd legitimering (se figur 7) ter sig mindre sannolikt en utveckling av ledarprofessionen. Istället kan professionslegitimerat ledarskap fortleva i sjukvårdskulturen. Även flera chefer anser att det inte är bra att man skolas in i tidigare chefers ledarskap. För att förbättra ledarskapet kan det krävas nya metoder, men då får man också räkna med vissa konfrontationer och konflikter. För att motverka professionsstyrd ledarskapslegitimitet bör sjukhus-/förvaltningsorganisationen tillämpa en strategiskt inriktad kompetensutveckling för sina ledare.

Ett strategiskt utformat utvecklingsstöd är mer ”planerad” ledarutveckling som kan understödja utvecklingen av ett professionellt ledarskap (i stället för professionsstyrt ledarskap). Det kan innebära både ett systematiskt, sekventiellt introduktions- och ledarskapsprogram och organiserat stöd från andra chefer i form av mentorskap och nätverk. Tidig kontakt med representanter från sjukhus-/förvaltningsledningen kan ge stöd och legitimitet uppifrån för att arbeta med utvecklingsfrågor. Strategiskt arbete i verksamheten förutsätter förståelse och vetskap om övergripande strategier.

## Stödstrukturer i olika ledarskapsmodeller

Den genomförda studien om ledarskap och ledarstöd belyser olika sätt att betrakta ledarskap i vårdpraktiken. Ett sätt är att beskriva ledarskap som föreståndarskap. Det andra och mest dominerande är att beskriva ledarskapet utifrån tre separata logiker som dels har en inbördes hierarkisk ordning, och dels är svärförenliga: den administrativa logiken, medarbetarlogiken och den strategiska logiken. Det tredje betraktelsesättet är att ledarskapet är integrerat i verksamhetsarbetet.

Vilket betraktelsesätt som dominerar får bland annat konsekvenser för hur man definierar strategiskt arbete och verksamhetsutveckling. Det finns en tradition av att se ledarskap som föreståndarskap men det synsättet är delvis förlegat. Ledarna beskriver att de har gått från att utöva ledarskap i form av ett förvaltande föreståndarskap till att även arbeta strategiskt.

I den dominerande, hierarkiskt ordnade, modellen av ledarskap uppmärksammar man komplexitet och dilemman i form av spänningsförhållanden och motstridigheter de tre logikerna emellan (jfr. Kouzes och Mico, 1979). De betraktas till och med som ”skilda världar” (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998), vilket gör att det är svårt att arbeta med de olika logikerna samtidigt. Exempelvis uttrycker ledare ofta att strategiskt arbete och verksamhetsutveckling är något man gör enskilt och på sitt eget rum. Delat ledarskap som ofta lanseras som en lösning för att kunna hantera slitningar mellan olika logiker bygger på de antaganden som denna modell uppmärksammar.

I den modell som ser att ledarskap utövas i en dialog kring verksamhetsfrågor handlar ledarskapet om att i vardagen kunna tona in och tona ut olika perspektiv i relation till den konkreta uppgift som är för handen (jfr. Wikström, 2000; 2001, 2006). Det innebär att se ledarskapet som inbäddat i vårdpraktiken. Istället för att beskriva ledarskap som att hantera motstridiga logiker eller olika världar handlar ledarskapet då om en kontinuerlig dialog baserat på olika perspektiv i arbetsvardagen. I lösandet av frågor i verksamheten är därmed det administrativa, medarbetarmöten och det strategiska sammanflätat i det ledarskap som utövas. Istället för att hierarkiskt värdera logiker, exempelvis att den strategiska är mer betydelsefull än de andra, ligger här tonvikten på att se ömsesidiga beroenden och flera delar i en komplexitet, för att därigenom kunna skapa förbättringar i verksamheten. Hierarkiska modeller av ledarskap bygger på betraktelsesätt där verksamheter ses som autonoma och där ledarskapet innebär att sätta gränser och att dra isär frågor/ansvar.

Det är också av intresse att jämföra hur personer som representerar de olika betraktelsesätten skiljer sig åt avseende hur de ser på strategiskt arbete. Det stora flertalet ledare i stu-

dien beklagar sig över att de inte hinner med det strategiska arbete och den verksamhetsutveckling de menar tillhör jobbet. De säger att detta beror på att all deras tid istället går åt till administration och möten med medarbetare. Denna beskrivning går att relatera till många studier av vad ledare gör (Carlson, 1951; Mintzberg, 1973 och 1991; Stewart, 1967 och 1996; Tengblad, 1997 och 2002 och 2003). Dessa studier framhåller att ledare lägger största delen av sin arbetstid på möten vilket bland annat ger upphov till kalenderkomplex och en känsla av fragmentering. En möjlig förklaring till detta kan vara att ledare ofta utgår ifrån den hierarkiskt ordnade ledarskapsmodellen. Enligt denna utgör möten med medarbetare och administration något som stjälar tid ifrån strategiskt arbete och verksamhetsutveckling. Om vi istället använder den alternativa tolkningen, och ser ledarskapet som en dialog inbäddad i lösande av frågor i verksamheten, är möten ett naturligt forum för strategiskt arbete och verksamhetsutveckling. Det separerande och hierarkiska sättet att prata om ledarskap är dominerande. Men det tycks också vara det legitima.

## Ledarskap och medarbetarskap

Ledarskapet har stor betydelse för den psykosociala arbetsmiljön och för medarbetares hälsa, arbetstillfredsställelse och engagemang. Ledarskap och medarbetarskap är direkt beroende av varandra. Det går inte att utveckla ”det goda ledarskapet” utan att också utveckla ”det goda medarbetarskapet” och tvärtom. Många utvecklingsinsatser för ledare och medarbetare måste därför vara gemensamma.

Begreppen ”medarbetarskap” och ”medarbetare” används alltmer istället för arbetstagare eller underordnad. Som ”medarbetare” förväntas man ta ett större individuellt ansvar, både inom sitt ordinarie arbete och i relation till angränsande verksamhetsområden (Docherty och Huzzard 2003). Men medarbetarskap är, trots ökad användning av begreppet, fortfarande ett begrepp som har flera olika och ottydliga definitioner. Det har inte använts inom forskningen i någon större utsträckning. I en definition avser medarbetarskap det sätt som medarbetaren hanterar sin relation till arbetsgivaren och till sitt arbete, dvs. ansvarstagande i arbete och ledning över sig själv, ansvar i relation med andra arbetskamrater och gränsdragning arbete – fritid (Hällsten och Tengblad 2002). Medarbetarskap inrymmer flera centrala begrepp som både är olika och snarlika varandra. Dessa är ansvarstagande, prestation, engagemang, motivation, lojalitet, initiativ, arbetstillfredsställelse och empowerment (Hällsten och Tengblad 2002; Johansson 2005). I en intervjustudie med både chefer och medarbetare fungerade en god medarbetare väl i relation till sina kollegor, verksamhet/organisation, arbetsuppgift och sig själv. Vikt lades vid social förmåga, engagemang och intresse (Johansson 2005). Som framgår är individens engagemang och ansvarstagande i arbetet en central dimension av medarbetarskap. Dessa karakteristika har belysts i tidigare forskning, relaterad till begreppet arbetsmotivation, och man har då kunnat konstatera att de har samband med såväl individbundna (Hackman och Oldham 1980) som strukturella förhållanden (Schaufeli och Bakker 2005) i arbetet. Utveckling av medarbetarskap skulle enligt dessa perspektiv behöva inbegripa både individinriktade och organisatoriska åtgärder. Men resultat från en prospektiv studie om effekt av hälsofrämjande satsningar visade att medarbetarskap (dvs.

arbetsstillfredsställelse, engagemang och eget bidrag) ökade bäst i satsningar som syftade till att stärka organisatoriska förutsättningar. Särskilt i satsningar som hade en deltagarorienterad ansats, där ledaren såg arbetsgruppen som en resurs stärktes medarbetarskapet. Däremot i ensidigt individriktade hälsosatsningar minskade engagemanget bland medarbetarna. Ledarna fick återkommande återkoppling på resultatet för sin enhet (avseende ledarskap, medarbetarskap, närvaro och sjukskrivning). Efter den treåriga projektiden skattade medarbetarna ett förbättrat ledarskap (Dellve, Skagert et al. 2006).

## Inre och yttre dynamiker i ledarskapsutövningen

Våra genomförda studier belyser att ledarskapet byggs upp genom en inre dynamik och en yttre dynamik. Den inre dynamiken handlar om att hur de enskilda ledarnas handlande skapas i relation till en administrativ logik, en medarbetarlogik och en strategisk logik. Den yttre dynamiken innebär att ledarskapet skapas i relation till värdragarna och medborgarna, professionella normer, den politiska organisationen, media, styrmodeller, samhällsekonomi etc. Med bakgrund av dessa resultat är det centralt att diskutera hur olika organisatoriska förutsättningar kan utveckla och stödja ledarskapet i hälso- och sjukvården.

De under 1980-talet tilltagande svårigheterna att finansiera sjukhusvårdens resursförbrukning utgjorde en del av bakgrunden till 1990-talets omstruktureringar av offentlig sjukvård. Relaterat till offentliga sektorn i stort kan vi se att 1990-talet inleds med att politiker och centrala tjänstemän utvecklar och inför nya administrativa styrsystem (Olson et al, 1998; Hood, 1995; Clarke och Newman, 1997). Den offentliga hälso- och sjukvården är också starkt påverkad av politiska och ideologiska förändringar, vilka kan utgöra utgångspunkter för organisationsförändringar (SOU, 2001:79). Hälso- och sjukvården har även genomgått andra förändringar som har att göra med den medicinska utvecklingen, nya tekniker, patientinflytande, inslag av entreprenader, internprissättning och nya belöningsystem (Bejerot och Hasselblad, 2003).

Den utveckling som vi sett i den svenska hälso- och sjukvården sedan 1990-talet är att patientens rättigheter och tillgänglighetsfrågan alltmer kommit att stå i fokus för beslutsfattandet och planeringen av vården. Studier av hälso- och sjukvårdsorganisationen visar också att under de senaste årtiondena har det skett ett antal reformer och ett omfattande förändringsarbete. Andra studier uppmärksammar att ledare i hälso- och sjukvården har att hantera motsägelsefulla krav.

Om ledarskapet tidigare i hög grad har varit professionsstyrt finns det forskare som hävdar att dagens ledarskap alltmer färgas av administrativa styrmodeller och marknadstänkande. Våra studier i Västra Götalandsregionen belyser dock att framförallt läkares ledarskap fortfarande är relativt professionsstyrt. En ofta förekommande utgångspunkt för chefer som är läkare är att de beskriver sitt ledarskap utifrån sin roll som kliniker. Det innebär bland annat att de anser att deras legitimitet som chefer är avhängigt att de arbetar kliniskt – det är i utövandet av sitt arbete som kliniker som deras identitet byggs upp. De hävdar också att genom att arbeta kliniskt skapar de förtroende i relation till sina medarbetare. Många chefer som är läkare relaterar sig i sitt ledarskap i första hand till läkargruppen. Det är läkarna

som är den tydliga medarbetargruppen för många ledare. Det betyder att i den process där ledarskap och medarbetarskap konstruerar varandra är läkargruppen den centrala aktörsgruppen, dvs. den grupp som är normbildande och idégivare för de handlingsmönster som skapas i verksamheterna. För de chefer som är sjuksköterskor eller tillhör en annan profession kan vi se en annan dynamik. Deras ledarskap tycks inte vara lika professionsstyrt. För chefer som är sjuksköterskor eller tillhör annan profession än läkarprofessionen stämmer beskrivningen bättre in att administrativa styrmodeller och marknadstänkande/patientfokusering i allt högre grad präglar ledarskapet.

## **Ledares stress och "buffrande" förhållanden ur ett individ-, organisations-, och samhällsperspektiv**

### **Tidigare studier om villkor för ledarskapet i sjukvårdsorganisationer**

I föreliggande studie beskrev ledare både goda villkor, engagemang och stimulerande utmaningar å ena sidan och hög arbetsbörda, otydlighet avseende resurser/inflytande/prestation/prioriteringar å andra sidan. Framförallt första linjens chefer beskrev en hög arbetsbelastning.

I litteraturen indikeras att en stödjande och "buffrande" miljö kännetecknas av att det finns en klar vision, lättillgänglig information, stöd och nödvändiga resurser, ett deltagandeorienterat arbetsklimate och möjlighet till utveckling. Målen är tydliga och ledarna har goda möjligheter att påverka arbetsmiljön. Kreativitet uppmuntras och det finns en öppen kommunikation, delade värderingar och mål, decentraliserade beslut, obegränsade resurser och även möjligheter att ta vissa risker (Brazier 2005). Resultat från flera studier understödjer detta. Till exempel hade upplevd erkänsla, respekt och ledares målytdlighet i social service störst betydelse för hållbar arbetshälsa och närvaro bland medarbetare (Dellve, Skagert et al. 2006). Men det är komplext att stärka den psykosociala arbetsmiljön i stora sjukvårdsorganisationer. Denna och tidigare studier har belyst ledares, inom social service, komplexa roll när den psykosociala arbetsmiljön och arbetsrelaterad stress ska hanteras. Komplexiteten rör otydlig roll och ansvarsfördelning i frågan, svårigheter att kommunicera arbetsmiljöproblem till högre beslutsfattare, informella och formella krav och spelregler, begränsade beslutsmöjligheter och svårigheter i att få eget stöd från överordnad chef i vardags- och verksamhetsnära frågor. Tidigare studier har belyst betydelsen av olika ledarstilar och ledartyper utan att problematisera den komplexa kontexten som ledarskapet i sjukvården ska utövas inom.

Bernin et al (2001) visade en tydlig relation mellan ledares stressnivå och upplevd organisationskultur. Högre nivåer av biologiska stressmarkörer fanns bland de ledare som upplevde arbetsmiljön som byråkratisk och att arbetsklimate var hårt med många dåliga stressorer och en ledarroll med hög arbetsbörda. Lägre stressindikatorer fanns hos de ledare som upplevde psykosocialt stöd i sin ledarroll.

En slutsats från en tidigare kvalitativ studie är att de strategier ledare använder för att hantera stress på arbetsplatsen kan öka stress i organisationen och även vara motverkande sitt syfte och ineffektiva avseende effektivitet, produktivitet och stressprevention (Skagert m.fl. 2004). Stressbelastningen uppifrån och nerifrån i organisationen har beskrivits skapa

lösningar när det gällde att finna möjligheter till lösningar på de centrala problemen: en instabil personalsituation, upplevda krav på aktivitet och känslan av ensamhet i rollen. För att öka förmågan att hantera och balansera ledarskapets dilemma, och därmed minska trycket på individen, bör kognitivt inriktade satsningar på ledarutveckling kompletteras med en organisatorisk dimension med reell anknytning till chefers vardagsarbete. Genom formaliserat socialt stöd i chefers vardagsarbete, nätverk mellan chefer på samma nivå, vertikal och horisontell kommunikation om reella vardagsproblem i ledarskapet kan lösningar överbryggas.

Inom SALTSA-programmet har man sammanfattat vad forskningen säger om relationen mellan ledarskap och de anställdas hälsa. Ett ledarskap som befrämjar arbetstillfredsställelse och hälsa utmärks exempelvis av att visa omtanke om sina medarbetare, att tillhandahålla möjligheter för medarbetarna att ha kontroll över arbetsmiljön och sin arbetssituation och skapar förutsättningar för delaktighet, att inspirera medarbetarna till att se den högre meningen med arbetet, att tillhandahålla intellektuell stimulans, att chefen är karismatisk och att tillhandahålla en struktur när det behövs, särskilt i pressade situationer (Diltschman 2005). Härenstam (2005) visade, i sin jämförande studie om psykosocial arbetsmiljö inom olika sektorer, att just inom sjukvård och socialserviceorganisationer hade den negativa utvecklingen av medarbetares hälsa varit som mest tydlig. Hon sammanfattade att ansvaret för betydelsefulla beslut rörande den psykosociala arbetsmiljön i komplexa organisationer därför borde axlas på högre administrativa nivåer med makt och resurser att implementera åtgärder (Härenstam 2005). Men informella strategier att filtrera problem uppåt och nedåt i organisationen kan hindra beslutsfattare att få en tydlig bild av verksamheten och arbetsmiljön. Brist på kommunikation och utbyte av information mellan olika nivåer i organisationen kan ha konsekvenser för hur och på vilka grunder beslut tas och hur de kommer att implementeras (Argyris 1998).

### **Etisk stress, etiska dilemman och organisationspolitisk stress**

I en alltmer komplex och effektiviserad sjukvårdsorganisation har påfrestningar genom etiska dilemman hos ledare och sjukvårdspersonal uppmärksammats. I denna studie beskrevs etisk stress av en del ledare, särskilt vid individintervjuer och i relation till upplevelsen av omoralisk eller orättvis maktutövning/utövning. De kan själva känna sig tvingade till oönskade strategier för att klara verksamhetens mål och ramar eller vara utsatt för att andra chefer och överordnade använder informella och oetiska strategier för att öka sin makt och sitt inflytande.

Etiska dilemman och etisk stress har även tidigare beskrivits hos sjukvårdspersonal när det finns konkurrerande intressen, exempelvis mellan professioners värden och hierarki, mellan patienter eller kollegor samt mellan i hantering av patientens integritet och professionellas tystnadsplikt. Men etiska dilemman kan även uppstå relaterat till bristande resurser och "alltför ekonomiskt organisationsfokus" och när regler ställs mot praxis (Kälvemark, Höglund et al. 2004). Etisk stress kan vara en av orsakerna bakom stressrelaterade besvär hos sjukvårdspersonal (Raines 2000). Kälvemark m.fl. (2004) menar att man bör mer fokusera på kontext runt etiska dilemman för det är sällan helt tydligt för individer vad som är etiskt rätt eller fel. Man kan exempelvis handla enligt lagar och regleringar men etiskt felaktigt

eller etiskt rätt. Man kan handla moraliskt rätt men mot eller enligt lagar. Etiska dilemman hos individer skulle kunna minskas genom organiserade stödstrukturer, dvs. kompetensutveckling i ämnet etiska principer (Kälvemark, Höglund et al. 2004).

I denna studie beskrevs etisk stress, hos en del informanter, i relation till informella strategier för ökat inflytande och positionering. Andra berördes inte alls av detta och det är helt i linje med tidigare forskning. Kacmar och medarbetare (1999) har beskrivit stress genom organisationspolitiska handlingar för att få ökat inflytande eller bättre position (Kacmar, Bozeman et al. 1999) (Harris och Kacmar 2005). Vissa bedömer detta som ett hot, andra som en utmaning. Likaså finns vinnare och förlorare. Men det som organisationspolitisk stress har gemensamt för de allra flesta är upplevelsen av ovisshet och dubbelsidighet. Individer som arbetar på arbetsplatser vars beslutsprocesser präglas av hög grad av organisationspolitik kan ha svårare att förutse vad som kommer hända och vilken handling som är den mest riktiga (Harris och Kacmar 2005).

Hantering av den stress som kan uppstå genom organisationspolitiskt spel, i denna rapport benämnd informella strategier, kan delvis modereras av ökad medvetenhet hos individen men framförallt av öppen kommunikation med högre ledare och genom handledning (Harris och Kacmar 2005). En bra relation med högre ledare kan, genom den extra informationen, tilliten, supporten och tillgängligheten den nära relationen medför, vara en buffert för organisationspolitisk stress i arbetsmiljöer som präglas av hög grad av politiskt spel (Harris och Kacmar 2005). En annan buffert kan vara ett klimat som tillåter underställda (chefer) att uttrycka sina synpunkter under beslutsprocessen (Ambrose och Harland 1995; Harris och Kacmar 2005) vilket kan bidra till större delaktighet och därigenom mindre stress. En tredje buffrande faktor kan utgöras av en flödande, öppen kommunikation vilket kan medföra ökad förståelse för beslut, ökad kontroll och minskad ovisshet (Ferris, Frink et al. 1996; Harris och Kacmar 2005). I den aktuella intervjuundersökningen uttryckte ledarna önskemål om mer kunskap om motiven bakom stora beslut. Det avsåg både mer flödande kommunikation med politiker (regelbundna mötesarenor) och med högre tjänstemän i sjukvårdsorganisationen. Man betonade även vikten av att under introduktionsprogrammet möta och samtala med högre chefer för att ge möjlighet till ökad förståelse och förtroende för framtida beslut. Tidigare studier har både fokuserat chefer som underställda högre chefer och chefernas roll för att minska anställdas stress genom organisationspolitiskt spel. Det är betydelsefullt att chefer är medvetna om sin egen roll och betydelsen av ledare – medarbetarerrelationen för att minimera underställdas ovisshet eller förhindra organisationspolitiskt spel.

Handledning på arbetsplatsenheter kan understödja underställdas inflytande i delaktighets- och beslutsprocesser på arbetsplatsen. I den aktuella intervjustudien uttryckte ledare flera utmaningar i att få till stånd reell delaktighet bland medarbetare i avdelningens utvecklingsarbete.

### **Att vara förebild, egen gränssättning och balans**

I sin roll som arbetsgivarrepresentant har ledare krav på att verka för och visa prov på livsstilskompetens, att vara förebild för medarbetare och underställda ledare. Det kan dock

förekomma prestige i både att ha för mycket att göra och i att kunna sätta gränser. Organisatoriska problem med hög arbetsbörda kan döljas genom att de definieras som ledares individuella problem med att sätta gränser. Detta kan undergräva individuell bemästring. Det kräver sannolikt en grundläggande attitydförändring innan de flesta ledare kan leva i balans mellan fritid och arbetsliv.

I en annan intervjustudie av chefer fokuserades särskilt hur de själva balanserar en hög arbetsbörda i livssituationen. Initialt var reaktionen att arbeta mer och fler av dygnets timmar. Därefter präglades strategierna av egna individuella beslut men följde ändå en viss beslutsprocess: (1) Man sökte reträttväg om det skulle bli värre, (2) Genom medvetenhet om obalansen gjorde man mer aktiva prioriteringar och (3) man tog eget ansvar genom att aktivt kontrollera att fokus och ansträngning inriktades efter de prioriteringar man gjort och justerade därefter (Stoner, Robin et al. 2005). I båda intervjustudierna betonas att chefers egen medvetenhet om val och konsekvenser samt sitt egenansvar att hålla balansen och prioritera är betydelsefullt. Stödstruktur i dessa frågor kan vara handledning och andra satsningar för att öka självkänedom.

Vi vet att psykosociala förhållanden på arbetsplatser, särskilt relaterat till ledarskapet, har stor betydelse för stress, hälsa och arbetsförmåga. Men det kan finnas en utbredd kunskapsbrist om psykosocial arbetsmiljö bland ledare, menade parter och professionella vid ett rådslag om sjukskrivningsproblematiken (Eklöf, Dellve 2005). Insatser för att öka kunskapen om psykosocial arbetsmiljö bland chefer kan i så fall ha betydelse för deras egen och medarbetares hälsa och arbetsförmåga.

## Ledarskapslojalitet eller professionslojalitet

Läkare som är chefer beskrev ofta sig tvingade att arbeta med administration. Det kliniska arbetet, där man fortfarande ser sin identitet, gör man ofta för att skaffa sig legitimitet och närhet till medarbetarna. Det strategiska arbetet kan vara den del i arbetet som motiverar en att ta chefsjobbet. Med strategiskt arbete menar man verksamhetsutveckling och till viss del personlig utveckling av sig själv som ledare. Utveckling av medarbetarskap eller personal är inte dominerande i beskrivningarna av strategiskt arbete.

Det är dock inte bara spänningen mellan att vara professionsstyrd eller administrativt och marknadsstyrd som skapar motsägelsefulla krav på ledarskapet. Det som brukar ofta generellt framhållas är att ledare i hälso- och sjukvården har att hantera mötet mellan en rad överlappande reglerande system – "[...] att hantera skilda världar" (Östergren och Sahlin-Andersson, 1998:13). Ett återkommande tema i studier av ledarskap i hälso- och sjukvården är dock som tidigare nämndes spänningen mellan de professionella yrkesgrupper och ledningsorganisationen. Exempelvis framkommer att överläkarna inom sjukvården kritiserar den toppstyrda hierarkin (Brorström, Hallin och Leffler, 1999). Men återigen belyser flera studier förändringar i sjukvårdsorganisationen och professionella byråkratier och dessa studier uppmärksammar att professionernas inflytande har minskat eftersom administrativa rutiner och styrmodeller tar alltmer utrymme (se till exempel Greenwood och Lachman, 1996; Ackroyd, 1996; Montgomery och Oliver, 1996; Denis, Langley och Cazale, 1996).

Eftersom spänningen mellan professionsstyrt och administrativt styrt tycks ha påverkat utvecklingen av hälso- och sjukvården är en relevant fråga hur vi kan förstå en förändrad ledarroll – en roll som enligt Ferlie (1994) kan ses som en hybrid mellan det ”professionella” och ”ledning” (professional-manager roles). En studie som beskriver hur den nya rollen påverkar ledares agerande använder metaforen ”två-vägs fönster” (Llewellyn, 2001). Studien beskriver hur kliniska chefer (läkare med chefsansvar) arbetar samtidigt med uppsättningar av idéer från både klinisk verksamhet och administrativ ledning. Deras roll ger möjligheten att skapa en ny arena av expertis – medicinsk-ledning. Studien visar att kliniska chefer relativt lätt intar ”två-vägs” utrymmet som öppnas av mötet mellan medicin och ledning. Avsaknaden av kunskap om ekonomisk styrning gör dock deras nya organisatoriska position sårbar. Studien pekar på att alla offentliga byråkratier nu har komplexa möten mellan professionella och chefer. Det gör att ”två-vägs fönster” kommer att öka i betydelse för organisationsutveckling. Dessa ”tvåvägs” roller privilegierar professionell kunskap över ledningskunskap eftersom det antas att den professionella träningen är av signifikant betydelse. Unika professionella/-ledningsdiskurser skapas i den offentliga sektorns organisationer.



**Figur 9. En förändrad ledarroll som kombinerar professionskunskap och ledningskompetens.**

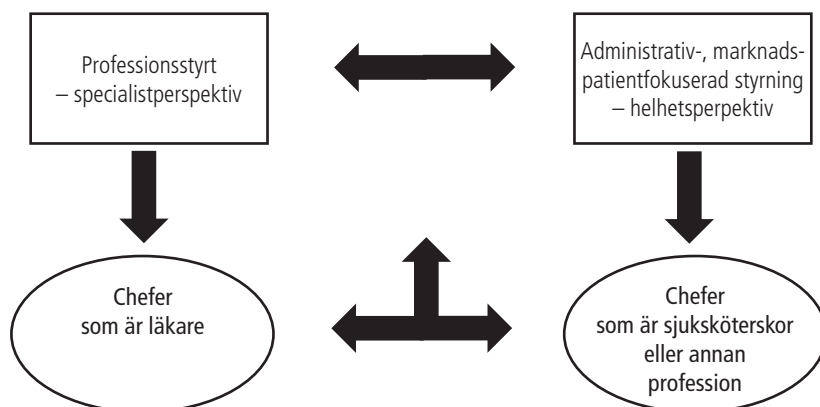
Doolin (2002) visar att den nya ledarrollen innebär att ledare i hälso- och sjukvårdsorganisationen manövrerar i relation till lednings- och företagsdiskurser. Det handlar om olika grad av acceptans, motstånd eller kompromiss. Det innebär att det finns varierande handlingsrepertoarer eftersom ledarna förhåller sig till de olika diskurserna i skapandet av sin identitet som ledare. Denna beskrivning går att relatera till våra genomförda studier i Västra Götalandsregionen. De ledare som ingår i studierna beskriver hur de manövrerar och förhandlar i relation till de arbetsuppgifter som de trots allt uppfattar ingår i ledarskapet – administration, personalarbete och strategiskt arbete. Vi ser här en mix av acceptans, motstånd och kompromiss.

Det finns andra forskare som bland annat mot bakgrund av studier av läkare och ledarskap hävdar att ledarrollen inte måste vara kunskapsbunden/specialistanknuten (Kitchener, 2001). Denna typ av studier kan snarare ses som en bas för att ifrågasätta ett professionsstyrt ledarskap. Den genomförda studien av ledarstöd lyfter dock fram att ledarskapet i hög grad är professionsstyrt men att de kliniska cheferna förhåller sig till och förhandlar i relation till administrativa strukturer, medarbetarskap och strategiska frågor. Det som man efterfrågar och söker stöd i för att utveckla sitt ledarskap handlar ofta om vad som är legitimt i denna förhandling att prioritera eller bortprioritera.

Organisationen kan arbeta strategiskt för att stödja utvecklingen av professioners roller

bland annat genom att skapa en robust infrastruktur (Rutherford, Leigh et al. 2005) eller genom att mer fokusera på mikropolitiska frågor om lärande och kunskapsöverföring (Geppert 2005). Olika yrkesgrupper har positionerat sig i relation till ledarskapet i sjukvårdsorganisationer. Läkargruppens ställningstagande till moderniseringen av sjukvården har debatterats i bland annat British Medical Journal. Degeling (2003, 2005) undersökte attityder till moderniseringen och fann betydande skillnader mellan läkare, sjuksköterskor och ledare avseende: att acceptera att kliniska beslut även är en resursfråga, att balansera klinisk självständighet med transparent ansvarstagande/budget, att stödja systematisering av kliniskt arbete och att understödja den fördelning av kliniskt inflytande som är nödvändig för arbete i multidisciplinära team. Ledare som även var sjuksköterskor var den profession som var mest positiv till modernisering i dessa frågor. Minst positiv var kliniskt verksamma läkare (Degeling, Maxwell et al. 2003). I sjuksköterskors tidskrifter har debatt funnits om omvårdnads kunskapens inflytande över politiska frågor och sjuksköterskor som högre inflytelserika ledare inom sjukvårdsorganisationer (Davies 2004). I nationella facktidskrifter har det ivrigt debatterats om läkare och/eller sjuksköterskor är mest lämpade som chefer. Fokus på professioners inflytande är ett inåtvänt och individualiserande synsätt som betonar separeringar snarare än samverkan (Davies 2004). Även detta har (i facktidskrifter) kritiskt framförts internt inom läkarkåren.

En slutsats är att ledarskapet i hälso- och sjukvården tycks formos av en särpräglad form av komplexitet. De studier som hittills genomförts menar att komplexiteten består i dels en intern dynamik med "olika världar" eller "olika diskurser" som inte enkelt låter sig förenas, dels av en extern dynamik där ekonomin, politiken, media, medborgarna och patienterna kräver transparens, produktivitet, och kvalitet.



Figur 10. Ledarskapet i hälso- och sjukvården, professionsstyrt/specialistperspektiv eller styrt utifrån helhetsperspektiv.

## Sammanfattning – synsätt, dilemman och stöd

Sammanfattningsvis, inkluderande tidigare resultat och denna studies resultat från intervjuer med ledare inom VGR avseende ledarstöd:

- De centrala problemområdena är: administrativ börda med bristande supportsystem, svårigheter/tidskrävande att hantera relationer med anställda och utmaningar att etablera och hantera organisations allianser.
- De framträdande utbildningsbehoven rör grundläggande ledarkompetens genom strukturerat introduktionsprogram, verksamhetsutvärdering och att hantera medarbetarfrågor. Betydelsen av ett strukturerat och formellt ordnat mentorskap/handledningsprogram betonas. Dessa ska fokusera återkoppling till ledare och klargörande av målnivå. Men det finns en brist på välkontrollerade prospektiva studier av ledarskapsutvecklingsprogram.
- Ledarskapet för chefer som är läkare är professionsstyrt/specialiststyrt snarare än styrt utifrån helhetsperspektiv, administrativa system och marknad/patientfokusering. För chefer som är sjuksköterskor eller tillhör annan profession än läkarprofessionen stämmer beskrivningen bättre in att helhetsperspektiv, administrativa styrmodeller och marknadstänkande/patientfokusering i allt högre grad präglar ledarskapet. Om man vill stödja ett professionsstyrt ledarskap innebär det att arbeta med att stärka traderingsprincipen, dvs. en friare ledarutvecklingen genom socialisering och egna kontakter. Om man snarare vill stödja ett integrerat ledarskap handlar det om att stödja processer i verksamheten exempelvis spelet mellan ledare och medarbetare.
- Det finns olika sätt att betrakta ledarskap i hälso- och sjukvården. Ledarskapet kan till exempel beskrivas som föreståndarskap eller utifrån tre separata logiker eller som integrerat i verksamheten. Vilket betraktelsesätt som man utgår från får konsekvenser för hur man ser på strategiskt arbete och vilka organisatoriska förutsättningar eller ledarstöd som krävs för att kunna bedriva strategiskt arbete. När ledarskapet definieras som separata logiker talar man om stöd utifrån arbetsdelning, avlastning och delat ledarskap. När ledarskapet ses som en dialog integrerad i verksamheten handlar ledarstöd om processstöd i samspelet mellan ledarskapet och medarbetarskapet för att skapa utrymme för strategiskt arbete.
- Det finns ett samband mellan ledares stressnivå och upplevd organisationskultur. Etisk stress/dilemman kan uppstå genom oetisk/orättvis maktutövning. En god hantering kan främjas av ökad medvetenhet hos individen, öppen kommunikation med högre ledare, ett klimat som tillåter att uttrycka sina synpunkter under beslutsprocessen samt genom handledning
- Vaksamhet bör råda om ledares arbetsbörda avseende prestige och omdefiniering till ledares individuella problem med att sätta gränser.
- Det är komplext att stärka den psykosociala arbetsmiljön i stora sjukvårdsorganisationer. Ansvar för avgörande beslut rörande den psykosociala arbetsmiljön borde därför delas med högre administrativa nivåer. Informella

strategier att filtrera problem uppåt och nedåt i organisationen kan dock hindra beslutsfattare att få en tydlig bild av verksamheten och arbetsmiljön.

Synsätt	Dilemma	Verktyg/Stöd
Otydliga definitioner av ledarskap	Etisk stress	Dialogarenor
Ledarskap som olika logiker	Slitningar	Arbetsdelning, avlastning, delat ledarskap
Integrerat ledarskap	Ömsesidiga beroenden	Processtöd i samspelet mellan ledarskap och medarbetarskap
Balansera politiskt ledarskap	Kommunikation, perspektiv	Arenor för regelbundna möten
Professionsstyrkt ledarskap	Kollegialitet och maktstrategier, Stress utifrån formella/informella spelregler	Administrativt stöd

## Framtida forskningsfrågor

För att komma ett steg vidare i kunskapsutvecklingen avseende ledares prioriteringar och slitningar mellan dels ledarskapets logiker och dels gränssättning arbete – fritid i praktiken kan observationsstudier komma ifråga. I observationsstudier kan exempelvis tidsåtgången till olika aktiviteter registreras. Om studien inbegriper en inledande intervju före observation samt feedback i grupp avseende tidsdisponering kan studien bli mer av interaktivforskningskaraktär och ett tillfälle till reflektion och support i egna prioriteringar. Flera ledare uttryckte även i intervju att handledning/ konsulting i tidsdisponering var ett önskat stöd, riktat direkt till ledarskapsutövningen.

Ett annat förslag för att framtida forskningsfrågor ska vara direkt till nytta i ledarskapsutövningen är partnerbaserade forskningsstudier, dvs. att erfaren ledare forskar tillsammans med erfaren forskare i frågor som har relevans för såväl praktik som teoretisk utveckling av ledarskap i sjukvårdsorganisationer.

Ett problem bland en del ledare var gränslöshet i arbetade arbetstimmar. Detta var visserligen baserat på eget val och eget engagemang men kan ha långsiktiga konsekvenser för dem själva – och därigenom ge oönskade signaler inom organisationen. Ett förslag på forskningsfrågor är att följa ledare över tid för att undersöka långsiktiga positiva och negativa konsekvenser av högt engagemang, antal arbetade timmar samt förutsättningar på arbetsplatsen och privat.

Vi har i rapporten lyft fram två olika principer i ledarstödsutveckling: traderingsprincipen och strategisk ledarskapsprofessioners utveckling. Positiva kvaliteter avseende traderingsprincipen har framkommit i intervjuerna. De möjliga negativa konsekvenserna har påpekats av forskarna. Den andra principen, att strategiskt utveckla en ledarskapsprofession, borde ske utifrån såväl kunskapsvidens som sjukvårdsorganisationens behov för att uppfylla sitt samhällsuppdrag.

## 8. Referenser:

- Ackroyd S (1996) Organization contra Organizations: Professions and Organizational Change in the United Kingdom, *Organization Studies* 17(4): 599-621.
- Ambrose M och L Harland (1995) Procedural justice and influence tactics: Fairness, frequency, and effectiveness. I: *Organizational politics, justice, and support: Managing the social climate of the work-place*. R. Cropanzano och K Kacmar (reds). Westport, CT, Quorum Books.
- Bejerot E och Hasselbladh H (2003) Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården, *Arbetsmarknad och Arbetsliv*, Årgång 9 nr 2 sommaren 2003, Arbetsmarknadsstyrelsen och Arbetslivsinstitutet.
- Brazier D (2005). Influence of contextual factors on health-care leadership. *Leadership & Organization Development Journal* 26(2): 128-140.
- Brorström B, Hallin B och Leffler M(1999) *Organisationsideal och professionellas verklighet – en studie av sjukvård i förändring*. Göteborg: Göteborgs universitet: Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, rapport nr 2.
- Brorström B (red). (2000) *Sjukvård i förändring – ett forskningsprogram kring effektivitet, styrmodellens effekter och institutioners betydelse inom sjukvården*. Göteborgs universitet: Utvärderingsprogrammet – Västra Götalandsregionen, rapport nr 3.
- Buber M. (1937) *I and Thou*, T&T Clark, Edinburgh.
- Carlson S (1951) *Executive behavior*. Stockholm: Strömbergs.
- Clarke J och Newman J (1997) *The Managerialist State*. London: Sage.
- Davies C (2004) Political leadership and the politics of nursing. *Journal of Nursing Management* 12: 235-241.
- Deetz S (1992) *Democracy in an Age of Corporate Colonization. Developments in Communication and the Politics of Everyday Life*, State University of Albany, New York Press.
- Degeling P, S Maxwell, J Kennedy och B Coyel (2003). Medicine, management, and modernisation: a dance macabre? *BMJ* 326: 649-652.
- Dellve L, K Skagert, R Vilhelmsson, J Eriksson och M Eklöf (2006). *Hälsofrämjande arbetsmiljöprojekt inom social service. Tvåårsuppföljning av SAMS-projekten*. Göteborg, Arbets- och miljömedicin Rapport 111.

- Denis J-L, Langley A, och Cazale L (1996) Leadership and Strategic Change under Ambiguity, *Organization Studies* 17(4); 673-699.
- Docherty P och T Huzzard (Eds.) (2003) Marknads-, management- och medarbetartrender 1985–2005. *Ute och inne i svenskt arbetsliv. Forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete.* Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Doolin B (2002) Enterprise Discourse, Professional identity and the Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies*, 23(3); 369-390.
- Doolin B (2002) Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians, *Organization Studies* 23(3); 369-390.
- Ferlie E (1994) *Characterising the New Public Management*, paper presented at the British Academy of Management conference, University of Lancaster, 12-14 September.
- Ferris G, D Frink, M Galang, J Zhou, K Kacmar och J Howard (1996). Perceptions of organizational politics: Predictions, stress-related implications, and outcomes. *Humand Relations* 49: 233-266.
- Geppert M (2005) Competence development and learning in British and german subsidiaries of MNCs. Why and how national institutions still matter. *Personnel Review* 34: 155-177.
- Granheim U och B Lundman (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2); 105-112.
- Greenwood R och Lachman R (1996) Change as an Underlying Theme in Professional Service Organizations: An Introduction, *Organization Studies* 17(4); 563-572.
- Hackman J R och G R Oldham (1980). *Work redesign.* reading, Mass., Addison-Wesley.
- Harris K och K Kacmar (2005). Easing the strain: The buffer role of supervision in the perceptions of politics-strain relationship. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78; 337-354.
- Hoggett P (1996) New Modes of Control in the Public Service, *Public Administration* 74; 9-32.
- Hood C (1995) The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on the Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20; 93-109.
- Hyrkäs K, M Koivula och K Lehti (2003). Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management* 11; 48-58.
- Hällsten F och S Tengblad (2002). *Personalansvar och medarbetarskap.* Göteborg, Bokförlaget BAS.

- Jansson vonVultée P och B Arnetz (2004). The impact of management programs on physicians work environment and health. *Journal of Health Organization and Management* 18(1): 25-37.
- Johansson M (2005). Gott medarbetarskap. *En intervjustudie med chefer och medarbetare om deras syn på begreppet*. Göteborg, Göteborgs Universitet, Psykologiska Institutionen.
- Jönsson S och Tengblad S (1999) *Health care in retrenchment – experience of ethical problems among accountants*, Göteborg: Gothenburg Research Institute.
- Kacmar K, D Bozeman, D Carlson och W Anthony (1999). An examination of the perceptions of organizational politics model: Replication and extension. *Human Relations* 52.
- Kitchener M och Whipp R (1995) Quality in the marketing change process: The case of national health service. I Kirkpatrick, I. och Lucio, M. M. (red.) *The Politics of Quality in the Public Sector*. London, Routledge, (s. 190-211)
- Kitchener M (2000) The "Bureaucratization" of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals. *Organization volume* 7(1): 129-154: London, Thousand Oaks, CA och New Delhi.
- Kitchener M (2002) Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers. *Organization Studies* 23(3); 391-420.
- Kouzes JM och Mico PR (1979) *Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations*.
- Kurusmäki L (1999) Professional vs financial capital in the field of health care – struggles for the redistribution of power and control, *AOS* (24);95-124.
- Kälvemark S, A Höglund, M Hansson, P Westerholm och B Arnetz (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine* 58: 1075-1084.
- Llewellyn S (2001) 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies* 24(4):593-623.
- Llewellyn S (1998a) Boundary Work: costing and caring in the UK Social Practices, *AOS* 23: 23-48.
- Llewellyn S (1998b) Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in th UK social practices, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 11: 292-308.
- Mintzberg H (1973) *The nature of Managerial Work*. New York: Harper och Row.

- Mintzberg H (1991) Managerial work: Forty years later. In: S. Carlsson (Ed.), *Executive behaviour. Reprinted by Henry Mintzberg och Rosemary Stewart*. Uppsala: Studia Oeconomiae negatorum 32, Uppsala Universitet.
- Montgomery K (1996) Responses by Professional Organizations to Multiple and Ambiguous Institutional Environments: The Case of AIDS, *Organization Studies* 17 (4); 649-671.
- Murph, R (1990) Proletarianization or Bureaucratization: The Fall of the Professional? I: R Torstendahl och M Burrage (eds) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*, (s. 70-95) London: Sage.
- Olson O, J Guthrie och C Humphrey (red.) (1998) *Global Warning! Debating International Developments in New Public Financial Management*. Oslo: Cappelen.
- Perrow C (1965) Hospitals: technology, Structure and Goals. I *The Handbook of Organizations*, March, J. G. (red.). Chicago, Rand McNally, (s. 910-971)
- Pollitt C (1993) *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s?* Oxford: Blackwell.
- Preston A, M Chua, WF och Neu D (1997) The diagnose-related group-prospective paymentsystem and the problem of the government of rationing health care to the elderly AOS, 22(2);147-164.
- Raines M (2000) Ethical decision making in nurses. Relationship among moral reasoning coping style, and ethical stress. *JONA's Healthcare Law Ethics and Regulation* 2(1): 29-41.
- Roberts J (1996), From discipline to dialogue: individualizing and socializing forms of accountability, I: Munro, R. och Mouritsen J (1996) (Eds), *Accountability, Power, Ethos & The Technologies of Managing*, London, International Thomson Business Press.
- Rutherford J, J Leigh, J Monk och C Murray (2005) Creating an organizational infrastructure to develop and support new nursing roles – a framwork for debate. *Journal of Nursing Management* 13: 97-105.
- Schaufeli W och A Bakker (2005). *Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a ten-year longitudinal study among general practitioners*. Presenterat vid: IXth European Conference on Organizational Psychology and Health Care "Psychosocial resources in human service work", Dresden, Tyskland.
- Skagert K, L Delleve, M Eklöf, T Ljung, A Pousette och G Ahlborg (2004) *Ledarskap och stress i politiskt styrd verksamhet. Balanserande förhållningssätt och strategier*. Göteborg, Institutet för Stressmedicin.

- Skagert K, L Delleve och K Håkansson (2003). Resurser och hälsa. *Ledares föreställningar om möjligheter och vägar att påverka anställdas hälsa och minska sjukskrivning*. Göteborgs Universitet, Yrkes- och miljömedicin, Rapport nr 101.
- SOU, 2001:79, *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm: Graphium/ Norstedts AB.
- Stewart R (1967) *Managers and their jobs*. Houndmills, UK: MacMillan.
- Stewart R (1996) Managerial Behaviour. In: M. Warner (Ed.), *The International Encyclopedia of Business and Management* (s. 3100-3116).
- Stoner C, J Robin och L Russel-Chapin (2005). On the edge: Perceptions and responses to life-imbalance. *Business Horizons* 48: 337-346.
- Sullivan J, J Bretschneider och M McCausland (2003). Designing a Leadership Program for Nurse Managers. *JONA* 33(10): 544-549.
- Tengblad S (1997) *Chefsförsörjning. Mötet mellan motstridiga ideal*, Bokförlaget BAS, Göteborg.
- Tengblad S (2002) Time and space in managerial work, *Scandinavian Journal of Management*, 18; 543-565.
- Tengblad S (2003) Classic, but not seminal: revisiting the pioneering study of managerial work, *Scandinavian Journal of Management*, 19; 85-101.
- Theorell T, R Emdad, B Arnetz och A-M Weingarten (2001) Employee Effects of an Educational program for managers at an Insurance Company. *Psychosomatic Medicine* 63: 724-733.
- Thorpe K och R Loo (2003). Balancing professional and personal satisfaction of nurse managers: current and future perspectives in a changing health care system. *Journal of Nursing Management* 11: 321-330.
- Tollgerdt-Andersson I (1995) *Chef i landsting – ledarskap i politiskt styrda organisationer*, Stockholm: Landstingsförbund
- Västra Götalandsregionen 2000, *Personalvision 2010*. Regionstyrelsens kansli: Printit.
- Wikström E (2006) Ledarskap i vårdpraktiken – hierarki och dialog. I: Brorström B och Larkö O (red.). *Hälsa- och sjukvårdens ekonomi och logistik*. Göteborgs universitet och Chalmers tekniska högskola.

Wikström E, Adolfsson P och Eriksson R (2004) *Chefskap i NU-sjukvården, VGR och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.*

Wikström E (2000) *Projekt och produktiv kommunikation. En studie om sammanhållande dynamik.* Göteborg: BAS.

Wikström E (2001) Produktiv och reproduktiv kommunikation i gränsöverskridande samverkansprojekt, *Kommunal ekonomi och politik* vol 5 (2); 91-106.

Östergren K och Sahlin-Andersson K (1998) *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration.* Stockholm: Landstingsförbundet.

