

KANDIDATUPPSATS – KSKK01

# Civil olydnad?

---

Autonomi och kontroll på ett sjukhus i  
förändring

JENNIFER AMIDI & INGELA MARUTIZON

VT-2014

Handledare: Johan Alvehus

## Abstract

Det har skett många förändringar inom vården under de senaste decennierna. Befolkningens demografi har också förändrats vilket har bidragit till att vården behövt anpassas för att möta nya utmaningar och behov. Detta har lett till förändringsprojekt som syftar till att effektivisera vården och att göra den mer transparent, särskilt på sjukhus som hanterar stora volymer människor och har ett stort antal medarbetare. Vidare är sjukhus exempel på professionella organisationer där den professionella logiken styr verksamheterna. I detta arbete har tolv chefer inom en av Skånes sjukhusförvaltningar intervjuats och gett sin syn på det förändringsarbete som präglat deras verksamhet och på hur autonomi och kontroll har påverkat denna syn. Resultaten visar att det finns en stark professionell logik inom verksamheterna och att autonomi som medföljer begränsas genom förändringsarbete. Arbetet bidrar med begreppet ”tyglad autonomi” för att beskriva denna krock mellan logikerna.

**Nyckelord:** Autonomi, Kontroll, Ledarskap, Vård, Förändringsarbete

There have been many changes within healthcare during the last few decades. The population demographics have also changed which has meant that healthcare has had to adapt in order to meet an increased demand and new challenges. This has led to healthcare reform based on increased efficiency and transparency especially within the hospital sector, which handles large volumes on a daily basis. Hospitals are professional organizations where the professional logic dominates. In this paper twelve managers within a southern Swedish hospital administration were interviewed with the intent to collect their views on reform, control and autonomy. The results show that the professional logic is present within the organization and that the autonomy that follows is hindered through reform. The term “reigned in autonomy” is contributed to describe this clash of logics.

**Descriptors:** Autonomy, Control, Leadership, Health-care reform

## Förord

Vi har i detta arbete fått privilegiet att få inblick i en av Sveriges största organisationer. De chefer som vi har talat med har med öppenhet och generositet givit oss information och kunskap som vi annars aldrig hade haft möjlighet att ta del av. Vi vill tacka dem för att de varit så villiga att träffa oss och på ett obehindrat sätt delat med sig av sina känslor och tankar kring det arbete de dagligen utför. Vi vill också tacka vår handledare Johan Alvehus för hans entusiasm, hjälp och engagemang under hela processen.

# Innehållsförteckning

<b>FÖRORD</b> .....	<b>2</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 PROBLEMBAKGRUND.....	1
1.2 PROBLEMATISERING.....	2
1.3 FRÅGESTÄLLNING.....	3
1.4 SYFTE.....	4
<b>2 DISPOSITION</b> .....	<b>4</b>
<b>3 METOD</b> .....	<b>5</b>
3.1 METODVAL.....	5
3.2 INTERVJUER.....	7
3.3 ANALYS AV EMPIRISKT MATERIAL.....	9
3.4 ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN.....	10
<b>4 TEORI</b> .....	<b>12</b>
4.1 SJUKHUSET – PROFESSIONELL ORGANISATION OCH KUNSKAPSBYRÅKRATI.....	12
4.2 AUTONOMI OCH KONTROLL I PROFESSIONELLA ORGANISATIONER.....	13
4.3 LEDARSKAP OCH CHEFSKAP I PROFESSIONELLA ORGANISATIONER.....	15
4.4 PROFESSIONELL AUTONOMI UNDER HOT.....	18
4.5 SAMMANFATTNING.....	20
<b>5 EMPIRI OCH ANALYS</b> .....	<b>21</b>
5.1 VÄRDFABRIKEN – DÄR TVÅ LOGIKER MÖTS.....	21
5.1.1 <i>Vård i förändring</i> .....	21
5.1.2 <i>Fyrkanter med streck emellan – Byråkrati och hierarki inom vården</i> .....	23
5.1.3 <i>Att bryta igenom betonggolvet – Förändring i en skeptisk organisation..</i>	25
5.1.4 <i>De två kan aldrig mötas – Logikernas distansering</i> .....	27
5.2 PROFESSIONELLT LEDARSKAP I FÖRÄNDRINGSTIDER.....	30
5.2.1 <i>Det tar en sekund så har hon koll – Tillit och autonomi i verksamheten</i> ..	30
5.2.2 <i>Motivera och inspirera – Transformativt professionellt ledarskap</i> .....	33
5.2.3 <i>Då får de hellre plocka bort mig – Toppstyrning i verksamheten</i> .....	36
5.3 TYGLAD AUTONOMI.....	38
<b>6 SLUTSATSER</b> .....	<b>40</b>
<b>7 DISKUSSION</b> .....	<b>42</b>
<b>8 REFERENSER</b> .....	<b>44</b>
8.1 TRYCKTA KÄLLOR.....	44
8.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	46
<b>9 BILAGA 1 – INTERVJUSCHEMA</b> .....	<b>47</b>

# 1 Inledning

*I detta inledande avsnitt beskrivs de samhällsförändringar som lett fram till reform av den svenska vården och vad detta haft för konsekvenser. Vidare beskrivs den konflikt som existerar på sjukhus mellan den professionella och den byråkratiska logiken. Slutligen presenteras arbetets övergripande frågeställning och syfte.*

## 1.1 Problembakgrund

Eftersom sjukvård är en gemensam samhällsangelägenhet uppkommer ofta debatter kring hur vården bör styras och fungera (Berlin & Kastberg, 2011). Denna offentliga diskussion och det stora engagemanget som finns leder till att de som berörs blir tvingade att lyssna och anpassa sig efter samhällets vilja (Czarniawska & Sevón, 1996). Vårdsektorn blir därför särskilt känslig för de förändringar som sker i samhället. Internet- och IT revolutionen har dessutom bidragit till att patienter har fått tillgång till mer information och fått nya forum att diskutera vårdfrågor vilket lett till att kunskapen om vårdfrågor ökat och att det skett en demokratisering av vårdsektorn (Lewis & Majoribanks, 2003). Sedan början på 2000-talet har regeringen aktivt bedrivit ett systematiskt arbete för att öka patientinflytande, tillgänglighet och demokratisering av vården på en central nivå (Proposition 1999/2000:149). Till följd av detta arbete har en reformering av lagstiftning skett för att reglera hälso- och sjukvården så att dessa värderingar speglas. Exempelvis har hälso- och sjukvårdslagen utvecklats till att även innefatta patientdelaktighet (SFS 1982:763) och nya lagar har stiftats för att öka patientsäkerheten inom verksamheterna (SFS 2010:659).

En förändring som skett i samhället som haft stor inverkan på hur sjukvården leds och bedrivs och som drivit på förändring i lagstiftning är enligt Nordgren (2009) intåget av nyliberala tankar. Detta innebär ett tankesätt präglat framförallt av individualism, frihet att välja och marknadsmässig konkurrens. Inom vården har dessa nyliberala tankar förkroppsligats igenom *New Public Management* (NPM). Denna rörelse har enligt Erlingsdóttir och Jonnegård (2006) medfört en kvalitetssäkringstrend och även inneburit att ett marknadsbaserat förhållningssätt kommit att prägla vården. En strävan att försöka effektivisera vården för att anpassa den till samhällets vridning mot det nyliberala har därigenom lett till flera stora förändringar. Från 70-talet och framåt har det enligt Nordgren (2009) uppstått tre definierade skiften i hur vården organiseras: decentralisering, transaktion och marknad. Detta har inneburit att enheter blivit mer självstyrande och fått eget budgetansvar men också att de utsätts för ökad extern kontroll (Erlingsdóttir & Jonnegård, 2006; Nordgren, 2009). Dock menar Erlingsdóttir och Jonnegård

(2006) att NPM inte tydliggjort vem eller vad som ska styras, eller på vilket sätt detta ska ske. Vidare menar författarna att det som kontrolleras är beroende på huruvida det perspektiv som tillämpas är medicinskt eller ekonomiskt (Ibid.). Att det både finns ett krav på ökad kontroll samtidigt som det finns en otydlighet i vad som ska kontrolleras ökar komplexiteten i organisationerna och medför svårigheter i att tillämpa idéer i praktiken.

Sjukhuset är ett exempel på en kunskapsbyråkrati (Løwendahl i Alvehus, 2012). Detta innebär att byråkratiska och professionella logiker ofta möts och skapar motstridiga intressen (Ibid.). Eftersom sjukhusen hanterar stora patientvolymmer och ofta benämner verksamheten i produktionstermer (Ibid.) ses marknadsbaserade effektiviseringsprojekt ofta som alternativ för reform (Hunter, 1996). Vidare beskrivs den professionella logiken som präglad av autonomi och självständighet, eftersom en organisation som drivs av professionella ofta själva hanterar kvalitetssäkring och kontroll (Erlingsdóttir & Jonnegård, 2006). Jonnegård et al (2008) menar dock att förändringarna som skett genom NPM skapat mer hierarki och även förutsättningar för en maktförskjutning från de professionella yrkesutövarna till ledningen. Detta på grund av kravet på extern kontroll och transparens. Eftersom de medicinska professionerna värdesätter sin autonomi ser de ofta skeptiskt och ibland hotfullt på förändringar som kan hota denna autonomi (Hunter, 1996). De förändringar som skett i samhället, både i form av demokratiseringen av vårdsektorn och även ett mer marknadsanpassat sätt att se på vårdorganisationer bidrar till att skapa en bild av att den professionella autonomin kommer att påverkas negativt.

## 1.2 Problematisering

Med bakgrund i det som beskrevs ovan har det framkommit att det finns en paradox inom sjukhusverksamhet. Å ena sidan är sjukhuset en plats fylld av specialistkunskap där professionella yrkesutövare lämnas till sitt arbete men å andra sidan är sjukhuset en stor organisation som drivs av byråkrati, regler och kontroll. NPM infördes till stor del för att en extern granskning och kvalitetssäkring, i enlighet med marknadsekonomiska logiker, skulle kunna genomföras på ett mer omfattande sätt (Erlingsdóttir & Jonnegård, 2006). I Sverige konkretiserades detta genom att Socialstyrelsen kom att spela en stor roll i vårdens kvalitetssäkring och hur kontroll utövas. Eftersom Socialstyrelsen befinner sig långt ifrån den kliniska verksamheten blir de ramar som styr och kontrollerar arbetet snäva och svåra för yrkesutövarna att påverka (Ibid.). Härmed ser vi en ökning av den byråkratiska kontrollen.

Eftersom professionell autonomi och självkontroll länge lyfts fram som en grundläggande aspekt av hur professionella utövar sina yrken (Fridson, 1986) kan denna stora distans till beslut och minskning av den enskilde yrkesutövarens autonomi väcka frustration bland organisationens professionella yrkesutövare. Dessutom finns det enligt Nordgren (2009) ett stort motstånd till marknadsanpassning inom vården där det nya tänket anses hota den medicinska professionalism som styr vardagen på en medicinsk enhet. Denna ideologiska krock orsakar även praktiska motsättningar och intressekonflikter i hur organisationerna ska bedrivas vilket också innebär att organisationen blir komplex att leda.

Chefer inom hälso- och sjukvården slits således mellan två logiker, den professionella och den byråkratiska. Eftersom de själva oftast har medicinsk bakgrund och själva praktiserar som läkare eller sjuksköterska under en del av sin arbetstid så är de professionella tjänstemän som innehar en professionell logik. Detta betyder också att de innehar professionell autonomi vilket innebär handlingsfrihet att tillämpa sin specialistkunskap (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Jonnergård et. al. 2008; Lipsky, 1980). Som chefer är de dock bundna till att utöva chefskap och driva sin organisation utifrån den byråkratiska logiken vilket enligt många forskare är relaterat till hur de upplever och utövar professionell autonomi och kontroll inom sin verksamhet (se t.ex. Engel, 1970; Erlingsdóttir & Jonnergård, 2006; Levay & Waks, 2009). Vidare praktiserar många chefer inom vårdsektorn i en organisationstyp som dels präglas av en starkt professionell kontext och dels en hierarkisk och byråkratisk kontext. Det finns även mycket forskning som berör denna organisationstyp och hur den fungerar (se t.ex. Abbott, 1988; Alvehus, 2012; Freidson, 1986; Mintzberg, 1983; Wallace, 1995). För att kunna förstå hur de förändringar i lagstiftning och tankesätt som finns i samhället faktiskt tillämpas inom vårdens praktik blir det också viktigt att undersöka chefernas villighet att anpassa sig till organisatoriska förändringar som kanske innebär en minskning av deras personliga autonomi som professionella yrkesutövare. Det blir relevant att undersöka deras syn på kontroll och kvalitetsstyrning samt på vilket sätt de förhåller sig till autonomi.

### 1.3 Frågeställning

Den övergripande frågeställningen som kommer att besvaras i detta arbete är: hur förhåller sig chefer inom sjukvården till autonomi och kontroll, särskilt under förändringsarbete?

## 1.4 Syfte

Syftet med detta arbete är att bidra till förståelsen av hur chefers attityder till förändring inom den offentliga sjukvården påverkas av deras upplevelse av styrning och autonomi.

## 2 Disposition

*I detta avsnitt presenteras kortfattat arbetets disposition.*

I metodavsnittet som följer beskrivs det tillvägagångssätt som har använts för att erhålla relevant empiriskt material. Här presenteras även de svårigheter som uppkommit under processens gång och de begränsningar som den valda metoden har medfört. I metodavsnittet presenteras även kriterier för relevant teoriinsamling som har legat till grund för arbetets teoretiska ramverk.

Teoriavsnittet som därefter följer är presenterat i fyra delar som speglar arbetets teoretiska fokus: den professionella organisationen, professionell autonomi, ledarskap och chefskap samt hot mot den professionella autonomin. Inom dessa områden kommer ytterligare begrepp att presenteras och inrymmas. Teoriavsnittet blir därmed en beskrivning av de vetenskapliga teorier som kommer att ligga till grund för det nästkommande analysavsnittet.

I analysen som följer presenteras de empiriska resultaten som även ställs i relation till det teoretiska underlaget som presenterades i det tidigare avsnittet. I analysavsnittet kommer våra empiriska resultat och de teoretiska ramar som vi valt att diskuteras och problematiseras för att få en djupare förståelse för det valda ämnet. Vi ämnar dessutom i analysavsnittet bidra med ett eget begrepp, *tyglad autonomi*. Detta begrepp kommer att användas för att beskriva de spänningar som framkommit och det förhållningssätt chefer har till autonomi inom förvaltningen.

I arbetets avslutande del kommer våra slutsatser att presenteras och en diskussion kring våra resultat kommer att föras. Detta för att ge en förståelse för de praktiska implikationerna av detta arbete. Vidare presenteras de begränsningar som har funnits och möjligheterna till vidare forskning inom ämnet.



## 3 Metod

*I detta avsnitt beskrivs den kvalitativa och abduktiva metod som har använts för insamling av empiriskt material. Etiska reflektioner kring metoden kommer också att presenteras.*

Syftet med detta arbete är att undersöka upplevelser av autonomi och kontroll. Eftersom vi ämnat beskriva och tolka en viss aspekt av den tillvaro våra intervjupersoner befinner sig i kan arbetet klassificeras som ett kvalitativt arbete (Kvale, 1997). Ett kvalitativt tillvägagångssätt innebär att fenomenet bör studeras på ett djupgående sätt genom ett fåtal representanter (Ibid.). Fokus i detta arbete låg därför inte på intervjuernas kvantitet utan istället på huruvida intervjupersonerna ansågs relevanta till studien. Kvalitativ forskning är också enligt Kvale (Ibid.) ett förhållningssätt som innebär en tolkande ansats. I detta arbete var avsikten att undersöka chefers upplevelser och därigenom tolka deras syn på autonomi. Med detta i åtanke valdes tolv intervjupersoner att medverka i denna studie. Dessa ansågs på ett trovärdigt sätt representera sin yrkesgrupp.

För att vidare uppfylla syftet ansåg vi att det var lämpligt att empirin skulle bestå av semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer innebär enligt Bryman (2008) att en intervjuguide används men att intervjupersonerna får tala relativt fritt vilket gör att oväntad information kan uppkomma. Vidare innebär ett öppet förhållningssätt vid intervjutillfället att följdfrågor på ett naturligt sätt kan ställas och att intervjupersonen har möjlighet att på ett obehindrat sätt framföra sina tankar och idéer (Ibid.). Enligt Ryen (2008) är intervjuer ett vanligt sätt att inhämta empirisk data och de används ofta i samhällsvetenskaplig forskning där syftet är att undersöka upplevelser eller attityder kring ett ämne där information är begränsad.

I detta arbete har ett abduktivt tillvägagångssätt använts. Detta innebär att relevant information och förståelse kring ämnet successivt formas och tydliggörs under empiriinsamlingens gång (Alvehus, 2013). Specifika teman har framträtt under intervjuernas gång vilket bidragit till att författarna har kunnat fördjupa sig i vissa termer och begrepp och därefter anpassat och fördjupat intervjuprocessen ytterligare.

### 3.1 Metodval

Eftersom vårdsektorn är den centrala kontexten i detta arbete ansågs det lämpligt att intervjua personer som på en daglig basis befinner sig i och arbetar aktivt i en vårdmiljö. Helsingborgs

lasarett var ett naturligt val dels eftersom det är ett av de största sjukhusen i regionen men också därför att det är ett sjukhus som representerar offentlig sektor vilket väl speglar den valda teoretiska kontexten. Vidare fanns personlig koppling mellan en av författarna och detta sjukhus vilket innebar att kontakt redan var etablerad. Akutsjukvård är en viktig samhällsfunktion och en enhet som återfinns på de flesta större sjukhus och är dessutom en initial kontaktpunkt för många patienter. Chefer vid akutmottagningen ansågs därför vara en naturlig startpunkt i urvalsprocessen. Därefter utvidgades urvalet till motsvarande positioner på sjukhusets övriga verksamhetsområden samt med deras respektive divisionschefer inom området Skånevård Sund. Efter rekommendationer från de initiala intervjupersonerna kontaktades övriga intervjupersoner via email för tidsbokning. Samtliga intervjupersoner tackade ja till att medverka.

Verksamhetsområdena som valdes representerar de centrala funktionerna som återfinns på de flesta större sjukhus, både nationellt och internationellt. Eftersom en av författarna sedan tidigare varit yrkesverksam sjuksköterska var hennes roll central i att välja ut de verksamhetsområden som ansågs bäst överensstämma med varandra, både storleksmässigt (antal vårdplatser och anställda) och kliniskt (funktionellt).

De verksamhetsområden inom vilka chefer slutligen intervjuades var: akutmottagning, internmedicin, ortopedi, kirurgi samt intensivvårdsavdelning och operation. Inom förvaltningen Skånevård Sund finns fyra funktionella divisioner som tillsammans omfattar sjukhusen och primärvården i Ängelholm, Helsingborg, Landskrona och Trelleborg. Eftersom intentionen var att begränsa empiriens omfattning till ett sjukhus för att minska jämförelsevariablerna tillfrågades endast chefer vid Helsingborgs Lasarett. Vidare har vi också valt att begränsa studiens omfattning till endast två divisioner. Däremot har intentionen varit att inom varje division intervju chefer på samtliga ledningsnivåer vilket har resulterat i att totalt tolv intervjuer genomförts. Eftersom hela chefsledet är representerat innebär det också att vissa av cheferna på verksamhets- och divisionsnivå även har ansvar för andra sjukhus inom förvaltningen.

Eftersom urvalsprocessen skedde genom rekommendationer från de chefer som intervjuades på akutmottagningen kan det tillämpade tillvägagångssättet beskrivas som ett snöbollsurval. Detta innebär enligt Alvehus (2013) att de första intervjupersonerna tillfrågas om de kan bistå med ytterligare förslag på intervjupersoner. Det finns för och nackdelar med denna metod. Fördelarna är att intervjupersonerna kan bistå med att föra arbetet framåt på ett effektivt sätt. Nackdelarna är att arbetet kan komma att fokusera på en alltför homogen grupp (Ibid.).

Eftersom intervjuerna som genomfördes innebar att hela chefsled inom två divisioner i organisationen blev representerade ansåg vi dock att risken för en alltför homogen bild av organisationen i detta fall var begränsad. Allteftersom vi fick en större förståelse för förvaltningen och hur verksamhetsområdena var organiserade frångick vi snöbollsurvalet och sökte upp namnet på den person vi ville intervjua utefter dennes position istället vilket innebar att de sista intervjuerna som bokades var med personer som inte hade blivit refererade till oss utan som vi själva letat upp.

Arbetet baseras på ett forskningsområde som är omfattande och där mycket forskningsmaterial och litteratur finns att inhämta. Av den anledningen hade vi som ambition att i arbetet både inkludera ny och klassisk forskning. Detta ansågs relevant eftersom ny forskning inom området hänvisar till och delvis bygger på tidigare forskning. Därmed ansågs det rimligt att basera arbetet på etablerade begrepp och definitioner men också att påvisa utvecklingen som skett inom forskningsområdet. Litteratursökningen skedde tematiskt och är baserat på den information och de teman som framkommit i intervjuerna.

### 3.2 Intervjuer

Sjukvården i Region Skåne har under knappt ett års tid genomfört ett stort förändringsarbete. Projektet, som benämns "Skånevård 2.0", innebär en minskning av tretton förvaltningsområden till fyra, vilka är: Skånevård Sund, Skånevård Kryh, Skånes Universitetssjukvård (SUS) och Medicinsk serviceförvaltning (Region Skåne, 2013). I detta arbete intervjuades tolv chefer från två olika divisioner inom det administrativa området Skånevård Sund och som huvudsakligen är stationerade på Helsingborgs Lasarett. Helsingborgs Lasarett består av fyra divisioner och nio verksamhetsområden. Varje division leds av en divisionschef som under sig har verksamhetschefer som har det övergripande ansvaret i de olika verksamheterna. Enligt de chefer vi intervjuat innebär detta ett budgetansvar, strategiarbete, personalansvar och kvalitetsansvar för varje enhet. Verksamheterna sträcker sig över sjukhusets gränser och innefattar förutom Helsingborg Lasarett även sjukhusen i Ängelholm, Landskrona och Trelleborg. Uppdelningen är ny och har inneburit ett stort förändringsarbete i regionen vilket återspeglades i intervjuerna. Utifrån detta förändringsarbete ställde vi frågor angående organisation och ledning av verksamheten, styrning, självbestämmande, verksamhetens praktik och bad även cheferna beskriva sin väg

till chefskap. En beskrivning av chefernas bakgrund ansåg vi vara relevant eftersom deras bakgrund kan påverka vilken logik som är mest framträdande i deras dagliga arbete.

Intervjuerna genomfördes i två faser. Efter de första fem intervjuerna framkom olika teman som resulterade i att vi avbröt intervjuprocessen och omvärderade vårt syfte för att bättre spegla de teman som framkommit. De teman som framkom var: autonomi, professionalism, ledning och förändringsarbete där autonomi blev ett huvudtema. Tiden mellan faserna spenderades på att fördjupa oss i litteratur kring dessa områden och det som ansetts viktigt av intervjupersonerna.

I tabellen nedan presenteras en överblick av intervjuprocessens två faser och de olika chefsnivåerna som är representerade.

<b>Chefsnivå</b>	<b>Intervjufas 1</b>	<b>Intervjufas 2</b>
Divisionschef	0	2
Verksamhetschef	2	2
Bitr. Verksamhetschef	0	1
Områdeschef	2	1
Enhetschef	0	1
Bitr. Enhetschef	1	0
<b>Totalt</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

*Tabell 1: Intervjufaser och chefsnivåer*

Intervjuerna skedde under en fyraveckorsperiod mellan den 10 april och den 8 maj 2014. Av hänsyn till intervjupersonernas pressade tidsscheman anordnades intervjuerna på intervjupersonernas kontor och på tider som de själva fick föreslå. Detta eftersom intervjuarna ville skapa en miljö där intervjupersonerna kunde känna sig bekväma att prata fritt kring sina

känslor och upplevelser. Intervjutiden varierade men varade i genomsnitt i cirka 45 minuter. Inspelning av intervjuerna skedde digitalt varefter intervjuerna transkriberades av intervjuarna för att på ett troget sätt kunna använda citat i analysarbetet. Ambitionen med intervjuerna var att intervjupersonerna skulle få tala så fritt som möjligt inom ramen för arbetet varför intervjufrågorna användes mer som en guide för intervjuerna än ett fast schema. Intervjutillfällena var uppdelade i två intervjuomgångar med en veckas mellanrum. Eftersom ett abduktivt tillvägagångssätt tillämpas i arbetet upplevdes detta som fördelaktigt eftersom författarna då hade möjlighet att djupare granska relevant litteratur kring de teman och ämnen som framkom under de första fem intervjuerna.

Intervjuschemat (bilaga 1) bestod av femton frågor som behandlade intervjupersonernas vardag, deras tankar om ledarskap och chefskap samt specifika begrepp som de eventuellt varit i kontakt med. Frågorna ställdes dock inte ordagrant och inte i den ordning som de uppkom i schemat. Vidare ställdes följdfrågor och spontana frågor som ansågs relevanta att ställa till intervjupersonerna vid intervjutillfället.

Efter de sex första intervjuerna uppnåddes en teoretisk mättnad. Detta innebär att den nya informationen som inhämtas endast bekräftar det som redan har framkommit och att ingen ny information finns att inhämta (Bryman, 2008). Till följd av detta varierades de befintliga intervjufrågorna för att säkerställa att inte intervjufrågorna var orsaken till den upplevda teoretiska mättnaden. En annan orsak till att intervjufrågorna varierades var att säkerställa att inga nya teman skulle framkomma. Detta för att bibehålla det abduktiva förhållningssättet som präglat arbetets metodologiska tillvägagångssätt.

### 3.3 Analys av empiriskt material

Intervjuerna spelades in vid intervjutillfället och transkriberades i efterhand av intervjuarna. Alvehus (2013) presenterar olika för- och nackdelar med inspelning och transkribering. Fördelarna innebär att hela intervjun spelas in ord för ord för att reducera risken för missförstånd och feltolkning. Nackdelarna är att intervjupersonen bedömer inspelningen som ett störande eller formaliserande moment i intervjun. Författarna till denna uppsats har ansett att det är nödvändigt att spela in och transkribera för att kunna citera korrekt och göra en grundlig analys. Transkribering ger dessutom möjlighet till analys av materialet i efterhand (Ibid.). Detta innebär att intervjuerna i efterhand fått möjlighet att lyssna till intervjuerna ytterligare en gång och på ett djupare plan förstå både vad som sagts och hur det sagts

(Bryman, 2008). De pauser, skratt och nyanser som framkom under transkriberingen bidrog ytterligare till en större förståelse av vad intervjupersonerna faktiskt förmedlat.

Efter att intervjuerna hade transkriberats sammanställdes den empiriska informationen och vi kategoriserade fem huvudteman ur det material som framkommit. Därefter kategoriserades informationen ytterligare genom meningskategorisering. Denna metod innebär att meningar som intervjupersonerna sagt kategoriseras enligt olika teman och värderas sedan på en skala för att motsvara hur starkt eller svagt meningarna speglar temat (Kvale, 1997). Meningar som starkt speglade temat markerades med ett plus (+) tecken, meningar som motsade temat markerades med ett minus (-) tecken och meningar som var neutrala i förhållande till temat markerades endast med färg. Detta stärkte det abduktiva förhållningssättet och tydliggjorde uppkomsten av relevanta teman. Vidare bekräftade tillvägagångssättet vår förståelse av det som sagts under intervjuerna. De teman som användes under analysprocessen var: förändringsarbete, professionella organisationer, autonomi samt ledarskap och chefskap.

### 3.4 Etiska ställningstaganden

Som tidigare diskuterats har inspelning och transkribering av intervjumaterial nackdelen att intervjupersonen kan känna sig obekvämt med att samtalet spelas in och att samtalet inte blir lika fritt som om intervjun inte hade spelats in (Alvehus, 2013). Eftersom inspelning och transkribering upplevdes som viktiga för analysprocessen ansågs dock fördelarna med denna metod överväga nackdelarna. Detta även på grund av att intervjuerna på så sätt kunde återspeglas korrekt.

Det var även viktigt för författarna att intervjupersonerna dels var helt medvetna om den metod som skulle användas och dels att de gav sitt godkännande innan intervjuerna påbörjades. Av den anledningen inleddes den initiala kontakten med varje intervjuperson med ett email där intervjupersonerna presenterades tillsammans med syftet av intervjun samt uppsatsen som helhet. Likaså inleddes varje intervjutillfälle med en kort presentation av intervjupersonerna, vår utbildning och sammanfattning av syftet med intervjun och uppsatsen som helhet. Vidare tillfrågades intervjupersonerna om intervjuerna fick lov att spela in intervjun för att sedan transkribera den. Kodningsmetodiken presenterades också för intervjupersonen så att de skulle få en förståelse av hur deras citat skulle komma att användas i analysen. Denna transparens upplevdes som positiv av intervjuerna eftersom den bidrog till att intervjupersonen kände sig mer bekväm med inspelningen och intervjun som helhet.

Vidare tillfrågades intervjupersonerna om det var villiga att medverka i studien med sin titel. Detta innebär visserligen att intervjupersonernas namn inte kommer att framträda i studien men att personer med kännedom om sjukhusets organisation kommer att kunna förstå eller på ett enkelt sätt leta upp vilken intervjuperson som har sagt vad.

## 4 Teori

*I detta avsnitt presenteras det teoretiska underlaget som kommer att användas i analysprocessen. De huvudsakliga begreppen som kommer att behandlas i detta avsnitt är: autonomi och kontroll, professioner, heroiskt och post-heroiskt ledarskap samt chefskap.*

### 4.1 Sjukhuset – professionell organisation och kunskapsbyråkrati

Många forskar i området professioner och det finns många olika idéer kring vad professioner är och vad som definierar detta begrepp (Jonnergård et al, 2008). Jonnergård et al (Ibid.) menar att det finns två sätt att definiera begreppet ”profession”. Det ena sättet att definiera innebär att lista egenskaper som en profession har och på så sätt förstå begreppet, den så kallade ostensiva definitionen. Det andra är att utgå ifrån de som kallar sig professionella och studera vad detta innebär och varför de väljer att kategorisera sig på det sättet. Detta innebär en performativ definition. Många som studerat professioner utgår ifrån en ostensiv definition. Detta för att på ett tydligt sätt kunna precisera vad det är som studeras (Ibid.). Det som utmärker professionella yrkesgrupper från andra är enligt Freidson (1994) att en yrkesgrupp, genom en kombination av specialiserad utbildning och praktisk utövning, fått ett slags monopol över vissa arbetsuppgifter. Freidson (2001) menar vidare att yrkesgruppen genom sin profession får erkännande av samhället och att de därigenom innehar kontroll över den status som professionen ger och över själva arbetsuppgifterna. Freidson (Ibid.) benämner denna kontroll som professionell autonomi. Professionell identitet är enligt Jonnergård et al (2008) en social konstruktion eftersom den kräver samhällets godkännande och att begreppet därför alltid kommer att kunna ifrågasättas och diskuteras. Vidare menar de att eftersom begreppet innebär en process snarare än en definition bör den också studeras och utvecklas. Oavsett vilken definition eller ansats som är utgångspunkten för forskningen är dock autonomi en central aspekt av hur den professionella identiteten ska förstås eftersom autonomi innebär en frihet att tillämpa specialistkunskap i en given situation.

Abbott (1988) menar att de medicinska professionerna väl exemplifierar den professionella logiken. Vidare anges sjukhus ofta som tydliga exempel på professionella organisationer eftersom de domineras av professionella yrkesutövare. Hunter (1996) förklarar dock att skiftet från den offentliga logiken till den marknadsbaserade har inneburit en förändring i den professionella strukturen. Kravet på extern kontroll och transparens inom vårdsektorn har



medfört en minskad professionell autonomi och att makten inom organisationen skiftat från läkarna till cheferna. Vidare menar Hunter (Ibid.) att professionella är stamliknande i sin natur vilket innebär att det finns många olika grupper som håller ihop och har egna agendor inom organisationen. Stammarna menar Hunter (Ibid.) finns inte endast mellan de olika professionerna utan även inom professionerna, exempelvis mellan olika specialiteter. Chefernas uppdrag enligt Mintzberg (1988) blir således inte att kontrollera arbetsuppgifter utan istället att föra ihop de olika autonoma stammarna och skapa samarbete och lojalitet gentemot organisationen. Således är sjukhusen arbetsplatser där den professionella autonomi dominerar och där arbetsgrupperna blir stamliknande och måste sammanföras.

Dock är det inte endast professionell dominans som utgör sjukhusets speciella egenskaper. Ytterligare egenskaper som är unika för sjukhusen är storleken på organisationen, att de tillämpar stordriftsfördelar vid produktion av vård och att de är hierarkiskt uppbyggda. Dessa olika egenskaper klassificerar sjukhusen ytterligare som kunskapsbyråkratier (Løwendahl, 2005 i Alvehus, 2012). Kunskapsbyråkratin har vissa specifika egenskaper, bland annat att det ofta handlar om stora organisationer som erbjuder professionella men standardiserade tjänster med volymfördelar (Løwendahl, 2005). Volym är en central del av en kunskapsbyråkrati så även en hög grad av formalisering. Denna industriinspirerade organisation skapar således förutsättningar för en krock mellan den byråkratiska och den professionella logiken (Ibid.). Även Hallin och Siverbo (2003) menar att sjukhusets organisation är inspirerad av industrin och att organisationens två logiker möts och konkurrerar om inflytande över ledning och utveckling i allt större utsträckning. Hunter (1996) menar att denna industrialisering av vårdsektorn blivit alltmer tydlig efter intåget av NPM då den offentliga logiken möter den marknadsbaserade. Eftersom effektivisering och transparens kräver mer dokumentation och formalisering innebär detta i sin tur lägre tillit till de professionella inom organisationen. På så sätt undermineras professionerna och arbetsbördan ökar vilket resulterar i att professionerna har mycket att förlora genom de reformer som implementeras.

## 4.2 Autonomi och kontroll i professionella organisationer

Autonomi beskrivs av Engel (1970) som friheten att utöva en profession utifrån den kunskap och utbildning som den professionella yrkesutövaren innehar. Detta innebär att autonomi ger möjlighet för denne att göra en kontextbaserad bedömning av varje situation där friheten att bedöma blir en viktig komponent i att säkra kvaliteten av arbetet som utförs. Vidare beskriver

Gross et al (2006) att tillhörighet till en viss profession medför autonomi som de beskriver som legitim kontroll och styrning över vissa specifika arbetsuppgifter. Professionell yrkesutövning sammankopplas således med autonomibegreppet på ett tydligt sätt där friheten att handla utefter sin egen kunskap och kompetens och därmed utvärdera varje situation blir central för att kunna erbjuda en hög kvalitet. Automin blir därmed en slags intern kvalitetskontroll. Denna bild speglas även av Erlingsdóttir och Jonnergård (2006) som beskriver den sed och praktik som styr det dagliga arbetet inom de medicinska professionerna. Inom läkarprofessionen menar författarna att det har legat på yrkesutövarna själva att utföra kvalitetskontroll genom egenkontroll av verksamheten. Praktiskt har detta skett genom anmälan via exempelvis Lex Maria eller genom intern bestraffning via professionella kårer eller grupper vilket grundas i en känsla av ansvar och moral gentemot professionen (Ibid.).

I sin studie av offentligt anställda menar Lipsky (1980) att behovet av ansvarstagande överstiger lydnad till en överordnad. Vidare menar han att dessa anställda har en skyldighet att värdera varje unik situation utifrån den individuella människans behov och omständigheter och att det till detta behövs mänsklig kunskap och kompetens. Detta betyder inte att varje situation nödvändigtvis kommer att bedömas unikt, tvärtom finns ofta organisatoriska begränsningar i hur pass autonom eller flexibel man kan vara i sina lösningar. Däremot innebär handlingsfrihet i detta sammanhang att den offentligt anställda alltid har en möjlighet att använda sig av sin egen bedömning för att kunna se varje individs unika omständighet och handla därefter. Vidare menar Lipsky (Ibid.) att handlingsfriheten innebär ett ansvar i första hand gentemot sin klient och att det därför inte kan översättas till officiella riktlinjer eller styrsystem. I praktiken innebär detta att de offentligt anställda slits emellan två lojaliteter: lojaliteten till klienten och lojaliteten till organisationen.

Automin kan delas upp i tre olika nivåer av handlingsfrihet: mikro- meso- och makronivån. Mikronivån innebär kontroll över det kliniska arbetet och utvärdering av dessa. Mesonivån innebär autonomi att hantera relationer mellan professionen och de beslutsfattande organen. Slutligen innebär autonomi på makronivå att en viss kunskapsbas accepteras och medför viss auktoritet för professionen (Gross et al, 2006; Jonnergård et al, 2008). Denna distinktion innebär att den nivå av autonomi som en yrkesverksam besitter bestäms av dennes position inom organisationen. Utöver detta bestämmer graden av autonomi var lojaliteten inom organisationen ligger. Huruvida den anställdas lojalitet ligger hos organisationen de är anställda hos eller hos den yrkesverksammas givna profession är en fråga som undersöks ytterligare av Wallace (1995). I studien visar hon att den professionella autonomin kvarstår

oavsett om den professionella yrkesutövaren arbetar privat eller offentligt. Vidare påvisar hon att den professionellas lojalitet till det valda yrket inte påverkas av organisatoriska eller strukturella omständigheter utan att lojaliteten istället påverkas av individens motivation (Wallace, 1995).

Freidson (1986) menar att professionella yrkesutövare innehar teknisk autonomi vilket gör att endast de kan utföra ett visst arbete. Han menar att det är autonomi och möjligheten att fatta egna beslut som lett till att professionella yrkesutövare fått en viss status i samhället och att de fortsätter att inneha monopol över sina arbetsuppgifter. Detta innebär således att Freidson (1986) på samma sätt som Engels (1970) definierar autonomi som handlingsutrymme att på egen hand fatta tekniska beslut kring sitt arbete baserat på specialiserad kunskap. Freidson (1986) menar dock att de professionella yrkesutövarna begränsas i sin autonomi på grund av att de inte har ekonomisk kontroll över organisationen. I senare forskning menar Freidson (2001) att det monopol som professionerna innehar över ett visst förvaltningsområde innebär att de skapar en egen hierarki som gör att de också innehar makt över andra yrkeskategorier som relaterar till deras. Erlingsdóttir och Jonnergård (2006) menar vidare att makt över de administrativa rutiner och processer som fanns inom vården traditionellt legat hos läkaren som fått stor handlingsfrihet i att arrangera både sina egna uppgifter och andra yrkesgruppers uppgifter. Detta eftersom de hierarkiskt varit i en position där de haft högst ansvar men också högst befogenhet.

Professionell autonomi är således någonting som eftertraktas och som professionella yrkesutövare strävar för att behålla eftersom det är starkt förknippat med en högre hierarkisk position och en högre grad av kontroll. Wallace (1995) menar att även när dessa yrkesutövare går från en professionell organisation till en icke-professionell organisation strävar de för att behålla sin professionella autonomi och sin specialiserade kunskap.

### 4.3 Ledarskap och chefskap i professionella organisationer

Chefer inom den professionella organisationen har en speciell roll enligt Freidson (1986). Han menar att skillnaden mellan administratörer och professionella yrkesutövare i en professionell organisation blir mer komplex eftersom det ofta är professionella yrkesutövare som innehar de administrativa tjänsterna inom organisationen. Läkare är exempelvis ofta chefer inom vården och lärare är ofta rektorer inom skolväsendet. Således har chefen själv teknisk autonomi och är ovillig att styra arbetet i den traditionella meningen. Freidson (Ibid.) menar

vidare att det är ett misstag att klassificera chefskapet och ledningen inom dessa organisationer på samma sätt som inom industrin eftersom de som ”producerar” inom verksamheten har autonomi och förfogar över sin egen tid och sina egna resurser. Denna autonomi gör att det blir omöjligt för administrationen att detaljstyra eller planera deras arbete eftersom arbetet varierar och bestäms i kontext av yrkesutövaren själv. Däremot finns ofta större planer och ramverk som sätts av stat och ledning, exempelvis genom lagstiftning och resursallokering vilket kan reglera och styra det professionella yrkesutövandet.

Enligt Mintzberg (1988) innebär ledarskap inom professionella organisationer särskilda svårigheter eftersom varje individ är oerhört kompetent och besitter ofta lång erfarenhet och utbildning. Detta gör ledarskapet komplext och innebär att ledaren för en sådan grupp tvingas att ägna sig åt något som Mintzberg kallar ”förtäckt ledarskap”. Begreppet innebär att ledaren inte berättar för den professionella yrkesutövaren vad denne ska göra utan istället koordinerar alla aktiviteter och håller ihop organisationen så att de professionella yrkesutövarna tillsammans bildar en fungerande och harmonisk gemenskap. Han menar vidare att ledare inom professionella organisationer ofta är professionella yrkesutövare själva och att de gärna praktiserar sin profession. Under den tid som spenderas på att praktisera sitt yrke frångår de ledarskapet och fokuserar istället på en autonom och professionell yrkesutövning (Ibid.).

Ytterligare en utmanande aspekt av att leda professionella yrkesutövare är det som Mintzberg (1988) kallar ”betonggolvet”. Detta innebär att en ledare inom exempelvis ett sjukhus spenderar mycket av sin tid med att leta resurser till sin enhet och försvara enheten utåt men blir bemött av ett hårt golv när auktoriteten riktas inåt i organisationen. Denna motsättning skapas på grund av att de professionella yrkesutövarna är vana vid att hantera den dagliga verksamheten på ett autonomt sätt baserad på sin professionella kompetens. Ledaren som agerar ovanför betonggolvet spenderar tid med att administrera den icke-kliniska delen av verksamheten, leda förändringsprojekt och försvara utåt medan de professionella som agerar under betonggolvet spenderar sin tid med att administrera tjänster genom komplex kunskap och teknologi (Ibid.). Vidare karaktäriseras ofta professionella organisationer av hård konkurrens mellan yrkesutövaren där ledaren måste hålla sig neutral gentemot sina medarbetare (Ibid.).

I senare ledarskapsforskning ligger mycket fokus på ett så kallat transformativt ledarskap. Detta innebär ett avståndstagande från det transaktionella ledarskapet där ledaren endast ska inneha en instrumentell roll och förhandla fram hur mycket arbete som ska ske i utbyte mot en viss lön (Sveningsson & Alvesson, 2010). Istället innebär det transformativa ledarskapet att

ledaren innehar en heroisk roll där uppgifterna präglas av romantik och mysticism varför den ibland också benämns som heroisk och där motivation och inspiration är viktiga komponenter. Ett problem med denna ansats är att ledaren förväntas leva upp till orealistiska förväntningar och inneha obegränsad kunskap om organisationen vilket medför orimliga krav på ledaren. Den post-heroiska ansatsen går ifrån den så kallade heroiska genom att den även innefattar en viss grad av pragmatism där ledaren involveras i den dagliga driften i form av exempelvis rekrytering och utbildning av medarbetare (Ibid.).

Sveningsson och Alvesson (2003) menar även att den moderna ledarskapsdiskursen kan bli problematisk eftersom ledare kan tvingas in i att leda på ett visst sätt vilket kan bli en identitetsfråga som i slutändan frånkopplar ledarskapet från verksamhetens realiteter. Sveningsson och Alvesson (Ibid.) vill därför undvika att göra en distinktion mellan ledarskap och chefskap. De menar att termer såsom chefskap och ledarskap laddas med ideologiska innebörder som inte överensstämmer med den faktiska komplexiteten som finns i verksamheten och i ledarens/chefens uppgift (Sveningsson & Alvesson, 2003).

Även Mintzberg (2009) menar att en distinktion mellan chefskap och ledarskap kan vara problematisk eftersom ledarskap inte skulle fungera utan chefskap. För att chefskap ska fungera ska det enligt Mintzberg (Ibid.) vara stadigt förankrat i verkligheten. Vidare ska ett gott chefskap härstamma ur den kreativa konsten, den analytiska vetenskapen men även det praktiska hantverket. Han menar vidare att ett gott chefskap kräver mångfacetterad och diversifierad kompetens som inkluderar kommunikation och lyhördhet och även att det bör vara kontextuellt anpassat. Mintzberg (1988) menar att detta är särskilt viktigt inom professionella organisationer där chefskapets komplexitet är framträdande och har stor betydelse för hur interaktionen mellan verksamhetens olika aktörer fungerar.

När en organisation genomgår förändring finns det enligt Kotter (1995) risk att organisationen förbiser vikten av att skapa förutsättningar för engagemang och delaktighet bland medarbetarna. Vidare kräver ett framgångsrikt förändringsarbete en gränsöverskridande koalition som kan genomföra förändringarna i samtliga av organisationens olika hierarkier. Detta gränsöverskridande och hierarkineutrala arbete underskattas ofta, särskilt i organisationer där det finns en stark hierarkisk kultur och där samarbete över gränserna är ovanligt. Kommunikationen mellan ledning och medarbetare är också en viktig aspekt som behöver beaktas för att driva igenom och förankra förändringen inom organisationen (Kotter, 1995).

#### 4.4 Professionell autonomi under hot

I ovanstående avsnitt diskuterades professionell autonomi och några olika forskares syn på begreppets innebörd. Även om forskare kan vara ganska oeniga kring begreppets faktiska betydelse och innebörd så menar Funck (i Jonnergård et al, 2008) att de flesta ändå enas kring att autonomi är ett centralt begrepp. Freidson (1994) beskriver exempelvis att autonomibegreppet är centralt för professionalism, både för att kunna upprätthålla den professionella statusen och för att skapa en förutsättning för att professionen överhuvudtaget ska kunna finnas. Freidson (Ibid.) menar dock vidare att detta endast är en idealbild av hur den professionella autonomin faktiskt fungerar. Han belyser att professionella alltid befinner sig i olika beroendeställningar och att deras autonomi alltid begränsas av exempelvis byråkratiska eller statliga regelverk (Ibid.).

Engel (1970) menar att en viss mängd byråkrati kan öka den upplevda autonomin eftersom byråkratiska organisationer ofta tillhandahåller strukturella ramar och resurser som möjliggör autonom forskning och yrkesutövning. Freidson (1986) menar tillika att det är kontroll av budget och resurser som avgör maktbalansen inom en professionell organisation. En byråkratisk organisationsstruktur skulle därför inte automatiskt upplevas som hotfull för den professionella autonomin. Däremot finns det flera studier som visar att begränsade resurser och fler regler kan leda till en upplevelse av mindre professionell autonomi. Lewis och Majoribanks (2003) menar exempelvis i sin studie av den australiensiska primärvården att minskade resurser och ett större fokus på finansiellt ansvar leder till minskade möjligheter till handlingsfrihet. Detta upplevdes generellt sett som en stor frustration bland läkarkåren som kände att deras autonomi var begränsad i mycket stor grad. Freidsons (1994) argumenterar även att professionerna är beroende av kapital eftersom det professionella yrkesutövandet i sig inte förfogar över egna medel utan att professionerna måste förlita sig på att kapital och resurser allokeras till dem. Detta innebär också ett incitament att organisera och strukturera professionen på ett sådant sätt att förhandlingskraften ökar gentemot de som förfogar över tillgängliga resurser.

Marknadsbaserad reform inom vården tillsammans med ett ökat krav på bättre transparens är därför någonting som ofta ses som sammankopplat med en minskning av den professionella autonomin (se t.ex. Blomgren, 2003, Hood, 1995, Tsoukas, 1997). Levay och Waks (2003) menar dock att ökad transparens både kan ha en begränsande och en förstörande effekt på den professionella autonomin beroende på hur aktiva de professionella är i att vara med och skapa systemen för transparens. I sin studie introducerar de begreppet ”mjuk autonomi” som

beskriver professionell autonomi där extern kontroll visserligen existerar men där de professionella deltar i formandet av kriterier och processer. Att engagemang i upprättande av processerna är viktigt för hur autonomi senare kommer att påverkas av förändringarna menar även Jonnergård och Erlingsdóttir (2008) som beskriver hur en extern kvalitetssäkring infördes för att flytta makten från de professionella och göra vården mer transparent inom svensk sjukvård. Till en början var kvalitetssäkring inte intressant för läkarna eftersom kvalitetssäkrings-modellerna fokuserade mer på administrativa uppgifter än de rent medicinska. Därför ansågs inte kvalitetssäkring som fenomen vara relevant för läkarna eftersom de inte trodde att modellerna skulle inkräkta på deras professionella autonomi. Författarna menar dock vidare att allteftersom kvalitetssäkring kom att även innefatta medicinsk kvalitet så har läkarkåren också kommit att intressera sig för dessa verktyg och börjat arbeta med strategier för att återta kontrollen över kvalitetssäkringen inom vården (Ibid.).

Sveningsson och Alvesson (2008) menar att det finns både interna och externa drivkrafter som ligger bakom förändringar. De interna innebär exempelvis att det finns ett behov av att förändra administrativa strukturer. De externa kan identifieras som exempelvis politiska, ekonomiska eller marknadsmässiga drivkrafter. De pekar exempelvis på ett ökande krav på att göra organisationer mer centraliserade, standardiserade och att skapa en mer genomskinlig struktur (Sveningsson & Alvesson, 2008). Detta framkommer även i Erlingsdóttir och Jonnergårds (2006) samt i Hunters (1996) resonemang om NPMs framväxt inom vårdsektorn och de olika förändringsprojekt som har följt. Vidare menar Sveningsson och Alvesson (2008) att förändringsarbetet har en kollektiv natur och att den är beroende av att hänsyn visas de som påverkas av förändringsprocessen. Braithwaite (1982) har problematiserat professionernas dominans och menar att en extern kontroll av professionell yrkesutövning är nödvändig för att säkerställa kvalitet och transparens. Ett sätt att lösa detta är enligt Braithwaite (1982) genom övervakad självreglering. Detta innebär att professionen själv tar ansvar för utformning av regelverk men att centrala organ såsom statliga instanser genomför en slutlig kvalitetskontroll. Detta belyser även Levay och Waks (2003) i sitt resonemang om mjuk autonomi som beskrevs ovan.

I Sverige har flera av de strategier som används för kvalitetssäkring inspirerats av 80-talets många managementdiskurser (Jonnergård et al, 2008). Exempelvis har ”*lean thinking*” implementerats på en relativt stor skala inom vården i syfte att effektivisera och förstå processer, förbättra problemlösning och minimera fel samt hantera förändringar (Mazzocato

et al, 2010). Enligt Mazzocato et al (Ibid.) var det dock svårt att hitta oberoende studier om hur *lean thinking* faktiskt fungerat och förklarar även att de under studiens gång hade svårt att hitta sammanhängande data kring hur verktyget implementerats vilket gör uppföljning och utvärdering problematiskt (Ibid.). Jonnergård och Erlingsdóttir (2008) menar vidare att kvalitetssäkringsmodeller har lyfts fram som ett sätt att öka den externa insynen i vården men att ingen gemensam nationell strategi eller standardisering införts. Denna brist på standardiserade kvalitetsmått och metoder har bidragit till att skapa ett bristande intresse och engagemang hos läkarkåren eftersom kvalitetssäkring då har uppfattats mer som en övergående trend än ett seriöst hot mot den professionella autonomi (Ibid.).

#### 4.5 Sammanfattning

I ovanstående avsnitt har teorier som är relevanta för hur professionella organisationer är organiserade presenterats och hur de professionella yrkesutövarnas förhållande till autonomi och kontroll ser ut. Forskningen som presenterats har berört olika delar av organisationen, dels yrkesutövarna och dels chefer. Vidare har forskning som berört förändringsarbete inom vården presenterats för att belysa hur autonomi och kontroll påverkas i ett organisatoriskt förändringsskede. I nästkommande avsnitt kommer dessa delar att sammanfogas med hjälp av empiriskt material för att belysa komplexiteten inom vårdsektorn särskilt då chefer också innehar en yrkesidentitet som präglas av professionell autonomi.



## 5 Empiri och Analys

*I detta avsnitt presenteras det empiriska materialet som kommer att analyseras med hjälp av det teoretiska underlaget som presenterades i avsnitten ovan. Vi kommer även att presentera begreppet ”tyglad autonomi” i avsnittets sista del.*

### 5.1 Vårdfabriken – där två logiker möts

Våra intervjuer har bekräftat att det sjukhus som vi undersökt inom förvaltningen Skånevård Sund innehar de egenskaper som utgör en kunskapsbyråkrati, nämligen att det är en stor organisation med en hierarkisk struktur, en utpräglad professionell logik och även en produktionslogik (Løwendahl, 2005; Alvehus, 2012). Eftersom kunskapsbyråkratin präglas av två olika logiker blir också förändringsarbetet i denna typ av organisation komplicerad och svårhanterlig. I nedanstående avsnitt beskrivs den strukturella komplexiteten av organisationen i förhållande till kontroll och autonomi samt hur detta påverkas av det förändringsarbete som pågår inom den studerade förvaltningen.

#### 5.1.1 Vård i förändring

Under intervjuprocessen framkom den hierarkiska strukturen i organisationen redan efter första frågan då cheferna ombads introducera sin enhet och sitt arbete. Samtliga chefer svarade genom att beskriva organisationsschemat, deras plats i organisationsschemat och enheten i siffror. Detta anser vi tyder på en hierarkisk struktur och ett byråkratiskt styre vilket enligt Løwendahls (2005) resonemang är typiska för just denna typ av organisation. Tydligt från de intervjuer vi genomfört är också att förvaltningen Skånevård Sund just nu är djupt fokuserade på sitt förändringsarbete vilket ytterligare förstärkt hierarkiernas betydelse i organisationen och drivit på en centralisering av de administrativa uppgifterna.

Denna typ av förändringsarbete beskrivs av Alvesson och Sveningsson (2008) som typiskt för ett förändringsprojekt som drivs av externa faktorer såsom marknadsanpassning och effektivisering. Projektet Skånevård 2.0 är således ytterligare ett led i att pådriva genomsynlighet och marknadsanpassning inom svensk sjukvård, vilket enligt Erlingsdóttir och Jonnergård (2006) blivit alltmer vanligt sedan NPMs intåg i svensk sjukvård på 1980-talet. Genom våra intervjuer och de beskrivningar vi fått av verksamheten innebär hopslagningen av dessa sjukhus bland annat att chefer som tidigare förvaltat ett geografiskt område nu får fyra vilket ställer stora krav på organisering och delegering. Många av cheferna

är dessutom nytillsatta och vissa av de enheter vi besökte är helt nya, utan att ha tidigare haft en budget och med helt nya uppgifter.

I våra intervjuer fick vi dock bekräftat att verksamheten i sig och uppdraget är detsamma.

Angående sitt uppdrag berättade en chef att:

*”Utöver att det här tåget rullar på och där vi tar hand om patienter så hanterar vi också den här stora förändringen som sker... så man kan säga att det nästan är två jobb.” (DC2)*

I detta korta citat speglas komplexiteten av de förändringar som skett. Det finns dels en förvaltning, en tydlig organisation som just nu byggs och där roller, verksamheter, enheter och styrsystem skapas men det finns också en verksamhet som är som den alltid varit. Patienter kommer in och ut ur verksamheten och blir behandlade för sina åkommor av vårdpersonal. Häri belyses skillnaderna mellan den professionella logiken och produktionslogiken på ett mycket tydligt sätt. Skånevård 2.0 har som målsättning att skapa möjligheter för, “bättre ledningsstrukturer och smidigare samarbeten för att hälso- och sjukvården i Region Skåne framöver ska kunna använda samlade resurser mer optimalt” (Region Skåne, 2013). Uppdraget att erbjuda god vård är dock detsamma liksom medarbetarna som genomför det dagliga arbetet i verksamheten.

Att införa marknadslogik och effektivisering i en professionell organisation har visat sig historiskt vara komplicerat (Erlingsdóttir och Jonnergård, 2006; Hunter, 1996). Vidare är toppstyrda lösningar där förändringen inte förankras hos medarbetarna svåra att implementera eftersom medarbetarna kan känna sig maktlösa och inte delaktiga (Kotter, 1995; Levay och Waks, 2009). Cheferna vi intervjuade uttryckte vissa svårigheter med att förankra de förändringar som Skånevård 2.0 medfört för verksamheterna. Exempelvis menade en chef att:

*”Vi kan inte pressa in ett processtänk i någonting som inte tänker så. Och sen tror jag att vi måste arbeta med medarbetarkraften. Det kan inte vara så att jag som divisionschef sitter och hittar på lösningar.” (DC1)*

Freidson (1986) menar att chefer inom professionella organisationer ofta är ovilliga att detaljstyra verksamheten på grund av att de professionella yrkesutövarna handlar autonomt och utefter sin professionella kompetens. Vi anser att chefen ovan exemplifierar detta då han menar att processtänk inte kan implementeras om inte organisationen är mottaglig för det. Förändringsarbetets framgång är således beroende av hur väl organisationen hanterar de olika

logikerna. Att organisationen dessutom innehar en inneboende hierarki som ökar i takt med att förändringsarbetet fortgår komplicerar arbetet ytterligare.

Vidare framkom att den professionella autonomin tillsammans med den hierarkiska styrningen också lade grund för en komplexitet som utgjorde ett hinder för de chefer som vi intervjuade i deras dagliga arbete. En chef beskrev sin syn på organisationen:

*”Det är väldigt omodernt, det är väldigt traditionellt. Jag brukar säga lite halvt på skämt och halvt på allvar att det inte har tänkts många nya tankar här under de sista 30 åren... det är väldigt doktorsstyrt på ett väldigt märkligt sätt... Det måste finnas ett PM och det måste finnas regler och sen följer ingen reglerna och PM:en men det bryr man sig inte över (sic).” (VC1)*

Här finns en inneboende paradox. Chefer försöker tillämpa ett mjukare och mer inkluderande tillvägagångssätt som premierar autonomt agerande. Medarbetarna inom verksamheten signalerar dock att det måste finnas regler, struktur och kontroll. Sveningsson och Alvesson (2010) menar att det transformativa ledarskapet innebär mindre detaljstyrning. Samtliga chefer vi har intervjuat vill identifiera sig med ett ”modernt” ledarskap. De beskriver detta i ledande och coachande termer och vill understryka vikten av att medarbetaren agerar autonomt. Detta speglar en vilja att utöva ett ledarskap till större del än ett chefskap. Mintzberg (2009) menar dock att denna distinktion kan innebära problem eftersom de administrativa uppgifterna förminskas. Vi menar vidare att eftersom förändringsarbete innebär en ökning av administration och detaljstyrning blir chefskapet viktigt för att verksamheten att fungera, särskilt under förändringstider.

### **5.1.2 Fyrkanter med streck emellan – Byråkrati och hierarki inom vården**

Hunter (1996) menar att det finns en inneboende misstro mot reform som hotar att reglera och kontrollera den professionella autonomin. I våra intervjuer har vi upplevt att det finns en cynism och skepticism mot hierarkier som implementerats av förvaltningsledningen i syfte att skapa tydlighet och struktur i organisationen. En chef uttrycker detta genom att säga:

*”När de börjar att rita upp de här fyrkanterna med streck emellan, så känner jag att jag nästan stänger av lite...” (Bitr. EC1)*

Däremot finns en mer organisk professionell hierarki inom verksamheten som kan kopplas till Hunters (1996) idé om stammar inom professionella organisationen. Chefen ovan berättar vidare att:

*”På golvet är det mycket hierarkiskt. Jag kan inte se att vi här i ledningen har det hierarkiskt men på golvet kan jag tycka att det är det...Jag tror kanske det måste vara så också...Jag tror inte att det funkar på något annat sätt, faktiskt.” (Bitr. ECI)*

Freidson (1994) menar att den professionella autonomin som åtföljs av hierarki alltid kommer att förekomma inom en professionell organisation och att denna autonomi är avgörande för att verksamheten ska fungera. Vidare belyser Hunters (1996) resonemang kring stammar att hierarkin som uppstår inom vårdmiljön existerar för att bibehålla kontroll över arbetsuppgifterna och även kontrollera andra arbetsgrupper vilket speglas i citatet ovan. De flesta chefer som vi intervjuade var väl medvetna om att verksamheten måste fungera på detta sätt och uttryckte uppskattning för den autonomi som fanns, vilken kopplades av cheferna till hög kompetens. Dock kunde vi utläsa att cheferna hade olika ledarskapsstrategier för att hantera denna autonomi och att de cheferna som nu fanns i organisationen ibland ärvt en verksamhet som styrts av hård kontroll. En områdeschef vi intervjuade upplevde att:

*”Denna avdelningen var oerhört hierarkisk när jag kom och jag har bara varit här i ett år. Så vi lever fortfarande med att de tycker att det är jätteskönt när chefen bestämmer och de blir rätt oroliga av mitt sätt att leda. De tycker att det är flummigt och märkligt. Men jag tror på att om man verkligen... ska ge folk ansvar så måste man göra det fullt ut.” (OCI)*

Denna chef accepterade alltså att medarbetarna hade kompetens och lämnade dem ganska fria att sköta sina uppgifter. Det framkom även att det under förändringsarbetet skett flera hopslagningar av tjänster vilket har inneburit att ansvarsområden har utvidgats, vilket i sin tur innebär att cheferna uppfattar att de inte längre har möjlighet att detaljstyra verksamheten på samma sätt som tidigare. Praktiskt innebär detta för många av de som vi har talat med att ett annat sätt att styra blir nödvändigt, där byråkratin av praktiska- och tidsskäl får ge plats till autonomi och tillit. Det sätt som cheferna beskriver sina avdelningar och ansvarsområden speglar alltså mer än bara konservativa och hierarkiska värden. De berättar även att organisationen är komplex och omfattande med många anställda som alla innehar komplicerade arbetsuppgifter och där organisering och ansvarsled blir nödvändiga pragmatiska konsekvenser för att säkerställa att verksamheten överhuvudtaget kan fortgå.

Hallin och Siverbo (2003) menar att det finns en konkurrens mellan professionell och byråkratisk logik över makt och inflytande. Som antydde av verksamhetschefen ovan har det också framkommit i våra intervjuer att den professionella logiken har omfattande betydelse i organisationen, både för den hierarkiska strukturen och för styrningen av verksamheten. Många av cheferna inom organisationen tillhör den professionella kåren vilket ökar komplexiteten ytterligare eftersom de själva också innehar två olika, och ibland motsatta, logiker. I våra samtal beskriver många av cheferna som vi har intervjuat att de också är kliniker. Några beskriver sig till och med som kliniker i första hand. Exempelvis en verksamhetschef som uttryckte att:

*”Om min chef hade sagt till mig att nu får du fanimej välja, nu får du välja... antingen så är du doktor eller chef, ja, då hade jag valt att vara kliniker.” (VC2)*

Detta citat är ett exempel på den professionella logikens dominans i verksamheten. Den professionella logiken genomsyrar alltså organisationen trots att den är industriellt präglad. Den byråkratiska logiken uppvisas genom den hierarkiska och organisatoriska strukturen men i våra samtal har vi i samtliga fall identifierat den professionella logiken som framträdande.

### **5.1.3 Att bryta igenom betonggolvet – Förändring i en skeptisk organisation**

Løwendahl (2005, i Alvehus, 2012) beskriver att den professionella logiken och den byråkratiska logiken ofta krockar i kunskapsbyråkratier och att det just är här i denna typ av organisation som krockarna blir mest tydliga. Detta innebär att förändringsprojekt som syftar till effektivisering och industrialisering av vården skulle kunna bli mycket problematiska att förankra i en professionell yrkeskår vilket också bekräftades i våra intervjuer. Många av intervjupersonerna menade att det fanns svårigheter att förklara förändringar om de bara skulle innebära effektiviseringsvinster. Således blir cheferna ute i verksamheten tvungna att antingen sära på logikerna och ensamma försöka att pussla ihop de praktiska konsekvenserna eller hitta sätt att kommunicera förändringarna på ett sätt som motiverades av professionella värden. En bitr. verksamhetschef menar exempelvis att:

*”Om man ska få läkare med på båten så krävs det mer tid att förankra besluten än i enklare produktionsfabriker och liknande, tror jag.” (Btr. VC1)*

Många chefer ser således delaktighet i den professionella kåren som en förutsättning för att de ska kunna arbeta med förändringar och på ett effektivt sätt förankra dem i verksamheten. Tillika berättar verksamhetscheferna att de använder sig av sin professionella status både för att få förtroende från sina medarbetare men också för att vara en länk uppåt, så att de problem som upplevs i verksamheten når beslutsfattare längre upp i hierarkin. Detta anser vi också är ett strategi som används för att komma igenom det av Mintzberg (1988) kallade ”betonggolvet” där administration och profession aldrig möts. Många av de vi intervjuade menade att det skulle vara en stor nackdel att inte arbeta kliniskt:

*”Jag tror att det är farligt att hamna som ren administratör för man förlorar greppet om verkligheten rätt så snabbt...man får väldigt mycket gratis av att jobba som kliniker också.” (VC2)*

En annan av verksamhetscheferna delar denna åsikt och menar att:

*”Om man bortser från att det är lite belastande för mig själv som person så är det ett otroligt bra sätt att skapa sig en bild om det här sjukhuset, då. När man går rond på alla patienter under en lördag så ser du direkt var alla bristerna finns någonstans. Plus att det sänder en, tror jag, en rätt så bra signal också till de medarbetare som jag har. De förstår att jag har inte lämnat det vanliga golvet utan att jag vet vad de utsätts för på olika sätt och hur det faktiskt ser ut.” (VC4)*

Det kliniska arbetet blir således en strategi för verksamhetschefen att kunna hantera de två logikerna som återfinns i chefens vardag och att lyfta fram verksamheten och göra den synlig för beslutsfattare inom organisationen. Det blir även ett sätt för cheferna att närma sig sina medarbetare och att signalera att chefen tillhör arbetsgruppen. Under intervjuprocessen har det dock framkommit att detta sätt att kombinera logiker på ett praktiskt sätt tenderar att stanna vid verksamhetsnivå och följer inte med i det hierarkiska ledet. Ett exempel på detta är att en av divisionscheferna som vi talade med ansåg inte att det var fördelaktigt att kombinera chefskapet med en klinisk roll inom verksamheten:

*”Om man ska vara chef så måste man på något sätt komma till ett vägval man kan inte både vara doktor och chef utan nu är jag chef. I grunden är jag doktor men i min profession är jag chef. Och jag tror, och nu kommer säkert många till att skjuta mig, men jag tror inte på att man ska sitta på två stolar. För sitter du på två stolar blir det väldigt svårt du blir sårbar som chef och*

*du kan tror jag i slutändan få svårt att ta vissa beslut... det blir en konflikt mellan den kliniska verksamheten och de beslut som du måste göra.” (DC1)*

Divisionschefen skiljer här tydligt på den byråkratiska- och den professionella logiken. Genom citatet framkommer en tydlig distinktion mellan organisationens administrativa beslut och besluten som tas i verksamheterna. Skillnaden mellan de två perspektiven anser vi vara ytterligare en spegling av att organisationen är hierarkisk och att hierarkin används för att distansera produktionslogiken från den professionella logiken. Det följer att ju fler ekonomiska, politiska och organisatoriska beslut som rollen kräver, desto svårare blir det att delta i det verksamhetsnära arbetet. Denna distansering kan dock bli problematisk eftersom den professionella kåren endast accepterar teknisk övervakning eller begränsningar i sin autonomi om den sker genom representanter för den professionella yrkesgruppen (Freidson, 1986). Detta illustreras i följande citat:

*”Jag tror att för mig är det väldigt bra att ha den mixen. Jag tror att du vinner väldigt mycket respekt i din omgivning att ha båda sidorna av det. Att om jag hade valt att bara vara ren administratör och sitta i det här rummet utan att vara ute och jobba liksom, som mina övriga kollegor, och vara på operation, och vara på mottagningen, och akuten och så vidare, man får så mycket gratis av det.” (VC2)*

Sammanfattningsvis drar vi slutsatsen att förvaltningen Skånevård Sund är en typisk kunskapsbyråkrati där den professionella logiken och produktionslogiken finns starkt representerade och där logikerna krockar. Tillämpning av skalfördelar och externalisering av kvalitetskontroll sker genom effektiviseringsåtgärder och förändringsprojekt som leds på regionsnivå, exempelvis Skånevård 2.0. Verksamheterna är dock fortsatt professionsorienterade och oförändrade i sitt uppdrag vilket orsakar både ideologiska och pragmatiska svårigheter.

#### **5.1.4 De två kan aldrig mötas – Logikernas distansering**

I den förvaltning vi har undersökt har de svårigheter vi beskrivit ovan hanterats genom att distansera de två logikerna ifrån varandra genom hierarkiska led. Distansering sker även genom att bedriva ett förändringsarbete där direktiv sker ovanifrån vilket enligt Jonnergård et al (2008) är ett resultat av NPM rörelsens försök att externalisera styrningen av professionerna. Den professionella logiken styrs av ett starkt behov av att ha kontroll över

arbetsuppgifter och verksamhet (Freidson, 1986). Eftersom många av cheferna själva innehar en professionell logik skapar dock distanseringen inte den önskvärda styrningsmöjligheten utan istället ett glapp mellan kliniskt verksam och administrativ personal. Kotter (1995) menar att ett framgångsrikt förändringsarbete är beroende av ett engagemang som genomsyrar alla organisationens olika delar. Vi menar därför att glappet mellan den administrativa och kliniskt verksamma personalen påverkar förutsättningarna för att driva igenom olika förändringsprocesser och att det kan finnas en stor fara i att distansera beslut för långt ifrån medarbetarna.

Av diskussionen ovan framkommer alltså att det är komplicerat att leda professionella organisationer. Detta är dels på grund av den starka hierarkin som finns i organisationerna och dels på grund av den autonomi som medföljer den professionella rollen (Abbott, 1988). Vi menar att den förändring som nu sker inom Region Skåne är typisk för ett post-NPM tänkande, som enligt Jonnergård och Erlingsdóttir (2006) innebär att det finns en vilja att frångilja kvalitetskontrollen och den ekonomiska styrningen av verksamheten från professionella yrkesutövare till administrativa poster. Av de intervjuer vi har genomfört har det framkommit att den ekonomiska makten i organisationen inte finns i verksamheten utan på regional nivå vilket begränsar yrkeskårens möjlighet till deltagande i beslutsfattande. Dessa begränsningar skapar ofta motsättningar mellan den professionella yrkeskåren och cheferna eftersom det är cheferna som sätter begränsningarna inom organisationen. I de fall cheferna själva är professionella yrkesutövare ser vi vidare att de uppfattar och är medvetna om de olika logikerna som förekommer i organisationen. Intervjuerna som genomförts bekräftar att samtliga chefer inom organisationen känner att de innehar en stor grad av autonomi men att denna begränsas av olika faktorer, såsom ekonomi och politiska beslut. Dessa begränsningar beskrivs ofta av cheferna som ”ramar”. Chefer på alla nivåer i organisationer uttryckte att de kände sig självständiga:

*”men jag har alltid fått jobba rätt självständigt ... Av någon anledning har jag alltid klarat mig att få göra vad jag vill självständigt.” (VC1)*

Men samtidigt var det många som uttryckte att de tyckte att det var svårt att vara chef just på grund av att medarbetarna besitter hög integritet och autonomi vilket gör att beslut ständigt ifrågasätts:

*”Det är det svåraste man kan vara chef för... för det första så vill ju alla ha synpunkter på det... för det andra har de som jobbar här ofta väldigt hög integritet och förmåga att ta egna beslut...det blir en viss framvaskning. Är*



*man beslutsrädd eller tycker att det är obehagligt, då orkar man inte vara här.” (VCI)*

Trots att cheferna upplever att de ständigt ifrågasätts uttrycker de oftast att ifrågasättandet är positivt eftersom det också är en form av intern kvalitetssäkring. Situationerna som uppkommer är dock långt ifrån enkla att hantera. I en diskussion beskrev en chef sin relation till en högre chef och berättade att det ofta uppstod diskussioner kring olika beslut och att dessa i vissa fall kunde uppfattas som att verksamhetschefen inte var lojal till organisationen. Lipsky (1980) menar att professionella oftast uppvisar en lojalitet gentemot sin klient framför den organisation de är anställda av. Vi upplevde att detta kunde bli problematiskt för cheferna vi intervjuade eftersom de ofta fick agera språkrör mellan de två logikerna. När de lyfte problem till högre ledningsnivåer kunde de ibland uppfattas som illojala mot organisationen trots att de agerade utifrån patientens bästa. Genom att distansera beslutsfattandet från verksamheten skapas det ytterligare tillfällen för denna typ av lojalitetskonflikt där medarbetaren inte får en helhetsbild av verksamheten och inte ser kopplingarna mellan besluten som fattas och den patientnära verksamheten. Vidare beskriver cheferna att de själva också känner begränsningar i hur mycket makt de har inom organisationen och hur mycket input som finns i exempelvis ekonomiska eller politiska beslut. Detta märks inte minst då de beskriver den frustration som finns över den hierarkiska strukturen och sin egen plats, långt ifrån besluten. En bitr. enhetschef uttrycker exempelvis att:

*”Jag är i en ruta någonstans, tillsammans med de andra.” (Bitr. ECI)*

Engels (1970) och Lewis och Majoribanks (2003) menar att det inte endast är byråkrati som skapar begränsningar i autonomin på mikronivå utan att det istället är ekonomiska faktorer och en bristande möjlighet att fatta beslut som påverkar upplevelsen av professionell autonomi inom organisationen på ett negativt sätt. En bitr. verksamhetschef uttrycker detta såhär:

*”Det tråkiga är ju att det finns väldigt många beslut som man inte kan påverka och det får man ju förhålla sig till och inse att antingen så får jag ju sträva efter att bli chef på en mycket hög nivå och då kommer mina påverkansmöjligheter att stiga men samtidigt, även på den nivån finns det ju beslut som man inte själv kan råda över och så är det ju. För alla.” (Bitr. VCI)*

Andra chefer beskriver samtidigt att de inte bara begränsas av de ovannämnda faktorerna men också att de känner ett ansvar gentemot organisationen i sin styrning av verksamheten. De utövar styrning genom sin position i det hierarkiska ledet, främst för att kunna utkräva ansvar men också för att själva ha kontroll på verksamheten och kunna återrapportera uppåt. Exempelvis beskriver en verksamhetschef såhär:

*”Nej, de sköter sig inte själva. De måste inspireras, de måste styras och de måste på något sätt ändå tyglas. Om man lyckas med det, så är det ganska enkelt. Man kan inte låta dem bli autonoma, då blir det anarki.” (VC2)*

## 5.2 Professionellt ledarskap i förändringstider

I avsnitten ovan belyste vi strukturen i organisationen och hur de två logikerna som finns ibland skapar friktion. Vi belyste även dynamiken på sjukhuset som präglas dels av professionell autonomi och dels av kontroll. Den kontroll som existerar ökar dessutom till följd av de åtgärder som genomförs genom förändringsarbetet som organisationen just nu genomgår. Detta anser vi speglar en förändring som skett i stort inom vårdsektorn, där den marknadsbaserade logiken introducerats för att omfördela makten i organisationen och göra den mer transparent. Som följd av reformerna har dock kontrollåtgärderna inom organisationen ökat och den professionella autonomin minskat. Trots detta anser vi att det finns en stor grad av frihet inom organisationen och tillit till medarbetarna. Cheferna vi talade med ansåg alla att det var viktigt att vara motiverande och att lyfta sina medarbetare vilket vi tolkar som att de tillämpar ett transformativt ledarskap. Dock anser vi att de ändå känner sig begränsade i sitt chefskap och i den autonomi de nu besitter på mesonivå på grund av kontrollfaktorer. I nedanstående avsnitt presenteras de intervjuade chefernas upplevelser av autonomi och kontroll i verksamheten samt deras upplevelser av detta i relation till det förändringsarbete som pågår.

### 5.2.1 Det tar en sekund så har hon koll – Tillit och autonomi i verksamheten

Cheferna påpekade i ett flertal exempel vikten av att kunna lämna beslut till yrkesutövarna och lita på att de har yrkeskunskapen som krävs för att göra bedömningar inom sin yrkesroll. Exempelvis berättar en områdeschef att:

*”En duktig sjuksköterska kan gå in i ett rum och direkt känna att här är det något som inte stämmer, alltså det tar en sekund så har man koll.” (OC1)*

Vidare finns ett större perspektiv inom chefsleden där det professionella kunnandet och den professionella autonomi erkänns som viktiga faktorer för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett professionellt sätt.

*”Vi lever ju på det professionella kunnandet i yrkesrollen som alla har här väldigt tydligt och då bygger det på att de därmed är trygga och har en klar idé om hur de är i sin profession. Så att PM:en ska vara så få och så korta som möjligt.” (VC1)*

Således visar våra intervjuer att organisationen genomgår förändringar som innebär att styrning och kontroll koncentreras inom regionen och att beslutsfattande och handlingsfrihet på så vis begränsas i verksamheterna. Detta innebär i sin tur att cheferna vi har intervjuat känner sig begränsade till följd av olika faktorer exempelvis ekonomi. Däremot känner sig cheferna också autonoma i sin yrkesutövning och i sitt chefskap vilket står i kontrast till de konsekvenser som förändringsprocessen ger upphov till. Detta på grund av att de innehar teknisk autonomi vilket också påverkar deras attityder och implementering av chefskap. Dock har det även framkommit av samtliga chefer som vi har intervjuat att känslan av handlingsfrihet endast existerar inom vissa externt satta ramar.

Det har framkommit genom våra intervjuer att cheferna inom förvaltningen Skånevård Sund beskriver sig själva som motiverande, ledande och coachande. Detta anser vi tyder på att det finns ett transformativt chefsideal inom verksamheterna. Vidare finns ett stort förtroende för de medarbetare som driver den dagliga verksamheten. Som diskuterades i ovanstående avsnitt anser vi att detta förtroende beror på att medarbetarna innehar en stor teknisk kompetens och att cheferna litar på att medarbetarna fullföljer sitt uppdrag utifrån denna kompetens och patientens bästa. En verksamhetschef uttrycker denna tillit såhär:

*”Den viktigaste uppgiften som en chef har det är att kunna delegera. Och delegera rätt saker till rätt personer utan att hålla handen i syltburken själv eller lägga sig i för mycket.” (VC2)*

I våra intervjuer fann vi även att cheferna gärna lämnade sina medarbetare att sköta sig själva, även om vissa uttryckte att det krävdes en viss mängd styrning också. Vi upplevde att de chefer som beskrev styrning som en viktig och självklar komponent i sitt chefskap i själva verket arbetade på ett mer stödjande sätt med sina underordnade. Vidare sågs kontrollerande åtgärder generellt sätt som negativa. Exempelvis beskriver en verksamhetschef att:

*”Jag tror kontroll, det skapar bara oro och osäkerhet.” (VC1)*

Samtidigt som cheferna uttryckte en vilja att låta medarbetarna styra sig själva fanns också mycket fokus på att vara närvarande ute i verksamheten och att erbjuda medarbetarna stöd vid behov. Synlighet, närvaro och stöd var teman som framkom i samtliga intervjuer. De flesta uttryckte sig ungefär som en bitr. enhetschef som berättade att:

*”Jag tror på det här att vara synlig” (Bitr. EC1)*

Många av cheferna, särskilt de som arbetar kliniskt, berättar att det är viktigt att vara ute bland medarbetarna inte endast för att agera stödperson utan också för att bilda sig en egen uppfattning om den verksamhet som de leder. Detta för att kunna återge exempel och underlag som möjliggör beslutsfattande på en högre nivå. På så sätt gör chefen sig själv delaktig i besluten och skapar möjlighet att påverka. Vidare blir chefen på så sätt en länk mellan den administrativa och den kliniska verksamheten.

*”För man vill ändå vara en person att kunna påverka, både för sig själv och sin omgivning, och för den verksamhet som man jobbar inom. Att man vill vara med och driva istället för att stå vid sidan om och klaga.” (VC2)*

Den förändring som har skett innebär att många av cheferna som vi talat med har flera geografiska ansvarsområden. Detta innebär att de inte ständigt kan vara närvarande på en och samma plats utan att de får flytta runt bland sjukhusen för att kunna vara närvarande i verksamheten. Denna förflyttning skapar mycket stress eftersom chefen inte har lika stor möjlighet att hantera det dagliga arbetet på de olika sjukhusen. För att kunna bibehålla kontakt med de olika enheterna på de olika sjukhusen skapas det mycket administrativa rutiner såsom mail- och telefonkontakter. Samtliga chefer uppgav att mejlkorrespondens var en central del av deras dagliga rutin och upptog en stor del av deras arbetstid. Således blir cheferna ytterligare distanserade från den dagliga verksamheten och får förlita sig på att de underordnade förstår målsättningarna för verksamheten. Kommunikation blir därför en av chefernas viktigaste uppgifter. I övrigt var det ganska svårt för cheferna att beskriva vad de faktiskt hade för konkreta uppgifter i organisationen. En områdeschef berättade att:

*”Det är obegripligt, vad jag gör. Egentligen... Rent generellt så ser man sig som någon slags utrikesminister. Den som håller avdelningen utåt.” (OC1)*

Här uppvisas en typ av koordinationsroll där chefen dels förhandlar med ledning och andra enheter samt med andra verksamhetsområden men också kommunicerar information tillbaka in i verksamheten. Mintzberg (1988) menar att chefskapet i en professionell organisation innebär att chefer innehar en roll som till stor del består av samordning och koordinering av

verksamheten istället för styrning och kontroll. Chefen ovan belyser dock även en bild av att rollen som chef till stor del präglas av att representera organisationen utåt vilket vi anser tyder på en stor grad av självständighet bland medarbetarna. Vidare upplevde vi att många av cheferna inte blivit tilldelade uppgifter utan organiserar sitt eget arbete till största del. Områdeschefen ovan berättar vidare att:

*”Jag har ingen arbetsbeskrivning eller någon som säger till mig, nu ska du göra det idag, eller liksom... det får jag själv lägga upp. Men man har ju väldigt mycket möten, så på det viset är det ju inte så fritt.” (OC1)*

En verksamhetschef berättade även att mycket arbetstid lades på representera avdelningen externt men även inom organisationen:

*”I det ingår delvis ett revirbevakande. Det låter negativt men för mig är det att skapa tydlighet i vad kan vi och vad kan vi inte.” (VC1)*

## **5.2.2 Motivera och inspirera – Transformativt professionellt ledarskap**

Många av cheferna vi talade med uttryckte att chefskapet var en rolig och givande uppgift trots de utmaningar som beskrivits ovan. Flera av cheferna berättade att de i unga år hade varit ledare för diverse storklubbar och skolorganisationer vilket de ansåg vara direkt kopplat till deras nuvarande positioner. Således är ledarskapet för många en naturlig utveckling av den professionella rollen. Ledarskap enligt Alvesson och Sveningsson (2003) kan i många fall bli en identitetsfråga om den kopplas till ideologiska innebörder. I många fall uppvisade de chefer vi talade med att de kunde identifiera med ledarskapet på ett ideologiskt plan. De såg sin uppgift som motiverande och inspirerande vilket vi därmed tolkar som ett uttryck för ett transformativt ledarskap. Som Sveningsson och Alvesson (2008) beskriver kan det dock finnas svårigheter med detta chefsideal eftersom det skapar svårigheter att leva upp till de höga krav som ett sådant ideal medför. Vi anser detta särskilt problematiskt eftersom det finns många administrativa uppgifter som ska hanteras i förändringsarbetet som cheferna har en central del i att lösa. Som exempel kan nämnas att de IT-baserade stödsystemen som hanterar löner och andra personalrelaterade uppgifter inte hade fungerat under lång tid vilket har skapat stor frustration.

Många beskriver dessutom att de inte tror att alla inom professionen besitter de egenskaper som krävs för att kunna utföra jobbet. Vi anser att många av cheferna söker sig till positioner där de kan utöva ledarskap och att ledarskapsidealen behövs för att cheferna ska söka sig till dessa positioner. Dock anser vi, liksom Sveningsson och Alvesson (2008), att innebörden av ledarskapet kan förtydligas så att det även speglar de uppgifter som utgör chefskapet och att inte chefsuppgifterna behöver förringas, särskilt under förändringsarbetet då den koordinerande rollen blir alltmer betydande. En verksamhetschef beskrev sin förståelse för skillnaden mellan chefskap och ledarskap genom att berätta att:

*”Ledare har jag nog alltid varit. Chef är en titel där man använder sitt ledarskap. Ledarskapet är verktyget för att vara chef som jag ser det.” (VC1)*

Förutom det transformativa perspektivet innehar cheferna också ett perspektiv som innebär att autonomt förhållningssätt inom sina verksamhetsområden. Vidare anser vi att cheferna även har ytterligare roller som ambassadörer, förhandlare och koordinatörer inom förvaltningen. Enligt Freidson (1986) är denna roll typisk för chefer inom professionella organisationer eftersom de inte behöver leda och detaljstyra arbetet på samma sätt som i andra typer av organisationer. Mintzberg (1988) menar också att chefer inom professionella organisationer har en mer koordinerande roll. Detta på grund av att medarbetarna redan besitter autonomi som innebär att de till stor del har möjlighet att styra över sina egna arbetsuppgifter utan chefs inblandning.

Genom intervjuprocessen har det på ett väldigt tydligt sätt framkommit att cheferna i organisationen värdesätter sin personal och vill uppmuntra och stötta dem i sitt arbete. Vidare har det kommit fram att många chefer själva väljer att arbeta mer än vad som krävs av dem för att uppnå detta mål. En enhetschef berättar exempelvis hur hon möter sin nattpersonal:

*”Jag är ju här ungefär klockan 6 och det är ju för att jag ska möta nattpersonalen. För, jag har ju, alltså, när jag jobbar på golvet saknar jag ju det, att jag aldrig hade någon, jag såg aldrig någon chef när jag jobbade nätter och så så att jag har bestämt mig att jag vill att de ska känna och också kunna se att de har en chef som bryr sig och kan säga hur er natt varit? Hur har helgen varit? på måndag morgon och så, så att jag är här tidigt och möter dem... Jag kan mycket väl gå ut och ta en runda på golvet och säga nu tar vi de här rummen på morgonen och så, för att jag tycker jag har koll på*

*min personal om jag är ute. Annars kan jag ju inte veta hur de jobbar. För mig är det jätteviktigt att vara ute och vara synlig.” (EC1)*

Vi anser att kommunikation och engagemang formar relationer som kan ligga till grund för bättre kommunikation och en högre grad av förtroende för cheferna och ledningen inom förvaltningen. Cheferna som driver på det detta starka engagemang inom organisationen är alltså viktiga inom förändringsarbetet dels eftersom de underlättar kommunikationen mellan medarbetare och förvaltning samt även att de skapar ett förtroende och en lojalitet till organisationen som är ömsesidig. Kotter (1995) menar att gränsöverskridande koalitioner är viktiga inom förändringsarbetet liksom tydlig och trovärdig kommunikation. I det förändringsarbete som regionen genomgår är det alltså viktigt att stötta och lyfta fram de chefer som själva initierar ett sådant medarbetarengagemang. Vidare är det många chefer inom organisationen som uttrycker att en av anledningarna de sökte sig till chefskapet var att få möjlighet att påverka situationen för medarbetarna och att minska den organisatoriska hierarkin. En bitr. enhetschef berättar exempelvis att:

*”Jag brinner för att folk ska trivas...jag vill få in det mänskliga i ledarskapet.” (Bitr. EC1)*

Det har dock varit svårt för många av de chefer vi talat med att genomföra en konkret och bestående förändring för sina medarbetare eftersom det ofta har funnits ekonomiska och strukturella hinder som begränsar deras möjligheter till detta. Många beskriver vidare att de arbetar långa timmar och utan möjlighet att koppla av. Vidare beskriver de att det finns ringa möjlighet att påverka de beslut som fattas och som slutligen kommer att ha konsekvenser för både medarbetare i organisationen och verksamheten i stort.

*”Tid att fundera har man alltid... Sen är det ju så som chef att det finns ju i princip alltid här inne (pekar på huvudet). Som chef på min nivå eller högre. Tror jag. Det stämmer nog för alla chefer. Man släpper det inte någon gång. Det tycker jag är kasst, men så är det.” (VC3)*

Förändringsarbetet som sker genom projektet Skånevård 2.0 skapar mycket osäkerhet och otydlighet inom organisationen vilket sätter stor press på cheferna att driva igenom olika åtgärder som kanske inte alltid är lätta att kommunicera ut till medarbetarna inom organisationen. Eftersom förändringsarbete är kollektivt i sin natur och påverkar samtliga medarbetare och chefer menar Alvesson och Sveningsson (2008) att det är viktigt att även lyfta fram medarbetarnas tankar, åsikter och röster kring förändringsprojektet. Trots att

cheferna ofta visar ett stort engagemang kring sitt eget arbete och sina medarbetare, tillåter inte förändringsprocessen och organisationsstrukturen medarbetarnas delaktighet på ett regelbundet och organiserat sätt.

*”Så det är ju jätteviktigt att kunna påverka och det tror jag är det som är svårigheten med en sådan jätteorganisation att det är svårt att göra det... Men de personliga mötena kan påverka en del. Vi får ju fördelen här är ju att du får ju möjlighet att faktiskt träffa rätt så många beslutsfattare och även om jag inte ser direkt... en direkt effekt av det jag bad om eller framförde och sådär så får man ändå en känsla av att jag har i alla fall något att säga. Jag har fått framföra vad jag tror är en klok lösning i det här fallet och hur man ska tänka strategiskt och så. Sen är det ju mottagaren, om det är en politiker eller en regiondirektör eller någonting annat... Hur de hanterar det sen det kan jag ju inte göra någonting åt men det är kanske en illusion av att kunna påverka ibland som ibland får räcka.”*  
(VC4)

Utöver chefernas individuella engagemang i förändringsarbetet krävs ett stöd till de chefer som har direkt och daglig kontakt med medarbetare i frontlinjen. Ett sådant stöd resulterar i ett underlättat förändringsarbete, bättre samarbeten och en mer lojal yrkeskår. Detta blir särskilt viktigt i den professionella organisationen eftersom motivation enligt Wallace (1995) är avgörande för medarbetarens lojalitet.

### **5.2.3 Då får de hellre plocka bort mig – Toppstyrning i verksamheten**

Förändringsarbetet som pågår inom regionen har enligt Region Skåne till syfte att effektivisera ledningsprocesser, förbättra samarbete och använda resurser på ett mer effektivt sätt (Region Skåne, 2013). Enligt Alvesson och Sveningsson (2008) finns både externa och interna drivkrafter till förändringsprojekt. Syftet med Skånevård 2.0 som presenteras av regionsledningen visar att projektet är drivet av externa faktorer såsom effektivisering och marknadsanpassning. Enligt Hunter (1996) innebär denna marknadsanpassning nya regler, ökad dokumentation och mer formalisering vilket bekräftas av våra intervjuer. Det har även förekommit beskrivningar av åtgärder eller kontrollmekanismer som cheferna har ansett vara försvårande konsekvenser för den dagliga verksamheten. Ekonomiska begränsningar och besparingsåtgärder är vanligt förekommande under förändringsprocesser som drivs av



marknadslogik. Intervjupersonerna nämnde flertal gånger under intervjuprocessen att deras verksamheter har påverkats negativt på grund av dessa begränsningar.

Av detta ser vi att Skånevård 2.0 är ett förändringsprojekt som är präglad av effektiviseringsåtgärder och besparingar vilket gör kommunikation och deltagande än viktigare för projektets framgång. På grund av projektets geografiska utbredning och dess administrativa omfattning blir dock många av implementeringarna inom projektet problematiska. En chef menar exempelvis att:

*”Jag kan ju säga till exempel att vi har så mycket övertid... om jag fick anställa x-antal personer så skulle det inte bli dyrare och dessutom så skulle vi spara på våran personal som inte skulle bli så trötta och de skulle inte bli sjukskrivna och så vidare. Men sådant är det väldigt svårt att få gehör för, för då måste jag ha en dispens från vår divisionschef och det gör de inte för de vågar inte gå emot. För de ska ju spara pengar. Så de ser bara detta som en utökning av resurser men egentligen är det bara helt befängt därför att detta är ett slöseri med resurser som jag ser det. Men .där har jag liksom inte den makten. Så nu går jag istället och tar bemanningsföretag för att inte slita ut nån, min personal, och då blir det dyrare. Men det har jag inte frågat om. Så jag bedriver en hel del civil olydnad... Ja men jag har talat om det för min HR-specialist idag, nu har jag gjort det. Jag kan stå för det för jag tycker att... då får de hellre plocka bort mig.” (OC2)*

Detta citat visar en generell attityd hos de chefer vi intervjuat och vi anser att det är ett genomgående problem gällande implementering av toppstyrda åtgärder. Eftersom inte cheferna i verksamheterna delges ansvar utan att de istället som Hunter (1996) uttrycker det blir fråntagna tillit genom formaliseringsprocesser och ökad dokumentation så skapas en situation där cheferna själva får hitta på andra lösningar.

Då förändringsåtgärder ofta saknar relevans för verksamheten upplevs de som störande moment och i en verksamhetschefs ord ”hyllvärmare”. Många av de chefer vi talat med har också arbetat med *lean thinking* inom vården. De beskriver denna upplevelse som liknande på många sätt där försök att toppstyra verksamheten genom formalisering ökar klyftorna mellan professionerna och ledningen. Eftersom det enligt Mazzocato et al (2010) förekommer lite uppföljning och utvärdering av projekten blir det svårt att motivera liknande projekt i andra verksamheter på grund av avsaknaden av empiriska underlag. Eftersom cheferna alla besitter en professionell kompetens och identitet ser vi att det dessutom finns en fortsatt motvilja att

acceptera förändrande åtgärder utan att åtgärderna motiveras utifrån professionella värderingar såsom patientnytta och säkerhetskultur. Detta anser vi speglar en frustration över att den professionella autonomi påverkas på ett negativt sätt och ett exempel på hur problematiskt det kan vara att kontrollera professionella organisationer från externt håll.

Om åtgärder uppkommer inifrån verksamheterna ser vi däremot i våra intervjuer att det finns ett starkt engagemang inom alla yrkesgrupper. En chef berättar exempelvis att de startat ett internt förbättringsarbete som initierats av enheten själva. I det projektet hade effektiviteten ökat, hierarkin minskat och personalomsättningen minskat då de infört en gemensam rond på avdelningen. Chefen berättar entusiastiskt om att de nu skulle vidare och berätta om detta för andra avdelningar och sjukhus så att de också kunde lära sig av detta. Hon berättar vidare att:

*”Givetvis måste man ha visioner, jag vill att vi ska hit. Men vem vet bäst hur man kommer dit? Vem vet bäst hur en sjuksköterska jobbar här? Vem vet mest hur en sjuksköterska vill jobba här? Sjuksköterskorna! Nej, men det är ju så. Så lite kreativa måste vi ju vara... det kan ju vara så att vi sitter här i fikarummet de två enhetscheferna och jag och så sitter en medarbetare och så säger man, 'nä men du, tänk om vi gör såhär istället?'” (OC3)*

### 5.3 Tyglad autonomi

Samtliga chefer som vi intervjuade hade professionell klinisk bakgrund vilket innebär att de identifierar sig med den professionella logiken och därmed också värdesätter sin professionella autonomi. Den professionella autonomi som bedrivs kliniskt finns enligt Gross et al (2006) på mikronivå. Vi upplevde dock i våra samtal att denna autonomi även kom till uttryck inom chefskapet där de gärna fattade beslut kring verksamheten och när de stötte på begränsningar hittade andra vägar att bedriva verksamheten på. Här övergår autonomi på mikronivå till en mer omfattande mesonivå där de har mer inflytande och där uppgifternas karaktär utvecklas till att bli mer koordinerande och relationsfokuserade.

De teorier som vi beskrivit i tidigare avsnitt som berör autonomi, exempelvis Freidsons (1986, 1994, 2001) och Abbotts (1988), har till stor del behandlat professionell autonomi i relation till status, monopol över arbetsuppgifter, specialisering och kunskap. Dessa ostensiva beskrivningar av autonomibegreppet speglar dock ofta en teoretisk bild av hur den professionella autonomin fungerar. Vidare finns normativa begrepp som beskriver hur den professionella autonomin bör fungera med bakgrund av de förändringar som präglat vården

under de senaste decennierna. Levay och Waks (2009) begrepp mjuk autonomi anser vi vara ett exempel på detta, där begreppet beskriver en idealsituation. Dessa beskrivningar, definitioner och problematiseringar av autonomibegreppet är alla valida och användbara för att bättre kunna förstå autonomi i professionella organisationer.

Cheferna vi talade med uttryckte i många fall en tillfredsställelse med sitt arbete och med sina arbetsuppgifter men de uttryckte även frustration över de begränsningar som präglade deras dagliga arbete. I många fall uttrycktes detta i ekonomiska termer som innebar exempelvis begränsade personalresurser. Mot bakgrund av detta anser vi att det saknas ett begrepp som beskriver den spänning mellan frihet att agera och frustration över de begränsningar som existerar och som cheferna känner på mesonivå. Vi vill därför bidra med begreppet ”tyglad autonomi” som vi anser speglar dels en stor känsla av handlingsutrymme men dels också de begränsningar som skapar frustration och en vilja hos de professionella cheferna att, som en av cheferna uttryckte det, begå civil olydnad i förändringstider.

## 6 Slutsatser

De chefer vi intervjuat i detta arbete har ett komplicerat förhållningssätt till autonomi och kontroll. Detta beror delvis på att de verkar i en organisation som är komplex och delvis på att de själva innehar en roll som i sig innebär mycket komplexitet. Våra intervjuer speglar vidare att denna komplexitet ökar då ett förändringsprojekt initieras.

Inom den professionella organisation som vi har studerat finns två tydliga logiker: den professionella och den byråkratiska. Våra intervjuer bekräftar att chefskapet för kliniskt aktiva yrkesutövare innebär en motsättning som utöver detta kan förstärkas i förändringsarbetet. Detta glapp anser vi speglar en medveten distansering av den professionella och den byråkratiska logiken som skapas för att kunna fatta svåra beslut gällande verksamheterna. Detta skapar i sin tur en hierarkisk och uppdelad organisation där de hierarkiska nivåerna inte endast avser att organisera verksamheten utan även används för att etablera respekt mellan den professionella och den administrativa staben för att kunna driva igenom de åtgärder som förändringsarbetet innebär. Baksidan av detta är att förändringsarbetet försvåras för att avståndet mellan beslutsfattare och den kliniska staben är stor vilket orsakar svårigheter i att motivera och inspirera medarbetare i förändringsarbetet. Inom sjukhuset är den professionella hierarkin dominerande. Vi anser inte att det är möjligt att tvinga på organisationen en artificiell hierarkisk struktur för att skapa mer ordning. Detta bekräftas av samtliga chefer som alla anser att ett mer inkluderande tillvägagångssätt är eftersträvansvärt.

Det har framkommit i våra intervjuer att autonomi är fortsatt en prioritet för professionella chefer och att cheferna är ovilliga att utöva detaljstyrning av verksamheten. Detta på grund av att det finns ett högt yrkeskunnande bland de olika yrkeskategorierna och på grund av att det är en traditionell professionell organisation där läkarkår, sjuksköterskekår och andra traditionella professioner finns starkt representerade. Detta resulterar i att cheferna uppvisar en stor grad av tillit till medarbetarna och uppmuntrar till autonomt agerande. Däremot finns det organisatoriska ramar som bland annat innefattar ekonomi, styrning och administration som begränsar chefer och medarbetare i sin dagliga yrkesutövning. Dessa begränsningar skapar ofta frustration och hinder och minskar tilliten inom organisationen. Den minskade tilliten resulterar i att cheferna känner sig tvingade till att begå ”civil olydnad” i sitt dagliga arbete för att få verksamheten att fungera.

Vidare är chefskapet inom professionella organisationer svårdefinierat då det finns många olika aspekter att beakta. De administrativa uppgifter som vi menar utgör grunden för

chefskapet är en sådan aspekt och har lyfts fram under intervjuprocessen som en viktig del av chefernas vardag och en funktion som är nödvändig för att verksamheten ska kunna bedrivas, särskilt i förändringstider. Vidare är verksamheterna beroende av varandra och av organisationen som helhet vilket gör att rollen som koordinator och samordnare blir avgörande.

Det är tydligt att många av de chefer som vi talat med varit med om ett flertal förändringsprojekt i sina respektive verksamheter och även i sina tidigare uppdrag vilket väl speglar de förändringar som skett inom svensk sjukvård till följd av NPM. Många av de utmaningar de beskriver hanterar just dessa projekt som ofta präglas av ekonomiska begränsningar och en ökad formalisering. Detta leder till frustration hos cheferna som känner att deras handlingsutrymme är begränsat och att de måste hitta alternativa vägar för att nå sina mål. Eftersom de chefer vi talat med identifierar sig med den professionella logiken upplever vi att cheferna värdesätter sin autonomi på mikronivå och har utvecklat autonomi till en mesonivå i och med chefskapet. Vi upplever att chefernas attityd till förändringsarbetet påverkas starkt av huruvida de upplever autonomi i sitt dagliga arbete och att cheferna ofta får agera utanför de ramar som specificeras av förvaltningen. Således anser vi att tyglad autonomi präglar organisationen och bidrar till att cheferna känner sig tvingade att begå civil olydnad. Den tyglade autonomi i organisationen är problematisk då den innebär att cheferna känner sig hämmade och har svårt att känna delaktighet i de beslut som fattas angående deras verksamheter. Vi anser att en förändring av den tyglade autonomi som istället övergår till mjuk autonomi kan ge upphov till att chefer och medarbetare på alla nivåer kan bli delaktiga i beslutsfattandet och tillsammans finna nya vägar att utveckla verksamheten.

## 7 Diskussion

Demokrati och transparens är enligt oss eftersträvansvärda värderingar och speglar väl den idealbild som råder i hela samhället. Eftersom vård är en samhällsangelägenhet och en viktig samhällsfunktion är det viktigt att vårdsektorn kontinuerligt studeras och utvärderas. En viktig orsak som diskuterats i våra intervjuer är att medborgarnas demografiska profil är under förändring och att dagens vård inte kan möta det behov som finns. De förändringsprojekt som initieras inom vården anser vi ofta tar utgångspunkt i positiva värden och att de syftar till att möta de behov som finns i samhället. De chefer vi intervjuat uppvisar en stor kunskap kring detta.

Våra intervjuer visar dock att implementeringsfasen av förändringsprojekt ofta medför svårigheter för verksamheterna då produktions- och industrilogiken genom de NPM-baserade lösningar som ofta tillämpas innebär ökad dokumentation, byråkrati och formalisering. Denna detaljstyrning skapar frustration hos cheferna som i sin kliniska profession innehar autonomi där de förväntas kontinuerligt leverera skräddarsydda och kreativa lösningar på problem som uppstår i verksamheten. Vidare finns en ideologisk krock inom organisationen där de ekonomiska målen inte alltid överensstämmer med den professionella bilden av hur god vård bör bedrivas. Den autonomi som finns hos de professionella cheferna inom vården riktas idag mot lösningar som ska hantera problem i verksamheten. Detta mynnar ofta ut i att cheferna känner att de måste hitta alternativa vägar än de som ligger innanför förändringsprojektets givna ramar vilket skapar frustration på både den professionella och administrativa nivån i organisationen och vilket enligt oss ligger till grund för att tyglad autonomi uppstår inom verksamheten.

I våra intervjuer har vi upplevt tyglad autonomi som en konsekvens av att försöka externalisera kvalitetsfaktorer och styra verksamheter som till störst del befolkas av professionellt autonoma medarbetare. Vidare har vi sett att professionella chefers upplevelse av kontroll och autonomi starkt påverkar deras attityd och villighet att delta i förändringsarbete. Tyglad autonomi är ett begrepp som vi anser kräver ytterligare undersökning, särskilt i relation till förändringsarbete. Vidare ser vi att vården just nu genomgår stora förändringar som har djupgående konsekvenser för de professionella yrkesutövarna som befolkar sjukhusen. Vi anser därför att vidare forskning inom hur sjukvården specifikt driver förändringsarbete är nödvändigt för att förstå hur sjukvård bättre kan styras och organiseras i framtiden, särskilt eftersom befolkningens demografi förändras

och behoven av en mer effektiv sjukvård ökar. Slutligen anser vi att professionella chefer inom vården har en särskilt intressant plats i detta förändringsarbete då de slits mellan två logiker och ofta får agera medlare, koordinator och tolk i förändringstider. Vi anser att ytterligare empirisk forskning kring deras attityder, roller och upplevelser av förändringsarbete är nödvändiga och skulle bidra till en bättre förståelse av hur vården kan möta de behov som vi i framtiden kommer att se. Vidare ser vi fördelen med att ytterligare forskning genomförs inom andra professionella yrkesgrupper.

## 8 Referenser

### 8.1 Tryckta källor

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: The University of Chicago Press.

Alvehus, J. (2012). *4 Myter om Professionella Organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Alvehus, J. (2013). *Skriva Uppsats med Kvalitativ Metod: En Handbok*. Malmö: Liber.

Alvesson, M. & Sveningsson, S. (2003). *Good Visions, Bad Micro-management and Ugly Ambiguity: Contradictions of (Non-)Leadership in a Knowledge-Intensive Organization*. *Organization Studies* 24: 961-988.

Berlin, J., Kastberg, G. (2011). *Styrning av Hälso- och Sjukvård*. Malmö: Liber.

Blomgren, M. (2003). *Ordering a Profession: Swedish Nurses Encounter New Public Management Reforms*. *Financial Accountability & Management*. 19: 45–71.

Braithwaite, J. (1982). *Enforced Self Regulation: A New Strategy for Corporate Crime Control*. *Michigan Law Review*, 80(7): 1466-1507.

Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.

Engel, G. V., (1970). *Professional Autonomy and Bureaucratic Organization*, *Administrative Science Quarterly*, 15, 1, 12-21.

Erlingsdóttir, G., Jonnegård, K. (2006) *Att Trolla med Kvalitetssäkring*. Danmark: Studentlitteratur.

Freidson, E. (1986). *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago/London: The University of Chicago Press.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.

Freidson, E. (2001). *Professionalism, the Third Logic: On the Practice of Knowledge*. Chicago/London: The University of Chicago Press.



- Gross, R., Tabenkin, H., Brammli-Greenberg, S., (2007). *Factors Affecting Primary Care Physicians' Perceptions of Health System Reform in Israel: Professional Autonomy Versus Organizational Affiliation*. *Social Science and Medicine*. 64: 1450-1462.
- Hallin, B. & Siverbo, S., *Styrning och Organisering Inom Hälso- och Sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hood, C. (1995). *The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme*. *Accounting Organizations and Society*. 20: 93-109.
- Hunter, D. J. (1996). *The Changing Roles of Health Care Personnel in Health and Health Care Management*. *Social Science & Medicine*. Volume 43, Issue 5, September 1996, Pages 799–808.
- Jonnergård, K., Funck, E. K. & Wolmesjö, M. (eds.) (2008). *När den professionella autonomin blir ett problem*. Växjö University Press: Växjö.
- Kotter J.P. (1995) *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. *Harvard Business Review*. March-April: 59-67.
- Kvale, S., (1997). *Den Kvalitativa Forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lewis, J. M., Majoribanks, T. (2003) *The Impact of Financial Constraints and Incentives on Professional Autonomy*. *International Journal of Health Planning and Management* 18: 49-61.
- Levay & Waks (2009). *Professions and the Pursuit of Transparency: Two Cases of Soft Autonomy*. *Organization Studies*, 30(5): 509-527.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation
- Løwendahl, B. R., (2005). *Strategic Management of Professional Service Firms*. 3:e uppl. Köpenhamn: Handelshøjskolens forlag.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., Thor, J., (2010) *Lean Thinking in Healthcare: a Realist Review of the Literature*. *Quality Safety Healthcare*; 19: 376-382.
- Mintzberg, H. (1988). *Covert Leadership: Notes on Managing Professionals*. *Harvard Business Review*. (November-December): 140-147.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. San Francisco: berrett-koehler publishers inc.
- Nordgren, L. (2007). *Från Patient till Kund: Intåget av Marknadstänkande i Sjukvården och Förskjutningen av Patientens Position*. Lund: Lund Business Press.

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ Intervju: Från Vetenskapsteori till Fältstudier*. Malmö: Liber.

Sveningsson, S. och Alvesson, M., (2010). *Ledarskap*. Malmö: Liber.

Tsoukas, H. (1997). *The tyranny of light: The temptations and the paradoxes of the information society*. *Futures*. 29, Issue 9: 827–843.

Wallace, J. E., (1995). *Organizational and Nonorganizational Commitment in Professional and Nonprofessional Organizations*. *Administrative Science Quarterly*, 40: 228-225.

## 8.2 Elektroniska källor

Hälso-och sjukvårdslagen. (1982:763). [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/). (Läst 2014-03-17)

Patientsäkerhetslagen. (2010:659). [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/?bet=2010:659\(2010:659\)](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659(2010:659)). (Läst 2014-04-07)

Regeringens proposition. (1999/2000:149). *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och Sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.  
(<http://www.regeringen.se/content/1/c4/14/70/aca2838a.pdf>). (Läst 2014-04-07)

Region Skåne. (2013). *Bokslutsrapport*. [http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/Organisation/bokslutsrapport\\_2013.pdf](http://www.skane.se/Public/Skaneportalen-extern/Organisation/bokslutsrapport_2013.pdf) (Läst 2014-05-12)

## 9 Bilaga 1 – Intervjuschema

1. Beskriv lite övergripande den enhet du arbetar på.
2. Beskriv din nuvarande arbetssituation: problem/glädjeämnen
3. Beskriv din karriär, hur har du kommit dit du kommit, och varför? Var står du i karriären? Vem/vilka är din förebild(er)?
4. Du har givetvis mycket patientkontakt, men vilka andra har du egentligen kontakt med under ditt arbete (kolleger, administratörer etcetera)
5. Beskriv din relation till din närmaste chef (vad diskuterar ni, etcetera)
6. Hur leds/styrs ditt arbete? Vem talar om för dig vad du skall göra? Vilka möten går du på och vad diskuteras där?
7. Hur kommer ekonomin in i ditt arbete? När får du en återkoppling gällande ekonomi?
8. På vilket sätt är du delaktig i budgetarbetet?
9. Vad betyder patientsäkerhet? Hur på verkar det ditt arbete?
10. Vad betyder säkerhetskultur för dig? Hur på verkar det ditt arbete?
11. Vad betyder ledningssystem för dig? På vilket sätt kommer du i kontakt med det?
12. Vad spenderar du mest tid på varje dag?
13. Hur gick det till när du blev chef?
14. Vad upplever du som en stor utmaning eller frustration i ditt arbete?
15. Hur tror du att du uppfattas av dina medarbetare?