



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

Mellanchefers kompetensbehov inom Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset (SU)

- En studie av mellanchefers syn på dagens och framtidens chefer

**Catharina Jacobson**

Examensarbete 15hp

Hälso- och sjukvårdsadministration

VT-2011

Handledare: Anna Cregård

Examinator: Iwona Sobris

## **Absract**

Uppsatsens titel: Mellancheferers kompetensbehov inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) – en studie av mellancheferers syn på dagens och framtidens chefer

Författare: Catharina Jacobson

Nivå: Kandidatnivå

Kurs: Hälso- och sjukvårdsadministration

Handledare: Anna Cregård

Examinator: Iwona Sobris

.....

## **Sammanfattning**

Hälso- och sjukvården är en professionell organisation där det i alla fall tidigare var så att det var den duktiga klinikern som blev chef. Chef- och ledarskapsfrågor har blivit omdiskuterade eftersom hälso- och sjukvården fick nya krav från Socialstyrelsen 1997 då det ställdes krav på att inrätta verksamhetschefer inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Nu var det chefskapet som en profession som lyftes fram och nya krav ställdes på hälso- och sjukvården. Hur ser det ut inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset idag bland verksamhetscheferna har de tillräcklig kompetens för uppdraget? Hur ska verksamhetschefen klä och sko sig för framtiden? Det här är frågeställningar som jag har försökt att besvara i min studie. Studien belyser även chef- och ledarskapet, rekrytering, management, den professionella organisationen, styrande dokument inom VGR och SU, verksamhetschefens ansvar, chefsutveckling och chefens fördelning mm.

Studien är en kvalitativ studie enligt fenomenologisk ansats där djupintervjuer genomförts av 6 verksamhetschefer inom SU. Syftet med studien var att ta reda på hur dagens mellanchefer upplever kompetensbehoven idag och i framtiden inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Studien belyser hur komplex chefskapet är inom en professionell organisation särskilt när hälso- och sjukvården influerats av management där vi nu ska ha ett framträdande processtänk. Det framkommer även att verksamhetschefsrollen är komplex eftersom chefen är chef över andra chefer och det med fördel inte ses som ett första chefsarbete. Det framkom att kompetensbrister finns även om mycket satsningar har gjorts på interna chefsförsörjningsprogram och strategier. Kanske den viktigaste slutsatsen ändå är att samtliga verksamhetschefer som intervjuats ser deras chefskap som en profession som kräver ett heltidsengagemang.

## Innehållsförteckning

1. Inledning .....	1
1.1 Introduktion.....	1
1.2 Problembeskrivning .....	2
1.3 Syfte & frågeställningar.....	3
1.4 Fortsatt disposition.....	3
2. Teoretisk referensram.....	3
2.1 Chefer och ledarskap .....	4
2.2 Professionell organisation.....	5
2.3 Dagens mellancheferroll inom sjukvården .....	6
2.5 Framtidens mellancheferroll inom sjukvården .....	9
2.6 Rekrytering och inskolning av chefer.....	9
2.7 Management inom sjukvården .....	11
3. Metod .....	12
3.1 Ansats och val av metod.....	13
3.2 Empiriskt fokus och urval .....	15
3.3 Datainsamling .....	15
3.4 Bearbetning och analys av data .....	15
3.5 Anonymitet.....	16
4. Empiri.....	16
4.1 Bakomliggande faktorer .....	16
4.1.1 Västra Götalands chefskriterier .....	16
4.1.2 Chefsförsörjningsstrategi och ledarutveckling inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) .....	17
4.1.3 Karaktäristiska för kontexten.....	19
4.1.4 Funktionen mellanchefer inom SU.....	20
4.2 Chefens bakgrund & rekrytering .....	21
4.3 Chefskapets tradition .....	23
4.4 Chefens kompetensbehov .....	24
4.5 Chefsutveckling .....	26
4.6 Chefens ansvar.....	29
4.7 Chefskapets fördelning .....	29
4.8 Management .....	31
4.9 Framtidens chefskap .....	32
4.10 Vara chef inom professionell verksamhet .....	34
5. Analys .....	34
5.1 Bakomliggande faktorer .....	34
5.2 Mellancheferens bakgrund och rekrytering.....	35
5.3 Mellancheferens funktion och ansvar .....	36
5.4 Professionell organisation.....	38
5.5 Management .....	38
6. Slutsatser och avslutande reflektioner .....	39
6.1 Slutsatser .....	39
Studiens resultat .....	39
Studiens genomförande.....	40
Fortsatt forskning.....	41
Referenser .....	42

## 1. Inledning

*I detta inledande kapitel ges en introduktion till det ämne som jag valt att skriva om. Syftet är att belysa viktiga områden inför den fortsatta diskussionen. Uppsatsens problem, syfte, frågeställning och disposition ingår i detta kapitel.*

### 1.1 Introduktion

I offentlig verksamhet inom sjukvården har chefer enligt tradition främst rekryterats inom egen verksamhet. Många gånger har inte cheferna fått förutsättningar att skaffa sig de kunskaper de behöver för att ansvara för verksamhet, medarbetare och ekonomi. Förbättringar har skett senaste tiotalet åren med olika chefskurser, handledning m.m. inom SU och VGR. Det har även blivit vanligare med chefsrekrytering från andra verksamheter än sjukvården. Chef och ledarskap ser olika ut på olika nivåer och som mellanchefer bedrivs kanske främst aktiviteter på det mänskliga samarbetet inom organisationen.

Thylefors (2000) talar om att det hos mellanchefer är vanligt med oklarheter, konflikter i chefs-/ledarrollen och att de befinner sig i korsdrag av konkurrerande förväntningar.

Mellanchefer ska inom sjukvården på ett kostnadseffektivt sätt genomföra de arbetsuppgifter som ledningen och politiker ålagt dem. De ska även bedriva en verksamhet med en god yttre kvalitet där patienter och anhörigas behov tillgodoses. Mellanchefer ska då få underordnade att helst överträffa förväntningarna. En inre kvalitet är även viktig då mellanchefer har ett långtgående ansvar för de underställdas arbetsmiljö (Socialstyrelsen 2006).

Personalen inom vård och omsorg tillhör professionella och paraprofessionella grupper med relativt lång yrkesutbildning. Utbildningen bidrar till en viss socialisering in i vissa mellanmänskliga attityder och värderingar. Chefs och ledarrollen inom vården får särskilda förutsättningar eftersom så gott som alla anställda inom sjukvården arbetar med att påverka andra eftersom de har en lärande patientrelation även om de inte har en chefsroll. Ledarrollen inom vården har även fått en annan tyngd bland annat för att den tidigare byråkratiska regelstyrningen har ersatts med mål- och ramstyrning. Ledarrollen kräver idag en alltmer koordinerande roll och behöver en väl utvecklad social kompetens (Thylefors, 2000).

Enligt Wenglén (2005) kännetecknas mellancheferns funktion av att de ska agera som översättare mellan över- och underordnade, de ska implementera beslut uppifrån samtidigt som de måste kunna förmedla den övergripande ideologin. För att nå framgång i sitt chef- och ledarskap måste de också ha förmågan att förmedla de underställdas intressen uppåt i organisationen.

Det är inte bara mellancheftsproblematiken som beskrivs ovan som chefen ska arbeta utifrån utan inom offentlig sektor ska chefen även förhålla sig till att de verkar inom en professionaliserad och politisk styrd organisation (Larsson, 2008).

En konfronterade linje finns hos debattörer om vem som ska vara chef inom vården där synpunkter från läkare framkommit att läkarprofessionen har ansatts eftersom sjuksköterskor har avancerat i sjukvårdens hierarki. De ansåg att sjuksköterskorna svikit sin egen profession eftersom de varit tillmötesgående hos politiker och sjukvårdsledning. Den diplomatiska linjen framhöll inte professionstillhörigheten som viktig även om de också önskade att fler läkare var intresserade av chefskapet. Deras linje var att det administrativa arbetet måste tas på allvar och prioriteras framför det kliniska arbetet (Öfverström 2008).

Mellancheftsrollen inom hälso- och sjukvården är komplex eftersom chefen verkar i en professionell organisation där traditionen till viss del styr. Chefen har inte bara att förhålla sig till professionen utan ska även kunna hantera management det är två världar som ska sammanflätas till en helhet (Dellve, Wikström 2006). Inom hälso- och sjukvården tituleras mellanchefer verksamhetschef.

## **1.2 Problembeskrivning**

Enligt Henning (2000) skiljer sig det privata företagets chef- och ledarskap från offentliga sektorn dels genom att chefernas ansvar och befogenheter är olika men kanske framförallt att politiker har en viktig roll i beslutsprocessen. Cheferna inom offentlig sektor har i större utsträckning en professionell roll som sjuksköterska, läkare etc.

Mellancheferna kan få svårigheter att arbeta utifrån sin chef- och ledarskapsfunktion om han/hon upplever lojalitetskonflikter mellan yrkesprofessionen och professionen som chef. Andra anser att det är lättare att vara chef inom sjukvården om chefen har praktisk yrkeserfarenhet från sjukvården. Traditionellt sätt rekryterades cheferna inom sjukvården från egna led och gör till stor del även idag. De chefer som rekryteras internt har de förmågan och möjligheten att möta dagens och framtidens kompetensbehov hos chefer inom offentlig verksamhet.

Offentlig sektor har fått kritik särskilt inom vård och omsorg de senaste åren. Kritiken kopplas ofta till problem inom ledarskapet allt från rekrytering till personliga egenskaper. Problemen framställs som en framtidsfråga eftersom ledarskapsproblematiken måste få en lösning för att verksamheterna ska kunna fullgöra sina uppgifter (Tullberg, 2003).

Management har influerat hälso- och sjukvården och gör så fortfarande vi har ett annat synsätt som styr men hur hanterar mellancheferna dessa influenser från andra verksamheter.

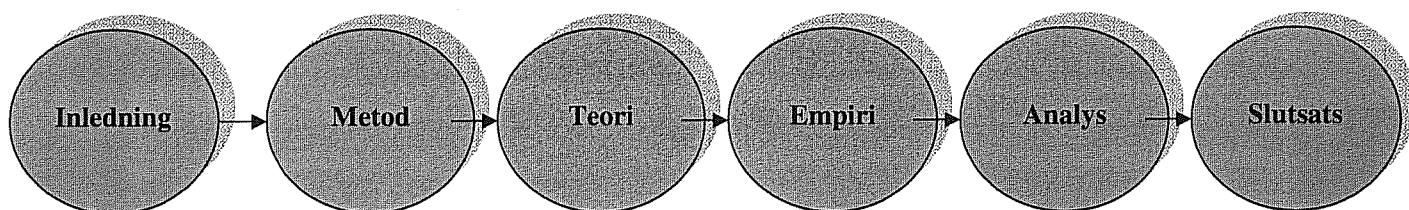
Jag ställer mig frågan om vi inom sjukvården ska fortsätta att främst rekrytera mellanchefer från "egna led" eller börja se oss omkring efter en bredare kompetens alternativt klä våra egna mellanchefer efter framtidens behov

### 1.3 Syfte

Syftet med studien är att ta reda på hur dagens mellanchefer upplever kompetensbehoven idag och i framtiden inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

### 1.4 Fortsatt disposition

*Fortsättningsvis kommer uppsatsen disponeras enligt nedanstående modell.*



Figur 1. Fortsatt disposition

**Kapitel 2** här beskrivs *teoretisk referensram*, viktiga begrepp för studien tas upp.

**Kapitel 3** beskrivning av på det sätt som jag har genomfört studien samt de metodologiska ställningstaganden som gjorts, *metodavsnittet*.

**Kapitel 4** omfattar studiens *empiri* där informationen som framkommit genom intervjuerna redovisas.

**Kapitel 5** *analysen* av studien där teorin och empirin kopplas ihop och diskuteras.

**Kapitel 6** består av *slutsatser* som beskrivs efter vad som har framkommit under studien.

Initiala frågeställningar besvaras samt egna reflektioner från studiens resultat diskuteras.

Förslag på fortsatt forskning ges men även problem och hinder med denna studies genomförande tas upp.

## 2. Teoretisk referensram

*Min teoretiska referensram beskriver relevanta begrepp för uppsatsen. Kapitlet inleds med förklaring av begreppen chefer och ledarskap för att läsaren ska förstå vad jag menar när jag använder begreppet chef respektive ledare/ledarskap i min uppsats. Vidare tar jag upp vad som kännetecknar en professionell organisation för att läsaren ska förstå vad som kännetecknar empirin inom sjukvården. En beskrivning görs*

*avseende dagens mellanchefts roll inom sjukvården, framtida roll samt hur rekryteringen sker. New public management beskrivs för att läsaren ska få en förståelse vilken riktning sjukvården har eller går mot.*

## **2.1 Chefer och ledarskap**

Chef och ledare är begrepp som används på många olika sätt. Jag använder begreppet chef när medarbetaren formellt är utsedd för ett ledaruppdrag. Chefer har underställda medarbetare och chefskapet är förenat med olika befogenheter.

Thylefors (2000) beskriver att ledarfunktionen är den individ i gruppen som vid en viss tidpunkt utövar mer inflytande än övriga i gruppen. Ledarskapet är en social inflytandeprocess, att betrakta någon som ledare blir meningsfullt först när inflytandet har en utsträckning över tid och sker mot gemensamma formella eller informella mål.

Vikten av ledarskap och ledning för att organisationen ska nå sina mål betonar Bergengren (2003). Författaren menar att det handlar om att styra organisationen åt rätt håll, hantera förändringar, uträtta saker, vara problemlösare och kunna anpassa resurserna till en föränderlig värld. Det krävs att ledaren har en stor kunskap om individers motivation, grupp processen och hur organisationskulturen påverkar individers beslut och handlingar.

Ledarskapet är en påverkansprocess där syftet är att få andra medarbetare att frivilligt och engagerad uppnå uppsatta mål, en social process mellan ledaren och de ledda. När ledarskapet fungerar resulterar det i att ledarens legitimitet och position stärks. Chefer har också i stor utsträckning blivit befordrade till sina tjänster på grund av hög teknisk kompetens. Meriterna består t.ex. av en tidigare kvalificerad tjänst som medicinsk specialist. Författaren poängterar dock att chefskap är något som utövas i en bestämd position och är överordnad i förhållande till andra positioner.

Chefer har makten att påverka medarbetarens tillvaro direkt eller indirekt. De fördelar arbetsuppgifter, sätter löner och ger omdömen, referenser och utfärdar betyg. De har också möjlighet att visa uppskattning eller nonchalera. Chefen blir genom sin roll automatiskt involverad i varje medarbetares eventuella auktoritetsproblematik. Chefen underskattar många gånger sin egen roll, de har svårt att förstå att de är viktiga för andra. Ibland bagatelliserar de, förnekar eller slår ifrån sig rollen som auktoritet. Att som chef ta sig själv på allvar är viktigt för alla i en arbetsgrupp såväl som självrespekten som för att ledaren ska bli respekterad av andra (Axelson, Thylefors, 2005).

Det är viktigare att chefen är visionär, inspiratör och coach än som tidigare fungerade som kontrollant eller specialist inom det operativa arbetet. Rollen som ledare handlar till stor del om att påverka människors idéer och tankar kring det egna arbetet och organisationen. För att

förverkliga detta synsätt blir idén om delaktighet, delegering och dialogen viktigare (Simonsson, 2008).

Fürth et. al (2002) anser att intresset för ett blivande chefskap är lågt bland 60-. 70- och 80-talisterna och att det kan bero på att kraven på chefen har ökat. Chefen ska ju inte bara ansvara för verksamheten och dess budget utan även för medarbetarens kompetensutveckling m.m. De yngre tvekar också på att gå in i chefsrollen eftersom det upplevs som ett hinder för balansen mellan karriär och familj.

Problem som har identifierats inom offentlig sektor de senaste åren anses ofta hänga samman med brist på ledarskap eller bristande ledarskap. Åtgärder har identifierats för att kunna utveckla ledarskapet. Det genomförs chefsutbildningar och ledarskapsaktiviteter för att kunna hantera det bristfälliga ledarskapet. Beskrivningen av ledarskapet blir att det är ett problem men också lösningen för offentlig sektor. Förhoppningarna knyts till nästa generations ledare där rekryteringsprocessen blir allt viktigare (Holmberg et al. 2003).

## **2.2 Professionell organisation**

En organisation där stora delar består av professionella yrkesutövare kallas ofta professionell organisation, förutom hälso- och sjukvård har vi t.ex. universitetslärare, revisorer och jurister. Inom sjukvården styrs arbetsfördelningen genom tillgång på flera professionella yrkesgrupper. En slags kamp pågår mellan administration och de professionella troligen förstår de inte varandras logik. Många gånger ser professionen administrationen som sin motståndare. De professionella yrkesutövarna är inriktade på den enskilda patienten, vill bestämma själva och evidensbaserad praktik. Cheferna eller huvudmännen är i sin tur inriktade på patientpopulationer, samhällsansvar, systemtänkande, resursfördelning och effektivitet. Båda grupperna är säkert överrens om att god vård ska bedrivas men de lägger olika innebörd i vad det innebär och hur god vård uppnås (Norbäck & Targama 2009). Synen på karriärutveckling inom professionen där ingår inte normalt att bli chef utan här handlar det om att lära sig att bli en självständig yrkesutövare. När yrkesidentiteten uppnåtts frågesätts om chefer verkligen behövs bland de professionella yrkesutövarna och chefskapet får ofta en låg status. Många gånger har professionella organisationer normalt haft svaga ledningar ovanför de professionella yrkesutövarna. Chefer betraktas många gånger som de som inte behärskar eller klarar av professionens krav därför har de fått bli chef. Däremot anser professionella organisationer i stor utsträckning att chefen ska komma från professionen om vi måste ha en chef. Chefer inom den professionella organisationen som inte kommer från den



dominerade professionen får det därför extra svårt i sitt chefskap. Den professionella organisationen tycks vara präglad av elitistisk, självgodhet och självupptagenhet. Professionen kan tyckas oklar med om de ska ta på sig uppgifterna som ligger utanför professionen t.ex. administration och chefskap. Kan de låta andra sköta det som de inte gillar men som de tror att de kan eller överlåta det till administratörerna som de inte litar på? (Norbäck & Targama 2009).

### **2.3 Dagens mellanchefsroll inom sjukvården**

Socialstyrelsen förändrade hälso- och sjukvårdslagen 1997 och skapade då en ny chefsroll verksamhetschefen som fungerar som mellancheft inom sjukvården. Ledningsansvaret behövdes förtydligas dels för patienterna, anhöriga, medarbetare men även tillsynsmyndigheterna. Det medicinska kompetenskravet togs bort och öppnade upp för andra yrkesgrupper. Verksamhetschefen ansvarar för ekonomi, administration, medicin och representerar vårdgivaren och ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs. Det framkommer även i författningen att verksamhetsområdet ska ha en sådan struktur och omfattning att verksamhetschefens krav är möjliga att upprätthålla. (SOSFS 1997:8). Rollen som verksamhetschef kan inte jämföras med någon tidigare befattning inom sjukvården. Klassiska chefsegenskaper som vi kan hitta exempelvis inom industrin eller tjänstesektorn valde Socialstyrelsen att lyfta fram och det innebär att den medicinska kompetensen inte längre bör prioriteras framför andra. Att leda professionen får nu ge vika framför ett professionaliserat chefskap där socialstyrelsen har en tydlig inriktning mot administration i och med den nya verksamhetschefsrollen. (Öfverström 2008).

Enligt Wikström, Adolfsson, Eriksson (2004) har chefs- och ledarskaps frågor kommit i fokus. Det är de samhällsekonomiska förändringarna som har tryckt på behovet av omorganisering och på ett förändrat chefs- och ledarskap. Cheferna talar om att de hanterar motstridiga krav som skapas genom de frågor som de möter i vården. Författarna belyser även tre logiker den administrativa, medarbetarlogik och strategisk logik. Cheferna beskriver att de idag är den administrativa- och medarbetar logiken som tar mest tid. De anser att de inte har mycket tid över till strategiskt arbete som de värderar som en värdefull del av ledarskapet. Den administrativa delen av arbetet har ökat markant de senaste åren där de anser att chefernas ansvarsområde och förväntan på chefen har förändrats. Cheferna upplever att den administrativa delen har blivit central istället för att stötta ledaren i vården. De uppfattar att kraven till administrationen är tydliga t.ex. i form av budget och blir påtagligt när målen inte

uppfylls. Många chefer i sjukvården lyfter även fram att stor del av deras tid går åt till personaladministrativa frågor såsom frånvaro, semester och rehabilitering. En del chefer i vården upplever även att fokus på de ekonomiska aspekterna i personalbudget ses som en kostnad istället för medarbetare som producerar vård. Informationsmängden har ökat kraftigt vilket gör att en stor del av chefens tid går åt till att läsa information, välja ut relevant information och sedan sprida den på arbetsplatsen.

Medarbetarlogiken fokuserar på vikten av att träffa medarbetarna och diskutera frågor som rör det dagliga arbetet i verksamheten. Även denna logik beskriver cheferna tar allt längre tid samtidigt som de förstår vikten av att synas för medarbetarna. Processtänkande är i fokus där medarbetarna ges större utrymme att vara med och påverka.

Strategiska logiken- verksamhetsutveckling som en central del i ledarskapet som chef där de upplever att de inte hinner med. Verksamhetsutveckling innebär för cheferna att de arbetar utifrån ett helhetsperspektiv dvs. medarbetare, ekonomi, det kliniska och vårdtagarna. För cheferna handlar det om att hitta lösningar som kan förbättra vården i framtiden. När cheferna nämner framtiden i sjukvården belyser de begreppen patientflöden och samverkan.

Dellve och Wikström (2006) fann i sin studie att en stark professionell identitet inom sjukvården kunde överskugga identiteten som chef. Cheferna beskrev den inre konflikten med att sin tidigare profession och rollen som chef en lojalitetskonflikt uppstod. Det är framförallt läkare som är chefer inom sjukvården som lyfter fram vikten av att fortsätta arbeta kliniskt för att kunna utföra ett legitimt ledarskap. Sjuksköterskor som arbetade som chefer upplevde inte kliniskt arbete som meningsfullt för deras ledarskap. En central del i ledarskapet ansåg cheferna vara strategiskt arbete och var det som gjorde ledarskapet intressant och motiverande. Det framkom även att tiden för strategiskt arbete var knapp för att kunna arbeta med framtids och utvecklingsfrågor.

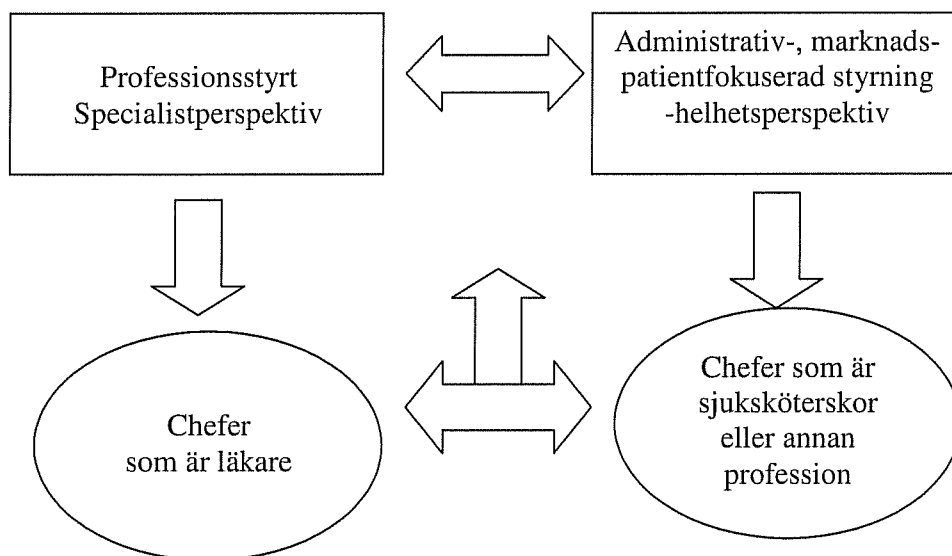
Den professionella identiteten överskuggar ibland identiteten som chef ” det är inte gångbart att vilja bli chef när man är läkare” . Lojalitetskonflikt beskrivs hos en del läkare där ett sätt att få mandat var att behålla sin kliniska kompetens. Det framkom även från andra att man borde prioritera chefskapet mer ” En förutsättning för att komma bort från den lojalitetskonflikten är att ta chefskapet fullt ut”. Det fanns en skillnad hos chefer som var sjuksköterskor där de menade att det kliniska arbetet inte var centralt för dem (Dellve och Wikström 2006).

Även Öfverström 2008 beskriver i sin avhandling att läkarnas acceptans av chefen inte bygger så mycket på administrativa chefsegenskaper utan det är den kliniska kompetensen som duktig läkare som är viktig.

Studier som fokuserat på ledarskap inom hälso- och sjukvården har funnit att det finns en spänning mellan de professionella yrkesgrupperna och ledningsorganisationen. Den toppstyrda hierarkin kritiseras främst av överläkare (Brorström, Hallin & Leffler 1999). Enligt lag 1996:787 behöver inte verksamhetschefer vara läkare däremot ska det om det behövs finnas en patientansvarig legitimerad läkare.

En forskningsstudie (Llewellyn, 2001) beskrev hur den nya ledarrollen (läkare) inom hälso- och sjukvården påverkar ledares agerande. En metafor i form av ”två-vägs fönster” användes. Studien beskrev hur chefer arbetar samtidigt med idéer från kliniken och administrativa ledningen. En möjlighet uppstod till en ny expertis av medicinsk ledning som relativt lätt antog två-vägs utrymmet mellan ledning och medicin. Den nya ledningen är sårbar eftersom avsaknad om ekonomisk styrning förekommer. Komplexa möten uppstår mellan chefer och professionella. Två-vägs rollen privilegierar professionell kunskap eftersom den är av signifikant betydelse för vården och ledningskunskapen får stå tillbaka.

Enligt (Dellve och Wikström 2006) var slutsatsen att ”ledarskapet i hälso- och sjukvården tycks formas av en särpräglad form av komplexitet”. Komplexiteten består i dels interna problem med olika världar som inte lätt förenas men även externa problem utifrån politiker, ekonomi, medborgare, media och från patienterna som vill ha hög kvalitet, produktivitet och transparens. De kunde se att det fanns olika sätt att leda hälso- och sjukvården professionsstyrt eller efter helhetsperspektiv vilket illustreras nedan.



Figur. 2 (Dellve och Wikström 2006) Ledarskapet i hälso- och sjukvården, professionsstyrt/specialistperspektiv eller styrt utifrån helhetsperspektiv.

## **2.5 Framtidens mellancheferroll inom sjukvården**

I takt med nedgång i ekonomiska tillväxten, demografiska förändringar och politiska prioriteringar har offentlig sektor blivit mer ifrågasatt. Skapandet av ett företags klimat, avreglering och privatisering har stått i fokus under lång tid. Nya sätt att utföra arbetet tvingas fram och framtidens chefer möter denna verklighet. Offentliga sektorns administrativa logik har eller kommer att kompletteras med näringslivets resultatorienterade managementtänkande. Tjänstemän och politiker förutspår genom att konkurrensutsätta offentlig verksamhet en effektivare användning av resurserna samt ökad lyhördhet för allmänhetens behov (Holmberg et al. 2003).

Chefen måste ha en förmåga att blicka in i framtiden och via tankens styrning få människor att röra sig i samma riktning. Det handlar om att hantera det osäkra som chef. Regler som är detaljerade och förordningar till förmån för värderingsbaserat ledarskap främjar medarbetarnas flexibilitet och självständiga agerande (Holmberg et al. 2003).

## **2.6 Rekrytering och inskolning av chefer**

I och med att Socialstyrelsen öppnade upp för att andra yrkeskategorier kan tillsättas som verksamhetschefer borde det teoretiskt sätt blivit ett större urval att välja ur. Det är inte säkert att det blivit så i praktiken eftersom det fortsatt är svårt att rekrytera mellanchefer/verksamhetschefer inom sjukvården (Öfverström 2008).

Enligt Nilsson (2004) ska det utformas en kravprofil på befattningen som ska tillsättas utifrån vilka arbetsuppgifter som personen förväntas utföra och vilka kompetenser som behövs. Kravprofilen anger också vilken yrkesbakgrund och utbildning personen förväntas ha samt andra formella krav. Om ett bra resultat ska uppnås vid rekrytering är det viktigt att en ny kravprofil skapas vid varje nyrekrytering eftersom behoven och förutsättningarna i organisationen förändras.

Vid en nyanställning bör rekryteraren fråga sig utifrån vems perspektiv kompetens ska bedömas kundernas/patienternas eller organisationens behov och förväntningar. Enligt författaren Iwarsson (2001) är det viktigt att alla perspektiven beaktas. Det är vanligt att kompetens områden bedöms hos personen utifrån affektiv kompetens (känslomässig), kognitiv kompetens (kunskaper, färdigheter), social eller personlighetsbaserad kompetens och simultankapacitet. Hos en ledare krävs också förmåga att förstå sig själv och ett intresse för att förstå andra människor. Viktigt att som chef också behärska förmågan att utveckla sina medarbetare och få dem att vilja prestera mer.

Rekryteringen av chefer inom offentlig förvaltning har förändrats från formell utbildning inom professionen till ökade krav på personliga egenskaper och chefsutbildningar (Holmberg et al. 2003).

När forskare frågat mellanchefer inom sjukvården i Västra Götalandsregionen om kompetensbehov framkom att grundläggande ledarkompetens genom introduktionsprogram behövs. Ett formellt ordnat mentorskap och handlingsprogram behövs för att klargöra målnivå och för återkoppling i sitt chefskap. Fortsatt kompetensutveckling behövs även genom utbildningar, handledning, nätverk och verksamhetsstöd viktigt är att de har ett genomtänkt budskap som är tydligt. Det framkom även att det är viktigt med ett bra samarbete och kommunikation med överordnade men även stabs- och personalfunktionerna (Dellve och Wikström 2006).

En viktig fråga för sjukhus/ förvaltningsledningen är hur chefer socialiseras in i verksamheten. Inom VGR tycks det förekomma organiserad/oorganiserad kontakt med andra chefer inom VGR för socialisering. Enligt forskarna främjar detta professionslegitimerat ledarskap som då kan fortleva inom sjukvårdskulturen. Flera chefer poängterade att de inte anser det är bra att man skolas in i tidigare chefers ledarskap. Det är viktigt att sjukhus/ förvaltningsorganisationen tillämpar en strategiskt inriktad kompetensutveckling för sina chefer (Dellve och Wikström 2006).

När en mellancheferroll inom sjukvården ska tillsättas är flera olika kategorier av medarbetare och grupper engagerade i rekryteringsgruppen. De som är aktiva är medarbetare med relativt hög ställning inom verksamhetsområdet och sjukhuset. Rollen som mellanchefer ses som viktig och mellancheferna har stor påverkan på det kliniska arbetet och personalpolitiken. Inom sjukvården finns det ofta ett informellt system för att lyfta fram nya mellanchefer där vissa individer lyfts fram t.ex. av nuvarande chef som förbereder inför sin avgång. Det borde också vara så att de personaladministrativa systemen är aktiva men det framkom inte i Öfverstöms forskning att de var närvarande vid rekrytering av mellancheferna. Antingen är det så att personaladministrativa är nöjda med rekryteringsförfarandet eller är det så att de tvingas tillbaka av de professionella (Öfverstöm 2008).

Öfverstöm 2008 visar även i sin forskning att mellancheferrollen inom sjukvården många gånger är en ledarroll och inte som Socialstyrelsen vill en chefsroll. Mellancheferna fungerar som den traditionella chef som den gjort tidigare att den ofta följer professionalismens idéer om att en erfaren läkare blir chef. Socialstyrelsen riktlinje är att mellancheferna ska ha ansvar för hela organisationen och ha ett bra samarbete med resten av sjukhuset. Ett tydligare chefskap efterfrågas där professionalismen får stå tillbaka framför managerialism. Ett

uttalande från Öfverströms forskning där en ur sjukhusledningen uttalar sig om en sjukhusdirektör som inte kommer från professionen ” I och med den nya sjukhusdirektörens början här inleddes ju någonting som är annorlunda, det är ju helt uppenbart. Att samlas kring någonting som bärs framåt på ett annat sätt, och synnerhet i en sådan här organisation är det ett risktagande. Sticker man ut hakan och utmanar kulturella mönster eller traditionella sätt att kommunicera och så där, så får man en och annan snytning. Så är det. Och det innebär i en sådan här kultur, att då kräver man i olika grupperingar att chefer avgår. För man vill inte ha det på det sättet. Man vill ha sina egna kommunikationsvägar och direkt access till inflytande och så där”.

## **2.7 Management inom sjukvården**

Under 90-talet förändrades de ideologiska principerna alternativt att det var nya som tog över inom sjukvården, det var ett tecken att management fått ett större inflytande. Till viss del fick professionalismen ge vika för en ny ideologi- managerialism. Organisationens styrmetoder och strukturer förändrades med konsekvenser för professionerna och professionella organisationer (Öfverström 2008).

Beskrivning av managerialism kan enligt Solli & Czarniawska te sig så här ” det är ett nutida fenomen som kommer till uttryck i övertygelsen att management som en organisationsteknologi är överlägsen andra organiserings teknologier (professionella normer, affärs- och produktionsteknologi, självorganisering, administration baserat på lagar osv.)”

Managerialism förknippas med en styrningsmetod New Public management (NPM) som bland annat används i de nordiska länderna men även används i t.ex Kanada, Storbritannien. Management handlar om att det finns en uppgift som måste uträttas och att organisationer inte kan prestera om det inte finns en planering, koordinering och kontroll (Öfverström 2008).

Human services organisations i Sverige har ändrats strukturellt under tidigt 90-tal mot en företagsanda som är inspirerat av New Public management (Conell et. al. 2009, Thorell 2006).

NPM är influerad av den privata affärs sektorn där klienten betraktas som en konsument.

Om ledarskapet hade varit mer professionsstyrt hävdar forskare att dagens ledarskap skulle färgas av administrativa styrmodeller och marknadstänkande. Ofta styrs läkare som är chef av professionstänkande utifrån sin grundprofession medan hos sjuksköterskor eller de som tillhör en annan profession kan vi se en annan dynamik. Det tycks vara så att administrativa styrmodeller och marknadstänkande/ patientfokusering i högre grad syns i deras ledarskap (Dellve och Wikström 2006).

En talande beskrivning finns i Öfverstöms (2008) avhandling där en före detta verksamhetschef beskrev följande. ” Då kommer vi till 1980-talet och fortfarande blomstrar sjukvårdsverksamheten. Min förre chef sa att man gick till sjukhusdirektören och sa nu har jag en läkare här som ska jobba och jag vill ha en tjänst till samt motsvarande pengar. Ja visst, fint. Verksamheter som gick minus brydde man sig inte om och budget lade man nästan inte. Men så kom slutet av 80-talet och Sverige började stanna upp. Det blev en hård skola och parallellt en kraftig medicinsk utveckling. I och med att man började fråga sig vad sjukvården var till för som bara kostade en massa pengar tappade vi vår status. Och i samma takt som pengarna försvann så försvann också förmågan att åstadkomma saker. Då började vi jobba med kvalitet, process och kundperspektivet”

Näringslivets metoder och synsätt har fått influera sjukvårdens arbetssätt med ett marknadstänkande och fokus på kostnader. Management har en koordinerande funktion men får ta emot kritik eftersom rationalitet och effektiviseringstänkande är centralt (Öfverstöms 2008).

Buchanan et al. (1997) kom fram till att när de undersökte det brittiska sjukvårdssystemet som liknat det svenska att mellancheferna inte kände sig förberedda för det nya managementansvaret som kom i och med genomförandet av den nya chefspositionen. Däremot såg de att det fanns ett växande intresse och acceptans för bland medarbetarna att engagera sig och influera organisationens managementprocess.

Enligt Llewellyn (2001) antog mellancheferna en översättarroll mellan professionen som inte hade någon managementkunskap och sjukhuscheferna som inte hade medicinsk bakgrund. Denna forskare pratar om en ny sorts management nämligen medicinsk management. Det framkom även i hennes studie att gränsöverskridandet inte lyckades helt eftersom de medicinska cheferna valde att distansera sig från de administrativa cheferna där syftet var att ha kvar respekten från professionen.

### **3. Metod**

*Syftet med kapitlet är att öka förståelsen för studiens upplägg och motivera kommande resonemang. Vilken forskningsmetod och ansats som valts beskrivs men även det vetenskapliga förhållningssättet, resonemang förs kring problematik som kan uppstå med valt förhållningssätt och metod.*

### 3.1 Ansats och val av metod

Jag har valt att inrikta mig på att studera åsikter om dagens och framtidens kompetensbehov hos mellanchefer. Mellanchefer är ett lätt val eftersom de i sin chefsposition idag vet vilka kompetensbehov de har idag och borde därför vara bäst lämpade att sitta om framtiden.

När val av metod väljs ska främst två saker tas i beaktande nämligen att det valda studieobjektet bör definiera metodval och att valet anpassas till den initialt ställda problemformuleringen (Patel & Davidsson 2003). I min studie bedömde jag att kvalitativa djupintervjuer var ett passande tillvägagångssätt för att belysa mellancheferens kompetenskrav idag och i framtiden.

Mitt val blev att använda mig av fenomenologisk ansats, vilket innebär att fenomen studeras. Fenomen kan beskrivas som en företeelse så som den uppfattas, upplevs eller erfars av ett subjekt. Genom att använda mig av fenomenologi kan jag sätta parentes runt min förförståelse och koncentrera mig på vad respondenten upplever och erfar det är en metod som möjliggör att jag öppet kan följa respondenternas vardag.

Metoden möjliggör att på ett vetenskapligt sätt möta människors livsvärld. Forskaren studerar den värld som vi dagligen lever i, erfar, tar för given och talar om. Utan reduktionism vill forskaren förstå och begreppsligt bestämma verkligheten så som den visar sig för oss och upplevs av oss som subjekt. Forskaren vänder sig till den erfarna verkligheten med syftet att förstå fenomen, det gäller att varken ta sunda förnuftet, vetenskapliga teorier eller någons åsikter för givna utan det gäller att ge full rättvisa åt den företeelse som studeras. Öppenhet är ett centralt begrepp och har innebörden av att se det unika. Ett öppet livsvärldsperspektiv har intresset av att prioritera det unika i en situation och genom att analysera och beskriva det unika framträder variationer, likheter och skillnader (Dahlberg 1997).

Forskningsintervjun innebär möte mellan det intervjuade subjektet och dennes livsvärld samt att en reflektion uppstår hos den intervjuade det ställs därför krav på intervjun som metod. Forskaren hjälper den intervjuade att rikta uppmärksamheten mot ett intressant fenomen. Intresset riktar sig mot de djupt förankrade uppfattningarna och inte mot ytligt allmänt tyckande. Inget kan tas för givet forskaren vill att den intervjuade berättar mer och förtydligar sig, fördjupar sig och helst ger exempel. Öppen intervju har begränsningar eftersom intervjuaren behåller initiativet och kan kontrollera intervjun. Samtalsämnet skiftar inte spontant utan rör sig inom ett ämnesområde som är definierat. En annan nackdel är att genomföra intervjuer är inte lätt, träning behövs med fördel kan provintervjuer genomföras som träning (Dahlberg 1997). Min upplevelse av samtliga intervjuer är att de var lätta att



genomföra jag upplevde inte att jag kontrollerade intervjuerna utan respondenterna talade relativt fritt om sina upplevelser och erfarenheter så som de erfars. Jag genomförde inte några provintervjuer eftersom jag tidigare har använt fenomenologi som intervju metod.

Jag genomförde 6 djupintervjuer med öppna inledningsfrågor enligt fenomenologisk ansats. Samtliga intervjuer har genomförts på informantens arbetsplats antingen på deras kontor eller i konferensrum. Alla intervjuer är inspelade och har transkriberats av mig själv eftersom jag ville undvika ej korrekt återgivande. Intervjuerna varande mellan 50 minuter och 1 timma och 10 minuter. Ingen av informanterna hade något emot att bli inspelade. Jag upplevde inte att någon av informanterna inte pratade fritt trots inspelningen stödanteckningar gjordes inte eftersom jag litade på tekniken och bedömde att det skulle störa intervjun för mycket. Jag kontrollerade inspelningen direkt efter intervjun och om det inte hade fungerat hade jag satt mig ned och återgett intervjun direkt, det blev inte nödvändigt.

Jag har vid varje tillfälle beskrivit syftet med intervjun och min egen bakgrund samt vem jag kommer att lämna uppsatsen till när den är klar. Mitt mål har varit att informanterna ska känna sig trygga vid intervju tillfället och inte känna sig pressade, frågorna som jag har ställt har inte i mina ögon varit känsliga. Min upplevelse är att chefer är vana att presentera sig själva och sin verksamhet. Det var ingen som var ifrågasättande till varför jag var intresserad av mellancheferers kompetensbehov det kan ha att göra med att jag ställde inte frågan vad har du för kompetens utan kvarhöll mig i vilket kompetensbehov som behövs idag och i framtiden och vad man saknade när vederbörande tillträde som chef. Jag klargjorde även innan intervjun vad jag i stora drag var intresserad av att höra bl.a. deras professionella bakgrund, hur deras karriär såg ut och vilket ansvar de har i vardagen. En beskrivning av vilken metod jag använde beskrevs mycket kort att jag använde fenomenologisk ansats och är intresserad av deras upplevelser och erfarenheter. Min upplevelse är att de egentligen inte var intresserade av metoden någon enstaka ställde följdfrågor. Under intervjuerna undvek jag att prata om mig själv och mina erfarenheter utan deltog i form av bekräftelse som t.ex. humma och kommentera nähä, vad hände då, varför då osv. Jag försökte få dem att beskriva mer och tala mer eftersom jag ville få reda på så mycket som möjligt om deras unika erfarenheter och upplevelser. Min intention var att inte styra dem utan jag valde några få inledande öppna frågor och allt eftersom de berättade ställde jag uppföljningsfrågor. Det kan ju vara så att informanterna ställer sig i bättre dager än vad de är men jag har ställt en intervju i kontrast mot de andra för att få en bild av vad som är lika eller skiljer sig åt. Även om det är få informanter har jag fått en bild i mitt material av vad som är generellt hos mellancheferna.

## **3.2 Empiriskt fokus och urval**

För att jag i min studie skulle få större möjlighet att finna mellanchefer som kunde förmedla vilket kompetensbehov mellanchefer behöver idag och i framtiden tog jag hjälp av SUs HR avdelning. En medarbetare där som arbetar med SUs chefsstrategi och chefsrekrytering kontaktades för att ge förslag på intervjupersoner. Jag bad om intervjupersoner som de trodde skulle ha lätt för att ha åsikter om ämnet, kunna se i ett framtidsperspektiv, viktigt med olika bakgrunder utifrån eller från professionen samt en jämn könsfördelning. Förslag gavs på medarbetare som kontaktades och alla ville medverka. En nackdel med att bli rekommenderad intervjupersoner är att de kanske föreslår mellanchefer som de vill lyfta fram som goda exempel. I mitt fall spelar det mindre roll för mitt syfte är inte att analysera hur duktiga chefer de är utan hur de upplever och erfar chefsrollen.

## **3.3 Datainsamling**

### **Frågeställningar**

- Kan du beskriva din professionella bakgrund.
- Hur kom det sig att du blev chef.
- Vilket ansvar har du som mellanchefer.
- Om du idag skulle anställa en mellanchefer vilka kompetenser skulle du leta efter?

Ovanstående frågeställningar ställdes till alla respondenterna, övriga frågor ställdes utifrån deras svar samt deras upplevelser och erfarenheter.

## **3.4 Bearbetning och analys av data**

När intervjuerna blivit transkriberade bestod mitt material av ca. 150 A4- sidor. Jag använde mig av dubbelt radavstånd och indragna marginaler för att underlätta kodningen varje intervju bestod då av mellan 20-25. A4-sidor. Intervjuerna har blivit lästa många gånger om för att materialet skulle bli tydlig och visa sig för mig. Jag gjorde då en grov kategorisering av texten och samlade sedan ihop en typ av kategori från alla informanterna för att göra en noggrann analys. En jämförelse gjordes med varandra på vilket sätt de var lika och vad som skilde dem åt. Till slut började ett mönster träda fram och jag började sätta ihop text under de ämnen som växte fram.

### **3.5 Anonymitet**

Alla respondenter har lovats anonymitet vilket innebär att jag inte kan redovisa namn, kön, ålder eller arbetsplats inom organisationen. Jag kan däremot redovisa antal år som mellanchefer eftersom det finns ett flertal mellanchefer inom SU. Respondenterna har även fått möjlighet att säga till om det är något som de vill utesluta. En respondent har efter begäran läst igenom intervjun efter det att den skrivits ut. I mina citat har jag uteslutit allt som kan härledas till en viss person. Om respondenten t.ex har sagt namnet på någon chef eller medarbetare har det ersatts med chef eller medarbetare.

## **4. Empiri**

*Detta kapitel behandlar mitt empiriska undersökningsområde, material från mina intervjuer och bakomliggande förvaltningsdokument redogörs för. En uppdelning av kapitlet har gjorts i övergripande 9 avsnitt där de följer mina olika områden som har visat sig för mig utifrån respondenternas erfarenheter. När respondenterna har angivit en viss verksamhet eller någon vid namn har jag ersatt det med exempelvis min chef eller han/hon för att upprätthålla anonymitets kraven. Fiktiva namn har givits respondenterna utifrån första kvinnliga eller manliga namn utifrån Sveriges namnsdagar.*

### **4.1 Bakomliggande faktorer**

*I detta avsnitt görs en redogörelse för bakomliggande faktorer i form av Västra Götalands chefskriterier, chefsförsörjningsstrategi och ledarutveckling inom SU, karaktäristika för kontexten och funktionen mellanchefer inom SU.*

#### **4.1.1 Västra Götalands chefskriterier**

Chefskriterierna visar vilka kompetenser chefer behöver visa i deras chef och ledarskap. Kriterierna är grunden för identifiering, utvärdering, rekrytering och utveckling av chefer. De är även basen när regionen använder Assessment center som metod vid bedömning och urval. Inom Västra Götalandsregionen har chefer och medarbetare en gemensam uppgift nämligen att omsätta politikernas demokratiskt fastställda mål och beslut i handling. Som chef inom Västra Götalandsregionen innebär det ett samlat verksamhets-, ekonomi- och personalansvar. För ett framgångsrikt chefskap behövs ett integrerat chef- och ledarskap utifrån de krav och värderingar som ligger till grund för regionens chefsuppdrag.

#### **Värdegrundsbaserat chefskap**

Förmåga att aktivt verka utifrån regionens värdegrund, verksamhetsidé och strategier som bidrar till ett arbetssätt som gynnar verksamhetens resultat och kvalitet. Engagemang och

visar viljan att leda andra. Har god självkänedom och en medvetenhet om alla människors lika värde. Agerar som en förebild och är normskapare. Är lojal mot organisationen och fattade beslut.

#### **Mål och resultatorienterat chefskap**

Arbetar med att ta fram långsiktiga och kortsiktiga mätbara mål samt nyckeltal för verksamheten. Är drivande, tar beslut och initiativ, ansvarstagande och ser till helheten. Åstadkommer resultat och slutför arbeten. Analyserar och följer upp verksamhetens resultat och kvalitet. Tar en tydlig arbetsgivarroll.

#### **Utvecklingsorienterat chefskap**

Mot uppställda mål driver och utvecklar verksamheten utifrån kundfokus genom ständiga förbättringar i dialog med andra. Tar tillvara möjligheter till förbättringar och ser till kundens behov. Ger förutsättningar för delaktighet, utveckling och lärande, inspirerar och påverkar utvecklingen. Stödjer medarbetarnas utveckling samt arbetar med egen utveckling.

#### **Kommunikativt chefskap**

Förmåga att uppfatta, anpassa, konkretisera och förmedla budskap. Anpassar sin kommunikation till målgruppen uttrycker sig tydligt och strukturerat. Är en aktiv lyssnare, lyhörd och för en dialog med andra. Förtroendegivande och agerar övertygande i såväl informella som i formella situationer och utsatta lägen. Bygger relationer är synlig och tillgänglig för andra (VGR´s chefskriterier 2010).

### **4.1.2 Chefsförsörjningsstrategi och ledarutveckling inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)**

Inom SU anser ledningen att ett framgångsrikt chef- och ledarskap är betydelsefullt för verksamhetens och sjukhusets fortsatta utveckling. Att arbeta strategiskt och målinriktat med chefsförsörjning är avgörande för sjukhusets framtida chefsförsörjning och ledarutveckling. Syftet med en gemensam strategi för sjukhuset är att ange vad som behövs för att identifiera, rekrytera, utveckla och behålla chefer.

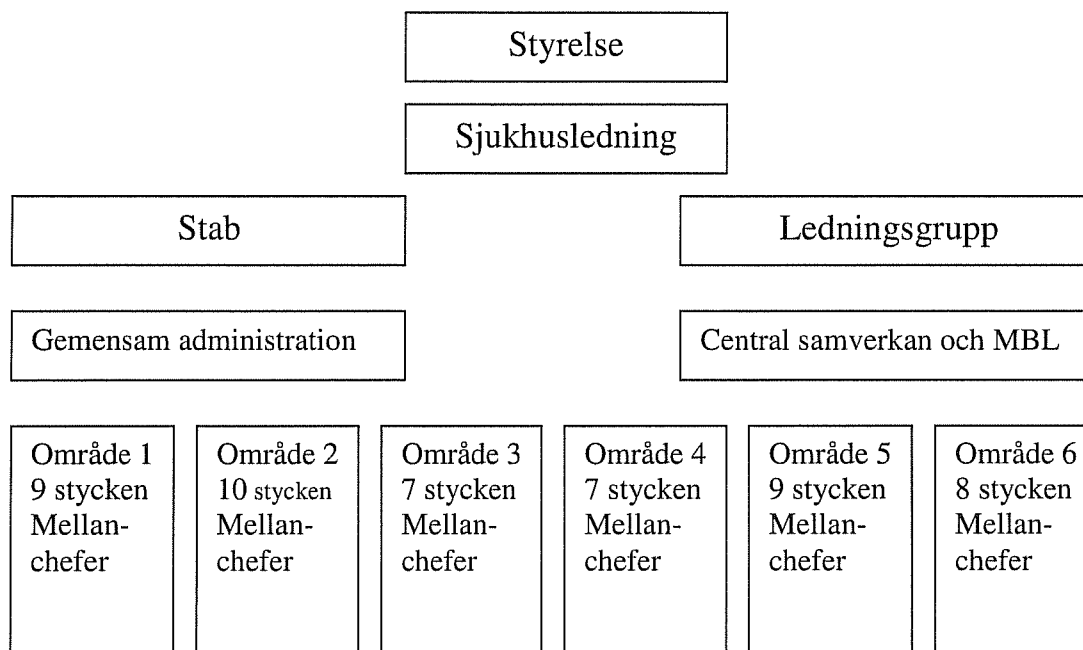
Sjukhusets syn på chefskapet är att det är en formell roll med ansvar för verksamhet, medarbetare och ekonomi. Funktionen chef är tydligt i uppdraget, ansvaret och befogenheterna samt ses som en profession i sig. Att arbeta som chef innebär att vara arbetsgivare, att leda medarbetarna mot uppställda mål och uppnå goda resultat. Chefskapet är den formella grunden för ledarskapet vilket medför att chefskapet även kräver ett bra ledarskap.

Synen på ledarskapet som sjukhuset har är att det är en relation som är resultatet av samspelet mellan ledaren, gruppen och det organisatoriska sammanhanget. Ledarskapet ska kännetecknas av en helhetssyn, kunskap om verksamhetens flöde och processer samt inneha kund- och patientförståelse. Ledarskap som är framgångsrikt bygger på självkänedom, personlig mognad, leda processer, vara kommunikativ och förmåga att hantera komplexa situationer.

Varje chef inom SU ansvarar för att årligen identifiera minst två medarbetare som bedöms som lämpliga chefskandidater i framtiden. För att identifiera lämpliga kandidater används gällande chefskriterier. Genus, etnisk- och kulturell mångfald ska eftersträvas vid identifiering av potentiella chefer. Lämpliga kandidater efter Assessment center erbjuds plats i sjukhusets chefskandidatprogram.

Rekrytering av chefer görs systematiserat och grundligt, utgår från en kravspecifikation för den aktuella befattningen. Kravspecifikationen innehåller gällande chefskriterier samt krav på kompetens och erfarenhet. Om möjligt ska det finnas både män och kvinnor kvar som slutkandidater. Sjukhuset strävar efter tillsättning av chefer öka den etniska och kulturella mångfalden. Chefskapet inom SU är ett tidsbegränsat förordnande. Vid anställning upprättar närmaste chef en individuell plan för inskolning, introduktion, chefstöd och utveckling. Inom sjukhuset finns en önskan om att öka den interna rörligheten bland chefer. SU anser att rörligheten är ett viktigt instrument för att utveckla såväl individerna som organisationen. Sjukhuset har introduktionsprogram för nya chefer och den nyanställda chefen ska erbjudas plats inom 6 månader från anställningsdagen. Utbildningen är 8,5 dagar lång och tar upp chefsrollen, chef- och medarbetarskap, arbetsrätt, organisation, lönepolitik, rekrytering, ekonomistyrning, arbetsmiljö och verksamhetsutveckling. Det finns även ett regiongemensamt introduktionsprogram på 2 dagar som den anställda erbjuds att gå. Detta program tar upp värde gemensam fakta om regionens verksamheter och politikerrollen. Som chef inom SU erbjuds en mentor som "bollplank" men även erbjudande att delta i handledning i sin chefsroll. SU erbjuder utvecklingsprogram för chefer som har flerårig erfarenhet som chef det finns även regiongemensamma utvecklingsprogram att tillgå.

### 4.1.3 Karaktäristiska för kontexten



Figur 2. SUs organisationsstruktur

**Styrelsen** är sjukhusets högsta beslutande instans. Den består av ledamöter som utses av regionfullmäktige. Styrelsen ansvarar för att verksamheten inom sjukhuset bedrivs effektivt och ändamålsenligt, med hög kvalitet och rätt kompetens. De ser även till att verksamheten bedrivs och utvecklas enligt regionfullmäktiges beslut samt hälso- och sjukvårdsnämnderna. Styrelsen beslutar vilka beslut som ska tas av styrelsen och vilka som delegeras enligt en fastställd delegationsordning till sjukhusdirektören. Sjukhusdirektören beslutar sedan vilka beslut som han delegerar vidare till andra.

**Ledningsgruppen** för Sahlgrenska tar ställning och behandlar sjukhusövergripande frågor som oftast är långsiktiga och principiella. Beslut fattas alltid av enskild chef oftast sjukhusdirektören alternativt enligt delegationsordningen. Ledningsgruppen består av sjukhusdirektören, områdescheferna, stabsdirektörer, kanslichefen och två deltagare som är utsedda av Sahlgrenska akademien. Det finns ett arbetsutskott som förbereder ärenden till ledningsgruppen.

**Samverkan** den centrala samverkansgruppen utgör centralt organ för medbestämmande- och arbetsmiljöfrågor av övergripande karaktär.

**Områdeschefer** finns det sex stycken inom SU och de leder och samverkar mellan 7-10 verksamhetsområden vardera. De är alltså chefer till de mellanchefer som jag har studerat.

**Verksamhetschef/Mellanchefer** beskrivs nedan men inom SU finns det 50 verksamhetschefer

**Förstalinjens chef** kan vara sektionschef, enhetschef eller vårdenhetschef och är chef över en enhet. Det är medarbetarens första chefskontakt i linjen och de chefer som mellanchefer är chef över.

Organisationen är en toppstyrd hierarkisk organisation där beslut fattas i linjen.

#### **4.1.4 Funktionen mellanchefer inom SU**

Mellanchefer inom SU tituleras Verksamhetschef förutom ett juridiskt ansvar har chefer ett mandat uppifrån i organisationen. Chefskapet är tidsförordnande vanligtvis mellan 3-5 år. Som chef ingår du i ett ledningssystem som styrs från sjukhusledningen och sjukhusdirektören som beskrivs ovan. SU har ett kompletterande uppdragsbeskrivning för verksamhetschefen där det framgår att han/hon är arbetsgivare vilket innebär ansvar för verksamhet, kvalitet, forskning, utveckling och utbildning, medarbetare inkl. arbetsmiljö samt ekonomi. Verksamhetschefen ingår i en ledningsgrupp som har ansvar för helheten alltså för SUs verksamheter, medarbetare och ekonomi. Det framgår även att verksamhetschefen har ett stöd av stabspersoner inom kvalitet och verksamhetsutveckling, HR avdelningen och Ekonomiavdelningen. Verksamhetschefen har också ett ansvar att följa lagar, avtal, författningar, sjukhusets och regionens styrdokument, verkställa fattade beslut och arbeta för att nå gällande mål ( SUs chefsavtal)

Enligt Öfverström (2008) arbetar chefer inom Västra Götalandsregionen utefter en hierarkisk vertikal styrning istället för en kollegial eller horisontell styrning som är vanligt i professionella organisationer. Skillnaden är att du som chef ska samarbeta med andra personer och arbeta efter andra principer än vad man gjort tidigare i sin professionella medicinska skolning som chef har du ansvar för en hel verksamhet och flera yrkesgrupper (Öfverström 2008). I en studie inom VGR beskrev mellanchefer att vårdkedjor kommer att vara en central del i verksamhetsutvecklingen. De betonade att vara chef i en organisation som både betonade vårdkedjor och linjeorganisationen var svårt eftersom otydlighet uppstår.

Otydligheten bestod av var gränserna går, samt hur arbetet ska ledas, fördelas och hur beslut ska tas. Ledarskapet i en hierarkisk organisation beskrevs utifrån gränssättning och för att skapa vårdkedjor behövs gemensamt ansvar och att överskrida gränser. Chefer ansåg att "Västra Götalandsregionen måste bestämma sig" (Dellve och Wikström 2006).

Inom de akademiska sjukhusen är det ofta ett måste att forska och doktorera för att kunna bli godtagbar för en chefstjänst. Om man vill arbeta kvar på ett akademiskt sjukhus blir det förr

eller senare ett mindre tvång att forska eftersom det ses som en merit vid chefstillsättandet (Öfverström 2008).

## 4.2 Chefens bakgrund & rekrytering

I min studie framkom det att respondenterna blev chef antingen av en tillfällighet 2 stycken eller att de blev tronarvinge 2 stycken och där de två sista gjorde det som ett strategiskt val. Mellancheferna hade olika lång erfarenhet som mellanchefer den som hade minst erfarenhet hade varit mellanchefer i 2 år de övriga hade 6, 12, 14 och 18 års erfarenhet.

Mellancheferna Rosa berättar hur hon blev mellanchefer:

”halkade jag som ett bananskal in som tillförordnad verksamhetschef, 1997 började jag arbeta som verksamhetschef utan någon förberedelse alls kan jag säga och sen har jag fortsatt med det på ordinarie bas jag har varit verksamhetschef i 14 år, när jag började kan jag inte påstå att jag hade så mycket formell eller reell kompetens på området utan det har jag fått ta till mig under tiden”

**Mellanchefer Rosa**

Deras bakgrund skiljer sig åt där hälften axlar den traditionella rollen som läkare som senare blir verksamhetschef, två av de övriga tre kommer från någon profession inom sjukvården medan en chef kommer utanför professionen sjukvård. De har rekryterats på lite olika grunder där fem av dem bl.a. rekryterades för att de var duktiga kliniker som hade utmärkt sig på något sätt medan 1 av dem rekryterats främst på sin chefserfarenhet och ledaregenskaper. Två av de 6 respondenterna har sedan rekryterats till andra verksamhetsområden där de då främst har rekryterats för sina goda chefs- och ledaregenskaper och inte för att de varit duktiga kliniker. Åsikterna från mellancheferna är samstämmiga att det är en fördel att mellancheferna har en medicinsk bakgrund men samtliga kan även se att mellancheferna kan komma från en annan profession och att de då kan komplettera varandra. En mellanchefer beskrev det som:

”om jag ser mig omkring, vilka personer som blir tillsatta så har det ändrat sig allra mest de senaste åren tror jag, olika yrkeskategorier kommer på fråga vid tillsättning” **Mellanchefer Ulrika**

De flesta ser att mellanchefer inte är ett första chefsarbete där möjligheten för läkare nu även finns inom SU att få erfarenhet som chef innan vederbörande söker en mellancheferns tjänst. Det finns en samstämmighet i att mellancheferns roll är komplex i och med att mellancheferna är chef över andra chefer och är det ens första chefsroll kan problem uppstå. Mellancheferna ska bl.a.



leda ledningsgruppen och är man då ovan vid att vara chef har flera av dem känt sig otillräckliga i att kunna coacha vana förstalinjens chefer.

Mellanchefer Rosa beskrev det så här:

”jag kan ju tycka egentligen att chefserfarenhet hör till det viktigaste men där är vi ju inte speciellt bra på att rekrytera på det viset det kanske inte alltid finns så mycket möjlighet till det”

**Mellanchefer Rosa**

Samtliga mellanchefer som intervjuats ser vikten av att när SU rekryterar mellanchefer är det viktigt att chefsegenskaperna sätts främst och inte att bakgrunden är en ”duktig kliniker”. Chefserfarenhet lyfts fram men även kommunikativförmåga, samarbete, resultat, social förmåga, förtroende, målmedvetenhet, ”brinner för att vara chef”, ”rätt inställning till chefskap”, utvecklings benägen och framtids fokus. En av respondenterna talar om vikten av forskningsbakgrund att det inte lyfts fram mer kan bero på att det ses som en självklarhet hos mellancheferna.

Klas uttrycker det så här:

”man öppnar ju upp trots allt eftersom man valt en person utifrån som inte har den förväntade bakgrunden men är läkare och disputerad är jag vilket är ett minimikrav, men jag har ingen tung klinisk förankring just här” **Mellanchefer Klas**

Alla utom en mellanchefer lyfte fram den kliniska kunskapen att den är viktig att ha åtminstone i sin första mellancheferroll. De menade på att då har man kunskap i ett av de ”tre benen” som mellancheferna ansvarar för, de definierade de tre benen som verksamhet, personal och ekonomi. Mellancheferna ansåg att det blir en för stor press på sig som chef att inte ha erfarenhet i något av de ”tre benen” De såg också en risk i att man inte får förtroende hos medarbetarna. Det kunde uttryckas på följande sätt:

” jag kan ju se att det är stora fördelar med att ha en medicinsk bakgrund för det är ju lättare för mig att sätta mig in i de dagliga problemen i verksamheten det tror jag och man har det tillgodo det är tillräckligt mycket som är nytt ändå som man ska sätta sig in i jag tror just att chefskapet ändå innebär det är ju självklart men det är viktigt att skapa förtroende för de man jobbar med om man inte får en grundläggande tillit så kan man inte utträta någonting så småningom” **Mellanchefer Klas**

Mellancheferna såg också att det är viktigt att en rekryteringsgrupp arbetade med att hitta verksamhetschefer hälften av mellancheferna såg också vikten av att ha en chefs rörlighet inom SU. Den allmänna uppfattningen var att det idag sker i mycket liten omfattning.

### 4.3 Chefskapets tradition

Alla intervjuade mellanchefer såg att den tidigare traditionella chefen var den duktiga klinikern, professorn det var han/hon som blev mellanchefer. Det uttrycktes bl.a. enligt nedan:

”för 14 år sedan var det fortfarande vanligast att man kvalificerade sig för sådana här arbeten genom att man var kliniskt duktig eller forskningsmässig och att satsa på chefsrollen eller kunskap för att bedriva chef och ledarskap det kom ju i andra hand, tidigare var det ingen som blev handplockad tror jag, inte bara blev utsett men det var dom kvalitéerna som var viktiga det var givet att professorn som var bäst på att operera var verksamhetschef” **Mellanchefer Rosa**

Samtliga respondenter kunde känna igen att mellanchefer är ingen karriärväg uppåt för läkare och tidigare kunde det vara svårt att få läkare till dessa tjänster. Det kunde till och med vara så att chefskapet var något som vandrade runt de kunde se det som en börda. Respondenterna kunde se att det även till viss del är så idag men de flesta upplevde det inte så. En beskrivning såg ut såhär:

”det är det fortfarande om jag tittar bland läkare så är det inte särskilt populärt att bli verksamhetschef tror jag det är liksom att läkarna försvann under en period väldigt mycket som chefer det var mer så att man nästan tvingades fram jag vet inte men jag hoppas att det ska bli en förändring där för en blandning behövs att även läkare behövs ” **Mellanchefer Aurora**

En annan mellanchefer beskrev det såhär:

”jag tycker att det har blivit att det är accepterat för några år sedan var det mycket så att någon får ta på sig detta någon måste göra det, det var ett nödvändigt ont men okey vi måste göra det eller vi delar på det man tar några år var eller så men så uppfattar jag det inte i de kretsarna som jag rör mig nu i alla fall, utan ser det som ett viktigt uppdrag och de som åtar sig det är i allmänhet gärna gör det ” **Mellanchefer Rosa**

Det är endast från 1997 som Socialstyrelsen öppnade upp för andra yrkeskategorier än läkare att kunna bli verksamhetschef. Den nya företeelsen att andra än läkare är mellanchefer inom sjukvården hade nästan alla respondenter erfarenhet av, att ha någon i ledningsgruppen för

mellanchefer som inte var läkare. Den gemensamma kommentaren var att det är berikande frågor som ställs de skulle aldrig bli ställda annars. Det framkom även att det är viktigt att vi kan se sjukvården med andra ögon vi får inte bli hemmablinda. En kommentar kunde se ut såhär från en mellanchef som inte har sjukvårdserfarenhet:

”aldrig ifrågasatt däremot kan det bli för tyst ibland om jag tänker för stora tankar om jag spinner på någonting kan det te sig ibland lite provocerande det vill säga jag lägger fram tankar idéer som inte riktigt ryms i enskilda medarbetares sinnesvärld det vill säga varför är vi organiserade på följande sätt, varför kan vi inte tänka på ett annat sätt, varför kan vi inte slå ihop iva, operation, och kirurgi. Då blir det alldeles tyst det går ju inte säger man det går ju visst om man har ett processtänk så är organisationen ett medel för att nå nyttan” **Mellanchef Esaias**

En mellanchef med läkarbakgrund kunde se det enligt följande synsätt:

”det tror jag absolut kan tillföra någonting sedan tror jag det är för att de har andra bitar med sig som vi i allmänhet inte har i sjukvården det som kan vara svårt som jag också har sett det är ibland förståelsen för att vissa saker kommer att vara väldigt svåra att genomföra det kan ju vara både en fördel och nackdel för jag kanske aldrig skulle våga att genomföra det ens” **Mellanchef Aurora**

Bland mina respondenter fanns en skillnad som kunde ses om mellanchefen hade läkarbakgrund då var de inte lika stora förespråkare för att öppna upp för andra yrkeskategorier som mellanchefer men det var ingen av dem som var negativt inställd. En mellanchef trodde att vi skulle se en tillbaka gång att det i framtiden blir fler läkare som blir mellanchefer. De som inte hade läkarbakgrund kunde däremot se att det skulle öka att vi får fler mellanchefer som inte var läkare. En mellanchef uttrycker sig så här om den traditionella verksamhetschefen som var den duktiga klinikern:

”man fuskade man tog inte hela ansvaret man hade ett väldigt starkt fokus på den egentliga kliniken sen allt pyssel runt omkring det vill säga samordnandet och alla de helheterna som finns i de stora verksamhetsrapporterna det sköttes lite vid sidan om” **Mellanchef Esaias**

#### **4.4 Chefens kompetensbehov**

Mellancheferna inom SU som jag har intervjuat inser vikten av att vara förberedd innan man inträder ett chefskap på mellanchefsnivå. Samtliga ser att de behöver kompetens inom verksamhet, personal, ekonomi, men även t.ex. juridik och avtal. Hälften av mellancheferna

lyfter fram samarbetet men fackliga organisationer eftersom det är lätt att begå misstag här om de inte har erfarenhet av liknande organisationer. En beskrivning från mellanchefer Rosa:

”Det var ju väldigt mycket sådant i alla dom här områdena kanske inte medicinska delen som var den enda som jag hade erfarenhet av men både personal och arbetsmiljö och facklig samverkan och ekonomi och så hade jag haft stor nytta av att kunna mer teoretiskt jag kanske inte ska gå in på exempel men hade jag inte haft min mentor att rådfråga hade jag hoppat i galen tunna tidigt vad gäller samverkan och så för jag visste inte hur det skulle läggas upp” **Mellanchefer Rosa**

Flertalet av mellancheferna sa att man får lära sig den hårda vägen genom att när jag stöter på ett problem får jag försöka lösa det. De flesta cheferna hade gått någon ledarskapsutbildning innan de blev mellanchefer men den allmänna uppfattningen var att du tar inte till dig kunskaperna innan du får användning för dem. Dessutom är det en sak att få undervisning i hur det ska fungera och när man sedan upptäcker att det är inte så det fungerar i praktiken blir det en förvirring. En efterfrågan bland mellancheferna finns att få utbildning i hur det lokalt fungerar på det verksamhetsområde som mellancheferna ska leda. Någon av mellancheferna beskrev att ibland får man se ut som man vet även om man inte vet eftersom förtroendet hos medarbetarna i annat fall skulle bli ifrågasatt. Samma mellanchefer beskrev också att det många gånger var bra att blotta sig att man inte kan men att det får vara en balansgång här emellan så att förtroendet finns kvar.

Samtliga mellanchefer såg det också som viktigt att arbeta med det personliga chef- och ledarskapet för att kunna bli en bra chef och att ta till sig nya kunskaper som t.ex. management. Esaias beskriver det nedan:

” som verksamhetschef är det bra om du är medicinare men de borde vara management orienterade också för deras uppgift är inte i första hand att vara en duktig doktor utan det är att gå in och vara en duktig chef och ledare” **Mellanchefer Esaias**

Hälften av respondenterna lyfte fram att kompetens för att leda en ledningsgrupp behövs. Det kändes som en svår uppgift att leda när de var nya mellanchefer. Flera mellanchefer berättade att de varit med i samma ledningsgrupp tidigare som de nu skulle leda. Ingen av respondenterna kände att de hade tillräckliga kunskaper utan här har de fått skaffa sig kunskaper genom rådfrågning och erfarenhet. Flera utav mellancheferna hade haft inne konsult i ledningsgruppen för att leda arbetet vidare. De flesta såg den ideala ledningsgruppen

som en ledningsgrupp som tog ansvar för helheten och det var endast en mellanchefer som ansåg att ledningsgruppen var där. En mellancheferns kommentar:

”få ledningsgruppen att fungera är nyckeln, både för en själv som verksamhetschef men också för verksamheten för får man ledningsgruppen att fungera bra så får man mycket större utväxling på det man vill genomföra, tyvärr tror jag det är lätt att underskatta det jag tror att var och en tänker att sköter var och en sitt så fungerar det bra men får man ledningsgruppen att fungera som en grund att ge och ta och tipsa varandra och stötta varandra och ha roligt tillsammans då tror jag verkligen att man når mycket längre” **Mellanchefer Klas**

De flesta mellancheferna beskrev att initialt som chef var man helt upptagen med personal, ekonomi, verksamhet att det upptog hela ens tid att det var tröttande när man inte är van. Hos en del fanns även en önskan att försöka lösa allt själv och inte fråga om hjälp eller inte veta vart man ska vända sig. En mellanchefer berättelse:

”att det var aldrig meningen att jag själv skulle fixa det utan det skulle HR-avdelningen göra och det skulle ekonomiavdelningen gjort. Det var underförstått det uttalades aldrig eller fanns nedskrivet utan det förväntades att jag skulle veta när jag tillträdde” **Mellanchefer Klas**

Det fanns en samstämmighet att den verkliga kunskapen får de genom praktisk erfarenhet. Mellancheferna kände att det är den kunskapen som består när de har löst något problem eller situation. Det kunde speglas på följande sätt:

”med tiden gått några olika utbildningsprogram som gett mig en del men det allra mesta måste jag säga att jag har lärt mig genom att arbeta tillsammans med ekonom och personalsekreterare och min egen chef osv. den mesta praktiska kunskapen har nog kommit därifrån för att man ställs inför olika frågor och då får man ta reda på hur man ska lösa det” **Mellanchefer Ulrika**

## 4.5 Chefsutveckling

Alla respondenterna ser vikten av att förbereda sig inför chefskapet där ett par förespråkar hälso- och sjukvårdsadministration andra chefskandidatprogram alla ser dock vikten av introduktionsprogram för verksamhetschefer som nödvändigt. Två av de mellancheferna jag intervjuade kom från SUs chefsförsörjningsstrategi där de var uttagna till assesment center och sedan blivit erbjudna chefskandidat program. Endast hälften av mellancheferna kände till VGR´s kurser på magisternivå för chefer inom regionen. Några mellancheferns synpunkter:

” jag tror inte på de här interna kurserna utan kurser kopplat till olika högskolor är ett måste om man inte har det innan måste man få möjligheten att läsa in det efteråt ” **Mellanchef Aron**

”jag hade inte varit i någon ledningsfunktion alls och jag kände inte ens till verksamhetens ledningsarbete kan man säga när jag gav mig in på detta så det var väldigt knapphändigt det jag hade med mig det är klart sen ser jag kolleger framförallt av andra yrkeskategorier som har förberett sig på ett helt annat sätt som har läst hälso- och sjukvårdsadministration sådana möjligheter som finns att läsa tror jag man är mycket bättre rustad ifrån början jag har fått lita till mentorer, kollegor och har fått fråga mig fram sen har jag gått ett antal utbildningar under tiden men det hade inte varit så dumt att ha det innan eller introduktionsprogram det finns ju ordnat nu för nya chefer det fanns inte då” **Mellanchef Rosa**

”idealt är ju att man blir identifierad som chefskandidat och med assesment center går chefsaspirant program där man verkligen har chansen att få till sig kunskap och fundera hur ett ledarskap skulle gestalta sig att man har en förberedelse där innan man åtar sig ett uppdrag och sedan introduktionsprogrammet” **Mellanchef Ulrika**

”det var så många olika delar i chefskandidatprogrammet sen tror jag mycket var att man har ju ett väldigt intensivt utbyte med dem man går kursen med så man får många olika vinklar på mycket, man får intryck på många olika sätt och det ger väldigt mycket, och det som gavs mest var väl inte de rent teoretiska administrativa bitarna för det får man i efterhand, utan det var hur tänker man som chef, och ur är det att vara chef och ledare i olika situationer, och vad hamnar jag i, och hur tänker jag då på det, och vad händer, man fick upp ögonen lite på hur komplext det är”

**Mellanchef Aurora**

Flera av mellancheferna efterfrågade chefsstöd i form av mentorer, coach eller handledning två av mellancheferna hade egen erfarenhet som de upplevde positivt. Det framkom även att det inte var vanligt att mellanchefer hade handledning endast två mellanchefer från SU just nu enligt en respondent. Det som förekom allt vanligare och det var att mellancheferna hade informella mentorer som de skaffat sig själva det kunde vara bekanta eller kollegor som de rådfrågade. Respondenterna uttalade att frågan om mentor eller liknande kom upp vid fel tillfälle oftast vid tillsättningen, flera uttalade då att då har man fullt upp med andra saker att bara sätta sig in i sin roll. Flera uttalade att behovet kommer efter cirka ett år och att det sker på deras egna initiativ. En mellanchef uttryckte sitt behov såhär:

”coach det tror jag man behöver och kanske inte första halvåret för då har man fullt upp ändå men kanske andra halvåret eller andra året att man ska in i något sådant jag tror det är väldigt viktigt för uthålligheten om man vill ha kvar sina mellanchefer, under det första halvåret funderade jag

många gånger på att kasta in handduken för jag tyckte det var så jobbigt att och jag tror mycket tack vare dom delarna verksamhetschefs introduktionen och coachningen kände jag det här går ju liksom och man får ett annat perspektiv och man ser att andra har liknande svårigheter”

**Mellanchefer Klas**

Det framkom hos en respondent att det saknas en tydlig plan för hur man utvecklar ledarskapet på ett bra sätt inom SU. Var och en gör på sitt sätt och vi har nästan ingen chefs rotation. Han upplevde att SU måste bli bättre på att sprida de goda chefserfarenheter som finns vi behöver berika varandra och hitta lösningar. Framför allt tyckte han att det var mycket duktiga första linjens chefer som vi inte tar tillvara på som ett exempel tar han upp att det är inga vårdenhetschefer som söker verksamhetschefs arbete om de inte blir handplockade.

Hos flera mellanchefer framkom det också att chefsutveckling var lite av fritt valt arbete en del tog till sig allt medan andra aldrig deltog. Flertalet uttryckte också att det finns kurser och utbildningar men man måste vara oerhört aktiv för att hitta dem det ligger på en själv att hitta möjligheterna. De uttalade det är inte mycket som är obligatoriskt. Ett par exempel på hur det upplevs:

”det erbjuds ju olika utbildningar, utvecklingsprogram och så vidare i förbättringskunskap osv. i olika specifika typ Lean olika strukturer där man blir erbjuden att delta men sen hänger det på ens personliga intresse att man hänger på” **Mellanchefer Aron**

”Jag gör nog så att i början när jag inte kände läkargruppen så väl då gick jag nog väldigt mycket till en person som jag lärde känna först som är väldigt erfaren och så i och för sig men han kan ju en del eftersom det här ögat har ju jätte många olika delar så nu har jag lärt mig och vant mig att gå till olika personer” **Mellanchefer rosa**

Hos flera av respondenterna framkom det att förtroende och tillit är något som de professionella yrkesutövarna i deras ögon måste känna för mellancheferna. Om inte medarbetarna kände det gick det inte heller att bedriva sitt chefskap optimalt. Ett par av respondenterna uttryckte förståelse för att medarbetarna inte alltid följde tagna beslut. Vid de tillfällena såg mellancheferna att de stått med patienten framför sig och inte kunnat säga nej. Mellancheferna uttryckte det som att vården måste ha en viss kvalitet.

## 4.6 Chefens ansvar

Givetvis fanns en samsyn vad mellancheferna ansvarar för det vill säga verksamhet, personal och ekonomi. Det framkom också tydligt hos alla mellanchefer att du som mellanchefer säkerställer att helheten tas under beaktande. Två mellanchefer svarade så här:

”Jag upplever ansvaret ganska omfattande för det är ju lag och reglerat i författning vad en verksamhetschef ansvarar så att säga det finns ju flera nivåer av andra chefsnivåer som i och för sig är överordnade ansvariga men just för verksamhetens innehåll och den medicinska säkerheten och så vidare måste verksamhetschefen ta ansvar för även om man inte rör över alla frågor känns det som ett förhållandevis stort ansvar” **Mellanchefer Rosa**

”Jag har ju ansvar för allt och jag tycker att det är viktigt att det är klart att det är klart att jag har det övergripande ansvaret för allt men en stor bit är att jag måste vara extra drivande i att förändra utveckla och komma framåt framför allt det finns många goda idéer och drivande krafter här och där och fångar jag inte upp dem och får upp det på bordet och föser det framåt så händer det väldigt lite så det ser jag som ett extra viktigt ansvar” **Mellanchefer Aurora**

Det framkom att samtliga mellancheferna tyckte att verksamhetsutveckling var extra viktigt att ägna sig åt. Samtliga mellanchefer önskade också mer tid till detta område. Framför allt de som hade en medicinsk bakgrund där kunde jag se att personal och ekonomi frågor inte prioriterades på samma sätt som verksamhetsutveckling.

Ingen av mellancheferna tyckte att ansvaret som mellanchefer var oklart och de tyckte att det blir ju extra tydligt i och med att en författning reglerar uppdraget. Flera underströk också att verksamhetschefens ansvar kan se olika ut beroende på var du arbetar det skiljer sig på ett universitetssjukhus framför ett länsjukhus. Inom SU ansvarar du som verksamhetschef över verksamheten, forskningen och utbildningen, ingen aktivitet får ske i bekostnad av någon annan.

## 4.7 Chefskapets fördelning

De verksamhetschefer som har läkarbakgrund har samtliga upplevt hur man slits mellan klinik och chefskapet. Samtliga 3 personerna har kommit fram till att vill man bedriva ett bra chefskap kan man inte kombinera det med att arbeta kliniskt, chefskapet är ett heltidsarbete som måste prioriteras. De tre cheferna som har en annan bakgrund där har det från start varit självklart att det här arbetet sker på heltid de har inte slitits mellan sin yrkesprofession och



professionen som chef. Det verkar också som de är mer målmedvetna med att chefskapet är deras nya profession. De upplever inte någon frustration över att endast vara chefer. Enligt en respondent kan man fortfarande som verksamhetschef förhandla och få en viss del kliniskt t.ex. som forskning men att det då är självvalt. Det är inte som tidigare att var man mellanchefer på 50% och läkare på 50%. Läkarna beskriver det som en process där man själv får besluta sig för att sluta arbeta kliniskt. De mellanchefer som har sin bakgrund i kliniken där är det vanligt att man tar och går in som bakjour. En mellanchefer beskriver det såhär nu när han har en ny tjänst där han inte kan arbeta kliniskt:

”rent personligt ser jag det som en lättnad för jag ser att en hel del bakjourer och ibland kunde det vara en hel del jobb och då var det ju ändå så att jag skulle vara en lika bra chef dagen efter och jag blev väldigt trött av det faktiskt man förväntas vara tillgänglig på heltid det är ingen som tycker det är okey att flytta på ett möte” **Mellanchefer Klas**

De som har bakgrund som läkare talar sig också varma för att inrätta funktionen sektionschef för läkarna (förstalinjens chef) eftersom deras arbetsbörda då blir lättare. Mellanchefer rosa uttrycker sig såhär:

”sen har man ju som verksamhetschef har man olika fördelning av arbetsuppgifter tidigare hade man ju alla läkare direkt underställda sig då har man ett stort personalansvar och det håller ju också på med ett systemskifte att man tillför första linjens chefer för läkarna också det gör en väldigt stor skillnad vill jag säga för det gjorde jag först på inom en annan verksamhet och sen när jag haft det där i ett år flyttade jag hit och har nu efter två år infört det här det gör en väldigt skillnad i hur man kan koncentrera sig på verksamhetschefens uppdrag att arbeta strategiskt för verksamhetens del och så man måste ha någon tidsmässig möjlighet att ägna sig åt de frågorna också” **Mellanchefer Rosa**

De flesta mellanchefer ser att verksamhetsfrågor tar mest tid sedan kommer ekonomi och sist personalfrågorna om det inte är så att mellancheferna också är chef över läkarna då är tidsfördelningen den omvända. Mellancheferna anser också att verksamhetsfrågorna är viktigast att fördela så mycket tid till som möjligt för annars stannar utvecklingen säger de. Mellanchefer Aron uttrycker sig:

”låt säga jag har inte särskilt många direkt underställda personal 10-15% till personalfrågor just nu och ekonomi 25% och resten blir verksamhetsfrågor” **Mellanchefer Aron**

Det framkommer även hos tre av cheferna att det är väldigt mycket möten där det även förekommer möten som de inte vet varför de ska vara med. En frustration beskrivs också att inte hinna med att åtgärda saker som bestämts på mötet innan nästa möte genomförs. Några av mellancheferna upplevde också en press att det mesta ska ske med väldigt korta ställtider det borde gå att göra en bättre planering anser de.

## 4.8 Management

I mitt material märks det att kunskaperna kring vad management är och hur vi använder det inom sjukvården skiftar väldigt. Jag kan se en skillnad hos dem som har gått chefskandidatprogrammet eller andra utbildningar främst högskoleutbildningar inom organisation, administration och ledarskap att de har ett annat synsätt än den traditionella chefen från kliniken. Det är inte så konstigt för det är ingen av mellancheferna som anser att de får till sig management kunskaper inom SU utan det får man först och främst skaffa sig själv om intresse finns. Alla mellancheferna såg vinster i att ta till sig andra verksamheters kunskaper och såg management som en viktig komponent. En frustration märktes hos en mellanchefer som var extra kunnig inom området:

”det är naturligtvis jätte väsentligt att arbeta med det individuella ledarskapet och ge de här medarbetarna och potentiella cheferna och även cheferna verktyg för hur man arbetar men precis som du säger är det management och management teorierna som saknas de finns inte, när jag var ny här träffade jag en överläkare som var intresserad av min bakgrund och när jag berättade att jag studerat och forskat inom management var kommentaren, att är det så svårt det har jag en bok om på min bokhylla det räcker väl med att läsa den och då förstår jag att man har en naiv inställning till management och vad det innebär, så jag tror det är en kompetens i sig som sjukvården har ett stort behov att tillägna sig. **Mellanchefer Esaias**

Det framkom även hos en mellanchefer att han inte tycker att vi använder oss av management på rätt sätt inom sjukvården vi applicerar olika strategier och filosofier där vi även influeras av new public management men vi blir praktiskt fokuserade och studerar inte de bakomliggande kunskaperna. Health care management behöver beröras i yrkesutbildningarna inom sjukvården i större omfattning än det tycks göra idag.

En av respondenternas försök att skildra hur han använder management kunskaper inom sjukvården jämfört med dem som inte har kunskaper:

”logiskt tänkande jag tror att jag har högre förmåga än många av mina kollegor att kunna tänka i logiska flöden, sjukvård handlar om att skapa värde för kund i det här fallet för att kunna göra det går man igenom en serie av aktiviteter, det är själva logistiken hur man planerar de här aktiviteterna det har jag på meta nivå väldigt goda kunskaper om, sen har jag tror jag mig kunna säga en god förmåga att organisera om min verksamhet att se min organisation som en dynamisk system, jag ser organisationen mer som ett medel att uppnå mål än som en fixt fast identitet vilket jag tycker hela sjukvården är färdig definierad vilka funktioner som finns där, man arbetar väldigt bristfälligt med de funktionerna som finns för att kunna se nya lösningar, sen har jag en god förmåga att ständigt arbeta med förbättringsarbete som en viktig komponent i organisationen”

**Mellanchef Esaias**

Två av mellancheferna tyckte att vi diskuterar management för lite, medarbetarna får ingen förståelse. En enklare beskrivning av vad management innebär för sjukvården beskrevs såhär:

”man måste ha en effektiv styrning så länge vi har begränsade resurser men även om vi skulle ha obegränsade resurser skulle vi ju inte kunna ha en organisation som styr sig själv för då kommer vi att ha kvalitet och säkerhet oavsett kostnader, det handlar både om kostnadsstyrning och innehållsstyrning det tror jag just handlar om att förstå de perspektiven att vi som verksamhet ingår i ett större sammanhang vi lever inte autonomt gentemot omvärlden vi har begränsningar mot andra som är beroende av oss det tror jag management handlar väldigt mycket om, vi misslyckas att förklara detta för våra medarbetare” **Mellanchef Klas**

## **4.9 Framtidens chefskap**

Flera mellanchefer såg att i framtiden inom SU kommer det bli vanligare att mellanchef inte är ett första chefsarbete utan det kommer att krävas att vederbörande har tidigare chefsfarenhet. Det framkom även hos flera att vi inte kan tänka i våra egna boxar inom vår verksamhet utan vi måste lära oss att samarbeta över gränserna. En annat gemensamt synsätt var att vi måste lära oss hur man arbetar för att planera verksamheten, bli bättre på budgetstyrning och hur vi kan använda oss av management inom sjukvården, vi behöver ännu mer ta till oss kunskaper från andra verksamheter. Det framkom även hos två mellanchefer att vi måste kunna tåla att bli konkurrensutsatta och kostnadsmedvetna. De hade även den åsikten att mellanchefen hos privata vårdgivare har en mycket gedignare ekonomiutbildning än vad vi har inom offentlig sektor. En mellanchef ansåg att det i framtiden inte ska finnas någon mellanchef utan en administrativ utbildning. Några exempel följer nedan på hur mellanchefer ser på ovanstående områden:

”chefsskapet för mig betyder att kunna bedriva ett utvecklingsarbete i framtiden det vill säga utifrån de här förutsättningarna behöver man kunna se framtida modeller och lösningar på något sätt ett visionärt framtidsfokus, verksamhetschef är inte förvaltning det är för mig utveckling och effektivisering. Vi kommer att behöva andra ledningsformer vi kommer gå från ett starkt funktionell uppdelad organisation till ett processtänkande, man kan tänka verksamheten som affärsområden där du har ansvar för en patientgrupp eller en grupp individer från ”ax till limpa” för att de ska klaras av behöver de gå igenom ett visst antal specialiteter men det är affärsutvecklingen som driver utvecklingen men sen behöver du integrera in olika specialiteter i olika skeenden men du har en samlad ledning men vi är för få medarbetare med den här kunskapen idag, här vill jag påstå att management kunskapen är en begränsning det finns inte en tillräckligt stor kritisk massa idag för att genomföra en så här stor transformation” **Mellanchef Esaias**

” jag tror att vi kommer att se fler läkare som mellanchefer inte för att vi behöver en doktor utan för att läkare kommer att mer se värdet i att delta i ledningsarbetet och chefskap och det tycker jag är bra. Vi kommer att uppleva en större konkurrensutsättning även om den är liten, en ännu större ekonomisk press än idag med bibehållen kvalitet” **Mellanchef Klas**

”vi är ju på väg någonstans både genom att vi drar nytta av andra branschens system och sätt och arbeta och att vi får en liten mer blandad bakgrund vi som håller på med ledning så jag föreställer mig att vi kommer att fortsätta på inslagen bana nu är inte jag insatt på nya management sätt men det kanske finns någonting som kommer att överskugga oss mycket väldigt snart det har inte jag koll på i så fall men jag ser ju på hur det inverkar men sjukvården är ju en väldigt konservativ bransch så man gör ju inte helt om på en eftermiddag det tar ju tid att ändra men eftersom vi är övertygande om att vi behöver sikta vidare och komma någon annanstans så kommer vi att komma dit” **Mellanchef Rosa**

”Genom att det finns sektionschefer för läkarna kommer det förbättra förutsättningar för läkare att åta sig chefsuppdrag med inriktningen att man måste koncentrera sig först på att utveckla sitt chefsarbete innan man blir verksamhetschef” **Mellanchef Ulrika**

En av mellancheferna kan till och med se att vi inom SUs sjukhuskropp har verksamhetsområden som är upphandlade och andra som inte är det i ett framtidsperspektiv.

”Fördelen är då att vi kommer att se en förändring av sjukvården där även den traditionella vården kommer att få ta intryck av den upphandlade vården” **Mellanchef Aron**

Flera mellanchefer ansåg att ett framtidsperspektiv var svårt att sja om hur det blir men alla respondenter hade visioner vart sjukvården var på väg och hur det påverkar chefskapet.

#### 4.10 Vara chef inom professionell verksamhet

En mellanchefer ansåg att det inom SU finns mellanchefer som glider på besluten och det är både person och kulturbundet. Försvaret är att beslutet är fattat på felaktiga grunder han anser att detta beteende är vanligare inom en professionell organisation eftersom chefer ibland faller tillbaka till sin yrkesprofession och sympatiserar med dem.

” jag ville vara säker på att det var mig de ville ha och det känner jag mig ganska säker på , i alla fall att de känner sig medvetna om i alla fall att här kommer en som inte kommer från kliniken utan har rekryterat mig för mina chefskvaliteter samtidigt som jag vet att många av medarbetarna ville ha någon från kliniken men det fanns inga sådana sökande” **Mellanchefer Klas**

” Det finns en nyfikenhet om man som medarbetare kan känna förtroende för chefen och man presenterar nya tankar och idéer det finns en logik i detta då är det inga problem att få medarbetarna med dig för de känner en förtrogenhet” **Mellanchefer Esaias**

”Det är ju väldigt det är ju en professionell organisation nu är jag väldigt präglad av min verksamhet här som skiljer sig väldigt från min förra där jag ju ser att visst kan det tas beslut som är välgrundade och så men om de inte ligger i linje med vad professionen tror så händer inte det som man har tänkt sig” **Mellanchefer Rosa**

Cheferna upplever att de behöver vara bekräftade av professionen inte att de behöver vara omtyckta av alla men att de flesta medarbetarna ändå vill ha dem där. Det blir ett legitimitetsproblem till slut.

### 5. Analys

*I detta kapitel återfinns reflektioner och analyser av den empiriska datan. Materialet har bearbetats och ställts mot den teoretiska referensramen. För att försöka öka förståelsen för mitt valda forskningsområde har jag försökt sammanfoga inhämtad material med empirin. Underlaget som tolkats ligger till grund för slutsatser och reflektioner i nästkommande kapitel.*

#### 5.1 Bakomliggande faktorer

Socialstyrelsen (1997:8) ställer krav på att vårdgivaren säkerställer verksamhetschefens kompetens där de ser det som väsentligt att verksamhetschefen har den kompetens som krävs för att kunna leda verksamheten och tillgodose högsta möjliga patientsäkerhet. De lyfter fram organisations- och struktureringsförmåga, förmågan att kunna fatta beslut samt delegera ledningsuppgifter om sakkunskap saknas hos en själv. De såg även egenskaper som

samarbetsförmåga, initiativförmåga, motivera och entusiasmera samt hantera stressituationer som viktiga. Socialstyrelsens uppfattning om vad för kompetens som är önskvärd stämmer bra överens med vad respondenterna i min studie lyfte fram. Det framgick klart att det är chefsegenskaperna som är viktiga däremot kom aldrig patientsäkerheten fram det tror jag beror på att jag under intervjuerna fokuserade på dem som chef och inte kunden som vi vårdar. Jag tror att det är självklart för alla att patientsäkerheten är central i verksamheten och inte behöver kommenteras vidare i detta sammanhang. Det framkom hos mellancheferna som inte var läkare att de hade en medicinskt ansvarig läkare knuten till sig eftersom de inte hade denna kompetens. Alla upplevde att det fungerade bra men att det var en tjänst som de fick skapa själva i mångt och mycket eftersom det är en ovanlig tjänst inom SU. De såg likheter mellan den medicinskt ansvarige läkaren och den tidigare traditionella mellanchefen i och med att denna tjänst främst behövdes för medicinska ställningstaganden. Däremot är det alltid så att de har det yttersta ansvaret som mellanchef även om de har en medicinskt ansvarig. Om vi jämför respondenterna med VGR´s chefskriterier och SUs styrande dokument och chefsförsörjningsstrategi finns det en samstämmighet att chef är en egen profession som är ett heltidsarbete som kräver stort engagemang och reflektion hos mellanchefen. Det som får mig att undra över de styrande dokumenten är hur ska en person kunna inneha alla de här egenskaperna som förespråkas. I min studie lyfter mellancheferna fram färre egenskaper som viktiga men framförallt anser de viljan att vara chef som allra viktigast. Det förekom inte några tvivel i min studie om vilket ansvar som de hade eller vilka arbetsuppgifter de förväntades uträtta. Det förefaller som om både VGR och SU har kommunicerat ut hur de ser på mellancheferns rollen väl. Jag kan även slå av att riktlinjerna inte alltid går att följa eftersom det i min studie kom fram att det ofta är få sökande till tjänsterna och många gånger har de inte chefserfarenhet. En fråga som kom upp var hur anpassar SU de eventuella kompetensbristerna individuellt. Ansvaret ligger på chefen ovanför att ta fram en utbildningsplan men känslan hos respondenterna var att det oftast ser likadan ut.

## **5.2 Mellancheferns bakgrund och rekrytering**

I Öfverströms studie (2008) framkom det att det inte går att ha en mellanchef som inte hade respekt hos läkargruppen. I min studie kan jag se att det finns en större öppenhet mot att inte bära med sig den traditionella chefen utan här kan andra yrkeskategorier komma i fråga som mellanchefer. Chefskapet lyfts fram som en egen profession som anses viktigare än att vederbörande är en duktig kliniker. Däremot framkommer det hos alla intervjuade att har man

den kliniska förankringen är det lättare att bli accepterad och respekterad som chef vilket bekräftas av Dellve och Wikström (2006). Den starka traditionen att den duktiga professorn blev chef har försvunnit där vikten av chefserfarenhet och chefskvalitéer sätts främst. Det finns också en medvetenhet inom sjukvården att vi behöver en intern chefsrekrytering men vi behöver också få influenser utifrån, samtliga respondenter i min studie kunde se fördelar med att berika varandra från olika verksamheter. De här framkomna synpunkterna skiljer sig från Öfverströms studie (2009) där ett starkt professionellt tänkande överskuggade mellancheferns rollen.

Enligt Öfverström (2008) fann hon att mellanchefer är uppväxta med att se mellanchefer som en som företräder kliniken gentemot sjukhusdirektör och sjukhusledning. Jag kan till viss del se att mellancheferna inom SU arbetar med att få bort den egenskapen och istället skapa ledningsgrupper som arbetar för helheten och inte endast representera sin verksamhet. En kluvenhet kunde här ses eftersom den traditionella ledningsgruppen fungerade på det sättet att man först och främst representerade sin verksamhet alternativt enhet. Det var endast en av sex ledningsgrupper som hade nått målet att arbeta för helheten men samtliga var överens om vart de var på väg. Däremot stämde det väl överens i min studie att flera av respondenterna önskade att fler läkare blev intresserade av chefskapet.

I min studie framkom det att trots utbildning så kände sig merparten av mellanchefer inte att de behärskade kompetensen som mellanchefer de ansåg att man skaffar sig praktisk erfarenhet som är oersättlig. Mellanchefer skaffar sig också personer att rådfråga eftersom det många gånger ses som självklart att man har vissa kunskaper med sig.

Öfverström (2008) fann i sin studie att rekrytering av mellanchefer sågs som en viktig rekrytering där olika grupper är engagerade i rekryteringsprocessen. Det stämmer väl överens med vad som framkom hos dem som jag intervjuade där de lyfte fram vikten om att ha en rekryteringsgrupp som berikade varandra. I hennes studie beskrivs också att det finns ett informellt system att få fram chefer inom sjukvården och jag kan se i mitt material att hälften av mellancheferna kom från kliniken hade lyfts fram som tilltänkta efterträdare till mellancheferna. Mina respondenter upplevde inte att urvalet vid rekrytering var speciellt stort vilket bekräftas av Öfverström trots att socialstyrelsen öppnat upp för fler yrkeskategorier.

### **5.3 Mellancheferns funktion och ansvar**

Socialstyrelsens beslutade 1997 att fler yrkeskategorier kunde komma ifråga som verksamhetschefer. Alla mellanchefer som jag intervjuade bekräftade att det blivit så om än i

mindre omfattning, de flesta ansåg att det kommer att öka i framtiden medan en mellanchefer var av motsatt uppfattning.

Thylefors (2000) lyfter fram att mellancheferns rollen kräver mer idag allt ifrån en koordinerande roll till mål- och ramstyrning. Det framkom även i mina intervjuer att mellancheferna upplevde att de ska vara kunniga på många områden och att det idag är nödvändigt att bedriva chefskapet på heltid. Synpunkter kom även fram att de tidigare traditionella cheferna "fuskade".

I min studie kunde jag inte se att chefens ansvar eller funktion upplevdes som oklar som en respondent sa så blir den tydlig genom att ansvaret finns klart angivet i en författning.

Traditionellt sätt har inte mellanchefer tagit det ansvar som han/hon borde göra det framkom även i Öfverströms (2008) men även Dellwe, Wikström (2006) studier att de såg kliniken som viktigast. Respondenterna i denna studie bekräftade att det har varit så tidigare att mellanchefer fuskade i sin funktion men i de kretsar som de rör sig tar alla chefskapets "tre ben" som lika viktiga. De upplever att chefer är intresserade av chefskapet och inte längre ser det som en stafettpinne som vandrar runt.

I flertalet studier har det framkommit att mellanchefer upplever tidsbrist att möten är en tids tjuv och att administrativa arbetsuppgifter upptar större del av deras vardag.

Chefen måste ha en förmåga att blicka in i framtiden och via tankens styrning få människor att röra sig i samma riktning. Det handlar om att hantera det osäkra som chef (Holmberg et al. 2003). Jag kan inte se en likriktning i min studie av mellanchefernas chefskap i framtiden. En samstämmig syn finns i att det kommer att ställas ännu högre krav på mellanchefer att de behöver få mer kunskaper inom ekonomi och management men jag upplever en spretighet i allt från upphandlade verksamheter inom sjukhustomten till att det inte kommer att finnas några mellanchefer utan administrativ utbildning.

Det har även framkommit i studier (Öfverström, 2008 & Dellwe, Wikström, 2006) att chefen är frustrerad över hur mycket tid som går åt till möten och administrativa göromål. En negativ aspekt har syns i och med att det är vanligt att mellanchefer både är första linjens chef för läkarna och även innehar verksamhetens totala ansvar. Mina respondenter upplevde att det inte behöver vara så länge, mer tid finns för andra arbetsuppgifter där alla prioriterade utveckling av sin verksamhet de här synpunkterna är tvärt emot vad även Wikström, Adolfsson och Eriksson kom fram till 2004. I min studie kunde ses en enorm lättnad när sektionschefer för läkarna inrättades, mer tid finns då framför allt för verksamhetsutveckling som samtliga ser som en av de viktigaste arbetsuppgifterna som mellanchefer.



## 5.4 Professionell organisation

Hos vissa mellanchefer i min studie framkom det att medarbetare i professionen gjorde som de tyckte om det gagnade patienten de ser sig som en stark företrädare för patienten och kan gå emot ledningens beslut om det behövs. Medarbetarna inom professionen ser patientens välbefinnande som viktigast och upplever att de i sin yrkesprofession har mandat att gå emot ledningens beslut. Det upplevs hos en del av respondenterna att professionen kan vara svår att styra särskilt om man som chef inte har klinisk erfarenhet vilket bekräftas av (Norbäck & Targama 2009). Några av mellancheferna upplevde att det var lättare att styra professionen om man hade professionens tillit och förtroende någon ansåg till och med att var förtroendet brutet kan man inte uträtta någonting. Det finns en komplexitet att leda en professionell organisation eftersom chefskap inte upplevs som en självklar norm som medarbetarna följer. Traditionen inom professionen är ju att chefskapet är ingen karriärväg och sågs ibland tidigare som ett straff att någon måste ju ta det. De här upplevelserna bekräftas av flera forskare bl.a. Öfverstöm, Dellve & Wikström.

I mitt material kunde jag också finna erfarenheter av att management kommuniceras på fel sätt till professionen vilket även Norbäck & Targama fann.

## 5.5 Management

Ledningen är inriktad numera både mot kliniken och sjukhuset som en helhet, det ses som ett steg mot en mer management orientering av sjukvården (Öfverstöm 2008). Samtliga respondenter i min studie ser management inom sjukvården som nödvändig. Kunskaperna inom området skiljer sig åt från doktorsexamen till någon enstaka kursdag. Någon respondent anser att vi är för få inom sjukvården som har kunskaper och det är nödvändigt för sjukhusledningen att ta ett strategiskt beslut om vart vi vill gå. Vi behöver anställa kunniga medarbetare från andra verksamheter för att bli fler som kan gå samman och utgöra den kritiska massan för att genomdriva ett större processtänkande. En annan aspekt som lyftes fram är att medarbetarna har för dålig kunskap inom management vi som mellanchefer är dåliga på att översätta ledningens tankar till begripliga synsätt för medarbetarna. Under intervjuerna framkom även att utbildningstillfällena inom SU var för få inom management vilket bekräftas av SUs chefsförsörjningsstrategi där management teorier upplevs vara bristfälliga. Flera av respondenterna önskade högskolekurs inom management och det önskemålet kan jag inte se hos mellanchefer i litteraturen inom hälso- och sjukvården.

## 6. Slutsatser och avslutande reflektioner

*Studiens initialt ställda frågor besvaras och slutsatser som baseras på bearbetat och tolkat material presenteras. Egna reflektioner kring studiens resultat tas upp och exempel ges på områden som kan vara intressanta att studera vidare.*

### 6.1 Slutsatser

#### Studiens resultat

I min studie initialt ställde jag mig den frågan att ska vi sko och klä våra medarbetare själva för att de ska uppnå de kompetenser som VGR och SU önskar eller ska vi ta hjälp utifrån. Jag har i min studie kommit fram till att det ena ska inte utesluta det andra eftersom vi behöver berikas från många olika verksamheter. De som inte hade sin bakgrund inom medicin hade ändå grundfilosofin att professionen ska ledas av de professionella men inte till 100%. De kunde se fördelar med att vara kliniskt förankrade och de lyfte fram att det är viktigt att finna en duktig medicinskt ansvarig som kan komplettera. Däremot har jag funnit att kunskaperna inom management är bristfälliga enligt min åsikt behöver vi göra satsningar för den stora massan av mellanchefer och inte bara ge ett fåtal möjligheten. Det som kom fram var att vi använder oss av olika strategier och filosofier men inte förstår bakgrunden. En annan slutsats inom management är att föreläsningar genomförs t.ex. i någon modell men jag får inte kunskaperna hur använder jag mig av detta redskap inom min verksamhet.

Det finns en samstämmighet i att mellanchefer är en profession i sig det är ett heltidsarbete som inte går att kombinera med kliniskt arbete i så fall i mycket begränsad omfattning. Det finns ett öppet förhållningssätt till att andra yrkeskategorier kan komma ifråga vid tillsättning och upplevelsen var att det berikar om inte alla har samma bakgrund. Att bli mellanchefer genom att vara den duktiga klinikern inom verksamheten är borta, nu är det chefsegenskaperna som gäller och efterfrågas. Även om det finns lite delade meningar om det blir ändå min slutsats att mellancheferrollen är så pass komplex att det inte ska vara ens första chefarbete om det är möjligt. Men om det ändå var så att det var ens första chefsarbete var det viktigt att vederbörande var kunnig i ett av de "tre benen" verksamhet, personal eller ekonomi. Slutsatsen är att pressen blir för stor om allt är nytt. Det är även viktigt att arbeta med både intern och extern chefsförsörjnings strategi och min slutsats är att man är väl framme inom SU vad de vill men om vi ser på hur många mellanchefer som inte är läkare är det i den stora massan inte så många. Det saknas också en övergripande plan på hur man

utvecklar ledarskapet på ett bra sätt inom SU som en respondent sa var och en gör på sitt sätt. Jag tror att om vi får en likriktning här så skulle det underlätta ledningsstrukturens tydlighet. Min slutsats vad det gäller kompetensbehov är att det varierar mycket pga. vilken bakgrund man kommer ifrån men slutsatsen blir att mellanchefer ska vara förberedd innan han/hon tillträder en tjänst. Antingen genom chefskandidatprogram eller högskolekurser. Flertalet lyfte fram facklig samverkan som något svårt initialt behövs ytterligare kunskaper liksom management, budgetstyrning och hur leder man ledningsgruppen. Det är inte bara teoretiska bitarna som är väsentliga att få till sig utan arbete med ens personliga chef- och ledarskap är viktigt. I min studie visade det sig också att de som hade gått chefskandidatprogram visste vilket utbud av högskolekurser som fanns för chefer inom regionen men att övriga inte var lika uppdaterade.

Min upplevelse är också att frågan om mentorer, coaching mm. måste följas upp mer, flera mellanchefer hade själva fått ta initiativ till det efter något år.

Det har även framkommit att det upplevs att det bästa sättet att få mer kompetens är genom erfarenhet att mellanchefer stöter på ett problem som måste lösas.

Sjukhuset har ju en önskan att chefer ska rotera inom sjukhuset det framkommer här att det sker i mycket liten omfattning här skulle behövas insatser för att främja chefsbyten om det är ett önskemål.

Jag kan inte se att uppdraget eller ansvaret som mellanchefer är otydligt utan alla respondenterna vet vad deras uppgift är. En positiv slutsats är att den relativt nya chefsfunktionen sektionschef för läkarna sågs som en lättnad för mellanchefer eftersom mer tid blev över till verksamhetsutveckling som de ansåg var extra viktigt.

Min önskan att se vad mellanchefer behöver för kompetensbehov i framtiden här har jag kommit fram till att alla har tankar och visioner vart vi går emot om de än skiljer något åt. Vi behöver diskutera det mer för hur ska kunna rekrytera rätt om vi inte har någon egentlig samsyn? De kunde i alla fall se att mellanchefer inte i framtiden är ett första chefsarbete och att vi måste öppna upp samarbetet mer över gränserna. Det fanns också en samstämmighet i att vi behöver lära oss mer utav andra verksamheter än sjukvård.

### **Studiens genomförande**

På det sätt som jag valde att genomföra min studie dvs. djupintervjuer enligt fenomenologisk ansats har visat sig vara ändamålsenlig. Om jag skulle göra om studien hade jag valt samma angreppssätt eftersom jag upplever det som en fördel att inte vara styrd med ett antal frågor.

Efter transkriberingen av intervjuerna stötte jag på ett dilemma hur gör jag nu. Svårigheten var som jag upplever det att få fenomenen att visa sig och det tog långt tid för mig att se vilka fenomenen var till en början. Jag upplevde att tillslut framträdde likheter och skillnader och fenomenen som en självklarhet. Även om jag genomfört studie enligt fenomenologi tidigare är det inte lätt till en början att se hur sakerna visar sig för en. Jag upplever det som svårt att sitta med en stor textmassa som ska analyseras men när man väl ägnat dagar åt att läsa börjar det hela klarna. Det går alltid att diskutera om någon annan hade genomfört analysen hade samma fenomen visat sig hade samma skillnader och likheter upptäckts. Hade jag gjort om studien med den erfarenhet som jag har nu har skulle det vara intressant att göra en jämförelse analys dvs. två olika personer analyserar samma material. Jag anser att det hade skapat en större tillförlitlighet även om det inte behövs. En svårighet är ju att få någon att ägna så mycket tid till ett material som inte är sitt eget.

### **Fortsatt forskning**

De slutsatser som jag har kommit fram till i min studie borde kunna ligga till grund för fortsatta studier inom området. Det skulle kunna vara av intresse med en fördjupning för att se om samma resultat visar sig. Jag hade gärna sätt att andra jämför universitetssjukhus med länssjukhus men även offentlig sektor med privat sektor. En intressant fråga med tanke på mina resultat är hur betraktar medarbetarna mellanchefer om bakgrunden är från professionen eller inte? Går det att se skillnader i de olika yrkeskategorierna inom de professionella eller finns en samsyn? Det skulle även vara intressant att få fram Socialstyrelsens åsikter, har de lyckats inom sjukvården när de inrättade mellanchefer/ verksamhetschefer inom sjukvården?

## Referenser

Bergengren, M. (2003). *Organisation & Ledarskap. Om organisationen och dess människor*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Brorström, B., Hallin, B & Leffler M. (1999). *Organisationsideal och professionellas verklighet- en studie av sjukvård i förändring*. Göteborg: Göteborgs Universitet

Buchanan, D., Jordan. S., Preston. D. & Smith. A. (1997). Doctor in the process- The engagement of clinical directors in hospital management. *Journal of management in medicine*, 11 (3): 132-156.

Conell, R., Fawcett. B, & Meagher.G. Neoliberalism, New Public Management and the human service professions: Introduction to the Special Issue. *Journal of Sociology*, 2009. 45(4): p. 331-338.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dellve, L. & Wikström, E. (2006). *Hållbart ledarskap i sjukvården*. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Göteborgs Universitet.

Fürth et. Al. (2002). *80-talisterna kommer- om kollektiva egoister, självooffrande livsnjutare och andra ungdomar*. Halmstad: Bulls tryckeri

Henning, R. (2000). *Ledarskap och ledning i offentlig sektor- en problematisering*. Stockholm: Centre for Advanced Studies in Leadership. Research Paper 2000/2

Holmberg, I & Henning, R. (2003). *Offentligt Ledarskap*. Malmö: Studentlitteratur

Iwarsson, S. (2001). *Vårdens nya ledarskap-dialog och delaktighet*. Säve Förlag.

Kouzes James M., Mico Paul R.(1979). Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations. *The Journal of Applied Behavioral Science* 1979 15:449 1979 15:449.

- Larsson, K. (2008). *Mellanchefer som utvecklar- om förutsättningar för hållbart utvecklingsarbete inom vård och omsorg*. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande. FOU-rapport.
- Llewellyn, S. (2001). "Two-way" Windows. Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies* 24(4): 593-623
- Lindelöw, M. (2008). *Kompetensbaserad personalstrategi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nilsson Fägerlind, G. (2004). *Mångfald inom praktiken- handbok för verksamhetsutveckling*. Uppsala.
- Norbäck, L. & Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset*. Studentlitteratur, Lund.
- Patel, R & Davidsson, B (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur
- Simonson Charlotte. *Nå fram till medarbetaren*. 2008, Liber AB, Malmö.
- Siverbo S, Andersson-Felé L, Karlsson D , Nilsson V (2007). *Demokratisk och effektiv styrning, En antologi om forskning i offentlig förvaltning*. Danmark: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen. (2006). *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vård och omsorg?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solli. R. & Czarniawska. B. *Modernisering av storstaden: Marknad och management i stora städer vid sekelskiftet*. Malmö: Liber.
- Theorell, T. (2006). *I spåren av 90-talet*. Stockholm: Karolinska institutet University Press.
- Thylefors, I. (2000). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wenglén, R. (2005). *Från dum till klok? En studie av mellancheferns lärande*. Lund: Lund Business Press.

Wikström, E. (2006). *Ledarskap i vårdpraktiken-hierarki och dialog*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Chalmers tekniska högskola.

Öfverström, H. (2008). *Steget till chefskap- Om läkare som verksamhetschefer*. Göteborg: Göteborgs Universitet.