



LUNDS UNIVERSITET  
Campus Helsingborg

# C-UPPSATS

## Hos oss är alla gäster

- *En studie om hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell*

**Författare:**

*Eva Dobosz, Henric Eliasson, Emma Ståhlros*

**Handledare:**

Hervé Corvellec  
Mattias Wengelin

**Service Management**

Kandidatuppsats 10 p, VT 2007  
SMT302

## Sammanfattning

---

<b>Titel</b>	Hos oss är alla gäster - En studie om hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell.
<b>Författare</b>	Eva Dobosz, Henric Eliasson och Emma Ståhlros
<b>Nyckelord</b>	Patienthotell, situation, förutsättningar och ledarskap.
<b>Syfte</b>	Vårt syfte är att undersöka hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet. Vidare är vårt syfte att studera en unik situation där dessa förutsättningar är avgörande för hur situationen gestaltas. Då patienthotell är en verksamhet som befinner sig i övergången mellan vård och service skapas en unik situation, det vill säga situationen patienthotell.
<b>Problemställning</b>	Hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell.
<b>Metod</b>	Vi har använt oss av kvalitativa intervjuer med personer som har en chefsposition på tre patienthotell, ett i Norge och två i Sverige. Studiebesök, kortare gruppintervju och utdelad sekundärdata från de olika patienthotellen har tillsammans med intervjuerna format vårt empiriska material. Detta har sammanflätats med teorier om hur situationen påverkar ledarskapet, teori kring gäst och patientperspektiv, medarbetarnas professioner och regelverk.
<b>Slutsatser</b>	Situationen patienthotell påverkas främst av hur integrerade de är i vården. Patienthotellens grad av integrering i vården leder till att de har kundgrupper med unika behov vilka är kopplade till medicinsk behandling och omsorg. Kundens unika behov kräver en högre kunskap och erfarenhet hos medarbetarna för att kundens behov ska kunna tillfredställas. Patienthotellens integrering i vården styrs även av ett bestämt regelverk då de är en del av den offentliga verksamheten.

# Innehållsförteckning

1 Inledande del.....	1
1.2 Patienthotells utveckling och bakgrund.....	1
1.3 Problematisering.....	2
1.3.1 Syfte.....	3
1.3.2 Problemställning.....	3
2 Teorier om situationens påverkan på ledarskapet.....	3
2.1 Ledarens roller.....	3
2.2 Contingency ansatsen.....	4
2.3 Sammanfattning.....	8
3 Situationen patienthotell.....	10
3.1 Gäst- och patientperspektiv.....	10
3.2 Profession.....	13
3.3 Regelverk.....	14
3.4 Ledarskapet på ett patienthotell.....	15
3.5 Sammanfattning.....	17
4 Metod.....	18
4.1 Arbetsprocess.....	18
4.1.1 Val av metod.....	19
4.1.2 Urval.....	19
4.2 Kvalitativ intervju.....	20
4.2.1 Intervjuguiden och Transkribering.....	22
5 Avhandlade del.....	24
5.1 Kort beskrivning av de tre patienthotellen.....	24
5.1.1 St Svithun.....	24
5.1.2 Patienthotellet i Lund.....	25
5.1.3 Patienthotellet i Karlstad.....	25
5.2 Analys.....	26
5.2.1 Integreringens betydelse för situationen patienthotell.....	26
5.2.2 Behovens påverkan på situationen patienthotell.....	28
5.2.3 Professionernas påverkan på patienthotellets situation.....	30
5.2.4 Regelverket som en förutsättning för patienthotellets situation.....	32
6 Avslutande del.....	33
6.1 Diskussion.....	33
6.2 Slutsatser.....	35
6.3 Reflektion.....	35
7 Källförteckning.....	37
7.1 Tryckta källor.....	37
7.2 Elektroniska källor.....	38
7.3 Muntliga källor.....	39
Bilaga 1.1.....	40
Bilaga 1.2.....	41
Bilaga 1.3.....	43

# 1 Inledande del

---

*Vår inledande del kommer att ta upp orsakerna till utvecklingen av patienthotell. Dessa tar sin grund i den marknadsiering som påverkat sjukvården de senaste årtiondena. Vi vill även kort historiskt beskriva när situationen började påverka ledarskapet. Därefter övergår vi till att redogöra för uppsatsens problematisering som vi kommer att besvara i den avslutande delen.*

---

## **1.2 Patienthotells utveckling och bakgrund**

Sjukvården har genomgått tre olika skeenden vilka har påverkat dess organiseringsprocesser mellan åren 1970 och 2000. Lars Nordgren menar på att dessa tre är decentralisering, transaktion och marknad, vilka har överlappat varandra under sjukvårdens utveckling. Decentraliseringen innebar att sjukvården skulle effektiviseras genom att ansvar skiftade från stat till landsting. Detta skeende varade från mitten av 1970- talet till år 1990. Nästa skeende var transaktionskeendet som inträffade i slutet av 1980-talet och pågår fortfarande. Detta skeende innebar ett ökat fokus på marknadsliknande modeller för verksamheten där både sjukhusen och patienten skulle bli mer fristående och självständiga. Det sista skeendet som Lars Nordgren skriver om är det begynnande marknadsskeendet. Detta kännetecknas av att Sverige gick igenom en period av nedskärningar av den offentliga sektorn vilket i sin tur kom att påverka sjukvården. Under denna period som börjar 1992 ökade tilltron till marknadslösningar. Detta skeende innebar också en mer positiv bild till en ökad mångfald av sjukvårdsproducenter.<sup>1</sup> Marknadstänkandets intåg i sjukvården har diskuterats med anledning av att det har påverkat hur sjukvården tänker och fungerar.<sup>2</sup> Norman Fairclough menar att samhällsutvecklingen kan liknas vid en marknadsiering olika funktioner som till exempel sjukvård och skola kan idag jämföras med en marknad. Vi menar att dessa olika skeenden och marknadsieringen av sjukvården har lett till att patienthotell kunnat vinna kraft, där patienthotell har kommit att bli en förlängning av sjukvården.

Marknadsieringen har gjort att köp- och säljrelationer uppstått vilket har lett till ökad kundorientering vilket i sin tur lett till ett ökat fokus på styrning och ledning. Utvecklingen mot en mer marknadsanpassad verksamhet har påverkat sjukvården på flera sätt, ett av dem är att patienten numera benämns som kund. Patienten ses som en person som aktivt söker vård och medverkar i vården. Utvecklingen har gått mot att kunden har fått mer inflytande i sjukvården

---

<sup>1</sup> Nordgren, Lars. (2004). *Från patient till kund*, Lund: Lund business press. Sid 60-66

<sup>2</sup> *ibid.* Sid 66-68

och att den blir erbjuden en tjänst.<sup>3</sup> Då de anställda styrs av professionens normer och regler blir deras arbete och kompetens standardiserad.<sup>4</sup> Även om patienthotell inte ses som en klassisk avdelning påverkas de av besluten som tas på det närliggande sjukhuset. Sjukvården är en offentlig verksamhet som ska fungera som en trygg och långsiktig faktor i samhället. Alla offentliga verksamheter är politiskt styrda och har uppsatta mål som ska genomföras.<sup>5</sup> I offentliga verksamheter innebär det snäva budgetar då sjukvårdens syfte inte är vinstdrivande.<sup>6</sup>

Sedan slutet av 1970-talet har tankar om management försökt vinna inträde i sjukvården. Detta sätt att styra har försökt att ersätta den professionella styrningen i de offentliga verksamheterna.<sup>7</sup> Under den här perioden utvecklades även teorier om Contingency ansatsen, det vill säga hur situationen påverkar ledarskapet. Då patienthotell befinner sig i en unik situation som befinner sig mellan sjukvård och hotellverksamhet påverkar det ledarskapet.

I Sverige finns det idag cirka 40 patienthotell som är organiserade på olika sätt med olika inriktningar. Vi menar att de skiljer sig åt beroende på hur långt integrerade de är i sjukvården. Dock är deras kärnverksamhet att erbjuda patienten sovplats utanför de traditionella avdelningarna.<sup>8</sup>

### **1.3 Problematisering**

Utvecklingen och de olika skeendena i sjukvården har möjliggjort för ett nytänkande i vården. Vi vill studera patienthotell närmare då vi ser patienthotell som en del av detta nya sätt att tänka. Samtliga intervjuade personer menar att hos dem är ingen patient utan hos dem är alla gäster.<sup>9</sup> Vi menar att det här nya perspektivet på service i vården har skapat en situation som kräver ett nytt sätt att leda en verksamhet. I vår uppsats och i vår problemställning benämner vi denna situation som *situationen patienthotell*. Då vi studerar Service Management är det intressant för oss att vidga våra perspektiv på vad service och ledarskap innebär i denna situation. Patienthotell menar vi är en verksamhet som befinner sig i gränslandet mellan sjukvård och traditionell hotellverksamhet. Där samtliga patienthotell har brutit sig loss från det traditionella sättet att se på patienten och dess vårdbehov till att betrakta patienten som en gäst på ett hotell. Vi ser att vårdbehovet på

---

<sup>3</sup> Nordgren. (2004). Sid 3-6

<sup>4</sup> ibid. Sid 59-60

<sup>5</sup> Nilsson, Emelie. (1998). *Att leda sig själv och andra*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB. Sid 31

<sup>6</sup> Albinsson, Per. (2002). *Arbetsledaren i den kommunala äldreomsorgen*. Stockholm: Äldreomsorg/Fortbildningsförlaget. Sid 73

<sup>7</sup> Nordgren. (2004). Sid 68-69

<sup>8</sup> Intervju med hotellchef i Karlstad 07-04-24

<sup>9</sup> Intervju med hotellchef i Lund 07-04-12; Intervju med hotellchef i Karlstad 07-04-24; Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27; Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

patienthotellen tillgodoses på olika sätt på grund av hur långt integrerade i vården deras verksamhet är. Detta visar på en kategorisering av patienthotell, där integreringen är den avgörande faktorn. Integreringen sätter förutsättningar för situationen som ledarskapet verkar i. Det intressanta är att ledarskapet påverkas i en verksamhet som befinner sig i övergången mellan vård och service.

### 1.3.1 Syfte

Utifrån denna problematisering blir vårt syfte att undersöka hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet. Vidare blir vårt syfte att studera en unik situation där dessa förutsättningar är avgörande för hur situationen gestaltas. Då patienthotell är en verksamhet som befinner sig i övergången mellan vård och service skapas en unik situation, det vill säga situationen patienthotell. Med hjälp av nedanstående problemställning kommer vi att besvara vårt syfte.

### 1.3.2 Problemställning

Hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell.

## 2 Teorier om situationens påverkan på ledarskapet

---

*I detta kapitel kommer vi att presentera vårt teoretiska material. Vi introducerar begreppet ledarskap och skillnaden mellan att vara chef och ledare för att förtydliga innebörden av ledarskap. Därefter övergår vi till att fokusera på teorier som menar att situationen påverkar ledarskapet, huvudteorierna är Contingency Theory och The Situational Leadership Theory.*

---

### 2.1 Ledarens roller

I teorin om ledarskap skiljer man på chef och ledare i den bemärkelsen att en chef blir utsedd till att styra och driva en verksamhet efter verksamhetens uppsatta regler och normer. Ofta kan chefen fatta egna beslut och åstadkomma resultat.<sup>10</sup> Ledarens roll är istället att samordna och effektivisera verksamheten.<sup>11</sup> Vidare är en ledarroll en roll som förtjänas och byggs upp på medarbetarnas förtroende. Det är en roll som både kan stjälpas eller hjälpa de anställda beroende på en ledares agerande.<sup>12</sup> En ledare ska på bästa sätt utnyttja en organisations kompetens och resurser genom att samordna medarbetarna i verksamheten.<sup>13</sup> Emelie Nilsson sammanfattar

---

<sup>10</sup> Nilsson, Kerstin et al. (red.). (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur. Sid 12-13

<sup>11</sup> Wolvén, Lars-Erik. (2000). *Att utveckla mänskliga resurser i organisationer*. Lund: Studentlitteratur. Sid 14-15

<sup>12</sup> Mossboda, Britt- Mari et al. (2001). *Att vara chef och ledare*. Stockholm: McGruppen och Ekerlids Förlag. Sid 9

<sup>13</sup> Nilsson. (1998). Sid 41

skillnaden mellan chef och ledare med följande citat ”att vara chef är en position - att vara ledare är en relation”<sup>14</sup>

Under tidigt 1900-tal började man beskriva vilken ledarskapstil som var mest effektiv, ledarskapet skulle kunna appliceras på alla organisationer.<sup>15</sup> Detta började ifrågasättas under 1960- och 1970-talet om det fanns *en* korrekt ledarskapsstil som kunde appliceras på samtliga verksamheter och man började se samband mellan flera olika dimensioner. En av de första forskarna som försökte beskriva hur olika dimensioner påverkar ledarskapet var Robert Blake och Jane Mouton. Genom sin modell *The Managerial Grid* kunde de urskilja två dimensioner som påverkar ledarskapet; produktionsinriktning och personalinriktning. Modellen går ut på att placera in ledare i de olika fälten, genom att göra detta kan fem olika ledarskapsstilar urskiljas. De fyra kvadraterna i modellen representerar fyra olika ledarskapsstilar, den femte ledarskapsstilen befinner sig i mitten av modellen eftersom den är en kompromissande ledarskapstil. Modellen försöker visa att den ultimata ledarskapsstilen är den där man har högst omsorg för produktion och människor<sup>16</sup>. Blake och Mouton menar att en bra ledare måste både ta hänsyn till produktion och människor.<sup>17</sup>

## **2.2 Contingency ansatsen**

Flera empiriska undersökningar har gjorts som stödjer Blake och Moutons antaganden. Dock finns det en svaghet med modellen som gjorde att man under 1970-talet fortsatte utvecklingen. Svagheten med Blake and Moutons teori var att den inte var anpassad till den omgivning och situation som ledaren befinner sig i. Fred Fiedlers *Contingency Theory* blev ett paradigmskifte kring hur man tolkade ledarskap och blev den teoretiska ansats som styrde utvecklingen av ledarskapsteorier under de följande tio åren.<sup>18</sup> Fokus blev på vilket slags ledarskap den unika situationen krävde.<sup>19</sup> Följande två citat förtydligar Fiedlers resonemang ”Varje tid har sin ledare, och det ledarskap som ger framgång förändras från en tid till en annan, från en grupp till en annan och från en individ till en annan. Det är huvudtanken i det situationsbetingade

---

<sup>14</sup> Nilsson. (1998). Sid 41

<sup>15</sup> Chemers, Martin. (2000). *Leadership Research and Theory A Functional Integration*. Group Dynamics Theory, Research and Practice. Vol. 4, nr. 1. Sid 27-43

<sup>16</sup> Thylefors, Ingela. (1991). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och Kultur. Sid 122; Blanchard, Ken & Hersey, Paul. (1996). *Great ideas revisited Revisiting the life-cycle theory of leadership*. Training & Development. Vol. 50, nr. 1. Sid 42-47

<sup>17</sup> Blake, Robert & Mouton, Jane. (1982). *A Comparative Analysis of Situationalism and 9,9 Management by principle*. Organizational Dynamics. Vol. 10, nr. 4. Sid 20-44

<sup>18</sup> Chemers. (2000). Sid 27-43

<sup>19</sup> *ibid*. Sid 27-43

ledarskapet”<sup>20</sup> och ”Om du hade framgång med ditt ledarskap igår så är det inte säkert att du har det idag. Och även om du har framgång i dag så är det inte säkert att du har det imorgon.”<sup>21</sup>

*Contingency Theory* tar utgångspunkt i att effektiviteten hos en ledare beror på hur väl hans eller hennes ledarskapsstil passar det sammanhang som den utövas i.<sup>22</sup> *Contingency Theory* är underbyggd av flera empiriska undersökningar, där man har undersökt vad som krävs för att vara en god ledare, detta är viktigt för teorins legitimitet.<sup>23</sup> Detta citat sammanfattar kärnan i *Contingency Theory* ”In short, contingency theory is concerned with styles and situation. It provides the framework for effectively matching the leader and the situation”.<sup>24</sup>

För att avgöra vilket det mest effektiva ledarskapet är använder sig *Contingency Theory* av tre faktorer som visas i modellen nedan. Dessa faktorer är relationen mellan ledaren och de anställda, uppgiftens uppbyggnad och ledarens maktutövning. Relationen mellan ledaren och de anställda kan antingen ses som god eller dålig beroende på hur stor grad av tillit de anställda har till sin ledare.<sup>25</sup> Den andra faktorn, arbetsuppgiftens uppbyggnad, är beroende på hur tydlig arbetsuppgiften är det vill säga om den är hög eller låg. En välformulerad uppgift, det vill säga hög, tenderar att ge ledaren större kontroll och inflytande. Det som kännetecknar en uppgift med hög struktur är att alla är insatta och har god kunskap i hur uppgiften ska genomföras. Det finns ett begränsat antal sätt att lösa en uppgift på och det finns ett begränsat antal lösningar till uppgiften.<sup>26</sup> Ledarens maktutövning är den tredje faktorn. Genom att ledaren har möjlighet att dela ut belöningar och straff till de anställda blir ledarens makt starkare. Dessa tre faktorer tillsammans menar Fiedler påverkar vilket ledarskap som är mest användbar i en given situation.<sup>27</sup>

---

<sup>20</sup> Ekstam, Kjell. (2002). *Ledarskapets hörnstenar– fyra framgångsfaktorer*. Kristianstads boktryckeri. Sid 205

<sup>21</sup> ibid. Sid 205

<sup>22</sup> Borkowski, Nancy. (red.). (2005). *Organizational behaviour –in health care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. Sid 188

<sup>23</sup> Northouse, G Peter. (2004). *Leadership –Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc. Sid 79

<sup>24</sup> ibid. Sid 75-76

<sup>25</sup> Northouse. (2004). Sid 76

<sup>26</sup> ibid. Sid 76-77

<sup>27</sup> ibid. Sid 77



CONTINGENCY MODEL								
Leader-Member Relations	Good				Poor			
Task Structure	High Structure		Low Structure		High Structure		Low Structure	
Position Power	Strong Power	Weak Power	Strong Power	Weak Power	Strong Power	Weak Power	Strong Power	Weak Power
	1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Preferred Leadership Style</i>	Low LPCs Middle LPCs			High LPCs			Low LPCs	

Figur 2:1 The Contingency model. (Fritt efter Northouse 2004, sid 77)

Modellen bygger på undersökningar som visar på två olika ledarskapsstilar, antingen relationsorienterad eller uppgiftsorienterad. De två ledarskapsstilarna togs fram genom att personer fick svara på ett antal frågor om hur de skulle beskriva den person de haft svårast att samarbeta med i yrkeslivet. Sammanställningen av undersökningarna resulterade i ett mått kallat *Least preferred Co-worker* (LPC). Fiedler menar att de personer som fick ett lågt resultat på sin LPC hade ett uppgiftsorienterat ledarskap medan de som fick ett högt LPC hade ett relationsorienterat ledarskap. I modellens nedre vänstra hörn kan man urskilja att ledaren har en stark position gentemot de anställda då relationen är god, strukturen är hög och ledaren har en stark maktposition. I modellens nedre högra hörn påverkar faktorerna ledaren på ett sätt som gör att han eller hon har sämre förutsättningar för att leda sina anställda.<sup>28</sup>

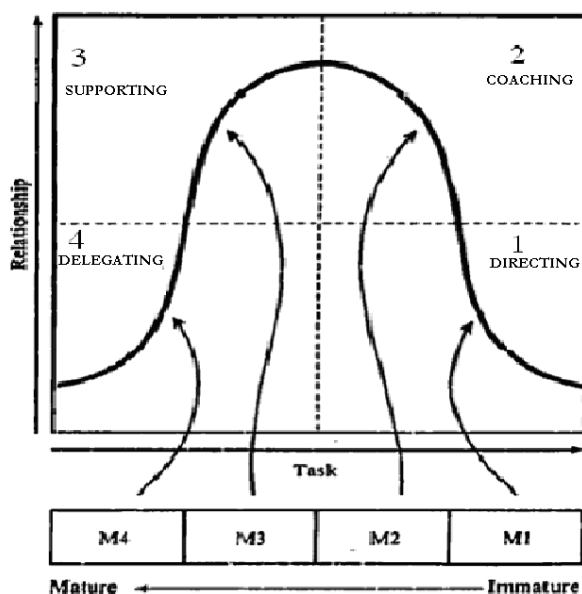
Kritik har riktats mot *Contingency Theory*. Det har inte kunnat förklaras varför ett uppgiftsorienterat ledarskap passar i både osäkra och i väldigt säkra situationer, se positionerna 1 och 8 i modellen. Den främsta kritiken mot modellen är att det inte finns någon bra förklaring till varför ett visst ledarskap passar till en viss situation. Kritik har även riktats mot LPC-skalan, då den inte överensstämmer med de övriga ledarskapsteoriernas sätt att mäta en ledarskapsstil. LPC-skalan

<sup>28</sup> Northouse. (2004). Sid 79

utgår ifrån hur man ser på en annan människa, men det finns ingen tydlig logik i varför man ska analysera andra människor för att analysera sitt eget ledarskap.<sup>29</sup>

Under samma period som Fiedler utvecklade *Contingency Theory* utvecklade Ken Blanchard och Paul Hersey ytterligare en teori kring hur situationen påverkar ledarskapet. Blanchard och Hersey lanserade 1969 sin teori om *The Life Cycle Theory of Leadership* som senare döptes om till *The Situational Leadership Theory*. Teorin har utvecklats från tanken om att föräldrar måste förändra sitt ledarskap gentemot sina barn i och med att de växer upp och går igenom olika förändringsfaser. Blanchard och Hersey menade att samma förändringslogik kunde appliceras på organisationer och verksamheter där man istället studerar medarbetarna under en längre tid.<sup>30</sup>

Modellen *The Situational Leadership Model* visar när olika ledarskapsstilar är som mest effektiva. För att avgöra vilken typ av ledarskap varje situation kräver menar Blanchard och Hersey att först ska gruppens mognadsgrad analyseras vilket sedan kommer att avspeglas i hur man bör leda gruppen.<sup>31</sup> Mognadsgraden visas i boxarna M1 till M4. Gruppens mognadsgrad menar Blanchard och Hersey består av två faktorer, kompetens och engagemang. Dessa två faktorer är ofta relaterade till vilken utbildning gruppen har.<sup>32</sup> Blanchard och Hersey sammanfattar gruppens mognadsgrad med följande citat ”Maturity is achievement, relative independence, and the ability to take responsibility<sup>33</sup>”.



Figur 2:2 The Situational leadership model. (Fritt efter Graeff, Claude. 1983, sid 285-291)

<sup>29</sup> Northouse. (2004). Sid 78-80

<sup>30</sup> Blanchard & Hersey. (1996). Sid 43

<sup>31</sup> Blanchard & Hersey. (1996). Sid 45; Thylefors. (1991). Sid 125

<sup>32</sup> Northouse. (2004). Sid 58

<sup>33</sup> Blanchard & Hersey. (1996). Sid 46

Ovanstående modell *The Situational Leadership Model* består av två dimensioner *Relationship* och *Task* vilka visas på var sin axel i modellen. Tillsammans visar de två dimensionerna vilken ledarskapstil som passar till de olika mognadsgraderna hos medarbetarna. Modellen har fyra olika kvadrater vilka representerar fyra olika ledarskap, där mognadsgraden det vill säga situationen är avgörande för vilket ledarskap som är mest effektivt. De två ytterligheterna i modellens kvadrater är 1 och 3. Kvadrat 1 beskriver ett uppgiftsorienterat ledarskap som är mest effektivt då man leder *omogna* medarbetare medan kvadrat 3 beskriver en situation med mera *mogna* medarbetare vilket kräver ett mer relationsinriktat ledarskap.<sup>34</sup>

Blanchard och Herseys största bidrag till förståelsen för hur ledarskap fungerar är med största sannolikhet deras förståelse för hur medarbetarna bidrar till ledarskapet. De menar att situationen formas utifrån medarbetarnas mognadsgrad vilket i sin tur påverkar ledarskapet.<sup>35</sup> *The Situational Leadership Theory* har än idag stor betydelse. Men kritik har riktats mot Blanchard och Herseys modell. Flera frågor kring teorin har ännu inte besvarats, det finns bland annat frågetecken kring den teoretiska grunden för *The Situational Leadership Theory*. Det har gjorts få publicerade undersökningar på detta område vilket tyder på att generella slutsatser inte kan dras. Kritik har också riktats mot tvetydigheten i modellen när det gäller medarbetarnas mognadsgrad. Kritikerna och då främst Claude Graeff och Gary Yukl menar att det inte finns någon förklaring hur kompetens och engagemang kan generaliseras och skapa fyra mognadsfaser. Blanchard och Hersey visar inte heller vilken av dessa som har störst tyngdpunkt i de olika mognadsfaserna.<sup>36</sup> *The Situational Leadership Theory* har även kritiserats för hur teorin ska kunna appliceras på en verksamhet då den inte tar upp skillnaden mellan att leda individer och grupper. Blanchard och Hersey menar att ledarskapsstilen bör anpassas till gruppens mognadsfas, men kritikerna ifrågasätter hur detta påverkar individerna i gruppen som har en lägre utvecklingsgrad än resten av gruppen.<sup>37</sup>

### **2.3 Sammanfattning**

I detta kapitel har vi gett en beskrivning av ledarskap genom att visa på skillnaden mellan ledare och chef vi har dock inte gjort någon skillnad mellan dessa i vår uppsats. Vidare redogjordes det för Blake och Moutons tankar om att det inte finns en korrekt ledarskapstil som kan appliceras på alla verksamheter. Deras tankesätt väckte tankar om att ledarskapet påverkas av den situation

---

<sup>34</sup> Northouse. (2004). Sid 59-60

<sup>35</sup> Barrow, Jeffrey. (1977). *The variables of leadership: A review and conceptual framework*. Academy of Management. Sid 231-251

<sup>36</sup> Northouse. (2004). Sid 61-62

<sup>37</sup> *ibid*. Sid 63

som verksamheten befinner sig i. Fiedler och Blanchard och Hersey utvecklade deras teori och fokuserade på medarbetarnas roll som de menar är det som är det mest avgörande i situationen för ledarskapet. Trots att *Contingency Theory* och *The Situational Leadership* har samma ansats lyfter de fram olika faktorer som påverkar ledarskapstilen. Blanchard och Herseys teori tar utgångspunkt i ett processtänkande kring situationen där man ser medarbetarnas utveckling som den viktigaste förutsättningen för situationens utveckling. Författarna presenterar situationen och medarbetarnas mognadsgrad som en livscykel. I vår uppsats har vi valt att bortse från att tolka situationen och medarbetarna utifrån ett processtänkande då detta kräver att man studerar en organisation under en längre tid. Vi har däremot använt oss av teorin och dess modell genom att studera organisationens situation utifrån en given tidpunkt i livscykeln och då för att få fram organisationens mognadsgrad och det anpassade ledarskapet. Samtliga tre forskare Fiedler, Blanchard och Herseys teorier och modeller visar praktiskt vilken ledarskapstil som passar till varje situation. Vi kommer inte att beskriva dessa stilar på grund av att vi anser att situationen patienthotell är alltför komplex för att kunna analyseras utifrån generella begrepp. I vårt nästa kapitel kommer vi att behandla de förutsättningar, förutom medarbetarna, som vi anser påverkar den situation som patienthotell befinner sig i.

## 3 Situationen patienthotell

---

*I detta kapitel redogör vi för de förutsättningar som är unika för situationen patienthotell. Dessa förutsättningar är gäst- och patientperspektiv, profession och regelverk. Vi kommer att avsluta med en allmän teoretisk diskussion kring hur ledarskapet gestaltas både ur ett vård-, hotell- och kvinnoperspektiv. Vi anser att denna diskussion behövs för att få en förståelse för hur ledarskapet gestaltas på ett patienthotell.*

---

### **3.1 Gäst- och patientperspektiv**

Då vi anser att patienthotell är både en vårdverksamhet och en hotellverksamhet har deras kundgrupper olika behov. För att förstå dessa behov börjar vi med att beskriva det specifika med en hotellverksamhet. Yvonne Guerrier menar att de tjänster som hotellverksamheter erbjuder leder till att dess ledning skiljer sig från andra verksamheter. De tjänster som erbjuds gästen i en hotellverksamhet är mat, dryck och sovplats vilket innebär att gästerna i sin tur ställer krav på verksamheten som den i sin tur måste tillgodose.<sup>38</sup>

De behov en serviceverksamhet tillfredställer har sin grund i var gästen befinner sig. Det finns en inbyggd problematik med sådana tjänster då det är tjänster som kan existera i både privat och offentlig verksamhet, det vill säga en hotellkedja gentemot ett offentligt ålderdomshem. Skillnaden mellan de olika sammanhangen är att de har olika fokus. I offentliga verksamheter ligger fokus på effektivitet och kostnader medan man i privata verksamheter istället har ett tydligare kundfokus.<sup>39</sup>

En hög grad av kundanpassning på ett hotell upplevs oftast som något positivt i kundens ögon. Hur mycket man kan anpassa sin verksamhet beror på vilken kunskap kunden har om verksamheten, hur stor tilltro kunden har till den som levererar servicen och vilken risk det finns i att anpassa standardservice.<sup>40</sup> I sjukvården är kundens krav mer psykiskt relaterade än i hotellverksamheter och annan serviceverksamhet. I sjukvården är det inte lika enkelt att vända en missnöjd kund till en nöjd då de kunder som vänder sig till sjukvården har ett mer krävande behov. Därför kräver interaktionen ett annat slags service.<sup>41</sup> Att se patienten som kund har diskuterats under de senaste åren. Detta ämne har både stött på positiva och negativa

---

<sup>38</sup> Guerrier, Yvonne. (1999). *Organizational behaviour in hotels and restaurants*. England: John Wiley & Sons Ltd. Sid 187

<sup>39</sup> Lanshley, Conrad & Morrison, Alison. (2000). *In Search of Hospitality*, Oxford: Elsevier. Sid 144

<sup>40</sup> Williams, Alistar. (2002). *Understanding the hospitality consumer*. Oxford: Butterworth Heinemann. Sid 29-35

<sup>41</sup> Thylefors. (1992). Sid 28

reaktioner.<sup>42</sup> I Sverige har det forskats om patientens position i sjukvården. En av dessa forskare är Richard Normann som menar att ledarna inom sjukvården bör ta lärdom av patienterna som bör ses som medverkande kunder.<sup>43</sup> Normann menar att se patienten som kund är det enda sättet för sjukvården att utvecklas på. Att vara kund betyder att man medverkar i skapandet av tjänstens värde. Producenten måste fokusera på denna värdeskapande process och inse att kunden betalar en viss summa, avsätter tid och andra resurser under själva processen.<sup>44</sup>

Författarna till boken *Understanding the Hospitality Consumer* menar att i en hotellverksamhet skiljer man på kund och konsument. Begreppet kund innebär enbart en ekonomisk relation mellan en säljare och en köpare och baseras på ett monetärt byte. Konsument är ett vidare begrepp som vanligtvis används i sjukvården där författarna menar att inget finansiellt utbyte sker.<sup>45</sup> Detta motsäger Normann som menar på att man måste se patienten som en kund som betalar för en tjänst.<sup>46</sup>

Den medicinska diskursen ser patienten som ett medicinskt objekt vilket medför att patienten förlorar en del av sin individualitet. Denna diskurs menar att när patienten kommer innanför dörrarna på sjukhuset styrs läkaren till att observera patientens behov, beskriva orsaken till behovet och ge patienten en diagnos allt för att kunna kategorisera patienten i ett visst fack.<sup>47</sup> För 50 år sedan var det otänkbart att betrakta patienten som en kund. Patienten skulle spela rollen som den sjuke och skulle inte ifrågasätta läkarnas kunskaper. Det är först i slutet av 1900-talet som patientbegreppet har kommit att kritiseras. Det finns idag en relation mellan läkare och patient som bygger på kommunikation och gemensamt beslutsfattande. Evert Gummesson, professor i marknadsföring är en av dem som kritiserat patientbegreppet. Han menar att det är ett *hemska* ord som borde ersättas med medicinsk konsument men vad han menar med denna konsumtion förklarar han aldrig. Nordgren menar att konsumtion innebär att något förbrukas, det är inte något som bygger upp eller stärker vilket behövs i sjukvården.<sup>48</sup>

För att visa på att behoven skiljer sig mellan gäster och patienter kan man använda sig av Abraham Maslows behovshierarki och forskarna Robert Zalenski och Richard Raspas omarbetade hierarki. Vi menar att man genom dessa modeller får en förståelse för de två gruppernas skilda

---

<sup>42</sup> Nordgren. (2004). Sid 2-3

<sup>43</sup> Normann.(1995, 2001). Se Nordgren. (2004). Sid 16-17

<sup>44</sup> Normann.(1995, 2001). Se Nordgren. (2004). Sid 126-128

<sup>45</sup> Williams. (2002). Sid 7

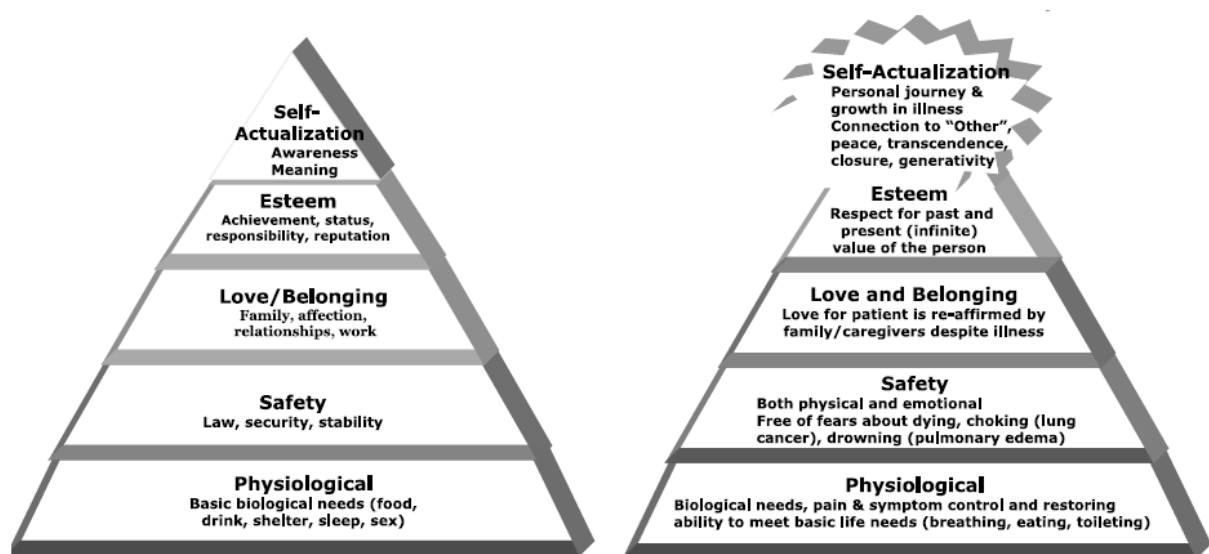
<sup>46</sup> Nordgren. (2004). Sid 126-128

<sup>47</sup> ibid. Sid 51-53

<sup>48</sup> Gummesson.(2001). Se Nordgren. (2004). Sid 53-55

behov. Kritik har riktats mot Maslows hierarki för att vara alltför allmängiltig och inte erbjuda en fördjupad analys.<sup>49</sup> Tillsammans med Zalenski och Raspas bidrag hjälper den till att öka förståelsen för de skilda behov som patienter och gäster har. I kombination med varandra hjälper dessa två modeller till att problematisera patienthotells position då de tillgodoser båda kategoriernas behov.

Maslow menar att mänskligt beteende kontrolleras utifrån interna och externa behov och att dessa behov kan rangordnas.<sup>50</sup> Det finns fem nivåer av behov vilka driver människan. Den första nivån är grundläggande behov som att andas, ha tillgång till mat, vatten och sömn. När dessa är uppfyllda flyttas behovet till säkerhet och att känna sig trygg. Dessa två steg är externa behov som hämtas från omgivningen.<sup>51</sup> De två följande nivåerna är psykologiska behov. Den första består av att känna sig älskad, att känna tillhörighet och att bli accepterad av andra. Det följande är behovet av självförtroende, behovet tillgodoses både från andra och från en inneboende känsla.<sup>52</sup> För att kunna nå till toppen av hierarkin måste de undre behoven först bli uppfyllda. Det behov som är i toppen av hierarkin är det mest opreciserade. Detta behov handlar om att förverkliga sig själv.<sup>53</sup>



Figur 3:1 Till vänster visas Maslows behovshierarki och till höger visas Zalenski och Raspas anpassade hierarki för palliativa patienter. (Efter Zalenski & Raspa 2006, sid 1120-1127)

<sup>49</sup> Rowan, John. (1998). *Maslow amended*. Journal of Humanistic Psychology. Vol.38, nr. 1. Sid 81-93

<sup>50</sup> Borkowski. (red.). (2005). Sid 114-115

<sup>51</sup> Snell, Roy. (2007). *Compliance/Ethics Program Hierarchy of Needs*. Journal of Health Care Compliance. Vol. 9, nr. 1. Sid 33- 38

<sup>52</sup> Zalenski, Robert & Raspa, Richard. (2006). *Maslow's Hierarchy of Needs A Framework for Achieving Human Potential in Hospice*. Journal of palliative medicine. Vol. 9, nr. 5. Sid 1120-1127

<sup>53</sup> Borkowski. (red.). (2005). Sid 115

Kritik som riktats mot Maslows behovshierarki menar att nivån *esteem* egentligen är två helt olika behov. Maslow har valt att lägga ihop dessa två, att känna självförtroende och att få erkännande från andra för sina bedrifter, vilket andra forskare anser vara felaktigt.<sup>54</sup> Maslows hierarki har dock fått stort genomslag i social- och affärsforskning men inte i samma utsträckning inom vården.<sup>55</sup>

Zalenski och Raspa har försökt att komplettera Maslows hierarki med de behov som efterfrågas av patienter. Zalenski och Raspa studerade palliativa patienter på veteransjukhus.<sup>56</sup> Då vi studerar patienthotell där de sjukaste är cancerpatienter, blir Zalenskis och Raspas anpassade hierarki endast en av många ingångar för att förstå patienters behov. Det mest grundläggande behovet i hierarkin handlar om att bli av med smärtan. Nästa nivå i den modifierade hierarkin är säkerhet i en social och personlig mening. Det är inte ovanligt att patienter känner oro över sin personliga säkerhet vilket leder till sömnsvårigheter och att rädslan för sjukdomen dominerar patientens vardag.<sup>57</sup> På den tredje nivån kan kraftig sjukdom försvåra patientens förmåga att ta emot sympati och kärlek från anhöriga. Vid en amputering eller om behandlingen leder till biverkningar är det naturligt att patienten ifrågasätter om de kan bli älskade, detta kan även leda till att de stöter bort sina anhöriga. Behovet är viktigt för vården att uppfylla och det finns flera olika stödfunktioner som kan sättas in av personalen för att bemöta behoven. De följande nivåerna i Zalenski och Raspas hierarki är inte lika allmängiltiga för samtliga patientgrupper utan är mer fokuserad på palliativa patienter.<sup>58</sup> På grund av fokuseringen har vi valt att tillämpa Zalenski och Raspas hierarki på patienthotellens kundbehov.

### ***3.2 Profession***

En annan förutsättning för situationen patienthotell är medarbetarnas professioner. Ingela Thylefors skriver att sjukvården är en verksamhet som är människoföränderlig vilket betyder att den bygger på interaktioner och relationer mellan människor. Vidare menar Thylefors att sjukvården karaktäriseras av medarbetare med starka professioner<sup>59</sup> som har olika bakgrund i utbildning, kunskapsbaser, yrkesidentiteter, värderingar, språk, arbetsuppgifter och kontaktnät<sup>60</sup>. Dag Ingvar Jacobsen och Jan Thorsvik menar att professionella medarbetare ställer högre krav på ledaren att utveckla arbetsvillkor och samarbetsformer vilka måste i sin tur måste accepteras av

---

<sup>54</sup> Rowan. (1998). Sid 81-93

<sup>55</sup> Snell. (2007). Sid 33- 38

<sup>56</sup> Zalenski & Raspa. (2006). Sid 1120-1127

<sup>57</sup> ibid. Sid 1120-1127

<sup>58</sup> ibid. Sid 1120-1127

<sup>59</sup> Thylefors. (1992). Sid 31-32

<sup>60</sup> Fritzén, Lena. (2006). *On the edge*. Göteborg: Intellecta Docusys. Sid 32



medarbetarna.<sup>61</sup> Starka arbetsgrupper menar Thylefors har en inverkan på arbetsdynamiken. Yrkesgrupper är i första hand förankrade inom den egna professionen och inte inom den grupp man arbetar i. Det vill säga att läkare har bättre relation till andra läkare än till sjuksköterskor även om de dagligen arbetar sida vid sida.<sup>62</sup> Självstyrande arbetsgrupper som grundar sig i den sociotekniska skolan har haft stor genomslagskraft både i Sverige och i Norge när det gäller att samordna arbetsgrupper med olika professioner. Sociotekniska skolans teorier växte bland annat fram från arbetsfördelningen *en man – en uppgift*. Den sociotekniska skolan flyttar fokus från individen till gruppen och bygger på slutsatsen att om man kan uppfylla de psykologiska kraven hos individen leder det till ökad motivation. Denna motivation innebär ständigt lärande och utveckling i verksamheten, erkännande för ett gott arbete, fokusering på helheten av uppgiften och eget ansvar- och beslutsområde.<sup>63</sup> I komplexa verksamheter som sjukvården är det vanligt att medarbetarna arbetar i självstyrande grupper. Teorin menar att en modernare definition av självstyrande grupper är team. Fördelarna med att arbeta i team är att medarbetarna kan fatta snabbare beslut. Team bevarar även kunskapsflödet i verksamheten och medarbetarna blir mer villiga till förändring vilket ökar kreativiteten och motivation.<sup>64</sup> I sjukvården sätter den hierarkiska uppbyggnaden hinder för det nytänkande ledarskapet och för teambaserade organisationer. Då en teambaserad organisationsstruktur står för jämställdhet och samverkan motsätter det den hierarkiska uppbyggnaden.<sup>65</sup>

### **3.3 Regelverk**

Den sista förutsättningen vi kommer att beskriva är det regelverk som omger patienthotell. Patienthotell är en förlängning av sjukvården och styrs av sjukvårdens regelverk. Sjukvården som verksamhet är till stor del styrd av lagar och regler som i sin tur påverkar ledarskapet.<sup>66</sup> Den lagen som främst påverkar patienthotell i Sverige är Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL). Denna lag är ett övergripande regelverk och fungerar som riktlinjer för sjukvården. Detta innebär att varje verksamhet, offentlig som privat, inom kommun eller landsting har en viss grad av självständighet.<sup>67</sup> Lagens mål är att skapa god hälsa och vård i samhället. Följande citat sammanfattar vad HSL står för ”... vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och

---

<sup>61</sup> Jacobsen & Thorsvik. (2002). Sid 512-513

<sup>62</sup> Thylefors. (1992). Sid 31-32

<sup>63</sup> Jacobsen & Thorsvik. (2002). Sid 318- 320

<sup>64</sup> Nilsson, et al. (red.). (2005). Sid 79

<sup>65</sup> ibid. Sid 85-89

<sup>66</sup> Albinsson. (2002). Sid 64

<sup>67</sup> Falk, Viking & Nilsson, Kerstin. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur. andra upplaga. Sid 14-17

sjukvårdspersonalen.”<sup>68</sup> Utifrån HSL ställs följande krav på ledarskapet i en vårdverksamhet. Verksamheten är skyldig att upprätthålla ordningen genom patientsäkerhet, kvalitet och kostnadseffektivitet.<sup>69</sup> 1997 infördes en ändring i HSL som medförde att verksamhetschefer inte nödvändigtvis behöver tidigare kompetens och erfarenhet i sjukvården.<sup>70</sup>

Vårdverksamheter måste även följa sekretesslagen vilken omfattar personlig information om patienter. Lagen innebär att man inte får avslöja uppgifter muntligt eller skriftligt till personer eller till media.<sup>71</sup> Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården beskriver sjukvårdspersonalens ansvar i verksamheten. Lagen berör vårdpersonalens ansvar för patienten, samverkan med samhällsorgan, tystnadsplikt enligt sekretesslagen, hur arbetsuppgifterna ska utformas och vem som tar ansvar.<sup>72</sup>

Sverige och Norge har i stort sett samma regelverk. Dock tar vi inte upp norska lagar och regler eller hur de påverkar sjukvården. Det norska patienthotellet vi valt att intervjua påverkas inte direkt av de norska lagarna utan påverkas indirekt genom sjukhusets regelverk. Däremot påverkas hotellet direkt av regelverket Hälso- och Miljöskydd (HMS) vilket är ett regelverk som samtliga hotellverksamheter styrs av i Norge. HMS innebär att arbetet och internkontrollerna ska säkra en god arbetsmiljö och säkerhet, regelverket ska förebygga hälsoskador och miljöförstöring.<sup>73</sup>

### ***3.4 Ledarskapet på ett patienthotell***

I vår inledande del beskrevs skiftet i sjukvården, från att ha varit en reglerad verksamhet till att mer lyfta fram marknadstänkandet. Konsekvensen av detta är att ledarskapet har fått större betydelse i sjukvården, vilket innebär att ledarna har fått större ansvar än tidigare.<sup>74</sup> Under 1990-talet ändrades en vårdenhetschefs arbetsuppgifter från att tidigare varit fokuserade på patienten till att koncentrera sig på administrativt och ekonomibaserat arbete för att kunna leva upp till effektivitetskraven.<sup>75</sup>

Att agera som chef i sjukvården skiljer sig markant från att vara chef i en privat verksamhet då en vårdenhetschef inte har samma möjlighet att påverka beslut i verksamheten. Vårdenhetschefen förväntas ta rationella och sparsamma beslut som bidrar till hela organisationens utveckling. En

---

<sup>68</sup> [www.notisum.se](http://www.notisum.se)

<sup>69</sup> [www.notisum.se](http://www.notisum.se)

<sup>70</sup> Bernin, Peggy & Theorell, Töres. (2004). *Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården*. Förlaget och Författarna. Sid 10

<sup>71</sup> [www.notisum.se](http://www.notisum.se)

<sup>72</sup> [www.notisum.se](http://www.notisum.se)

<sup>73</sup> [www.kvalitetssikring.no](http://www.kvalitetssikring.no)

<sup>74</sup> Thylefors, Ingela. (1992). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Finland: WSOY. Sid 33

<sup>75</sup> Nilsson, et al. (red.). (2005). Sid 14

annan skillnad är medarbetarnas roll i verksamheten, vilka har en starkare ställning än i andra verksamheter på grund av deras professioner. I alla verksamheter ska chefen påverka, utveckla och motivera sina medarbetare till att nå uppsatta mål inom organisationen men i sjukvården är förtroendet från medarbetarna viktigare eftersom vårdenhetschefen och medarbetarna har ett nära samarbete. Detta i sin tur ställer krav på att en vårdenhetschef måste lyssna på sina anställda.<sup>76</sup>

Vården utmärks av att främst bestå av kvinnliga medarbetare vilket även är fallet på de patienthotell vi har besökt, cheferna vi valt att intervjua har endast varit kvinnor. Teorin menar att kön påverkar ledarskapet därför har vi valt att nedan belysa det som är kvinnligt ledarskap. Dag Ingvar Jacobsen och Jan Thorsvik har fört statistik över kvinnliga chefer i Norge. Statistiken visar att endast fem procent av ledarna i toppen är kvinnor. Kvinnor som upptar en ledarposition utgör cirka 17 procent och statistiken visar att halva arbetskraften i Norge är kvinnor.<sup>77</sup> Ingela Thylefors tillägger att cirka 45 procent av de yrkesverksamma i Sverige är kvinnor och majoriteten arbetar i sjukvården.<sup>78</sup> Det har diskuterats vilken påverkan kön har på ledarskap. Den stereotypa bilden är att en kvinnlig ledare är relationsinriktad och föredrar att arbeta i team och i närhet av andra människor. Kvinnan anses ta ansvar för människor genom socialisering och omsorg, vilket är viktigt i sjukvård.<sup>79</sup> Jacobsen och Thorsvik tillägger att kvinnliga ledare är mer öppna för kritik och andras synpunkter och kommunicerar mer omfattande genom att använda sitt kroppsspråk i större utsträckning än manliga ledare. Kritik har riktats mot att genusperspektiv ses som en ledarskapsstil. Kritik som framförts är att bevisen för kategoriseringen av kön och dess egenskaper är allt för otydliga, det går inte att säga vad som är typiskt manligt och kvinnligt ledarskap.<sup>80</sup>

Det finns flera undersökningar som försökt visa på vilka egenskaper som skapar det mest effektiva ledarskapet i en hotellverksamhet. Resultaten från undersökningarna ger en kluven bild av vad som är viktiga egenskaper för ledarskapet. Beth Chung-Herrera, Cathy Enz och Melanie Lankaus undersökning resulterade i att *self management* var viktigt för ledarskapet. *Self management* innebär etiskt tänkande, integritet, tidsanpassning, flexibilitet och strategisk positionering vilka är

---

<sup>76</sup> Nilsson, et al. (red.). (2005). Sid 12-13

<sup>77</sup> Strand. (2001). Sid 307 se Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik Jan. (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur. Sid 508-509

<sup>78</sup> Thylefors. (1992). Sid 133-134

<sup>79</sup> Nilsson, et al. (red.). (2005). Sid 31-33

<sup>80</sup> Jacobsen & Thorsvik. (2002). Sid 511-512

viktiga egenskaper för en ledare i en hotellverksamhet.<sup>81</sup> En annan undersökning gjord av den amerikanska *lodging*<sup>82</sup> industrin visar på att den viktigaste egenskapen för en ledare inom denna industri var att kunna anpassa sig. Det var även viktigt att kunna framföra en vision och ha starka personliga värderingar. Frågorna i undersökningen ställdes till chefer med ekonomiansvar, cirka 80 procent av dessa arbetade för privata företag.<sup>83</sup>

I framtiden kommer det att innebära att vårdenhetschefen får ökat ekonomiskt ansvar i och med de effektivitetskrav och besparingar som sjukvården står inför. I framtiden kommer man även att fokusera ännu mer på medarbetarnas roll i sjukvården.<sup>84</sup> Ingela Thylefors menar att ledare i sjukvården kommer att ha en mer samordnande roll i verksamheten och det kräver i sin tur att ledarna har social kompetens. Detta har ledare i sjukvården goda förutsättningar för att inneha.<sup>85</sup>

### ***3.5 Sammanfattning***

I detta kapitel har vi redovisat de förutsättningar som vi anser utmärker den situation patienthotell befinner sig i. Den första förutsättningen var gäst- och patientperspektivet. I det avsnittet belyste vi de olika behov kunden har i en vårdverksamhet jämfört med i en hotellverksamhet. För en vidare förståelse om kundens behov använde vi oss av Maslows samt Zalenski och Raspas behovshierarkier. Följande avsnitt handlade om medarbetarnas professioner och att starka professioner sätter högre krav på situationen och därmed på ledarskapet. Den sista förutsättningen menar vi är det regelverk som påverkar patienthotell och i sin tur ledarskapet. Dessa tre förutsättningar anser vi utgör den unika situation som patienthotell verkar i samt kompletterar tidigare teorier om att situationen påverkar ledarskapet. Slutligen i detta kapitel har vi gjort en teoretisk beskrivning av tre perspektiv på ledarskap, ledarskap i sjukvården, ledarskap i hotellverksamhet och kvinnligt ledarskap. Detta för att få en förståelse för den situation patienthotell verkar i.

---

<sup>81</sup> Chung-Herrera, Beth, Enz, Cathy & Lankau, Melanie. (2003). *Grooming future hospitality leaders*. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly. Vol. 44, nr. 3. Sid 17-25

<sup>82</sup> Översättning av lodging industrin innebär enklare hotell och motell. [www.lexin.se](http://www.lexin.se)

<sup>83</sup> Cichy, Ronald & Schmidgall, Raymond. (1996). *Leadership qualities of financial executives in the U.S. lodging industry*. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly. Vol. 37, nr. 2. Sid 56-62

<sup>84</sup> Nilsson, et al. (red.). (2005). Sid 14

<sup>85</sup> Thylefors. (1992). Sid 33

## 4 Metod

---

*I detta kapitel kommer vi att presentera vår arbetsprocess och den metod vi har valt att arbeta utifrån. Vårt metodverktyg är kvalitativa intervjuer. Vi har valt att presentera metoden före den avhandlade delen då den visar vårt tillvägagångssätt i att inhämta vårt empiriska material. Kapitlet börjar med ett avsnitt där vi beskriver processen till formuleringen av vår problematisering. Därefter övergår vi till att föra en teoretisk diskussion över vårt val av kvalitativa intervjuer.*

---

### 4.1 Arbetsprocess

Dag Ingvar Jacobsen menar att en arbetsprocess börjar med att man undersöker ett problemområde och att man utvecklar en problemställning.<sup>86</sup> Vi började vår arbetsprocess med ett induktivt angreppssätt för att försöka finna det intressanta och unika med patienthotell. Ett induktivt val av metod innebär att följa upptäckens väg vilket är vanligt förekommande i samhällsvetenskapliga studier. Teorin menar att det är en kombination av ett induktivt och deduktivt angreppssätt som gör att ny kunskap uppstår.<sup>87</sup> Vi använder oss av ett induktivt angreppssätt då vi inte lägger fram nya bevis. Till en början ville vi endast fokusera på *ett* patienthotell och försöka finna det som är unikt med den situation som detta befinner sig i. Denna unika situation är att befinna sig i gränslandet mellan sjukvård och hotellverksamhet. Vidare ville vi studera hur denna situation påverkar ledarskapet på patienthotellet. Eftersom patienthotell var ett nytt fenomen för samtliga i gruppen ville vi få en överblick över patienthotell och därför påbörjade vi ett fältarbete genom att samla in sekundärdata från Internet och tidskrifter. Under denna insamling kom vi fram till att patienthotell var ett utvecklat fenomen. Vi valde därför att genomföra flera intervjuer för att få ett bredare empiriskt material. Efter att vi genomfört intervjuerna kom vi till insikt att samtliga tre patienthotell representerade tre olika situationer vilket vi valde att bygga vår uppsats på. Det som fångade vårt intresse var *vad* som skapade det *unika* i varje situation som i sin tur påverkar ledarskapet. Utifrån dessa tankegångar utvecklades vår problematisering som avslutas med en problemställning *hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell*.

Jacobsen menar att samtliga frågeställningar måste utformas på ett sätt så att de understödjer det empiriska materialet och att det även måste kunna konkretiseras. Jacobsen menar att detta är den

---

<sup>86</sup> Jacobsen, Dag Ingvar. (2002). *Vad, hur och varför*. Lund: Studentlitteratur. Sid 55

<sup>87</sup> Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur. Sid 51

viktigaste delen i undersökningsprocessen och förutsätter avgränsningar.<sup>88</sup> Detta har vi beaktat då processen i att formulera vår problematisering har varit tidskrävande, där problematiseringen ständigt ändrat form på grund av att vi behövt avgränsa oss.

#### 4.1.1 Val av metod

Efter att formulerat problematiseringen diskuterade vi vilken metodteknik som var mest lämplig för uppsatsen, vi kom fram till att det var en kvalitativ metod. Vårt metodverktyg blev därmed kvalitativa intervjuer, vilket är ett av de vanligaste verktygen när det gäller datainsamling i kvalitativa undersökningar.<sup>89</sup> Alan Bryman menar att det problem som studeras styr vilka metoder som kommer att användas.<sup>90</sup> Då vi använder oss av en explorativ undersökning passar en kvalitativ metod bättre än en kvantitativ metod.<sup>91</sup> Jacobsen sammanfattar detta på följande sätt ”För explorativa problemställningar måste vi välja en metod som får många nyanser, något som vanligen kräver att man koncentrerar sig på ett fåtal enheter. Sådana metoder lämpar sig för insamling av det vi kallar kvalitativa data.”<sup>92</sup>

#### 4.1.2 Urval

Detta avsnitt beskriver hur vi gått tillväga för att välja ut våra intervjupersoner. En teoretisk samlingsmetod innebär att man väljer ut intervjupersoner till de kategorierna man valt att undersöka. Detta urval görs tills det finns tillräckligt mycket material för att kunna underbygga de teoretiska utgångspunkterna. Ytterligare intervjupersoner kan därefter väljas om den valda teorin kräver det. Denna metod kallas även iterativt vilket innebär att det finns en rörelse mellan urval och teoretisk reflektion. Fördelen med att använda sig av en teoretisk samlingsmetod är att fokus läggs på de teoretiska reflektionerna.<sup>93</sup> När vi valde ut vilka vi skulle intervjua ville vi att intervjupersonerna skulle ha någon form av högre befattning inom patienthotellen. Då de olika hotellen skiljer sig åt när det gäller hur integrerade de är i vården valde vi patienthotell som befann sig på olika stadier i denna integration. Vår första intervju genomfördes med hotellchefen Maria Lipinska på Lunds patienthotell, hon har över 30 års erfarenhet och är utbildad sjuksköterska. Vår andra intervju genomfördes med hotellchefen Gunvor Maria Ludviksen på patienthotellet i Karlstad. Hon har varit hotellchef sedan hotellet etablerades och har tidigare erfarenhet från sjukvården. Vår tredje intervju genomfördes på patienthotellet St Svithun i Stavanger, Norge. Båda personerna vi valde att intervjua har en chefsposition. Intervjuerna

---

<sup>88</sup> Jacobsen. (2002). Sid 65-66

<sup>89</sup> Bryman, Alan. (2002). *Sambällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi. Sid 317

<sup>90</sup> ibid. Sid 322

<sup>91</sup> Jacobsen. (2002). Sid 55-56

<sup>92</sup> ibid. Sid 56

<sup>93</sup> Bryman. (2002). Sid 314

genomfördes med daglig ledare Helene Salte Økland och receptionschefen Linda Pedersen. Ingen av de två har tidigare erfarenhet från sjukvården utan har istället erfarenhet från hotellverksamhet, båda var med när St Svithun öppnade.

Under arbetsprocessens gång insåg vi att det även skulle vara en styrka för vårt empiriska material att intervjua receptionspersonalen då det är de som oftast kommer i kontakt med gästerna. I Lund tog vi inte möjligheten till detta men i Karlstad intervjuade vi tre ur personalen som arbetade i receptionen. Teorin menar att gruppintervjuer fungerar mer som en debattdiskussion där inte endast intervjuaren ställer frågor utan även de intervjuade är delaktiga och både ställer och besvarar frågor.<sup>94</sup>

#### **4.2 Kvalitativ intervju**

Det finns frågeställningar som enbart går att besvara med hjälp av kvalitativa intervjuer. En fördel med en intervju är att intervjupersonen kan rekonstruera ett tidigare skeende. Personen i fråga kan även berätta om de skeenden som nått fram till den aktuella situationen.<sup>95</sup> Eva Fägerborg håller med att ”individperspektivet gör det möjligt att åstadkomma ett erfarenhetsnära, nyansrikt och mångfacetterat material”<sup>96</sup> Individperspektivet gör att intervjun ger ett tillfälle att skapa en berättelse med det egna jaget i centrum.<sup>97</sup> Detta är en av anledningarna till att vi valt att använda oss av intervju som metodverktyg då vi vill få intervjupersonerna att berätta om hur de är som ledare. Vi vill få dem att beskriva hur de leder sina anställda utifrån den unika situation som deras verksamhet befinner sig i. Detta individperspektiv har även en negativ sida då den som intervjuas kan anpassa sina svar, de kan även försöka provocera eller manipulera intervjuaren. Intervjupersonen kan komma att försöka undvika områden som är känsliga eller svåra för personen i fråga att tala om.<sup>98</sup> De reaktiva effekterna eller den påverkan som intervjusituationen ger är en av de negativa effekterna som är svåra att undvika. Personen som intervjuas påverkas både av intervjusituationen och av intervjuaren, det blir en onaturlig situation för intervjupersonen.<sup>99</sup> Även Eva Fägerborg menar att intervjuer är en komplex arbetsmetod och resultaten kan komma att bli av skiftande kvalitet och karaktär.<sup>100</sup> Detta är något som vi uppmärksammade vid ett par tillfällen under våra intervjuer. Ibland upplevde vi att intervjupersonen svarade på våra frågor utifrån ett färdigt manuskript. Konsekvensen av detta

---

<sup>94</sup> Jacobsen. (2002). Sid 173

<sup>95</sup> Bryman. (2002). Sid 319

<sup>96</sup> Fägerborg, Eva. Se Kaijser, Lars & Öhlander, Magnus. (1999). *Etnologiskt fältarbete*. Lund: Studentlitteratur, Sid 55

<sup>97</sup> ibid. Sid 60

<sup>98</sup> ibid. Sid 60

<sup>99</sup> Bryman. (2002). Sid 320

<sup>100</sup> Fägerborg, Eva. Se Kaijser & Öhlander. (1999). Sid 55

blev att den intervjuade inte alltid svarade på vår fråga. I efterhand har vi reflekterat över intervjuens utfall och tagit hänsyn till det när vi använt oss av det empiriska materialet. Steinar Kvale menar att när man mäter validiteten hos de genomförda kvalitativa intervjuerna är det viktigt att analysera om det som mäts verkligen är det som man tänkt att mäta.<sup>101</sup> Vi har varit noga med att använda intervjupersonernas svar i dess rätta sammanhang för att kunna dra trovärdiga slutsatser.

Miljön där intervjun genomförs har stor påverkan på hur bekväm den intervjuade känner sig. Intervjun bör vara i en miljö som den intervjuade känner sig bekväm i. Forskning har förts om att en alltför onaturlig miljö påverkar den intervjuade i hur den väljer att svara på frågorna.<sup>102</sup> Våra intervjuer ägde rum i en bekant miljö för samtliga intervjupersoner men samtidigt menar Jacobsen att en alltför bekant miljö kan påverka den intervjuade, exempelvis i att man blir störd av telefon eller personal.<sup>103</sup> Under vår intervju i Karlstad blev vi under ett flertal gånger avbrutna. Jacobsen menar att ingen av de ovannämnda metoderna är felaktiga men att båda parter måste vara medvetna om de effekter situationen har på utfallet.<sup>104</sup>

Att patienthotell är styrda av lagar och regler såsom sekretesslagen menar vi har en påverkan på vilka möjligheter de intervjuade hade att prata öppet om känsliga ämnen. Detta kan ha begränsat de intervjuades möjlighet att framföra relevant information. Konsekvensen av detta blir att de intervjuade ger en felaktig bild av situationen patienthotell.

En fördel med kvalitativa intervjuer är att de går att fokusera, i vårt fall på ledarskap. Frågor som rör ledarskap behöver inte uppdateras regelbundet och därför passar kvalitativa intervjuer bättre än till exempel deltagande observation för att samla in information. Detta har vi tagit fasta på i vår uppsats då vi har valt att fokusera på de förutsättningar som sätter krav på ledarskap.<sup>105</sup> Vår första tanke var att göra deltagande observationer men under arbetets gång insåg vi att detta inte behövdes. När vi besökte patienthotellen försökte vi inte ha någon förutfattad mening för att kunna skapa oss en egen uppfattning. Trots att vi inte genomförde en deltagande observation anser vi oss ändå kunna se det specifika med situationen patienthotell. Vi ansåg att vi fick ut den information som vi behövde för att besvara vårt problem genom de kvalitativa intervjuer vi genomförde. Vi kunde under våra intervjuer ställa frågor som var tillräckligt fokuserade för att få

---

<sup>101</sup> Kvale, Steinar. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. Sid 215

<sup>102</sup> Nevin. (1974). Se Jacobsen. (2002). Sid 164

<sup>103</sup> Jacobsen. (2002). Sid 165

<sup>104</sup> ibid. Sid 165

<sup>105</sup> Bryman. (2002). Sid 321-322



fram hur ledarskapet gestaltades i situationen. Eftersom vi har ett tydligt fokus har vi använt oss av semi-strukturerade intervjuer. Då det är flera intervjuare inblandade i fältarbetet är en semi-strukturerad intervjumetod att föredra. En undersökning som innehåller flera fall eller olika enheter kräver en viss struktur, en sådan undersökning kräver oftast semi-strukturerade intervjuer.<sup>106</sup> Då vi valt att studera tre olika patienthotell som skiljer sig åt passar semi-strukturerade intervjuer oss.

#### 4.2.1 Intervjuguiden och Transkribering

Under en semi-strukturerad intervju använder man sig av en intervjuguide. Denna intervjuguide innehåller de teman som ska behandlas under intervjun.<sup>107</sup> Vilka frågor som ska ställas under intervjun beror på vilket kunskapsmål man har med intervjun och undersökningen.<sup>108</sup> Intervjuguiden vid en semi-strukturerad intervju är mindre specifik än en strukturerad intervjuguide. Intervjuguiden ska täcka och vara en minneslista över de teman som ska tas upp under intervjun. Frågorna i intervjuguiden bör vara utformade på ett sätt som gör att intervjuerna rymmer flexibilitet. En kvalitativ undersökning kräver inte specifika frågor. Frågorna får inte sätta hinder för alternativa idéer och synsätt som kan uppstå under fältarbetets gång.<sup>109</sup>

Teman i intervjuguiden bör följa på varandra men samtidigt bör man vara beredd på att ordningsföljden ändras.<sup>110</sup> Frågorna bör vara formulerade på ett sådant sätt att det finns naturliga följdfrågor, vilket fördjupar samtalet under intervjun. Följdfrågor kan innebära att man lämnar huvudspåret för en stund under intervjun men det är viktigt att kunna återvända dit senare under intervjun.<sup>111</sup> Vår intervjuguide följer olika teman som vi bygger vår uppsats på. Dessa är intervjupersonen, verksamheten, ledarskapet, kunder, medarbetare och regelverk. Då patienthotellen skiljer sig åt har vi även tagit med specifika frågor för varje hotell för att fånga in varje patienthotells unika situation. Till en början använde vi oss av stora huvudfrågor men till de senare intervjuerna använde vi oss av mer specifika frågor (jämför bilagor 1.1, 1.2 & 1.3). Vi upplevde att vår intervjuguide var flexibel i den meningen att vi inte behövde följa den exakt. Vi behövde inte ställa en del frågor eftersom den intervjuade redan hade hunnit besvara dem i ett annat sammanhang. I utformandet av intervjuguiden har vi tagit fasta på hur vi har formulerat

---

<sup>106</sup> Bryman. (2002). Sid 301-304

<sup>107</sup> ibid. Sid 304-305

<sup>108</sup> Kaijser & Öhlander. (1999). Sid 62

<sup>109</sup> Bryman. (2002). Sid 305

<sup>110</sup> ibid. Sid 305

<sup>111</sup> Kaijser & Öhlander. (1999). Sid 64

våra frågor, vi har reflekterat över frågornas reliabilitet, det vill säga hur väl intervjufrågorna passar det ämne vi valt att studera.<sup>112</sup>

En nackdel med att använda sig av intervjuer som metodverktyg är att det material man får fram kan vara av skiftande karaktär beroende på hur väl intervjuaren kan återge intervjun. Andra faktorer som påverkar utfallet av intervjun är till exempel vilket kunskapsmål man vill uppnå, vilka intervjufrågor man använder sig av och samspelet i intervjusituationen. Att spela in intervjuer är att föredra då intervjuaren kan ägna sin odelade uppmärksamhet på intervjupersonen. En inspelad intervju har ett högre värde som källa då allt som sagt registreras. Vid nedtecknade intervjuer är det lätt att man missar viktig information. När det gäller transkribering av den inspelade intervjun är det vilket kunskapsmål man har som ställer kravet på vilken transkriberingsteknik som ska användas.<sup>113</sup> Vi har spelat in samtliga intervjuer och sedan transkriberat dem. Vi har även fört anteckningar vid sidan om då samtliga tre i gruppen har varit närvarande förutom under intervjuerna på St Svithun. Vi har inte transkriberat våra intervjuer helt ut utan vi har transkriberat det som vi har ansett vara av intresse för vår avhandlande del. Vi menar med detta att vi inte transkriberat diskussionerna mellan frågorna och inte om personen i fråga har tvekat, suckat eller skrattat. Dessa delar av intervjun bidrar inte till det kunskapsmål vi hade med våra intervjuer och därför anser vi inte att det påverkar uppsatsens reliabilitet.<sup>114</sup> Efter våra genomförda intervjuer har vi haft mailkontakt med intervjupersonerna och i samband med detta bad vi dem ge oss konstruktiv kritik på våra genomförda intervjuer. Syftet med detta var att vi skulle bli medvetna om den genomförda intervjun var bra eller dålig för att vi skulle kunna bli bättre inför kommande intervjuer. Vi har också låtit våra intervjupersoner läsa igenom vår avhandlade del för att ge synpunkter på hur de har blivit citerade. Detta för att öka den avhandlade delens validitet. Vår metod och arbetsprocess har lett oss fram till det empiriska material som nu kommer att redovisas och analyseras i vår avhandlade del.

---

<sup>112</sup> Kvale. (1997). Sid 213

<sup>113</sup> Kaijser & Öhlander. (1999). Sid 67-70

<sup>114</sup> Kvale. (1997). Sid 213

## 5 Avhandlade del

### 5.1 Kort beskrivning av de tre patienthotellen

---

*För att få en överblick över de patienthotellen vi har besökt kommer vi att inleda den avhandlande delen med en kort beskrivning av patienthotellen. Överblicken hoppas vi kommer att göra det enklare att följa vår analys.*

*Det vi har koncentrerat oss på i dessa beskrivningar är det unika för situationen och vad det är som påverkar ledarskapet. Dessa är verksamhetens storlek, hur arbetsfördelningen ser ut, ägandeförhållanden samt hur deras samarbete med sjukhusen ser ut. Efter en kort beskrivning av patienthotellen redovisar vi vår analys, vilken sammanflätas med vårt teoretiska material som tidigare behandlats i uppsatsen.*

---

#### 5.1.1 St Svithun

St Svithun är ett nyetablerat patienthotell som är beläget i samma byggnad som Universitetssjukhuset i Stavanger, hotellet öppnade år 2006. Ledningen på hotellet har inte någon tidigare utbildning från sjukvården utan endast erfarenhet från hotellverksamhet. St Svithuns organisation består av en daglig ledare som har huvudansvaret för hotelldriften. Under henne finns ansvariga mellanchefer för de olika avdelningarna reception, butik, restaurang och städ. St Svithun erbjuder 137 rum där 80 av dessa är abonnerade av sjukhuset. Hotellet tillhör inte någon kedja och följer inte samma koncept som övriga patienthotell i Norge, då hotellet har varit noggranna med att försöka skapa en icke institutionaliserad miljö.<sup>115</sup> St Svithuns koncept bygger på begreppet *lys* vilket ska genomsyra hela verksamheten. Konceptet påverkar verksamheten genom hur personalen bemöter sina gäster, de ska skapa en trygg och positiv miljö där de ska visa att de bryr sig om sina gäster.<sup>116</sup> Hotellet har ett nära samarbete med sjukhusledningen. Samarbetet innebär bland annat att sjukhuset ställer krav på hur hotellet ska drivas.<sup>117</sup> Hotellet måste alltid ha ett visst antal lediga rum för sjukhusets patienter och receptionen måste vara bemannad av en sjuksköterska. Ingen anställd på hotellet får dock genomföra medicinska ingrepp. Förutom dessa bestämmelser är Hälso- och Miljösäkerhet (HMS) det regelverk som påverkar verksamheten mest.<sup>118</sup> Hotellets största kundgrupp är nyblivna mödrar och patienter som är tillräckligt friska för att klara sig själva. Exempel på sådana patienter är cancerpatienter som väntar på provsvar. En annan kundgrupp är patienternas anhöriga. Hotellet tar också in gäster som inte har någon anknytning till sjukhuset.

---

<sup>115</sup> Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27

<sup>116</sup> [www.st-svithun-hotell.no](http://www.st-svithun-hotell.no)

<sup>117</sup> Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27; Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

<sup>118</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

### 5.1.2 Patienthotellet i Lund

Patienthotellet i Lund är det första patienthotellet i Sverige och etablerades 1988. Det grundades genom ett samarbete där Lunds Universitetssjukhus köpte hotellchefstjänsten av Skandinaviska Patienthotell AB (SPH). SPH stod från början för driften av patienthotellet. Syftet med att låta SPH driva patienthotellet i Lund var att använda sig av kunnig personal från SPH för att utveckla och effektivisera verksamheten tills den var självgående.<sup>119</sup> År 2002 då avtalet löpte ut tog Lunds Universitetssjukhus över driften. Idag styrs hotellet av en hotellchef med hjälp av en receptions- och en restaurangansvarig. Patienthotellet är uppdelat i två separata byggnader, en för patienter med anknytning till sjukhuset och en för anhöriga. Hotellet erbjuder 116 rum och restaurang. Då patienthotellet har tillåtelse att genomföra mindre medicinska ingrepp, exempelvis får personalen utföra injektioner, lägga om sårförband och ge gästen sin medicin finns det tydligare krav från sjukhuset jämfört med St Svithun. Kraven innebär bland annat att samtliga anställda har någon form av sjukvårdsutbildning.<sup>120</sup> Hotellet är bemannat dygnet runt och gästen ska lätt kunna komma i kontakt med personalen om detta skulle behövas. Även om gästen får komma och gå precis som en vanlig hotellgäst förs en in-house lista över patienterna där man kontrollerar att samtliga patienter exempelvis har ätit. De största kundgrupperna som bor på Patienthotellet i Lund är nyblivna mödrar och cancerpatienter. Syftet med patienthotellet i Lund är att patienten ska kunna avskärma sig från sjukhusmiljön och få möjlighet att vistas i en lugn och harmonisk miljö. Patienthotellet är också en mötesplats för människor som befinner sig i samma situation.<sup>121</sup>

### 5.1.3 Patienthotellet i Karlstad

Patienthotellet i Karlstad etablerades år 1994 och drivs av Karlstads Centralsjukhus genom ett utvecklingsavtal mellan SPH och Landstinget i Värmland (LIV). SPH har två anställda på patienthotellet, hotellchefen och köksmästaren. Hotellchefen ansvarar för ledningen av hotellet och driver utvecklingsarbete tillsammans med LIV. Hotellchefen delegerar ansvarsområden till de heltidsanställda sjuksköterskorna på hotellet. Köksmästaren ansvarar för restaurangens utveckling och utbud. Patienthotellet är beläget i samma byggnad som sjukhuset och erbjuder 63 rum vilka utgör 14 procent av sjukhusets totala vårdplatser. Kvinnokliniken abonnerar på 15 av dessa rum. Patienthotellet har ett välutvecklat samarbete med sjukhuset, utvecklingsarbetet är främst inriktat på att effektivisera vårdförloppet och att samtidigt bibehålla kvalitet och medicinsk trygghet. Den medicinska tryggheten ansvarar sjuksköterskorna i receptionen för. De har befogenhet att utföra medicinska behandlingar, 39 procent av gästerna på patienthotellet får medicinsk behandling på sjukhusets begäran. I receptionen arbetar totalt sju sjuksköterskor, de olika våningarna bemannas

---

<sup>119</sup> [www.sph.se](http://www.sph.se)

<sup>120</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12

<sup>121</sup> *ibid.*

av en våningsvärdinna som också har sjukvårdsutbildning. Hotellets kundgrupper är främst reumatiker, cancerpatienter, nyblivna mödrar, patienter som väntar på operation eller patienter som ligger inne för utredning.<sup>122</sup>

## 5.2 Analys

---

*Vårt teorianvägssnitt kommer att vara vårt underlag i analysen och appliceras på det insamlade empiriska materialet. Vårt empiriska material består av kvalitativa intervjuer med personer i chefspositioner på de tre patienthotell vi har besökt. Kompletterande material är en kortare intervju med receptionspersonalen på patienthotellet i Karlstad samt interna dokument från de olika patienthotellen. I detta kapitel kommer vi att diskutera hur förutsättningar sätter krav på situationen patienthotell. De förutsättningar som vi anser påverkar situationen och i sin tur ledarskapet har sin grund i vilken grad av integration de olika patienthotellen har. Det som påverkar integrationen är vilka patient- och kundgrupper hotellet har, medarbetarnas professioner och vilket regelverk hotellen måste följa. Dessa förutsättningar är de som vi ansåg påverkade ledarskapet mest och det fick vi även bekräftat under våra intervjuer. Det är dessa förutsättningar som vi menar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell. Med hjälp av dessa förutsättningar besvaras vår problemställning, hur förutsättningar sätter krav på ledarskapet i situationen patienthotell.*

---

### 5.2.1 Integreringens betydelse för situationens patienthotell

Den serviceverksamhet vi har valt att undersöka är patienthotell men trots att samtliga tre hotell går under namnet patienthotell anser vi att de har olika integrering i vården och därmed olika fokus i ledarskapet. Det har framkommit under våra besök, intervjuer och med hjälp av vårt insamlade material att det finns olika förutsättningar som påverkar en och samma verksamhet. Vi menar att ledarna på patienthotellen är tvungna att arbeta på olika sätt på grund av olika situationer. Detta menar vi stämmer överens med teorierna kring *Situational Leadership Theory* och *Contingency Theory*. Vi menar att graden av integrering i vården är den faktorn i verksamheten som sätter krav på hur verksamheten ska fungera och därmed förutsättningar för att leda den specifika situationen. Ett bevis på hur ledarna på ett patienthotell påverkas av integrationen med sjukvården är vilket språkbruk de väljer att använda sig av. Som vi tidigare nämnt menar Nordgren att detta kan förklaras genom att ledaren och de anställda är styrda efter sjukvårdens normer och regler detta kan även vi se på de patienthotell som vi besökt. Samtliga tre hotellchefer talade om verksamheten som en hotellverksamhet, men hotellcheferna på patienthotellen i Karlstad och Lund använde sig av uttryck från vården när de skulle beskriva sin verksamhet. Ett

---

<sup>122</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

exempel på detta var när hotellchefen i Lund beskrev olika våningsplan som *avdelningar*<sup>123</sup>, vilket vi menar är ett språkbruk som används på sjukhuset för att beskriva sjukhusets olika funktioner. Ett annat exempel är när hotellchefen i Karlstad benämnde gästen som patient då hon berättade att ”tänk om någon patient ligger här i ett rum och dör och vi inte upptäcker det ”.<sup>124</sup> Vi menar att detta visar på att hotellcheferna ser på sina gäster ur ett vårdperspektiv vilket i sin tur påverkar hur de arbetar. Även om patienthotellen har ett genomarbetat serviceperspektiv i sin vision och målsättning menar vi att de anställda och ledningen är alltför präglade av sjukhusets mentalitet. Att se sina kundgrupper som sjuka kan skapa svårigheter för att förstå vilka ytterligare behov personen har förutom att bli frisk. Vi menar att om patienthotellen ska förstå de olika kundgruppernas behov och hur de ska tillgodoses menar vi att Maslows samt Zalenski och Raspas olika behovshierarkier måste ställas mot varandra. Då Maslow tar hänsyn till en gästs behov och Zalenski och Raspa tar hänsyn till en patients behov. Vi menar att om ledarna endast har ett patientperspektiv kommer de inte ha möjlighet att tillgodose andra slags behov.

Vi anser att samtliga tre patienthotell skiljer sig åt när det gäller graden av integration i vården och därmed vilket ledarskap som krävs. St Svithun befinner sig längst ifrån sjukvården då verksamheten drivs av en hotelledning som inte har tidigare erfarenhet i sjukvården och då de inte erbjuder medicinsk behandling.<sup>125</sup> Vi anser att patienthotellet i Karlstad är närmast sjukvården då 39 procent av deras gäster får medicinsk behandling. Detta är möjligt genom att samtliga anställda i receptionen på patienthotellet i Karlstad har sjuksköterskeutbildning. Ledningen är också delaktig i ett utvecklingsarbete av det framtida vårdförloppet tillsammans med sjukhuset.<sup>126</sup> Patienthotellet i Lund anser vi är ett mellanting av de ovannämnda patienthotellen då de genomför medicinska behandlingar men inte i samma utsträckning som patienthotellet i Karlstad.<sup>127</sup>

Vi menar att patienthotellens grad av integrering i vården påverkar de förutsättningar som inverkar på ledarskapet. Dessa förutsättningar är vilka patient- och kundgrupper hotellet har, medarbetarnas professioner och vilket regelverk det är som styr verksamheten dessa kommer nu att analyseras närmare.

---

<sup>123</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12

<sup>124</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>125</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

<sup>126</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>127</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12

### 5.2.2 Behovens påverkan på situationen patienthotell

Samtliga intervjuade patienthotells gäster är huvudsakligen från vården. Dock är det en stor spännvidd mellan de kundgrupper som hotellen tar emot. De största kundgrupperna är nyblivna mödrar, cancerpatienter, provtagningspatienter, patienter som har långt att resa. Patienthotellen tar endast emot kundgrupper som är så pass friska att de klarar av att ta hand om sig själva.<sup>128</sup> Även om ingen av grupperna har ett högt vårdbehov har de skilda behov och krav som de i sin tur ställer på hotellen. De krav som ställs på hotellen påverkar ledaren i det hänseende att de måste förstå kundens situation. Vi anser att en ledare måste ha erfarenhet i att möta människor i sårbara situationer. Vi menar vidare att det är kundens behov som formar de tjänster som verksamheten erbjuder och därför måste ledaren vara medveten om kundgruppernas olika behov. Kundernas behov skiljer sig åt på de olika patienthotellen. De behov och krav som kundgrupperna ställer på St Svithun var främst enkla behov såsom att hotellpersonalen skulle bära upp gästens väskor på rummet, Internetuppkoppling och tillgång till telefon på rummet.<sup>129</sup> Dessa behov och krav anser vi är behov som gäster vanligtvis ställer på en hotellverksamhet och behov som stämmer mer överens med Guierres definition av vad en hotellverksamhet erbjuder.

Under vårt besök på patienthotellet i Karlstad fick vi en annan uppfattning av kundens behov. Hotellchefen i Karlstad gjorde en distinktion mellan kundens uttalade och outtalade behov. Hon menade att kundens uttalade behov ”är behov av sömn, behov av att ha anhöriga hos sig, behov av mat som man klarar av att äta, uttalade behov är också att man kommer med en påse med injektionsspruta och ordinationslapp”.<sup>130</sup> Kundens outtalade behov menar hotellchefen i Karlstad är ”att gästen känner sig trygg /---/ behov av att få hantera sin sjuksituation och få stöd genom exempelvis samtal”.<sup>131</sup> Det framkom också av intervjun att det var viktigt att få möjligheten att få tillfriskna från sin sjukdom i en lugn miljö.<sup>132</sup> Samma resonemang förde hotellchefen i Lund när hon beskrev cancerpatienters situation på patienthotellet i Lund. Hotellchefen i Lund menar att receptionspersonalen har vanlig hotelluniform för att gästen ”inte ska känna av sjukhusmiljön” och de vill skapa ”/.../en miljö där man kan ha sinnena lugna och få vila, man ska komma bort mellan behandlingar”.<sup>133</sup> Zalenski och Raspa menar att det grundläggande behovet för sjuka patienter är att bli av med sin smärta och att kunna kontrollera sina symptom. Vi ser att samma

---

<sup>128</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24; Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12; Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27

<sup>129</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

<sup>130</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>131</sup> ibid

<sup>132</sup> ibid

<sup>133</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12

grundläggande behov uppfylls av patienthotellen i Karlstad och Lund även om de uppfyller andra behov som är mer kopplade till en hotellverksamhet. Nästa steg i behovshierarkin är de psykologiska behoven kärlek, omtanke och säkerhet. Dessa behov är mer komplexa och svåra för de anställda och ledaren i verksamheten att uppfylla. Att förstå hur man ska stödja en cancerpatient menar vi kräver både en förståelse för sjukdomen och erfarenhet i hur man ska bemöta en patient. På patienthotellet i Karlstad har hotellchefen förstått denna problematik. Under intervjun beskrev hotellchefen hur personalen har kunskap inom vård och omsorg vilket ger dem verktyg för att aktivt agera om de märker att gästen inte mår bra.<sup>134</sup> Ytterligare ett kundbehov, sett utifrån den modifierade behovshierarkin, är att ha möjlighet till att vara nära sina anhöriga. Detta är ett behov som samtliga patienthotell uppfyller då de kan erbjuda sovplats för patientens anhöriga till ett lägre pris i jämförelse med ett vanligt hotell. Dock menar vi att det är ett behov som ledaren och dess medarbetare inte kan påverka eller uppfylla utan behovet kan endast uppfyllas av gästens anhöriga.

Vi anser att kundens behov har en stor påverkan på situationen och i sin tur på ledarskapet. De tre patienthotellens skilda kundbehov anser vi leder till tre skilda situationer och förutsättningar för ledarskapet. Trygghetsbehovet har en inverkan på samtliga tre verksamheter, men trygghetsbehovet blir uppfyllt på olika sätt. På St Svithun skapas tryggheten genom de anställdas personliga bemötande och deras fokus på service. Receptionschefen på St Svithun menar att gästen förväntar sig omtanke och trygghet av dem, vilket gör att ” när du kommer hjem fra jobb føler du att du har ett mye mer ett meningsfullt jobb, mye mer på æn andre hotell”.<sup>135</sup> Hon menar vidare att det samtidigt är en utmaning att som ledare erbjuda denna omtanke eftersom de anställda i receptionen inte har kunskap och erfarenhet i att ta hand om människor som befinner sig i sårbara situationer. Receptionschefen på St Svithun har gedigen erfarenhet i hotellbranschen och menar på att utmaningen är större i att arbeta på ett patienthotell eftersom kunden kräver mer uppmärksamhet, omsorg och kontakt med hotellets personal i jämförelse med på ett vanligt hotell där kundkontakt främst sker vid in- och utcheckning.<sup>136</sup> Detta menar vi visar på en situation där ledaren och de anställda måste förstå och beakta kundens specifika behov till skillnad från om de arbetat på ett vanligt hotell.

Ledaren och de anställda på patienthotellet i Lund utgår mer från en medicinsk trygghet och mindre från den personliga tryggheten. Vi anser att de anställda i Lund saknar den

---

<sup>134</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>135</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

<sup>136</sup> ibid



serviceutbildning som receptionen på St Svithun har. Vi såg under vårt besök hur receptionisten bemötte gästen genom att varken ha ögonkontakt med gästen eller ens påbörja samtalet med en hälsningsfras. Vi menar att detta visar på problematiken med att ha ett institutionaliserat fokus på vård i en verksamhet som patienthotell, då det är en verksamhet som befinner sig i ett gränsland mellan en sjukvård och hotellverksamhet. Levin och Norrman menar att sjukvården bör se patienten som kund. Enligt exemplet ovan med receptionisten i Lund menar vi att det kan vara ett tecken på att personalen inte har insett vikten av att se patienten som kund. Norrman menar att ledarna bör uppmärksamma sina gäster och se dem som medverkade kunder som deltar i skapandet av sin egen tjänst.

Under våra intervjuer var det förutom att effektivisera verksamheten även kundens behov som låg i centrum för etableringen av patienthotell. Patienten har en önskan om att ha kontroll över sin sjukdom och en möjlighet att ta hand om sig själv. Genom patienthotell menar hotellchefen i Karlstad att dessa behov blir tillgodosedda då de erbjuder denna självständighet.<sup>137</sup> Att kunna erbjuda en hög grad av kund Anpassning menar teorin upplevs som något positivt i kundens ögon och är därmed något alla verksamheter bör sträva efter. Detta nämnde även hotellchefen i Karlstad under vårt besök på hotellet.<sup>138</sup> Hur väl man kan kund Anpassning sin verksamhet beror enligt teorin på vilken kunskap kunden har om verksamheten och tvärtom men även vilken tilltro gästerna har till hotellets anställda. Samtliga intervjupersoner bekräftade att de inte har mer kunskap om sina gäster än vad de själva väljer att berätta. De menar vidare att gästerna tar kontakt med patienthotellens anställda och inte tvärtom.<sup>139</sup>

### **5.2.3 Professionernas påverkan på patienthotellets situation**

Vi menar att beroende på hur långt in i vårdkedjan en verksamhet är integrerad påverkar medarbetarnas prestationer och engagemang vilket stämmer överens med teorin *The Situational Leadership Theory*. Patienthotell är en verksamhet som sätter höga krav på medarbetarnas prestationer och engagemang vilket är vad Thylefors kallar för människonära verksamheter. Människonära verksamheter är beroende av ett utbyte av kunskap och erfarenheter mellan medarbetare och detta är nödvändigt för att de ska kunna genomföra sitt dagliga arbete. Ett exempel på detta är när personalen ska genomföra medicinska ingrepp på sina gäster eller när personalen på patienthotellet måste kontakta sjukhuset vid akuta tillfällen. Vi menar att det krävs

---

<sup>137</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>138</sup> *ibid.*

<sup>139</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24; Intervju med hotellchef på patienthotellet i Lund 07-04-12; Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27; Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

ett högre engagemang från medarbetarna på de patienthotell där de utför medicinska behandlingar. Att utföra medicinska behandlingar kräver kunskap och erfarenhet hos de anställda. *The Situational Leadership Theory* menar att mognadsgraden hos medarbetarna är en viktig faktor för vilket ledarskap som ska utövas. Vi menar att mognadsgraden hos medarbetarna på de olika patienthotellen skiljer sig åt då de har olika arbetsuppgifter och olika grad av ansvar. Eftersom St Svithun inte erbjuder vård till sina gäster anser vi att det inte kan ställas lika höga krav på medarbetarnas prestationer och engagemang. Samtidigt kan det leda till missförstånd och konflikter då gästerna på hotellet inte har en tydlig förståelse för vilka krav de kan ställa på de anställda på hotellet. Eftersom St Svithun skiljer sig från de övriga patienthotellen kan det bli tvetydigt för gästerna vilka befogenheter de anställda har. Under intervjun beskrevs det hur personalen på sjukhusets avdelningar saknade kunskap om patienthotellets befogenheter vilket resulterade i att personalen på sjukhuset inte kunde ge korrekt information till sina patienter.<sup>140</sup> På patienthotellet i Karlstad antar vi att ledaren ställer högre krav på medarbetarna eftersom de är delaktiga i samarbetet med sjukhuset för att utveckla patienthotellet. Hotellchefen på patienthotellet i Karlstad har organiserat verksamheten på ett sätt så att samtliga sjuksköterskor är ansvariga för utvecklingen av sitt ansvarsområde, ett av dessa områden är kontakten mellan klinikerna och patienthotellet.<sup>141</sup> Detta är ett exempel på hur situationen skiljer sig åt mellan patienthotellen och därmed hur ledarskapet måste vara anpassat efter denna situation. Under intervjun med receptionschefen i St Svithun beskrevs svårigheten med att leda sjuksköterskor jämfört med den resterande receptionspersonalen. ”En sykepleie har mye mer krav, både lønemessigt og veldig forskjelligt” ”du merker fort vem som er sykepleie og ikkje sykepleie”.<sup>142</sup> Jacobsen och Thorsvik menar att professionella medarbetare ställer högre krav på ledaren, vilket vi menar bekräftades under intervjun. Som teorin nämner sätter teambaserade organisationer andra krav på ledarskapet än vad en mer hierarkisk organisation gör. Patienthotellet i Karlstad är den verksamhet som vi anser är organiserad som ett team. Enligt oss genomsyrar teamkänslan hela organisationen. Vår uppfattning från intervjun i Karlstad är att hotellchefen där har större tilltro till sina medarbetare i jämförelse med vad hotellcheferna på de andra patienthotellen har till sina. Genom att arbetet på patienthotellet främst skedde i team möjliggjorde detta att hotellchefen kunde delegera ut ansvar och därmed skapa snabbare beslutskanaler. Under intervjun nämnde hotellchefen i Karlstad flera gånger hur beslut kunde tas direkt på plats utan hennes direkta medverkan.<sup>143</sup>

---

<sup>140</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

<sup>141</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

<sup>142</sup> Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-27

<sup>143</sup> Intervju med hotellchef på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

För att förstå professioners inverkan på situationen och i detta fall patienthotell kan man använda sig av Fiedlers *Contingency model*. Under våra intervjuer möttes vi av tre olika situationer där relationen mellan ledaren och de anställda varierade. Vi kunde se att på patienthotellet i Karlstad var relationen mellan de anställda och hotellchefen mer utvecklad då organisationen var uppbyggd på ett sådant sätt att den underlättade för relationen mellan de anställda och hotellchefen. St Svithun har en mer hierarkisk uppbyggnad vilket vi tror kan leda till att relationen med de anställda är svagare. Vi anser att en hierarkisk uppbyggnad har en förmåga att bygga hinder mellan olika ansvarsnivåer. Vidare menar vi att större organisationer försvårar interaktion mellan ledare och anställda, vilket kräver en striktare och en mer yrkesmässig relation. Vi såg andra arbetsrelationer på patienthotellet i Karlstad, som vi tidigare i detta avsnitt beskrivit som en teambaserad organisation. Det måste beaktas att det är svårt att få en korrekt bedömning av relationen mellan de anställda och hotellchefen eftersom vi endast har intervjuat personer i en ledande position. För att förstå relationen mellan de anställda och chefen anser vi att det krävs ett större empiriskt underlag.

Vi anser att patienthotellet har en kombination av två uppgifter, vårduppgifter och hotelluppgifter, vilken struktur uppgifterna har är en av faktorerna i Fiedlers *Contingency Model*. Vi bedömer att de båda uppgifterna har en hög struktur. Medarbetarnas professioner på hotellen i Karlstad och Lund är sjuksköterskor vilket innebär att de har en gedigen utbildning och erfarenhet i vård och omsorg. En sjuksköterskas arbetsuppgifter är enligt oss oftast välstrukturerade. Detta bekräftades också genom gruppintervjun med receptionspersonalen på patienthotellet i Karlstad, då de styrkte att det var viktigt att ge en korrekt medicinsk behandling.<sup>144</sup> Teorin säger att uppgifter som har hög struktur oftast har få korrekta lösningar och lösningen har få rätta svar. Arbetsuppgifterna på ett hotell är också välstrukturerade vilket vi också kunde se utifrån våra intervjuer. Vi anser att en hotellreceptions uppgifter är standardiserade och har ofta ett tydligt ramverk som ska följas vilket bidrar till dess höga uppgiftsstruktur.

#### **5.2.4 Regelverket som en förutsättning för patienthotellets situation**

Vi tolkar det som att den ändring som infördes 1997 i HSL var en konsekvens av marknadseringen av sjukvården vilket möjliggjorde för etableringen av patienthotell då det inte längre krävdes att verksamhetschefen behövde tidigare kompetens inom sjukvård. Detta menar vi är positivt då denna lagändring möjliggjorde för ett nytt serviceperspektiv i sjukvården och möjligheten för ett nytt perspektiv på ledarskap i vården.

---

<sup>144</sup> Gruppintervju med receptionspersonalen på patienthotellet i Karlstad 07-04-24

Vi menar att regelverket är en av de förutsättningar som påverkar ledarskapets möjlighet att styra sin verksamhet. Patienthotellen i Karlstad och Lund styrs av HSL då de erbjuder medicinsk behandling. Genom att erbjuda medicinsk behandling ställs det krav på hur verksamheten ska vara utformad, bland annat får det endast anställas medarbetare med en sjukvårdsutbildning. Eftersom St Svithun inte erbjuder medicinsk behandling styrs de inte i samma utsträckning av sjukvårdens regelverk. Att verksamheten inte styrs av sjukvårdens regelverk kom fram under intervjun då den dagliga ledaren och receptionschefen på St Svithun bekräftade att de saknade kunskap om de lagar som påverkade sjukvården. Däremot framgick det att deras verksamhet och ledarskap påverkades av HMS vilket är ett regelverk som de menar påverkar samtliga hotellverksamheter i Norge. Förutom detta regelverk följer ledarna på St Svithun de avtal de har med sjukhuset, vi menar att detta visar på att St Svithun indirekt följer sjukvårdens regelverk. Ett exempel på detta är att sjukhuset ställer krav på St Svithun, ”sykehuset har /.../pålagt oss å alltid ha en sykepleie på vakt”.<sup>145</sup> Vid flera tillfällen under våra intervjuer beskrevs tillfällena då regelverket styr hur ledarna och de anställda ska agera i olika situationer främst handlade det om hur den dagliga driften påverkas. Regelverket påverkar ledaren och de anställda på patienthotellen genom att de måste följa lagar som till exempel sekretesslagen. Sekretessen leder till att patienthotellen inte får fullständiga uppgifter om sina gäster vilket i sin tur leder till att de inte har lika stor möjlighet att sätta sig in i gästens behov. Detta menar vi i sin tur sätter hinder för ledarskapet.

## 6 Avslutande del

---

*I den avslutande delen kommer vi att inleda med en diskussion över de tankegångar som har dykt upp under arbetsprocessens gång. Efter diskussionen följer våra slutsatser där vi presenterar huvudpunkterna från vår analys. I detta kapitel anser vi oss svara på vår problematisering. Avslutningsvis reflekterar vi över eventuella brister i vår uppsats och väcker eventuella frågor för framtida forskning.*

---

### 6.1 Diskussion

En diskussion har förts i gruppen om huruvida samtliga tre verksamheter kan benämnas som patienthotell. Vi ser att det finns en risk med detta eftersom varje patienthotells situation skiljer sig åt efter hur integrerade de är i sjukvården. Den största skillnaden upplever vi är hur mycket

---

<sup>145</sup> Intervju med daglig ledare på St Svithun 07-04-27; Intervju med receptionschef på St Svithun 07-04-26

vård de utför. Då vi upplever att patienthotellen i Karlstad och Lund är mer integrerade i vården än St Svithun anser vi att de kan ses mer som en förlängning av sjukhusets vårdförlopp än som en hotellverksamhet. Denna höga integrering i vården gör att vi ifrågasätter om patienthotellet i Karlstad kan benämnas som ett patienthotell då vi anser att de utför en hög grad av medicinsk service. Då vi inte upplevde en hotellkänsla under våra besök på de olika patienthotellen menar vi att ordet hotell ger en missvisande bild av vad verksamheterna erbjuder, dock är St Svithun ett undantag. Att använda sig av ordet hotell i sitt koncept kan medföra att gästerna får en förvrängd bild av verksamheten.

Vi menar att komplexiteten med att befinna sig i gränslandet mellan en hotellverksamhet och vård är att högre krav ställs på ledarskapet. Under våra besök på hotellen tyckte vi oss se att ledarna hade svårt att bestämma sig för om de drev ett hotell eller en vårdenhet. Att inte veta vilket fokus verksamheten har kan göra att ledaren blir splittrad i sitt sätt att leda. Vi anser att det är en stor skillnad mellan att driva ett hotell och att driva en vårdenhet på grund av att man bemöter människor på olika sätt.

Ytterligare en problematik som kan skapa förvirring i ledarskapet är vilket ord som ska användas för att beskriva de individer som bor på patienthotellet. I namnet på hotellen i Karlstad och Lund finns ordet patient med och faktum är att hotellets huvudsakliga kundgrupp är patienter. Samtidigt använder sig hotellcheferna i Karlstad och Lund sig av ordet gäst för att benämna sina boende. Frågan är vilket som är rätt eller fel. Ytterligare ett ord för att beskriva de boende på ett patienthotell är att benämna dem som kunder, vilket ger ett tredje perspektiv. De tre olika perspektiven anser vi visar på tre skilda kontexter. Vilket perspektiv man har kommer att påverka hur vår uppsats tolkas men även hur ledaren uppfattar hotellets boende.

Vi upplevde att sjukhuskulturen starkt präglade de två patienthotellen i Sverige medan vi anser att St Svithun har tagit fasta på den personliga servicen och bortsett från den medicinska. Våra förhoppningar är att fenomenet patienthotell kommer att finnas kvar och vi tror att framtidens patienthotell är en kombination mellan patienthotellet i Karlstad och St Svithun. För den framtida utvecklingen av patienthotell anser vi att man måste ha ett tydligare fokus på vilka behov patienthotell ska uppfylla. Verksamheterna har stor potential att bli en viktig del i det framtida vårdförloppet, men för att detta ska kunna bli möjligt menar vi att ledarna måste få en tydligare bild av den verksamhet de styr. Patienthotell kan idag vara allt ifrån exemplet Karlstad som kan ses som en förlängning av vårdförloppet till St Svithun vilket fungerar mer som en traditionell

hotellverksamhet. Verksamheter som går under benämningen patienthotell har ingen mall om hur de måste se ut, de styrs idag av vilket behov som finns på sjukhuset.

## ***6.2 Slutsatser***

Patienthotell är en verksamhet som befinner sig i en unik situation. Med detta menar vi att patienthotell befinner sig i gränslandet mellan vård och hotellverksamhet. I vår avhandlade del har vi visat hur förutsättningar ställer krav på ledarskapet i situationen patienthotell. Efter att ha genomfört våra kvalitativa intervjuer och sammanflätat det med ett teoretiskt material har förståelsen ökat för hur förutsättningarna sätter krav på ledarskapet i situationen. Patienthotellens integrering i vården är den förutsättning som vi anser påverkar ledarskapet mest, då det inte finns en given mall för hur integreringen och samarbetet mellan sjukhuset och patienthotellet ska vara utformat. Detta leder till att integreringen i sin tur skiljer patienthotellen åt. Vi menar att det blir svårt att kategorisera samtliga patienthotell som en och samma verksamhet då integreringen leder till att patienthotellen har olika fokus och tillgodoser olika kundgruppers behov. Vidare menar vi att kundgrupperna ställer krav på medarbetarnas professioner då exempelvis patienten har specifika krav och andra behov, såsom medicinsk behandling och omsorg, i jämförelse med en hotellgäst. Integreringen inbegriper även det regelverk som ledaren måste leda sin verksamhet efter. Regelverket sätter krav på verksamheten på grund av att patienthotell är en del av den offentliga verksamheten och den i sin tur är uppbyggd på lagar och regler som ledaren måste följa. Med hjälp av dessa förutsättningar anser vi att vi har besvarat vår problematisering. En verksamhets unika situation påverkar ledarskapet och genom att koppla till teorier kring hur situationen påverkar ledarskapet tydliggör vi detta. Avslutningsvis menar vi att ledarskapet formas efter den situation och de förutsättningar som en verksamhet står inför. Vi anser att detta har vi visat på med hjälp av de tre patienthotell vår uppsats bygger på.

## ***6.3 Reflektion***

Många tankar och diskussioner har väckts under arbetsprocessen eftersom uppsatsens område är relativt outforskat. Det finns ett flertal teorier kring ledarskap men de har inte tidigare applicerats på patienthotell och då framförallt inte om hur ett patienthotells situation påverkar ledarskapet. För att angripa detta outforskade område anser vi oss ha använt oss av rätt metoder med kvalitativa intervjuer som metodverktyg. Vi anser att de tre patienthotell vi valde att undersöka och de personer vi valde att intervjua skildrar hur samma slags verksamhet kan gestaltas på olika sätt. Dock vill vi förtydliga att endast genomföra kvalitativa intervjuer med tre patienthotell ger ett för tunt material för att kunna dra generaliseringar över att det endast är de förutsättningar vi har studerat som är avgörande för situationens utformning. För att visa på bredden i konceptet

patienthotell menar vi samtidigt att man måste dra sådana generaliseringar för att kunna förstå situationens komplexitet. Bristen i vår uppsats är att vi inte har intervjuat fler patienthotell för att tydligare skildra situationen patienthotell. Detta menar vi ytterligare hade stärkt våra generaliseringar.

Vi har även reflekterat över problematiken av att vi har tillämpat teorier som grundades under 1960 och 1970-talet. Vi ser både fördelar och nackdelar med att använda ursprungsteorin. Det positiva är att de har en legitimitet i forskarvärlden då de är beprövade. Nackdelen är att teorierna inte är fokuserade på en specifik situation. Vi ser dock en styrka med detta då vi kan bidra med en ny infallsvinkel till Contingency ansatsen. För framtida forskning hade det varit intressant att undersöka hur de här förutsättningarna praktiskt påverkar ledaren på patienthotell. Detta hade krävt ett större empiriskt underlag med deltagande observation som metodverktyg. En annan infallsvinkel hade varit att fördjupa sig i servicemötet för att ytterligare studera det nya serviceperspektivet i vården. Detta hade blivit en studie som mer utgår från kundens perspektiv än verksamhetens.

## 7 Källförteckning

### 7.1 Tryckta källor

- Albinsson**, Per. (2002). *Arbetsledaren i den kommunala äldreomsorgen*. Stockholm: Äldreomsorg/Fortbildningsförlaget
- Barrow**, Jeffrey. (1977). *The variables of leadership: A review and conceptual framework*. Academy of Management. Sid 231-251
- Bernin**, Peggy & Theorell, Töres. (2004). *Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården*. Förlaget och Författarna
- Blake**, Robert & Mouton, Jane. (1982). *A Comparative Analysis of Situationalism and 9,9 Management by principle*. Organizational Dynamics. Vol. 10, nr. 4. Sid 20-44
- Blanchard**, Ken & Hersey, Paul. (1996). *Great ideas revisited Revisiting the life-cycle theory of leadership*. Training & Development. Vol. 50, nr. 1. Sid 42-47
- Borkowski**, Nancy. (red.). (2005). *Organizational behaviour—in health care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers
- Bryman**, Alan. (2002). *Sambällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi
- Chemers**, Martin. (2000). *Leadership Research and Theory A Functional Integration*. Group Dynamics Theory, Research and Practice. Vol. 4, nr. 1. Sid 27-43
- Chung-Herrera**, Beth & Enz, Cathy & Lankau, Melanie. (2003). *Grooming future hospitality leaders*. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly. Vol. 44, nr. 3. Sid 17-25
- Cichy**, Ronald & Schmidgall, Raymond. (1996). *Leadership qualities of financial executives in the U.S. lodging industry*. Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly. Vol. 37, nr. 2. Sid 56-62
- Ekstam**, Kjell. (2002). *Ledarskapets hörnstenar— fyra framgångsfaktorer*. Kristianstads boktryckeri
- Falk**, Viking & Nilsson, Kerstin. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Lund: Studentlitteratur. andra upplaga
- Fritzén**, Lena. (2006). *On the edge*. Göteborg: Intellecta Docusys
- Graeff**, Claude. (1983). *The situational leadership theory A critical view*. Academy of Management. The Academy of Management Review. Vol. 8, nr 000002
- Guerrier**, Yvonne. (1999). *Organizational behaviour in hotels and restaurants*. England: John Wiley & Sons Ltd
- Holme**, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Jacobsen**, Dag Ingvar. (2002). *Vad, hur och varför*. Lund: Studentlitteratur
- Jacobsen**, Dag Ingvar & Thorsvik Jan. (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur



- Kaijser**, Lars & Öhlander, Magnus. (1999). *Etnologiskt fältarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale**, Steinar. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lanshley**, Conrad & Morrison, Alison. (2000). *In Search of Hospitality*, Oxford: Elsevier
- Mossboda**, Britt- Mari et al. (2001). *Att vara chef och ledare*. Stockholm: McGruppen och Ekerlids Förlag
- Nilsson**, Emelie. (1998). *Att leda sig själv och andra*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB
- Nilsson**, Kerstin et al. (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Nordgren**, Lars. (2004). *Från patient till kund*, Lund: Lund business press
- Northouse**, G Peter. (2004). *Leadership –Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc
- Rowan**, John. (1998). *Maslow amended*. Journal of Humanistic Psychology. Vol.38, nr. 1. Sid 81-93
- Snell**, Roy. (2007). *Compliance/Ethics Program Hierarchy of Needs*. Journal of Health Care Compliance. Vol. 9, nr. 1. Sid 33- 38
- Thylefors**, Ingela. (1991). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Thylefors**, Ingela. (1992). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Finland: WSOY
- Williams**, Alistar. (2002). *Understanding the hospitality consumer*. Oxford: Butterworth Heinemann
- Zalenski**, Robert & Raspa, Richard. (2006). *Maslow's Hierarchy of Needs A Framework for Achieving Human Potential in Hospice*. Journal of palliative medicine. Vol. 9, nr. 5. Sid 1120-1127
- Wolvén**, Lars-Erik. (2000). *Att utveckla mänskliga resurser i organisationer*. Lund: Studentlitteratur

## **7.2 Elektroniska källor**

**www.notisum.se**

Tillgänglig: [<http://www.notisum.se/Rnp/SLS/LAG/19820763.HTM>] (Läst 2007-04-18)

**www.notisum.se**

Tillgänglig: [<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19800100.htm>] (Läst 2007-04-18)

**www.notisum.se**

Tillgänglig: [<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19980531.htm>] (Läst 2007-04-18)

**www.st-svithun-hotell.no**

Tillgänglig: [<http://www.st-svithun-hotell.no/index.htm>] (Läst 07-05-07)

**www.kvalitetssikring.no**

Tillgänglig: [<http://www.kvalitetssikring.no/praktisk/ordliste/>] (Läst 07-05-07)

**www.sph.se**

Tillgänglig: [<http://www.sph.se/>] (Läst 07-05-07)

**www.lexin.se**

Tillgänglig: [<http://lexin2.nada.kth.se/cgi-bin/sve-eng>] (Läst 07-05-22)

### ***7.3 Muntliga källor***

**Lipinska** Maria, Hotellchef på Patienthotellet i Lund, 2007-04-12

**Ludviksen** Maria Gunvor, Hotellchef på Karlstad Patienthotell, 2007-04-24

**Receptionspersonalen** på Patienthotellet Karlstad, 2007-04-24

**Pedersen** Linda, Receptionschef på Patienthotellet St Svithun i Stavanger, 2007-04-26

**Salte Økland** Helene, Daglig ledare på Patienthotellet St Svithun i Stavanger, 2007-04-27

## Bilaga 1.1

# Intervjuguide Lunds patienthotell

### *Intervjupersonen*

- Vilka är dina tidigare erfarenheter och vilken utbildning har du?

### *Verksamheten*

- Hur ser arbetsfördelningen ut?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett vanligt hotell?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett annat patienthotell?
- Hur ser samarbetet ut med sjukhuset?
- Vilka är de viktigaste faktorerna som påverkar er verksamhet?

### *Ledarskapet*

- Vilka är dina arbetsuppgifter?
- Vilka problem stöter du på?
- Ser du dig som en ledare på ett hotell eller som en ledare inom sjukvården?
- Vilken syn har du på din verksamhet?
- Hur skulle du vilja beskriva ditt sätt att leda dina anställda?
- Vad är det svåra med att leda andra människor?

### *Särart*

- Vilka faktorer påverkar ditt ledarskap?
- Vilka är era kunder?
- Vilka krav ställer era kunder på er?
- Hur mycket kontakt har ni med era kunder?
- Vilka är era anställda?
- Vilka krav finns på de anställda?
- Hur ser ert reglemente ut?
- Hur påverkar lagen ert reglemente?

### **Specifika frågor till patienthotellet i Lund**

- vilken utsträckning påverkas ni av SPH?

Har du några frågor till oss?

I vilken omfattning får vi använda oss av detta intervjumaterial?

Har du ytterligare material om er verksamhet som du kan dela med dig av?

## Bilaga 1.2

# Intervjuguide Karlstads patienthotell

### *Intervjupersonen*

- Vilka är dina tidigare erfarenheter och vilken utbildning har du?
- Vad är Kliniker?

### *SPH*

- Vilket var behovet som gjorde att SPH startade?
- Vad är syftet med en service skola? Varifrån har ni utvecklat konceptet?
- Hur definierar ni service?
- Vilka är de grundläggande värderingar som ni använder er av för att definiera service?
- Hur använder du dig av servicekvalitet/servicekontroll för att motivera dina anställda?
- Hur påverkar kvalitetskontrollerna medarbetarnas arbetsuppgifter? Vilka krav ställer kvalitetskontrollerna på medarbetarna?
- Vilka krav ställer ni på de chefer som ni rekryterar?
- Vid det nordiska sammanträdet diskuterades fram vilka krav som den framtida patienten kommer att ställa? Förklara hur detta kommer att påverka Patienthotellet?
- Vilka motsättningar har uppstått med att ha en hotelledning inom sjukvården?

### *Verksamheten*

- Hur ser arbetsfördelningen ut?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett vanligt hotell?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett annat patienthotell?
- Hur ser samarbetet ut med sjukhuset? Ni nämner på er hemsida om en ”Vi-känsla”?
- Berätta om utvecklingsarbetet med sjukhuset, vad är syftet?
- Vilka krav ställer sjukhuset på ditt patienthotell?
- Finns det något krav från er sida över hur lång tid det ska ta för ambulans och sjukpersonal att anlända?
- Vilken del av verksamhetens aktiviteter kan klassas som vård?
- Varför har samtliga en sjukvårdsutbildning?
- Verkar som sjukhuset har flera svårigheter att upprätthålla en god service nivå. Hur ser du på de problemen som ni har fått fram genom det BSC?
- Vilka är de viktigaste faktorerna som påverkar er verksamhet?
- Hur påverkas ni av att ni är både en hotellverksamhet och en sjukvårdsenhet?

### *Ledarskapet*

- Vilka är dina arbetsuppgifter?
- Hur vill du beskriva ditt ledarskap?
- Hur för du verksamhetens vision och mål vidare till dina medarbetare?
- I vilka situationer träffar du dina medarbetare?
- Ser du dig som en ledare på ett hotell eller som en ledare inom sjukvården?
- Vad är det svåra med att leda andra människor?
- Hur delaktig är du i den dagliga dirften, står du i receptionen. Måste städa rum?
- Varför används termer så som produktion, när man talar om ett hotell. Måste komma från sjukhuset.

## ***Kunder***

- Vilka är era kunder?
- Hur sjuka är kunderna?
- Vilka krav ställer era kunder på er?
- Hur mycket kontakt har ni med era kunder?
- Hur mycket anpassar ni er verksamhet efter kundens behov?
- Hur viktigt är det egentligen med att få ett trevligt bemötande, är det inte andra behov som ska tillfredställas?

## ***Medarbetare***

- Vilka är era anställda?
- Vilka krav finns på de anställda?
- Vilka krav ställer de anställda?
- Hur ser personalomsättningen ut?
- Hur arbetar du för att få dina medarbetare nöjda?
- Vilka arbetsuppgifter delegerar du ut till dina medarbetare?
- Vilken utbildning får sjuksköterskorna i service bemötande?

## ***Regelverk***

- Berätta om ert regelverk?
- Styrs du av detta i ditt ledarskap?
- Hur påverkar HSL ditt ledarskap och din verksamhet?

Har du några frågor till oss?

I vilken omfattning får vi använda oss av detta intervjumaterial?

Har du ytterligare material om er verksamhet som du kan dela med dig av?

## Bilaga 1.3

# Intervjuguide St Svithun

### *Intervjupersonen*

- Vilka är dina tidigare erfarenheter?
- Vilken utbildning har du?

### *Verksamheten*

- Hur ser arbetsfördelningen ut?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett vanligt hotell?
- Vad är skillnaden mellan ert patienthotell och ett annat patienthotell?
- Hur ser samarbetet ut med sjukhuset?
- Vilka krav ställer sjukhuset på er?
- Finns det något krav från er sida över hur lång tid det ska ta för ambulans och sjukpersonal att anlända?
- Vilken del av verksamhetens aktiviteter kan klassas som vård?
- Vilka är de viktigaste faktorerna som påverkar er verksamhet?
- Hur påverkas ni av att ni är både en hotellverksamhet och en sjukvårdsenhet?

### *Ledarskapet*

- Vilka är dina arbetsuppgifter?
- Hur vill du beskriva ditt ledarskap?
- Hur för du verksamhetens vision och mål vidare till dina medarbetare?
- I vilka situationer träffar du dina medarbetare?
- Ser du dig som en ledare på ett hotell eller som en ledare inom sjukvården?
- Vad är det svåra med att leda andra människor?
- Hur delaktig är du i den dagliga driften?

### *Kunder*

- Vilka är era kunder?
- Hur sjuka är kunderna?
- Vilka krav ställer era kunder på er?
- Hur mycket kontakt har ni med era kunder?
- Hur mycket anpassar ni er verksamhet efter kundens behov?
- Hur viktigt är det egentligen med att få ett trevligt bemötande, är det inte andra behov som ska tillfredställas?

### *Medarbetare*

- Vilka är era anställda?
- Vilka krav finns på de anställda?
- Vilka krav ställer de anställda?
- Hur ser personalomsättningen ut?
- Hur arbetar du för att få dina medarbetare nöjda?
- Vilka arbetsuppgifter delegerar du ut till dina medarbetare?
- Vilken utbildning får de anställda internt?

### ***Regelverk***

- Berätta om ert regelverk?
- Styrs du av detta i ditt ledarskap?
- Hur påverkar lagar ditt ledarskap och din verksamhet?

Har du några frågor till oss?

I vilken omfattning får vi använda oss av detta intervjumaterial?

Har du ytterligare material om er verksamhet som du kan dela med dig av?