

Lunds universitet
Statsvetenskapliga institutionen

STV102
VT07
Handledare: Håkan Magnusson

Den moderna verksamhetschefen

En studie av förändringen av verksamhetschefspositionen
och dess funktion inom hälso- och sjukvården

Albin Andersson Carlén
Adam Svensson

Abstract

Verksamhetschefsreformen har inneburit en förändring inom svensk sjukvård. Uppgifter som tidigare låg högre upp i organisationen har nu flyttats ner och lagts på verksamhetschefen. Med utgångspunkt i Universitetssjukhuset i Lund beskrivs dels mer utförligt de strikt formella förväntningar, mål och regler som finns kring utformningen av verksamhetschefspositionen, dels de mer informella förväntningar och mål som finns på olika nivåer i hierarkin. En slutsats är att sjukhusledningens idéer i vissa avseenden står i kontrast till de normer och idéer som fortfarande lever kvar på lägre nivåer i organisationen.

Två organisationsteoretiska perspektiv har använts för att tolka det förändringsarbete som reformen har inneburit. Som resultat av denna tolkning har slutsatsen att båda perspektiven inte för sig är kapabla att ge en fullständig bild av reformen nåtts, men att de tillsammans förmår ge en mer komplett beskrivning.

Nyckelord: det instrumentella perspektivet, kulturperspektivet, verksamhetschef, reform, svensk hälso- och sjukvård, organisation

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte	2
1.2	Frågeställning	2
1.3	Avgränsning	2
1.4	Metod och material.....	3
2	Bakgrund	4
2.1	Organisationen inom hälso- och sjukvården	4
2.2	Utveckling till verksamhetschefsposten inom sjukvården	5
2.3	Mål med reformen enligt SOSFS 1997:8	6
2.4	Läkaren och chefskapet.....	7
2.5	Universitetssjukhuset i Lund (USiL).....	8
3	Metod	9
3.1	Intervjuerna	9
3.2	Urval.....	9
3.3	Genomförande.....	10
3.4	Generaliserbarhet	11
4	Teori	12
4.1	Det instrumentella perspektivet.....	12
4.2	Kulturperspektivet.....	13
4.3	Perspektivens relevans för svensk sjukvård	14
5	Empiri	16
5.1	Den formella hierarkin	16
5.1.1	Den politiska nivån: riksdag och landsting	16
5.1.2	Nationellt kontrollorgan: Socialstyrelsen.....	17
5.1.3	Sjukhusledningen	17
5.1.4	Divisionerna	18
5.1.5	Verksamhetscheferna	20
5.1.6	Den konkreta verksamheten: läkarna	23

5.2	Sammanfattning av den formella hierarkin.....	24
5.3	Den informella hierarkin: en kulturell dimension.....	24
6	Analys.....	28
6.1	Det instrumentella perspektivet.....	28
6.2	Kulturperspektivet.....	30
7	Slutsats.....	32
8	Referenser.....	33
	Muntliga källor.....	33
	Tryckta källor.....	33
	Övriga tryckta källor.....	34
	Vetenskapliga artiklar.....	34
	Tidningsartiklar.....	34
	Internetkällor.....	35
9	Bilagor.....	36
9.1	Verksamhetschefens reglering enligt lag, allmänna råd och förordningar.....	36
9.2	Utdrag ur debatten kring verksamhetschefen:.....	37
9.3	Formulär för intervjuer.....	38
9.4	Statistik.....	41

1 Inledning

Sjukvården i Sverige är en huvudsakligen offentlig verksamhet, och detta är något som står i kontrast till många andra länder. För att samordning ska kunna ske i denna typ av organisation behövs en tydlig hierarki. Samtidigt är de professionellas (läkarnas) autonomi mer långtgående än i andra organisationer av denna storlek. Detta leder till problem sammankopplade med vad som ibland kallas ”professionalism inom byråkratin”, där många roller innehas av personer med specialistkompetens och därmed inte i samma utsträckning kan kontrolleras av de administrativa delarna av organisationen. Runo Axelsson definierar denna typ av organisation som ”en av de besvärligaste organisationsformerna” (Axelsson 1998: 24). Speciellt utmärkande för sjukvården är även serviceaspekten, där det ställs krav på en direktrelation mellan organisationen och kunden (patienten). Byråkratin kan även innebära problem för denna relation mellan organisationen och patienten i och med det byråkratiska systemets inflexibilitet. Detta medför att sjukvården på ett tydligt sätt skiljer sig från andra storleksmässigt likvärdiga organisationer inom t.ex. näringslivet, genom att den byråkratiska organisationsmodellen inte kan användas i samma form. Den byråkratiska professionalismen och serviceverksamheten inom sjukvården ställer krav på högre grad av nätverksorganisering, något som ibland benämns ”organiska strukturer”. Detta behövs för att uppnå den grad av frihet och flexibilitet som behövs för att organisationen ska kunna fungera (Axelsson 1998: 35-38; se även Abrahamsson 1992: 36).

Vi har valt verksamhetschefspositionen som studieobjekt för att denna position utgör en tydlig brytpunkt mellan å ena sidan politiken och administrationen (”ledningen”), å andra sidan läkarnas och patienternas roller (”verksamheten”). Även om alla grupper inom en organisation i viss mån tvingas göra avvägningar mellan olika värden verkar just verksamhetscheferna ha en kritisk roll för hur sjukhusorganisationen fungerar; verksamhetscheferna har nämligen personal- och ekonomiansvar men fungerar samtidigt som ledningens förlängda arm i den praktiska verksamheten. Under den verksamhetschefsreform som genomfördes 1997 inrättades verksamhetschefen som en ersättning för chefsöverläkaren (tidigare klinikchefen) (SOSFS 1997:8). I och med denna reform tydliggjordes ytterligare det administrativa och ekonomiska ansvaret som den forna chefsöverläkarens position innebar. Samtidigt öppnades det även upp för möjligheten för icke-läkare att inneha denna position. Vi vill försöka förstå denna reforms bakgrund, utfall och konkreta uttryck i en hälso- och sjukvårdsorganisation. Vårt fokus har för denna undersökning varit Universitetssjukhuset i Lund, USiL.

1.1 Syfte

Syftet med arbetet är att få en förståelse för vad chefsens roll i sjukvårdsorganisationen innebär och hur implementeringen av reformen gällande denna chefsroll fungerat i praktiken. Som vi ovan nämnt finns det fog för att undersöka just verksamhetscheferna och deras funktion i organisationen. Att det finns en tydlig agenda bakom denna reform är tydligt då tjänsten är en av de få chefsposter inom sjukvården som är lagstadgad. Denna lag är dock formulerad på ett mycket öppet sätt, som lämnar ett stort utrymme för tolkning på alla nivåer. För att nämna några exempel ges vårdgivaren stora möjligheter att utforma innehållet i tjänsten, målen som verksamhetschefen genom sin position ska uppfylla är vagt specificerade och icke-läkare *tillåts vara*, snarare än rekommenderas som, chefer. Detta innebär i realiteten att det är upp till varje landsting och ofta i förlängningen sjukhusledning att själva tolka lagtexten, och tolkningsutrymmet beskrivs ibland som mycket stort. Genom att studera hur tolkningen av lagtexten faktiskt skett på olika nivåer i den offentliga förvaltningen, och framförallt på USiL, är vår förhoppning att kunna bringa klarhet i bakomliggande mekanismer vid tillsättningen av verksamhetschefer samt verksamhetschefens roll i organisationen.

1.2 Frågeställning

Efter fördjupning i materialet fann vi att USiL är ett av få sjukhus som nästan uteslutande har läkare på chefsposterna. Detta väckte ett intresse för att förstå hur det kunde komma sig att verksamhetschefsreformen tolkats på ett ganska unikt sätt just i Lund. Vår frågeställning är således: *Hur kan man förstå verksamhetschefsreformen och verksamhetschefspositionen på USiL?*

I förlängningen är vi också intresserade av: *Hur kan man förstå verksamhetschefsreformen och verksamhetschefspositionen generellt i Sverige? Hur kan man utifrån organisationsteoretiska perspektiv förstå verksamhetschefsreformen och verksamhetschefspositionen på USiL?*

1.3 Avgränsning

Vår avgränsning bygger på att en analys av hela utfallet av verksamhetschefsreformen nationellt vore allt för omfattande att genomföra. Vi har därför valt att undersöka ett udda fall inom sjukhussjukvården, USiL, och begränsar oss i mångt och mycket till en analys av detta specifika fall.

Vi tar oss heller inte an att mäta graden av måluppfyllelse som skett sedan reformen trädde i kraft. Detta har sin grund i att verksamhetschefsreformen är en

lagändring med betydande och medvetet tolkningsutrymme framförallt på lokal (sjukhus-)nivå.

Uppsatsens huvudsakliga fråga är inte läkargruppens och organisationens reaktion på reformen. Det skulle vara möjligt att göra en mer omfattande undersökning om olika gruppers reaktioner på reformen och därmed definiera utfall i termer av reaktioner på reformen. Detta har vi dock valt att inte göra, även om ämnet berörs i kapitel 2.

Den tidsperiod vi undersöker är från det att verksamhetschefsreformen trädde i kraft 1997 till idag. Vi kommer dock att göra vissa historiska nedslag för att kunna sätta reformen i relation till hur det var tidigare.

1.4 Metod och material

Uppsatsen kretsar kring att nå förståelse om verksamhetschefsreformen, en reform vars förlopp och effekter till stor del är outredda. Vår uppsats och i viss mån metod har fått anpassas efter detta faktum. I korta drag har inledningsskedet av uppsatsarbetet karakteriserats av att vi byggt upp en empirisk förståelse kring reformen med det skrivna material som funnits att tillgå. Här har vi haft nytta av vissa böcker på området, ett fåtal rapporter, lagtexter och Socialstyrelsens skrifter samt artiklar som gett oss en bild av debatten. Detta material lägger i stort sett grunden till kapitel 2. Bristen på material vad gäller verksamhetschefspositionen är anmärkningsvärd med tanke på positionens vikt för sjukvårdens funktion, och det faktum att den är lagstadgad. Socialstyrelsen, som är det organ som har det nationella ansvaret för att kontrollera sjukvården i Sverige, har endast skrivit en rapport på området. Ulla Fryksmark på Socialstyrelsen förklarar bristen på material med att ”det inte finns någon plikt för sjukhusen att följa upp verksamhetstjänsten statistiskt”. En förklaring till att Socialstyrelsen inte utvärderat reformen på ett mer omfattande sätt handlar kanske just om att verksamhetschefsposten enligt lagen är mycket öppen för tolkning, vilket därmed försvårar en enhetlig utvärdering då innehållet i tjänsten har potential att variera mycket.

För att nå djupare förståelse av verksamhetschefspositionen och reformen har vi intervjuat några av verksamhetscheferna och divisionscheferna samt sjukhuschefen på USiL. Frågorna under intervjuerna har byggts upp för att fylla de tomrum som existerar beträffande reformen och reformutvecklingen. Utöver detta har en person på Socialstyrelsen och en läkare med fackligt uppdrag intervjuats.

Som vi beskrivit har det skett förvånansvärt lite forskning på området verksamhetschefsreformen. Vi har i viss mån byggt vidare på Socialstyrelsens dokument och det undersökningsmaterial som finns att tillgå (se Verksamhetschef i Hälso- och sjukvården). Vi anser därför att denna uppsats i viss mån bryter ny mark och därmed uppfyller kravet på kumulativ forskning.

2 Bakgrund

2.1 Organisationen inom hälso- och sjukvården

Det är uppenbart att en offentlig verksamhet som sjukvården i Sverige kräver organisation för att fungera. En organisation kan dock se ut på många olika sätt, och det är långt ifrån säkert att samma modell fungerar för olika typer av syften. För det första är det i denna diskussion viktigt att skilja på den politiska och den administrativa aspekten av en organisation som sjukvården i Sverige. Här är den grundläggande tanken att det politiska ska komma med riktlinjerna för vad sjukvården ska inrikta sig på. Sjukvården i Sverige är en huvudsakligen offentlig angelägenhet och verksamhet (Axelsson 1998: 67). Därför är det också det offentligas – med andra ord de folkvalda politikernas – uppgift att reglera och styra hur denna utformas och sköts. Administrationen, i detta fall all den personal sjukvården har som inte (främst) har med den beslutande aspekten av sjukvården att göra, har alltså till uppgift att utföra de saker som politikerna vill ha utförda. Politikernas oförmåga att sätta sig in i alla oförutsedda situationer gör dock att de tvingas delegera en del av beslutsfattandet nedåt i organisationen. Delegering kan också vara nödvändig när politiker inte har erforderlig kompetens för att bedöma en viss situation. Läkarnas specialkunskaper innebär alltså också en viktig anledning till viss delegering inom organisationen. På detta sätt är det alltså inte självklart att det går att utbena två tydliga delar av organisationen, dvs. den strikt politiska respektive den strikt administrativa. Många beslut måste tas av dem som formellt tillhör administrationen. Även om administrationen är avsedd att utföra politikernas beslut är det alltså av stort intresse att problematisera dennas uppgift och roll (se t.ex. Lundquist 1998: kap. 1).

Vilken grad av centralisering en organisation har är också en viktig sak att beakta. Med ”byråkrati”, men även med ”organisation” i allmänhet åsyftas ofta en pyramidformad struktur, där toppen av pyramiden ursprungligen har makten, men genom organisationens hierarkiska struktur delegeras viss makt nedåt till närmsta nivå under, som i sin tur gör motsvarande sak till nivån under sig. I denna klassiska modell av byråkrati kännetecknas strukturen av: *specialisering*, som innebär en arbetsfördelning mellan de olika delarna beroende på funktion, samt *centralisering*, som står för den koncentration av makt som tenderar att samlas i toppen av organisationens hierarki (Axelsson 1998: 23f). Dessa två komponenter är nödvändiga för att förstå den dynamik en klassisk byråkratisk organisation har. Den klassiska byråkratin var vanligt förekommande inom många olika områden,

inte minst inom näringslivet, där det är tydligt hur makten kommer uppifrån och påverkar de nedanförvarande delarna i hierarkin.

En annan organisationstyp som har vuxit fram är dock en av mer organisk modell. I denna läggs betoningen, istället för på en strikt hierarki med tydliga nivåer och maktflöden uppifrån och ner, på enskilda aktörer som agerar i en nätverksstruktur. Beroende på vilken uppgift organisationen ställs inför anpassar sig själva strukturen i nätverket för att bäst lösa uppgiften. Maktförhållandena de olika aktörerna emellan är inte på samma sätt som i den hierarkiska modellen i förväg givna.

Styrningen av den svenska sjukvården från 50-talet och framåt har genomgått förändringar som i stort handlar om att den har blivit mer och mer decentraliserad. Exempelvis övertog landstingen under 60-talet mer av ansvaret för mentalvården, under 70-talet fick de större ekonomisk frihet, och under 80-talet förändrades regelverket från detaljerade regler till ramlagar (Bergman 1998: 93). Man kan alltså med fog påstå att makten successivt under dessa årtionden flyttats från staten till landstingen.

När det gäller sjukvården har den i Sverige till absolut övervägande del varit en offentlig angelägenhet, med resultatet att det länge var stat, landsting eller kommuner som styrde och skötte den. Organisationen var då strikt byråkratisk, med en tydlig hierarkisk maktuppdelning. Direktiven från politikerna var detaljerade, och avsikten med hierarkin inom sjukvården var helt enkelt att genomföra de politiska avsikterna så gott som möjligt. Det var dock inte enbart de politiska direktiven som avgjorde vad som skulle göras. I svensk sjukvård har det traditionellt sett funnits en mycket tydlig kåranda bland läkarna med konsekvensen att läkarna i mycket är relativt oberoende vad gäller driften av de enskilda sjukhusen; den speciella kompetens läkarna har i och med sin utbildning gör det svårt för andra grupper att lägga sig i många av de svåra överväganden som ofta kännetecknar sjukvården.

2.2 Utveckling till verksamhetschefsposten inom sjukvården

Reformutvecklingen av sjukvården har successivt förskjutits från en klar hierarkisk modell där läkare med längst erfarenhet och högst titel innehaft chefsposterna till en mer decentraliserad modell med en verksamhetschef utan krav på läkarbakgrund. Fortfarande är organisationen dock utpräglad hierarkisk i sin struktur. I korta drag innebar utvecklingen från 1953 års Sjukhuslag till Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1983 en chefsmodell där överläkare haft en klar maktställning. I HSL fastslogs att den medicinska ledningsfunktionen skulle innehas av en läkare. Dock saknades klara direktiv för vem som skulle ha det administrativa ansvaret. Detta löstes 1991 genom chefsöverläkarreformen, där chefsöverläkaren fick det medicinska och administrativa ledningsansvaret för sjukvården. Endast i vissa undantagsfall som inte krävde speciell medicinsk

kompetens kunde en icke-läkare tillsättas. Reformen utvärderades 1993 och slutsatsen drogs att reformen inte medfört de förbättringar av ledningsfunktionen som varit avsikten. Om detta beror på att reformen inte tilläts löpa tillräckligt länge, råder det delade meningar om (ex Westin 2002). Den 1 januari 1997 togs bestämmelsen i HSL §14 om chefsöverläkare bort och ersattes med nya bestämmelser i HSL §28-30 under rubriken "Ledningen av hälso- och sjukvård". Samtidigt trädde lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården i kraft. Verksamhetschefen ersatte därmed chefsöverläkaren (Westin 2002: 16-19, bilaga 9.1).

2.3 Mål med reformen enligt SOSFS 1997:8

Det mest gångbara sättet att få en övergriplig bild av vad verksamhetschefsreformen konkret innebär är att titta på Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård, SOSFS 1997:8. Nedan citeras och kommenteras utvalda delar ur denna skrift.

”Bestämmelserna ställer krav på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och främjar kostnadseffektivitet.”

Citatet ovan är direkt hämtat från HSL § 28 och de krav som specificeras kan ses som de mest grundläggande målen med verksamhetschefen. Dels specificeras verksamhetschefens mål tydligare i andra dokument från Socialstyrelsen (exempelvis i skriften ”God vård”), dels lämnas medvetet ett ganska stort ansvar att organisera verksamheten enligt lokala förutsättningar och visioner.

Detta tankesätt, i linje med de decentraliseringar som karakteriserar vissa delar av reformerna inom svensk förvaltning, tydliggörs genom vårdgivarens (landstingets (HSN)) ansvar:

”Verksamhetschefen representerar vårdgivaren och det är vårdgivaren som ansvarar för att det utses verksamhetschefer för all den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av denne. Vårdgivarna inom hälso- och sjukvården är fria att organisera och bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar så att den tillgodoser lagens krav. Verksamhetsområden vilka leds av en verksamhetschef kan därför komma att uppvisa stora skillnader i storlek och omfattning.”

Vårdgivaren kan med frihet bestämma innehållet i verksamhetschefstjänsten så länge dessa går i linje med lagen. I förlängningen innebär detta alltså en styrning utifrån mer eller mindre vagt specificerade ramar. I vårdgivarens organisering av verksamheten ska dock verksamheten inte vara större än att verksamhetschefen har reella möjligheter att utöva sitt ledarskap och kan överblicka och praktiskt påverka den.

Vidare beskrivs vårdgivarens ansvar när det gäller tillsättandet av en verksamhetschef:

”Vårdgivaren bestämmer vilka verksamheter som skall hållas samman under en chef och vilken kompetens denne skall ha. Avgörande för en persons lämplighet att inneha en befattning som verksamhetschef är dennes utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper. Verksamhetschefen måste inte ha hälso- och sjukvårdsutbildning. [...] Detta innebär bl.a. att verksamhetschefen bör ha organisations- och struktureringsförmåga, förmåga att kunna fatta beslut och kunna uppdra åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter”

Ett av de kanske främsta syftena med verksamhetschefsreformen var att man inte skulle behöva vara bunden av att ha en läkare som chef utan hade en bredare bas att rekrytera från. Ledarskapet gavs på ett tydligt sätt prioritet. Detta kan dels kopplas till argumentation om behovet av konkurrens om chefsposterna för att uppnå kvalitet på verksamheten, men kan också tänkas utgöra en öppning för att skilja det medicinska från det ekonomiskt-administrativa ansvaret i verksamheten. I de fall då verksamhetschefen behöver specialistkompetens som denne själv saknar, rådfrågas någon med denna kompetens. I praktiken innebär detta att en icke-läkare som verksamhetschef ofta jobbar som ett par, med en chef och en medicinskt kunnig.

2.4 Läkaren och chefskapet

Jan Westin skriver i sin bok ”Läkaren som chef” om den osäkerhet läkaren många gånger upplever inför chefskapet. I boken utläses att osäkerheten grundar sig i bristande stöd från omgivningen, men framförallt bristande kompetens och kunskap om chefskapet (Westin 2002: 11, 16). Detta faktum får också stöd vid en överblick av landets läkarutbildningar, där ett ökat fokus på ledarskapet bl.a. genom kursutbudet nu kan skönjas (SYLF, 2007). Att Westin, som själv har mångårig erfarenhet inom sjukvården, skriver en bok just till stöd för läkaren i chefskapet kan därför ses som talande i sammanhanget. Westin pekar på vad han menar är sjukvårdens och chefskapets ökade komplexitet. Verksamhetschefen måste i någon mån balansera ekonomiskt/administrativt ansvar, medicinskt ansvar och ledningsansvar. Till detta bör läggas att de olika hänsynstaganden som chefskapet innebär många gånger kan uppfattas som kluvet, inte minst för läkaren. Som chef måste perspektivet vidgas till en helhetssyn på organisationen där många intressen måste beaktas:

För det första ligger kärnan i läkaryrket att alltid se till patientens, den enskilde individens, bästa. Detta innefattar faktorer som god kvalitet och patientsäkerhet samt en rad moraliska aspekter som är förknippade med att ta hand om andra människor.

För det andra måste de anställdas intressen tas tillvara. Chefens uppgift handlar till stor del om att leda de anställda. Exempel på detta gäller anställningstrygghet, arbetsmiljö, kvalitet på de anställdas kunskaper osv.

För det tredje finns det som chef ett stort och naturligt ansvar gentemot arbetsgivare och i förlängningen politiker. I praktiken borde rimligtvis alla chefer inom sjukvården vara mellanchefer. Som chef måste man förhålla sig till dessa direktiv ovanifrån och applicera dem på sin verksamhet (Westin 2002: 13-16). Förutom ovannämnda värden ligger i denna kategori ett större ansvar för ekonomi och effektivitet i verksamheten.

Det finns inget enkelt sätt att ta sig an dessa delvis motstridande hänsyn. Westins sätt att ta sig an chefskapet inom läkarkåren belyser både explicit och implicit många av de problem som är förknippade med detta. Mot bakgrund av reformutvecklingen, bl.a. av verksamhetschefen, anser vi att den politiska nivån delvis har tagit ställning för att ledarskapet ska vara det som är viktigt i den mening att reformens syfte tydligt var att öppna upp chefskapet för andra yrkeskategorier. Chefen förväntas objektivt kunna hantera både inre och yttre förändringar och krav. Frågan om uppdelningen mellan ekonomiskt/administrativt ansvar, ledning och medicinskt ansvar och hur dessa är sammankopplade är avgörande för vårt problemområde. Ett av syftena bakom verksamhetschefsreformen var troligtvis att på ett tydligare sätt dra gränsen för prioritering.

Som en direkt följd av att chefskapet öppnats upp för andra professioner än läkare, har personer med icke-läkarbakgrund rekryterats i varierande omfattning till verksamhetschefsposter. Detta har gett upphov till en på många sätt mycket talande debatt, där olika sidor av chefskapet betonas av olika aktörer. Denna debatt visar tydligt på oenighet vad gäller hur reformen bör tolkas, framförallt då vad gäller verksamhetschefens bakgrund som läkare eller icke-läkare. (Se bilaga 9.2 för utdrag ur artiklar.)

2.5 Universitetssjukhuset i Lund (USiL)

Universitetssjukhuset i Lund (USiL) grundades redan 1768 och är ett av Sveriges absolut största sjukhus med sina cirka 7 850 anställda. Varje år omsätter sjukhuset drygt fem miljarder kronor och erbjuder därigenom över 50 000 vårdtillfällen. Vid Universitetssjukhuset, som är knutet till den medicinska fakulteten vid Lunds universitet, bedrivs forskning, utveckling och utbildning. Universitetssjukhuset ingår i Region Skåne, som är en regional, politiskt styrd organisation. Sjukhusets organisation är starkt decentraliserad. Sjukhusets verksamhet är indelad i ungefär 50 olika verksamhetsområden, vilka i sin tur är grupperade i åtta divisioner. Varje verksamhetsområde har en verksamhetschef, och varje division leds på liknande sätt av en divisionschef. Sjukhuschefen är sjukhusets högsta tjänsteman (www.usil.se).

3 Metod

3.1 Intervjuerna

Syftet med intervjuerna kan förstås genom att föreställa sig en skala, där den ena av de två ändarna handlar om att få förståelse och den andra om att testa. Syftet med intervjuerna har varit att få en förståelse för verksamhetschefsreformen och verksamhetschefspositionen, men också för hur sjukvårdsorganisationen är uppbyggd, med riksdagen på högsta nivå. En liten del av intervjuerna har därför handlat om rent formella frågor kring exempelvis hur organisationen fungerar och är uppbyggd samt vilka aktörer som har ansvar för vilka områden. Huvuddelen av intervjuerna har därför handlat om att få förståelse för hur reformen tolkats och brutits ned i organisationen samt hur aktörer på olika nivåer ser på verksamhetschefspositionen. För att få en bild av åsikterna kring tjänsten på olika nivåer i organisationen har vi intervjuat en fackligt aktiv läkare, fyra verksamhetschefer, fyra divisionschefer, sjukhuschefen och en person på Socialstyrelsen.

Utgångspunkten var naturligtvis att vi skulle intervjua verksamhetscheferna, men samtidigt var ett tydligt mål att få insikt i hur olika nivåer på sjukhuset, och då framförallt ovanför verksamhetschefen, ser på verksamhetschefspositionen. Därför intervjuade vi även divisionschefer och sjukhuschefen. Relevant i sammanhanget är att divisionscheferna även själva tidigare har varit verksamma som verksamhetschefer. Läkaren intervjuades för att få en inblick i läkarnas attityder, och denne kan genom sitt fackliga engagemang ses som en representant för en större grupp. Personen på Socialstyrelsen intervjuades för att bekräfta Socialstyrelsens ställning i frågan.

3.2 Urval

Vår metod för urval varierar för de olika grupperna. När det gällde socialstyrelsen valdes personen ut av naturliga skäl, eftersom hon hade kunskap på området. För sjukhuschefen och divisionscheferna (åtta totalt) skickade vi ut e-brev till alla. Vi fick jakande svar från sju varav fyra divisionschefer valdes ut. Vi försökte balansera dessa könsmässigt. När det gäller verksamhetscheferna är urvalet byggt på ganska slumpmässigt utskickade e-brev. På grund av tidsbrist och personalens

bristande tillgänglighet fick vi endast jakande svar från cirka tio. Från dessa valdes fyra ut med avseende på kön och yrkesbakgrund.

En överväldigande majoritet av de vi intervjuat är läkare i grunden, vilket vi har haft i åtanke när vi sammanställt och analyserat materialet. Det förefaller rimligt att anta att läkare som grupp kan ha vissa gemensamma intressen. En iakttagelse vi gjorde vid urvalet var den överväldigande majoritet chefer som är män av de positioner vi varit intresserade av att intervjua. Det vore fullt möjligt att göra en analys av verksamhetschefsposten utifrån ett genusperspektiv.

3.3 Genomförande

Även om det som sägs under denna rubrik i mångt och mycket går under kategorin sunt förnuft tycker vi ändå det är av vikt att säga några ord om hur vi resonerat kring hantering av det material som intervjuerna har genererat. Vi har varit tydliga med att framföra till alla vi intervjuat att våra avsikter är att materialet ska vara anonymt. Detta faktum karakteriserar också vår presentering och analys av materialet. De fakta som är utlämnande för personen och som inte spelar en avgörande roll för slutsatserna har vi valt att utelämna av respekt för personerna som ställt upp. Det finns dock naturligtvis vissa svårigheter med att vara anonym vid det relativt lilla urval av intervjupersoner som vi har. Vi har gjort bedömningen att verksamhetschefernas svar är de mest känsliga och hanterar dessa därefter. För att underlätta för läsaren har vi i uppsatsen använt ett manligt namn som börjar på "D" för att beteckna de respektive divisionscheferna, och på samma sätt ett manligt namn som börjar på "V" för att beteckna verksamhetscheferna. Läkaren döptes om till "Ludvig", medan Bent Christensen (sjukhuschef) och Ulla Fryksmark (Socialstyrelsen) fått behålla sina riktiga namn.

Som nämnt inledningsvis har intervjuerna haft en semistrukturerad karaktär där vi ställt några grundfrågor och några unika frågor till varje person beroende på vilken nivå personen sitter på. Två olika formulär har använts för frågor till divisions- och verksamhetscheferna (se bilaga 9.3). De fria frågor, dvs. de som inte finns med på formulären, som ställts är sådana som fallit sig naturliga i intervjusituationen. Många av dem har handlat om att få förståelse för den formella organisationen USiL. Vår ledstjärna har varit att intervjuerna skulle karakteriseras av att vara ett avslappnat samtal, då vi tror att detta är den situation som ger de mest öppna och ärliga svaren. Detta är ett mål som vi i stort anser oss ha uppnått. När målen är att nå förståelse i en semistrukturerad situation finns risken att man allteftersom insikter nås tar vissa saker för givna och rent av ställer ledande frågor till intervjupersonerna. Detta är något vi haft i åtanke och strängt försökt akta oss för. Det är också av relevans att nämna att båda författarna har fört anteckningar under intervjuerna, och materialet har sammanställts samma dag så snart efter intervjun som möjligt. Intervjuerna tog alla mellan 40 och 70 minuter.

3.4 Generaliserbarhet

Detta är inte en kvantitativ studie utan en fallstudie byggd på elva semistrukturerade djupintervjuer. Naturligtvis försöker vi dra en del slutsatser i och med denna undersökning, men vi är väl medvetna om att eventuella försök till generaliseringar baserade på vårt material är bemängda med risken för uppkomsten av felaktigheter. Det värsta möjliga scenariot för vår undersökning är att fallet USiL skiljer sig så fundamentalt från andra sjukvårdsinstanser i Sverige att en undersökning av detta inte har någon som helst relevans för förståelsen av andra fall. Detta extremfall är dock högst osannolikt. Mer sannolikt är istället att de strukturer vi tycker oss hitta i det undersökta fallet i varierande grad skulle ha stötts på även vid undersökningar av andra möjliga men besläktade fall. Av de fall vi tycker är någorlunda närbesläktade är, i fallande ordning, andra universitets-sjukhus, andra ”vanliga” sjukhus, och sist vårdcentraler.

4 Teori

I detta kapitel presenterar vi de två teoretiska perspektiv utifrån vilka vi senare kommer att analysera det empiriska materialet. Vår avsikt är att skapa ett ramverk för att mer övergripande förstå sjukvården i Sverige, och för att göra detta har vi valt de två mest centrala perspektiven för beskrivningen av offentlig förvaltning. Dessa två är det instrumentella perspektivet och kulturperspektivet. Dessa perspektiv kan i många avseenden ses som varandras motpoler, och detta faktum är en del av motiveringen till att vi valt just dessa två. Vi tycker att dessa två perspektiv täcker de viktigaste aspekterna av vad som är intressant med sjukvården för denna undersökning. Vi är medvetna om att båda perspektiven har en gedigen historia, men att vi samtidigt här använder oss av en väldigt stereotyp framställning av dem. Eftersom vår ambition är att ta fram en tydlig och okomplicerad analysmodell är detta användande av dem avsiktligt. Enligt vår mening är detta fullt tillräckligt för att ge en någotsånär rättvisande bild av sjukvårdens organisation.

4.1 Det instrumentella perspektivet

Det är rimligt att anta att de flesta organisationer skapas med ett visst mål. Organisationer är oftast till för att skapa ordning och på detta sätt snabbare uppnå ett gemensamt mål, för en given grupp av aktörer. Enligt en instrumentell ansats kan en organisation bäst förstås enligt en formell organisationsstruktur där de olika ingående aktörerna utför olika arbetsuppgifter utifrån sina formella roller (Christensen *et al.* 2004: kap. 2). En viktig poäng i sammanhanget är den specialisering, som vi nämnt i kapitel 1, som krävs i den typiska organisationen; olika personer har här olika områden som de ägnar sig åt. Rollfördelningen är därmed formellt sett tydlig. Förhållandet mellan dessa olika specialiserade enheter inom en organisation är dock inte entydigt, utan kan förstås på två i grunden olika sätt: dels enligt den klassiska byråkratiska modellen, dels enligt en modell mer platt struktur (Christensen *et al.* 2004: 36-40). Den byråkratiska modellen har en av sina upphovsmän i Max Weber. Weber stod för att organisationer skulle bygga på en tydlig hierarki med ökat ansvar ju högre upp i hierarkin man kom (Weber 1922). I större organisationer innebar det också en tydlig vertikal specialisering, och ju större organisationen är desto fler nivåer tenderar organisationen även att ha. Det ligger också i denna organisationsform att personer högre upp i hierarkin utövar och bör utöva makt över underliggande skikt.

Den platta modellen skiljer sig från den byråkratiska modellen genom att den inte har en tydlig hierarki i många steg. För vissa organisationer är en icke-

byråkratisk struktur ibland bättre för infrielsen av målen. Istället för att ha en hierarkisk, i vissa fall inflexibel struktur med många nivåer kan det ibland passa bättre med en platt struktur som kan vara bättre lämpad för att ta sig an aktuella uppgifter. Vilken av modellerna som fungerar bäst hänger samman med vilken typ av organisation det handlar om, samt hur modellen tillämpas.

Utifrån det instrumentella perspektivet tolkas organisationen som ett instrument för att uppnå vissa resultat efter vissa givna regler eller mål. Handlingslogiken för detta perspektiv är helt enkelt ett rationellt mål-medeltänkande, där organisationens handlande bestäms av de möjliga lösningar som finns till ett givet problem.

När det gäller aktörerna har deras handlingar utifrån ovan givna handlingslogik en avgörande roll för hur organisationen fungerar enligt det instrumentella perspektivet. I förhållandet mellan aktör och struktur antas aktörerna vara i det närmaste oberoende av vilka strukturer de verkar inom. Styrande är istället den formella strukturen och vilka mål som specificeras av ledningen. Enligt detta perspektiv är dessutom aktören ”opersonlig” i den mening att det enligt teorin inte ska spela någon roll för målen vilken person som sitter på en given position i organisationen.

Enligt det instrumentella perspektivet på organisationen och aktören blir begreppet kultur något som medvetet kan laboreras med i en given riktning. Ledningen antas ha social och politisk kontroll. Kulturen ses som något instrumentellt som ledningen kan förändra.

En för uppsatsen central distinktion handlar om förhållandet mellan reform och förändringar. Enligt det instrumentella perspektivet innebär en reform ett medvetet försök att förbättra något som fungerar sämre. Reformens delar ringas in genom den rationella handlingslogikens fyra komponenter. Ledningen antas ha stora möjligheter att nå förändring. Sambandet mellan sambandet mellan en vilja att förbättra någonting (reformen) och det faktiska utfallet (förändringen) beskrivs med andra ord som starkt.

4.2 Kulturperspektivet

Kulturperspektivet tar fasta på en helt annan aspekt av vad organisationer är till för än vad det instrumentella perspektivet gör. Enligt detta perspektiv är det mycket de informella normer som mer eller mindre påtagligt finns i alla organisationer som kan bidra med förklaringen till varför en organisation agerar som den gör. Det kulturella perspektivet har på detta sätt en tydlig förklaring till hur organisationer efter ett tag kan bli tröghanterliga. En organisation som utvecklar informella normer och värderingar kallas en institutionaliserad organisation (Christensen *et al.* 2004: 52). Det är därför inom kulturperspektivet av vikt att tala om graden av institutionalisering i en organisation. En organisation som har mycket lite inslag av institutionalisering fungerar så som organisationen är tänkt att fungera, dvs. ordergivningen följer den formella hierarkin. En viktig konsekvens i detta sammanhang är därför att i takt med att en organisation blir

mer institutionaliserad riskerar dess flexibilitet samtidigt att minska i och med att informella normer rimligen kan fungera som friktion i systemet (Brunsson & Olsen 1990: 15). En organisation som är tydligt institutionaliserad tar också ofta mycket lång tid att förändra (March & Olsen 1989: 159).

Till skillnad från det instrumentella perspektivets handlingslogik bygger istället kulturperspektivet på en handlingslogik där målen ofta upptäcks successivt och involverar ett lämplighetstänkande (March & Olsen 1989: 38, 160). Kulturperspektivet tar alltså fasta på att det inte alltid, eller ibland ens ofta, är så att den ursprungliga planen hos en organisations ledande aktörer faktiskt omsätts, eller rentav *kan* omsättas, i praktiken utan istället tenderar att bli det den rådande kulturen i organisationen ger. Det finns dock plats för att enskilda aktörer ibland påverkar utfallet, dvs. påverkar riktningen för organisationens verksamhet, på ett mer tydligt och resultatriktat sätt (March & Olsen 1989: 47). I sådana sammanhang talar man om s.k. ”starka aktörer”, men detta tillhör ovanligheterna inom kulturperspektivet.

Det är alltså inte så att kulturperspektivet helt bortser från vissa mål som en organisation kan ha, men att det informella, dvs. den institutionaliserade aspekten av organisationen, måste tas i beaktande för att förstå hur mekanismerna bakom hur en organisation fungerar. I en organisation med ett starkt sådant inslag kan det ifrågasättas hur mycket ledningen egentligen betyder. Visserligen finns det fall där ledningen måste besluta på icke rutinmässiga sätt. Detta kan kallas ”kritiska avgöranden” och kan innebära skyddandet, utvecklandet eller förändringen av organisationskulturen (Christensen *et al.* 2004: 65). I och med att ledningen har en mer nedtonad roll inom kulturperspektivet kan man också tala om förändring av en organisation snarare än reformering av den, vilket ska syfta till att betona denna process som någonting som sker utan att någon aktörs intention ligger bakom.

Kulturperspektivet betonar också vikten av en organisations historia, och vad den har betytt i termer av de traditioner och förväntningar som är underförstådda i organisationen. Dessa traditioner och förväntningar är i vid mening normer eller institutioner som ofta på ett tydligt sätt påverkar organisationens verksamhet. Sådana institutionella drag kan ibland fungera hämmande för förändringar, och detta fenomen kallas ofta för ”stigberoende” (Christensen *et al.* 2004: 64; se även March & Olsen 1984: 745). Att studera detta ”stigberoende” är alltså en viktig aspekt för att förstå hur en organisation fungerar, enligt kulturperspektivet.

4.3 Perspektivens relevans för svensk sjukvård

För att på bästa sätt kunna förstå svensk sjukvård i allmänhet och USiL i synnerhet finner vi det nödvändigt att slå fast vilka aspekter av sjukvårdens organisation som främst kan vara intressanta för analys utifrån perspektiven.

Sjukvården har vissa mål som specificeras på olika nivåer. I praktiken har många beslut som rör sjukvården delegerats en lägre nivå i den formella hierarkin. Kontentan av detta är att en rad beslut av stor vikt för hur sjukvården faktiskt

utformas och fungerar inte tas på politisk nivå, och istället tas nära verksamheten i sig. Det faktum att sjukvården har vissa mål och att de måste tolkas eller brytas ned på olika nivåer i sjukhusets hierarki innebär en grund för analys utifrån perspektiven.

I och med att sjukvården karakteriseras av professionalism så innebär det att chefen inte nödvändigtvis är ”den som vet bäst”. Detta kan medföra svårigheter vid styrningen av en sådan organisation; den byråkratiska strukturen ställer krav på åttlydnad, medan organisationen samtidigt har en mycket självständig personal som är ifrågasättande. Tydligt för sjukvården är naturligtvis också att den viktigaste funktionen är den service den ger patienterna, vilket ställer krav på att personalen har tillräcklig frihet att ta beslut i situationen och på så sätt ge personlig service. Ovanstående hänger samman med kopplingen mellan reform och förändring, vilket kan analyseras utifrån perspektiven.

Ett tredje viktigt karaktärsdrag för sjukvården är att den är tydligt hierarkisk i sin formella utformning. På sjukhusen, liksom i alla andra organisationer, finns det dock en informell såväl som en formell maktstruktur. Med den formella strukturen åsyftas den officiella makthierarki som finns, dvs. så som det officiellt bör förhålla sig. Den informella maktstrukturen är flytande och delvis föränderlig. Denna struktur utgörs av faktorer som verkar bakom den formella strukturen och som har potential att kringgå den formella ordningen. Faktorerna kan t.ex. vara kunskap, personliga egenskaper (ledaregenskaper), akademisk titel (doktor, docent, professor) osv. Dessa hierarkier, och relationen mellan dem, är en viktig komponent i en organisationsteoretisk analys.

Ett fjärde område rör synen på tröghet, barriärer och kultur. Det uppenbart att det i praktiken finns hinder för förändring i alla organisationer. Det är därför av vikt att försöka tolka befintliga barriärer utifrån perspektiven. Frågan rörande spårbundenhet kommer även att beröras.

Ovanstående områden kommer att analyseras i kapitel 6, där de behandlas under något av perspektiven, alternativt under båda, beroende på vilken relevans de har.

5 Empiri

Det har ovan nämnts att materialet till denna uppsats kommer från huvudsakligen fyra typer av källor. Själva basen till vår uppsats består dock av de dokument om den offentliga sjukvårdens organisation vi läst samt de intervjuer av i frågan insatta personer vi gjort. I denna redovisning av materialet strukturerar vi detta utifrån de sex olika nivåer i den offentliga sjukvårdens formella hierarki, med organisationen på USiL som konkretisering av de undre delarna i denna hierarki. Syftet är att ge en så heltäckande bild av olika instansers uppfattning om vad verksamhetschefskapet ska innebära som möjligt.

5.1 Den formella hierarkin

I denna avdelning går vi igenom de olika delarna av sjukvårdens formella hierarkiska uppdelning, i syfte att förklara de olika aktörernas (i det här fallet varje nivå i hierarkin) roller och deras syn på och betydelse för verksamhetschefsrollen. Det kan ses som problematiskt att behandla de respektive nivåerna som en enhetlig grupp med gemensamma mål, men vi ser detta som en nödvändig förenkling, som vi försöker ta i beaktande så mycket som möjligt under analysen. Värt att notera är även den generella tendensen att ju längre ner i hierarkin man förflyttar sig, desto mindre representativ blir den beskrivning vi här gör av de respektive grupperna som helhet.

5.1.1 Den politiska nivån: riksdag och landsting

Det står klart att riksdagen är den högsta beslutande instansen vad gäller sjukvården i Sverige. Det är i huvudsak genom Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som sjukvården regleras. I det konkreta fallet innebär det att, som nämnt ovan, att verksamhetschefskapet regleras enligt denna lag. Denna lag innehåller egentligen tre tydliga mål. Dessa är:

- Medicinsk kunskap ska inte behövas hos verksamhetschefen, även om denne i avsaknad av denna kunskap måste tillsätta någon som i relevanta frågor måste ”fullgöra enskilda ledningsuppgifter”.
- Ledaregenskaper ska värderas högt vid rekrytering av verksamhetschef.
- De tre delmålen ”hög patientsäkerhet”, ”god vård” och ”främjande av kostnadseffektivitet” ska tillgodoses inom ramen för verksamhetschefens arbetsområden.

Det bör dock betonas att vi inte ser det som vår uppgift att tolka de politiska motiven bakom reformen i stort.

Beträffande landstinget är dess roll betydligt mer nedtonad i sammanhanget. Dan uttrycker det som att "landstinget lägger sig inte i 'chefsläget' på USiL". Vilmer, David och Bent har också liknande formuleringar. Till detta kan läggas att Vilgot menar att landstinget inte har någon större del i den faktiska verksamheten på klinisknivå eller beträffande verksamhetschefskapet. Detta sköts internt inom sjukhuset, med ledning och division som huvudsakliga beslutsfattare (Vilgot). I och med den relativt entydiga synen på att landstinget inte är en intressant aktör och beslutsfattare i just detta sammanhang har vi valt att inte vidare utreda deras åsikter i ämnet.

5.1.2 Nationellt kontrollorgan: Socialstyrelsen

Vi har valt att beröra även Socialstyrelsen, eftersom det är ett nationellt statligt kontrollorgan som är centralt för förståelsen av verksamhetschefspositionen. Detta synliggörs av följande citat:

"I Socialstyrelsens instruktion står det att vi särskilt ska verka för kvalitet och säkerhet. För tillsynens del handlar det om patientsäkerhet, och det är vår främsta uppgift, men i detta ingår att följa upp att hälso- och sjukvården efterlever de författningar som finns."
(Ulla Fryksmark)

Verksamhetschefernas roll styrs delvis av Socialstyrelsen. De måste tillfredsställa tillsynsmyndigheten som i detta fall är Socialstyrelsen, vars mål är medicinska och inte politiska (Vilgot). Vilgot fortsätter med att berätta att Socialstyrelsen mer kan ses som en hjälp än en kontroll vad gäller den medicinska kvaliteten. Vid tillfällen där t.ex. resurserna inte är tillräckliga kan Socialstyrelsens riktlinjer ses som någon form av referenspunkt som ger guidning gällande vilken vård som måste ges.

Som vi berört tidigare har Socialstyrelsen tolkat HSL (Se SOSFS 1997:8). Denna tolkning ligger till grund när de enskilda sjukhusen ska utforma sin verksamhet. Socialstyrelsen har dock en roll utöver den tolkande. I vissa enskilda fall lägger sig lokala tillsynsmyndigheter i den konkreta utformningen av verksamheten, men gör det då med avseende på patientsäkerheten. Daniel exemplifierar med ett fall i Malmö då Socialstyrelsen la sig i utformningen av verksamheten.

5.1.3 Sjukhusledningen

Där den politiska nivån slutar tar förvaltningen vid, som i detta fall är sjukhusledningen. Sjukhuschefen Bent Christensen, som således också är förvaltningschef, representerar här sjukhusledningen. Det är sjukhuschefens

uppgift att ta fram riktlinjerna för hur organisationen ska skötas och hur den ska utvecklas, och han har även det övergripande ansvaret för den samlade verksamheten. Detta omfattar naturligtvis även i förlängningen hur verksamhetschefsposten ska utformas. I teorin ska alltså sjukhuschefens visioner och mål återspeglas på organisationens alla nivåer. Den nuvarande sjukhuschefen har suttit på sin position i cirka tre år. Därför är det av intresse att utreda hur, i fallet USiL, sjukhuschefens syn på verksamhetschefskapet är.

Vår intervju med Bent Christensen gav följande bild av hans mål med verksamhetschefsposten:

- Betoning av ledarskapets vikt
- En extern rekrytering där inte bara läkarna specificerar kravprofilen föredras
- Tid för utveckling av verksamheten är en viktig del av arbetet för verksamhetscheferna
- Det finns inga principiella problem med att ha en icke-läkare på verksamhetschefsposten

Denna bild är intressant på framförallt ett sätt i resten av uppsatsen: i och med att vi intresserar oss för hur besluten återspeglas i den faktiska verksamheten, och sjukhuschefen är den kritiska länken mellan den politiska nivån och resten av verksamheten, måste dessa mål struktureras. Värt att notera är att under intervjuerna med personer på alla sjukhusets ledningsnivåer har det framkommit att Bent Christensens ledning har inneburit en ny syn på organisationen och dess mål. Vår tolkning är att han framstår som mer visionär och otraditionell än tidigare sjukhuschefer.

5.1.4 Divisionerna

Divisionerna är den del i USiL:s hierarki som har kommit till senast. Eftersom denna nivå inte är nödvändig enligt lag, har den kommit till som ett resultat av ett behov, framförallt förknippat med sjukhusens storlek och därtill följande kommunikationsbehov. Detta behov är något som har stått klart i diskussionerna med flera av divisionscheferna.

Divisionschefsrollen har förändrats sedan 1999, då den instiftades. En divisionschef uttrycker det: ”Tidigare var det ett 20-25% jobb, men den nya chefen Bent har ändrat på detta” (Dan). Uppgifterna för divisionscheferna går ut bl.a. på att kanalisera all information mellan verksamhetscheferna och sjukhusledningen. Detta innebär i förlängningen också att politiska direktiv går genom divisionscheferna pga. den position i den formella hierarkin de har. Denna position innebär också att de tvingas samordna prioriteringen mellan de olika klinikerna (Dan).

Det finns delvis kontrasterande åsikter om ”vad som ligger på divisionschefernas bord”. Till divisionschefernas uppgifter hör, enligt ett synsätt, att ”enbart ta i det som har övergripande karaktär” (David). Detta håller även Dan

med om. Enligt det andra synsättet måste även divisionscheferna ibland vara närmare verksamheten. Vilgot tycker att man bör beskriva divisionschefens roll som en ”super-verksamhetschef”. Vi tolkar Vilgots beskrivning av detta som att de gör ungefär samma saker som verksamhetscheferna, fast på ett högre plan. Under våra möten med divisionscheferna, och även baserat på vad verksamhetscheferna säger, tolkar vi det som att två av de fyra divisionschefer vi inkluderat i vår undersökning agerar mer enligt denna super-verksamhetschefsroll.

En viktig funktion som DC har är att rekrytera verksamhetscheferna. Denna funktion har de haft i cirka 3 år, men formellt sett bara i cirka 1,5 år (David). Själva rekryteringsprocessen kan naturligtvis ske på två olika sätt: internt eller externt. Den tidigare positionen *klirikchefen*, som kan sägas vara verksamhetschefspositionens föregångare i många avseenden, sågs ofta som ”primus inter pares”, alltså i princip en företrädare för professionen och kliniken snarare än dess chef. Detta har ändrats successivt genom både chefsöverläkarreformen och, kanske framförallt, genom verksamhetschefsreformen. Denna syn ledde naturligtvis till en intern rekrytering av chefer. Den nuvarande policyn är istället att öppna för extern rekrytering. Bent påstår dock att denna övergång går långsamt. Detta påstår även en av divisionscheferna: många verksamhetschefer är fortfarande internt rekryterade (David). David påstår att divisionscheferna är ganska fria i sin rekrytering av verksamhetschefer. Det enda som reglerar detta är lagtexten HSL §28-30 och vad Bent beslutat om rekryteringsförfarandet. Detta rekryteringsförfarande innebär bl.a. att alla berörda delar i verksamheten involveras vid rekryteringen, men att beslutet till sist ändå är divisionschefens (se dokumentet ”Chefsrekryteringsprocessen på USiL”). Han beskriver vidare att både medarbetarna och arbetsgivaren är med i denna process, och i praktiken även också facket. I denna process säger David: ”Medarbetarna vet vad de vill ha.” De vill ha en läkare, specialist och docent.” Även Dag och Daniel beskriver rekryteringsprocessen i dessa termer. Detta antyder alltså att det i praktiken fortfarande finns utrymme för en kulturbetonad traditionsbunden dimension i denna process.

Divisionscheferna hade tidigare ingen beslutanderätt, men detta har ändrats. Daniel menar att man har tagit ansvar både uppifrån och nerifrån, alltså både från sjukhusledningen och från verksamhetscheferna. Det finns vissa indikationer på att divisionschefskapet är fortfarande är otydligt reglerat och att verksamhetscheferna kan känna sig trängda av detta.

Det är tydligt att det finns en gemensam syn hos divisionscheferna beträffande verksamhetschefernas egenskaper i sin roll. En viktig egenskap, som ständigt återkommer i intervjuerna, är behovet av ett helhetsperspektiv. Många använder ordet ”helikopterperspektiv”, för att förklara detta. I korthet innebär detta att man ska kunna se till organisationens bästa istället för att ta hänsyn enbart till en intressegrupp, men ändå behålla en konkret bild av vad som händer i verksamheten, och vilka behov denna har. Att chefen ska vara ”objektiv och obunden”, som alla fyra divisionscheferna antyder, är ett tecken på detta. Chefens koppling till verksamheten ska inte påverka hans beslut, och dennes lojalitet som chef bör ligga uppåt i organisationen. Samtidigt upplever vi en medvetenhet hos divisionscheferna att verksamhetscheferna måste ha respekten i gruppen, vilket

gör deras roll till en balansgång. Chefen bör också syssla betydligt mer med ledning än med det medicinska, enligt divisionscheferna. För tre år sedan var det standard att ha en viss andel läkartjänst. Nu har det börjat luckras upp (Dan). Även denna aspekt av verksamhetschefskapet är återkommande hos alla divisionschefer, men förekommer egentligen i alla gjorda intervjuer. På det formella planet innebär detta att chefskapet tydligt ska dominera verksamhetschefens roll. Medicinsk kunskap hos en verksamhetschef är alltid att föredra, men detta är dessutom ofta ett direkt krav vid rekryteringen. Detta kommer vi att återkomma till i senare stycken.

5.1.5 Verksamhetscheferna

Det är naturligtvis av oerhörd vikt att det finns någon med övergripande ansvar för att en klinik faktiskt fungerar och i detta fungerar som en länk mellan de frågor av ekonomisk eller administrativ karaktär och de av praktisk eller medicinsk karaktär. HSL lagstadgar verksamhetschefens positionen som en nödvändig del sjukhusorganisationen. Verksamhetschefen ansvarar för sin respektive klinik, och är således den som indirekt får ställas till svars vid allvarliga brister i det medicinska förfarandet på kliniken (SOSFS 1997:8). Verksamhetscheferna ansvarar genom sin position för mycket betydande resurser.

På USiL är en överväldigande majoritet av de knappt 50 verksamhetschefer som finns läkare i grunden. Inom de verksamhetsområden som sysslar med medicinsk verksamhet har endast tre verksamhetschefer icke-läkarbakgrund (Vilhelm, Bent). För att sätta detta i sitt sammanhang gör vi här en jämförelse med hur det ser ut i andra delar av landet. Här görs även skillnad mellan primärvård och sjukhusvård¹.

Som tidigare nämnts har få kartläggningar gjorts vad gäller verksamhetschefen. Det finns som ovan nämnt inget krav från högre instanser för sjukhusen att föra statistik över sina verksamhetschefer. Westin uppskattade 2002 att det finns 1500-2000 personer som kan klassificeras som verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården i Sverige (Westin 2002: 20f). Hur många av dessa som har läkarbakgrund kan dock grovt uppskattas med hjälp av de undersökningar som har genomförts. Westin har genomfört en undersökning (Westin 2002), Dagens Samhälle en annan, och en tredje är gjord av Socialstyrelsen. Se bilaga 9.4 för statistik över detta. Vad som tydligt kan slås fast är att en överväldigande majoritet inom sjukhusvården, och en tydlig majoritet inom primärvården, fortfarande har en läkarbakgrund åtskilliga år efter verksamhetschefsreformen. Vid tolkningen av denna statistik är det naturligtvis av vikt att veta hur länge verksamhetscheferna sitter för att kunna bedöma reformens faktiska genomslag.

¹ **Sjukhussjukvård:** Vård som bedrivs vid inrättning för i första hand slutna vård dvs. vård av patienter med sjukdomar eller skador som inte kan utredas eller behandlas inom primärvården eller annan öppen vård.

På USiL sträcker sig ett tillförordnande över tre år, vilket i praktiken förlängs med ytterligare tre år, förutsatt att man skött sina åtaganden på ett någotsånär tillfredsställande sätt. Enligt Valter är detta en regionsövergripande princip. Detta innebär i praktiken att det finns en tröghet i systemet, som gör att förändringar i den politiska respektive sjukhusledningens mål och visioner inte nödvändigtvis avspeglas i verksamheten förrän efter ett tag (David, Valter, Vilgot, Ludvig). En skillnad mellan primärvården och sjukhusvården är alltså att det har skett en snabbare förskjutning mot verksamhetschefer utan läkarbakgrund inom primärvården.

Verksamhetschefens anställning på USiL regleras genom ett speciellt anställningskontrakt rörande chefspositionen. Detta kontrakt ligger oftast ovanpå ett redan befintligt kontrakt inom verksamheten. Eftersom verksamhetscheferna på USiL i de flesta fall är läkare så innebär detta att verksamhetschefstjänsten ligger ovanpå en läkartjänst, som är oberoende av varandra. Om läkaren skulle sluta eller förlora sin tjänst kan denne alltså återgå till den vanliga tjänsten. I och med att verksamhetschefstjänsten är ett uppdrag och inte en vanlig anställning, och på grund av de krav som följer med detta uppdrag, är snabb uppsägning av denna tjänst möjlig (Vilhelm). Oavsett om en verksamhetschef därför slutar på egen begäran eller blir uppsagd är det i praktiken alltid så att denne faller tillbaka på sin gamla tjänst (Dan, Daniel). Även för icke-läkare som verksamhetschefer i allmänhet tycks normalfallet vara att de har eller får någon form av tjänst i botten (Vilhelm). I de fall då verksamhetschefen är icke-läkare finns det två huvudsakliga lösningar. Antingen måste det tillsättas någon med lämplig medicinsk kompetens som har en del av tjänsten, och då ställs det i praktiken krav på att de fungerar som ett väl sammansvetsat ”radarpar”, eller så har icke-läkaren hela ansvaret men är tvingad att rådfråga någon med tillräcklig kompetens i medicinska frågor (Vilhelm, David).

Verksamhetstjänstens omfattning i termer av arbetstid beskrivs som skiftande, och det är framförallt tiden man lägger ner på chefskapet som varierar. Hur verksamhetschefen väljer att disponera sin tid väljs i stort av denne själv, men regleras i någon mån av vad verksamheten kräver (Vilhelm, Valter, Vilmer, Bent). I vissa fall ställer divisionschefen vissa krav (Daniel). Icke-läkare lägger i praktiken ner 100% på chefskapet, i den meningen att de inte har någon bisyssla i den kliniska verksamheten (Vilhelm, Bent). Verksamhetschefer som är läkare i botten brukar sällan använda 100% av sin arbetstid till chefskapet. Detta bekräftas av de personer vi intervjuat, som antingen är eller har varit verksamhetschef. Normalt verkar vara att man lägger minst 20% av tiden på sin vanliga läkartjänst. Anledningen till detta verkar kunna bero på tre saker: för det första på grund av att många tycker att läkartjänsten är så ”kul” att de inte vill sluta med detta helt (Vilmer, Vilgot, David, Dan). För det andra att det finns en oro för att förlora sin plats eller sin kunskap, och att inte hänga med längre (Bent, Vilmer, Vilgot). För det tredje ställer verksamheten vissa indirekta praktiska krav på delad tjänst. Små kliniker har större behov av verksamhetschefer som även kan hoppa in som läkare (Dan, Valter, David).

Verksamhetschefstjänsten beskrivs överlag som den kanske mest utsatta positionen i hela organisationen. De läkare vi intervjuat som är eller har varit

verksamhetschef upplever sig ha arbetat väldigt mycket. Vissa beskriver tjänsten som ett uppdrag där man alltid har för lite tid. Tjänsten beskrivs som komplex, och framstår tydligt som den viktigaste brytpunkten i organisationen med tunga krav både uppifrån och nerifrån. Verksamhetschefspositionen är den tjänst som är lägst i hierarkin av de chefstjänster som har ett övergripande ansvar och innefattar administrativa, ekonomiska och personalrelaterade frågor, samtidigt som de har ett tydligt medicinskt ansvar. En klar majoritet av de vi har intervjuat, oavsett position, har instämt i det påstående som gör gällande att verksamhetschefen är en oerhört betungande position.

De flesta upplever tjänsten som mycket fri i planeringsavseende, vilket också innebär att många upplever den som väldigt skiftande till karaktär, beroende på vilken division och klinik verksamhetschefen arbetar inom. Tjänsten beskrivs dock som otydligt reglerad, och vissa anser att det behövs mer hjälp ovanifrån (Valter, Vilmer). De mål som kommer ovanifrån och som det är verksamhetschefens uppgift att infria beskrivs ibland som oklara (Vilgot). Detta bekräftas i Socialstyrelsens enda rapport på området (Socialstyrelsen, 2005. Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – En nyckelroll för patientsäkerheten?).

Ständigt återkommande i intervjuerna med dem som är läkare i botten är att den medicinska kompetensen är mycket viktig för att kunna fungera som en bra verksamhetschef (Valter, Vilmer, Vilgot, Daniel, Dag, David). På frågan om vad som är speciellt med USiL i jämförelse med andra sjukhus i Sverige är det gängse svaret att det är en kunskapsintensiv och forskningsinriktad verksamhet, och att detta gör sjukhuset speciellt.

Ledaregenskaperna sätts i första hand av alla vi talat med, och detta beskrivs som en positiv utveckling. Eftersom det finns en potentiell konflikt i att prioritera ledaregenskaperna samtidigt som man har en ”delad” tjänst (dvs. att vara läkare och verksamhetschef samtidigt) är det tydligt att det finns viljor i ledningen som går mot ytterligare betoning av verksamhetschefernas ledarfunktion och chefskap. Detta kan kopplas till de andra förutsättningar icke-läkare verkar ha att prioritera chefs- och ledarfunktionen fullt ut; det är tydligt att icke-läkare som är verksamhetschefer inte har samma incitament för att samtidigt vara aktiv i den kliniska verksamheten. I samband med detta är en tydlig tendens att verksamhetschefstjänsten i meningen ”chef för kliniken” har tappat något i status sedan tiden för klinikcheferna. Ulla Fryksmarks sätt att se på saken är att de förr var ”de anställdas förlängda arm” medan de nu mer istället blivit ”politikens förlängda arm”. Detta innebär att de anställda inte på samma sätt ser verksamhetschefen som en av de egna, och får exemplifiera hur verksamhetschefskapet kan vara en otacksam position att inneha. Att Dan här berättar att han upplever en tendens hos verksamhetscheferna att delegera obekväma beslut uppåt i organisationen är ytterligare ett exempel.

En annan egenskap som även verksamhetscheferna och samtliga övriga vi intervjuat verkar tycka är viktiga är förmågan att ha en helhetssyn i meningen att se till hela organisationens bästa. Detta ses som svårt, men denna svårighet är inget som är unikt för läkare (Valter, Vilgot). Vissa av de vi intervjuat tycker dock att en helhetssyn underlättas av att vara icke-läkare (Vilhelm, Vilgot). Det är uppenbart att ett fullständigt helhetsperspektiv kräver en viss typ av

avståndstagande från verksamheten. Det finns dock två sätt att se på hur verksamhetschefens i detta avseende ska förhålla sig till verksamheten: det första står för att man blir en bättre verksamhetschef av att själv delvis verka i verksamheten (speciellt den kliniska verksamheten), medan det andra står för att man tydligt bör distansera sig från verksamheten för att kunna bedriva ett mer objektivi chefskap med den helhetssyn detta kräver.

Det är värt att notera att det finns en ovilja bland läkarna att själva bli chefer. Vi har förstått att det på många andra sjukhus och andra vårdinrättningar därför finns problem med att rekrytera just läkare till verksamhetschefspositionen (Vilmer, Dag, Daniel). Detta faktum har givit upphov till en stor debatt i medierna, där läkarna uppmanas till att återerövra chefsrollen (se bilaga 9.1). På USiL bidrar dock dess storlek, som ett av Sveriges största sjukhus, till att avhjälpa detta problem. Det är i sammanhanget värt att notera att det beskrivs vara mer attraktivt för en icke-läkare än en läkare att inneha en chefsroll. Orsakerna beskrivs vara att icke-läkare, som oftast utgörs av sjuksköterskor, har ett tråkigare jobb och har större ekonomiska incitament att vilja ha dessa chefstjänster.

5.1.6 Den konkreta verksamheten: läkarna

Avsnittet om läkarna representerar i vår undersökning det tryck och åsikter som kommer underifrån, dvs. från den kliniska verksamheten, och påverkar verksamhetscheferna. Eftersom denna kategori ligger lägst i den hierarki vi beskrev i avdelning 5.1 är det även den största av grupperna. Om den gruppen uttalar vi oss på grundval av det vi fått reda på genom alla de vi har intervjuat, och då de alla har erfarenhet av denna nivå förväntar vi oss att de kan ge oss en relativt rättvisande bild av vad den här gruppens syn på verksamhetschefen är. Vi finner denna grupp relevant för att samspelet mellan personalen och verksamhetschefen är av stor vikt för att verksamheten ska fungera tillfredsställande.

Denna grupps formella påverkan på verksamhetschefskapet yttrar sig mycket tydligt i rekryteringsförfarandet. Divisionschefen har, som nämnt ovan, sista ordet, men representanter från kliniken, i praktiken ofta fackliga representanter, är med i en rekryteringsgrupp som utarbetar en mall tillsammans med divisionschefen, och avgör vilka egenskaper kandidater bör ha (David, Ludvig). I praktiken framför ofta de anställda att de vill ha en läkare, gärna en disputerad sådan, som verksamhetschef (Daniel, Vilgot).

Under de intervjuer vi gjort har det tydligt framkommit att det ställs speciella krav på en chef i en läkarorganisation. Att undersöka orsakerna till detta lämnar vi dock tills vidare därhän. Värt att notera är ändå att det krävs speciella egenskaper hos dessa chefer för att få tillbörlig respekt i verksamheten. Enbart den traditionella och mer auktoritära ledarstilen tycks inte vara tillräcklig.

En annan viktig aspekt i sammanhanget är att personalen, med avseende på den medicinska kompetensen, måste få påverka även ”uppåt” i organisationen. På detta sätt får inte, och bör inte heller få, ekonomiska och administrativa frågor fullt ut prioritet framför medicinska och därtill hörande etiska frågor. Enligt Vilgot finns ett mer eller mindre tydligt normsystem (implicit eller explicit) som

styr den medicinska verksamheten. Dessa värden prioriteras till syvende och sist framför ekonomiska; läkare förhindras på detta sätt att t.ex. ge ett sämre läkemedel än vad de annars hade tvingats göra (Vilgot).

5.2 Sammanfattning av den formella hierarkin

Sammanfattningsvis föreligger det inga tvivel om att det finns motsättningar mellan målen för olika nivåer, men även att målen till viss del är internt konflikterande. Eftersom vi vill förstå de olika aktörernas roller och deras interaktion är det främst motsättningar mellan målen för olika nivåer som är av intresse. Vi kommer naturligtvis även att diskutera hur målen ibland kan vara internt konflikterande. Motsättningarna mellan de olika nivåernas mål, men även de interna målen, kommer att diskuteras och kopplas samman med vad den kulturella aspekten i sjukhusorganisationen innebär. Problemet med vad kulturen kan innebära i sjukhusorganisationer kan belysas med Bents ord: ”Antingen måste läkarna ta på sig hela ledarrollen, eller lämna över den, för det kommer inte att fungera annars.”

5.3 Den informella hierarkin: en kulturell dimension

Vi har hittills redogjort för hur den formella hierarkin på USiL ser ut, och visat hur målen bryts ner genom organisationens olika nivåer ner till den konkreta verksamheten. Det är dock tydligt att denna bild baserad på den strikt formella hierarkin inte är tillräcklig för att i alla avseenden förstå verksamhetschefens reformen. Det har visat sig behövas en kompletterande beskrivning av hierarkin på sjukhuset. Den formella hierarkin definierar vi som den officiella beslutsordningen, baserat på de positioner som finns inom sjukhuset. Uppenbart är att den formella hierarkin är vad man kan kalla kulturellt avgränsad, eftersom det råder konsensus kring att man inte bryter hierarkin. Detta är något som många vi talat med bekräftar (Vilgot, Dan). En verksamhetschef talar alltså inte direkt med sjukhuschefen utan att ha talat med divisionschefen först, och detta är något som inte finns formellt reglerat. I teorin ska den formella hierarkin avspegla ledningens mål på alla nivåer, men som mer eller mindre självklart är gör den inte det fullt ut. Vi finner det därför av vikt att ta med en beskrivning av vad vi kallar den informella hierarkin.

Den informella hierarkin står här för allt som inte fångas upp av den formella hierarkin beträffande maktstrukturerna på USiL (men även sjukvården i stort), t.ex. normer och förväntningar som påverkar verksamhetschefens positionen och förutsättningarna för denna. På många sätt ger den informella hierarkin uttryck för de kulturer som råder på USiL. I och med avsaknaden av reglering av en sådan hierarki, krävs naturligtvis en tolkning från vår sida. Vi har inte för avsikt att

presentera en heltäckande bild av denna informella hierarki, och tror inte heller att detta är möjligt utifrån det material och den förståelse vi har. Även om inte kan göra en komplett analys av denna struktur tror vi ändå att vi lyckats fånga några av de intressanta aspekterna av och föreställningarna om denna. Att denna informella hierarki är relevant råder det dock inget tvivel om, eftersom alla på något sätt uttalar sig om och förhåller sig till denna. Exempel på olika aspekter av den informella hierarkin är typiska symboler för läkaryrket: att kunskap är makt, att titlarna innebär en viss status och att historien avspeglar sig på olika sätt i verksamheten.

Hur mycket de olika kulturella inslagen betyder för hur verksamheten på USiL faktiskt fungerar låter vi vara osagt till analyskapitlet. Vad vi däremot ämnar redogöra för i denna avdelning är beskrivningar av den informella strukturen som varit tydligast. Den informella hierarkin och de normer som följer på detta kräver en viss historia. Det är tydligt att verksamheten på USiL har en mycket gedigen historia. ”Vi jobbar med 200 års historia”, uttrycker Bent Christensen det. Det kan även uttryckas i mer generella termer, som att läkarens symboler är påtagliga och viktiga. Dag nämner stetoskopet och läkarrocken som exempel, och nämner att han alltid har slips på grund av de förväntningar som finns på läkaren.

På en mer specifik nivå beskriver många kulturen på USiL som speciellt utpräglad. Även om ett par av de intervjuade tonar ner detta, är det sammantaget så att kulturen beskrivs vara kännetecknande för USiL.

Av de kulturella drag som finns benämns i synnerhet professionsandan i läkarkåren som tydlig. Anledningen till detta antyds av många främst bero på för det första den långa utbildningen med allt vad detta innebär. För det andra att de personer som söker sig till läkaryrket som regel är mycket prestationsinriktade. För det tredje betyder de tydliga hierarkier som sjukhusorganisationen mycket för professionsandan. Detta får rimligen som följd en stark läkaridentitet som leder till att läkarperspektivet, med patienten i första hand, och läkartjänsten med dess del i den kliniska verksamheten, inte enkelt går att bortse från. En av verksamhetscheferna uttrycker detta: ”Man blir aldrig helt chef som läkare” (Vilgot). Även andra ger stöd för detta uttalande (Bent, Dan, Dag). En följd av ovanstående, samt av organisationen på sjukhusen, är att läkarna har en autonom ställning i organisationen, där de ofta själva tvingas ta beslut och ansvar i verksamheten.

Ett resultat av denna professionsanda och andra kulturella drag är att läkarna kan vara svåra att styra. Detta är något som en klar majoritet av de intervjuade har uttryckt. Det som läkarkulturen medför, och som därigenom gör denna grupp svårstyrd, beskriver vi nedan. För det första beskrivs respekt som nödvändigt för att möjliggöra ledning av läkare. Erhållandet av denna respekt verkar främjas genom att chefen uppvisar erforderlig kompetens inom relevant sakområde, vilket i sin tur möjliggör att läkarna kan identifiera sig med chefen ifråga. Denna möjlighet till att identifiera sig med chefen ifråga verkar speciellt viktig i detta chefskap, enligt många av de vi talat med. Det finns tydliga förväntningar på att verksamhetschefen på detta sätt är läkare i grunden. Detta för oss på ett naturligt sätt in på ett annat område som är viktigt för förståelsen av att uppnå respekt i professionen. Inom alla sjukhusorganisationer är kompetensen av yttersta vikt;

kunskap innebär inom sjukvården makt av naturliga skäl, och detta är ytterligare en aspekt av den informella hierarkin. I en så komplex och stor organisationer som USiL är därför olika symboler av denna kompetens av stor vikt. Inom USiL tar detta sig uttryck genom universitetstitlar. Mycket respekt ”förtjänar” därför den som har mycket kunskap. Därför underlättar det som chef att vara disputerad, eller ännu hellre att vara docent eller professor, eftersom organisationen ”förväntar” sig detta. Även åldern tycks vara en faktor som inte kan bortses från i sammanhanget. I Westins undersökningar av verksamhetschefspositionen är medianåldern på läkaren 55 år. Detta kan antyda att cheferna förväntas vara lite äldre. Den här beskrivna informella hierarki, som alltså främst är beroende av en läkarbakgrund och forskarbakgrund, innebär strukturella svårigheter för organisationen att acceptera nya chefer som inte inordnar sig i denna informella hierarkis struktur.

För det andra, beträffande läkare som en svårstyrd grupp, ställs krav på att man är en diplomatisk ledare som inte ”pekar med hela handen” (Dag, Vilgot, Daniel). Detta kanske framförallt gäller om chefen inte är läkare eller disputerad. Detta kan ses som organisationens sätt att anpassa sig efter en förändrad syn på chefskapet.

För det tredje gör läkarnas autonoma ställning att de ofta utvecklar en inställning i stil med ”vi vet bäst själva” (Vilmer). Deras autonomi antyds också av många medföra utvecklingen av subkulturer med lokala, informella ledare som inte nödvändigtvis ser till organisationens bästa (Dag). Detta främjar också ett revirtänkande (David).

Det är av intresse att betona att dessa tre aspekter är tydligt knutna till organisationens historia. De egenskaper som tidigare förväntades av klinikchefen, och därefter delvis av chefsöverläkaren, passar väl in på beskrivningen ovan. Den tydliga skillnaden när det gäller ledarskapet är dock att chefen tidigare hade en mer auktoritär ledarstil och icke ifrågasatt ställning. En för organisationen tydlig spårbundenhet kan här skönjas i förväntningarna på chefskapet, där samtidigt en relevant skillnad är en anpassning efter omständigheterna till ett nytt, mer ledarbetonat chefskap.

Vad betyder då den gamla synen på chefskapet för verksamhetschefen idag? Det är tydligt att verksamhetscheferna som är läkare i botten har svårt att lämna läkaridentiteten bakom sig (Dan, Dag, Valter, Vilmer, Vilhelm). Det finns alltså en risk som tydligt beskrivs av de vi intervjuat att läkarna ser sig själva som ombud för sin verksamhet, dvs. ”primus inter pares”, snarare än sjukhusledningens representant för organisationen som helhet. Dessutom riskerar helhetsperspektivet att gå förlorat (Dan, Bent). Ett annat exempel på läkaridentitetens konsekvenser är att det tycks vara svårt att släppa läkartjänsten. Framförallt betonas dessa problem av sjukhusledningen. Attityden att ”man kan vara chef med vänster hand” ses på detta sätt som ett problem för chefskapet inom organisationen (Bent, Valter).

Den gamla synen hänger också kvar tydligt i att personalen i organisationen förväntar sig att medicinsk kunskap, bredvid ledaregenskaper, är den viktigaste egenskapen hos en verksamhetschef (Vilmer, Vilgot, Valter, Dag, Daniel, Bent). Detta är något som inte alls återfinns i sjukhusledningen. Denna betonar ensidigt

ledaregenskaperna (Bent, Dan). Även i mer formella sammanhang, och då mer konkret i rekryteringen är den kulturella dimensionen av vikt. Dels genom internt rekryterade verksamhetschefer med en historia på kliniken fortfarande är vanligt, dels genom personalens och fackets tydliga påverkan på detta förfarande.

Alla de faktorer som bygger på någon typ av spårbundenhet hos organisationen innebär på ett naturligt sätt ett hinder för både tillsättningen av och chefskapet för en icke-läkare på USiL. Flera exempel ges på det nationella planet där pressen blivit för stor på icke-läkare på verksamhetschefspositionen, som har resulterat i att de fått sluta (Dag, Vilhelm, Daniel, Bent). Talande i sammanhanget är att det finns två sätt att se på chefskapet för en icke-läkare: antingen kan det upplevas som att icke-läkaren inte har ”fullt chefskap” (Daniel). Därigenom betonas indirekt den medicinska kunskapens vikt i verksamhetschefens arbetsuppgifter. Eller ses tvärtom icke-läkaren som den enda som faktiskt kan uppnå fullt chefskap, då denne inte är tyngd av sin koppling till kliniska verksamheten. Den förstnämnda varianten går stick i stäv med lagens intentioner och är ett exempel på ett kulturellt förhållningssätt till det aktuella chefskapet.

Som en illustration av slitningen för verksamhetschefen som är läkare i botten mellan politiska direktiv och professionellt knutna hänsyn (patienterna) kan nämnas de tveksamheter kring prioritering som läkare kan uppleva då de inte fullt ut kan ta avstånd från sin läkaridentitet. Ett exempel är här huruvida verksamhetschefen har sin främsta lojalitet gentemot landstinget eller Socialstyrelsen.

6 Analys

Utifrån ovan presenterat empiriska material drar vi följande slutsats som ligger till grund för analys utifrån perspektiven: det går att urskilja två tydliga konflikterande syner vad gäller synen på verksamhetschefspositionen. Dels sjukhusledningens nydanande syn representerad framförallt av Bent Christensen, dels den äldre synen på verksamhetschefen mer i enlighet med den tidigare klinikchefen, representerad i någon mån i så gott som alla delar av verksamheten

Den punkt som i teorin skulle ha potential att ge det ena eller det andra perspektivet rätt i frågan handlar om huruvida organisationskulturen kan eller inte kan instrumentellt påverkas på ett tydligt och effektivt sätt. Enligt en kulturell ansats är detta mycket svårt eller rent av omöjligt, men enligt en instrumentell ansats är det tvärtom möjligt.

Redan inledningsvis i detta kapitel är det dock av vikt att säga att vi inte här avser behandla frågan om vilket av perspektiven som har rätt i frågan om verksamhetschefspositionen på USiL. Det ligger i de teoretiska perspektivens natur att en sådan analys skulle vara svår eller omöjlig. Två praktiska problem försvårar dessutom en sådan analys. För det första har vi inte en fullständig bild av hur utvecklingen har förflutit i organisationen sedan 1997, och för det andra har USiL nyligen bytt chef (för tre år sedan) och därmed fått en delvis ny målbild.

Vad vi här istället avser att göra är att utifrån de kunskaper vi tillgodogjort oss kring verksamhetschefspositionen tolka dessa utifrån en instrumentell och en kulturell ansats.

6.1 Det instrumentella perspektivet

Det instrumentella perspektivet betonar de enskilda aktörernas roll i förståelsen av en organisation. Enligt detta perspektiv har här sjukhuschefen och ledningen goda möjligheter att använda organisationen för att uppnå givna mål. Ledningens mål kan enligt teorin förväntas tydligt avspeglas i organisationens faktiska utformning och handlande. Den handlingslogik som styr organisationen är enligt detta perspektiv målrationellitet. De politiska målen verkar tydligt avspeglas i sjukhusledningens mål. Sjukhusledningens mål antas alltså vara noga övervägda och genomförbara, och deras möjligheter att påverka är beroende på faktorer som har att göra med storleken på sjukhuset och olika typer av bromsklossar i organisationen. Kultur ses här som en sådan faktor, men är av mer föränderlig och påverkbar karaktär. Det är tydligt att inte ledningens mål helt realiserats på USiL, men i viss utsträckning har förändringar av målbilden skett i organisationen. Utifrån en instrumentell ansats har flera saker hänt i organisationen sedan den nya

sjukhuschefen tillträdde för cirka tre år sedan. En viktig distinktion gällande hur det instrumentella perspektivet ser på ledningens försök att reformera organisationen bör också göras. Det ena är att ledningen gör aktiva försök att förändra den rådande kulturen och den ordning som gäller inom organisationen. Det andra är när ledningen rationellt anpassar sig efter rådande kulturella drag. Vi försöker här ge en bild av de aktiva försök som gjorts.

För det första är det tydligt att en sådan sak är ökat fokus på ledning. Det faktum att sjukhuschefen är i stånd att genomdriva en specificering av hur verksamhetschefskapet ska prioriteras, där 30% av verksamhetschefernas arbetstid ska läggas på utveckling av befintlig verksamhet, och att det råder konsensus på alla nivåer kring att ledarskapet ska prioriteras framför den kliniska verksamheten, ger stöd åt detta.

För det andra kan avsikten att förändra den interna rekryteringsprincipen och det nya rekryteringsförfarandet som inrättats av ledningen ses som tydliga försök att förändra den rådande kulturen. En förutsättning för att detta ska fungera måste divisionscheferna, dvs. de som har sista ordet i rekryteringen av verksamhetscheferna, agera enligt sjukhusledningens mål. Detta är något som sjukhusledningen till stor del har lyckats med. En annan förutsättning är att medarbetarnas åsikter antingen förändras eller att deras inflytande över rekryteringsprocessen minskar.

För det tredje verkar sjukhusledningen ha stärkt de övre nivåerna av den formella hierarkins positioner genom att divisionscheferna successivt fått ökat ansvar och inflytande. Därigenom bör ledningens mål på ett mer effektivt sätt kunna sippra ner i organisationen.

Den andra typen av försök från sjukhusledningens sida är att reformera organisationen genom att rationellt anpassa målen efter den organisationskultur som för tillfället råder, för att i förlängningen förändra den. En första sådan anpassning handlar om det faktum att verksamhetschefens respekt i gruppen tycks vara av stor vikt för dennes förmåga att leda, och som ett resultat av detta försöka förmedla en bild av ledaregenskaperna som avgörande för organisationen. Olika typer av interna ledarkurser tycks vara ett indirekt krav på verksamhetscheferna, och beträffande ledarstil tycks det finnas en samsyn kring att man som ledare inte längre bör ”peka med hela handen”.

En andra anpassning är att verksamhetscheferna fortfarande själva får avgöra hur de ska prioritera sitt chefskap. Det är dock i praktiken norm att chefskapet ska prioriteras framför den kliniska verksamheten.

Det finns dock vissa faktorer som är förknippade med USiL, vilka på ett naturligt sätt inskränker möjligheterna till styrning. Dessa är främst storleken på USiL, med det organiska inslag detta innebär, att organisationen till stor del är en serviceverksamhet, som ställer krav på en betydande autonomi för läkarna, samt att organisationen är tydligt kunskapsintensiv, vilket medför att personalens kunskapsövertag ytterligare försvårar styrning.

Det kan inte bortses från att USiL i många avseenden fortfarande är en starkt kulturellt bunden organisation. Detta behöver dock inte nödvändigtvis försvaga det instrumentella perspektivets förklaringsvärde. Till en början finns det en inbyggd tröghet i den formella utformningen av verksamhetschefspositionen

genom att verksamhetscheferna har tre års förordnande, men att detta i praktiken ofta blir förlängt med ytterligare tre år. Dessutom finns det en skillnad mellan hur mycket man vill och hur mycket man kan vara chef. Exempelvis kan en liten klinik kräva att man är med i den kliniska verksamheten mer än avsett. Den nuvarande sjukhuschefen har suttit endast i tre år, vilket i praktiken omöjliggör att hans mål och visioner till fullo har realiserats.

6.2 Kulturperspektivet

Det finns starka skäl att anta att USiL är en tydligt institutionaliserad organisation. För det första har sjukhuset en gedigen historia med starka traditioner, vilket har framgått av många av de intervjuer vi gjort. För det andra uppvisar organisationen drag av en stark professionsanda där läkarna både bör ha och har en stark roll, med tydliga förväntningar kopplade till denna. För det tredje är USiL en kunskapsintensiv organisation, vilket har fått till resultat att personalen i hög grad är autonoma och tvingas ta betydande ansvar. Sjukhusledningens mål och visioner är alltså svåra att överföra till en organisation med en sådan kultur.

För en analys genom kulturperspektivet utgår vi ifrån att ledningens mål är en del av politikens mål. Det är tydligt att sjukhuschefen inte går helt i linje med organisationskulturen. Ett tydligt exempel på detta är att sjukhuschefens syn på verksamhetschefen förvrängs ju längre ner i organisationen man kommer.

Redan på divisionschefsnivå kan man se tecken på att dessa chefer tycks vara påverkade av den kultur som råder i organisationen genom att sjukhuschefens mål inte fullt har fått fäste. Exempelvis blir medicinsk kunskap ett krav vid rekryteringen av verksamhetschefer. Vissa mål tycks på detta sätt växa fram internt i verksamheten. I detta sammanhang blir knäckfrågan huruvida kunskapsintensitet per automatik ska innebära att en läkare krävs för positionen. Vi bedömer det vara en tolkningsfråga för divisionscheferna huruvida det är ett faktum eller inte om verksamhetschefen måste vara läkare i botten. Därmed finns det potentiellt en dimension där lämplighetslogiken, som är kännetecknande för kulturperspektivet, gör att divisionscheferna i detta fall tycker att det är ett sådant faktum.

Ett tydligt exempel på att sjukhusledningen och personalen kan ha olika mål är rekryteringsförfarandet av verksamhetscheferna. I detta är det tydligt att personalen har sin syn på vem verksamhetschefen kan och bör vara, medan ledningen har en annan. Bilden som ges är att det konsekvent är så att verksamhetschefens egenskaper ska vara i enlighet med rådande normer, dvs. läkare och disputerad. Den informella hierarkin, som tidigare beskrivits, spelar här en viktig roll. Detta skulle kunna ses som ett exempel på vad det kulturella perspektivet benämner spårbundenhet, där förväntningarna på den gamle klinikchefen delvis lever kvar.

Det verkar finnas skillnader mellan formellt och informellt ledarskap, och tecken på vissa subkulturer återfinns i intervjumaterialet. Som Dag uttrycker det: ”Vissa skiter i helheten”. Detta kan ses som ett uttryck för att gamla normer

hänger kvar och att ett motstånd fortfarande finns mot de nyare idéerna som drivs av sjukhusledningen.

Normer, rutiner och mönster är viktiga komponenter för det kulturella perspektivet. Det finns skäl att anta att verksamhetscheferna, som oftast är äldre, internt rekryterade och är läkare i botten har en tendens att handla på rutin enligt de mönster som de är väl invanda i. Under intervjuerna har det funnits tydliga tecken från sjukhusledningens sida på att vissa verksamhetschefer handlar enligt gamla mönster, och alltså är för mycket ”en del av verksamheten”. Exempel på detta är att varken chefskapet eller ledarskapet prioriteras. Sjukhuslednings tydliga vilja är att verksamhetscheferna ska agera enligt ett objektiva och obundet ideal med en helhetssyn, där organisationens bästa är styrande. Det finns en oro hos sjukhusledningen, och delvis även bland personalen, att det fortfarande finns verksamhetschefer som prioriterar ”de gamla värdena” och inte på rätt sätt anammar den nya chefsrollen.

I detta fall kan man se sjukhuschefens vilja att reformera som ett försök att förändra organisationen. Det kulturella perspektivet beskriver förhållandet mellan reform och förändring närmast som meningslöst. De förändringar som sker ska ses istället som ett resultat av rådande kultur. Genom vårt empiriska material kan vi med fog påstå att USiL är en tydligt institutionaliserad organisation. Detta får delvis stöd sjukhuschefens egna ord, där han framhåller organisationens förändringströghet.

Huruvida man som verksamhetschef bör ta del i den kliniska verksamheten varierar i organisationen. Det finns tydliga tecken på att de gamla normerna, associerade med klinikchefs roll, fortfarande lever kvar. Enligt dessa antas verksamhetschefen vara ”primus inter pares” samt vara involverad i verksamheten. Detta har också stöd i de indikationer på att verksamhetscheferna är i en utsatt position, som innebär en oerhörd press både uppifrån och nerifrån. Det låter i sammanhanget rimligt att beskriva detta som att den rådande kulturen går stick i stäv med det nya verksamhetschefskapet, där lojaliteten i större utsträckning ska ligga uppåt. Ytterligare en indikation på detta är läkarnas aversion mot att ta sig an verksamhetschefsuppdraget.

7 Slutsats

Avsikten med föreliggande undersökning har rakt igenom varit att belysa frågan om hur man kan förstå verksamhetschefsreformen och verksamhetschefspositionen på USiL. Utifrån den generella förståelse vi skapat oss utifrån bakgrundsmaterialet har vi sedan gjort ett större nedslag i ett konkret fall: USiL. Det sammantagna materialet har i sin tur genererat följande resultat:

Tolkningarna och i förlängningen implementeringen av ramlagstiftningen är en komplicerad process. Det kan dock fastslås att det kulturella inslaget i denna process är mer påtagligt ju längre ner i organisationen USiL man rör sig. Kopplat till detta finns det tydliga motsättningar gällande synen på verksamhetschefen mellan olika nivåer i organisationen. Denna process får i praktiken resultatet att icke-läkaren som verksamhetschef gallras bort. Farhågor beträffande chefskapet som associerat med den gamla klinikchefens roll är påtagliga framförallt på sjukhusledningsnivå. Vi har delvis funnit stöd för dessa farhågor genom intervjuerna, där vissa traditionella förväntningar finns beträffande vilka egenskaper och vilken roll verksamhetschefen bör ha.

Införandet av verksamhetschefspositionen har inneburit en stor förändring gentemot de tidigare chefsöverläkar- och klinikchefspositionerna, där det administrativa och ekonomiska ansvaret tydligt flyttats ner en nivå i organisationen. Verksamhetschefspositionen är en oerhört betungande och utsatt, men samtidigt oerhört viktig, tjänst. Detta hänger ihop med de nya uppgifterna och övergången från verksamhetschefsrollen som "primus inter pares" till en roll mer karakteriserad av en lojalitet uppåt i organisationen.

Den metod vi använt för analysen av verksamhetschefsreformen, och verksamhetschefens position i mer generella termer, har varit att använda kulturperspektivet respektive det instrumentella perspektivet. Det står klart att båda perspektiven möjliggör den förklaring som frågeställningen efterlyser. En tydlig kulturaspekt är något som båda perspektiven tvingas ta i beaktande. Förhållningssättet till den tidsrymd som framstår som rimlig för att denna reform borde leda till önskad förändring är avgörande för de respektive perspektivens förklaringsvärden. För detta måste även sjukhusledningens avsikter uppmärksammas, då dessa är avgörande för vad förändringen ska bestå i. Eftersom reformen är cirka tio år gammal, men sjukhusledningen är relativt ung, är det en omöjlighet att mer exakt fastställa perspektivens respektive förklaringsvärden. Vi anser att perspektiven kompletterar snarare än utesluter varandra.

Som ett synliggörande av sjukhusledningens strävan att reformera organisationen och de problem detta är behäftat med låter vi en divisionschefs ord fungera som avslutning: "Organisationen är inte redo för en bra chef" (Dan).

8 Referenser

Muntliga källor

Anonyma

Divisionschef	Dag
Divisionschef	Dan
Divisionschef	Daniel
Divisionschef	David

Verksamhetschef	Valter
Verksamhetschef	Vilgot
Verksamhetschef	Vilhelm
Verksamhetschef	Vilmer

Fackligt aktiv läkare	Ludvig
-----------------------	--------

Autentiska namn

Socialstyrelse	Ulla Fryksmark ²
Sjukhuschef	Bent Christensen

Tryckta källor

Abrahamsson, Bengt 1992. *Varför finns organisationer? Kollektiv handling, yttre krafter och inre logik*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Runo 1998. *Hälso- och sjukvårdsadministration i organisations-teoretisk belysning. 3:e upplagan*. Lund: Studentlitteratur.

Brunsson, Nils & Olsen, Johan P. 1990. *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

² Verksam vid Socialstyrelsens tillsynsenhet Jönköping. Har jobbat på MAS i ca 18 år, även verksam som chefsöverläkare. Jobbar nu med frågor rörande patientsäkerhet och med en rapport om vårdskademätningen.

- Christensen, Tom - Laegreid, Per - Roness, Paul G. - Røvik, Kjell Arne, 2004. *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber.
- Lundquist, Lennart 1998. *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.
- March, James G. & Olsen, Johan P. 1989. *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- Peters, B. Guy 1999. *Institutional Theory in Political Science*. London: Pinter.
- Weber, Max 1922. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Westin, Jan. 2002. *Läkaren som chef och ledare*. Lund: Studentlitteratur

Övriga tryckta källor

- Chefsrekryteringsprocessen på USiL, 2005 *Internt dokument. Universitetssjukhuset i Lund*.
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1982:783 §28-30.
- Socialstyrelsen, 2005. Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – En nyckelroll för patientsäkerheten?
- Socialstyrelsen, 2006. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Ale Tryckteam, Bohus.
- Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 1997:8 (M) *Socialstyrelsens allmänna råd Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*.
- Sveriges yngre läkares förening, 2007. Sylfs Specialiseringstjänstgöring med inriktning på ledarskap.

Vetenskapliga artiklar

- Bergman, Sven-Eric 1998. *Swedish Models of Health Care Reform: A Review and Assessment*. International Journal of Health Planning and Management, 13, 1998.
- March, James G. & Olsen, Johan P. 1984. *The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*. The American Political Science Review. Vol. 78, no. 3, sept. 1984.

Tidningsartiklar

- Bark, C. 2005. *Läkaren på väg att bli marginaliserad*. Tidningen Sjukhusläkaren nr. 5/05.
- Granstrand, Cecilia. *Sjuksköterskor styr 4 av 10 vårdcentraler*. Dagens Samhälle nr 30/2005,

- Pramsten, Sara & Uhlin, Vilmer. *Allt färre läkare lockas att bli chefer*. Dagens Medicin - På Jobbet, nr 45/2004
- Stensmyren, Heidi & Sävblom, Charlotta 2007. *Unga läkare behövs som ledare och chefer i modern sjukvård*. Läkartidningen nr 10/07
- Wedin, Marie 2005. *Gör det möjligt för läkare att bli chefer*. Tidningen Sjukhusläkaren nr. 5/05.

Internetkällor

Universitetssjukhuset i Lund. www.usil.se Tillgänglig: 2007.05.19

9 Bilagor

9.1 Verksamhetschefens reglering enligt lag, allmänna råd och förordningar

Verksamhetschefens olika befogenheter regleras i en rad lagar och dokument, där Socialstyrelsen har centralt ansvar för kontroll. Dessa lagar och dokument finner vi är i behov av tolkning för att förstå de egentliga målen med reformen. När det gäller den officiella regleringen av verksamhetschefens uppgifter har det skett en utveckling under den tioåriga period som löpt sedan verksamhetschefsreformen drevs igenom 1997.³

- Paragraferna 28-30 i Hälso- och sjukvårdslagen utgör den juridiska ramen för verksamhetschefen (HSL 1982:783).
- Förordningen om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård, 1996:933, beskriver vissa av verksamhetschefens administrativa uppgifter.
- Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård, SOSFS 1997:8, gäller fortfarande som Socialstyrelsens officiella tolkning av de delar av HSL som rör verksamhetschefen.
- Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård, 1998:531, anger det ansvar som olika nivåer av sjukhuspersonalen har.
- Föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem inom hälso- och sjukvård, SOSFS 1996:24 är tänkta att säkra en rad värden inom sjukvården och riktar sig bl.a. till verksamhetschefen. De allmänna råden, SOSFS 1996:24, har ersatts (januari, 2006) av en separat vägledning kallad ”God vård” ämnad att vara till praktisk hjälp i verksamhetens kvalitetsarbete. En viktig avsikt med vägledningen ”God vård” är att koppla ihop patientperspektivet med ledningsperspektivet.

³ Av vikt är att skilja på föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifter är bindande regler. Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

9.2 Utdrag ur debatten kring verksamhetschefen:

”Vi inom läkarkåren måste verka för att våra chefer får en möjlighet att behålla en fot i yrket för att på så sätt garantera sin reträtt från ledarpositionen, sin förståelse för verksamheten och därmed sin integritet som chef och människa.” (Wedin 2005)

”Läkarens medicinska kompetens behövs som bas för det permanenta prioriteringsarbete som sker i sjukvården. Medicinsk kompetens behövs för att driva utvecklingen i den kunskapsintensiva verksamhet som sjukvård är, bl.a. för att kunna bedöma och implementera nya forskningsresultat i praktisk verksamhet, följa upp incidenter, höja patientsäkerheten och vårdkvaliteten, samt för att anställa och värdera övrig medicinsk personals kunskap.” (Stensmyren *et al.* 2007)

”Vi ville renodla rollerna. Det är svårt att jobba kliniskt och samtidigt ansvara för personal, budget och verksamhetsutveckling. Nu får verksamhetschefen ta hela ledarskapsansvaret medan läkarna kan koncentrera sig på patientarbetet och de rent medicinska frågorna.” (Pramsten 2004)

”Men vi rekryterar ju inte utifrån yrkesbakgrund utan efter ledarintresse och förmåga.” (Granstrand 2005)

”Det har slagit igenom att ledarskapsförmågan ska vara avgörande, inte grundprofessionen.” (Granstrand 2005)

9.3 Formulär för intervjuer

Formulär för divisionschefer

Gemensamma frågor för alla intervjugrupper

Berätta om dig själv! Är det ok att vi använder ditt namn?

Mål med reformen

Vad vill man uppnå med denna lagändring?

Tycker du att dessa mål är rimliga? Överensstämmer detta med verkligheten?

Tillsättning

Vilka intentioner hos dig finns bakom tillsättningen av VC?

Vilka problem finns vid tillsättningen av VC?

Vilka ”resurser” i form av tillgängliga personer etc. finns för att hitta lämplig VC?

Utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper ska vägleda tillsättandet av VC.

Vad betyder detta i praktiken? Hur vägs dessa faktorer in? Är ”erfarenhet” avseende ledarskap eller medicinsk kompetens viktigast? Upplevs detta som otydligt?

Sjukhusets egenskaper

Hur påverkar storleken av USiL de önskvärda egenskaperna hos en VC?

Hur påverkar forskartraditionen på USiL tillsättningen av VC?

Tror du att USiL skiljer sig mycket angående VC:s roll från andra sjukhus, t.ex. Sahlgrenska?

Sjukhuskulturen

Är det självklart att det ska vara en läkare som är VC? Verkar detta vara den rådande idén bland personalen?

Vem vill vara chef?

Placera in dig i hierarkin!

Vad är din främsta lojalitet på sjukhuset? (Tre grupper...)

Finns det en tydlig kultur hos de olika grupperna?

Specifika frågor till just DC

DC:s roll

Vilka egenskaper kännetecknar DC som position gentemot VC och sjukhusledning? Vad ”motiverar” denna uppdelning?

Vad vill du få ut av en tillsättning av en viss person till VC?

Direktiven uppifrån

Finns det otydliga direktiv och mål som du inte vet hur du ska relatera till/uppfylla?

Hur går rekryterandet av VC till?

På vilka grunder tillsätter man VC?

Hur ser du på motiven bakom att tillsätta icke-läkare som VC? Vilka var dessa motiv?

Har du frihet i utformningen av VC:s roll?

Hur mycket betyder lagändringen för utformandet av VC:s tjänst?

Förväntningar nerifrån

Brukar det finnas några hinder, som t.ex. en motvilja bland läkare att bli chefer, för att rekrytera folk?

Formulär för verksamhetschefer

Gemensamma frågor för alla intervjugrupper

Berätta om dig själv! Är det ok att vi använder ditt namn?

Mål med reformen

Vad vill man uppnå med denna lagändring?

Tycker du att dessa mål är rimliga? Överensstämmer detta med verkligheten?

Tillsättning

Vilka intentioner hos dig finns bakom tillsättningen av VC?

Vilka problem finns vid tillsättningen av VC?

Vilka ”resurser” i form av tillgängliga personer etc. finns för att hitta lämplig VC? Utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper ska vägleda tillsättandet av VC. Vad betyder detta i praktiken? Hur vägs dessa faktorer in? Är ”erfarenhet” avseende ledarskap eller medicinsk kompetens viktigast? Upplevs detta som otydligt?

Sjukhusets egenskaper

Hur påverkar storleken av USiL de önskvärda egenskaperna hos en VC?

Hur påverkar forskartraditionen på USiL tillsättningen av VC?

Tror du att USiL skiljer sig mycket angående VC:s roll från andra sjukhus, t.ex. Sahlgrenska?

Sjukhuskulturen

Är det självklart att det ska vara en läkare som är VC? Verkar detta vara den rådande idén bland personalen?

Vem vill vara chef?

Placera in dig i hierarkin!

Vad är din främsta lojalitet på sjukhuset? (Tre grupper...)

Finns det en tydlig kultur hos de olika grupperna?

Specifika frågor till just VC

VC:s roll

Vilka egenskaper kännetecknar VC som position gentemot DC, sjukhusledning och läkarteam? Vad "motiverar" denna uppdelning?

Vad tycker du är viktiga egenskaper hos dina VC-kollegor?

Direktiven uppifrån

Finns det otydliga direktiv och mål som du inte vet hur du ska relatera till/uppfylla?

På vilka grunder tillsätter man VC?

Hur ser du på motiven bakom att tillsätta icke-läkare som VC? Vilka var dessa motiv?

Har du frihet i din roll?

Hur mycket upplever du att lagändringen betyder för utformandet av VC:s tjänst?

Har du någon personlig erfarenhet av lagändringen?

Hur har din roll förändrats sedan tiden för klinikchefer?

Förväntningar nerifrån

Brukar det finnas några hinder, som t.ex. en motvilja bland läkare att bli chefer, för att rekrytera folk?

Hade du en motvilja mot att bli chef? Varför i så fall?

9.4 Statistik

Tabell 1. Tidigare yrkesbakgrund hos verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården i Region Skåne 2001

Verksamhet	Yrkesmässig bakgrund				
	Läkare	Sjuksköterska	Annan sjv.	Övriga	
Sjukhusvård	152	25	13	1	
Primärvård	51	38	3	-	
Psykiatri	11	2	-	1	
Tekniska enh	-	-	-	12	
Totalt	214	65	16	14	$\Sigma=309$

(Ur Westin 2002: 20)

”Framträdande chefer med läkarbakgrund inom sjukvårdssektorn ter sig dock minska i antal och rapporter duggar tätt om att ’läkarkåren abdikerat’ från chefskapet inom sjukvården.” (Sara Pramsten, Vilmer Uhlin, Dagens Medicin - På Jobbet, nr. 45/2004, Allt färre läkare lockas att bli chefer) ”En kartläggning från 2005 om verksamhetscheferna inom sjukvården visade att 58,3 procent hade en yrkesbakgrund som läkare, 26,8 procent var sjuksköterskor och 14,8 procent var ’övriga’. I gruppen ’övriga’ återfanns framförallt psykologer, arbetsterapeuter, undersköterskor och officerare. Inom primärvården var motsvarande siffra för chefernas yrkesbakgrund 44,2 procent sjuksköterskor, 42,4 procent läkare och 13,3 procent ’övriga’. Siffrorna visar att läkarkårens inflytande på chefs- och ledarpositioner inom sjukvården har minskat.”⁴ (Cecilia Granstrand, Dagens Samhälle nr. 30/2005, Sjuksköterskor styr 4 av 10 vårdcentraler)

(Hela ovanstående stycke är hämtat ur Sylfs Specialiseringstjänstgöring med inriktning på ledarskap, 2007)

”I detta projekt är drygt två tredjedelar (43 av 60) av verksamhetscheferna läkare. Mer än var femte verksamhetschef har sjuksköterskebakgrund (14 av 60). Det är främst inom primärvården som sjuksköterskor är verksamhetschefer. En verksamhetschef är utbildad socionom. Men det är värt att notera att var sjätte verksamhetschef hade tidigare erfarenhet av arbete eller utbildning inom en annan sektor än hälso- och sjukvård. Bland verksamhetschefer med läkarbakgrund dominerar män. Motsatt förhållande gäller för verksamhetschefer med sjuksköterskebakgrund.” (Se tabell 2).

⁴ Vi skickade en förfrågan till dagens samhälle om att få ta del av undersökningen, men har inte fått något svar.

Tabell 2. Verksamhetschefernas yrkesbakgrund (n=60)

Yrkesbakgrund	Totalt antal	Antal kvinnor	Antal män
Läkare	43	18	25
Sjuksköterskor	14	10	4
Sjukgymnaster	2	2	0
Socionom	1	0	1

Den tid som man hade verkat som chef varierade mellan 3 månader och 20 år med en genomsnittlig tid på 5 års tjänstgöring (median 4 år och 2 månader). Männen har i genomsnitt varit verksamma 20 månader längre än kvinnorna (män genomsnittligen 5 år och 10 månader jämfört med kvinnornas 4 år och 2 månader).

Majoriteten (55 av 60) hade genomgått någon form av chefsutbildning. De flesta hade fått denna utbildning i vårdgivarens regi. En fjärdedel (15 av 60) hade genomgått extern chefsutbildning vid Handelshögskolan i Stockholm eller motsvarande.

I genomsnitt har verksamhetschefen 138 medarbetare inom sitt verksamhetsområde (median 70 medarbetare). Antalet medarbetare varierar mellan 7 och som mest 1000. Det är främst verksamhetschefer inom slutenvården som har stora verksamhetsområden med många medarbetare. ” (Ur Socialstyrelsen, Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – En nyckelroll för patientsäkerheten?)