



LUNDS
UNIVERSITET

Pedagogiska institutionen
Box 199, 221 00 Lund

Kurs: PEDK11
Kandidatuppsats: 15 högskolepoäng
Datum: 2010-06-11

Behålla kompetens vid pension

Om kompetensutveckling i samband med pensionsavgångar inom Skånes Universitetssjukhus

Linda Clarin

Handledare:
Maria Löfgren
Martinsson

Lunds universitet
Sociologiska institutionen
Avdelningen för pedagogik

ABSTRACT

Arbetets art: Kandidatuppsats inom pedagogik
Sidantal: 40
Titel: Behålla kompetens vid pension. Om kompetensutveckling i samband med pensionsavgångar inom Skånes Universitetssjukhus.

Författare: Linda Clarin
Handledare: Maria Löfgren Martinsson
Datum: 2010-06-11
Sammanfattning: Denna uppsats är en kvalitativ undersökning om hur man arbetar för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar vid klinikerna för kirurgi på Skånes Universitetssjukhus. Undersökningen har genomförts med hjälp av semistrukturerade intervjuer av divisionschef, klinikchefer och teamchefer vid de två klinikerna. Intervjuerna resulterade i en stor mängd insamlad material som analyserats tematiskt med stöd i teori och tidigare forskning. Teorin fokuserar kring individuell och kollektiv kompetens och kompetensutveckling, samt tidigare forskning kring strategier för kompetensutveckling och ramverk för kompetens. Resultaten visar att klinikerna saknar klara planer och strategier för hur de kan bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar, men också att ett sådant arbete påbörjats på kliniken i Malmö. Ramverk för kompetens är en strategi för hur organisationen kan arbeta med kompetensutveckling i samband med pension. Ett annat förslag är att äldre kirurger intar en mentorsroll istället för en ledarroll åren innan pension. Uppsatsens resultat kan delvis appliceras på annan verksamhet inom hälso- och sjukvård, och inspirera andra organisationer till hur man kan arbeta med kompetens i samband med pensionsavgångar.

Nyckelord: Kompetensutveckling, kompetens, pensionsavgångar, pension, ramverk för kompetens, mentorskap, hälso- och sjukvård, Skånes Universitetssjukhus (SUS).

Innehållsförteckning

Förord	i
1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte	2
1.3 Skånes Universitetssjukhus (SUS).....	2
1.3.1 Lean healthcare.....	3
2. Metodkapitel	4
2.1 Metodologiska utgångspunkter	4
2.2 Val av metod	5
2.2.1 Intervjuer	5
2.3 Tillvägagångssätt	6
2.3.1 Val av organisation.....	6
2.3.2 Urval för intervjuer.....	7
2.3.3 Utformande av intervjuguider/ intervjugenomförande	7
2.3.4 Bearbetning och analys av data.....	8
2.4 Kvalitetsaspekter	8
2.4.1 Forskningsetik	9
2.4.2 Kvalitet	9
2.4.3 Källkritik	10
3. Teori	11
3.1 Centrala begrepp	11
3.1.1 Kompetens.....	11
3.1.2 Kollektiv kompetens	12
3.1.3 Kompetensutveckling.....	13
3.2 Tidigare forskning – tre studier	15
3.2.1 Strategier för kompetensutveckling	16
3.2.2 Kompetensutveckling inom personalkategorier.....	17
3.2.3 Ramverk för kompetens	18
3.3 Utbildning och fortbildning för läkare.....	19
4. Resultat och analys	22
4.1 Kirurgens organisation och verksamhet	22
4.2 Åldersfördelning och pension.....	23
4.2.1 Problem eller möjlighet.....	25

4.3. Planering och strategi.....	25
4.3.1 Rekrytering.....	27
4.4 Kompetens.....	29
4.4.1 Behålla och utveckla kompetens.....	29
4.4.2 Ansvarsfrågan.....	31
4.4.3 Förslag till förändringar från intervjupersonerna.....	32
5. Diskussion	33
5.1 Slutsatser	36
5.2 Avslutande reflektioner och förslag till vidare forskning ..	37
Referenser.....	38
Bilagor	a
1. Informationsbrev angående intervjustudie	a
2. Intervjuguide	b

Förord

Att skriva en uppsats är inte ett ensamarbete även om det i detta fall endast är en författare. Därför vill jag ta tillfället i akt att tacka alla de som hjälpt till under arbetets gång.

Ett extra stort tack riktas till Anita Andersson på JobKom för hjälp med att komma i kontakt med olika delar av organisationen och för svar på alla mina frågor. Men allra mest för att ni på JobKom får en student att känna sig både välkommen, uppskattad och behövd i ett sammanhang som detta.

Jag vill också tacka Anita Jönsson för att du ställde upp på en testintervju och på så vis underlättade kommande intervjuer. Ett stort tack till alla ni som deltagit i intervjuerna, för att ni svarat på mejl och frågor och framförallt tagit er tid till att delta i intervjuerna med stor koncentration. Tack också till Ann Hellman på kliniken i Malmö för hjälp med att boka tider för flera av intervjuerna.

Att skriva en uppsats är både en läroprocess och en kreativ process, och ibland kör man fast. Det har funnits dagar då jag inte var säker på att uppsatsen skulle bli klar i tid. Tack till Maria Löfgren Martinsson för att du handlett och peppat mig till att skriva klart en uppsats som jag dessutom är stolt över. Stort tack till alla ni andra som också bidragit längs vägen på alla möjliga sätt och vis. Att skriva en uppsats är verkligen inget man gör helt ensam.

Linda Clarin

Malmö 2010-05-30

1. Inledning

I framtiden kommer allt fler att gå i pension i förhållande till hur många som börjar arbeta. Balansen mellan antalet arbetsföra och antalet pensionerade kommer att rubbas och nu blir det färre som ska försörja allt fler. Samtidigt riskerar organisationer och företag att förlora personal med mycket erfarenhet och kompetens. Denna framtid är dock inte om 30 år, utan den har redan börjat.

Under årtionden har det pratats om den stora generationsväxlingen, om pensionsavgångarna. Trots detta har planeringen varit liten och det är först under senare år som ämnet blivit riktigt intressant, på sina håll. Under 2010 har två nummer av tidningen Personal & Ledarskap innehållit artiklar om hur man kan undvika en kompetenskras och på arbetsförmedlingen kan arbetsgivare söka hjälp för generationsväxlingen. Organisationer och företag har i smått panik börjat planera och arbeta för att det välkända fenomenet inte ska ha alltför stor åverkan på verksamhet och personal.

Detta fenomen intresserar mig och det gör även offentliga organisationer. Ofta organisationer där man bär på ett byråkratiskt bagage men i många fall arbetar aktivt med att försöka anpassa sig till den allt snabbare omväxlande omvärlden och bli en mer modern organisation. Denna uppsats behandlar ämnet pensionsavgångar inom ramen för kompetensutveckling och arbetslivspedagogik. Fokus ligger på den kirurgiska kliniken på Skånes Universitetssjukhus (SUS) och deras läkare, och det är där jag har gjort min empiriska undersökning. Min förhoppning är att denna kvalitativa uppsats och det arbete jag gör kommer väcka tankar och idéer för hur man kan arbeta med dessa frågor, såväl på kirurgen som på SUS i övrigt. De resultat jag kommit fram till kan förhoppningsvis inspirera även andra organisationer inom såväl offentlig som privat sektor. Förutom dessa ovan nämnda tänkta läsare hoppas jag även att uppsatsen kan vara till nytta inom den akademiska världen och som inspirationskälla för att forska vidare inom detta område.

1.1 Bakgrund

Den demografiska världsbilden håller nu på att förändras och det rör sig om stora siffror. I Europa, USA och Kina åldras befolkningen och i de flesta länder kommer antalet pensionerade att vara fler än antalet arbetsföra. I USA kommer fler än 70 miljoner människor att pensioneras före 2020, men endast 40 miljoner nya människor kommer att träda in på arbetsmarknaden under samma tidsperiod. I Europa kommer befolkningens mängd att minska till att bli 7 % av världsbefolkningen vid år 2050, från att efter andra världskriget stått för 25 % av världens befolkning. Samtidigt förväntas Indiens arbetsföra befolkning öka med 335 miljoner fram till 2030, vilket motsvarar dagens arbetskraft i Europa och USA tillsammans. (Watkins & Cseh, 2009)

Även i Sverige ändras den demografiska bilden. Var femte anställd var år 2007 55 år eller äldre och dessa kan väntas gå i pension inom en tioårsperiod, dvs. fram till 2017. Inom hälso- och sjukvårdarbete som kräver eftergymnasial utbildning var 26 % 55 år

eller äldre, både i hela landet och i Skånes län. Mellan 2007 och 2017 förväntar man sig att 22 % av befolkningen kommer gå i pension i Skåne. (SCB, 2010)

Statistik från Sveriges läkarförbund, där majoriteten av yrkeskåren är ansluten, visar att av 30 218 yrkesverksamma läkare är 20 % över 60 år. Inom en period på 15 år kan 48 % av dagens yrkesverksamma läkare förväntas ha gått i pension eller vara redo att göra det.

1.2 Syfte

I arbetet med denna uppsats vill jag undersöka hur man på SUS aktivt arbetar med kompetensen inför de kommande pensionsavgångarna för att förhindra en alltför stor förlust av såväl erfarenheter som kompetenskapital. Därför lyder min frågeställning:

Hur arbetar Skånes Universitetssjukhus aktivt för att bibehålla och utveckla kompetens vid stora pensionsavgångar?

Syftet med uppsatsen är att studera hur man aktivt arbetar med dessa frågor på SUS för att sedan ställa det i relation till teori och forskning inom området. Uppsatsen syftar främst till att undersöka extrainsatta åtgärder för de större pensionsavgångarna, därav ordvalet aktivt. I andra hand är syftet även att diskutera hur detta kan vara tillämpligt i andra sammanhang. Uppsatsen ska kunna inspirera SUS såväl som andra organisationer att arbeta vidare med frågeställningen. Jag hoppas även att mitt arbete kan inspirera till fortsatt forskning inom detta område. Frågan studeras ur ett organisatoriskt perspektiv och studien är begränsad till yrkesgruppen läkare inom klinikområdet för kirurgi på SUS.

1.3 Skånes Universitetssjukhus (SUS)

Hösten 2009 fattade regionfullmäktige i Region Skåne ett beslut om att slå samman universitetssjukhuset i Malmö (UMAS) och universitetssjukhuset i Lund (USiL) till ett gemensamt sjukhus, Skånes universitetssjukhus (SUS) (Skånes Universitetssjukhus, 2010a). Den 1 januari 2010 bildades Skånes universitetssjukhus som är det tredje största av Sveriges sju universitetssjukhus, ett av landets största akutsjukhus och en del av Region Skåne. Man har drygt 12500 medarbetare och en budget på 10 miljarder kronor. (Skånes Universitetssjukhus, u.å. a)

I samband med sammanslagningen delas sjukhuset in i sju olika divisioner. Varje division består av ett antal verksamheter och en stab. Sjukhusledningen består av en sjukhuschef, bitr. sjukhuschef, dekanus, två chefsläkare, chefsjuksköterska, forskningschef och två biträdande sjukhuschefer som också är ansvariga programchefer för sammanslagningen av de två sjukhusen. Till sin hjälp har de stabsenheter med uppgifterna personal, drift och ekonomi, IT, forskning och klinisk utveckling, kansli och basservice. Det finns även en utvecklingsenhet med enheter för strategi och framtidsanalys, kom-

munikationsavdelning, chefsakademi, ledarskapsutveckling m.m. samt en kontrollstab med intern kontroll och revision. (Skånes Universitetssjukhus, u.å. d)

1.3.1 Lean healthcare

Den traditionella sjukvården som har funnits sedan 60-talet bygger på stordrift och massproduktion. Varje funktion eller enhet styrs för sig och skapar långa utrednings- och behandlingstider, långa köer, frustration m.m. Det innebär också svårigheter med att arbeta runt en patient och tid går till spillo. Därför har man inom SUS valt att gå över till lean healthcare, deras nya verksamhetsfilosofi. (Skånes Universitetssjukhus, u.å. b)

Lean healthcare bygger på två principer: att fokusera på snabba och smidiga patientflöden och att bygga strukturer så att sjukhusets team själva kan förbättra sina arbetssätt kontinuerligt. För personalen innebär detta två huvudsakliga uppgifter, dels att ge vård och dels att förbättra sina arbetssätt runt patienten. (samma som ovan) På så vis önskar man samarbeta mer, ta bort krångel och tidstjuvar, minska stressen för medarbetarna och öka patientsäkerheten. (Skånes Universitetssjukhus, u.å. c)

Lean som arbetssätt kräver att cheferna fungerar som coacher och lärare och att de kan utveckla sin verksamhet via medarbetarna. Medarbetarna kommer med förslag på förbättringar och planerar, testar och genomför dessa. På så vis hoppas man kunna få mer bestående förändringar. (Skånes Universitetssjukhus, 2010b)

2. Metodkapitel

I detta kapitel beskrivs den metod jag har använt mig av och varför. Här beskrivs också utformandet av intervjuerna och de tankegångar jag haft kring dessa. Mycket av det som beskrivs nedan är den förförståelse jag hade inför uppsatsens arbete samt den förståelse jag skapat under arbetets gång.

2.1 Metodologiska utgångspunkter

Syftet med den här uppsatsen var att studera hur man på Skånes Universitetssjukhus aktivt arbetar för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med stora pensionsavgångar. För att få svar på min frågeställning valde jag att göra en empirisk undersökning. Denna undersökning bestod av en intervjustudie med ett organisatoriskt perspektiv, jag ville få en inblick i SUS agerande i frågan. Jag kunde valt att studera dokument och strategier för hur SUS hanterar de stora pensionsavgångarna. Tyvärr skulle studien då begränsats till hur organisationen tänkt att de bör göra, och inte hur det ser ut i praktiken. Intervjustudien innebär också att jag valde att arbeta med en kvalitativ metod.

Enligt Fejes och Thornberg (2009) är kvalitativ metod ett tolkande arbetssätt med närhet till datamaterialet och ett intresse för att gå på djupet. Forskaren har en central roll i analysen och beskriver en tolkning av verkligheten där tidigare erfarenheter och kunskaper blir ett tolkningsredskap. Den kvalitativa metoden passar väl ihop med min syn på forskarens roll och mitt syfte. Jag anser att en forskare aldrig kan vara objektiv i sitt arbete och att det kan vara till fördel för studien så länge som forskaren själv är medveten om sin roll. Denna uppsats är ett avstamp i mina akademiska studier men även en förberedelse inför arbetslivet, och inte heller där tror jag mig kunna vara objektiv i min roll som personalspecialist.

Enligt Jarl Backman (1998) är den kvalitativa forskningsprocessen flexibel och dynamisk och har ett stort utrymme för variationer. Flera moment kan pågå samtidigt och i interaktion med varandra. Denna flexibla process har jag använt mig av och jag har under arbetets gång arbetat med empiri och teori parallellt. Enligt Backman (1998) innebär induktion att man inleder med empirin för att sedan formulera hypoteser och teorier. Vid deduktion lägger man mer fokus på teorier eller hypoteser, för att sedan testa dessa empiriskt. Jag har valt att utgå från min empiriska undersökning, en induktiv ansats, men eftersom jag av praktiska skäl väljer att arbeta med empirin och teorin samtidigt blir resultatet ett växelvis användande av induktion och deduktion. Fejes och Thornberg (2009) menar att vid en induktiv ansats drar forskaren generella slutsatser utifrån en mängd enskilda fall. Den undersökning jag har gjort syftar dock inte till att generalisera.

2.2 Val av metod

I min empiriska studie har jag valt att använda mig av intervjuer som metod för insamling av data. Som tidigare nämnt har jag använt denna metod för att kunna ta reda på hur SUS agerar i frågan kring kompetens vid pensionsavgångar och inte hur de anser att de borde göra. Genom intervjuerna har jag fått tillgång till kunskaper och åsikter om hur detta arbete sker från ledande personer inom organisationen. Detta bidrog till ett organisatoriskt perspektiv, samtidigt som jag har varit medveten om att perspektivet påverkas av intervjuobjektets egna åsikter i frågan.

2.2.1 Intervjuer

Intervju som metod för insamling av data för med sig både fördelar och nackdelar. Ofta jämförs intervjuer med enkäter eftersom de har vissa gemensamma faktorer. Enligt Cohen et al. är fördelarna bland annat att den som intervjuar får möjlighet att ställa följdfrågor på respondentens svar, vilket också minskar risken för missförstånd och alternativa tolkningar av frågor. Nackdelarna är bl.a. mängden tid det tar samt att det finns en risk att respondenterna inte svarar helt ärligt på grund av att de ej är anonyma. (Cohen, Manion & Morrison, 2007) I den undersökning jag har gjort var enkäter inte ett alternativ till metod då jag ville fördjupa mig inom en så specifik frågeställning. Under intervjuerna hade jag stor nytta av att kunna ställa vidare frågor och att ibland låta respondenten välja riktning inom området för ämnesfrågorna.

Det finns olika typer av intervjuer och jag valde att använda mig av semistrukturerade intervjuer. Strukturerade intervjuer är användbara när man vet vad man inte vet, och därmed kan utarbeta frågor som genererar de svar man behöver (Cohen et al., 2007). Eftersom SUS är en så pass ny organisation lämpade sig semistrukturerade intervjuer bättre för min undersökning. Detta innebar att jag i viss mån var beroende av att intervjuobjekten gav mig tydliga svar. Samtidigt fanns det inga ”rätta” svar, om intervjuobjekten inte vet hur man arbetar med dessa frågor så ger det också en bild av hur organisationen fungerar.

Det finns en viss problematik med intervju som metod, men om man är medveten om denna kan man undvika många fallgropar. I sin artikel *Beyond neopositivists, romantics, and localists: a reflexive approach to interviews in organizational research* tar Mats Alvesson upp åtta metaforer¹ som kan användas som verktyg för att hantera och upptäcka problematiken kring intervjuer. Intervjun som komplicerad social händelse kräver en större teoretisk förståelse. (Alvesson, 2003)

De åtta metaforer som Alvesson (2003) tar upp fungerar som verktyg för att kunna tolka intervjun som en komplex social situation. Varje metafor omfattar ett kännetecken eller centralt problem som intervjuobjektet kan ställas inför under en intervju. De visar bland

¹ De åtta metaforerna är: Local accomplishment, Establishment and perpetuation of a storyline, Identity work, Cultural script application, Moral storytelling, Political action, Construction work, Play of the powers of discourse (Alvesson, 2003)

annat på att intervjuobjektet kan använda intervjun för att framställa sig själv på ett sätt som låter bra, att använda intervjun för sina egna intressen, att svara på ett sätt som man tror passar forskningssyftet bäst osv. Intervjuaren måste då både under intervjun och under analysen ta dessa metaforer i beaktning, de kan hjälpa till att tolka intervjuerna ur olika perspektiv.

Jag har försökt att ha dessa metaforer i åtanke under skapandet av intervjuguiden, intervjuerna och analysen av resultaten. De har hjälpt mig att få en djupare bild av den data jag samlat in. Eftersom jag har intervjuat personer i höga positioner med ett visst offentligt ansvar har jag t.ex. haft i åtanke att de kanske har vinklat information åt ett positivt håll. En av de metaforer jag har haft hjälp av har varit political action. Alvesson (2003) menar att intervjupersonerna kan agera enligt hans/hennes intresse eller intressen hos en social grupp som han/hon identifierar sig med. Det kan också innebära att politisk medvetenhet i förhållande till dessa intressen gör att intervjupersonen oroar sig för att vissa ”sanningar” kan skada dem eller organisationen. Political action kan därmed påverka intervjupersonen att inte svara lika utförligt eller linda in svaren mer. Under intervjuerna kunde jag se att detta förekom i olika utsträckning, men medvetenheten om det gjorde det lättare att upptäcka samt att även analysera materialet djupare.

Alvesson (2003) menar att metaforerna bidrar till ett reflexivt förhållningssätt. Med detta menar han att man medvetet och konsekvent ser på subjektiv data ur olika vinklar och undviker att favorisera eller på förhand utse en viss vinkel. Detta innebär också att forskaren ständigt utmanar sig själv och eventuella läsare med eventuella tolkningssätt. Detta resulterar i att man vidgar sina synsätt och ser självkritiskt på sina slutsatser. Jag har i största möjliga mån försökt arbeta enligt detta synsätt då det även stämmer väl överens med min syn på forskning. Framförallt har tankesättet kommit väl till pass under analysen.

2.3 Tillvägagångssätt

Här nedan beskriver jag hur jag har gått tillväga från det att jag kom i kontakt med organisationen till bearbetning och analys av insamlad data.

2.3.1 Val av organisation

Våren 2009 gjorde jag och tre andra studenter en behovsanalys för kompetensutveckling för undersköterskorna på akutröntgen på Lunds Universitetssjukhus. Redan då kom jag i kontakt med problematiken kring de stora pensionsavgångarna. Som blivande personal-specialist ville jag undersöka ett ämne som var aktuellt och som jag misstänkte att jag kunde komma att arbeta med i framtiden.

Det nya Skånes Universitetssjukhus är en intressant organisation. En organisation i förändring och nyskapande samtidigt som man tar hänsyn till gamla traditioner och rutiner. Redan före valet av organisation hade jag en föreställning om att pensionsavgångarna

kunde leda till vissa typer av svårigheter inom sjukvården. Tillsammans med den tidigare kontakten med Universitetssjukhuset bidrog detta till valet av organisation.

2.3.2 Urval för intervjuer

För att planera samarbetet med SUS träffade jag Anita Andersson och Marianne Meijer på JobKom, universitetssjukhusets rekryteringsavdelning. Tillsammans diskuterade vi var inom organisationen jag skulle ha möjlighet att göra min undersökning. Vi ville att det skulle vara lämpligt och användbart för SUS samtidigt som det skulle stödja mitt syfte.

Diskussionerna ledde fram till valet av divisionen för kirurgi och klinikerna för kirurgi i Malmö och Lund (se organisationsschema s. 22). Detta eftersom de har verksamhet i båda städerna samt att de står inför flera pensionsavgångar. Urvalet av intervjupersoner fick därmed en naturlig avgränsning i och med organisationens uppbyggnad. För att få det organisatoriska perspektivet valde jag att enbart intervjua personer i ledningspositioner som delvis har ett ansvar för att strategiskt och praktiskt arbeta med bibehållandet och utvecklandet av kompetensen inom klinikernas område. Till en början planerade jag att göra 8 intervjuer, men då jag via Anita Andersson inte fick något svar från sjukhuschefen planerades 7 intervjuer in. Divisionschefen för kirurgi, verksamhetscheferna för kirurgi i Malmö och Lund samt två teamchefer för vardera ort bjöds in till intervju. Verksamhetschefen i Lund samt Ann Hellman i Malmö hjälpte mig att komma i kontakt med respektive teamchefer och även med att boka tid. På grund av ont om tid för en av teamcheferna i Lund, fick den intervjun avbokas. Därmed genomfördes totalt 6 intervjuer.

2.3.3 Utformande av intervjuguiden/ intervjugenomförande

Utformandet av intervjuguiderna inleddes med att jag studerade SUS som ny organisation via det informationsmaterial som fanns på hemsidan www.skane.se/sus. Jag tittade bland annat på ett antal filmade intervjuer med sjukhuschefen samt divisionschefen för kirurgi. Vid utformandet av intervjufrågorna utgick jag från två grundläggande frågor: ”Hur ser det ut idag?” och ”Vad finns det för problem och utmaningar?” Jag valde att använda mig av semistrukturerade intervjuer. Jag arbetade ut fyra teman som bildade fyra frågebatterier. De var: A. Hur ser det ut? B. Hur har ni tänkt handskas med pensionsavgångarna? C. Hur ska kompetensen behållas? D. Hur ska kompetensen utvecklas? Inom dessa skrev jag olika följdfrågor jag skulle ställa. På så vis kunde jag se till att jag talade om samma grundfrågor med intervjuobjekten och att jag närmade mig de svårare frågorna från samma håll. Eftersom de arbetar på olika nivåer kunde jag anpassa följdfrågorna något samtidigt som jag endast använde mig av en intervjuguide. Detta gick bra eftersom jag före intervjuerna inte syftade till att jämföra intervjupersonernas svar med varandra, utan ville skapa en övergripande bild för hur man arbetar med bibehållandet och utvecklandet av kompetensen i samband med pensionsavgångarna.

Som blivande personalspecialist med inriktning inom arbetslivspedagogik hade jag vissa föreställningar om hur man kan arbeta med kompetensförsörjning, och också vissa föreställningar om hur de arbetade på SUS. Jag ville därför vara extra noga med att inte ställa ledande frågor. Intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas arbetsplatser för att underlätta så mycket som möjligt. Oftast satt vi på deras arbetsrum eller i närliggande konferensutrymme. Jag hade hoppats kunna vara den som bjöd in till intervju på en plats jag valt, tyvärr fanns det inte tid eller möjlighet för det. Intervjuerna tog ca 30-60 minuter inklusive presentation och småprat. Tyvärr hade vissa intervjupersoner inte längre tid att träffas en timme som avtalat, och därför fick intervjutiden kortas ner. Alla frågor hann ändå ställas under alla intervjuer. Efter intervjuerna transkriberades de direkt och jag skrev även ner andra tankar och funderingar som jag fått under intervjun. Detta för att kunna skapa en minnesbild av varje intervju för att lättare kunna bearbeta materialet senare.

2.3.4 Bearbetning och analys av data

Bearbetning och analyserande av insamlat material är en process som skett under arbetets gång och i olika tematiska former. Efter intervjuerna transkriberades de helt och detta gav mig en bra bild över det empiriska materialet. Därefter lästes intervjuerna igenom och materialet sorterades och skrevs ner på fyra olika tankekartor, en för varje frågebatteri. Från början hade jag även tänkt presentera analysen utifrån frågebatterierna. Efter lite bearbetning och fundering insåg jag att det skulle resultera i en alltför omständlig och platt analys. Efter lite kreativt testande och sorterande i olika grupper kom jag fram till den tematiska framställning som analysen nu är uppdelad i. I denna process fick jag även välja bort en del material som inte bidrog till att svara på frågeställningen. Att presentera analysen tematiskt har underlättat analyserandet, men det underlättar också läsandet av texten. Fejes och Thornberg (2009) menar att man genom en tematisk uppdelning lättare kan skilja mellan det betydelsefulla och det triviala och identifiera betydelsefulla mönster.

Som tidigare nämnt har jag strävat efter att använda ett reflexivt förhållningssätt under analysen. Detta har jag gjort genom att vrida och vända på materialet och studerat det utifrån olika vinklar. Dels har jag analyserat det utifrån olika teoretiska synsätt och dels har jag analyserat det utifrån mina erfarenheter. I skrivandet av analysen har jag även flertalet gånger tagit ett steg tillbaka och försökt se analysen ur ett annat perspektiv. I vissa fall har det varit svårare, då mina tidigare kunskaper och andra intressen har lett analyserandet in på områden som går utanför uppsatsens område. Med hjälp av frågeställningen och teorin har jag dock försökt att begränsa uppsatsen till att hålla sig inom ämnesområdet.

2.4 Kvalitetsaspekter

Ett arbete av denna omfattning inom den akademiska världen måste förhålla sig till vissa aspekter för att nå upp till en viss kvalitet. Jag kommer nedan att behandla hur jag

har förhållit mig till forskningsetiska regler samt vilka kvalitetskriterier jag har använt mig av.

2.4.1 Forskningsetik

Vetenskapsrådet har sammanställt ett antal forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning. Dessa principer utgår ifrån det grundläggande individskyddskravet, vilket innebär att samhällets medlemmar skyddas mot otillbörlig insyn i sina livsförhållanden, fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning. Individskyddskravet har sedan delats in i fyra allmänna huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. (Vetenskapsrådet, 2001)

I inledningen av min empiriska undersökning skickade jag ut ett missivbrev till de som jag önskade skulle delta i min intervjustudie. I detta brev informerade jag om uppsatsens syfte, hur intervjuerna skulle gå till och vad det skulle innebära för de deltagande. Genom att informera berörda har jag tillgodosett informationskravet. Enligt vetenskapsrådet innebär det att informera berörda om syftet och hur studien kan påverka de som deltar (Vetenskapsrådet, 2001).

Samtyckeskravet innebär att eventuella deltagare ska ge sitt samtycke till att delta i forskningen. (Vetenskapsrådet, 2001) Jag uppfyllde kravet genom att bjuda in deltagarna via missivbrevet och via mail svarade de sedan på huruvida de ville delta eller ej. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om alla personer som deltar i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna ska förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2001). I största möjliga mån tog jag hänsyn till detta krav. På grund av att intervjupersonerna i vissa fall hade högt uppsatta positioner i organisationen var det dock svårt att uppfylla kravet. Jag ansåg dock att dessa personer blev intervjuade i sin yrkesroll och att informationen inte var en den art att den skulle utgöra någon form av skada för dem. Detta var även något de medverkande blev informerade om i missivbrevet.

Kravet om nyttjande innebär att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2001). Det material jag samlade in genom min empiriska undersökning har endast använts i denna uppsats. SUS som organisation har fått ta del av uppsatsen och de presentationer av material som jag gjort här. De inspelade intervjuerna har raderats och transkriberingarna kommer ej att användas i annat än forskningssammanhang med samma etiska hänsynstagande som denna studie.

2.4.2 Kvalitet

För att beskriva kvalitet i forskning använder man ofta sig av validitet, dvs. om man undersöker det som man avser att undersöka. Inom den kvalitativa forskningen anser vissa forskare att andra begrepp passar bättre, t.ex. rigorositet, trovärdighet och tillförlitlighet. Hur trovärdiga och tillförlitliga ens resultat är beror på hur man har gått till-

väga gällande datainsamling och analys samt hur systematisk och noggrann man varit under forskningsprocessen. (Thornberg & Fejes, 2009)

Thornberg och Fejes (2009) nämner ett antal kritiska frågor man kan ställa sig för att bedöma både sitt eget och andras arbete. Med hjälp av en del av dem kan man bedöma hur trovärdigt och tillförlitligt arbetet är. En viktig punkt är om det finns brister i datainsamlingen. Det kan undersökas genom att se om datainsamlingen är väl redovisad i form av perspektiv, urval, kritiskt förhållningssätt, hur systematisk datainsamlingen är m.m. Genom att i metodkapitlet utförligt beskriva hur jag har genomfört min empiriska undersökning har jag delvis visat att datainsamlingen är tillförlitlig. Den utförliga intervjuguiden samt att den är tematiskt indelad bidrar också, samt att frågorna har relevans i förhållande till syftet. Enligt Fejes och Thornberg (2009) bör även analysen redovisas grundligt, vilket jag anser att jag har gjort. Analysen har grundats väl i teorin och den är systematiskt och noggrann genomförd.

Genom den empiriska undersökningen och analyserandet med grund i teorin svarar uppsatsen på frågeställningen. Däremot är det inte detsamma som att analysen och slutsatserna är det jag väntade mig att finna. Genom att studera dokument och tidigare strategier för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar, lokalt eller regionalt, hade uppsatsen kunnat få ett ännu mer definierat organisatoriskt perspektiv. De kunde då jämförts med resultatet från intervjuerna och på så vis kunde analysen fördjupas och kanske blivit mer relevant och aktuell för organisationen. Det rymdes dock inte inom ramen för uppsatsen. I så fall hade jag fått minska antalet intervjuer, vilket hade givit ett sämre resultat. Jag har under processens gång varit medveten om min roll i undersökningen och detta anser jag har bidragit till att säkra uppsatsens trovärdighet och tillförlitlighet. Den kritik jag kan rikta mot mitt eget arbete är att jag borde undersökt pensionsavgångarna mer noggrant i arbetets början. Denna uppsats innehåller siffror på åldersfördelningen och uppskattningar om när kirurgerna kan väntas gå i pension. Det finns dock inga tidigare siffror att jämföra dem med för att veta hur mycket pensionsavgångarna ökar i förhållande till hur det har sett ut under slutet av 1900-talet. I diagrammen i analysen kan man dock se att fler läkare kommer att gå i pension samtidigt om några år.

2.4.3 Källkritik

Urvalet av källor har gjorts genom flertalet sökningsprocesser. Jag har sökt efter såväl böcker som artiklar och forskningsstudier som berör sambandet mellan kompetens och pensionsavgångar. Då inga sådana fanns gjordes ett urval av litteratur som berör centrala begrepp samt relevanta studier. Mycket av litteraturen kommer från 2000 och framåt. Enstaka källor är äldre och valet av dessa har varit av två anledningar. Antingen beror det på att källan är mycket bra och att den använts för att undvika sekundärkällor, eller så beror det på att t.ex. en äldre studie fortfarande kan anses vara relevant.

3. Teori

Avsnittet för teori delas in i tre delar. Först presenteras tre centrala begrepp som är grundläggande för arbete med kompetens och kompetensutveckling. Därefter presenteras tidigare forskning i form av tre olika studier som gjorts inom områden som angränsar till denna uppsats. Det handlar bland annat om forskning kring kompetensutveckling, strategier för kompetensutveckling och ramverk för kompetens. Teoriavsnittet avslutas med en beskrivning av utbildning och fortbildning för läkare.

3.1 Centrala begrepp

I detta avsnitt tas tre centrala begrepp upp: kompetens, kollektiv kompetens och kompetensutveckling. Lärande är en förutsättning för att utveckla kompetens och kommer beröras inom ramarna för dessa begrepp. Jag kommer dock inte gå närmare in på lärande eftersom det är ett alltför stort område att utforska inom ramen för denna uppsats.

3.1.1 Kompetens

I vardagligt tal beskrivs kompetens ofta som olika egenskaper som är lämpliga att ha för att klara olika uppgifter. Man talar om teknisk kompetens, social kompetens och andra typer av kompetens som egenskaper man har eller kan lära sig. Inom arbetslivspsykologin går man djupare in på ämnet och kompetens anses vara något utöver en uppsättning kunskaper, färdigheter eller egenskaper.

Ellström (1992) beskriver kompetens som en potentiell handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext. Kompetens är således kopplat till individens handlingar, reflektionen över dessa handlingar och handlingarnas utfall. (Ohlsson, 2008) Eftersom kompetens är potentiellt i förhållande till exempelvis en situation så är kontexten av betydelse. Det är i kontextens specifika sammanhang som kompetensen utövas, värderas och vidareutvecklas. (Ohlsson, 2008) En operation av bröstcancer är inte exakt lik en annan, på så vis varierar också behovet av kompetens. Till operationskontexten hör även kompetensen hos övrig personal som medverkar och t.ex. patientens tidigare sjukdomshistoria. En kirurg kan vara kompetent att operera bröstcancer i ett fall och i ett annat behöver han/hon assistans av en kirurg som kan ett annat område eftersom det finns risk för komplikationer.

Sandberg och Targama (1998) menar att kompetens dessutom föregås av och baseras på individens förståelse av sitt arbete. Individen utvecklar de kunskaper och färdigheter hon använder sig av i utförandet av sitt arbete inom ramen för sin förståelse. (Sandberg & Targama, 1998) När en arbetstagare tolkar sitt eget arbete är de egenskaper han/hon använder inte separerade från upplevelsen av arbetet. Egenskaperna står i nära relation

till arbetet genom att individerna använder dem som en del av tolkningen av den specifika arbetssituationen (Sandberg, 2000) Utveckling av kompetens till en högre kvalitativ nivå handlar därför om att förändra förståelsen av arbetet. (Sandberg & Targama, 1998)

Det finns en koppling mellan att se kompetens som en potentiell handlingsförmåga i relation till en uppgift och att se kompetens som förståelse av uppgiften. I det resultatintriktade ramverk för kompetens som Mitchell och Boak (2009) beskrev är både kunskap och förståelse en grund för att klara av en specifik uppgift. Erfarenheter och kunskaper samt förståelsen av sitt arbete är det som avgör om man har potential att utföra en arbetsuppgift.

3.1.2 Kollektiv kompetens

I dagens arbetsliv fokuserar man ofta på den enskilda individens kompetens och hur den ska utvecklas. Detta trots att man på i stort sätt alla arbetsplatser utför sitt arbete i samverkan med sina kollegor. Den enkla anledningen till varför man samarbetar är att individernas kompetens i sig inte är tillräckliga. I en operationssal behövs kompetensen från såväl kirurg, narkos, sjuksköterska m.fl. för att lyckas. Men det behövs också något mer, den kompetens som skapas i samarbetet mellan individerna.

I princip är det omöjligt för en person att utföra en hel organisations arbete, därför samverkar man. För en person skulle det ta för lång tid samt att en person inte har kapacitet att sätta sig in i alla enskilda kompetensområden. Dessutom måste ofta flera arbetsmoment ske samtidigt. Den främsta anledningen till samverkan är dock att när personer samarbetar så utvecklas en kollektiv kompetens som är mer än summan av de enskilda individernas kompetens. (Sandberg & Targama, 1998) Denna kollektiva kompetens består av en kombination av praktisk och interpersonell kompetens. Med praktisk kompetens menas förmågan att utföra en uppgift, t.ex. förmågan att kunna montera ihop en motor. Den interpersonella kompetensen är förmågan att tillsammans med andra i en grupp utföra en specifik uppgift, och skiljer sig på så vis från det man kallar social kompetens. Den sociala kompetensen anses vara socialt umgänge som inte är kopplat till en uppgift, medan den interpersonella kompetensen just är kopplad till en uppgift. (Hansson, 2003)

Henrik Hansson (2003) beskriver tre stadier av den kollektiva kompetensen. Det första stadiet är meningsutbyte. Individerna har olika uppfattningar om uppgiften som de kommunicerar, verbalt eller icke-verbalt, i syfte att nå en kollektiv avsikt och en gemensam handling. Nästa stadium är förtroenhet. Individen och gruppen har då en gemensam förståelse för varandra och uppgifter, och de behöver inte längre ett meningsutbyte i samma utsträckning. Det sista stadiet kallas enhet och nu agerar gruppen som en enhet med uppgiften. Det finns ytterst få tveksamheter i det kollektiva tänkandet, individerna har utvecklat ett gemensamt meningsskapande och därmed strävar de åt samma håll. Sandberg och Targama (1998) menar att för att kunna samverka och skapa kollektiv kompetens behöver gruppen någon form av gemensam förståelse för arbetet, utöver individernas enskilda kompetens och förståelse för sitt arbete. De menar också att kommunikation, verbal eller icke-verbal, är viktig för att kunna skapa en gemensam förståelse.

Dessa två synsätt på kollektiv kompetens har ett samband med synen på individens kompetens. Gruppen är sammansatt av individer och tillsammans utgör deras kompetens och förståelse en potential för att skapa kollektiv kompetens. Samspelet och kommunikationen mellan individerna är viktig, och en förutsättning för att skapa kollektiv kompetens. Enligt Karen E. Watkins och Maria Cseh (2009) ökar behovet av det de kallar organisatorisk kompetens, vilket bland annat kan ses i olika trender för kompetensutveckling.

3.1.3 Kompetensutveckling

Kompetensutveckling är ett begrepp som är väl använt. Många anställda kan nog meddela att de deltagit i en aktivitet av sådant slag, men svaren på vad de har gjort skiljer sig otroligt mycket åt. Det råder skillnader kring vad kompetensutveckling innebär och hur man kan se tolka aktiviteter och planer för kompetensutveckling.

Litteratur inom området för kompetensutveckling visar tydligt att trots att kompetensutveckling som begrepp är väl spritt och använt, så råder det stora skillnader på vad kompetensutveckling innebär i praktiken. Det kan innebära allt från en tretimmars kurs till ett långt projekt (Hjort, 2009). Statistik från SCB visar dessutom att fördelningen av satsningar på kompetensutveckling är ojämn mellan olika branscher, yrkesgrupper, åldrar och kön, trots att alla är överens om vikten av kompetensutveckling (Rönqvist, 2004) Ellström (1992) berör samma ämne men inom perspektivet för forskning och menar att avsaknaden av en gemensam definition påverkar forskningen kring kompetensutveckling.

Karin Hjort (2009) skriver om kompetensutveckling som koncept inom den Danska välfärdsstaten. Konceptet har tagits utifrån men integrerats i nya sätt att leda organisationer för samhällsservice, men har också spelat en viktig roll i strategierna för professionalisering av de danska semi-professionerna. Lärare, sköteskor och socialarbetare har t.ex. deltagit i vidareutbildning, forskning och utvecklingsaktiviteter i hopp om att det ska ge bättre jobb, mer inflytande, högre lön och högre status. Fackförbunden kräver kompetensutveckling och flera kollektivavtal har slutits mellan statstjänstemän och arbetsgivare för offentliga organisationer. Men när det kommer till praktiken är konceptet kompetensutveckling inkonsekvent. Det kan innebära allt från en tre timmars IT-kurs till omfattande experimentella projekt för utveckling.

Ellström (1992) menar att saknaden av en gemensam definition för kompetensutveckling färgar av sig på forskningen inom området. Utan gemensamma utgångspunkter blir forskningen svår att bedöma och resultaten handlar oftast om komplexiteten eller avsaknaden av enkla förklaringsmodeller gällande de faktorer och beslutsprocesser som styr satsningarna på kompetensutveckling. För att kvaliteten på forskning kring kompetensutveckling ska bli högre och resultaten relevanta behövs en gemensam referensram kring de organisatoriska processer som formar planering och genomförande av kompetensutveckling. Ellström beskriver fyra teoretiska perspektiv som kan användas för att analysera och hjälpa oss att förstå de faktiska strategier som används vid satsningar på

kompetensutveckling. De fyra perspektiven kallas: tekniskt-rationellt, humanistiskt, konflikt-kontroll och institutionellt perspektiv.

Det tekniskt-rationella perspektivet har rötter i Webers byråkratimodell och ”scientific management”-rörelsen. Verksamheten styrs och planeras utifrån huvudmannens intressen och mål. Organisationen är hierarkiskt uppbyggd och beslutsfattandet och makten finns i topp- och mellanskikten. Besluten implementeras top-down, uppifrån och ner, och de berörda är oftast inte inkluderade i beslutsprocessen. Ur detta perspektiv är kompetensutveckling satsningar som drivs av den tekniska utvecklingen och satsningarna sker på specifika kvalifikationer hos nyckelpersoner. Planeringen och genomförandet av kompetensutveckling baseras på en tydlig strategi eller utbildningspolitik. (Ellström, 1992) Planering skiljs även från handling och strategier för kompetensutveckling utformas av experter som ledningen anlitar. Utformandet av strategierna styrs i sin tur av önskan att nå så många mål som möjligt till minsta möjliga kostnad (Rönnqvist, 2001) Lärande ses som en passiv process där deltagaren ska lära sig att lösa givna uppgifter med givna metoder i syfte att uppnå föreskrivna resultat. (Ellström, 1992)

Det humanistiska perspektivet utgår ifrån ”human-relations” traditionen och ligger nära begreppen ”human resource management” (HRM) och ”human resource development” (HRD). Här ses utbildning och andra former av kompetensutveckling som en investering i organisationens mänskliga resurser. Samspel och en ömsesidig anpassning mellan organisation och människor behövs för att kunna uppnå långsiktig effektivitet. Kulturen är det som håller samman organisationen, vilken utvecklas genom successiv och spontan anpassning till förändringar inom organisationen eller i dess omgivning. Öppen och väl fungerande kommunikation, samförstånd gällande grundläggande värderingar och mål, ett öppet och tillitsfullt organisationsklimat och en utbredd förmåga till flexibilitet och problemlösning bland personalen ses som förutsättningar för effektivitet. (Ellström, 1992) Precis som i det tekniskt-rationella perspektivet är målen givna, skillnaden är att inom det humanistiska perspektivet är vägen till målen inte nödvändigtvis given. Det finns ett stort handlingsutrymme kring hur arbetsuppgifterna ska lösas. (Rönnqvist, 2001) Kompetensutveckling fokuserar därför ofta på att utveckla ledarskap, kommunikation, laganda eller eftersträvd organisationskultur. Kompetensutvecklingen ses även som en del av verksamheten och planeras informellt. Lärandet är aktivt, där deltagarna undersöker och prövar lösningar på problem. (Ellström, 1992)

Konflikt-kontroll perspektivet utgår från antagandet att motsättningar och konflikter mellan olika parter och aktörer i en organisation är grundläggande för organisationers sätt att fungera. (Ellström, 1992) Här råder inte enighet om målen och det är i första hand inte de krav arbetet ställer som avgör hur strategier utformas, bibehålls eller förändras. (Rönnqvist, 2001) Organisationers verksamhet är snarare politiska processer av kamp, förhandling och kompromiss, än teknisk-rationella planerings- och beslutsprocesser. Makt och förmågan att mobilisera makt blir därmed organisationens viktigaste resurs (Ellström, 1992), och det är inte ovanligt att det finns dolda agendor inom organisationen (Rönnqvist, 2001). Ellström (1992) beskriver det som att:

”Organisationen blir en arena där olika individer och grupper kämpar om makt och knappa resurser i syfte att främja sina intressen, krav och verksamhetsidéer.” (s.112)

Kompetensutveckling bestäms därmed av arbetsgivarens intresse för kontroll, interna motsättningar och rådande maktförhållanden. Det är bland annat genom kompetensutveckling som ledningen kan kontrollera verksamheten. Ledningens och de anställdas inflytande påverkar kompetensutvecklingens innehåll och funktion. (Ellström, 1992)

Det institutionella perspektivet innebär att man ser organisationer som institutioner som delvis lever sitt eget liv relativt oberoende av de mål och intressen som ursprungligen motiverade verksamheten. Förändringar antas växa fram genom rutinmässiga, gradvisa och odramatiska anpassningar av den dagliga verksamheten utifrån förändringar inom och utanför organisationen. Förändringar sker med andra ord genom bottum-up processer, nerifrån och upp. Organisationen får med tiden ett egenvärde oberoende av det ursprungliga målet för verksamheten och ses som resultatet av en institutionaliseringsprocess. Verksamheten antas dessutom vara beroende av sin omgivning och värderas utifrån hur väl den motsvarar omvärldens föreställningar om effektivitet, rationalitet eller modernitet. Satsningar på kompetensutveckling blir därmed till största delen symboliska arrangemang med syfte att inåt och utåt kommunicera den typ av verksamhet som organisationen, utifrån omvärldens värden, vill framstå som. (Ellström, 1992) Strategier för kompetensutveckling formas därmed efter hur aktörer eller grupper av aktörer tolkar omgivningens förväntningar (Rönnqvist, 2001). Detta gör att satsningarna på kompetensutveckling blir relativt kortsiktigt motiverade (Ellström, 1992), och att de inte speglar det aktuella behovet i organisationen (Rönnqvist, 2001).

Dessa perspektiv ger inte den gemensam definition av begreppet kompetensutveckling, men de ger en gemensam referensram för att kunna tolka kompetensutveckling och strategier för kompetensutveckling. Precis som kompetens så står kompetensutveckling i relation till kontexten, och därför bör den tas in som aspekt i tolkandet av insatser eller strategier för kompetensutveckling. Dessa perspektiv är ett redskap för att kunna göra den tolkningen. Rönnqvist (2001) menar att den analysen kan göras med utgångspunkt från vem/vilka grupper som prioriteras samt vilket innehåll och vilken form kompetensutvecklingen har, eller utifrån vilka motiv som styr satsningarna. Perspektiven är inte varandras motsatser, de kompletterar snarare varandra.

3.2 Tidigare forskning – tre studier

Det finns relativt mycket forskning kring kompetensutveckling och under de senaste tio åren har det gjorts flera fördjupningar inom området. Inom arbetslivspedagogiken har man tittat på tidigare forskning och sedan fördjupat sig i de problem man ansett otillräckligt utforskade. Tyvärr finns det ingen tidigare forskning som kopplar samman kompetensutveckling och pensionsavgångar.

Däremot finns det mer forskning kring kompetensutveckling inom området för hälso- och sjukvård. Dan Rönnqvist är universitetslektor i pedagogik vid Linköpings Universitet och har under flera år fördjupat sig inom området för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård. Nedan presenteras två av hans studier. I Storbritannien har forskarna Lindsay Mitchell och George Boak deltagit och undersökt utformandet av ramverk för kompetens, vilkas studie också beskrivs nedan.

3.2.1 Strategier för kompetensutveckling

Dan Rönnqvist har forskat en hel del kring kompetensutveckling inom området för hälso- och sjukvård. Hans avhandling *Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En studie av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård.* beskriver utförligt den forskning han har bedrivit kring utformandet av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård. Syftet med avhandlingen var att:

... bidra med ökad kunskap om hur frågor om kompetensutveckling hanteras i praktiken i organisationer, vilka strategier som utvecklas samt vilka aktörer och faktorer (strukturella och kulturella) som har betydelse för hur dessa strategier formas. (Rönnqvist, 2001, s.13)

Avhandlingen baserar sig på tre studier. I den första belystes policynivån via intervjuer med centrala aktörer inom landstinget. I den andra belystes klinikledningsnivån genom en enkätstudie med samtliga klinikledningar inom landstinget. I den tredje belystes verksamhetsnivån genom fallstudier av fyra vårdenheter, en vårdcentral, en rehabiliteringsmedicinsk klinik, en medicinklinik och en anestesiklinik genom en enkät- respektive intervjustudie. Olika dokument har även använts för bakgrundsbeskrivningar. För att analysera materialet använder sig Rönnqvist av tre olika teoretiska perspektiv som hjälper till att förklara hur strategier för kompetensutveckling formas. De kallas för rationellt ledningsperspektiv, konfliktteoretiskt perspektiv och kulturellt-institutionellt perspektiv. (Rönnqvist, 2001) Perspektiven är delvis de samma som Ellström (1992) skriver om.

Studien resulterade i fem huvudsakliga slutsatser. För det första så finns det två huvudtyper av strategier för kompetensutveckling, en utbildningsdriven och en integrerad. Den utbildningsdrivna fokuserar huvudsakligen på formell utbildning, medan den integrerade fokuserar på såväl formell som icke-formell utbildning. I den senare ges dessutom goda förutsättningar för informellt lärande. (Rönnqvist, 2001)

För det andra så formas vårdenheternas strategier för kompetensutveckling främst utav ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En faktor som Rönnqvist menar har haft stor inverkan på vårdenheternas strategier för kompetensutveckling är den medicinska utbildningskulturen. Denna kultur innebär att man inom området för hälso- och sjukvård ser den medicinsk-tekniska utvecklingen som en central drivkraft för utveckling, vilken också styr behovet av kompetensutveckling. Den formella utbildningen ses som det viktigaste instrumentet för att tillgodose dessa behov. (Rönnqvist, 2001)

För det tredje har läkare ett ”legitimerat” företräde till formella utbildningar, men de utnyttjar inte detta företräde om de kan få kompetensutveckling på ett annat och bättre sätt. Studien visar också att yrkesgruppernas relativa förutsättningar för informellt lärande styrs av deras position i den hierarkiska ordningen, vilka organisations- och arbetsformer som tillämpas samt möjlighet att göra studiebesök och vikariera. Generellt har läkare och paraprofessionella (sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och ku-

ratorer) de bästa utvecklingsmöjligheterna. Dessa förutsättningar och möjligheter ges av klinikledningen i kombination med eget intresse och egna initiativ och avgör deltagandet i icke-formell utbildning. (Rönnqvist, 2001)

För det fjärde tycks det som om aktörer på policynivå har relativt vag uppfattning om vårdenheternas strategier för kompetensutveckling. Deras uppfattning tycks snarare gå isär vad det gäller former för kompetensutveckling och innehåll i utbildnings- och utvecklingsåtgärder. Den femte slutsatsen är att organisations- och arbetsform samt val av strategi påverkar de anställdas utvecklingsmöjligheter. De vårdenheter som tillämpar nya organisations- och arbetsformer samt har en integrerad strategi för kompetensutveckling ger sina anställda bättre möjligheter för utveckling samt klarar av organisationsförändringar i form av personalneddragningar på ett bättre sätt. Detta till skillnad från de vårdenheter som fokuserar på formell utbildning och tillämpar traditionella organisations- och arbetsformer. (Rönnqvist, 2001)

3.2.2 Kompetensutveckling inom personalkategorier

Rönnqvist (1992) har publicerat en studie om olika personalkategoriernas möjligheter till kompetensutveckling inom sjukvården. Syftet med studierna var att undersöka om det fanns skillnader i möjligheterna till kompetensutveckling mellan olika grupper anställda, beroende på vilken befattning de har och därmed vilken position de har i den professionella hierarkin, samt vilka dess skillnader i så fall var. I studien, som var en fältstudie, ingick två kliniker vid Universitetssjukhuset i Linköping, kvinnokliniken och långvårdskliniken. Studien omfattade all personal på klinikerna, exklusive de som arbetade helger. Genom enkäter och intervjuer samlades data in från undersökningsgrupperna sjukvårdsbiträden, undersköteskor, sjuksköteskor och läkare.

Undersökningarna visade bland annat att en stor majoritet av de anställda upplevde behov av att fördjupa eller bredda sin yrkeskompetens, framförallt inom det tekniskt-medicinska området. Majoriteten av personalen upplevde dock att de hade små möjligheter till att lära och utvecklas i arbetet, förutom en stor del av läkarna som upplevde sig ha stora möjligheter till utveckling och lärande i arbetet. Det fanns skillnader i fortbildningens omfattning, där läkarna deltog i längre utbildningsåtgärder än övriga personalen. Inriktningen på fortbildningen varierade också. För sjukvårdsbiträden var fortbildningen främst riktad mot handledning och organisationsfrågor/förändringsarbete, för undersköteskor och läkare det teknisk-medicinska området och för sjuksköteskor arbetsledning och organisationsfrågor/förändringsarbete. (Rönnqvist, 1992)

Rönnqvist (1992) kom bland annat fram till att befattning, kvalifikationskrav som de anställda upplever att arbetet ställer och om man har administrativa eller arbetsledande arbetsuppgifter hade betydelse för det upplevda behovet av kompetensutveckling. För möjligheten att lära nytt och utvecklas i arbetet har de två första variablerna ovan betydelse, samt vilket stöd och vilken hjälp man upplever sig få av klinikledningen. En polarisering mellan yrkesgrupperna var tydlig där sjukvårdsbiträden och undersköteskor ofta finns vid den ena polen och sjuksköteskor och läkare vid den andra. Rönnqvist menar att sådana resultat framkommit även i flera andra studier och att de är resultatet av en hög arbetsdelning och en hög grad av specialisering.

Denna polarisering fanns enligt Rönnqvist (1992) även i många av de andra frågorna. Undersökningen visade bland annat att läkarna har störst möjligheter till informellt lärande, och att dessa möjligheter minskade enligt den hierarkiska skalan. Personalutbildning verkar främst vara förbehållen de som befinner sig i de högre sfärerna i den professionella hierarkin. Rönnqvist skriver att:

”Något slagordsmässigt kan man konstatera att ju högre upp i den professionella hierarkin man befinner sig desto större utvecklingsmöjligheter har man” (s.123)

Han menar att om detta ej uppmärksammas och åtgärdas så kan polariseringen öka över tid. (Rönnqvist, 1992)

3.2.3 Ramverk för kompetens

I artikeln *Developing competence frameworks in UK healthcare: lessons from practice* skriver Mitchell och Boak (2009) om hur man utvecklar ”competence frameworks”, ramverk för kompetens, inom hälso- och sjukvården i UK. Författarna har mer än 30 års erfarenhet inom området och artikeln baseras på litteratur kring organisationsförändring samt rapporter och utvärderingar av 8 nyare projekt inom hälso- och sjukvård i UK där de delvis varit delaktiga. Syftet med artikeln var att undersöka användandet av ramverk för kompetens inom hälso- och sjukvården för att undersöka vilka egenskaper som lett till framgång och därmed kan influera till att skapa nya ramverk.

Utvecklandet av ramverk för kompetens syftar till att åstadkomma förändring i praktiken inom en organisation. Det kan t.ex. handla om att ändra hur arbetet utförs eller hur man värderar individers arbetsförmåga, och kan på så vis bidra till individuell eller yrkesmässig utveckling. Det uttryckta syftet med att utveckla ramverk för kompetens är vanligtvis att hjälpa individer eller organisationer att förbättra deras prestationsförmåga. Tanken med ramverk för kompetens är att tydliggöra vilka egenskaper som krävs eller vilka mål som ska nås och därigenom vägleda alla som är inblandade i rekrytering, utbildning, utvärdering, befordran och självutveckling. (Mitchell & Boak, 2009)

Mitchell och Boak (2009) menar att det finns två typer av ramverk för kompetens och att de baseras på olika tankesätt kring kompetens. Det finns färdighetsinriktade ramverk (skills-focused) där man ser kompetens som färdigheter eller egenskaper som kan innefatta kunskap, färdigheter, attityder, egenskaper och motiv. Alternativet är resultat-inriktade ramverk (outcome-focused) där man ser kompetens som en förmåga att utföra en uppgift eller ett arbete inom ramen för yrket och anställningen. Det resultat-inriktade perspektivet inkluderar ofta förklaringen av den underbyggande kunskap och förståelse som en person behöver för att åstadkomma det specificerade resultatet. Undersökningar har visat att det är vanligast att man ser kompetens enligt det färdighetsinriktade perspektivet i organisationer i UK.

Resultatet av studien som artikeln behandlar visar att ett ramverk för kompetens inom området för hälso- och sjukvård kan ha specifika syften så som att utveckla ledarskap eller att överblicka och utveckla kunskap och färdigheter. Det kan också ha ett bredare

syfte kopplat till yrkesmässiga kvalifikationer. Ett ramverk är en form av organisationsförändring och organisationens storlek och komplexitet spelar stor roll. Det kan finnas skillnader mellan olika delar av organisationen och det kan finnas skillnader mellan de olika yrkesområdena. Dessutom finns det ofta andra riktlinjer inom organisationen som troligtvis kan påverka det föreslagna ramverket. Ramverket för kompetens måste vara kompatibelt med organisationens andra ramverk, riktlinjer och standarder, samt innebära ett värde för det som redan existerar. (Mitchell & Boak, 2009)

Författarna har bland annat varit involverade i projekt kring skapande av ramverk för kompetens inom NHS, National Health Services, vilket är UK's nationella organisation för offentlig hälso- och sjukvård. Mitchell och Boak har genom detta samarbete kunnat se att det finns fördelar för en sådan stor organisation att utveckla nationella ramverk. På så vis kan de bland annat säkerställa att servicen är lika bra även om det sker på olika geografiska platser i organisationen. Ramverket kan vara ett redskap för att säkerställa kompetens på ett nationellt plan. Om en anställd klarar kompetenskraven i London kan man veta att de också klarar kraven i Edinburgh. (Mitchell & Boak, 2009)

Mitchell och Boak (2009) menar dock att det inte är helt enkelt att utveckla ramverk för kompetens inom en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvården. De skriver att:

”In healthcare, many of the activities undertaken by individual practitioners are complex and challenging, requiring the exercise of considerable judgement, and expressing these activities accurately and clearly in a competence framework may not be straightforward particularly in frameworks that are broad and generic in nature.” (s.707)

Vägen till ett framgångsrikt ramverk kan alltså vara lång och krokig, och resultatet beror delvis på hur väl förändringen implementeras i organisationen. Men innehållet i arbetet på väg dit ser de som självklart. Det handlar om att komma fram till en tillräcklig förståelse inom arbetsområdet för att kunna utveckla en struktur för ett ramverk och på så vis ta fram en plan för kompetens. (Mitchell & Boak, 2009)

3.3 Utbildning och fortbildning för läkare

Grundutbildningen för en läkare innebär 5,5 års studier på högskolenivå. Där inkluderas medicinstudier och praktik. Grundutbildningen följs av allmäntjänstgöring (AT) på 18-21 månader. Efter avklarad läkarutbildning och AT utfärdas en läkarlegitimation. Därefter kan läkaren välja att uppnå specialistkompetens genom att genomgå en specialisttjänstgöring (ST) inom någon av de 56 olika specialiteterna. Den totala studietiden för att bli specialist är ca 12-13 år. (Läkarutbildningar, u.å.)

Camilla Thunborg (2004) har i sin studie om lärandet av yrkesidentiteter inom sjukvården även studerat läkarnas lärande. Läkares utbildning, både grundutbildning och fortbildning, har hon delat in i fyra delar som hon kallar: utbildningsfasen, handledningsfasen, konsultationsfasen och individualiseringsfasen. Dreyfus och Dreyfus (2000) skriver om tillägnandet av färdigheter från nybörjade till expertis. De delar in denna utveckling

i fem stadier: nybörjade, avancerad novis, kompetens, skicklighet och expertis. Dessa två sätt att se på lärande och utveckling kan båda relateras till en läkares livslånga lärande, och har vissa gemensamma faktorer. Det går även att se ett samband mellan dessa faser och stadier och de tre stadier av utveckling av den kollektiva kompetensen som beskrivs av Hansson (se avsnittet för kollektiv kompetens).

Utbildningsfasen hör till läkarnas grundutbildning och senare specialistutbildning. Denna fas ser läkarna som viktig för att få sig legitimering samt en grund för senare studier. (Thunborg, 2004) Fasen kan kopplas till det som Dreyfus och Dreyfus (2000) kallar för stadium 1, nybörjare. Denna fas innebär att läraren bryter ner det utlärd i mindre delar så att det kan förstås utan tidigare erfarenhet. Till detta läggs även ett grundläggande regelverk. I början av grundutbildningen har läkarstudenterna ingen större erfarenhet och de studerar grundläggande områden så som anatomi, cellernas struktur, organsystemet, sjukdomslära m.m.

Handledningsfasen följer direkt på utbildningsfasen och innebär att läkarna utvecklar ett praktiskt handlag samt får en idé om vad en läkare är. Ännu ses de inte av övrig personal som självständiga läkare. (Thunborg, 2004) Denna fas kan kopplas till stadium 2, avancerad novis, där tillägnade erfarenheter resulterar att den blivande läkaren ser nya meningsfulla aspekter som är svåra att greppa utan att själv ha upplevt dem. Fasen kan även till viss del kopplas till stadium 3, kompetens, där erfarenheterna och aspekterna blir allt fler. Den blivande läkaren lär sig här att sortera aspekterna enligt olika perspektiv eller planer. (Dreyfus & Dreyfus, 2000) Erfarenheter och det som lärs praktiskt i arbetet hjälper den blivande läkaren att få en större insikt i arbetet som läkare. Här börjar han/hon lära det som inte kan läras ut i en föreläsningssal och utvecklas allt eftersom i rollen som läkare.

Konsultationsfasen är en del av specialistutbildningen och här ökar läkarnas ansvar och självständighet. De kan dock få hjälp och konsultation av mer erfarna läkare, ofta på deras eget initiativ. Nu har läkarna uppnått status som yngre kollegor och blir behandlade som läkare av kollegor och övrig personal. (Thunborg, 2004) Här förstätter utvecklingen inom stadium 3 men går även in på stadium 4, skicklighet. Det fjärde stadiet innebär att situationsbunden erfarenhet utvecklas hos läkaren, det går nu snabbare att se vilken plan eller vilket perspektiv som bör intas. Läkaren ser helt enkelt vad som bör göras. (Dreyfus & Dreyfus, 2000) Utvecklingen som läkare är något som sker över lång tid och beror på individen såväl som på organisationen.

I individualiseringsfasen har läkaren uppnått ett seniorskap som hör samman med ett individuellt ansvar för ett visst verksamhets- och kompetensområde. Här uppstår ett individuellt behov av utveckling och egna strategier för att utvecklas vidare som läkare. Strategierna kan t.ex. vara självstudier, att delta i konferenser och diskussioner med kollegor inom samma specialitet vid andra sjukhus, inom eller utom Sverige. (Thunborg, 2004) Denna fas är den som till viss del har gemensamma faktorer med stadium 5, expertis. Här ser läkaren direkt vad som ska göras och hur det ska göras, någon betänketid behövs knappt alls. (Dreyfus & Dreyfus, 2000) Som specialistläkare fokuseras fortbildningen till stor del inom ett specifikt område, ett område som dessutom utvecklas i takt med ny teknik och nya forskningsresultat. Stadiet expertis kan därmed hos en läkare anses uppnått inom området för specialisering. Sen bör man också ha i åtanke att

dessa faser och stadier mycket väl kan vara parallella eftersom vi som individer kan utvecklas olika snabbt inom olika områden. Om en läkare har uppnått individualiseringsfasen och expertis inom området för t.ex. sin kirurgiska specialitet är det inte självfallet att det är förenat med samma expertis inom andra området av yrket, t.ex. ledarskap.

En läkares utbildning innebär ett livslångt lärande. Detta lärande innebär inte bara formella utbildningssituationer utan även lärande i arbetet och informellt lärande. Akre och Ludvigsen (2000) skriver att lärandet av medicin är en integrerad del av praktiserandet av medicin i olika vårdorganisationer, och inte en isolerad verksamhet. Den medicinska praktiken på sjukhus är sedan i sig präglad av ett nätverk av vetande i vilket läkare och annan personal deltar för att lösa kliniska problem. Mellan praktiserande läkare finns det en praxisgemenskap, där en så kallad mästarlära sker i en social organisation där en lärling lär sig genom gemensamt deltagande i arbetet. I sin studie kom även Thunborg (2004) fram till att lärandet sker i samspelet inom och mellan yrkesgrupperna i vardagen.

4. Resultat och analys

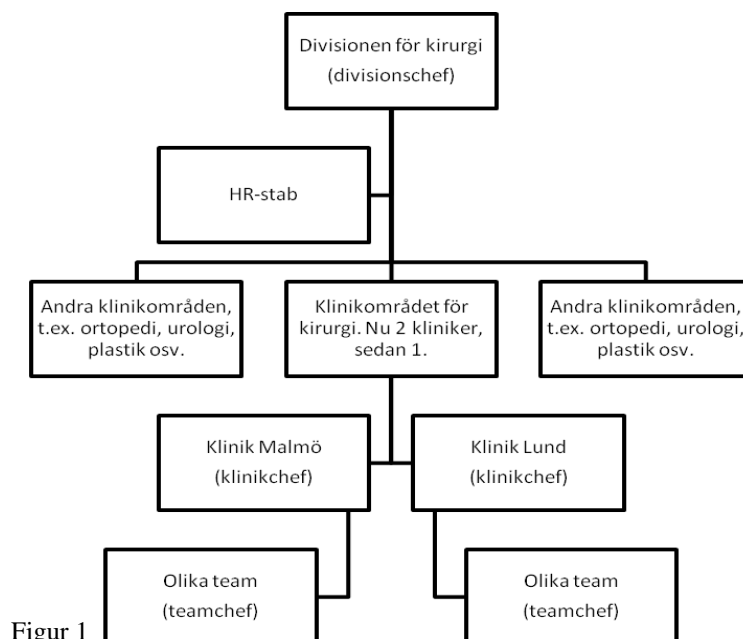
Under denna rubrik redovisas det insamlade materialet samt analyseras i förhållande till den teori och tidigare forskning som beskrivits. Det empiriska materialet och analysen är uppdelad i 4 olika teman. Först presenteras organisationen och dess verksamhet, sedan hur det ser ut med pensionsavgångar och intervjupersonernas inställningar till dessa. Punk 4.3 utvecklar problematiken kring avsaknaden av en plan och under 4.4 visas svårigheterna med att bibehålla och utveckla kompetens. Förutom att analysen görs i förhållande till teorin, sker den även i förhållande till min frågeställning:

Hur arbetar Skånes Universitetssjukhus aktivt för att bibehålla och utveckla kompetens vid stora pensionsavgångar?

I analysen kommer jag att använda mig av orden kirurg och läkare synonymt för att variera språkbruket. Med dessa begrepp avses de kirurger och läkare inom området för studien, inte yrkesgruppen generellt, om inget annat anges i texten.

4.1 Kirurgens organisation och verksamhet

SUS är indelat i sju olika divisioner där varje division består av ett antal verksamheter samt en stab. En av dessa divisioner är divisionen för kirurgi, vilken styrs av en divisionschef. Divisionen är sedan indelad i olika kliniker, varav en är klinikområdet för kirurgi².



Figur 1

² Klinikerna kallades tidigare för verksamheter och cheferna för verksamhetschefer, men sedan SUS bildades heter de kliniker och klinikchefer och de namnen kommer jag att använda.

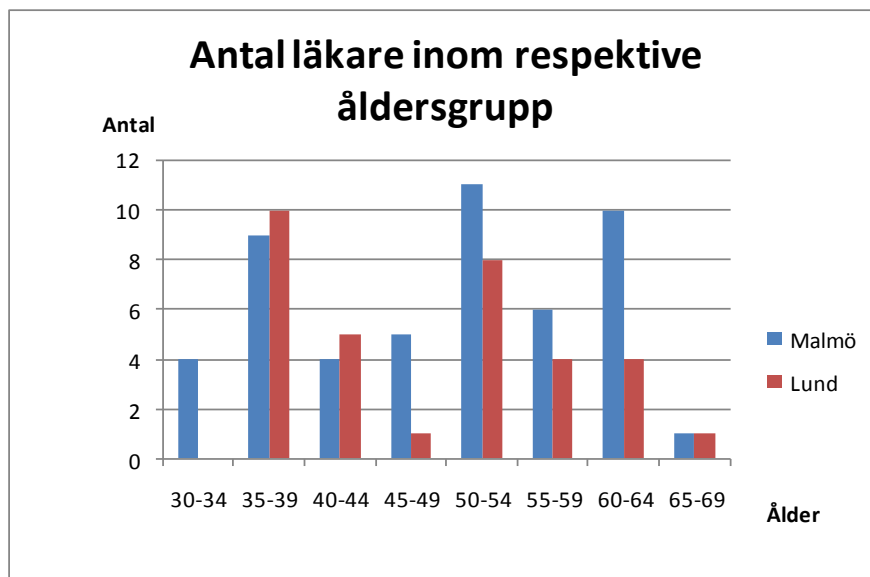
Under 2010 kommer denna verksamhet fortsätta att vara indelad i två olika kliniker med en klinikchef för Malmö respektive Lund, för att efter årsskiftet 2010-2011 bilda en gemensam klinik med en gemensam klinikchef. Klinikerna i Malmö och Lund är i sin tur indelade i olika team som fokuserar på olika kirurgiska områden som t.ex. lever, magsäck, bröst, endokrin osv. Antalet anställda inom de olika teamen varierar, i ett team kan de vara 4 och i ett annat 14.

Divisionschefen har ett stort ansvar med 3000 anställda, 14 klinikchefer och en budget på 3 miljarder. Hans närmsta chef är sjukhuschefen. En klinik är en medicinsk och budgetmässig enhet och klinikchefen har bland annat det medicinska ansvaret för verksamheten. I Malmö är klinikchefen sjuksköterska och har därför en överläkare som är medicinskt ansvarig till sin hjälp. Teamen leds av en kirurg som även fungerar som teamchef. Uppfattningen om vilket ansvar och vilket uppdrag teamchefen har varierar såväl mellan som inom klinikerna. Den största skillnaden gäller huruvida teamchefen är en chef med ansvar för att leda och fördela arbetet och ett visst personalansvar eller om teamchefen är en ledare med ansvar för att leda och fördela arbetet och där klinikchefen har allt personalansvar.

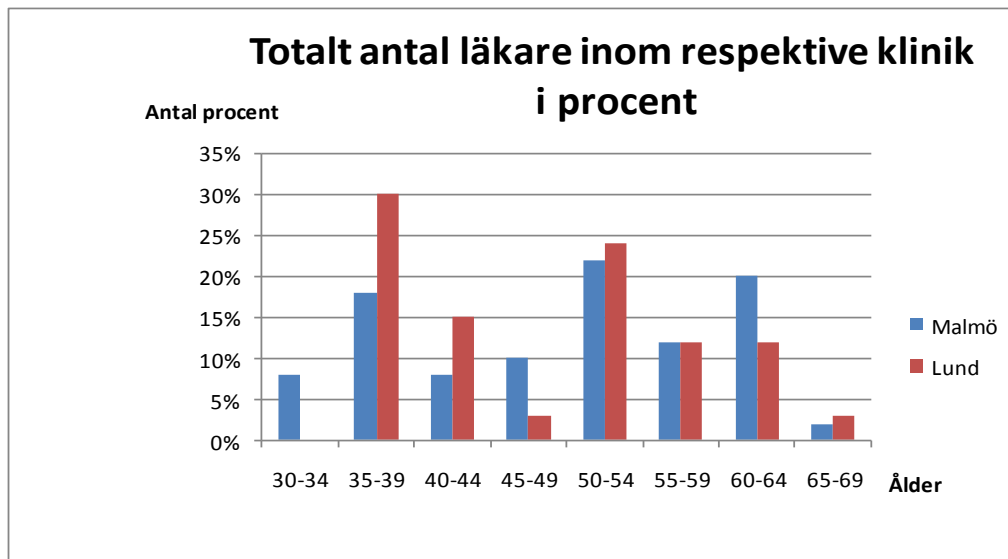
Verksamhetsområdet för klinikerna i Malmö och Lund skiljer sig åt, något som betonats av flera intervjupersoner. Förutom att de arbetar med olika kirurgiska områden ansvarar kliniken i Malmö även för att bemanna akutmottagningen. Malmös verksamhet framställs även som mer komplex, dels på grund av att den är mer utspridd och dels på grund av att Malmö som stad skiljer sig från Lund. Malmö som storstad har en annan typ av demografi med andra problem så som missbruk, vapenrelaterat våld, många äldre och mycket invandring. På grund av olika typer av verksamhet skiljer sig även antalet läkare mellan Malmö och Lund. I Malmö arbetar 50 läkare, varav 10 är underläkare under utbildning. I Lund arbetar 33 läkare, varav 2 är underläkare under utbildning.

4.2 Åldersfördelning och pension

Malmö och Lund skiljer sig något åt när det gäller pensionsavgångarna gällande antalet läkare och när de kommer gå i pension. Åldern för pensionering varierar mellan läkare men det vanligaste verkar vara att gå i pension kring 65 års ålder. Dessa två diagram visar tillsammans en bild över åldersfördelningen på de två klinikerna.



Figur 2



Figur 3

De visar att även om antalet inom samma ålderskategori i Malmö och Lund är det samma i vissa fall, så finns det en stor skillnad i hur stor del av kliniken det är. Detta beror givetvis på att de i Malmö är 50 läkare och i Lund 33. Diagrammen visar också att i Malmö är 11 läkare över 60 år och kan därmed förväntas gå i pension inom de närmsta fem åren, de utgör 22 % av läkarna på kliniken. I Lund är motsvarande siffror 5 läkare över 60 år, dvs. 15 % av läkarna på kliniken. Utöver detta får man även räkna med en viss övrig omsättning på personal.

Intervjupersonernas bild av åldersfördelningen stämmer i de flesta fall överens med verkligheten. De fick också frågan om de tror att de kommer få problem med att rekrytera nya läkare i framtiden och svaren ger en komplex bild. Två intervjupersoner menar att hur verksamheten kommer se ut i framtiden beror delvis på hur arbetet och dess innehåll kommer att förändras. Vilken typ av läkare de kommer att behöva och hur man lägger upp samarbetet mellan olika kliniker. Ett av problemen anses vara att det är svårt att få tag på rätt typ av läkare och se till att man har specialistläkare som kan fylla de vakanta posterna. En intervjuperson menar att det idag råder brist på självgående erfarna specialister, dvs. specialiserade läkare som kan arbeta som överläkare. Det tar lång tid att bli en erfaren läkare och det är inte alla sjukhus som ser det som sitt uppdrag att utbilda nästa generations kirurger. Detta kan delvis bero på att det är extremt dyrt för sjukhusen att utbilda läkare. En annan intervjuperson menar dessutom att dagens utbildningsbehov inte kommer att täcka pensionsavgångarna. Utöver detta kommer svårigheter med att rekrytera specialister från andra orter. I intervjuerna presenterar kirurgerna sig och sin yrkesgrupp som konservativ med en ovilja att flytta på sig geografiskt. Detta försvårar möjligheterna att rekrytera utifrån. Å andra sidan talar flera av intervjupersonerna själva om att de har flyttat mellan olika sjukhus under sin utbildningstid och att det är vanligt att man utbildar sig till kirurg på ett mindre sjukhus, dvs. inte något av universitetssjukhusen. Detta kan tolkas som att erfarna och etablerade kirurger flyttar inte gärna på sig, men att de läkare som fortfarande är inom utbildning i högre grad är beredda att göra det. Det vill säga, ju mer specialiserad man är desto mindre tenderar man att flytta på sig.

4.2.1 Problem eller möjlighet

Intervjupersonerna fick frågan om de såg pensionsavgångarna som ett problem, en möjlighet eller både och. Alla utom en, som inte såg några problem, svarade både och. Olika exempel på problem och möjligheter togs upp. Nackdelar och problem som man såg kring pensionsavgångarna var bland annat att man förlorar en hel del kompetens när en erfaren kirurg går i pension. En intervjuperson uttryckte det såhär:

Nackdelen är ju då att man förlorar mycket kompetens, mycket erfarenhet. Och kirurgi bygger på kompetens och erfarenhet till mångt och mycket.

Andra problem man kunde se var om avfasningen inte var planerad och fungerade på ett bra sätt. Huruvida det fanns tid för nya kollegor eller internrekryterade kollegor att lära sig av sina föregångare.

Man såg även möjligheter i samband med pensionsavgångarna eftersom de innebär att personal kommer bytas ut och yngre medarbetare kommer att komma in i organisationen. De yngre behövs eftersom de tänker annorlunda och ifrågasätter. En intervjuperson menar också att det är ofta innovationer kommer från yngre medarbetare, men sällan från de allra äldsta.

4.3. Planering och strategi

Än så länge finns det ingen utarbetad och tydlig plan på någon av klinikerna för hur man ska handskas med de problem som flera pensionsavgångar samtidigt kan ge, eller för att ta vara på de möjligheter som kan finnas. Det verkar inte heller finns någon tydlig och klar strategi från högre ledning, t.ex. inom divisionen eller på SUS i helhet. Flera av intervjupersonerna uttrycker en oro över att det inte finns någon plan, och även att de anser att det finns behov utav en. En av intervjupersonerna säger uttryckligen att *”vår handlingsberedskap för sådana här saker är extremt dålig”* och en annan menar att han inte tror att det finns någon plan för hur man ska hantera detta på någon nivå, inte ens regionalt.

Avsaknaden av planering innebär att problemen skjuts på framtiden, i den mån det går. Vid händelse av att en kirurg blir sjuk finns det inga marginaler för att kalla in en annan kirurg med liknande kompetens och resultatet blir betydande bortfall av kompetens och produktion. Intervjupersonerna menar också att även om cheferna vill planera långsiktigt, så finns det lite tid och få möjligheter till detta. Brist på långsiktigt ledarskap förklaras delvis med att de under de närmsta åren bytt divisionschef flertalet gånger och att detta resulterat i ledarskap med kortsiktigt fokus, vilket de även uttrycker förståelse för. Samtidigt poängteras att det måste finnas både långsiktiga och kortsiktiga perspektiv för att verksamheten ska kunna fungera bättre och för att man ska kunna planera inför framtiden. En plan är önskvärd även om det saknas tradition för det hos läkare i förhållande till hur vårpersonalen arbetar och planerar.

I Malmö har man börjat arbeta med grunden till en plan för hur man ska kunna planera inför pensioneringar. De har gjort en kapacitetsplanering där de inom varje team har undersökt det antal timmar som behövs till varje funktion, dvs. hur många timmar behöver varje team för att klara sina uppgifter och hur många läkare behövs det då och inom vilka områden. På så vis kan man kartlägga var personal behövs och genom att komplettera detta med läkarnas ålder kan man också förutse var och när det kommer behövas nya läkare inom de olika teamen, samt vilka specialiteter de kommer behöva.

Denna kapacitetsplanering och i viss mån kartläggning av kompetens kan ses som en början på en strategi för kompetensutveckling. Genom att kartlägga vilken kompetens de behöver i framtiden och var den kommer att behövas hjälper till att styra kompetensutvecklingen hos de läkare som specialiserar sig. Det kan också ses som en början till ett ramverk för kompetens. Genom att kartlägga vilken typ av kompetenser som behövs i framtiden kan man också sätta mål för organisationen. Dessa mål kan i sin tur, precis som Mitchell och Boak (2009) säger, vägleda alla som är inblandade i rekrytering, utbildning, utvärdering, befordran och självutveckling.

Istället för att ha en gemensam strategi för hela kliniken, tycks det som om läkarna själva i stor utsträckning är ansvariga för sin egen kompetensutveckling. Denna styrs då av flera faktorer så som deras inriktning på och inom ett specialistområde samt deras egna intressen. Läkarna beskrivs som svåra att styra och att de ofta drivs av egna intentioner, vilket kanske inte alltid är det bästa för organisationen eller patienten.

Även om klinikerna saknar officiella planer och strategier för hur kompetens ska bibehållas och utvecklas vid pensionsavgångar så finns det trots allt ett sätt för hur man går tillväga och hur man ser på frågan. Ellströms (1992) konflikt-kontroll perspektiv förklarar delvis saknaden av strategier. Eftersom kirurgerna drivs av sina intressen och de frågor som de anser vara viktiga blir resultatet att olika individet och team kämpar om makten och om knappa resurser för att främja sina egna intressen, krav och verksamhetsidéer. Som en intervjuperson uttryckte det:

Ja, alltså man agerar mycket utifrån en egen horisont som läkare och som individ. Och försöker driva egna frågor där det kanske egentligen inte alls gagnar vare sig organisationen eller patienten.

Att låta politiska processer inom kliniken styra hur kompetens ska utvecklas och vad man ska satsa på kan vara problematiskt. Resultatet kan bli att det saknas en gemensam plan och gemensamma mål, och resultatet blir en dragkamp där man kämpar åt olika håll. Att läkarna själva delvis styr klinikernas riktning gällande kompetensutveckling inom deras yrkesgrupp kan ses som beslutsfattande genom bottum-up processer, vilket Ellström(1992) menar sker inom det institutionella perspektivet. Inom lean healthcare ska utvecklingen ske via medarbetarna genom att de kommer med förslag på förbättringar och planerar, testar och genomför dessa. Detta är också en form av beslutsfattande genom bottum-up processer. Skillnaden mellan det institutionella perspektivet och lean healthcare är att den senare kräver strukturer, något som saknas inom det institutionella perspektivet.

Ur Rönnqvists (2001) syn på strategier för kompetensutveckling kan dessa informella och individuella strategier som idag finns i viss mån tolkas som integrerade, eftersom läkarna själva anser att såväl formell som informell utbildning är viktigt. Resultaten från intervjuerna stämmer också väl överens med Rönnqvists studie där möjligheterna till informellt lärande är större ju högre upp i hierarkin man befinner sig. Möjligheterna ges av klinikledningen och beror till viss del på eget intresse och initiativ. Därmed vore läkarnas agerande kring dessa politiska processer inte möjligt om inte klinikledningen godkände dem, formellt eller informellt. Eftersom polariseringen mellan yrkesgrupperna inom sjukvården anses ha grund långt bak i tiden kan det också tänkas att detta är ett resultat av denna kultur. Samtidigt ska det inte glömmas bort att läkarnas individuella intresse är viktigt för deras egen och klinikens utveckling, dock bör det beaktas för vem det sker och vilket resultatet blir och därmed ökar behovet för uttryckta och planerade strategier som är väl anpassade för organisationen.

När en av intervjupersonerna beskrev problematiken kring avsaknaden av strategier talade han/hon även om förändringsarbete och inställningen till sådana aktiviteter. Intervjupersonen menade att vid ett förändringsarbete kan man välja att vara delaktig eller iaktta, och tyvärr är det ofta en stor del av klinikens läkare som väljer att inte vara delaktiga. Detta beskrevs bero på att antalet förändringar blivit väldigt många och då falnar intresset samt att det saknas ömsesidig tillit mellan läkarna och den politiska ledningen. Ur det tekniskt-rationella perspektivet kan detta tolkas som att när beslut om förändring sker genom top-down beslut och läkarna inte inkluderas i beslutsprocessen blir resultatet att inte alla väljer att delta i förändringarna.

4.3.1 Rekrytering

Något som kan vara ett problem när en kirurg ska gå i pension är att det ska rekryteras en ny, och gärna i god tid. Att anställa ny personal anser flera intervjupersoner vara en budgetmässig samt politisk fråga. Det är inte alltid det finns möjlighet att anställa den nya kirurgen innan föregångaren går i pensionen. Intervjupersonerna målar upp en bild av att rekryteringen sker i nära samband med pensionen och den kompetensförlust som man befarar. T.ex. svarar en intervjuperson så här vid frågan om hur personalens arbete påverkas vid pensionsavgångar:

I den bästa av världar ingenting. Det vill säga att man ser till att anställa de nya kollegorna några år i förväg så att säga, så blir det väldigt lite skillnad. Men det är ju inte så eftersom det finns inga pengar att anställa. Utan nya kollegor kommer ju först den dagen den gamla läkaren går i pension.

De menar också att rekrytering ofta sker enligt antal tjänsteår, vilket inte alltid är det samma som att det är den mest lämpade för tjänsten. I Lund rekryterar man ofta läkare som utbildat sig till kirurger på ett annat mindre sjukhus. Eftersom man har mer utbildning av underläkare i Malmö är det där vanligare att man rekryterar underifrån, förutom när man söker väldigt specifik kompetens.

Svårigheterna vid rekrytering av kirurger är att det ofta är väldigt specifik kompetens som eftersöks. En läkare är inte utbytbar mot en annan, och ju mer specialiserad man är desto färre tjänster kan man ta, menar en av intervjupersonerna. Till detta kommer också det faktum att en individ inte går att ersätta eftersom hans eller hennes erfarenheter och kompetens är specifik. Ett exempel berättades för mig om en specialist på ett annat sjukhus som utvecklat en specifik teknik kring ett kirurgiskt område, vilket han arbetat med i många år. Nu ska han snart gå i pension och han har ingen att lära upp kring sin specifika kompetens. Antingen har ingen visat tillräckligt intresse för området eller så har han inte gett andra kirurger handlingsutrymme att utvecklas och lära av honom. Det stora problemet är dock att nu har sjukhuset under många år tagit emot dessa specifika patienter från hela landet men när denna kirurg går i pension har de inte längre möjlighet att göra detta. Läkaren som berättade exemplet sa att förhoppningsvis utvecklas denna kompetens någon annan stans i landet eftersom patienterna måste tas hand om, men man vet inte när eller var. Sjukhuset som organisation går nu miste om denna kompetens och kirurgiska inriktning.

Exemplet och det intervjupersonerna berättat visar att valet av vilken kompetens som ska utvecklas ofta sker i samband med rekrytering. En del intervjupersoner fokuserade på de negativa aspekterna och förlusten kring kompetens, medan andra påpekade de positiva effekter som ny personal kan ge. De menar att yngre läkare behövs eftersom de tänker annorlunda och ifrågasätter. En intervjuperson menar också att det är mer vanligt att yngre medarbetare kommer med innovationer, än att de allra äldsta gör det. Samtidig resulterar ny och yngre personal i att kirurgen som organisation måste fortsätta att utvecklas för att kunna konkurrera med andra arbetsområden för läkare. De yngre läkarna ser på yrket på ett annat vis och deras liv ser inte ut så som de gjorde för en ny läkare för 40 år sedan. Idag har de kanske en partner som arbetar och de ser inte sitt yrke som det enda i livet, utan fritid och familj spelar stor roll. Detta resulterar i att många yngre läkare inte kan eller vill se sitt yrke som sitt enda kall i livet, vilket påverkar organisationens möjlighet till schemaläggning, forskning och fortbildning. Några intervjupersoner upplevde dock vissa av dessa förändringar som problematiska. De menade bland annat att det vara svårare idag att vidareutbilda personal eftersom de yngre läkarna inte alltid är villiga att studera på fritiden och utvecklas utanför arbetstid i samma utsträckning som tidigare.

Intervjupersonernas bild visar tydligt att möjligheterna till rekrytering och anställning påverkar både möjligheterna till att bibehålla och utveckla kompetens, samt vilken typ av kompetens som kliniken har möjlighet att satsa på. Enligt det teknisk-rationella perspektivet (Ellström, 1992) drivs kompetensutveckling av den tekniska utvecklingen och satsas ofta på specifika kvalifikationer hos nyckelpersoner, vilket stämmer överens med bilden som ges. Det faktum att kirurger specialiserar sig påverkar deras rörlighet på arbetsmarknaden och därmed också möjligheterna för kliniker runt om i landet att rekrytera den personal som behövs. De kirurger som behövs finns endast i ett begränsat antal i landet, och med tanke på den långa utbildningstiden är det en faktor som påverkar vilken kompetens som utvecklas på kliniken, precis som i exemplet ovan. Rekryteringsmöjligheterna blir därmed också en faktor som påverkar strategier för kompetensutveckling och möjligheterna att överföra kompetens när rekrytering sker utifrån. Byte av personal påverkar också utvecklingen av den kollektiva kompetensen. Ett team kan ha uppnått kollektiv kompetens av stadiet förtrogenhet eller enhet, men om en person

byts ut måste de till viss del göra om arbetet. Den nya personen måste bli en del av teamet och genom samspel kan de återigen utveckla sin kollektiva kompetens. Genom detta samspel kan de även hjälpa varandra att utveckla sin individuella kompetens. Thunborgs (2004) konsultationsfas är ett exempel på hur läkarna utvecklas av att ta hjälp av varandra, både inom teamet, kliniken och nationellt. När samverkan och interaktion sker mellan läkare i olika faser utvecklas såväl individuell och kollektiv kompetens.

4.4 Kompetens

När jag frågade intervjupersonerna vad kompetens innebär för dem fick jag en varierad bild. De flesta beskrev kompetens som olika kunskaper, färdigheter och erfarenheter. Den kirurgiska kompetensen i form av att kunna operera var ett vanligt inslag, men även att veta vilka operationer man kan göra. Det pratades även om social kompetens, som de menade t.ex. kunde vara att styra en avdelning, att kunna prata med patienter på deras vis osv. Den sociala kompetens de beskrev stämmer väl överens med Hanssons (2003) definition av interpersonell kompetens, det vill säga att kompetensen är kopplad till uppgifter som är del av en läkares arbete.

Beskrivningarna av kompetens varierade i definitioner och djup, men de var alla bekanta med begreppet. En intervjuperson beskrev det som duglighet, att det finns kompetens på många olika områden som man måste ha för att kunna sköta sitt jobb. Denna duglighet kan jämföras med den potential som Ellström (1992) talar om, att vara duglig för en uppgift kan vara att ha potential för att utföra den. Svaren på frågan visade att de har en relation till begreppet kompetens, däremot kan samtal kring vad kompetens är och innebär vara en del som behövs i planeringen för kompetensutveckling. Mitchell och Boak (2009) menar att det finns fördelar med att definiera kompetens inom en organisation, vilket t.ex. kan göras med hjälp av ramverk för kompetens.

4.4.1 Behålla och utveckla kompetens

Kompetens kostar pengar och är en dagligvara, konstaterade mer än en av intervjupersonerna. När en person går i pension förlorar organisationen och teamen både kompetens och erfarenheter som de tidigare behövt och haft nytta av. Intervjupersonerna påpekar att kompetensluckor även kan skapas när läkare flyttar av olika anledningar. Trots dessa svårigheter uttryckte ingen tydligt att det fanns svårigheter kring att behålla kompetens. Istället beskrev de hur de arbetar för att behålla och föra vidare kompetens inom kliniken, och gav olika bilder av detta.

En del menade att ny personal får gå bredvid under lång tid och lära sig av sin föregångare, på så vis får överföringen ske under lång tid. Bilden stämmer dock inte alls överens med bilden om att rekrytering sker nära bytet av personal. Denna skillnad kan dock bero på att intervjupersonerna syftar på två olika typer av rekrytering och överföring av kompetens. När en ny person rekryteras utifrån, t.ex. en specialist från ett annat

sjukhus, finns det lite tid till att arbeta sida vid sida innan pension. Men när man rekryterar internt finns det större möjligheter till att arbeta sida vid sida, och förhoppningsvis har man gjort det under flera års tid. En intervjuperson menade att i Malmö byts personer på nyckelpositioner, t.ex. teamchefer, relativt ofta. Detta beror på att de väljer att ta andra tjänster inom organisationen. Intervjupersonen beskrev det som en väldig fördel för läkare att ha möjlighet att byta roll inom sin yrkesgrupp.

Vi kan fokusera på forskning ett tag, vi kan fokusera på undervisning ett tag, vi kan fokusera på klinisk verksamhet och vi kan fokusera på administrationen. Man kan inte göra allting samtidigt, men vi kan växla om.

Att utnyttja dessa fördelar och uppmuntra läkarna att ta olika roller, men inte alla på en gång, kan vara ett sätt att behålla kompetensen inom organisationen och samtidigt erbjuda utveckling för personalen. Genom att arbeta så här kan man även spara på arbetskraften, dvs. förhindra att personal sliter ut sig i förtid och av sådana anledningar behöver lämna organisationen för en tid eller för pensionering.

Intervjupersonerna fick även ge sin bild av hur kompetensen utvecklas, och därmed också kan bibehållas. De gav flera exempel på hur kompetensen utvecklas i det dagliga arbetet, genom att använda simulatorer, gå på kurser, kongresser och sight-visits, genom forskning och interaktion med medarbetare osv. Därmed sker utvecklingen såväl på arbetsplatsen som utanför och både på individnivå, i teamen och inom yrkesgruppen. Svårigheterna upplevdes dock vara att skapa tidsmässigt och ekonomiskt utrymme för kompetensutveckling.

Fokus på utvecklingen av kompetens låg i de flesta fall på de medicinsk-kirurgiska kunskaperna, men ledarskap betonades också vara viktigt. Här kan vi se likheter med Rönnqvists (2001) studie om kompetensutveckling i praktiken, där han beskrev den medicinsk-tekniska utvecklingen som det som styrde valet av kompetensutveckling. Det finns också likheter med Rönnqvists (1992) studie om olika personalkategoriernas möjligheter till kompetensutveckling där det medicinsk-tekniska området var det som personalen upplevde behov av att vidareutbildas inom.

Intervjuerna visar tydligt att läkare är involverade i såväl formella som informella utbildningssammanhang. De arbetar aktivt med att utveckla kompetens och under konferenser och träffar med läkare från andra sjukhus delar de med sig av sina kunskaper och erfarenheter. I praktiken och i samband med förståelsen för sitt arbete utvecklar de sedan kompetens. Den bild som materialet gett är dock att både det formella och informella lärandet huvudsakligen är fokuserat på det medicinskt-tekniska området, och i viss mån ledarskap. För att kunna utveckla kompetens behövs, som Sandberg & Targama (1998) påpekar, en förståelse för sitt arbete och dess uppgifter. För att kunna utvecklas kring de områden som ligger utanför det medicinskt-tekniska, t.ex. patientbemötande och att arbeta som team, behöver en förståelse skapas kring dessa områden.

Förutom vidareutbildning och vidareutveckling för de läkare som redan är specialister talades det också mycket om den utbildningstradition som finns. De arbetar aktivt med utbildning och det finns både planer och handledare för studenterna. De äldre och mer erfarna kirurgerna lär ut operationsteknikerna till de yngre och mindre erfarna, och ofta

anses de vara mycket bra på att delge sin kompetens. Denna tradition finns delvis också mellan alla läkare, där man hela tiden lär av varandra. Precis som tidigare nämnt så liknar detta Thunborgs (2004) konsultationsfas, och det hjälper de blivande kirurgerna att utvecklas inom organisationen. Lärandet blir en integrerad del av arbetet och den kulturen vårdas och bevaras, och även om utbildningen är styrd av regler och föreskrifter verkar det finnas stora möjligheter till att utvecklas med hjälp av sina kollegor.

4.4.2 Ansvarsfrågan

Under intervjuerna talades det en del om ansvar. Dels fick de frågan om vem som har ansvaret för att pensionsavgångarna fungerar smidigt och inte vållar allt för stora problem, dels fick de frågan om vem som har ansvaret för utvecklingen av kompetens. Avsikten med dessa båda frågor var bland annat att undersöka om dessa teamchefer, klinikchefer och divisionschefen såg sambandet mellan pension och utveckling av kompetens.

På frågan om vem som har ansvaret för pensionsavgångarna svarade de flesta klinikchefer. En intervjupersons svar skilje sig från de andras och han/hon menade att det handlar om ansvar på olika nivå, där ansvaret måste tas av såväl klinikchefer som politiker. När det gäller frågan om vem som har ansvaret för kompetensutvecklingen skiljer sig svaren lite mer åt. Flera nämnde chefer i olika positioner och man talade en del om den formella utbildningen och vem som är ansvarig för den. Två intervjupersoner pratade även om individen som ansvarig för utvecklingen av sin egen kompetens, en av dessa menade att det var allas ansvar. Alla som inte nämnt individen fick frågan om de ansåg att individen har ett ansvar och alla svarade då ja.

Dessa svar visar att man inte riktigt ser pensionsavgångar som tillfällen då det kan ske utveckling av kompetens, eller då det behövs särskilda insatser för det. Snarare ser man det som tillfällen då man kan förlora kompetens. Å andra sidan har vissa intervjupersoner framhållit att det också kommer fördelar av ny personal, bland annat för att de har enklare för att se verksamheten med andra ögon. Svaren kring frågan om ansvaret för kompetensutveckling visar dock att de är medvetna om vad det innebär och att ansvaret inte ligger på en enskild individ eller chefsposition. Ett ramverk för kompetens skulle till exempel kunna ha som syfte att knyta samman aktiviteterna för kompetensutveckling och pensionering. Även om en pension innebär att organisationen förlorar viss kunskap, utesluter inte det att man kan utveckla kompetens hos de som stannar kvar. Enligt lean healthcare som presenterades i inledningen ska cheferna verka som coacher och lärare och utveckla verksamheten via medarbetarna. Det innebär att de ska leda vägen och om de har en förståelse för sammanskopplingarna mellan kompetensutveckling och andra händelser och aktiviteter i organisationen är sannolikheten större för att även resten av kliniken utvecklar en förståelse för detta. Och precis som tidigare nämnt är förståelse en viktig del i utvecklingen av individuell och kollektiv kompetens.

4.4.3 Förslag till förändringar från intervjupersonerna

Att planera inför framtiden kan även innebära att ändra arbetets uppdelning och vissa rutiner för att de bättre ska passa dagens organisationer, menar en av intervjupersonerna. Ett förslag från flera av intervjupersonerna på hur man kan planera inför framtiden och underlätta inför en pensionering är att en kirurg som uppnått en viss ålder eller börjar närma sig pension intar en mentorsroll istället för en ledarroll. Inom kirurgen finns en tradition om att den som är äldst och har mest erfarenhet leder arbetet inom varje team. Intervjupersonerna är dock huvudsakligen överens om att det inte behöver vara självklart att man ska vara ledare ända fram till dess att man går i pension.

Vid 60-62 års ålder, eller 2-3år före pension, föreslås kirurgen träda tillbaka som teamchef och fungera som mentor i teamet. En person som har mycket erfarenhet och kompetens kan då fokusera på att lära ut detta till resten av teamet istället för att leda verksamheten. De menar också att detta kan ha fördelar för individen, som får ett något lugnare arbetstempo, samt för medarbetare och team som kan få fler möjligheter till utveckling. Det finns under dessa år då även möjlighet att fasa över rollen som teamchef till en annan kirurg istället för att byta direkt när det är dags för pension.

Flera av intervjupersonerna talade även om att arbeta jour och hur det kan påverkas av att man blir äldre. De flesta verkar överens om att när man närmar sig 60 är det inte säkert att man orkar med juren längre. I Malmö har man därför valt att erbjuda de som fyllt 60 att inte behöva ingå i jourgruppen, tyvärr avslöjar inte intervjumaterialet om man har samma erbjudande i Lund. Att göra en plan för hur man ska gå tillväga när man planerar inför en pension, t.ex. att man ingår i en mentorsroll, kan ha flera fördelar. Bland annat skapas gemensamma regler för hur man bör gå tillväga, vilket i viss mån kan hindra de negativa aspekterna av konflikt-kontroll perspektivet som nämndes ovan.

5. Diskussion

Här diskuteras analysen samt hur detta kan vara tillämpligt i andra sammanhang. Diskussionen sker utifrån det empiriska materialet och analysen, men även utifrån andra kunskaper jag har fått genom min utbildning och de erfarenheter jag har fått genom våra projektarbeten ute i arbetslivet.

Inom fem år kan en femtedel av den då sammanslagna klinikens personal förväntas ha gått i pension eller vara redo att göra det. Genom min undersökning hade jag hoppats att finna extra insatta insatser för att hantera dessa pensionsavgångar, men så var inte fallet. Det empiriska materialet visar istället att klinikerna huvudsakligen saknar planering för hur man ska arbeta med kompetens i samband med att en kirurg går i pension. Men, materialet visar också att planering har påbörjats i Malmö och att man där valt att på så vis förbereda sig mer inför hur man ska arbeta med kompetensförsörjning vid pensionsavgångar.

Bristen på planering kan ha flera orsaker. Det faktum att de bytt chef många gånger kan ha påverkat det långsiktiga ledarskapet och därmed har inga initiativ tagits till att planera inför hur man ska agera. Det i samband med att det saknas traditioner inom läkaryrket för att planera på det viset och att man inte riktigt ser pensionsavgångarna som ett tillräckligt stort problem, har resulterat i brist på strategier. Att ha möjlighet och tillfälle att planera långsiktigt i en offentlig verksamhet verkar i flera fall, inte bara kirurgens, vara ett återkommande problem. Att arbeta fram en strategi och en plan som varar långsiktigt kan dock ha både kortsiktiga och långsiktiga fördelar för såväl organisation som personal, och då förhoppningsvis också patienterna. Genom att bibehålla och utveckla kompetens inom klinikerna och även i nationella sammanhang, kan man spara både pengar och undvika att personalen bränner ut sig.

Som tidigare nämnt i analysen är ramverk för kompetens en form av strategi för kompetensutveckling. Fördelarna är att det kan anpassas till organisationen och till de mål man vill uppnå. Genom att arbeta med ramverk för kompetens kan man knyta samman olika delar av klinikernas arbete med arbetet för att utveckla kompetens. De kan i detta fall då t.ex. skapa ett ramverk för kompetens med specifikt syfte att arbeta för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pension. Viktigt att komma ihåg är dock att ramverket verkligen är väl anpassat till organisationen och verksamheten och att det implementeras väl. Det kan också finnas fördelar med att fokusera på de mål som ska uppnås, dvs. att man skiftar från färdighetsinriktade ramverk till resultatnriktade.

Ett ramverk för kompetens bör i det här fallet också innebära inslag av långsiktig planering. Det innebär inte att man i sista stund börjar planera för hur man ska bibehålla kompetensen hos en viss kirurg, utan det är som tidigare nämnt en fördel om ett sådant arbete kan pågå under en lång tid. I och med utvecklandet av ett ramverk diskuteras hur man ser på kompetens och vad det innebär. Det är viktigt att man ser på flera aspekter av kompetens. Under intervjuerna nämnde flera intervjupersoner olika typer av kompetens och att de är viktiga, trots detta talade man huvudsakligen om utveckling av kom-

petens i förhållande till det medicinskt-tekniska. En kirurg utvecklas och lär ständigt, det är en tradition och en viktig del av arbetet. Även om det kan vara svårt att prioritera utvecklingen av andra former av kompetens framför en ny form av kirurgisk teknik, är det viktigt att göra så. Framförallt av den anledningen att en kirurgs arbete innebär mer än att just operera. Områden som ledarskap, patientbemötande, att arbeta som team m.m. är viktiga att utveckla för att en större förståelse för arbetet ska kunna utvecklas, och därmed även utveckla kompetensen. Vidare kan man även utveckla ramverk för kompetens nationellt, t.ex. för alla kirurger inom ett specialistområde, för att lättare hantera problem som rör bristen på specialistkompetens. Ramverk kan också skapas i samarbete med läkarutbildningen så att man i ett tidigt skede kan försöka säkerställa att de blivande läkarnas syn på kompetens hos läkare stämmer överens med organisationens.

Ett annat förslag på hur de kan planera och arbeta inför pensionsavgångar är att skapa en form av mentorskap hos de som närmar sig pension. I stort sätt alla intervjupersoner har på något vis talat om att när en kirurg blir äldre kan det finnas fördelar med att byta roll och då eventuellt inta en mentorsroll. Denna tanke verkas finnas inom organisationen och trots att intervjupersonernas övriga åsikter skilt sig åt så är de här överens, vilket starkt talar för att detta kan vara ett bra sätt att arbeta på.

Genom ett mentorskap kan kunskaper och erfarenheter hos en kirurg läras ut till både efterträdare och annan personal och i det samarbetet kan både individuell och kollektiv kompetens utvecklas. När en mentor delger kunskaper och erfarenheter tolkas dessa av mottagarens egen referensram och förhoppningsvis uppnås förståelse och kompetens. Kollektiv kompetens skapas på samma vis fast innebär ytterligare en dimension av samverkan. Individuell och kollektiv kompetens kan utvecklas om vart annat, och den ena måste inte föregå den andra. De kan utvecklas samtidigt och i samverkan med varandra. Tankar om ett mentorskap verkas finnas hos båda klinikerna och det kan finnas fördelar med att utveckla ett sådant så att det kan omsättas i praktiken i samband med sammanslagningen. Hur man fungerar som mentor kan vara individuellt och under de första åren får man räkna med att omvärdera hur ett mentorskap ska se ut och fungera. Ett bra tillfälle att låta medarbetarna vara med och förändra organisationen enligt lean healthcare. Samtidigt måste man komma ihåg att för att det ska fungera så behöver de riktlinjer som finns vara tydliga och applicerbara inom olika specialiteter. Även om det idag finns en viss prestige i att den äldsta och mest erfarna kirurgen är teamledare så kan detta förändras med tiden. Att ses som en person inom organisationen som har mycket kunskap och erfarenhet att dela med sig av, och dessutom som en bra lärare anser jag vara ett hedrande uppdrag.

Både ramverk för kompetens och att införa en form av mentorskap är exempel på organisatoriska förändringar. För att det ska fungera att implementera olika förändringar är det viktigt att alla deltar i dessa, vilket delvis är chefernas ansvar. Ledningen och cheferna har också ett ansvar i att visa vilka förändringar och vilket arbete som är prioriterat. Givetvis är det inte önskvärt att behöva prioritera bort en förändring, men om man har missbedömt antalet förändringsarbeten man kan genomföra är det bättre att tydligt visa vilka som prioriteras. Om inte detta görs kan personalen uppleva att de inte vet vad de ska fokusera på och resultatet riskerar då att snarare blir att de inte fokuserar på någon av förändringarna. Detta kan vara en bidragande faktor till att många av läkarna inte

är villiga att delta i förändringsarbetet. Samtidigt har också läkarna som personal en viss skyldighet att vara delaktiga i de förändringar som sker.

Andra orsaker till problematiken kring förändringsarbete och kompetensutveckling som tidigare nämnts är de politiska processer som tillåts inom organisationen. Det kan vara svårt att vara chef över sina före detta kollegor vilka man arbetat sida vid sida med, speciellt eftersom även cheferna är kirurger och också är en del av de politiska processerna. Detta bör och kan diskuteras inom organisationen och handlar också om att formellt och informellt utbilda de som blir chefer hur de ska hantera sitt chefskap. När det gäller de politiska processerna och läkarnas ovilja att bli styrda av andra handlar det i mångt och mycket om en organisationskultur. En organisationskultur kan förändras även om det kan ta tid. Attityder är en del av organisationskulturen som man specifikt kan arbeta med, bland annat attityden jag vet bäst som verkar finnas hos en del läkare. Att vara en auktoritet och en auktoritär person utesluter inte ödmjukhet inför områden som ligger utanför ens egen kompetens. De flesta läkare är mycket bra på det de gör men tyvärr innebär det inte att deras strävan efter att utveckla sig själva eller sjukvården inom ett visst område är det bästa för organisationen eller patienterna. I vissa fall resulterar en sådan strävan till ett mycket bra resultat och i andra fall inte. Därför kan det finnas en fördel med att individer med annan form av kompetens också är aktivt delaktiga i utformandet av vilken riktning klinikerna ska ta i sin utveckling, både inom kompetens och inom andra områden.

Utformandet av gemensamma strategier och mål för hur man ska arbeta för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar kan underlätta till att ändra kultur och attityder. Genom att alla får en klar bild över hur framtiden kan se ut och hur man vill att den ska se ut, blir det också lättare att sträva åt samma håll. På så vis kan man även lättare ta hänsyn till hur omvärlden påverkar verksamhet och personal. Eftersom de nya generationer av läkare som kommer in i organisationen lever på ett annat vis tror jag att det är oundvikligt för organisationen att till viss del förändras. Ser man förändringen och vad den kan innebära och resultera i kan man vara med att styra den så att mötet mellan personal och organisation blir lyckat.

De områden och ämnen jag har analyserat och diskuterat inom ramen för denna uppsats är bara en del av allt det empiriska material jag samlat in genom intervjuerna och andra möten med organisationen. Det har varit vissa svårigheter med att välja ut vad som är viktigt eftersom utvecklingen av kompetens är något som berörs av all verksamhet i organisationen. Även om utformandet av en strategi för hur man ska hantera kompetens i samband med pension är otroligt viktigt, så har jag fått en bild som indikerar att det kan finnas andra områden som klinikerna kan behöva prioritera inför sammanslagningen. Det handlar bland annat om att framhäva de likheter, och inte skillnader, som finns mellan klinikerna och att aktivt arbeta för att sammanslagningen ska fungera smidigt och med så få problem som möjligt. Ett större samarbete mellan klinikcheferna skulle kunna vara att föredra, även om de i nuläget inte vet vem som kommer bli klinikchef sedan. Likaså försöka bryta trenden med kortsiktigt ledarskap genom att låta den blivande klinikchefen arbeta tillsammans med de nuvarande klinikcheferna för att underlätta övergången. Det vore synd om de strategier för kompetensutveckling som påbörjats och eventuellt kan utarbetas fram till sammanslagningen inte har stöd hos nästa klinikchef.

Precis som annan empirisk kvalitativ forskning är resultaten av denna uppsats specifika just för undersökningsområden och för tidpunkten. Det går inte att generalisera utifrån ett sådant resultat, vilket inte heller är uppsatsens eller mitt syfte. Resultaten är specifikt sammanknutna till de båda klinikerna, men jag tror inte att de är så specifika att andra kliniker inom och utanför SUS inte kan ha nytta av denna uppsats. Ramverk för kompetens och mentorskap som strategier för kompetensutveckling kan användas såväl inom hälso- och sjukvård som inom andra organisationer. De problem som uppdragats i analysen är däremot mer specifika för hälso- och sjukvården. Eventuellt kan andra organisationer inom offentlig sektor finna vissa likheter. Jag tror att det finns många organisationer och företag som kommer få mindre eller större problem i samband med pensionsavgångarna, vilket ämnets aktualitet i media m.m. tyder på. Denna uppsats kan vara en inspirationskälla till hur man kan ta sig an problemet och hur man också kan se vissa möjligheter. Att personal går i pension innebär inte enbart att kompetens förloras utan också möjligheterna till att få in annan kompetens i organisationen. Om de två händelserna får möjlighet att samverka kan det vara bra möjligheter till utveckling.

5.1 Slutsatser

Då både analysen och diskussionen är omfattande så presenteras slutsatserna endast i korthet. För att förstå tankegångarna och det teoretiska stödet bakom slutsatserna krävs det att man läser ovanstående analys och diskussion. Uppsatsens frågeställning är:

Hur arbetar Skånes Universitetssjukhus aktivt för att bibehålla och utveckla kompetens vid stora pensionsavgångar?

Svaret på den frågan blir i första hand att man på klinikerna för kirurgi på Skånes Universitetssjukhus inte arbetar aktivt för att bibehålla och utveckla kompetens vid stora pensionsavgångar. Undersökningen kan dock visa på hur man tänker kring denna fråga och de planer som har påbörjats. Den visar också hur man ser på kompetens och kompetensutveckling i övrigt.

Ramverk för kompetens kan vara en form av strategi för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar som organisationen kan använda sig av. En annan strategi kan vara införandet av mentorskap hos kirurger som inom de närmsta åren ska gå i pension. Mentorskapet finns förankrat hos flera av cheferna och är något man bör arbeta med så snart som möjligt.

Vidare har undersökningen också visat att det kan finnas andra problemområden att arbeta med. Ett av dessa är att utvecklingen av kompetens delvis styrs av läkarnas politiska processer, vilket inte alltid är gynnsamt för organisationen eller patienterna. En annan är motviljan att delta i förändringsarbete. Resultaten för uppsatsen kan inte generaliseras, men andra organisationer inom hälso- och sjukvård kan ha nytta av uppsatsen som inspirationskälla och för att se ämnet med andra ögon. Ramverk för kompetens och mentorskap som strategier för kompetensutveckling kan användas inom andra organisationer, såväl offentliga som privata.

5.2 Avslutande reflektioner och förslag till vidare forskning

Analysen har visat flera olika saker och jag har upptäckt resultat jag hade förväntat mig och resultat jag inte kunnat förutse. De båda klinikernas verksamhet är komplex och det finns vissa skillnader mellan verksamhetsområdena. Många likheter har också syns under arbetets gång, och intervjuvärderna har inte alltid avslöjat vilken klinik intervjuvärderna arbetar på.

För SUS som organisation och för klinikerna finns det en del att utveckla och arbeta med. Planeringen som börjat i Malmö är en bra början och förslagsvis bör ett liknande arbete ske även i Lund. Vidare finns det även områden organisationen och klinikerna kan undersöka vidare och ur andra perspektiv. Exempelvis hur organisationskulturen ser ut och hur de kan arbeta med den, hur man arbetar med pensionsavgångar på andra stora sjukhus nationellt och internationellt och om de kan hämta inspiration därifrån m.m.

Det som tagits upp inom ramen för denna uppsats är bara en del av sammankopplingen mellan kompetensutveckling och pensionsavgångar. Det finns mycket mer att utveckla inom detta område och det jag tagit upp här kan analyseras ur ännu fler synvinklar. Några av dessa kan t.ex. vara ledarskap, organisationsförändringar, lean healthcare osv. Det finns också många faktorer som påverkar och som man kan ta mer eller mindre med i analyserandet av en undersökning som denna. De är bland annat omvärlden genom politik, påtryckningar, möjligheter till rekrytering, möjligheter till utbildning i t.ex. antal utbildningsplatser, antal patienter, utveckling av teknik och medicin osv.

Området om kompetensutveckling och pensionsavgångar är alldeles för outforskat. Även om de stora pensionsavgångarna redan har börjat så är det inte för sent att börja studera detta område. Pensionsavgångarna kommer pågå under en lång tid och dessutom kan det finnas fördelar med att praktiskt studera hur man arbetar i olika organisationer och vad det ger för resultat. Mitt främsta förslag till framtida forskning är att fortsätta att undersöka och utveckla strategier och metoder för att bibehålla och utveckla kompetens i samband med pensionsavgångar.

Referenser

- Akre, V., & Ludvigsen, S.R. (2000). Att lära praktisk medicin. I K. Nielsen & S. Kvale (Red.), *Mästarlära. Lärande som social praxis*. (pp. 124-138). Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. (2003) Beyond neopositivists, romantics, and localists: a reflexive approach to interviews in organizational research. *Academy of Management Review*, 28, 13-33.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007) *Research Methods in Education*. London: Routledge.
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (2000). Mästarlära och experters lärande. I K. Nielsen & S. Kvale (Red.), *Mästarlära. Lärande som social praxis*. (pp. 67-87). Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Norstedts.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2009). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (pp. 13-37). Stockholm: Liber.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet Stockholm, 2001.
- Hansson, H. (2003). *Kollektiv kompetens*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjort, K. (2009). Competence development in the public sector. Development, or dismantling of professionalism? In K. Illeris (Eds.), *International perspectives on competence development. Developing skills and capabilities* (pp. 112-123) London: Routledge
- Läkarutbildningar. (u.å.). *Läkarutbildningar*. Hämtat 30 maj 2010 från: <http://www.lakarutbildningar.se/>
- Mitchell, L., & Boak, G. (2009). Developing competence frameworks in UK healthcare: lessons from practice. *Journal of European Industrial Training*, 33, 701-717.
- Ohlsson, J. (2008). Mellan jobb och fritid. En organisationspedagogisk belysning av lärandevillkor i arbetets gränslöshet. I D. Tedenljung (Red.), *Arbetsliv och pedagogik* (pp. 33-54). Lund: Studentlitteratur.
- Rönnqvist, D. (2004). Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. I P-E, Ellström & G. Hultman (Red.), *Lärande och*

- förändring i organisationer. Om pedagogik i arbetslivet* (pp. 199-216) Lund: Studentlitteratur.
- Rönqvist, D. (2001). *Kompetensutveckling i praktiken – ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld. En studie av strategier för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvård* (avhandling, Linköpings Universitet)
- Rönqvist, D. (1992) *Anställdas möjligheter till kompetensutveckling. En studie av olika personalkategorier inom sjukvården*. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för pedagogik och psykologi.
- Sandberg, J. (2000). Understanding human competence at work: an interpretative approach. *Academy of Management Journal*, 43, 9-25.
- Sandberg, J., & Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- SCB. (2010). *Länens arbetsmarknad – befolkning, näringsliv, yrken och framtida pensionsavgångar*. Statistiska centralbyrån.
- Skånes Universitetssjukhus. (2010a). *Skånes Universitetssjukhus. Avancerad sjukvård – Utbildning – Framstående forskning* [broschyr]. Skånes Universitetssjukhus: Kommunikationsavdelningen.
- Skånes Universitetssjukhus. (2010b) *Lean. Ständigt bättre vård med Lean healthcare som verksamhetsfilosofi* [broschyr]. Skånes Universitetssjukhus: Kommunikationsavdelningen.
- Skånes Universitetssjukhus. (u.å. a). *Om Skånes universitetssjukhus*. Hämtat 30 maj 2010 från Skånes Universitetssjukhus: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=293722>
- Skånes Universitetssjukhus. (u.å. b). *Lean healthcare*. Hämtat 16 april 2010 från Skånes Universitetssjukhus: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=292899>
- Skånes Universitetssjukhus. (u.å. c). *Ständigt bättre vård*. Hämtat 16 april 2010 från Skånes Universitetssjukhus: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=276862>
- Skånes Universitetssjukhus. (u.å d). *Webb-TV På väg 09-12-15*. Hämtat 30 maj 2010 från Skånes Universitetssjukhus: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=277393>
- Thornberg, R., & Fejes, A. Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (pp. 216-235). Stockholm: Liber.
- Thunborg, C. (2004). Yrkesidentiteter i rörelse. I P-E, Ellström & G. Hultman (Red.),

Lärande och förändring i organisationer. Om pedagogik i arbetslivet (pp.117-136)
Lund: Studentlitteratur.

Watkins, K.E., & Cseh, M. (2009). Competence development in the USA. Limiting expectations or unleashing global capacities. In K. Illeris (Eds.), *International perspectives on competence development. Developing skills and capabilities* (pp. 7-17) London: Routledge

Bilagor

1. Informationsbrev angående intervjustudie

Mitt namn är Linda Clarin och jag läser till personalspecialist vid Lunds Universitet, med inriktning på arbetslivspedagogik. Jag läser bland annat organisationsutveckling, kompetensutveckling, behovsanalys och utvärdering utifrån perspektiven lärande, ledarskap och organisation. Nu skriver jag en C-uppsats inom arbetslivspedagogik och detta blir mitt examensarbete. En del av denna uppsats kommer vara en intervjustudie på Skånes Universitetssjukhus i vilken jag hoppas att ni vill delta.

Studiens syfte

Inom en snar framtid kommer en stor del av Sveriges befolkning att gå i pension, och detta innebär inte bara en förlust av personal utan även en stor förlust av kompetens. För en kunskapsorganisation som SUS är kompetens, såväl synlig som osynlig, mycket värdefullt. Jag vill undersöka hur man aktivt arbetar med kompetensen inför de kommande pensionsavgångarna för att förhindra en alltför stor förlust av såväl erfarenheter som kompetenskapital. Därför lyder min frågeställning:

Hur arbetar Skånes Universitetssjukhus aktivt för att bibehålla och utveckla kompetens vid stora pensionsavgångar?

Syftet med uppsatsen är att studera hur man arbetar med dessa frågor på SUS för att sedan ställa det i relation till teori och forskning inom området. Uppsatsen ska sedan kunna inspirera SUS såväl som andra organisationer att arbeta vidare med frågeställningen. Jag hoppas även att mitt arbete kan inspirera till fortsatt forskning inom detta område. Jag kommer att studera denna fråga ur ett organisatoriskt perspektiv och kommer att begränsa studien till yrkesgruppen läkare inom kirurgi.

Intervjuer

Intervjustudien kommer att bestå av totalt 8 intervjuer. De skall täcka ett helt verksamhetsområde av organisationen. Intervjuerna kommer att göras på er arbetsplats för att underlätta så mycket som möjligt för er. De planeras ta 1 timmes tid i anspråk och kräver inga förberedelser. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas. Ni kommer att få möjlighet att läsa igenom transkriberingen och rätta sakfel innan jag använder mig av materialet. Jag kommer i största möjliga mån ta hänsyn till det forskningsetiska kravet för konfidentialitet gällande personuppgifter, men som ni förstår kan det vara svårt vid intervjuer av personer i ledande positioner.

Anita Andersson och Marianne Meijer (på JobKom) har hjälpt mig att välja verksamhetsområde inom SUS och att komma i kontakt med er. Tider för intervjuer bokas med mig via mail på linda.s.clarin@gmail.com, gärna så snart som möjligt. Hör även av er

hit om ni har några frågor eller inte har möjlighet att delta. Jag ser fram emot er medverkan i min empiriska undersökning!

2. Intervjuguide

Före intervjun:

Tack för att du vill delta.

Vill informera om att intervjun kommer att spelas in.

Syftet med min undersökning är att studera hur SUS aktivt arbetar för att bibehålla och utveckla kompetens vid större pensionsavgångar. Mitt fokus ligger på yrkesgruppen läkare. Jag intervjuar dig i form av din yrkesroll och din position på SUS.

Jag kommer att ställa frågor till dig inom fyra olika teman. Hur det ser ut idag. Hur ni tänkt handskas med pensionsavgångarna. Hur kompetensen ska behållas. Hur kompetensen ska utvecklas.

Under intervjun använder jag mig ofta av begreppet kompetens. Med detta menar jag inte enbart den medicinska kompetensen, utan all den kompetens en läkare kan tänkas behöva för att klara av sitt arbete. Social, medicinsk, samarbetsförmåga, erfarenheter osv. Alltså även informell/tyst kunskap. (den potentiella handlingsförmågan i relation till en viss uppgift, situation eller arbete).

Börja intervjun. Spela in!

Inledande fråga:

Vill du börja med att berätta lite kort om ditt arbete?

- vilken typ av tjänst?
- vad innebär det?
- hur länge har du arbetat här?
- osv.

A. Hur ser det ut?

A1. Hur många uppskattar du kommer gå i pension inom verksamhetsområdet för kirurgi inom en tioårsperiod?

A2. Vilka positioner har de som går i pension? (ssk, läkare, specialister?)

A3. Hur ser ålderfördelningen ut bland personalen? (många inom samma åldersgrupp?) (hur länge är de större pensionsavgångarna en påverkande faktor?)

A4. Hur många nya läkare tror ni att ni kan vänta er under denna 10-årsperiod? (kan de motsvara det antal som går i pension?)

A5. Hur påverkas personalens arbete av att många läkare går i pension?

B. Hur har ni tänkt handskas med pensionsavgångarna?

B1. Ser du pensionsavgångarna som ett problem eller en möjlighet, eller både och?

- Vad ser du som problem? Varför är det ett problem?

- Vad ser du som möjligheter? Varför ser du det som en möjlighet?

B2. Tänker ni på kirurgen arbeta mer aktivt kring pensionsavgångarna nu när fler kommer gå i pension?

B3. Vem har ansvaret för att pensionsavgångarna? (ansvar för att de fungerar smidigt) (chef, personalvetare, all personal? osv.)

C. Hur ska kompetensen behållas?

C1. Vad betyder begreppet kompetens för dig?

C2. Hur arbetar ni idag för att behålla kompetens när någon går i pension?

C3. Hur kommer ni att arbeta i framtiden? (Kommer dessa tillvägagångssätt ändras på grund av att fler går i pension?)

C4. Hur ska ny personal/ny för tjänsten kunna tillgodose sig kompetens från sin föregångare?

- går man vid sidan om?

- annat sätt?

C5. Finns det dokumentation kring de tjänster där någon går i pension snart?

- vilken typ av dokumentation?

- vem har skrivit den?

- vem ansvarar för att den skrivs?

- vad dokumenteras? (kunskap, rutiner, arbetsuppgifter osv.?)

C6. Finns det något annat sätt att för att behålla kompetens? Använder ni det?

D. Hur ska kompetensen utvecklas?

D1. Hur avgör ni vilken kompetens som är värd att behålla och utveckla?

D2. Var sker utvecklingen av kompetensen?

- i arbetet?
- på arbetsplatsen men utanför det dagliga arbetet?
- utanför organisationen? (t.ex. kurs, utbildning)

D3. Sker utvecklingen av kompetens

- enskilt?
- i team?
- inom yrkesgruppen? (t.ex. läkare för sig osv.)

D4. Vem har ansvaret för utvecklingen av kompetens? (organisationen, chefen, individen?)

Avslutande fråga:

Finns det något mer du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?

Tack!