

CHALMERS



Ledarskap och psykosocial arbetsmiljö i en intensivvårdsmiljö

Förbättringsmöjligheter som främjar verksamhetsutveckling och arbetstillfredsställelse

Leadership and psychosocial work environment in an intensive care setting

Improvement opportunities that foster organizational development and work satisfaction

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

Philip Göransson

Erik Johansson

Anton Kröss

Sören Lambrecht

Sebastian Rye

Christopher Westberg

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen för Service Management and Logistics

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2018

Kandidatarbete TEKX04-18-14

FÖRORD

Denna kandidatuppsats har genomförts vid institutionen för Teknikens ekonomi och organisation på Chalmers tekniska högskola. Projektet påbörjades under hösten 2017 genom diskussion med uppdragsgivare på Universitetssjukhuset och handledare, där relevanta projektförslag togs fram. Diskussionen mynnade sedan ut i denna studie som påbörjades i mitten av januari 2018. Projektgruppens möjlighet att genom denna studie kunna vara med och påverka sjukvården till det bättre har varit en stark drivkraft under hela arbetsprocessen.

Genom utförande av studien har gruppen kunnat tillämpa och fördjupa sina kunskaper inom verksamhetsutveckling och ledarskap. Vidare har processen som spänner från planering och datainsamling till analys och diskussion varit mycket lärorik och bidragit med värdefull kunskap för framtiden. Projektet har även gett gruppen en chans att komplettera sina akademiska kunskaper med erfarenheter från praktiken, särskilt från offentlig verksamhet och sjukvård.

Projektgruppen vill yttra sin tacksamhet till uppdragsgivaren vid Universitetssjukhuset som erbjudit omfattande hjälp och resurser för att ge oss bästa möjliga förutsättningar att bedriva studien. Vidare vill vi tacka samtliga anställda vid intensivvårdssektionen på Universitetssjukhuset som varit oss mycket tillmötesgående. Särskilt vill vi tacka den personal som medverkat i intervjuer, eller på annat sätt bidragit till studien genom att avsätta tid.

Vi vill även tacka vår handledare Torbjörn Jacobsson vid avdelningen för Service Management and Logistics som med stor entusiasm, kunskap och erfarenhet kunnat vägleda oss genom hela processen. Han har varit en stor inspirationskälla som starkt bidragit till gruppens vilja och driv att genomföra denna studie.

Göteborg, maj 2018

SAMMANFATTNING

Sjukvården i Sverige möter stora utmaningar, vilka inte anses kunna lösas endast genom ett större anslag i budgeten. Redan idag återfinns problem i form av bristande tillgänglighet för patienter. Införandet av ny offentlig verksamhetsledning har ökat kraven på operativa chefer inom sjukvården. Samtidigt är intensivvård en psykologiskt påfrestande miljö som kännetecknas av långa utbildnings- och upplärningstider, vilket gör hög personalomsättning till ett problem. På grund av ledarens nyckelroll i personalens situation är chefernas förutsättningar viktiga för både social och ekonomisk hållbarhet i vården.

Denna studie har genomförts på en intensivvårdssektion i syfte att identifiera brister som försvårar välfungerande ledarskap och god psykosocial arbetsmiljö. Vidare syftar studien till att ta fram förslag på hur sektionen kan bemöta dessa brister för att på sikt uppnå förbättringar såsom minskad personalomsättning och ökad tillgänglighet. Detta har gjorts genom en kvalitativ undersökning där intervjuer och observationer använts som verktyg för att samla in data från chefer och anställda inom sektionen. Dataanalysen har sedan utförts med en modifierad version av Kawakito Jiros analysmetod. Analyserade data har sedan utvärderats med stöd från litteratur inom ledarskap, organisationspsykologi, motivationsteori och arbetstillfredsställelse.

Svårigheterna att bedriva ett välfungerande ledarskap på intensivvårdssektionen kan delvis hänföras till rollproblem och tidsbrist för operativa chefer, vilket leder till att deras närvaro i verksamheten samt förmåga att bedriva förbättringsarbete blir lidande. Problemområden som påverkar personalens psykosociala arbetsmiljö är bland andra bristande social tillhörighet och hög arbetsbelastning. Problem kring kommunikation har också identifierats där personal upplever bristande återkoppling på problem och förslag som förs fram samt bristande förklaring till varför beslut tas.

Förbättringsförslagen består av att första linjens chefers roll och mandat behöver förtydligas. Utöver detta bör även administrativa stödfunktioner införas för att avlasta deras arbetsbörda. Vidare bör verksamheten sörja för mer ledarskapsutveckling, främst för första linjens chefer. Den sociala tillhörigheten förbättras lämpligen genom att nyttja arbetslagen i större utsträckning och utforma schemaläggning som är anpassad till rådande bemanning. Vidare föreslås hur möten och målnedbrytning kan förbättras för att stärka kommunikationen och föra verksamheten framåt.

Resultatet förväntas bli att första linjens chefer får bättre möjligheter att bedriva utvecklingsarbete, vara närvarande i verksamheten och på så vis arbeta för en mer hållbar sjukvård. Vidare bidrar flertalet av förslagen positivt till faktorer som är viktiga för att uppnå god psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse, med avsikt att minska personalomsättningen, behålla viktig kompetens och på sikt öka tillgängligheten.

ABSTRACT

Swedish healthcare faces great challenges, challenges that may not be tackled by an increase in appropriation alone. Healthcare in Sweden is currently struggling with patient accessibility and the introduction of new public management has increased the demands put on operational managers. Intensive care is a psychologically strenuous environment that requires extensive training and experience, which makes high employee turnover a significant problem. Leadership and managerial conditions influence the staffs' situation and are important factors for a sustainable healthcare.

This study was conducted at an intensive care unit with the aim to identify organizational shortcomings that hamper well-functioning leadership and a satisfying psychosocial work environment. Furthermore, the aim was to provide suggestions that address these shortcomings to help reduce employee turnover and increase accessibility among other things. This has been carried out through a qualitative method using interviews and observations to gather data from managers and employees within the intensive care unit. Qualitative data was analyzed using a modified version of the Kawakito Jiro-method. The data was then evaluated in accordance with literature on leadership, organizational behavior, motivational theory and work satisfaction.

The challenges for a well-functioning leadership in the intensive care unit can partly be attributed to role problems and a high workload for operational managers. As a result, managers' ability to support employees and engage in improvement efforts suffers. Identified problems that negatively affect the psychosocial work environment are among others poor social affiliation and heavy workload. Communication issues have also been identified, where employees and managers experience low degree of feedback and insufficient information on why certain decisions are made.

The study suggests that the roles and mandates of operational managers should be clarified. The organization should also consider introducing administrative support to unburden managers' workload. Furthermore, the study suggests a larger commitment to leadership development for operational managers. Social affiliation for staff can be improved by utilizing teams to a higher degree and by adapting the schedule to the current workforce. The study also proposes how to enhance meetings and break down targets to ease communications and improve operations.

The result is expected to increase operational managers' ability to conduct a present leadership and engage in organizational development. Furthermore, multiple suggestions have positive effects on factors essential for good psychosocial work environment and work satisfaction. This with the aim to reduce employee turnover, keep important expertise and in the long run, increase accessibility. In large these factors all contribute to a more sustainable healthcare.

ORDLISTA

Förkortning	Benämning	Förklaring
AOI	Anestesi/Operation/ Intensivvård	Verksamhetsområde i vilken den studerade verksamheten ingår
IVA	Intensivvårdssektion	Den studerade verksamheten som benämns <i>intensivvård</i> i AOI
VC	Verksamhetschef	Ansvarar över sektionschefer samt avdelningschefer
AC	Avdelningschef	Ansvarar över vårdenhetschefer
SC	Sektionschef	Ansvarar över läkargrupp
VEC	Vårdenhetschef	Ansvarar över en grupp sjuksköterskor och undersköterskor.
VÖL	Vårdenhetsöverläkare	Överläkare med medicinskt ansvar över vårdenhet.
SSK	Sjuksköterska	Sjuksköterska med specialistkompetens och ett års ytterligare högskolestudier
USK	Undersköterska	
VLG	Verksamhetsledningsgrupp	Möte mellan verksamhetschef, avdelningschefer och sektionschefer. Sker varannan vecka.
APT	Arbetsplatsträff	Möte med USK samt SSK. Sker en gång i månaden.
CIVA	Central intensivvårdsavdelning	Intensivvårdens huvudavdelning
PIVA	Postoperativ intensivvårdsavdelning	Intensivvård efter större operationer
NIVA	Neuro- intensivvårdsavdelning	Intensivvård av patienter med neurologiska vårdbehov
Postop	Postoperativ avdelning	Avdelning för postoperativ vård, ej intensivvård

Nyckelord: *Ledarskap, psykosocial arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse, arbetsmotivation, intensivvård, verksamhetsutveckling, organisationspsykologi*

Key words: *Leadership, psychosocial work environment, work satisfaction, motivation, intensive care, operations management, organizational behavior*

INNEHÅLL

1.	Inledning	1
1.1.	Bakgrund.....	1
1.2.	Studiens syfte	3
1.3.	Frågeställningar.....	3
1.4.	Avgränsningar	3
1.5.	Rapportens disposition.....	3
2.	Teoretiskt ramverk	5
2.1.	Introduktion till arbetsorganisation.....	5
2.2.	Psykosocial arbetsmiljö	5
2.3.	Arbetsstillfredsställelse.....	6
2.3.1.	Lönens inverkan.....	7
2.3.2.	Samband med produktivitet	7
2.4.	Benägenhet att lämna sin arbetsplats	7
2.5.	Arbetsmotivation.....	9
2.5.1.	Inre arbetsmotivation	9
2.6.	Ledarskap	10
2.6.1.	Introduktion till ledarskap.....	10
2.6.2.	Rollen som ledare	11
2.6.3.	Ledarskap i sjukvården	12
2.7.	Verksamhetsutveckling.....	13
2.7.1.	Förbättringsarbete	13
2.7.2.	Mål	14
2.7.3.	Motstånd till förändring i organisationer	14
3.	Metod	15
3.1.	Primärdata	15
3.1.1.	Intervjuer.....	15
3.1.2.	Observationer i den kliniska verksamheten	17
3.1.3.	Urval	17
3.2.	Sekundärdata.....	19
3.3.	Reliabilitet.....	19
3.4.	Validitet.....	19

3.5.	Generaliserbarhet	20
3.6.	Etik	21
3.7.	Analys av insamlade data	21
3.7.1.	Första omfattande analystillfället	21
3.7.2.	Andra omfattande analystillfället	23
3.8.	Litteratur- och informationssökning	23
3.8.1.	Tillvägagångssätt	23
3.8.2.	Källkritik	24
4.	Beskrivning av verksamheten	25
4.1.	Ledningsstruktur	25
4.2.	Intensivvårdssektionen	26
4.3.	Verksamhetens uppdrag	27
4.4.	Omgivningens dynamik	28
5.	Problembeskrivning	29
5.1.	Bristfälliga verksamhetsmål och prestationsmått	29
5.2.	Brister i ledarskapet	30
5.2.1.	Roller och mandat	30
5.2.2.	Relation mellan chefer och hr	31
5.2.3.	Kunskap hos ledare	32
5.2.4.	Närvaro i verksamheten	32
5.2.5.	Förtroende för högre ledning	33
5.2.6.	Informellt ledarskap	33
5.3.	Bristfälliga möten	33
5.4.	Svag social tillhörighet	34
5.4.1.	Stora avdelningar och rotation mellan dessa	34
5.4.2.	Schemaläggning	36
5.5.	Högt belastad personal	37
5.6.	Högt belastade chefer	39
5.7.	Svårigheter kring bemanning	39
5.8.	Undermålig vertikal kommunikation och återkoppling	41
5.9.	Horisontella samarbetsproblem	42
5.10.	Bristande långsiktighet i förbättringsarbete	43
5.11.	Missnöje med lönesättning	43

6.	Problemdiskussion	45
6.1.	Ledarskapet och dess förutsättningar	45
6.1.1.	Roller och mandat	45
6.1.2.	Överbelastade chefer	46
6.1.3.	Närvaro i verksamheten	47
6.1.4.	Rollkonflikt	48
6.1.5.	Informellt ledarskap	49
6.1.6.	Kompetens	49
6.2.	Mål och förbättringsarbete	50
6.2.1.	Svårigheter att hinna med långsiktigt förbättringsarbete	50
6.2.2.	Att styra med mål	51
6.2.3.	Målnedbrytning	52
6.2.4.	Målnedbrytning och samarbete	53
6.2.5.	Mått och kännedom av resultat	54
6.3.	Vertikal kommunikation	54
6.3.1.	Respons	55
6.3.2.	Förståelse för beslut	55
6.3.3.	Återkoppling	56
6.4.	Möten	56
6.4.1.	Möten som kommunikationskanal	56
6.4.2.	Tidskrävande möten	57
6.4.3.	Möten och psykosocial arbetsmiljö	57
6.5.	Social tillhörighet	58
6.5.1.	Stora avdelningar och roterande personal	59
6.5.2.	Schemaläggning	59
6.6.	Bemanningsproblem	60
6.7.	Lönens roll och betydelse	62
6.8.	Sammanställning av problem i verksamheten	62
6.8.1.	Ledarskap och dess förutsättningar	63
6.8.2.	Mål och förbättringsarbete	63
6.8.3.	Vertikal kommunikation	63
6.8.4.	Möten	63
6.8.5.	Social tillhörighet	64

6.8.6.	Bemanningsproblem	64
6.8.7.	Lönens roll och betydelse	64
6.9.	Sammanställning av åtgärder	64
6.9.1.	Definiera chefsroller	64
6.9.2.	Justera chefers arbetsbörda	64
6.9.3.	Ledarutveckling	65
6.9.4.	Målarbete	65
6.9.5.	Högre närvaro i verksamheten	65
6.9.6.	Bättre kommunikation	65
6.9.7.	Tydliga och effektiva möten	66
6.9.8.	Främja den sociala tillhörigheten	66
7.	Slutsats	67
8.	Förslag för vidare forskning	69
	Referenslista	71

1. INLEDNING

Detta kapitel syftar till att placera studien i ett sammanhang genom att ge en bakgrund till problemet som undersöks. Vidare presenteras studiens syfte, frågeställningar och avgränsningar.

1.1. BAKGRUND

Den demografiska utvecklingen som västvärlden står inför, skapar stora utmaningar. Befolkningens medelålder i Europa förväntas nå 49 år 2050, jämfört med 39 år 2008. En äldre befolkning på grund av låga födelsetal och en längre medellivslängd leder till stora utmaningar, inte minst för sjukvården (Europaparlamentet, 2008). Medicinska framsteg har också gett oss möjligheten att behandla många tillstånd som bara för ett fåtal år sedan hade dödlig utgång, men många nya behandlingar är resurskrävande (Brandt, 2013). För att möta det ökade vårdbehovet kommer en större andel av den yngre befolkningen behöva arbeta inom vårdsektorn (Hashimoto och Tabata, 2010). Som konsekvens av det ökande vårduppdraget och dyrare behandlingar har sjukvårdens andel av BNP ökat i Sverige (Sveriges Kommuner och Landsting, 2008). Enligt OECD uppgick sjukvårdens andel av Sveriges BNP till 11% år 2017, en ökning från 7,9% år 2001 (OECD, 2017; OECD, 2001).

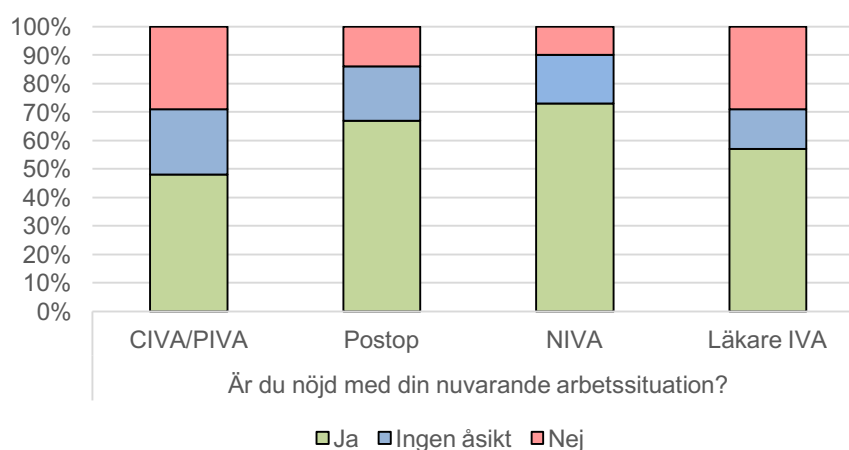
Trots ökade resurser upplever den svenska sjukvården stora utmaningar med att klara sitt vårduppdrag, vilket tydligast syns i bristande tillgänglighet av vårdplatser (Wallström, 2017; Rutegård, 2015). Enligt en sammanställning av statistik från OECD (2017) låg Sverige långt under medelvärdet vad gäller antal vårdsängar per capita 2015. Närmare bestämt fanns det 2,4 tillgängliga sängar per 1000 personer i Sverige jämfört med medelvärdet på 4,7. Rutberg och Wiger (2017) beskriver vidare svensk sjukvård som mycket bra sett till medicinska resultat, men påpekar de utmaningar som finns på grund av dålig tillgänglighet, bristande kontinuitet och samordningsproblem.

Det faktum att det finns utmaningar som kvarstår trots att vårdens andel av BNP ökar tyder på att det finns svårigheter med att bedriva sjukvård som inte löses genom tillförsel av mer resurser. Exempel på en sådan svårighet är att budgeten inte alltid räcker till för den mängd vård som faktiskt utförs i slutändan, vilket är fallet i den studerade verksamheten (Regionen, 2016). För att klara av situationen krävs följaktligen ett mer hållbart och effektivt arbete med de resurser som är tillgängliga. Brandt (2013) menar också att en verksamhetsutveckling är nödvändig, sett till omständigheterna. Vidare skriver författaren: "Alla vill ha utveckling, men ingen vill genomgå förändring" (s. 69). Vid förändringsarbete spelar ledarskap en central roll enligt Kotter (1996). Utvecklingen av New Public Management, som enligt Corin och Björk (2017) har gett operativa chefer inom offentlig sektor ett större ansvar för ekonomi, personal samt verksamhet, har ökat kraven på ledarskapet. Vidare menar sistnämnda författare att operativa chefer inom offentlig sektor behöver lägga allt mer av sin tid på administrativt arbete. Det ökade administrativa arbetet för operativa chefer leder till en tidsbrist som går ut över deras möjligheter att bedriva förbättringsarbete och enligt Jacobsson och Åhlström (2010) anses ofta lösningen vara att tillföra ytterligare resurser.

Många av de förändringar som har genomförts i svensk sjukvård de senaste två decennierna har varit i form av externt initierade reformer (Erlingsdottir, Borell, Rydenfält och Ersson, 2018). Förändringarna har enligt samma författare till övervägande del implementerats uppifrån och ner i organisationen där stora nationella auktoriteter både definierat och kommit med lösningar på problem. Vidare skriver författarna att verksamheten ofta inte känner igen sig i förändringarna vilket kan leda till irritation och att det tänkta resultatet ej uppnås. Molin, Åkerström, Baraldi och Hansen (2012) menar att kravet på effektivisering har försämrat anställdas möjlighet att påverka. Detta har enligt dessa författare påverkat personalens trivsel och ökat deras benägenhet att säga upp sig.

Den studerade intensivvårdssektionen möter problem i form av hög personalomsättning och svårigheter med kompetensförsörjning, vilket har lett till stängda vårdplatser. De stängda vårdplatserna beror enligt ledningen på en brist av specialistläkare och intensivvårdssjuksköterskor. Bristen på vårdplatser leder i sin tur till att sektionen inte fullt ut klarar sitt vårduppdrag. Vidare pekar Ke och Hung (2017) på den stora ekonomiska kostnaden av en sjuksköterska som slutar i form av förlorad kompetens och produktionsstörningar.

Den senaste arbetsmiljöenkäten gjord på studerad sektion visar på att 50–70% av personalen är nöjd med sin nuvarande arbetssituation, se figur 1 nedan. Det kan därmed anses finnas potential till förbättring. Rubenowitz (2004) påpekar sambandet mellan en otillfredsställande psykosocial arbetsmiljö och en benägenhet att frånvara från arbetet samt att se sig om efter andra jobb. Det finns även ett samband mellan personalens arbetstillfredsställelse och tendens att lämna sitt arbete (Acker, 2004; Sourdif, 2004; Ke och Hung, 2017). Corin och Björk (2017) menar att chefer är centrala när det gäller att skapa välfungerande och hållbara offentliga organisationer. Vidare beskriver Rubenowitz (2004) ledarens stora betydelse för tillfredsställelsen, engagemanget och prestationen hos de anställda.



Figur 1. Diagram som visar hur stor andel av personalen som är nöjd med sin arbetssituation

För att förstå den nuvarande personalomsättningen är det av intresse att utreda brister som påverkar ledarskapet, den psykosociala arbetsmiljön och arbetstillfredsställelsen i den studerade verksamheten. Reducerad personalomsättning bör i sin tur leda till en ökad tillgänglighet av vårdplatser, vilket är högst eftersträfvansvärt med tanke på dagens situation och prognostiserad framtida utveckling. Inte endast den ekonomiska hållbarheten inom sjukvården kan tänkas förbättras på grund av detta, utan också den sociala hållbarheten i samhället som stort då tillgången till vård ökar.

1.2. STUDIENS SYFTE

Denna kandidatuppsats syftar till att undersöka vilka brister inom en intensivvårdssektion som försvårar ett fungerande ledarskap och en god psykosocial arbetsmiljö samt arbetstillfredsställelse. I enlighet med detta syftar rapporten därjämte till att framföra förslag kring hur dessa brister kan åtgärdas för att möjliggöra en bättre psykosocial arbetsmiljö samt arbetstillfredsställelse och därmed en lägre personalomsättning och ökad tillgänglighet på sikt. Förbättringsförslagen syftar vidare att förbättra chefers förutsättningar och möjligheter att bedriva verksamhetsutveckling.

1.3. FRÅGESTÄLLNINGAR

Ur syftet har två frågeställningar formulerats som rapporten är menad att svara på:

1. *Vilka brister finns i verksamheten som försvårar ett fungerande ledarskap, en god psykosocial arbetsmiljö och en god arbetstillfredsställelse?*
2. *Vilka förändringar bör genomföras som åtgärdar funna brister?*

1.4. AVGRÄNSNINGAR

Studiens syfte sätter fokus på de anställda inom organisationen. Därmed kommer patienter och deras vårdupplevelse inte vara föremål för analys i rapporten. Det bör påpekas att studien inte syftar till att bedöma prestationen hos någon enskild anställd i organisationen, delvis av etiska skäl och delvis på grund av att rapporten behandlar ledarskap som helhet och inte de specifika individer som utgör ledarskapet. Studien undersöker vidare inte arbetsmiljön i en bredare aspekt utöver den psykosociala och därmed kommer aspekter som ergonomi och klimat inte beröras.

Vissa delar av ledningsstrukturen och rutinerna knutna till denna är cementerade, då studerad verksamhet endast är en del i en större linje-stabsorganisation. Av detta skäl kommer inte de delar av organisationen som befinner sig ovanför AOI att undersökas utan endast nämnas i de fall de stöts på.

1.5. RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten är indelad i åtta kapitel. Det första kapitlet, Inledning behandlar bakgrunden till studien och dess relevans. Följer gör *Teoretiskt ramverk*, som sammanställer litteratur och

teorier som är relevanta för studiens område. Därefter beskrivs studiens tillvägagångssätt, bland annat intervjumetodik, generaliserbarhet och dataanalys, under *Metod*.

Fallstudien inleds med nästkommande kapitel *Beskrivning av verksamheten*, där intensivvårdssektionens verksamhet och organisation introduceras. Efter det presenteras resultatet från dataanalysen i kapitlet *Problembeskrivning*. Där har alla för studiens syfte relevanta observerade brister och svårigheter på intensivvårdssektionen aggregerats ihop till elva problemområden. Här presenteras även relevant data från den senast genomförda arbetsmiljöenkäten. I följande kapitel, *Problemdiskussion* jämförs empiri med teori, kopplingar mellan problemområden diskuteras och förbättringsförslag tas fram. Diskussionen avslutas också med en sammanfattning som explicit svarar på frågeställningarna genom att först sammanställa brister i verksamheten och därefter åtgärder. *Slutsatserna* följer som sammanfattande söker svara på de effekter som föreslagna lösningar leder till ur ett bredare perspektiv. *Förslag för vidare forskning* utgör det sista kapitlet. Här tas problem upp som uppdagats av studien men är i behov av vidare undersökning i syfte att få uttömmande lösningsförslag.

2. TEORETISKT RAMVERK

Nedan presenteras den teoretiska referensram som byggts upp parallellt med datainsamlingsprocessen. Detta kapitel ämnar ta upp och förklara de nyckelbegrepp som bygger upp syfte, frågeställning och som genomgående används i hela rapporten. I början ges en kort introduktion till arbetsorganisation som kan anses vara det övergripande ämnesområdet inom vilka ledarskap, psykosocial arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse och arbetsmotivation innefattas. Dessa områden presenteras därefter enskilt i kapitlet. Ytterligare teori kring målformulering, målnedbrytning och mötesrutiner kommer att presenteras i diskussionen.

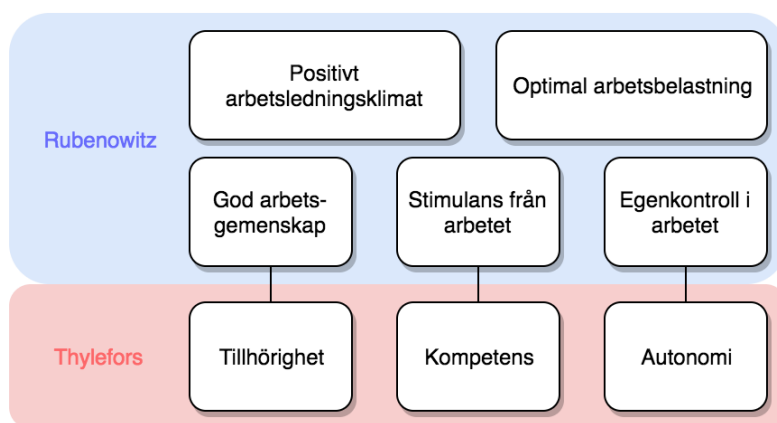
2.1. INTRODUKTION TILL ARBETSORGANISATION

Arbetsorganisationen förklarar enligt Mintzbergs definition (1983) fördelningen av arbetsuppgifter och samordningen av dessa. Även fast det finns många olika teorier hur detta kan ske har de flesta organisationer i praktiken en blandning av flera tillämpade teorier (Börnfelt, 2017). Enligt Mintzberg (1989) är det den formella strukturen som skiljer en organisation från en vanlig samling människor. Organisationer kan enligt Börnfelt (2017) delas in i en formell respektive informell del. Den formella organisationen förklarar hur organisationen är tänkt att fungera och består av ett antal funktioner och personer med olika roller. Vidare finns regler och rutiner hur verksamheten ska skötas, exempelvis hur kommunikation ska ske. Det är viktigt att sätta organisationsstruktur och tillhörande arbetsuppgifter på pränt, vilket ofta saknas i organisationer som planerar kortsiktigt (Rubenowitz, 2004). Vidare ska även ledningens åtaganden mot personalen definieras. Muntliga avtal och överenskommelser är inte tillräckliga menar Rubenowitz (2004), eftersom de bäddar för missförstånd. Ansvar och skyldigheter ska i sin tur vara utformade så att de går att efterleva och inte bara blir en besvikelse (Rubenowitz, 2004). Den informella organisationen, som Börnfelt (2017) skriver om, visar på hur organisationen fungerar i praktiken, vilket kan avvika från det planerade.

2.2. PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

Thylefors (2016) hävdar att kunskapen som finns kring vad som utgör en god arbetsmiljö i grova drag ej är motstridig. Rubenowitz (2004) menar att den psykosociala arbetsmiljön beskriver hur individer upplever sin arbetsmiljö. Thylefors (2016) skriver att det återkommande har kunnat bekräftas tre grundläggande komponenter för en god psykosocial arbetsmiljö: *autonomi*, *kompetens* och *social tillhörighet*. Autonomi innebär att medarbetare kan vara med och påverka samt ha kontroll över sitt arbete. Kompetens syftar till i vilken utsträckning arbetsuppgifterna är stimulerande och meningsfulla. Kopplat till kompetens, är också känslan av att arbetet kan klaras av. Den sociala aspekten påpekar enligt Thylefors (2016) vikten av samhörighetskänsla samt goda och stödjande relationer med kollegor. Enligt Deci och Ryan (2000) är individens naturliga strävan att utvecklas och utforska en väldigt stark drivkraft. Författarna argumenterar för att det är genom en känsla av autonomi, tillhörighet och kompetens den inre drivkraften främjas.

Rubenowitz (2004) utvecklar begreppet något och baserar det på fem faktorer. Dessa är *egenkontroll i arbetet*, *positivt arbetsledningsklimat*, *stimulans från arbetet*, *god arbetsgemenskap* samt *optimal arbetsbelastning*. Egenkontroll i arbetet syftar till att anställda själva ska kunna styra hur deras arbete skall utföras. Stimulans från arbetet syftar till att arbetet bör ge individen möjligheten att få nyttja sina kunskaper och förutsättningar. Det positiva arbetsledningsklimatet menar Rubenowitz (2004) är att det finns ett bra samarbete mellan olika skikt i organisationen. *Egenkontroll i arbetet*, *stimulans från arbetet* samt *arbetsgemenskap* kan kopplas till Thylefors (2016) tre faktorer, *autonomi*, *kompetens* och *social tillhörighet*, se figur 2 nedan. Enligt Corin och Björk (2017) påverkar chefernas arbetssituation också de anställdas arbetsmiljö, och är därför en annan viktig del när medarbetares situation undersöks.



Figur 2. Överblick över de olika faktorerna som utgör den psykosociala arbetsmiljön och de kopplingar som kan göras mellan de två författarnas uppfattningar

2.3. ARBETSTILLFREDSSTÄLLELSE

Thylefors (2016) menar att det finns rikligt med belägg om samband mellan god psykisk samt fysisk hälsa på arbetsplatsen och ökad arbetstillfredsställelse och effektivitet. Hackman och Oldham (1980) tar fram faktorer som skapar förutsättningar för inre arbetsmotivation, som beskrivs senare i detta kapitel. Hackman och Oldham (1980) menar att ett arbete som möjliggör inre arbetsmotivation i kombination med att personen innehar rätt kompetens, upplever en god arbetsmiljö och känner tillväxtbehov skapar en positiv spiral av motivation och arbetstillfredsställelse vid väl utfört arbete som personen också får kännedom av. De menar även att det kan ge bättre effektivitet sett till kvantitet, men främst kvalitet. Acker (2004) menar att anställda som inte känner tillfredsställelse i arbetet är mer benägna att utföra sämre arbete eller till och med lämna arbetet eller yrket. Molin et al. (2012) menar att det delvis är ledarskapet som skapar arbetstillfredsställelse och att det sker genom medel såsom sociala relationer, arbetsinnehåll och karriärmöjligheter.

Även Rubenowitz (2004) nämner social gemenskap och karriärmöjligheter som två av de faktorer som är viktiga för arbetstillfredsställelsen. Författaren nämner även vikten av eget ansvar och befogenheter i arbetet i form av att kunna styra sin arbetssituation. I sektorer utanför den tillverkande industrin menar Rubenowitz (2004) att upplevelse av framgång,

erkännande av denna samt möjlighet till personlig utveckling och ansvarstagande är viktigt för att ge en god arbetstillfredsställelse. Samtidigt poängterar författaren att avsaknad av någon eller flera av dessa faktorer inte nödvändigtvis leder till missnöje. Rubenowitz (2004) skriver att ju längre ner i organisationen undersökning sker, desto vanligare är det att finna begränsade möjligheter till personlig utveckling genom tillfredsställande av våra högre behov.

2.3.1. LÖNENS INVERKAN

Lönen spelar enligt Rubenowitz (2004) en underordnad roll för tillfredsställelsen och motivationen, vilket författaren menar strider mot den populära uppfattningen. Vidare menar Rubenowitz (2004) att det inte har hittats någon direkt korrelation mellan inställning till lönen och incitamenten att gå till jobbet. Friberg (1975) menar att de materiella incitamenten hos institutioner, däribland skola och sjukvård, spelar en mindre roll jämfört med i andra branscher. Hackman och Oldham (1980) påpekar att låg lön är en av de faktorer som kan hämma en person från att känna tillfredsställelse från sitt arbete. Rubenowitz (2004) skriver att maktlöshet och vantrivsel leder till bristande arbetsengagemang vilket gör arbetet till något som genomförs enbart för att möjliggöra konsumtion och tillfredsställande av behov på fritiden genom sin lön. Rubenowitz (2004) fortsätter med att det dock anses tveksamt om detta är ett optimalt tillstånd eftersom en så stor del av ens tid spenderas på arbetsplatsen. Dessutom hävdar Rubenowitz (2004) att lönen även har ett symbolvärde i form av visad uppskattning där löntagaren jämför sin lön med andra befattningar och andra yrkeskategorier på arbetsmarknaden relativt sett och inte själva lönesumman.

2.3.2. SAMBAND MED PRODUKTIVITET

Rubenowitz (2004) skriver att det från många års forskning har hittats klara kopplingar från trivsel och arbetstillfredsställelse till produktivitet. Även Hackman och Oldham (1980) menar att det finns ett positivt samband mellan prestation och hög arbetstillfredsställelse. Författarna nämner att det dock är främst kvaliteten i det utförda arbetet som förbättras. Rubenowitz (2004) menar dock att exakt hur orsak-verkan-sambanden ser ut har på senare år ifrågasatts. Senare forskning har visat att graden av koppling beror på arbetets utformning, där mekaniserade arbeten uppvisar lägre grad av samband. Arbeten som däremot ställer höga krav på kunskap och skicklighet samt är utvecklande, har starka samband mellan arbetstillfredsställelse och produktivitet (Rubenowitz, 2004). Vidare menar författaren att arbetsgruppen och dess normer på ett avgörande sätt kan påverka sambandet. En stark tillhörighet till en grupp ökar känslan av trivsel och arbetstillfredsställelse men för att få produktivitet som följd krävs att gruppens målsättningar och ambitioner är höga. Författaren nämner även att dessa målsättningar bör vara i linje med arbetsledningens, där författaren utgår från att dessa är väldefinierade och strävar mot högre produktivitet (Rubenowitz, 2004).

2.4. BENÄGENHET ATT LÄMNA SIN ARBETSPLATS

Rubenowitz (2004) menar att frånvaro från arbetsplatsen ofta är relaterad till psykosocial arbetsmiljö, särskilt i de fall övriga incitament saknas och lönen är i fokus. Det gäller såväl

kort- som långtidsfrånvaro samt benägenhet att se sig om efter ett annat jobb. Intention till uppsägning kommer enligt Molin et al. (2012) innan den faktiska uppsägningen. Då arbetstillfredsställelsen är låg ökar enligt författarna chansen att personal ser sig om efter andra jobb och jämför dem med sin nuvarande situation. Molin et al. (2012) menar att personal tar chansen att byta om det visar sig att chans till förbättring finns. Även Ke och Hung (2017) påpekar att processen att lämna ofta sker stegvis, först lämnar personalen enheten, sedan sjukhuset och slutligen yrket. Författarna nämner också att 65% av deltagarna i deras studie var mer benägna att lämna om de var missnöjda med arbetsplatsen.

Ackers (2004) studie inom mentalsjukvården jämförde förhållandena mellan olika organisatoriska tillstånd och anställdas tendens att byta arbete. Författaren fann ett samband mellan otydliga arbetsroller samt bristande socialt stöd och viljan att byta arbete. Samtidigt visade studien att socialt stöd från chefer och medarbetare verkade positivt på arbetstillfredsställelsen. Individer med låg arbetstillfredsställelse hade generellt sett högre utbildning och längre arbetslivserfarenhet i kombination med stor arbetsbörda, dålig lön och små möjligheter till vidareutveckling. Enligt en studie genomförd av Sourdif (2004) i en sjukhusmiljö var tillfredsställelse med administrationen och arbetet samt tillhörighet till ett arbetslag faktorer som påverkade viljan att stanna på arbetsplatsen positivt.

Ackers studie (2004) fann vidare att de mer tillfredsställda arbetarna hade administrativa eller chefsuppgifter i kombination med högre lön och större möjligheter till vidareutveckling. Studien trycker på den avgörande roll som socialt stöd har på arbetsplatsen. En stödjande arbetsmiljö ger medarbetare möjlighet att utföra högkvalitativa tjänster, att känna tillfredsställelse i arbetet och vara hängivna sitt yrke trots den problematiska miljön inom den studerade mentalsjukvården. Sourdifs studie (2004) pekar på att missnöje med organisationen inom sjukvården starkt hänger samman med dåliga utvecklingsmöjligheter samt bristande autonomi och ledarskap. Ett sätt att öka tillfredsställelsen med administrationen, enligt Sourdif (2004) är att försöka möta sjuksköterskornas behov framför organisationens behov.

Enligt Ke och Hung (2017) finns det positiva samband mellan sjuksköterskornas vilja att stanna och utformningen av schema, autonomi, ansvar och utvecklingsmöjligheter. Författarna menar att personalen behöver klarhet i sin arbetsroll, likaså efterfrågas en god relation med kollegor och hur verksamheten styrs. Ledare har enligt Molin et al. (2012) stort ansvar att minska intentionen till uppsägning och för att åstadkomma detta krävs ett tydligt ledarskap med mycket inflytande. Författarna påpekar även vikten av att de anställda känner självständighet och möjlighet till inflytande.

Sjukhus försöker ofta lösa problemet genom att anställa ny personal, men det kommer ofta inte åt grundproblemet. Att förlora sjuksköterskor är dyrt, Ke och Hung (2017) studie uppskattar kostnaden till \$62 000 per sjuksköterska. Uppsägningar leder även till negativa konsekvenser för kvarvarande anställda och organisationen i helhet. Det är dyrt att nyanställa i sig samtidigt som ett produktionsbortfall sker. Molin et al. (2012) hävdar att personalbortfall även leder till en sämre stämning och gruppsammanhållning, vilket skapar en ond spiral. Intervju med personal som lämnar är enligt Ke och Hung (2017) ett sätt att öka förståelsen till varför personal slutar och därmed kunna bemöta problemen.

2.5. ARBETSMOTIVATION

Med motivation menas enligt Börnfelt (2017) att individen är beredd att anstränga sig för att uppnå vissa mål. Även om många, enligt Thylefors (2016) är eniga om vad som skapar en god, motiverande arbetsmiljö finns det en uppsjö olika teorier och modeller inom ämnet. Börnfelt (2017) menar att det finns två synsätt på motivation, benämnda teori X och Y av McGregor (1960). Teori X menar att människor behöver motivation och styrning för att arbeta eftersom denna naturligt undviker och motsätter sig detta. Tvång och kontroll, med andra ord yttre incitament såsom lön och andra förmåner, krävs för att framkalla arbete. Rubenowitz (2004) menar att yttre incitament kommer från en struktur som är mer kontrollerad genom arbetsledning, byråkratiska regler, individuell prestationslön och andra ramverk vars syfte är att styra och kontrollera den anställde.

Teori Y å andra sidan menar att människan i själva verket vill arbeta, då det ingår i dennes natur. Arbete kan leda till tillfredsställelse och utföras frivilligt. Människan letar efter att ta ansvar, om den inte har dåliga erfarenheter av detta. Inriktning bör därför vara att skapa en miljö som främjar inre motivation. Detta görs genom att se till att arbetsuppgifterna i sig är kvalificerade, utvecklande, har status samt kräver ansvar och befogenheter (Börnfelt, 2017). Enligt Friberg (1975) är sociologer överens om att det materiella inte kan vara den enda sporren till att arbeta. Människan har enligt denna uppfattning en inre energi, som drivs av inherent incitament från att en aktivitet är belönande i sig, till personlig utveckling. Dessa incitament är betydligt svårare att kontrollera. Friberg (1975) menar att flera typer av motivation kan komma samtidigt.

2.5.1. INRE ARBETSMOTIVATION

Brandt (2013) menar att det är under värdeskapande arbete som inre motivation skapas och att denna tid därmed ska maximeras. Hackman och Oldham (1980) lägger fram en modell för hur inre arbetsmotivation möjliggörs av tre kritiska psykologiska faktorer; *meningsfullhet i arbetet*, *ansvar för resultatet* samt *kännedom om resultatet*. Om dessa är uppfyllda har arbetet i sig god potential att generera inre arbetsmotivation. Vidare menar Hackman och Oldham (1980) att effektivitet och tillfredsställelse tenderar att öka då förutsättningarna för att uppnå inre arbetsmotivation är höga.

Känslan av *meningsfullhet* grundar sig enligt Hackman och Oldham (1980) i tre aspekter, att uppgiften är utmanande och kräver viss kompetens från individen, att uppgiften kan anses som en del av något större samt att resultatet har en reell inverkan för andra människor eller organisationen. Deci och Ryan (2000) instämmer i att uppgiften behöver kräva en viss kompetens för att individen skall uppfatta den som motiverande.

Individen måste även känna ett personligt *ansvar för resultatet*. Ansvar för resultatet hänförs av Hackman och Oldham (1980) till graden av autonomi i arbetet. Individen ska känna att resultatet är en produkt av sin egna prestation och inte enbart av goda instruktioner och förutsättningar. Även Deci och Ryan (2000) nämner autonomi som en avgörande faktor för individens möjlighet till arbetsmotivation och engagemang.

Hackman och Oldham (1980) argumenterar att ifall individen inte har *kännedom av resultatet* från utfört arbete, är det omöjligt att känna inre arbetsmotivation från ett väl utfört arbete. Författarna argumenterar här för att återkoppling från arbetet är den underliggande faktorn. Arbetsåterkoppling innebär att uppgiftens natur på något vis synliggör sitt utfall och skall skiljas från extern återkoppling från chef eller rapporter.

Hackman och Oldham (1980) redogör även för hur denna inre arbetsmotivation kopplas till arbetstillfredsställelse. Individen behöver enligt författarna både ha ett visst utvecklingsbehov samt tillräcklig kompetens för att svara positivt på utmanande uppgifter som har goda förutsättningar att skapa inre arbetsmotivation. Även en dålig arbetsmiljö, till exempel i form av missnöje med lönen, otrygg anställning eller social misstrivsel, gör enligt Hackman och Oldham (1980) att individer som annars skulle känna arbetstillfredsställelse inte gör det. Rubenowitz (2004) för ett resonemang i linje med detta och påpekar att om den fysiska eller psykosociala arbetsmiljön är bristfällig fås oftast låg arbetsmotivation som följd. Detta resonemang stöds även av Deci och Ryan (2000) som menar att individens förutsättningar, behov och arbetsmiljö påverkar dess möjlighet att internalisera yttre motivation och känna autentiskt engagemang.

2.6. LEDARSKAP

Ett av studiens fokus är ledarskap, delvis på grund av dess koppling till den psykosociala arbetsmiljön samt arbetstillfredsställelsen och delvis då det i dagsläget finns bristande förutsättningar för cheferna att bedriva ett bra ledarskap. I detta avsnitt kommer först en introduktion till ledarskap, sedan en förklaring av rollen som ledare och vidare ledarskap specifikt i sjukvården.

2.6.1. INTRODUKTION TILL LEDARSKAP

Ledaren har stor betydelse för arbetsengagemang, prestationer och tillfredsställelse. Enligt Rubenowitz (2004) grundar sig en fjärdedel av företagets lönsamhet på ledarskapet. Robbins och Coulter (2012) definierar en ledare som en person som har styrningsansvar och kan influera andra till handling. Enligt Liker och Convis (2011) används ordet ledare ofta för att beskriva en karismatisk, ofta heroisk person, som har förmågan att få många att följa denne. Toyota ser inte på ledarskap lika individuellt, utan som något som uppnås med hjälp av ett helt system. Starka individer krävs, men den delade visionen och drivet är nyckeln, enligt Liker och Convis (2011).

Ledarskap är det som bedrivs för att styra en grupp mot gemensamma mål. De teorier som kommit ur ledarskapsforskningen behandlade till en början ledarens personlighetsdrag och på senare tid hur ledaren interagerar med gruppen (Robbins och Coulter, 2012). Enligt samma författare ansågs dock dessa två synsätt på ledarskap vara otillräckliga, varför mer situationsbaserade teorier uppkommit under senare årtionden. Thylefors (2016) menar att det finns en uppsjö av modeller och teorier kring chef- och ledarskap i välfärdssektorn med varierande stöd i forskningen. Många studier fokuserar på det formella ledarskapet, det vill säga cheferna, men missar därmed det inflytandet som finns från informella ledare.

Börnfelt (2017) menar att det alltid finns någon form av styrning och kontroll, annars kan det inte sägas att det finns sociala grupperingar. Styrning definieras enligt Börnfelt (2017) som de handlingar ledningen gör i syfte att påverka dess processer och resultat. Kontroll å andra sidan syftar mer strängt till övervakning. Styrning syftar till att påverka framtiden, men kontroll att undersöka nutida skeenden (Börnfelt, 2017). Chefsskap är enligt Börnfelt (2017) en formell roll och ska särskiljas från ledarskap, som mer beskriver förmågan att leda en verksamhet. Ett bra ledarskap fås enligt samma författare genom målformulering och kontroll. Vidare menar Rubenowitz (2004) att en bra ledare får sin makt genom att få med sig personalen.

Thylefors (2016) menar att effektivitet har varit ett centralt begrepp inom ledarskapsforskning men att resultat av ledarskap kan delas in i två sidor; lönsamhet, prestationer och måluppfyllelse på ena sidan och motivation, arbetstillfredsställelse och personalthälsa på andra sidan. Ett annat perspektiv som Erlingsdottir et al. (2018) framhäver är att ledarskap kan ses som en process snarare än en specifik position och att ett bra ledarskap karaktäriseras av en förmåga att få medarbetare att leda sig själva. På så sätt kan enligt författarna organisationer med delad makt och som främjar självledande grupper skapas. Robbins och Coulter (2012) skriver att ledarskapsforskning kom fram till att det var omöjligt att definiera en exakt uppsättning av karaktäristika hos en effektiv ledare som alltid stämde. Senare försök att definiera drag som konsekvent associerades med ledarskap som process snarare än ledarens personlighetsdrag var mer framgångsrika. En del av Robbins och Coulter (2012) resultat var vikten av att ledaren besitter relevant kunskap; effektiva ledare har en hög nivå av kunskap om företaget, industrin och tekniska aspekter. Detta gör enligt författarna att de kan ta välinformerade beslut med förståelse av dess implikationer.

Enligt Cochrane (2017) behöver en ledare visa på beteende som att vara vänlig, glad, samt lyssna och ta tag i problem som de anställda för fram. Rubenowitz (2004) för också fram att ledaren ska ha prestationsmotivation, en målinriktad kraft som vill åstadkomma konkreta resultat. Thylefors (2016) menar att det finns problem med kausalitet i ledarskapsforskningen. Det har i många fall hittats samband mellan ledarstil och prestationer, men utan att svara på orsak- och verkan-samband. Corin och Björk (2017) menar att forskningen har skiftat fokus över tid, men ledares individuella egenskaper har varit i fokus historiskt. De menar att vissa aspekter har missats och att chefers arbete visat sig vara mer beroende av organisatoriska förutsättningar än vad som tidigare antagits. Detta styrks av Vroom och Jago (2007) som menar att den viktiga roll som kontexten har för ledarskapet inte alltid har erkänts. Till dessa förutsättningar räknar Corin och Björk (2017) dels organisatoriska som antal medarbetare per chef, tillgång till stödfunktioner och psykosocial arbetsmiljö.

2.6.2. ROLLEN SOM LEDARE

Katz och Kahn (1978) nämner tre rollproblem för chefer; *överlastning*, *konflikt* samt *otydlighet*. Thylefors (2016) menar att rollöverlastningen är dominerande. Många ledare har svårt att klara sitt uppdrag inom arbetstiden, vilket gör att kvaliteten på exempelvis möten och handlingsplaner blir lidande som följd. Antalet anställda per chef har studerats ur

överlastningsperspektiv och Thylefors (2016) beskriver att redan vid 30 medarbetare blir det problem att hålla arbetet inom arbetstid. Med rollkonflikt menas motstridiga förväntningar som chefer möts av, något som enligt Thylefors (2016) är vanligt inom välfärden.

Rubenowitz (2004) beskriver att ledaren bör utveckla sig som lagledare och försöka bortse från sin forna specialitet. Mintzberg (1989) observerade flertalet chefer i syfte att bättre förstå hur de arbetar. Tillfrågade chefer svarade att deras roll i allmänhet innefattar att: planera, organisera, koordinera och kontrollera. Mintzberg (1989) menar att en ledare har flertalet roller, bland dessa finns rollen som frontfigur genom sin formella position då vissa uppgifter är av ceremoniell natur. Det ingår även att vara talesperson och dela ut information å sin verksamhets vägnar. Vidare beskriver Mintzberg (1989) chefens roll som störnings- och resurshanterare, roller som chefer får genom sin formella position, auktoritet och kontaktnät.

Det är enligt Rubenowitz (2004) av vikt att ledaren själv kan planera sin arbetstid och inte vara för operativ, eftersom det annars kan gå ut över det långsiktiga arbetet. Författaren menar att det trots detta är vanligt att delegering av arbetsuppgifter inte görs på grund av misstro mot de som är tänkta att utföra uppgiften, istället för ledaren.

Ledaren bör lära sig kontinuerligt genom att gå ut i verksamheten i syfte att förstå denna och dess utmaningar (Liker och Convis, 2011). Fölster, Hallström, Morin och Renstig (2003) nämner också vikten av att ledare spenderar tid ute i verksamheten. Brandt (2013) resonerar på liknande vis att chefen ska vara med och ta fram förbättringar ute i verksamheten. Liker och Convis (2011) skriver att en av ledarens uppgifter är att stödja daglig *kaizen*, vilket innebär små, kontinuerliga förbättringar. Detta görs enligt Liker och Convis (2011) genom att rikta in gruppen mot "den perfekta verksamheten" och skapa en driven miljö genom standarder, mål och visuell styrning. Vidare krävs att ledaren är ute i verksamheten och hjälper till att identifiera skillnader mellan det optimala och verkligheten samt delegerar ansvar för att reducera dessa. Brandt (2013) menar att det är viktigt att vara ute mycket i verksamheten som chef i sjukvården.

2.6.3. LEDARSKAP I SJUKVÅRDEN

Drucker (1993) beskriver sjukvårdsorganisationer som den mest komplexa formen av organisation vi någonsin försökt hantera. Detta grundar sig enligt författaren i faktorer som att vi har flera intressenter och professionella discipliner som ofta har inkompatibla intressen. Intressen som i sin tur har omätliga krav som ska stillas med begränsade resurser. Läkare tillhör enligt Börnfelt (2017) en profession som likt jurister och arkitekter ofta är mer intresserade av sina egna yrken än själva organisationen. Erlingsdottir et al. (2018) menar att verksamma inom sjukvården har en stark professionsautonomi, vilket resulterat i att de ofta motsatt sig förändringar då ledarskapets tankesätt krockat med professionslogiken. Vidare skriver Erlingsdottir et al. (2018) att det i sjukvården finns flera tankesätt i bruk samtidigt som måste hanteras.

Brandt (2013) menar att linjeorganisationen och de tillhörande traditionella strukturerna som finns i sjukvården idag är svåra att förändra. Brandt (2013) nämner vidare att svensk sjukvård

har bedrivits som en professionell byråkrati där duktiga läkare har fått bli verksamhetschefer. På senare tid har dock ett skifte skett mot att även betona ledarskapskunskaper eftersom högre ledning har fått allt svårare att förstå sina verksamheter, då dessa gått mot att bli mer specialiserade. Bercaw (2013) menar att den toppstyrning sjukvårdsorganisationer har ofta leder till att verksamheten blir organiserad i silos, vilket blir ineffektivt när deras individuella styrning ej koordineras tillräckligt.

2.7. VERKSAMHETSUTVECKLING

Detta kapitel ger en introduktion till förbättringsarbete och förutsättningar som krävs. Vidare ingår ett avsnitt kring mål som är en viktig del i utvecklingsprocessen, där organisationen definierar sin riktning. Riktlinjer kring hur mål kan formuleras och brytas ner presenteras i detalj i diskussionen. Dessa detaljer tros ge läsaren en djupare förståelse när de sätts direkt i relation till den nuvarande situationen i verksamheten. Sist presenteras faktorer som försvårar förändringsarbete i organisationer och hur de kan elimineras.

2.7.1. FÖRBÄTTRINGSARBETE

Erlingsdottir et al. (2018) menar att de flesta publikationer kring förändringsarbete länge har haft ett hierarkiskt perspektiv vid beskrivning av hur chefer ska leda och hantera förändring. Medarbetare utan chefsroll indikeras i dessa publikationer som följare, det vill säga att de följer de förändringar chefen har initierat. I och med detta påverkar ledarstilen utfallet för en förändring, menar Erlingsdottir et al. (2018).

Förändring måste enligt Brandt (2013) drivas med förståelse och engagemang från medarbetarna, annars kan en viktig del i förändringsarbetet förloras. Författarna menar att ledaren ofta har en idé kring förbättring, men denna ska med fördel diskuteras i grupp då detta ger större genomslagskraft i organisationen. Börnfelt (2017) menar att en öppen kommunikation mellan anställda och chefer är viktig vid förbättringsarbete, det är mycket viktigt att de sistnämnda lyssnar och tar till sig. Det är enligt Rubenowitz (2004) viktigt att personalen engagerar sig eftersom det är de anställda som i slutändan ska genomföra förändringarna. Börnfelt (2017) hävdar att de anställda först tar sig tid till förbättringsarbete då den rådande arbetssituationen är tillfredsställande. Det är av vikt att utbildningsansatser görs för medarbetarna för att övervinna ångslan och motstånd som finns till förändring, få förändringar har blivit lyckade utan detta (Rubenowitz, 2004).

Cochrane (2017) beskriver kultur inom en organisation som antagandena kring hur folk agerar, tänker och känner. En kultur som strävar efter att uppnå goda prestationer är dynamisk, mottaglig för innovationer samt förändring och strävar efter perfektion. Ledarskapet är enligt Cochrane (2017) den viktigaste faktorn för att upprätta en kultur som i sin tur lägger grunden för implementering av nya strategier. Cochrane (2017) skriver vidare att ungefär 70% av förändringsprojekt misslyckas, bland annat på grund av att gamla beteenden ofta kommer tillbaka. Denning (2011) menar att kulturen motverkar försök till förändring av sig själv, varför försök till kulturell förändring är bland det svåraste en ledare kan göra.

2.7.2. MÅL

Börnfelt (2017) betonar vikten av att särskilja på strategi och mål. Enligt Drucker (1976) ska mål resultera i ansvarstagande och göra självkontroll möjlig. Liker och Convis (2011) menar att en vision med likriktade mål behöver skapas. Denna vision ska enligt Rubenowitz (2004) delas in i mål och föras ner i organisationen för att sedan vidare delas upp. En helhetsbild och långsiktigt tänk riktar in de små förbättringarna åt samma håll. Stora, övergripande mål behöver brytas ner till mer greppbara mål för de anställda. Det är en utmaning att dela upp arbetet och samtidigt se till att strategiska och långsiktiga beslut är centraliserade (Rubenowitz, 2004). Cochrane (2017) betonar vidare vikten av att verksamhetens ledning sätter upp tydliga mål som reflekterar organisationens uppdrag, värderingar och vision för att rikta in hela organisationen efter dessa. Enligt författaren gäller det vidare att fokusera på så få mål som möjligt eftersom för många blir brett och ouppnåeligt, vilket leder till låg prestation och utbrändhet. I en sjukvårdsorganisation kan det dock vara svårt att greppa i och med att den är så pass komplex, menar Cochrane (2017).

2.7.3. MOTSTÅND TILL FÖRÄNDRING I ORGANISATIONER

Beer och Eisenstats (2000) studie, som undersökte 12 företag, fann sex faktorer som försvårar implementeringsarbete. Ett av problemen är att högre ledning inte lyssnar på signaler och åsikter underifrån. Lösningen är enligt författarna att göra om styrningen till ett tvärfunktionellt, engagerat ledarskap. Vidare menar Beer och Eisenstat (2000) att brist på kommunikation mellan avdelningar och affärsområden är problematiskt. Det gäller enligt författarna att omvandla dålig koordination till grupparbete genom att istället för att ha funktionella silos, omvandla detta till tvärfunktionella avdelningar. Jacobsson och Åhlström (2010) påträffade även problematiken i att personal sällan känner ansvar för annat än själva avdelningen i sig, utan skyller problem på andra avdelningar. Beer och Eisenstat (2000) menar att ett annat problem är otydligt beskrivna strategier som har motstridiga prioriteringar. Organisationen behöver därmed utveckla sin strategi tillsammans med samtliga funktioner för att reda ut motsättningar.

Beer och Eisenstat (2000) fann att chefer på lägre nivåer som saknar kompetens kring ledarskap inte heller får resurser från organisationen för att kunna utveckla sådan. Rubenowitz (2004) påpekar detsamma och menar att de ytterst ansvariga bör sörja för en ledarskapsutbildning. Jacobsson och Åhlström (2010) menar att en annan problematik är bristande stöd och kunskap kring förändrings- och implementeringsarbete från högre ledning. Samtidigt menar författarna att högre ledning i många fall mindre är omtyckta ute i verksamheten.

3. METOD

Enligt Walléns (1996) definitioner kan studien beskrivas som dels explorativ, dels normativ. Studien innefattar att finna problemområden samt skapa förståelse av grunden till dessa problem. Behovet av förståelse för verksamheten innebär att studien är av explorativ karaktär inledningsvis. De senare delarna av rapporten, vilka syftar till att finna riktlinjer och förbättringsförslag kring ledarskap och psykosocial arbetsmiljö, kallas normativa enligt Walléns (1996) nomenklatur.

Studien hade sin början i en bakgrund formulerad av uppdragsgivaren, men projektgruppen hade en valfrihet i vilka specifika avdelningar som skulle studeras. I syfte att nå ett lämpligt omfång och formulera avgränsningar, gjordes en förstudie på två tänkbara vårdavdelningar och därefter kunde studien riktas in mot intensivvårdssektionen.

Studien följde ett arbetssätt som grundar sig i att först samla in empiri, för att sedan tillämpa teori, vilket enligt Wallén (1996) kallas för en induktiv modell. Detta arbetssätt innebär att teori tillämpas i högre utsträckning efter det att data samlats in, medan litteratursökningen styrs av empirin. Gruppen hade dock en initial förståelse för problemställningen, främst grundad i medlemmarnas akademiska bakgrund. Förståelsen var viktig för att förstå rotorsaker och för att kunna fokusera på rätt saker i efterföljande faser av datainsamlingen.

3.1. PRIMÄRDATA

För att kunna kartlägga ledarskapet och arbetsmiljöförhållanden behövde interaktioner mellan människor förstås, vilka kan vara mycket komplexa. Av denna anledning gjordes det en kvalitativ studie med intervju som tillvägagångssätt, som enligt Trost (2010) är lämplig. Även Wallén (1996) stödjer en kvalitativ metod om det som ska undersökas är subjektivt, mångtydigt och vagt, vilket överensstämmer med studiens karaktär. Utöver intervjuer gjordes också observationer i den kliniska miljön. Kombinationen av intervjuer och observationer är enligt Wallén (1996) lämplig i en studie av denna karaktär. Bryman och Bell (2005) påpekar också att en kombination av observationer och intervjuer är att föredra, då observationer synliggör rutiner och vanor som inte framkommer under en intervju.

Brister knutna till ledarskap, psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse som finns på intensivvårdssektionen i dagsläget har inte varit föremål för någon heltäckande och djupgående utredning och kan därmed anses vara relativt utforskade. När området är utforskat föreslår även Yin (1984) den kvalitativa forskningsmetoden. Yin (1984) styrker också resonemanget kring att forskaren lämpligen är närvarande på insidan av organisationen genom att genomföra intervjuer, observationer och samtal.

3.1.1. INTERVJUER

Intervjuer var huvudmetoden för datainsamling. Intervjuerna hade ett tema samt utstakade diskussionsämnen, men tilläts utvecklas allt eftersom fler intervjuer genomfördes. Bryman och Bell (2005) stödjer detta tillvägagångssätt då författarna menar att kvalitativa intervjuer

följer ett förutbestämt tema utan krav på intervjuguide, där intervjun anpassas efter vad intervjuobjektet tycker är viktigt. Även Lantz (2013) har samma synsätt och benämner metoden som öppna intervjuer. Bryman och Bell (2005) menar vidare att det är fyllda svar som efterfrågas, där samma person kan komma att intervjuas flera gånger. Öppna intervjuer hölls därmed utan förutbestämda svarsalternativ.

Tidigt i studien hade intervjuer fokus på synen på beskrivning av verksamheten, ledarskapet, arbetstillfredsställelse och möjliga brister med anknytning till dessa områden. Efter första dataanalysen riktades intervjuerna in och gick ut på att få mer uttömmande svar inom de identifierade problemområdena. Sådana intervjuer med ett visst fokus benämns enligt Bryman och Bell (2005) som semistrukturerade.

Samtliga intervjuer genomfördes av två personer där ena personen var intervjuledare och förde diskussionen, medan den andra fokuserade på att föra anteckningar. För att tillvägagångssättet ska fungera bra behöver intervjuaren vara synkade, enligt Trost (2010). Av denna anledning var gruppmedlemmarna indelade i fasta par om två genom hela datainsamlingsprocessen i syfte att få en vana i att arbeta tillsammans i intervjusammanhang.

Intervjuernas längd var i intervallet 30–90 minuter. Trost (2010) rekommenderar att en intervju skall vara ungefär 90 minuter för att få ut tillräckligt med information. I studien var detta inte möjligt då personalen inte kunde uppehållas under längre tidsperioder. Initialt fanns det mycket information att hämta kring verksamheten och problemområden, varför intervjuerna blev längre inledningsvis. Efterhand blev intervjuaren mer rutinerad och mindre ny information erhöles, vilket bidrog till att senare blev intervjuer kortare och mer fokuserade på att komplettera redan insamlade data, se tabell 1 nedan.

Tabell 1. Översikt över intervjuer

	Förstudie	1: a intervjuomgång	2: a intervjuomgång
Karaktär	Ostrukturerade	Ostrukturerade	Semi-strukturerade
Intervjuobjekt	OC, VC	VC, AC, VEC, SC	VEC, SSK, USK, SL, Läkare
Tidsåtgång (min)	60–90	60–90	30–45

Enligt Trost (2010) kan anteckningar störa intervjun då den intervjuade kan bli konfunderad. Författaren anser däremot att det kräver en mycket rutinerad intervjuare för att komma ihåg viktiga detaljer som framförts under intervjun. Då gruppens medlemmar inte hade någon större erfarenhet av att hålla intervjuer sen tidigare fördes anteckningar som sammanställdes direkt efter intervjutillfällena. Lantz (2013) anser att det sker en datareduktion under intervjun om endast anteckningar sker. Vidare nämner Trost (2010) fördelar såsom att kroppsspråk kan undersökas vidare och rekommenderar därför ljudupptagning och transkribering. Jacobsson och Åhlström (2007) menar däremot att frånvaro av inspelningsutrustning möjliggör att intervjuobjektet kan prata mer fritt och att de inte blir

bundna till att tala politiskt korrekt. I och med detta gjordes inga inspelningar eftersom känsliga ämnen behandlades under intervjuerna. Projektgruppen ville inte riskera att gå miste om viktig och rättvisande data för att få en så verklighetstrogen bild som möjligt. Valet att inte spela in styrks också av att flertalet intervjuobjekt frågade om intervjun var sekretessbelagd innan hen var villig att dela med sig av vissa uppgifter.

Under observationerna i den kliniska verksamheten var det ibland aktuellt att hålla korta samtal med personen som var med under observationen. Bryman och Bell (2005) beskriver samtal som intervjuer i samtalsform. Det finns inte någon struktur för ett samtal, utan det kretsar kring ett visst ämne. Miljön är heller inte lika kontrollerad som en intervju och anteckningar bör föras först efter samtalet (Jacobsson, 2010), vilket var fallet vid samtal i studien. De samtal som har loggats är de som skett utanför observationer och intervjuer, men i anslutning till dessa. Samtal som syftat till att boka en tid för intervju eller observation har inte räknats med.

3.1.2. OBSERVATIONER I DEN KLINISKA VERKSAMHETEN

För att få ett komplement till intervjuer genomfördes ett antal observationer av personal i den kliniska verksamheten. Wallén (1996) påstår att observationer genererar utsagd kunskap som tas för givet inom verksamheten, värderingar som kommer fram i konkreta situationer och kännedom om sociala samspel. Bryman och Bell (2005) beskriver olika former av deltagande av observatören. Studien sökte att påverka den dagliga verksamheten så lite som möjligt och därmed har fokus varit på ren observation utan deltagande. Utöver observationer i den kliniska verksamheten observerades flertalet möten på samtliga avdelningar och på flera olika nivåer i verksamheten. Observationerna av personer ute i den kliniska verksamheten hade en snabbt avtagande avkastning vad gäller mängden empiri som kom ur dessa, varför intervjuer och möten kom att prioriteras under datainsamlingen.

3.1.3. URVAL

Nedan följer en beskrivning av hur urvalet till intervjuer samt observationer gick till och därefter en sammanställning av antalet intervjuer och observationer i tabellform. Antalet personer i ledningsposition har intervjuats minst en gång vardera. Detta i syfte att kunna kartlägga verksamheten och dess brister med utgångspunkt i ledarskapet. När det gäller övriga anställda i verksamheten var målsättningen att intervjua en grupp som har samma yrkesrollsfördelning och fördelning mellan avdelningarna som verksamheten i sin helhet har, vilket också uppfylldes. Detta i syfte att erhålla en så rättvisande bild som möjligt i enlighet med Trosts (2010) argument att bredd är bättre än djup.

Urvalet kan göras på flera sätt och i ett sammanhang som detta finns två val som Trost (2010) föreslår. Antingen gör överordnad ett urval på lämpliga intervjuobjekt eller så får aktuellt intervjuobjekt rekommendera det nästkommande, ett så kallat snöbollsurval. Det senare är att föredra då inte samma person kan vinkla urvalet och snöbollsmetoden är därför det som tillämpats i studien. Även Alvehus (2013) stödjer denna urvalsmetod då författaren menar att den är mer effektiv jämfört med ett helt slumpmässigt urval är.

Ibland angav inte personer nästa intervjuobjekt utan hänvisade istället till att överordnad skulle välja nästa intervjuobjekt. Av denna anledning kunde inte snöbollsurvalet användas uteslutande. Alvehus (2013) menar att snöbollsurvalet medför en risk för att fastna inom samma nätverk av personer med liknande åsikter, men detta upplevdes inte vara ett problem under studien. I vissa fall lämnades dock återbud varefter nytt intervjuobjekt valdes genom chefen. Enligt Kvale (1997) är det inte ovanligt att hamna i situationer där forskaren får avvika från sin urvalsmetod när kvalitativa studier ska genomföras i en verksamhet. Även Bryman och Bell (2005) menar att ett liknande, så kallat *bekvämlighetsurval*, är en giltig metod där objekt som tros bidra i högst utsträckning och är tillgängliga för medverkan väljs.

Tabell 2 nedan ger en överblick över antal intervjuer, samtal och observationer i den kliniska verksamheten som genomfördes samtidigt som vilket urval som dessa gällde. Tabell 3 ger därtill en överblick över vilka möten som observerades, hur många gånger de observerades och vilka som deltog på dessa.

Tabell 2. Antal intervjuer, samtal och observationer av individer

Titel/profession	Antal intervjuer	Antal samtal	Antal observationer i den kliniska verksamheten
Sjukhusdirektör	1	-	-
Bitr. Sjukhusdirektör	1	-	-
Områdeschef	2	2	-
Bitr. Områdeschef	-	2	-
Verksamhetschef	5	-	-
Avdelningschef	1	-	1
Sektionschef (Läkare)	1	1	1
Sektionsledare (SSK)	4	-	1
Vårdenhetsöverläkare	2	-	-
Vårdenhetschef	6	-	3
Undersköterska	5	-	-
Sjuksköterska	5	-	1
Läkare	2	1	-
HR - stab	1	-	-
Områdesstab	-	3	-
Summa	36	9	7

Tabell 3. Antal observerade möten av olika typer

Möte	Deltagande	Längd (h)	Frekvens	Antal obs.
VLG - Verksamhets-ledningsgrupp	VC, AC, SC, VEC (för hela AOI)	3	Varannan vecka	3
SR - Sektionsråd	SC, AC, VEC (endast IVA - sektionen)	1,5	Varannan vecka	3
APT – Arbetsplats-träff	VEC + USK/SSK på dagens kvällspass	1	En gång i månaden	3
Övriga möten	-	-	-	2

3.2. SEKUNDÄRDATA

Den sekundärdata som samlats in är i störst utsträckning kvantitativ. Det rör sig om data från årsredovisningar, verksamhetsberättelser och medarbetarenkäter. De förstnämnda har använts i syfte att bättre kunna beskriva verksamheten som bedrivs på intensivvårdssektionen. Medarbetarenkäten har använts främst i syfte att studera parametrar som kan kopplas till psykosocial arbetsmiljö och ledarskap. Det rör sig om mått rörande arbetsbelastning, uppskattning och målarbete.

3.3. RELIABILITET

Reliabilitet syftar enligt Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008) på huruvida studien går att upprepa med samma resultat eller ej. Även Trost (2010) ger samma definition på begreppet. Bryman och Bell (2005) skiljer vidare på extern och intern reliabilitet. Den externa reliabiliteten syftar att svara på i vilken utsträckning studien kan upprepas på samma sätt och generera samma svar. Den interna reliabiliteten innebär å andra sidan att forskarna har en gemensam bild av hur de ska tolka den data som samlas in. Reliabilitet är däremot svårt att uppnå vid kvalitativa studier enligt Trost (2010). Detta eftersom det krävs att alla frågor ställs på exakt samma sätt i samma situation med kringvarande slumpinflenser. Dessutom krävs att forskaren försöker få standardiserade svar, vilket inte är avsikten med kvalitativa intervjuer. Det var svårt att åstadkomma i denna studie eftersom de flesta intervjuer var ostrukturerade. Av denna anledning har fokus legat på att stärka validiteten i studien.

3.4. VALIDITET

Enligt Trost (2010) och Wallén (1996) innebär validitet att forskaren mäter det som avses att mätas. Bryman och Bell (2005) har samma beskrivning, men skiljer på intern och extern validitet. Den externa validiteten, refereras även till som generaliserbarhet och syftar till att mäta till vilken grad resultatet kan appliceras på andra miljöer. Intern validitet mäter istället huruvida en slutsats som rymmer ett kausalt förhållande mellan variabler är hållbar eller inte. Tillförlitlighet, som enligt Bryman och Bell (2005) är motsvarigheten till intern validitet,

uppnås genom att det finns tydliga kopplingar mellan de observationer som gjorts och de teoretiska idéer forskaren utvecklar. Exempel på att skapa tillförlitlighet enligt Bryman och Bell (2005) är respondentvalidering och triangulering. Triangulering innebär att vid studier av sociala företeelser använda sig av flera metoder för att visa på att de alla ger samma resultat och därmed stärker varandra samt de idéer som arbetats fram.

I studien genomfördes en workshop på ett sektionsråd efter slutförandet av den andra datainsamlingen. Närvarande på detta råd var sektionschef, avdelningschef, samt majoriteten av vårdenhetscheferna och vårdenhetsöverläkarna. De första tio minuterna genomfördes en presentation av den insamlade empirin och därefter hölls en diskussion kring empirin på omkring 15 minuter. Den presenterade empirin bekräftades av flertalet närvarande och inga invändningar förekom. Detta ansågs vara en form av respondentvalidering som enligt Bryman och Bell (2005) är en lämplig metod för att få empirin bekräftad. Vidare presenterades empiri för en biträdande områdeschef, vilken har genomfört intervjuer med flertalet personer i chefsposition samt fackrepresentanter för att kunna föreslå en organisationsförändring. Utöver detta hölls ytterligare en presentation av empiri och diskussion för sjukhusdirektören, en områdeschef och en biträdande områdeschef. Under båda dessa samtal och diskussionsforum förekom inga invändningar mot insamlad empiri återigen. Alla parter hade istället en liknande uppfattning om verksamheten.

Jämförelserna med verksamheten anses ha styrkt studiens validitet på grund av att inga invändningar angående empirin gjorts. Det har inte heller funnits några motstridigheter vid triangulering, som naturligt gjorts genom att intervjua och observera olika yrkesroller men också genom att användning av sekundärdata, främst resultat från medarbetarenkäter.

3.5. GENERALISERBARHET

Wallén (1996) beskriver generaliserbarhet som att forskningsresultat kan användas i andra sammanhang. Enligt Bryman och Bell (2005) är generaliserbarheten ofta begränsad på grund av att urvalen är begränsade, men också eftersom en dynamisk och social miljö studeras. Bryman och Bell (2005) uppger också att svårigheten att generalisera är en av de största källorna till kritik mot den kvalitativa metoden.

Förhoppningen är dock att resultatet och slutsatserna kan användas för att uppfylla studiens effektmål. En del av effektmålet är återigen att slutsatserna ska kunna spridas till andra delar av sjukvården. Detta tros vara möjligt i en ganska stor utsträckning på grund av studiens inriktning mot generella områden. Många slutsatser anses vara verksamhetsöverskridande eftersom analys av den operativa verksamheten endast är en begränsad del av studien. Istället behandlar studien områden såsom ledarskapsrutiner samt mötesstruktur, vilka hör till de mer generella områden som har potential att kunna appliceras på andra verksamheter.

Med detta sagt är det viktigt att ha i åtanke att kausaliteten kan vara annorlunda i andra delar av sjukvården. Studiens framtagna lösningar för aktuell verksamhet kanske inte lämpar sig för implementering i andra verksamheter. Detta behöver undersökas för varje specifikt fall.

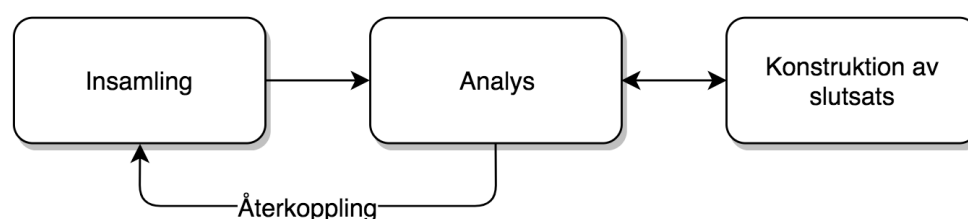
Troligt är att verksamheter med anknytning till sjukvård enklare kan ta del av studiens slutsatser i jämförelse med verksamheter i helt skilda branscher.

3.6. ETIK

Samtliga intervjuobjekt hålls anonyma i rapporten eftersom delar av den information som samlats in är känslig för berörda personer och den studerade verksamheten. Trost (2010) påpekar att sådan information kan vara till skada om det går att härleda vem som medgett vad och därmed är anonymiteten viktig. Vidare hävdar författaren att ingen forskning är så viktig att någon tvingas till medverkan i en viss studie. Även Wallén (1996) påpekar att ingen forskning får medföra att någon individ får deras personliga integritet kränkt. Intervjuer och observationer har därför inte genomförts mot någon deltagarnas vilja. Vidare har rådande forskningsetik följts.

3.7. ANALYS AV INSAMLADE DATA

På grund av studiens kvalitativa natur är dataanalysen en iterativ process som sker parallellt med datainsamlingen, enligt Thorne (2000). Bryman och Bell (2005) nämner att en kvalitativ datainsamling kännetecknas av att stora mängder data samlas in och att denna bör analyseras återkommande i syfte att bli mer hanterbar. Figur 3 nedan illustrerar hur det under studiens gång skett en kontinuerlig återkoppling till den induktiva ansatsen.



Figur 3. Illustration av hur kontinuerlig analys förhåller sig till datainsamling

Denna återkoppling gjordes för att rikta in och fokusera datainsamlingen samt studiens omfång allt eftersom, vilket Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008) understryker vikten av. Även Bryman och Bell (2005) delar detta synsätt. På grund av studiens kvalitativa karaktär skedde även en naturlig och ofrånkomlig dataanalys under intervjuerna och observationerna, då svar och observationer är tolkningsbara och inte objektiva. Trots att denna kontinuerliga återkoppling och analys skedde iterativt genom hela studien utmärker sig två tillfällen som mer omfattande dataanalyser.

3.7.1. FÖRSTA OMFATTANDE ANALYSTILLFÄLLET

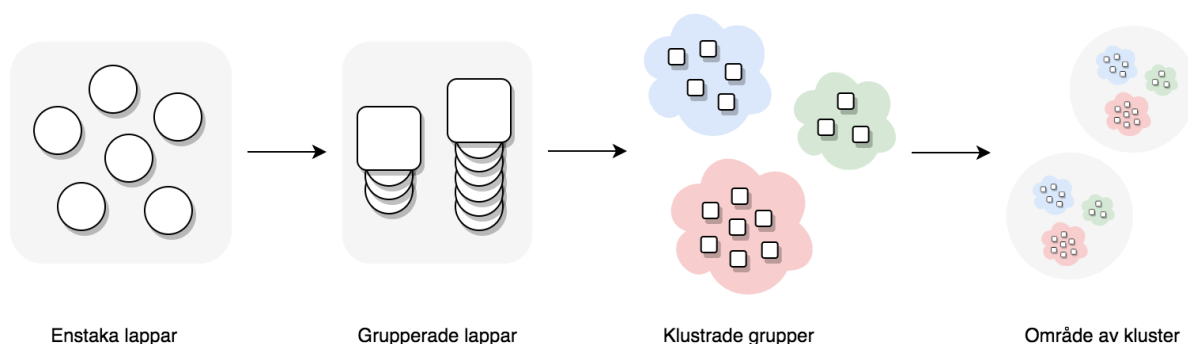
Fyra veckor in i arbetet påbörjades den första av de två större dataanalyserna. Vid det första tillfället hade nästan alla verksamhetens chefer intervjuats i totalt 15 intervjuer. Även fem observationer och två samtal hade då genomförts. Enligt rekommendation från handledare valdes *Affinity Interrelationship Method* (hädanefter benämnd som AIM) som analysmetod, beskriven av Alänge (2009). Denna analysmetod möjliggör en strukturerad och resurseffektiv

analys av mycket data, varför den valdes på grund av studiens snäva tidsomfång och krav på struktur. Metodens grundläggande idéer kommer från Kawakito Jiro, vilka har anpassats till forskningsfältet för kvalitet- och verksamhetsutveckling genom Shoji Shiba (Alänge, 2009). Ytterligare modifiering gjorts till den version som AIM utgör, vilket redogörs nedan.

I enlighet med AIM formulerades en övergripande fråga, ur den vid tiden preliminära frågeställningen, som analysen skulle hantera: *Vilka problem finns på IVA?* Denna öppna formulering passade bra för att i största möjliga mån fånga upp empirins olika aspekter. Intervjuanteckningarna delades därefter upp mellan medlemmarna och samtliga problem som nedtecknats i dessa kodades ner i form av koncisa meningar på post-it-lappar. Auerbach och Silverstein (2003) förklarar att datareduktion såsom kodning gör området mer överskådligt.

Denna kodning resulterade i cirka 280 lappar, varför en datagruppering behövdes för att kunna gå vidare. AIM är ämnad att ur de grundläggande problemen finna mer övergripande problem, så även detta skedde i enlighet med metoden. Lapparna lades ut på ett stort bord och grupperades av medlemmarna. Grupperingen genomfördes i möjligaste mån under tystnad. Medlemmarna fick fritt flytta en specifik lapp från en gruppering till en annan om oenighet rådde och även dela upp eller foga samman grupper. Indelningen baserades på medlemmarnas intuition kring lapparnas budskap och inte på förutfattade meningar eller likhet i ord och uttryck lappar emellan. På grund av den stora mängden lappar delades medlemmarna in så att två underlättade arbetet genom ständig strukturering av kluster, två arbetade direkt med gruppering och två ägnade sig åt kontinuerlig kritisk granskning av dessa grupper. Processen pågick till dess enighet rådde.

Nästa steg innebar att lapparna i grupperna lästes upp högt varefter en beskrivande mening kring innehållet författades på en rosa lapp. Resultatet blev ca 45 grupper med tre till tio lappar i varje grupp. Ett mindre antal enstaka lappar tillhörde ingen grupp. Innan vidare klustring, analyserades innehållet åter i ett fåtal omfattande grupper som upplevdes något osammanhängande. Det resulterade i att de flesta av dessa indelades i mindre, mer precisa grupper. Vidare sattes samtliga grupper upp på en tavla för att sedan grupperas en ytterligare omgång enligt samma tillvägagångssätt som för grupperingen innan i syfte att skapa kluster. Indelningen resulterade i 16 kluster med några enstaka fristående lappar och grupper som ej kunnat klustras med andra grupper. Varje kluster fick som tidigare en beskrivande mening kring innehållet i densamma. Slutligen gjordes ytterligare en klustring övergripande rubriker samt en förklarande mening sattes för de åtta områden denna klustring slutade upp i. Även efter denna klustring återstod ett par enstaka problem på lägre abstraktionsnivå. Figur 4 illustrerar hur hela analysförloppet från lappar till områden av kluster gått till.



Figur 4. Visualisering av hur analysförloppet gått till enligt AIM (gruppering i mitten av bilden)

Relationer mellan de slutgiltiga områdena undersöktes noggrant av medlemmarna gemensamt. Pilar ritades ut i enlighet med de funna relationerna i orsak-verkan samband, två färger, röd respektive grön användes för att symbolisera starka respektive svaga kopplingar. Dessa relationer låg sedan till grund för analys och diskussion kring kausalitet mellan klustren.

3.7.2. ANDRA OMFATTANDE ANALYSTILLFÄLLET

Under det andra analystillfället kodades ny empirisk data ned till ungefär 300 post-it lappar. Dessa lappar grupperades och klustrades i två omgångar enligt förfarandet med första dataanalysen, med samma frågeställning vid skapandet av lapparna. Metoden utvecklades något då nyckelord för grupper formulerades redan under den första grupperingen för att få en mer översiktlig process.

Vidare jämförde sedan projektgruppen de nya klustren med de tidigare identifierade klustren för att sammanväga de två analystillfällena. Detta är inte något som omfattas av AIM utan en intuitivt nödvändig vidareutveckling av metoden för att nå syftet mellan de bägge analyserna. De flesta nya klustren kunde enkelt föras in under tidigare områden, men i några fall bidrog ny data till djupare insikter. Detta ledde till att vissa områden kunde delas upp och kluster från bägge analystillfällen omfördelas mellan dessa. I och med detta blev det också nödvändigt att göra om relationerna mellan områdena och kolla på kausalitetssamband igen.

3.8. LITTERATUR- OCH INFORMATIONSSÖKNING

Nedan följer en beskrivning av hur litteratursökningen genomförts samt en redogörelse för källkritikens vikt.

3.8.1. TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

På grund av att litteraturstudier enligt Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008) ligger till grund för förstudier och den process som formuleringen av en problembild innebär, påbörjades sökning efter relevant litteratur i ett tidigt skede. Till en början skedde en bredare litteratursökning för att bilda en uppfattning om studiens litterära miljö. Exempelvis efterfrågades verksamhetsberättelser och litteratur kring svensk sjukvård, ledarskap och

organisationspsykologi. Sökning via sökmotorer samt online-bibliotek, som Google Scholar, Scopus och Summons var till hjälp i sökarbetet. Sökningen genomfördes i detta stadiet med specifika fraser såsom *health care management* och *svensk sjukvård* enligt inrådan ur Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008). Litteratur rörande processer, ledarskap och arbetsmiljö har delvis tagits fram utifrån projektmedlemmarnas tidigare kunskap men även utifrån rekommendationer från handledare. Exempel på sådan litteratur berör begrepp som *psykosocial arbetsmiljö*, *ledarskap* och *motivationsteori*.

Efter att ha fastställt en preliminär huvudfrågeställning och ansamlat allmän kännedom kring området kunde en mer detaljerad och målinriktad litteratursökning fortskrida, något Rienecker och Nilsson (2016) benämner som ett giltigt tillvägagångssätt. Mer specifika sökfraser och nyckelord såsom *psykosocial arbetsmiljö*, *work satisfaction* och *leadership* användes. Utöver tidigare nämnda tillvägagångssätt har även sökning via referenslistor i funnen litteratur använts, vilket styrks av Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008).

När frågeställningarna tagit preliminär form kunde relevant sekundärdata efterfrågas, på grund av att studiens grova riktning fastställts. Till följd av att en del relevanta data inte publiceras av organisationen, efterfrågades denna information internt. Exempel på sådan data är sammanställning av arbetsmiljöenkäter från berörda avdelningar.

3.8.2. KÄLLKRITIK

I samband med litteratursökningen genomfördes en kontinuerlig kritisk granskning av den informationen som funnits. Eriksson och Wiedersheim-Paul (2008) skriver att källkritik beskrivs som ett ifrågasättande eller en formell prövning av studiens validitet samt reliabilitet i vetenskapliga sammanhang. Ett källkritiskt arbetssätt anses ligga till grund för att dra sanningsenliga slutsatser. Studien har granskat källor mer eller mindre noggrant, beroende på hur erkända verken och deras författare är. Bedömning av verkens tillförlitlighet har gjorts av gruppen själv och i konsultation med handledare. Exempelvis användes Rubenowitz verk *Organisationspsykologi och ledarskap* till flera aspekter av studien utan större granskning, vilket ansågs befogat då boken används som kurslitteratur på Chalmers och då dess upptäckter har verifierats av institutionen studien bedrevs för. Ytterligare exempel på författare vars verk ansågs valida och inte granskades utförligt är de författade av Hackman och Oldham (1980), Thylefors (2016) och Bryman och Bell (2005).

4. BESKRIVNING AV VERKSAMHETEN

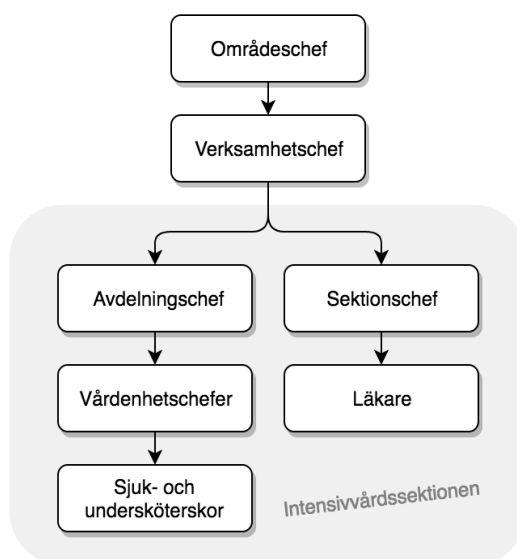
I detta avsnitt behandlas både strukturella och operativa aspekter inom den intensivvårdsmiljö som studeras.

4.1. LEDNINGSTRUKTUR

Organisationsstrukturen inom den studerade verksamheten är en linje-stabsorganisation. Sjukhuset är indelat i sex övergripande områden med respektive områdeschef (OC). Utöver dessa OC återfinns även ett antal chefsroller för HR, ekonomi och liknande. Varje område är i sin tur uppdelade i ett visst antal verksamheter. Studiens uppdragsgivare är OC för området som innefattar Anestesi/Operation/Intensivvård (AOI), onkologi, kirurgi med flera.

AOI har i sin tur en verksamhetschef (VC) varav det totalt finns 52st VC inom hela sjukhuset. Till VC rapporterar sektionschefer (SC), med personal- och budgetansvar för läkarkåren, samt vårdenhetschefer (VEC), med motsvarande ansvar för sjuksköterskor och undersköterskor. Totalt finns cirka 500 SC samt VEC inom hela sjukhuset, vilka även refereras till som första linjens chefer. Detta steg motsvarar en ganska kraftig expansion i personalansvar då varje VEC och SC har ett stort personalansvar. På intensivvårdssektionen (IVA) i sin tur kan ha ansvar vissa VEC för upp emot 80 anställda.

För att motverka det stora personalansvaret för första linjens chefer, men även för VC har intensivvårdssektionen nyligen infört ett femte chefsled i form av avdelningschef (AC) med uppgift att agera som chef mellan VC och VEC. Denna roll har chefsansvar för samtliga VEC i sektionen. Inkluderat femte chefsledet kommer strukturen se ut enligt figur 5 nedan. Inom verksamheten bär vissa blivande vårdenhetschefer fortfarande titeln biträdande vårdenhetschef som finns kvar sedan tiden innan införande av det femte chefsledet.



Figur 5. Organisationsträd

4.2. INTENSIVVÅRDSSEKTIONEN

Intensivvård är en central del av modern sjukhusverksamhet. Här hanteras patienter med omfattande vårdbehov som kräver nära övervakning dygnet runt. Majoriteten av patienterna skulle inte klara av att uppehålla livsuppehållande funktioner utan den vård de får på avdelningarna (Regionen, 2018). Intensivvård kan behövas efter trauma, stora operationer, svåra infektioner eller andra allvarliga tillstånd. Personalen består framförallt av specialistutbildade intensivvårdssjuksköterskor (SSK), anestesiläkare samt undersköterskor (USK). På intensivvårdssektionen finns totalt cirka 330 anställda fördelade på fyra avdelningar, centrala intensivvårdsavdelningen (CIVA), postoperativa intensivvårdsavdelningen (PIVA), postoperativ avdelning (Postop) och Neurointensivvårdsavdelningen (NIVA). På CIVA finns tre VEC och på övriga avdelningar finns en VEC. På varje avdelning finns också en vårdenhetsöverläkare (VÖL) som bär det medicinska ansvaret på avdelningen.

På CIVA hanteras en stor variation av patienter, mestadels akuta fall från akutmottagningen eller patienter från andra avdelningar på sjukhuset när de behöver livsuppehållande behandling. På grund av den stora variationen blir liggtiden mycket varierande. På CIVA varierar liggtiden från några timmar till upp mot 80 dagar i extremfall. Genomsnittet ligger på 2,3 dygn. Vidare återfinns 16 vårdplatser på CIVA, varav två i dagsläget är stängda. PIVA behandlar patienter i ett kritiskt tillstånd efter operation. Liggtiden på PIVA varierar mellan några timmar till några få dagar. PIVA har tio vårdplatser och i dagsläget är fem av dessa vårdplatser öppna. PIVA är tätt sammanbundet med CIVA och tillsammans har de närmare 200 medarbetare, gränsen mellan dessa är inte självklar då personal ofta går mellan avdelningarna.

De patienter som inte kräver livsuppehållande behandling efter operation hamnar på Postop, där ungefär 50 anställda arbetar. Här är omsättningen på patienter högre då patienterna ofta kan lämna avdelningen fortare på grund av sitt mindre kritiska tillstånd. Utskrivning sker i regel några timmar efter uppvaknande. Till skillnad från övriga avdelningar på sektionen har Postop ingen helgverksamhet.

NIVA behandlar intensivvårdspatienter med hjärnskador samt neurologiska sjukdomar (Regionen, 2018). Här finns ungefär 70 anställda samt åtta vårdplatser varav sex är öppna för tillfället. NIVA bedriver, liksom CIVA och PIVA, vårddygnet runt och har öppet även på helger.

IVA är på grund av sin storlek och kompetensportfölj slutstation för svårbehandlade patienter från hela regionen och inom vissa specialområden behandlas patienter från hela Sverige. Verksamheten kännetecknas av stora variationer i form av diagnosgrupper och vårdbehov. Typpatient finns enligt anställda inte och ett standardiserat arbetssätt är därför svårt att upprätta, vilket ställer höga krav på kompetens hos personalen. Ledtiden på ny personal är hög och exempelvis kräver nya sjuksköterskor 6–8 veckor inskolning och först långt efter det har individer kompetens nog att arbeta självständigt. Även specialistläkare under utbildning (ST-läkare) tillbringar lång tid här för inläring. Intensivvårdens komplexitet leder även till att ambitiösa specialistläkare vill arbeta här under någon del av sin karriär.

Komplexitet och intensitet inom intensivvården kan exemplifieras med att ett vård dygn uppskattas kosta cirka 36 000 kronor. Under 2017 utfördes närmare 16 000 operationer på An/Op-sektionen och 5 000 patienter diagnostiserades på IVA (Regionen, 2018). Patienterna som får intensivvård är oftast inte inskrivna på respektive intensivvårdsavdelning, utan är registrerade under den avdelning på sjukhuset som hanterar deras typ av åkomma. Detta innebär att intensivvården kräver mycket kontakt och samordning med andra delar av sjukhuset. I sin tur blir inflödet av patienter till IVA svårt att prognostisera och kartlägga till fullo. Mycket tid läggs därför på att planera dagens läge och hur arbetet behöver läggas upp för att klara av nuvarande beläggning. Behovet av att alltid ha vårdplatser tillgängliga för oplanerade patienter, tillsammans med begränsad tillgänglighet, gör att överflyttningar och ad hoc lösningar används frekvent.

Intensivvårdssektionen utnyttjar tillgänglig personalstyrka vilket innebär att ingen extra bemanning finns att kalla in. Personalen uppfattar arbetet som tungt och att det är svårt att hinna återhämta sig mellan arbetspassen. Det beskrivs också att det är psykologiskt ansträngande med anhörigkontakt, något som i dagsläget faller nästan helt på de sjuksköterskor och undersköterskor som vårdar patienten. Utrymmen där anhöriga kan vistas anses undermåliga och medför att de hellre vistas på rum eller i korridor, vilket ytterligare bidrar till en pressad situation där varken anhöriga eller personal får nog med andrum.

De flesta dagar utnyttjas vårdplatserna till ett maximum. Utöver detta utförs majoriteten av den tunga kirurgin i början av veckan för att de opererade ska hinna ut från IVA innan helgen eftersom läkarbemanningen är lägre då. Detta leder till att behovet för postoperativ vård är extra högt i mitten av veckan vilket enligt läkare oftast leder till platsbrist och att planerade operationer måste ställas in.

4.3. VERKSAMHETENS UPPDRAG

Universitetssjukhuset har, förutom att bedriva vårdproduktion i stort även som uppdrag att utbilda framtidens vårdpersonal samt ligga i framkant vad det gäller forskning. Totalt innebär detta en verksamhet med tre övergripande syften under samma tak; vårdproduktion, utbildning samt forskning. Universitetssjukhuset har tre övergripande mål i sin verksamhet, *skapa akutvård i toppklass, ä patienten* samt *att bli landets ledande universitetssjukhus*. AOI ska även söka efter att sträva mot detta mål.

AOI:s operativa verksamhet består av 80% akutvård och 20% planerad, så kallad elektiv, vård. Att så stor del av det som utförs är akut medför problem i granskningar och prestationsbedömningar då det mestadels är den planerade vården som betygsätts. Detta är ett mer övergripande problem för verksamheten och diskussioner förs i dagsläget om möjliga mått för att mäta även prestationen inom den akuta vården. Utöver detta skiljer sig anslagsprocessen mellan akut och elektiv vård. AOI får inte utökad budget för varje akutpatient de vårdar, medan anslaget för den elektiva vården baseras på vårdproduktionen. Det elektiva operationsuppdraget på AOI kunde under 2017 inte uppfyllas, antalet utförda operationer var 11,6% färre än målsättningen (Regionen, 2018). Detta resulterar i att

budgetunderlaget minskar då verksamhetens pressade kapacitet behövde prioritera akuta patienter över planerade.

4.4. OMGIVNINGENS DYNAMIK

Under studiens gång var AOI en mycket dynamisk miljö då flertalet positioner omsattes och organisatoriska beslut verkställdes under periodens gång. Dåvarande VC sade upp sig några veckor efter studiens start och under resten av studien var positionen fylld av en tillförordnad VC. Även en BVEC sade upp sig under samma tidsperiod. AC är en ganska nyligt införd position och BVEC hade inte ännu fullständigt övergått till VEC. Vidare startades en undersökning om möjlig omstrukturering upp från ledningsnivå halvvägs genom studien och skulle enligt planerna skulle beslut tas redan innan studiens slut. Undersökningen utfördes av en biträdande områdeschef, en tjänst som tillsattes just för detta syfte. Som beskrivs mer ingående under *Validitet*, användes den undersökningens delresultat i valideringssyfte. Turbulensen under studiens gång gjorde verksamheten något svår att analysera då det ibland var osäkert huruvida ett observerat fenomen endast var en tillfällighet eller något bestående. Anpassningar gjordes och empiri granskades extra kritiskt.

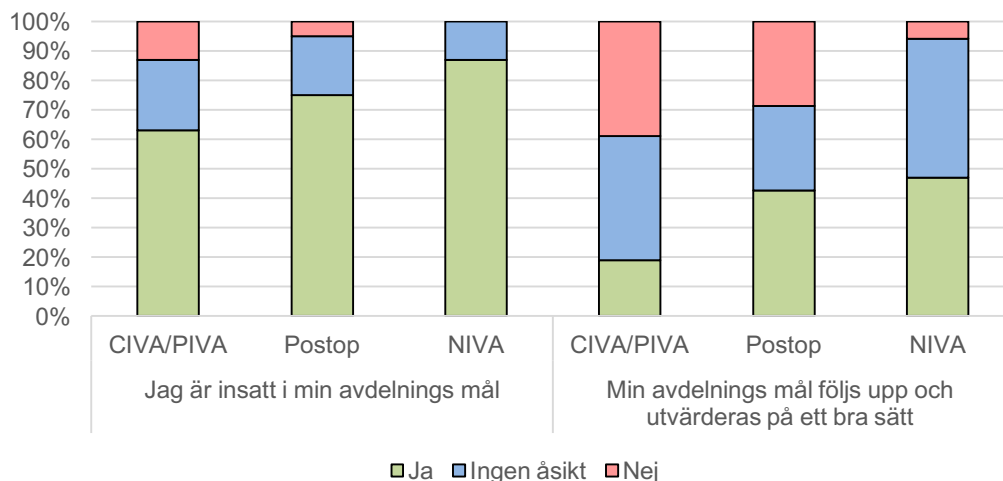
5. PROBLEMBESKRIVNING

I detta avsnitt presenteras de problemområden som dataanalysen har mynnat ut i. Totalt innefattar det elva problemområden i verksamheten som är relevanta för studiens syfte och frågeställning. Av dataanalysens natur är det inte möjligt att härleda empiriska data till sin ursprungskälla och det är också därför som referenshänvisning genomgående utelämnats. Detta bidrar också till en anonymitet som efterfrågats av deltagare. Även relevant data från den senaste arbetsmiljöenkäten, som genomfördes andra halvåret 2017, presenteras i detta kapitel.

5.1. BRISTFÄLLIGA VERKSAMHETSMÅL OCH PRESTATIONSÅTT

Intensivvårdsavdelningen saknar i många fall verksamhetsmål och prestationsmål som de anställda känner till och anammar. Detta stämmer både på ledande och lägre operativa nivåer. Det finns i dagsläget insamlade data på flera ställen, men denna följs inte upp eller används inte med syftet att göra verksamhetens mål och prestationer överskådliga. Exempelvis finns det kunskap om att liggtiden på CIVA har förkortats från 3 till 2,3 dygn. Det råder dock olika uppfattningar kring vad denna data innebär. En individ tycker att en minskning i vårdtid betyder att verksamheten jobbar effektivare, medan en annan bedömer att detta visar på att patienter stressas ut. Den nuvarande situationen med odefinierade mål och mål innebär att det är svårt att jämföra IVA med liknande avdelningar.

Genomgående fynd är vidare att de anställda antingen benämner verksamhetens mål som obefintliga eller alldeles för otydliga. Svaret som fås när frågan om verksamhetens mål kommer upp är i majoriteten av fallen att patienten eller anställda ska må bra. På CIVA anser sig 63% vara införstådda med vilka avdelningens mål är, vidare anser 19% av personalen att målen följs upp på ett bra sätt. På andra avdelningar är denna siffra högre, se figur 6 nedan. Det framkommer av en läkare att det finns vissa mål kring antal patienter som behöver återkomma till IVA men att återkoppling samt vad som ska göras med dessa är otydligt. Två vanligt förekommande kommentarer kring otydliga eller inga mål är dels att det inte anses vara möjligt med kvantitativa mål i en verksamhet som hanterar så stor variation av människor och dels att det inte finns tid för att reflektera över och arbeta med mål. Vad som också framkommer, vilket är en naturlig följd av bristen på tydliga övergripande verksamhetsmål, är att det ofta inte finns några dagliga mål att sträva mot utöver att vårda den enskilda patienten. Flera avdelningar mäter arbetsbelastning hos personalen, men inga konkreta mål kopplade till detta har hittats.



Figur 6. Diagram som tydliggör vad personalen tycker om sin avdelnings målarbete

Då mått angående prestation, eller åtminstone kunskap om dessa, generellt saknas används istället huvudsakligen avvikelser från årets givna budget som måttstock. På grund av den pressade situationen överskrider ofta budget. Detta resulterar i en känsla av hopplöshet kring att målet aldrig nås, oavsett hur hårt personalen arbetar. Hopplösheten återfinns på såväl klinisk nivå som chefsnivå. Vidare är det endast den elektiva vården som fungerar som underlag för ytterligare intäkter. I de fall den elektiva vården får ge vika för akuta patienter blir möjligheten att hålla budget ännu sämre. Som konsekvens av detta finns det åsikter om att det behövs ett prestationsmått för att kunna förklara och förmedla akutvårdens värde. I linje med detta finns också ett medvetande hos flera chefer om att det behövs prestationsmål att jobba gemensamt mot. Samt att måltavlan som finns på CIVA, som idag är tom, bör användas.

5.2. BRISTER I LEDARSKAPET

Ett av studiens fokusområden är ledarskapet. Efter dataanalysen har flera problemområden funnits som har sammanlänkning med ledarskapet. Det spänner från de förutsättningar som cheferna har i form av rolldefinition och kunskapsmässiga förutsättningar till relationen mellan chefskapet och stabsfunktioner såsom HR och andra chefsled. Här presenteras även chefernas bristande närvaro i verksamheten. Chefernas överlastning är ett annat funnet problemområde, vilket presenteras enskilt.

5.2.1. ROLLER OCH MANDAT

Chefers roller och mandat på intensivvårdssektionen är ofta otydliga. Detta delvis enligt cheferna själva som uppfattar sitt ansvar och mandat som otydligt definierat och delvis enligt de anställda. Flera chefer uttrycker att deras ansvar och befogenheter inte är i balans och exemplifierar bland annat med att de inte har mandat att påverka lönesättning och anställning trots att de är ansvariga för sin enhets verksamhet och dess prestation. En chef anser att hens ekonomiska ansvar är otydligt.

Inom sektionen råder vidare otydlighet kring vem som har mandat för vad. En sektionsledare nämner att det är svårt att direkt avgöra vem som är dennes chef eftersom vårdenhetschefen är chefen i den dagliga verksamheten, men lönesamtal förs med avdelningschefen. Flera menar att det är ovisst vilken roll avdelningschefen, som är en ny chefsposition, har i verksamheten. De nya chefsleden har inte blivit tydligt definierade, vilket märks när personalen använder gamla positionsbeteckningar och namnskyltarna ej ändrats. Det har lett till otydligheter i hur ledningsmöten ska genomföras nu när ytterligare ett chefsled finns. Detta tillsammans med att verksamhetschefen blivit utbytt flertalet gånger de senaste åren har lett till att högre chefer inom sektionen inte hunnit bli varma i kläderna och lyckats styra verksamheten på ett enat sätt.

Vidare menar en del chefer att personalen inte heller förstår chefernas arbetsroll. Vissa av dem upplever också att det är svårt att förmedla vad de gör till sina anställda. På CIVA nämner en anställd att hen inte vet vem denne ska vända sig till vid problem, då det inte finns någon närvarande ledare. En person på NIVA menar att det är svårt att hitta en ledare att tala med då personens formella chef arbetar på CIVA. En sektionsledare menar att det märks att dessa otydligheter finns och påpekar att det aldrig har varit tydligt nertecknat. Det är även tydligt vem personalen ska vända sig till när chefen inte är närvarande.

Det har även framkommit att vissa chefer av olika anledningar inte vill utnyttja sitt mandat. En chef säger att denne inte vill köra över sina anställda utan vill vara vänskaplig. En annan tycker att hen inte får tillrättavisa sina anställda. En ytterligare kommentar pekar på att chefer ibland lutar sig mot linjeorganisationen genom att motivera beslut med att uttrycka att det kommer uppifrån.

5.2.2. RELATION MELLAN CHEFER OCH HR

Det finns även motsättningar mellan HR och de olika chefsleden. Personal på intensivvårdssektionen menar att kommunikationen med denna stödfunktion inte fungerar. Bland annat då de avslår förslag kring anställningar vilket skapar frustration. Det finns en åsikt att chefen bör ignorera HR-avdelningens åsikter och gå sin egen väg, fast mandat att göra detta inte finns. Vissa chefer har frågat HR om hjälp med rekrytering, medan många inte vill släppa ansvarsområdet och hellre sköter det själva. En sektionsledare påpekar att vårdenhetscheferna och HR har olika mål. Utöver det är kopplingen och mandatet som HR har, till exempel att de kan stoppa en anställning, inte tydligt för personalen.

HR å sin sida uppger att sektionscheferna inte kan se den breda bilden av vad en löneförhöjning eller en nyanställning kan leda till eftersom de endast ser till sektionens eget behov. De menar även att de måste kontrollera läkarnas löner eftersom många chefer inte tar budgetramarna på allvar. Angående sjuksköterskor och undersköterskor ger HR rekommendationer om vilken löneförhöjning ska ges, men cheferna är fria att bestämma. Om de dock sätter lönen utanför dessa gränser anses det som de har gått utanför sitt mandat och händer det flera gånger kallas de till möte med HR och verksamhetschefen för att förklara sig.

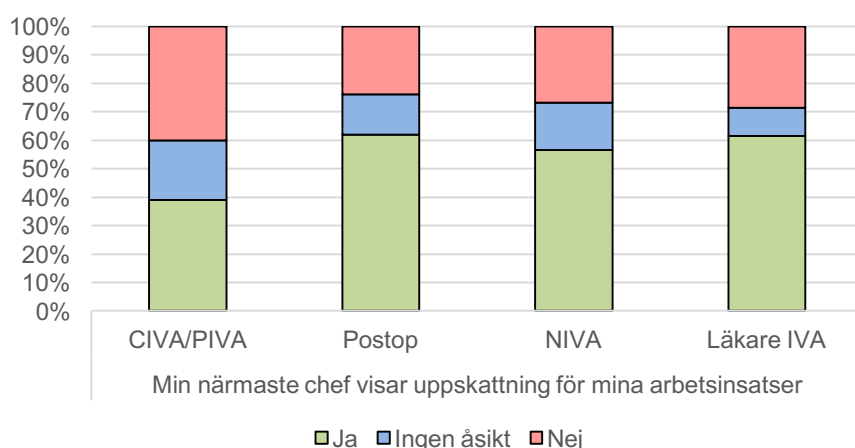
5.2.3. KUNSKAP HOS LEDARE

Utöver otydligheterna uttrycks en del åsikter om chefers bristande rutiner och kunskap om ledarskap. Bland annat framfördes på ett VLG-möte att chefer inte är tillräckligt utbildade om hur framtida kostnader och konsekvenser av händelser, exempelvis uppsägningar, ska beräknas och framföras. På ett VLG-möte kommer det uttryckligen på tal att cheferna saknar utbildning inom budgethantering. En läkare uttrycker att det råder en brist på ledarskapsutbildning i den offentliga sektorn bland de som är i ledarpositioner. Samtidigt finns det många duktiga i sitt yrke som inte vill bli mellanchefer inom vården. En individ noterar också att chefer i svensk sjukvård generellt blir befordrade på medicinsk expertis, exempelvis disputation, snarare än ledaregenskaper. Chefssituationen i dagsläget är instabil och en anställd uttrycker att denne är orolig för framtiden eftersom det råder en brist på kunniga chefer. Det skall nämnas att det beslutats att göra omfattande satsningar på att utbilda första linjens chefer kring ledarskap och effektivitet. Aktiva åtgärder har alltså tagits för att bemöta vissa av de problem som stycket ovan identifierat.

5.2.4. NÄRVARO I VERKSAMHETEN

Personal menar att det ofta händer att de under längre perioder inte träffar sin chef. En anställd på CIVA hävdar att chefen syntes mer i verksamheten förr. Flera anställda på CIVA menar att de knappt har någon kontakt med sin chef och att det finns en avsaknad av en person som leder avdelningen. Flera sjuksköterskor samt sektionsledare menar att chefs närvaro är otillräcklig. Detta gäller framförallt för personal som jobbar på CIVA, men vars chef arbetar på PIVA, eller vice versa. Även på Postop har denna frånvaro varit påtaglig eftersom Postops vårdenhetschef har fått rycka in på CIVA, i brist på chefer där. Sektionsledaren har fått ta över en del av dessa arbetsuppgifter, men personalen menar fortfarande på att de trots detta har saknat närvaron av sin chef. Det påpekas även att avdelningschefens närvaro ute i verksamheten gärna hade fått öka. Samtidigt uttrycker personalen en förståelse för detta eftersom det råder en tidsbrist för cheferna. Andra ser det som naturligt att VEC inte alltid är närvarande i den dagliga verksamheten eftersom de menar att denne ska jobba mer med långsiktigt arbete.

Arbetsmiljöenkäten visar att under 40% av personalen på CIVA upplever att chefen visar uppskattning på utfört arbete. På andra avdelningar och för läkare ligger denna siffra runt 60%, se figur 7 nedan för förtydligande. Det finns vidare delade meningar vad som menas med att vara ute på golvet. Vissa chefer menar att det innebär att vara ute och hälsa och prata med personalen. Vissa menar att det mest handlar om att synas ute i verksamheten. Det finns chefer som menar att kliniskt arbete kan räknas till närvaro bland personalen.



Figur 7. Diagram som visar andelen medarbetare som anser att deras närmaste chef visar uppskattning

5.2.5. FÖRTROENDE FÖR HÖGRE LEDNING

Det finns ett bristande förtroende till den högre ledningen. En anställd nämner det faktum att förtroende för områdeschefen är sargat eftersom verksamhetschefen fick sluta så snabbt. Flera som jobbar ute i verksamheten nämner att de gärna hade sett att högre ledning syntes mer och fungerade som stöd. De ser även den högre ledningen som rörig och svår att sympatisera med. Nästan samtliga första linjens chefer på intensivvårdssektionen har framfört det faktum att de oftare hade velat se sin chef ute i verksamheten. De talar här om verksamhetschefen trots att deras chef numera ska vara avdelningschefen. Detta visar återigen på otydliga roller och bristande definitioner av linjens utformning.

5.2.6. INFORMELLT LEDARSKAP

En anställd uttrycker det som svårt att samarbeta i större enheter eftersom alla vill göra på sitt sätt. Det finns en stark professionshierarki där den, akademiskt sett, mest framgångsrika läkaren ofta får mest att säga till om. Vårdenhetsöverläkare (VÖL), som inte har något uttalat chefsansvar men omfattande ansvar för det kliniska arbetet, ses som ledare. Högt uppsatt individ benämner denna motstridighet mellan linjeorganisationen och den professionella organisationen som väldigt svårt att hantera. Dessa informella ledare verkar ofta starkt ifrågasättande samt gör att personkemi ej går ihop och hindrar ibland samarbete. Det anses att chefer bör ha varit i verksamheten länge innan de går på sin chefstjänst för att få medarbetarnas förtroende. Olika informella grupperingar, främst på läkarsidan, har historiskt sett försvårat större förändringar. Dessa saker är högst cementerade och högre ledning bävar för att ta tag i dem.

5.3. BRISTFÄLLIGA MÖTEN

Möten på intensivvårdssektionen uppfyller i många fall inte det syfte de avser att göra. En del medarbetare påpekar att APT har fungerat mindre bra på sistone eftersom chefer sagt upp sig och vissa möten lämnats utan ordförande. Andra påpekar samtidigt att de inte går på APT eftersom de föredrar att jobba dag och det i många fall är kvällspersonalen som kan gå på APT. Det har framförts att på CIVA/PIVA deltar på APT vanligtvis 20–30 anställda, en

fraktion av de sammanlagt 200 anställda. Flera ur personalen säger samtidigt att de inte lägger sitt schema med hänsyn till APT. En läkare menar att APT inte har haft en bra struktur och därmed inte tagit upp svåra frågor. En sektionsledare påpekar att det är en låg nivå på ämnena som tas upp, vilket lätt leder till uttråkning.

APT är uppdelat efter yrkesgrupp och de möten som undersköterskor och sjuksköterskor delar återfinns sällan någon läkare på, vilket en sektionsledare menar är helt förståeligt då mycket som behandlas ej berör läkargruppen. På frågan om vad syftet med APT faktiskt är fås flera olika svar. En sektionsledare säger att det är ett informationsmöte, och måste vara detta eftersom alla medarbetare inte läser all information som läggs upp på intranätet. En ur personalstyrkan menar att diskussioner som hade behövts ej hinns med. Samma person menar att mötena behöver vara längre, men påpekar samtidigt att det är svårt att finna mer tid i schemat. Den del av APT som hanterar diskussion har blivit ett forum för att vädra sina missnöjen och problem, en beskrivning som även får medhåll bland flertalet chefer. Anställda beskriver APT som ett forum för "kackel", "gnäll" och "tjafs", som ofta bara tar upp självklara saker. En chef menar att mötena är alldeles för stora, i vissa fall är 30–40 personer närvarande. Stämningen blir lätt hektisk, vilket gör att det är svårt att föra en konstruktiv dialog.

Även sektionsråden uppvisar problem. På de sektionsråd som observerades hanns många punkter inte med. En diskussion gällande sommarbemanningen tog upp stor del av tiden som slutade i olika möjliga lösningar men dessa lämnades löst hängande i luften utan beslut om hur det ska tas vidare. Även här vädras missnöjen och det framförs en del klagomål på högre ledning.

På VLG är det ofta fokus på operativa frågor, i vissa fall är det väldigt informativt. Exempelvis var det en längre diskussion kring en betalning till ambulansen på 200 tkr under budgetredovisningen, vilket är en förhållandevis liten budgetpost. En annan observation som har gjorts är att det ofta är vissa personer som hörs mer, medan vissa aldrig säger något. En chef menar att det är verksamhetschefen som pratar mycket på VLG. Dessutom är VLG tre timmar långt och hålls varannan vecka, vilket binder upp mycket tid för majoriteten av chefer inom verksamheten.

5.4. SVAG SOCIAL TILLHÖRIGHET

Här behandlas problem kopplade till social tillhörighet, vilka innefattar avdelningarnas storlek samt hur schemat fungerar och läggs.

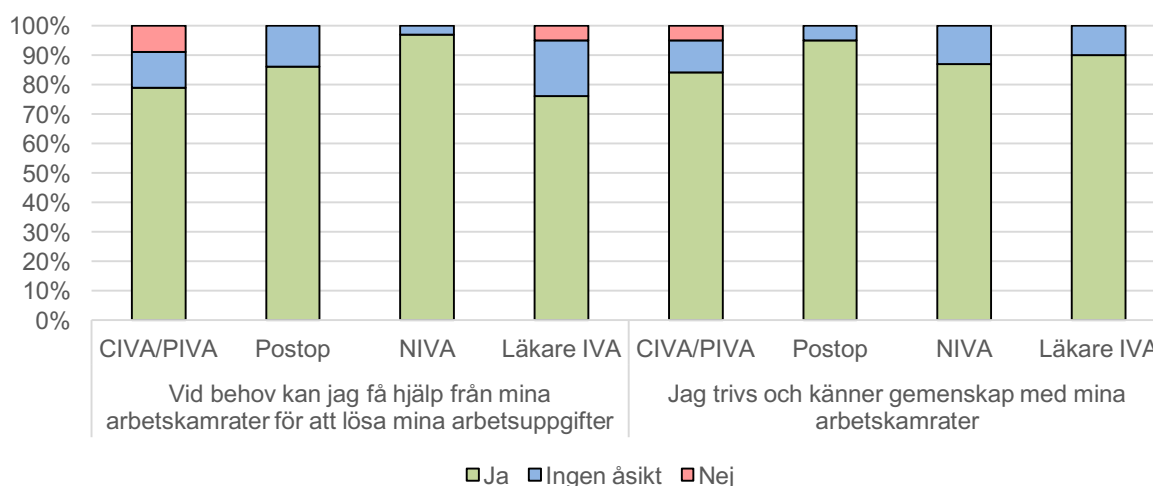
5.4.1. STORA AVDELNINGAR OCH ROTATION MELLAN DESSA

Det finns ett missnöje att CIVA/PIVA är en så pass stor enhet, eftersom det skapar anonymitet hos personalen. Dels gör det att personal inte vet specifikt var de ska arbeta och dels att det är så många arbetskollaborer att det blir svårt att lära känna och komma nära något större antal på arbetsplatsen, framförallt för ny personal. Detta är påpekat av flertalet sköterskor där vissa menar att det är en av anledningarna till att personal väljer att sluta. Detta

gör också att avdelningen inte är välkomnande för ny personal som kommer till avdelningen. En chef uttrycker det som att en del enbart känner sig som en bricka i spelet. En anställd menar att avsaknaden av en tydlig grupp gör det svårt att jobba långsiktigt. En chef hävdar detsamma, att det är svårt att finna engagemang när det saknas en specifik tillhörighet att jobba efter.

CIVA och PIVA består vidare av ett mindre antal arbetslag, i vilka personalen tilldelas plats då anställning sker. Dessa arbetslag träffas ungefär var sjätte vecka och håller då i diskussioner och utbildningar. Det är vanligt att de tillsammans går ut och hittar på något efter arbetspasset, vilket brukar uppfattas som positivt, men av en del som allt för sällan. Utöver detta uppfyller inte arbetslagen någon funktion då det inte är med sina arbetslag individerna jobbar, förutom under storhelgerna. En sektionsledare menar att arbetslagen har spelat ut sin roll och att de är från den tid då det fanns dag- samt nattlag som bemannade avdelningen. En undersköterska menar att arbetslagen i själva verket endast är något som finns på pappret.

Det är samma personal som bemannar såväl CIVA som PIVA, där viss personal föredrar att hålla sig på en av avdelningarna. Vårdenhetschefen för PIVA har ansvar för personal som brukar jobba på såväl PIVA som CIVA. Personal som ofta befinner sig på PIVA är spridda över samtliga arbetslag. I vissa fall kan dock personal tvingas jobba på någon av dessa två avdelningar mot sin önskan för att bemanningen ska gå ihop. Det finns ett missnöje, framförallt för personal som ofta bemannar PIVA, att de är anställda under CIVA eftersom de behandlas som ett bihang till det sistnämnda. De menar att det är ofördelaktigt för PIVA att vara underställda CIVA. En anställd på PIVA menar att det inte är någon idé att gå på APT eftersom de bara handlar om CIVA. Samtidigt nämner en ur personalen att hoppet om en förändring är lågt eftersom denna önskan förts fram tidigare, utan något resultat. Figur 8 nedan visar att stödet från anställda och samhörigheten bland de anställda upplevs som lägre på CIVA/PIVA, jämfört med Postop och NIVA.

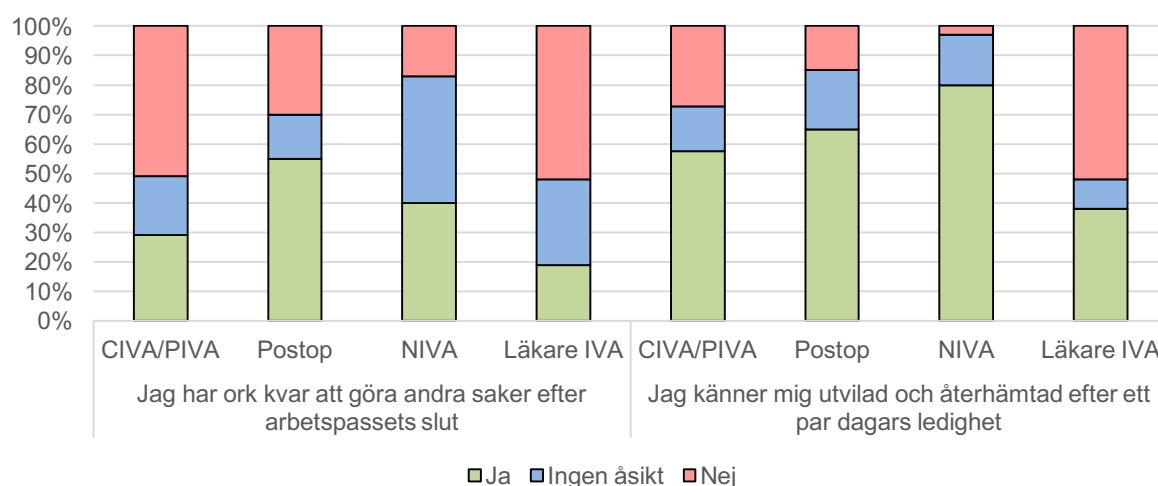


Figur 8. Diagram som visar hur stödet från kollegor och hur gemenskapen med arbetskamrater uppfattas på olika avdelningar

Viss personal som bemannar CIVA menar att enheten borde delas upp i två, där varje korridor får utgöra varsin enhet. Det finns även åsikter att arbetet mellan PIVA och Postop samstämmer mer än mellan CIVA och PIVA. Därmed anses att PIVA och Postop bör samarbeta mer inom ett postoperativt spår på sektionen.

5.4.2. SCHEMALÄGGNING

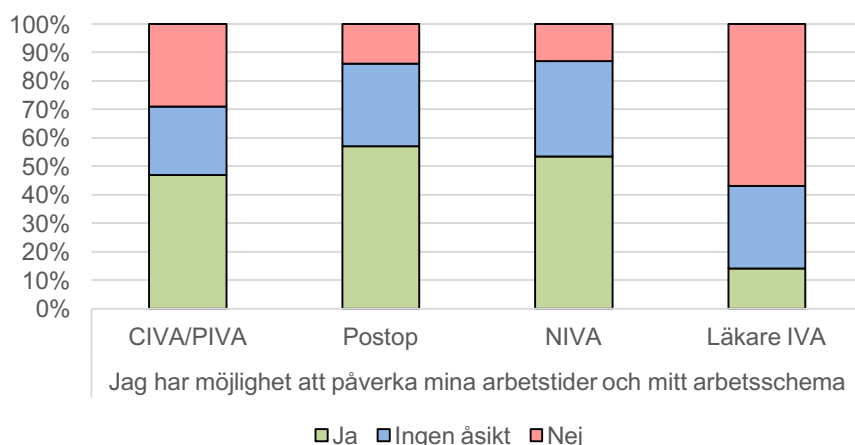
Schemaläggningen sliter på personalen och uppges vara en av orsakerna, jämte lön och tungt arbete, som gör att personal säger upp sig. En annan anställd ger en liknande bild och menar att det är arbetstiderna och rotationen som skapar missnöje tillsammans med lönesituationen. En anställd menar att treskiftet inte fungerar eftersom det sliter ut personalen, framförallt många unga anställda. Resultatet är att de byter till andra arbetsplatser. En sektionsledare säger att personal kan bli tvungen att hoppa in på ett pass så att det stör dygnsrytmen och vila, vilket är slitsamt. En annan sektionsledare menar att ett fast schema hade varit bättre för såväl hälsa som administration. Samtidigt anses det svårt att ta bort den flexibilitet som finns i systemet i dagsläget då de anställda vant sig vid detta. I figur 9 nedan synliggörs att personal på CIVA/PIVA samt läkare i allmänhet känner sig mindre utvilade och har mindre ork kvar efter dagen, jämfört med personal från andra avdelningar. Även där finns det dock missnöje kring möjligheten till återhämtning.



Figur 9. Diagram som visar på hur personalen uppfattar hur uttröttande arbetet är

Att gå ur det poängsystem som används i dagsläget innebär att lönen blir lägre. Poängmodellen som används har delvis fallerat eftersom den bygger på en situation med överbemanning, där medarbetare behövde arbeta cirka 30 timmar per vecka förutsatt att de åtog sig ett antal natt- och helgskift. Vid behov av extra personal skulle det då alltid finnas personer tillgängliga som kunde jobba extra. Eftersom det i nuläget råder en underbemanning måste istället samtliga heltidsanställda jobba 40 timmars arbetsvecka, oavsett tid på dygnet. De som får ihop mer poäng får istället mer betalt. Den låga bemanningen leder med andra ord till att den tänkta flexibiliteten i systemet blir lidande, en syn som delas av anställda på många nivåer. Data från arbetsmiljöenkäten som presenteras i figur 10 nedan styrker också att

flexibilitet upplevs som låg. Flexibiliteten decimeras då personal kan bli tvungen att byta pass med någon annan eller blir inkallad eftersom någon annan i personalstyrkan är sjuk.



Figur 10. Data från arbetsmiljöenkät som påvisar upplevd rigiditet gällande schemasystemet

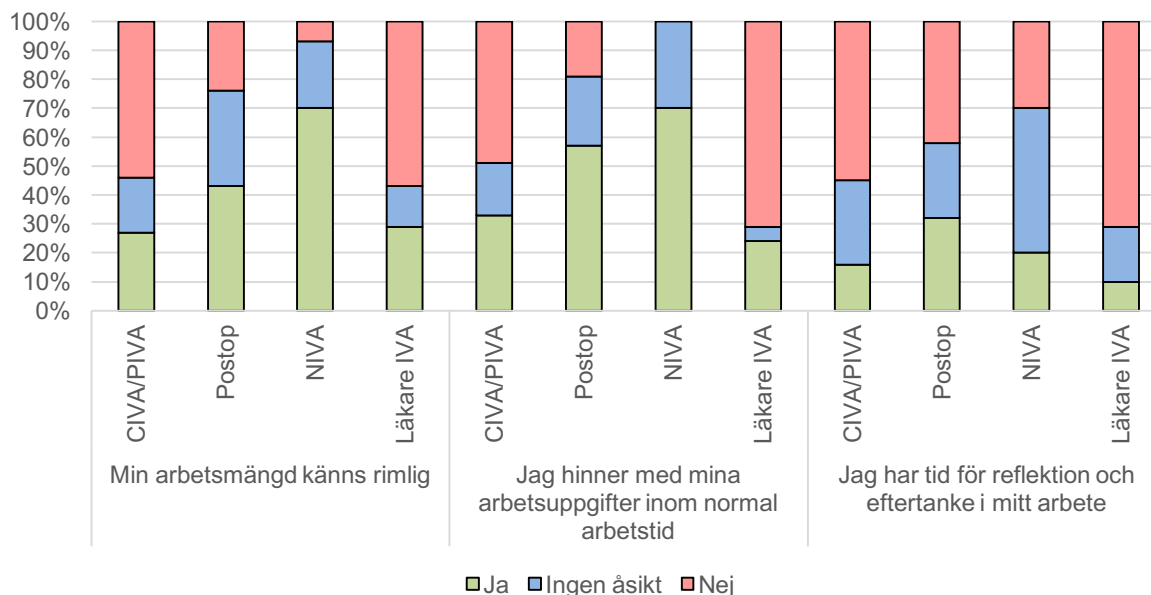
Att lägga individuella scheman är tidskrävande uppger en läkare som uppfattar det som att ansvarig lägger ner omfattande arbete med detta. En första linjens chef benämner detta system som ett rent tids- och resursslöseri. På Postop läggs ungefär 2–3 arbetsdagar per 12-veckorsperiod på att få ihop bemanningen. Det finns stora svårigheter med att täcka hela verksamhetens bemanningskrav. Om personal är sjuk måste ytterligare tid läggas på att söka täcka denna lucka i schemat. Förutom ovanstående leder även den individuella schemaläggningen till att personalen inte jobbar i samma arbetsgrupper, vilket bidrar till tillhörighetsproblemen beskrivna tidigare.

På grund av den låga bemanningen finns ett visst missnöje bland individer som måste jobba andra tider än de önskat. En anställd menar att det samtidigt gäller att vara realistisk vid schemaläggning. Vissa lägger ett önskeschema med tider som passar dem optimalt, men som omöjliga kan fungera bra med övrig personals schema. Konsekvensen av detta blir då flyttade pass och i sin tur missnöje.

Det finns även ett antal som menar att den individuella schemaläggningen ger dålig visibilitet eftersom den är kortsiktig. En undersköterska säger att det inte går att veta förrän sex veckor i förväg om hen kommer att vara ledig eller inte.

5.5. HÖGT BELASTAD PERSONAL

Personalen anser sig vara överbelastad. Den senaste arbetsmiljöenkäten visar på att 63% av de anställda på AOI känner att det finns för få i personalstyrkan sett till antal och kompetens. Data från den senaste arbetsmiljöenkäten gällande arbetsbelastning presenteras i figur 11 nedan.



Figur 12. Diagram som illustrerar hur personal känner kring arbetsbördan

Framförallt på CIVA menar flera anställda att arbetsbördan är tung och kräver gott om tid för återhämtning från. Denna visar på att mindre än en tredjedel av de anställda på CIVA/PIVA anser sig ha en rimlig arbetsbelastning, arbetsuppgifter de hinna inom normal arbetstid och tid för reflektion och eftertanke. På Postop och NIVA är siffrorna högre, men ligger under 70% för alla avdelningar. Ofta saknas möjlighet till återhämtning under arbetsdagen uppger en sektionsledare eftersom det ofta kommer en ny patient omedelbart till en nyss frigjord säng. Generellt blir också vården som utförs på avdelningen allt tyngre och mer avancerad. Många i personalstyrkan lämnar CIVA för att få lägre arbetsbelastning. Personal som jobbar på PIVA och Postop har i flera fall bytt arbetsplats för att trappa ner i arbetsbelastning och för att få bekvämare arbetstid. En undersköterska nämner också att arbetspassen är för långa. En chef uppger att många klagar på tungt arbete men att de samtidigt sällan kommer med förslag till förbättringar.

Även läkarna uppger att de har en hög arbetsbelastning med dålig möjlighet till återhämtning och därmed blir utmattade och utbrända. På IVA är det särskilt tungt eftersom läkarna har sitt uppdrag på avdelningarna men samtidigt agerar jour för resterande delar av sjukhuset vid behov av intensivvård. Vid sidan om läkarnas kliniska arbete har de även ett uppdrag inom forskning och utveckling som belastar dem ytterligare. Arbetsmiljöenkäten visar också att läkarna på IVA genomgående är missnöjda med sin arbetsbelastning. Endast 29% anser sig ha en rimlig arbetsmängd och 71% anser sig inte hinna sina uppgifter inom normal arbetstid. Endast 10% av läkarna anser sig ha tid för reflektion och eftertanke i sitt arbete.

Vissa anställda på CIVA menar att anhörigkontakten är en mycket påfrestande del i arbetet. Det är krävande att stödja personer som är i kris. En läkare uppger att 10% av patienterna dör och att denna bit blir allt tyngre med åren som följd av djupare reflektion över meningen i arbetet. Även patientkontakten kan vara komplicerad på CIVA eftersom de anställda inte alltid kan prata. På andra avdelningar, såsom Postop, hävdar en anställd istället att det är

krävande eftersom patienterna faktiskt kan prata och ofta är väldigt aktiva. Chanserna för personalen att få prata ut om påfrestande saker är ofta begränsade, enligt en individ, eftersom för många närvarar vid samtal efter svåra händelser.

Vidare bidrar den höga personalomsättningen till ytterligare arbetsbelastning för övriga, samtidigt som det sänker stämningen på arbetsplatsen. En sektionsledare menar att den höga personalomsättningen delvis beror på tung arbetsbelastning.

5.6. HÖGT BELASTADE CHEFER

Cheferna inom verksamheten är högt belastade och har svårt att hinna med sitt arbete. Första linjens chefer har stort personalansvar med ansvar för med ansvar för 30–80 anställda. Utöver det arbetar flertalet chefer även kliniskt, delvis eftersom kliniskt arbete efterfrågas av cheferna själva och delvis för att verksamheten är underbemannad. Fördelningarna skiljer sig från fall till fall men i vissa fall kan halva arbetstiden bestå av kliniskt arbete.

Det anses finnas en avsaknad av stödfunktioner som kan hjälpa med enklare administrativa uppgifter. Det administrativa arbetet för cheferna anhopas på grund av den stora personalgruppen och många möten. Därav påpekar en ledningsperson att risken att fastna vid skrivbordet är hög. Det saknas personal för administrativa uppgifter och senaste tidens höga omsättning av chefer sätter större press på de som är kvar. Den höga arbetsbördan påvisas också genom att vissa chefer har svårt att släppa tankar på jobb när de är lediga. Visst arbete, såsom e-postkontakt eller utvecklingssamtal, sköts av en del individer hemifrån eller efter utsatt arbetstid. Den avsatta tiden för administrativt arbete räcker inte till.

Flertalet chefer har svårt att hinna vara ute på golvet och observera verksamheten samt lära känna sina medarbetare. Då en omfattande del av arbetstiden tas upp av att lösa mindre problem uppfattas det svårt att ta en paus och reflektera över verksamheten ur ett strategiskt perspektiv. Ofta gör tidsbristen att återkoppling ej prioriteras. En chef meddelar också att medarbetare klagar över att de sällan får träffa chefen.

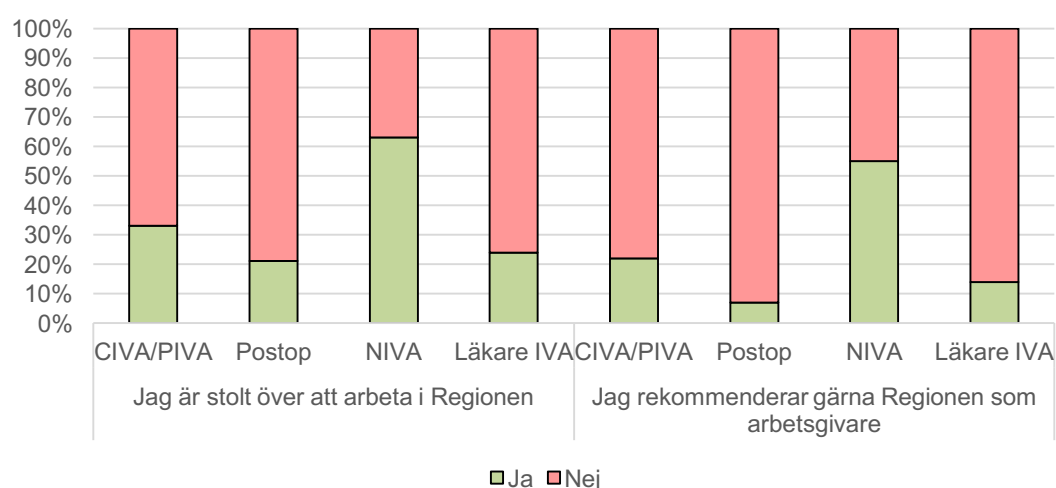
5.7. SVÅRIGHETER KRING BEMANNING

Sjukfrånvaro och begränsad bemanning gör att vårdplatser måste stängas för att säkerställa patientsäkerheten. Det är enligt flera personer med insyn i verksamheten främst bristen på specialistsjuksköterskor och läkare som är flaskhalsar. Vissa avdelningar inom intensivvårdssektionen har upp mot 20% frånvaro. Frånvaron ställer ännu högre krav på samarbete mellan och inom avdelningar där nödlösningar för att få ihop dagens bemanning blir nödvändiga. Att lyckas med bemanningen, speciellt under sommaren när ordinarie personal har semester, är svårt och tar upp mycket tid för chefer.

Personalbristen leder till omfattande arbete för chefer som behöver lägga mycket tid på rekrytering. Verksamhetschefen meddelar att cirka 10 procent av dennes arbetstid går åt till rekrytering av ST-läkare. Det är svårt att hitta kompetens till chefspositioner inom avdelningen, söktrycket på annonserade tjänster beskrivs som lågt. För rekrytering av sjuksköterskor ser problemen annorlunda ut, det påpekas av flera vårdenhetschefer att många

söker tjänsterna, men ofta inte innehar rätt kompetenser. En chef nämner att endast 2 av 60 ansökningar hen gick igenom var lämpliga att överväga för arbetet då de sökande saknade tillräcklig erfarenhet från intensivvården. På grund av verksamhetens komplexitet och långa upplärningstid finns en viss oro bland personalen när nyrekryterad personal kommer in i verksamheten. Befintlig personal känner då ett större ansvar och arbetet blir mer påfrestande för dem.

Det finns vidare en viss problematik i den långsiktiga bemanningen. Exempelvis ses PIVA som en språngbräda bland yngre läkare. Andra orsaker är att andra yrken och roller är mer attraktiva, vilket leder till att personal fortbildar sig och går vidare, och att arbetsgivaren har ett lågt anseende bland personalen. I den senaste arbetsmiljöenkäten uppger 71% av de anställda på intensivvårdssektionen att de inte skulle rekommendera regionen som arbetsgivare. På CIVA/PIVA, Postop samt bland läkarna är det färre än en tredjedel som uppger att de är stolta över att arbeta i regionen, se figur 13 nedan. Utöver detta uttrycks ett missnöje att utbildningsenheten på sjukhuset rekryterar personal från avdelningen. En del i den nuvarande lösningen för bemanning är också i form av stafettläkare. Denna nödlösning är dyr samt ineffektiv och ses inte som långsiktigt hållbar.



Figur 13. Diagram som beskriver hur arbetsgivarens anseende uppfattas av personalen

Personalomsättningen orsakar också oroligheter i verksamheten. Flera anställda har uttryckt att det fanns höga förhoppningar på den förra verksamhetschefen. När denne plötsligt slutade blev det en moralförlust, enligt en anställd på sektionen. De undrar varför verksamhetschefen slutade och tycker sig inte ha fått ett svar på detta. Det är inte bara omsättningen av chefer som orsakar oroligheter, utan även den av övriga kollegor. En sektionsledare menar att stämningen i hela verksamheten sjunker när en person lämnar och att det inte är ovanligt att denna drar med sig flera. Personalomsättningen går enligt anställda i vågor och den upplevs vara högre nu än tidigare.

5.8. UNDERMÅLIG VERTIKAL KOMMUNIKATION OCH ÅTERKOPPLING

En majoritet av cheferna anser att de inte får någon respons på problem som förs uppåt i organisationen. Konkreta exempel är bristfälliga svar på brev som skickats till OC och ledning. En individ menar att personalen inte riktigt får respons på frågor kring förbättringsarbete. Detta leder till en frustration och påverkar medarbetarnas förtroende för cheferna, exempelvis frågar sig en person hur mycket chefen egentligen för vidare till högre ledning.

Driv och intresse kring förbättringsarbete är svårt att hålla upp och många slutar anstränga sig då effekt av det som rapporteras uteblir. En individ uttrycker att arbetet med problemområden sker stötvis eftersom personalen tappar energi och driv när de upplever att arbetet inte tas vidare. En annan person uttrycker att det känns hopplöst att skriva avvikelserapporter när det ej leder till respons. Ett exempel på att konsekvenser ej kommuniceras är att första linjens chefer under lång tid inte vetat vem de ska vända sig till då chefspositioner inte varit tydligt definierade. Detta knyter även tillbaka till de problem kring vertikal kommunikation och otydliga roller som finns i verksamheten.

Det är även svårt för intensivvården att uppvisa vad de presterar, vilket enligt en individ leder till att verksamheten har svårt att argumentera för bemanning till sommaren. Ett annat exempel på bristande kommunikation uppåt är att en chef vid intervju inte kunde svara på hur många salar som var stängda på en avdelning.

Vidare finns brister i kommunikation nedåt i organisationen i form av förklaringar kring beslut och förändringar. Enligt en chef har de anställda ingen förståelse varför beslut tas. Flera medarbetare upplever problem med att för lite information ges till varför beslut har tagits och hur de ska genomföras. Ett exempel är att personalen saknar förklaring till varför det inte finns möjlighet till större löneförhöjning. En individ uttrycker också att personalen inte får information kring planerade omorganisationer. Vidare upplevde flera medarbetare att inga förklaringar gavs då verksamhetschefen avgick vilket ledde till funderingar och ryktesspridning.

En chef anser att förändringsarbete allt för ofta sätts igång uppiifrån innan organisationen är redo. På VLG-möte yttras att direktiven från högre ledning anses ryckiga och att detta lätt leder till frustration. Verksamheten har fått ta hand om barn utanför sitt kompetensområde och svåra situationer har uppkommit. En individ säger att det behövs tydliga beslut kring huruvida IVA ska ta hand om barn eller ej. Ett flertal fall har observerats där personalen inte vet vad som egentligen gäller i olika frågor. Vidare finns åsikter bland personal att de vill vara med och utforma mål, men att beslut och mål bara trycks ned uppiifrån.

Det sista identifierade problemområdet kring vertikal kommunikation är otillräcklig återkoppling mellan organisationsled. Första linjens chefer saknar återkoppling i form av mer vardaglig och stödjande karaktär från deras chefer. Vad gäller medarbetarna anser de sig inte få någon uppföljning av hur patienter mår eller om de har gjort ett bra arbete. De får på eget initiativ läsa i ett internt system eller fråga ansvarig läkare hur det gick med patienten. En

annan individ menar vidare att de enbart får återkoppling vid hemska händelser. Flera medarbetare uttrycker ett behov av positiv återkoppling efter väl utfört arbete och en individ menar att flera slutat eftersom de ej känt sig sedda.

5.9. HORIZONTELLA SAMARBETSPROBLEM

Inledningsvis kan nämnas att det råder koordinationssvårigheter mellan IVA och andra avdelningar på sjukhuset. IVA är i majoriteten av fallen inte ägare av patienterna som är inskrivna hos en annan avdelning på sjukhuset. Detta innebär att det krävs mycket koordinering med bakavdelningar då läkare därifrån ska komma och se till patienten och sedan återta patienten vid stabiliserat tillstånd. Detta fungerar inte alltid smidigt och anses av många som en krånglig och tidskrävande del i arbetet. Bemötandet från bakavdelningarna är inte alltid bra då även de har brist på platser.

Vidare är det vissa samarbetsproblem mellan An/Op och IVA. En läkare beskriver att frustration förekommer mellan personal på grund av bemanningsproblem och platsbrist. Det framkommer även från en undersköterska att det väcker irritation när An/Op inte tar hänsyn till patientens fortsatta vistelse på sjukhuset och exempelvis skickar patienter till Postop med full urinblåsa.

Uppdelningen av personalstyrkan och avdelningarna inom verksamheten är även den något ostrukturerad. Det är vanligt att personal roterar mellan de olika avdelningarna på sektionen. Då avdelningar är fulla kan även speciallösningar behöva göras med patienter. Det kan innebära att en patient som egentligen ska ligga på PIVA läggs på CIVA eller Postop, för att ta ett exempel. Avdelningarna har dock olika hög grad av koordinering varandra emellan. PIVA och Postop har relativt mycket koordinering mellan sig för att avgöra var postoperativa patienter ska ta vägen. CIVA och PIVA har i sin tur viss samverkan kring patienter, men mestadels vid platsbrist som en form av nödlösning. Slutligen har även NIVA visst samarbete med övriga avdelningar. Denna koordinering mellan avdelningar fungerar inte alltid bra då det framkommit att de ofta försvarar sina egna platser och intressen.

Sist bör även avsaknaden av arbete i mindre grupper tas upp. Dessa är mer eller mindre icke-existerande på intensivvårdssektionen då olika personer jobbar tillsammans nästan varje dag. Sjuksköterskor och undersköterskor är oftast bundna till ett visst rum och vissa patienter medan läkare går mer mellan olika avdelningar och patienter. Schemaläggningen försvårar även gruppstruktur då läkare använder ett tvåskiftssystem medan sjuksköterskor och undersköterskor har tre olika skift. Det har uttryckts av flertalet att mer samordning och gemensamt forum efterfrågas men tid anses inte finnas från läkarnas sida trots att dessa även menar att det hade kunnat vara av värde. Visst motstånd till samarbete från läkarna har noterats av övrig personal. Vissa läkare tycker att en tillfredsställande grad av sammanhållning kan uppnås genom att äta tillsammans och att ytterligare möten ej är nödvändigt. Inom personalgruppen finns uppfattningen att användningen av stafettläkare, men inte någon motsvarighet för sjuksköterskor, ger en skev bild där bristen på sjuksköterskor inte anses lika allvarlig som bristen på läkare.

5.10. BRISTANDE LÅNGSIKTIGHET I FÖRBÄTTRINGSARBETE

Verksamheten har svårt att bedriva långsiktigt förbättringsarbete och det förändringsarbete som faktiskt bedrivs handlar allt som oftast om kliniska processer. I synnerhet hamnar strategiskt tänk i skuggan av operativt arbete på grund av tidsbrist. En chef nämner att många seniora läkare, de som ofta förstår verksamheten bäst, inte deltar i utvecklingsarbetet på grund av att de inte har tid i sitt dagliga arbete. Flera andra yrkesgrupper uttrycker också att förbättringsarbetet inte hinns med, trots att det finns en kännedom om problem som behöver åtgärdas inom verksamheten.

Ytterligare aspekter som påverkar långsiktigheten är, enligt en sektionsledare, att information kring förbättringsarbete endast når vissa grupperingar och att det generella engagemanget i strategiska frågor är lågt. Det låga engagemanget beror på att medarbetare inte orkar ta tag i förbättringsarbete och att en hög personalomsättning bidrar till att långsiktigheten inte får fäste hos personalen. Aspekten angående informationsspridning handlar istället om att när beslut om förändring väl tas kommuniceras detta inte ut på ett effektivt sätt. Information om förändring och vad den innebär når endast vissa grupper och inte den breda massan. En chef nämner därtill att många individer är självständiga och att de inte tar på sig arbetsuppgifter de anser vara utanför deras ansvarsområde.

I vissa delar av verksamheten finns det motstånd till förändring. Ett sådant exempel är att införandet av nya flöden och arbetssätt mellan An/Op och IVA inte mottagits bra. Idén om att genomföra dessa förändringar lades fram som ett redan taget beslut varpå flertalet viktiga läkare hotade med uppsägning. I samband med detta skall nämnas att det inte förts någon dialog med dessa läkare kring idén från första början och planering genomfördes utan att låta samtliga berörda delta i diskussionen. Vidare har det observerats ett missförtroende för externa konsulter och en negativ ton mot att utomstående skall komma med förbättringsförslag.

Ett slutgiltigt exempel på hur det saknas långsiktighet är att förändringar ej genomförs fullt ut. Den nya chefspositionen AC är ej helt och hållet verkställd, trots att beslutet om att införa denna är taget. De formella befogenheterna och titlarna är inte utdelade fastän arbetet fortskrider som om så var fallet. Samma situation gäller också på andra håll. Bland annat har biträdande vårdenhetschefer anammat sina uppgifter som vårdenhetschefen formellt inte fått den nya positionen.

5.11. MISSNÖJE MED LÖNESÄTTNING

Ett fenomen som framgår i den studerade organisationen samt i vårdsektorn som helhet, är ett missnöje med lönesituationen. Detta manifesterar sig i att personal lämnar arbetsplatserna och att det är svårt att rekrytera. Lönen är enligt flertalet anställda högre på andra arbetsplatser i regionen, varpå dessa arbetsplatser till viss del prioriteras som arbetsplatser framför det studerade sjukhuset. En ur personalstyrkan menar att exempelvis Stockholm har högre lönenivå, men att det även räcker att kolla mot äldreården i regionen för att hitta bättre avlönade tjänster. Även på regionens andra sjukhus erbjuds bättre löner. Under ett möte

framkommer det att sjuksköterskor och undersköterskor har slutat och fått 3–8 tkr mer i lön på sin nya arbetsplats. Samtidigt påpekar personen att den utmanande aspekten i arbetet inte är lika stor på den nya arbetsplatsen. Ytterligare en ur personalstyrkan uppger att hen kan byta till annan arbetsplats och därmed ha möjlighet till 10 000 kr mer i månadslön. Vidare menar en sektionsledare att det är oförståeligt varför andra intensivvårdskliniker med enklare patienter erbjuder högre löner och att det i sig ger en misstro mot högre ledning. Personalen menar att de har tryckt på att de vill ha mer i lön, men får snabbt ett nej samtidigt som det nämns att det inte finns nog med resurser. Flera anställda menar också på att en sänkt arbetstid hade uppskattats, på samma sätt som ökade löner.

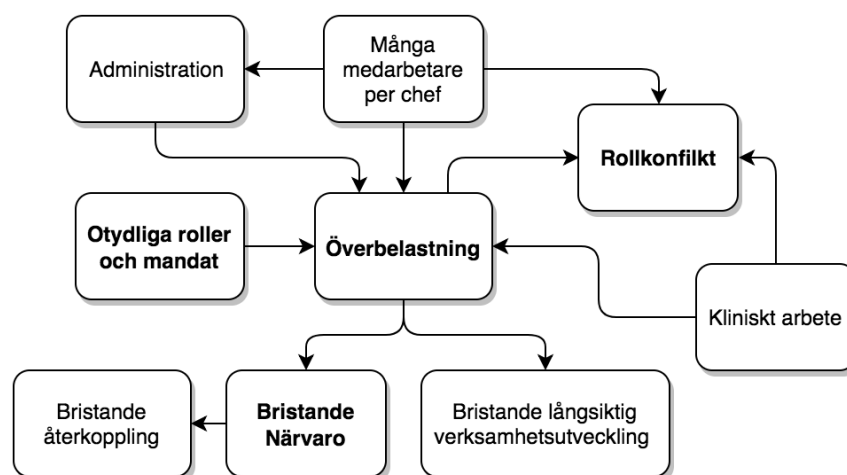
En ytterligare aspekt är att personal som slutar håller kontakt med de forna kollegorna. Detta bidrar till en ryktesspridning om deras nya arbetsplats. Kvarvarande personal jämför de olika arbetsplatserna och kommer fram till att det är en lägre lönenivå på sin nuvarande arbetsplats likt tankarna ovan. Dock har det hänt att personal kommit tillbaka då de saknat mer utmanande arbete.

6. PROBLEMDISKUSSION

Nedan förs diskussion om verksamhetens brister, förklaringar till dessa och lösningar, förankrat i ledarskapsteori och organisationspsykologi. Såväl erkända teorier som tidigare forskning har använts för att söka föra en uttömmande diskussion. Problemområdena har i vissa fall kunnat slås ihop, eftersom det funnits starka kopplingar mellan vissa av dessa. Det har mynnat ut i att problemdiskussionen består av sju huvudområden; *Ledarskapet och dess förutsättningar*, *Mål och förbättringsarbete*, *Vertikal kommunikation*, *Möten*, *Social tillhörighet*, *Bemanningsproblem* samt *Lönens roll och betydelse*. Det mesta av den tillämpade teorin är hämtad ur det teoretiska ramverket, men det finns också vissa kompletterande referenser som förs fram först i nedan följande diskussion.

6.1. LEDARSKAPET OCH DESS FÖRUTSÄTTNINGAR

Studien har identifierat flertalet problemområden kopplat till ledarskapet och dess förutsättningar i verksamheten. Vidare diskuteras frågor kring roller, kompetens, närvaro och informellt ledarskap, vars koppling visas i figur 14 nedan, i syfte att finna lösningar.



Figur 14. Orsak- och verkansamband kring ledarskap

6.1.1. ROLLER OCH MANDAT

Problembeskrivningen identifierar otydligheter i roller och mandat för chefer inom organisationen. Detta leder till osäkerhet kring vad som ligger i ens uppdrag som chef och vad de har för ansvar och förväntningar på sig. En annan effekt blir att medarbetarna inte vet vem de ska gå till vid problem. Förhöjd omsättning i chefsleden har ytterligare försvårat för organisationen att få tydlighet kring roller. Miner (2011) menar att rollotydlighet inträffar vid avsaknad av information kring rollen i sig eller brister i hur denna information kommuniceras. När arbetsuppgifter och målen i arbetet inte är tydliga ger det enligt Corin och Björk (2017) upphov till hinder som påverkar chefers möjligheter att utföra sitt uppdrag. Utöver de rent operativa svårigheter detta innebär påverkas den psykosociala arbetsmiljön för cheferna negativt. Acker (2004) ser ett samband mellan otydlighet i arbetsroll och låg arbetstillfredsställelse. På samma sätt ökar, enligt Acker (2004), också viljan att byta arbete.

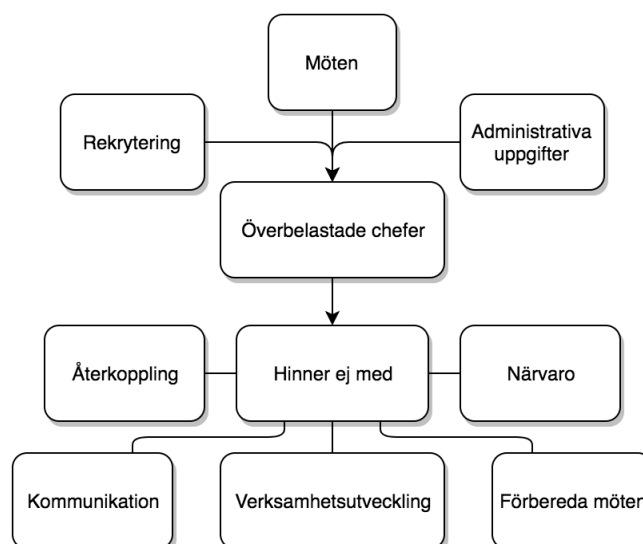
Cochrane (2017) nämner vidare vikten av att ledare tar tag i problem, vilket försvåras av otydliga roller som ej stämmer överens med mandatet. I studerad verksamhet är mandaten i viss utsträckning otydliga och likaså deras koppling till det ansvar som chefen har för verksamheten, medarbetare och ekonomi. Det leder ibland också till försiktighet och rådvillhet i det operativa ledarskapet. Autonomi för cheferna påverkas negativt eftersom de inte har tillräcklig egenkontroll över sitt arbete. Låg autonomi minskar känslan av ansvar för resultatet enligt Hackman och Oldham (1980), som menar att resultatet då baseras på förutsättningar snarare än egen prestation, vilket ger sämre möjligheter till inre arbetsmotivation. Osäkerheten anses vidare göra det svårare att reagera på en ökning av arbetsbördan då det inte klart kan avgöras om det inkräktar på det givna uppdraget. Här finns en koppling mellan nämnda otydlighet och risk för överbelastning.

Chefer och HR verkar i flera fall ha olika syn på lönesättning, vilket leder till frustration på bägge sidor och en känsla av indraget mandat hos en del chefer. Vidare infördes ett anställningsstopp under januari 2018 som ytterligare påverkar chefernas egenkontroll. Rubenowitz (2004) nämner att om beslutanderätten tas ifrån linjeorganisationen kan maktutövningen bli diffus där ingen part känner ansvar. Otydligheter kring roller och mandat kan enligt Miner (2011) kopplas till bristande vertikal kommunikation nedåt i organisationen. En lösning som ligger i linje med Rubenowitz (2004) är att få till stånd ett positivt samarbete och samråd mellan chefer och HR kring lönefrågan. Författaren påpekar att en person bör vara ansvarig för beslut, även de som tagits i samråd. Beer och Eisenstat (2000) menar en tvärfunktionell dialog behövs för att reda ut motsättningar i strategier och därmed förenkla förändringsarbete.

Sammanfattningsvis visar otydligheter i roller samt obalans mellan ansvar och befogenheter på brister i chefernas psykosociala arbetsmiljö, vilket försämrar förutsättningarna för ledarskapet. I enlighet med Rubenowitz (2004) bör därför ansvar och befogenheter vara i balans, tydligt klargöras och nedtecknas. Speciellt bör HR:s och första linjens chefers relation samt mandat definieras och underbyggas. Förslagsvis tas riktlinjer för detta samt för allmänna fall fram via tvärfunktionell dialog. Att cheferna själva får ansvar och befogenhet att planera sin egen arbetssituation stärker enligt Rubenowitz (2004) den psykosociala arbetsmiljön samt arbetstillfredsställelsen.

6.1.2. ÖVERBELASTADE CHEFER

Vidare kan konstateras att många chefer inte hinner med sina arbetsuppgifter inom planerad arbetstid, vilket Thylefors (2016) benämner som rollöverlastning. Cheferna behöver lägga omfattande tid på personalfrågor såsom att fylla långsiktig bemanning, hantera sjukfrånvaro samt löne- och utvecklingssamtal. Tidsbristen går ut över möten, kommunikation, närvaro i verksamheten och långsiktig verksamhetsutveckling, se figur 15 nedan. Mycket tid läggs även på operativa ärenden, såsom att koordinera flytt av patienter mellan avdelningar, till följd av den platsbrist som råder.



Figur 15. Hur överbelastning påverkar chefers arbetsuppgifter

Corin och Björk (2017) ser en tendens till att fokus på administration och dokumentation ökar inom offentlig verksamhet på bekostnad av chefernas möjlighet att vara närvarande för sina medarbetare och arbeta med långsiktig verksamhetsutveckling. Tydligt i studerad verksamhet är att mycket tid läggs på administrativt arbete och chefers närvaro bland medarbetarna i många fall är för låg. En del chefer arbetar samtidigt kliniskt i verksamheten, vilket påverkar möjligheten att hinna med chefsuppdraget under återstående tid. Arbetsbelastningen är inte optimal, vilket försämrar chefers psykosociala arbetsmiljö. Administrativa stödfunktioner bör införas för avlastning. Detta har gjorts för att underlätta planering kring schema med gott resultat på NIVA. Därtill bör alla chefsuppdrag, med hänsyn till arbetsbördan i den studerade verksamheten, vara en anställning på 100% utan kliniskt arbete för att hinna med tillhörande åtaganden.

En specifik aspekt som påverkar både möjligheten till närvaro och den administrativa arbetsbördan är antal medarbetare per chef. Thylefors (2016) menar att det redan vid ansvar över 30 anställda blir problem att hinna sköta sin roll inom tidsramarna. Corin och Björk (2017) menar att många medarbetare per chef innebär en hög arbetsbelastning och höga krav på chefen för att upprätthålla en god relation till sina medarbetare. I vissa fall har chefer i verksamheten ansvar för 70–80 personer. Här är sjukhusledningens normtal om 10–35 medarbetare per chef en siffra som passar bättre in mot Thylefors (2016) rekommendationer. Att ge chefer ett större administrativt stöd gör det, enligt Corin och Björk (2017), lättare att hantera ett stort antal medarbetare.

6.1.3. NÄRVARO I VERKSAMHETEN

Vidare finns det en bristande närvaro av chefer i det dagliga arbetet. Både personal och första linjens chefer uttrycker att de allt för sällan träffar sina överordnade. Fölster et al. (2003) samt Mintzberg (1989) betonar vikten av att ledare spenderar tid i verksamheten. Även Brandt (2013) stöder detta och menar vidare att chefen ska vara med och ta fram förbättringar

ute i verksamheten. Enligt Liker och Convis (2011) är en av ledarens uppgifter att vara närvarande och hantera störningar, något som underskattas i viss utsträckning i studerad verksamhet. Det kan vara en effekt av chefers pressade arbetssituation och att operativ närvaro blir det första som stryks för att klara av andra arbetsuppgifter.

Att en del chefer arbetar kliniskt anses i vissa fall som att de är närvarande i verksamheten. Svedberg (2003) nämner att det finns en rollkonflikt i att jobba som både chef och medarbetare samtidigt. Vidare menar Svedberg (2003) att en ledare primärt inte ska arbeta i en verksamhet utan för den och betonar att chefskapet kräver en annan kompetens och identitet med andra förtecken än de som krävs av medarbetare. Detta ger ytterligare stöd åt rekommendationen att chefstjänster i verksamheten bör vara på heltid.

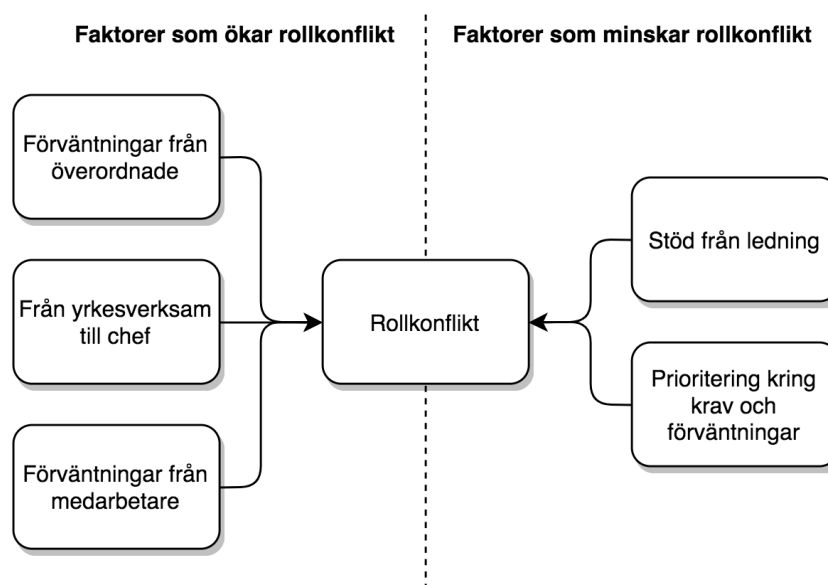
Acker (2004) hittade i sin studie ett samband mellan socialt stöd från chefer och medarbetares möjlighet att känna tillfredsställelse och hängivenhet trots en problematisk miljö. Pedersen (1993) ser i sin studie närvarande chefers förmåga att finnas tillgänglig för personalens frågor och behov som en god egenskap hos en chef. Tillgängligheten resulterar enligt Pedersen (1993) vidare i att chefen kan vara på plats när behov eller nödsituationer uppstår, men ger också möjlighet till kontinuerlig uppföljning kring medarbetares problem och frågor. Chefer bör sammanfattningsvis få möjlighet att bedriva ett närvarande ledarskap i betydligt större utsträckning för ökad möjlighet till hantering av störningar och utveckling av verksamheten samt regelbunden återkoppling till medarbetare.

6.1.4. ROLLKONFLIKT

Studien visar som nämnts att en del chefer är osäkra på vad de får göra men även att de i vissa fall inte vill utnyttja sitt fulla mandat. Här påpekar Rubenowitz (2004) att en förutsättning för ökade befogenheter är en villighet och beredskap att ta det ansvar som följer. Författaren menar dock att befogenheterna som tilldelas måste matcha ansvaret. En koppling kan göras till begreppet rollkonflikt som Thylefors (2016) menar är när chefer upplever motstridiga eller svårkombinerade krav och förväntningar. När yrkesverksamma blir chefer tvingas de hantera en konflikt mellan professionella uppgifter och chefsuppgifter enligt Persson och Thylefors (1999) men tillägger att en del ser det som en oundviklig del av chefsuppdraget. Rollkonflikt har enligt Acker (2004) ett klart negativt samband med arbetstillfredsställelsen och Thylefors (2016) menar att en effekt av rollkonflikt kan bli att chefen distanserar sig till antingen överordnade eller medarbetare. Persson och Thylefors (1999) skriver att mellancheferens position som navet i organisationen innebär exponering av flertalet förväntningar från överordnade och medarbetare.

Liker och Convis (2011) betonar vidare vikten av att ledaren får stöd vid rätt tillfällen av högre ledning. Rubenowitz (2004) betonar också vikten av detta stöd, samt utvecklar med att erkännande från högre ledning är viktigt för chefer. Corin och Björk (2017) menar att lösningen på dilemman och problem bör vara ett gemensamt ledningsansvar. De menar vidare att en stödjande organisation för chefer kan göra att de slipper lämnas ensamma med problem såsom målkonflikter. Corin och Björk (2017) identifierar också bristande stöd från egen chef som ett hinder för chefer att uppfylla sitt chefsuppdrag. Ett bristande stöd har en

negativ effekt på arbetsledningsklimatet och påverkar därmed den psykosociala arbetsmiljön för cheferna negativt. Rollkonflikten kan minskas om verksamheten reflekterar över krav och förväntningar och tar beslut kring prioritering bland dessa, samt att högre ledning ser ett viktigt uppdrag i att stödja chefsleden de ansvarar för. Figur 16 nedan beskriver hur rollkonflikten påverkas.



Figur 16. Illustration av hur rollkonflikten påverkas av olika faktorer

6.1.5. INFORMELLT LEDARSKAP

Studien visar att chefer behöver hantera ett informellt ledarskap i verksamheten, ofta orsakat av en stark professionshierarki. Rubenowitz (2004) skriver att chef och ledare med fördel ska vara samma person, då informellt ledarskap alstras om motsatsen förekommer. Svedberg (2003) hävdar att konflikten mellan informellt och formellt ledarskap försvårar samarbete och påverkar hela gruppen. Erlingsdottir et al. (2018) menar att sjukvården generellt har en stark professionsautonomi, vilket kan leda till motstånd till chefer från yrkesgrupper med stark professionslogik. Detta ligger också i linje med det Drucker (1993) och Börnfelt (2017) anför om sjukvårdens komplexitet och kopplar till rollkonflikten ovan. När ansvar och mandat tydliggjorts samt stämmer överens stärks chefens roll i verksamheten. Ett starkt stöd från ledningen kring chefens ansvarsområden tros ytterligare stärka chefens roll framför de eventuella informella ledare som finns.

6.1.6. KOMPETENS

Jämte överbelastning och otydligheter kring ledarnas roller har även en bristfällig kompetensnivå i vissa viktiga ledarskapsområden påträffats. Enligt Rubenowitz (2004) samt Beer och Eisenstat (2000) är det i företagsledningen viktigt att förstå betydelsen av ledarutveckling i lägre chefsled. Corin och Björk (2017) menar att många chefer inom offentlig sektor efterfrågar mer kunskap och praktisk hjälp för att klara av arbetet och följa de riktlinjer som finns. Detta har också observerats i studerad verksamhet då chefer efterfrågat

hjälp kring budgetarbete. Andra exempel på ledarutveckling kan vara i hur chefer jobbar med målnedbrytning eller hanterar möten, vilket också beskrivs i senare del av diskussionen. Robbins och Coulter (2012) skriver att ett resultat från ledarskapsforskningen är vikten av att ledaren besitter relevant kunskap. Effektiva ledare har enligt samma författare god kunskap om organisationen samt branschen och kan därmed göra välinformerade beslut med förståelse av dess implikationer. Enligt Beer och Eisenstat (2000) är bristande kunskaper hos chefer och bristande möjligheter från organisationen att få utveckla detta en faktor som försvårar förbättringsarbete.

Rubenowitz (2004) menar att utvecklingsmöjligheter i arbetet genom ökad kunskap och möjligheter till avancemang ger arbetstillfredsställelse. Hackman och Oldham (1980) menar att arbetsmiljön är en faktor som leder till att individer som har en inre arbetsmotivation också uppnår arbetstillfredsställelse vid gott utfört arbete. Genom att tillföra resurser som utvecklar ledarna kunskapsmässigt ges förutsättningarna, utöver att det kan bedrivas ett bättre ledarskap, för en högre arbetstillfredsställelse.

6.2. MÅL OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

För att en verksamhet ska vara konkurrenskraftig krävs enligt Brandt (2013) effektivisering genom kontinuerlig utveckling. Börnfelt (2017) definierar utveckling som att de rådande förhållandena ifrågasätts men säger samtidigt att en tillfredsställande arbetssituation är nödvändig för att de anställda ska kunna ta sig tid och lust till förbättringsarbete. Vidare skriver Kotter (1996) att en väl kommunicerad vision är en grundpelare för förändringsarbete. Cochrane (2017) menar vidare att ur denna vision måste tydliga mål sättas upp för att rikta in organisationen åt samma håll. En stor del i att bedriva långsiktigt arbete är följaktligen att arbeta med mål. Ytterligare aspekter som försvårar långsiktigt arbete samt hur målarbete bör utföras beskrivs nedan.

6.2.1. SVÄRIGHETER ATT HINNA MED LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Många medarbetare i studerad verksamhet uppger att de inte har intresse eller lust att engagera sig i förändringsarbete, ofta på grund av att de inte anser sig ha tid. Brandt (2013) menar att förändringar måste drivas med förståelse och engagemang från medarbetarna. Detta styrks av en verksamhetschef och av en ledningsperson, ur en fallstudie gjord av Forzelius och Skogeryd (2008), då dessa menar att ansvar för förändringsarbete ska ligga ute i verksamheten för att visa på tillit. För att de anställda ska ta sig tid och lust till förbättringsarbete kräver det att den rådande arbetssituationen är tillfredsställande (Börnfelt, 2017). Ett möjligt forum för att skapa engagemang är olika former av möten, som behandlas senare i diskussionen. Möjligheten att frigöra mer av medarbetarnas tid bör även ses över.

När cheferna har svårt att hinna med måste problem som ligger närmare i tiden prioriteras. Ofta består arbetet då av att lösa nuvarande problem, vilket ger lite tid över till långsiktigt arbete. Problematiken kring förbättringsarbete i verksamheten består av två delar. Dels att chefen själv inte hinner jobba med långsiktigt förbättringsarbete och dels att denna inte

hinner anordna forum för att diskutera förbättringar. Deras tid behöver därför friläggas till en högre grad för att kunna arbeta med långsiktiga frågor.

6.2.2. ATT STYRA MED MÅL

På intensivvårdssektionen används mål begränsat för att driva verksamheten framåt. Pihlgren och Svensson (1989) menar att målstyrning lämpar sig bra för organisationer som är decentraliserade. Författarna hävdar att det är den styrform som ger organisationens personal den största handlingsfriheten. Sjukvården kan anses vara decentraliserad eftersom avdelningarna ofta ligger långt ifrån högsta ledning och har hög autonomi. Dessutom är vårddyrken, framförallt läkare, enligt Erlingsdotter et al. (2018) en yrkesgrupp som präglas av stark autonomi och självbestämmande. Målstyrning och medföljande handlingsfrihet borde med detta som bakgrund vara en bra metod inom sjukvården. Här måste dock nämnas, i enlighet med Forzelius och Skogeryds (2008) resonemang, att målstyrning som metod innebär att endast målen skall styra. De menar att i ren målstyrning ska ingen budget eller liknande bestämma. Därför är det inte aktuellt att rekommendera målstyrning i sin helhet för studerad verksamhet då detta innebär en radikal förändring. Däremot beskrivs mål och hur dessa ska brytas ned på ett tillfredsställande sätt i Pihlgren och Svenssons (1989) bok om målstyrning och anses relevanta då mål används bristfälligt i studerad verksamhet. Därmed utgörs huvuddragen av följande diskussion kring deras ramverk.

Enligt Pihlgren och Svensson (1989) ska målen vara konkreta och tidsbestämda samt utformas av ledaren tillsammans med de anställda, här finns brister i sektionens målhantering. Mål formuleras inte tillsammans med medarbetare utan är snarare något som trycks nedåt i organisationen. Något som enligt Erlingsdottir et al. (2018) har varit vanligt förekommande i sjukvården. Erlingsdottir et al. (2018) menar vidare att detta får som effekt att ledningen sällan får stöd bland personal och därmed inte når långsiktiga framgångar. Målen i verksamheten är i många fall inte konkreta och tidsramar är okända. I de fall mål finns är kännedom om dem låg hos personal längre ner i organisationen. Pihlgren och Svensson (1989) beskriver vidare att målstyrning också innebär att målen ska följas upp. Det ska ske vid förutbestämda tidpunkter med förutbestämda sätt att mäta och värdera. Här finns brister i den studerade verksamheten, främst eftersom målen inte är mätbara. Mål på en specifik nivå bör utformas av ansvarig chef tillsammans med personalen. Efter utsatt tidshorisont bör de sedan följas upp och utvärderas.

Enligt Pihlgren och Svensson (1989) ska målen ska vara realistiska, men samtidigt innebära en utmaning. Om mål är otydliga eller ej uppdaterade, skapar det enligt Svedberg (2003) irritation, stress och sjukfrånvaro bland personalen. Verksamhetens mål (skapa akutvård i toppklass, skapa värde för patienten och bli landets ledande universitetssjukhus) är visserligen utmanande, men har visat sig svåra att nå upp till. Vidare menar Pihlgren och Svensson (1989) att mål kan vara såväl kvantitativa som kvalitativa, där de förstnämnda är lättare att mäta och följa upp. Forzelius och Skogeryd (2008) menar att mål tappas sitt syfte om de inte går att mäta och uppnå. De mål som finns är för det mesta rent kvalitativa och uttrycker snarare en strävan än nåbara mål. Verksamheten jobbar i dag ofta med icke-

kvantifierade mål. En ansats till att använda mer kvantitativa mål bör göras, trots att de kan vara svåra att utforma.

6.2.3. MÅLNEDBRYTNING

Pihlgren och Svensson (1989) klassificerar mål i tre olika nivåer; inriktnings-, effekt- samt produktionsmål. Klassificeringen görs för att få en mer gemensam förståelse av målbegreppet och kunna skapa en dialog kring dessa. Uppdelningen anses intuitiv och logisk och utgör därför ett bra ramverk att utgå från vid målarbete. AOI-verksamheten bör utifrån sjukhusets övergripande mål upprätta inriktningsmål. Intensivvårdssektionen bryter sedan ned dessa mål och sist varje avdelning för sig. Tabell 4 nedan ger exempel på hur detta skulle kunna se ut utifrån det övergripande målet *Skapa värde för patienten*. Pihlgren och Svensson (1989) rekommenderar att frågorna ”varför?” och ”hur?” ska användas för att kunna röra sig mellan mål i olika abstraktionsnivåer. ”Varför?” leder uppåt och ”hur?” leder nedåt. Detta kan anses vara enkla och tydliga instruktioner i en ansats att skapa mål. De högre målen ska enligt Pihlgren och Svensson (1989) kommuniceras ut i verksamheten som själv bryter ner målen i delmål. Ledningen ska enligt Bercaw (2013) finnas som stöd och ge feedback i målformuleringsprocessen.

Tabell 4. Exempel på mål i tre nivåer, både från Pihlgren och Svensson (1989) och för verksamheten

Mål	Förklaring från Pihlgren och Svensson (1989)	Exempel från Pihlgren och Svensson (1989)	Exempel för verksamheten
Inriktningsmål	- Allmänt formulerade - Anger inriktning och grundläggande värderingar för verksamheten. - Enkelt formulerat - Ej tidsspecifikt	Minskat mänskligt lidande genom kortare vårdköer	AOI: Minskat mänskligt lidande genom bättre tillgänglighet
Effektmål	- Kvantifiering av inriktningsmål - Tidsspecifikt - Mätbart	Minskning av kötiden för höftledsoperation från 18 till 6 månader	IVA: Öppna 50% av de stängda vårdplatserna innan slutet på 2019
Produktionsmål	- Uttrycks ofta i form av ett visst antal tjänster som ska utföras - Tidsspecifikt - Enkelt att mäta	Öka antalet höftledsoperationer med 25% under nästa år	CIVA: Anställ och lär upp 15 nya SSK under 2019

Liker och Convis (2011) skriver att organisationer bör rikta sina mål mot perfektion. Bercaw (2013) menar att detta även gäller inom sjukvården och att de organisationer som lyckas bäst baserar sina mål på just perfektion, inte jämförelser med andra sjukhus. I verksamheten finns

det en tendens att vilja jämföra sig med andra sjukhus i landet och världen. Ett av målen, att erbjuda bäst akutvård, är rent jämförande. I enlighet med Bercaws (2013) resonemang bör måtten omformas till att sträva efter perfektion.

En organisation bör enligt Bercaw (2013) ha 4–7 mål på högre nivå som motsvaras av 20–30 stycken på lägre nivå. Mål på lägre nivå likställs här med kortsiktiga mål som enligt Kotter (1996) krävs för momentum i förändringar och håller sig inom ett tidsspänn på 6–18 månader. Enligt Bercaw (2013) bör organisationen även våga bortprioritera mål. Det gäller enligt Cochrance (2017) att fokusera på så få mål som möjligt då många stora mål tillsammans är en bred ansats och kan anses bli ouppnåeliga, vilket i sin tur leder till låg prestation och utbrändhet. På högre nivå i verksamheten stämmer siffran överens med Bercaws (2013) rekommendationer men inte på lägre nivå, vilket tyder på att målnedbrytningen i verksamheten är ofullständig. Målnedbrytning medför att mål som uppfylls på lägre nivå direkt medför att högre mål uppfylls, genom det som Pihlgren och Svensson (1989) kallar för målkongruens.

6.2.4. MÅLNEDBRYTNING OCH SAMARBETE

Pihlgren och Svensson (1989) betonar vikten av att bryta ner övergripande mål så att risken för suboptimering på grund av tolkningar minimeras. När nedbrutna mål uppfylls sker detsamma med delar av de mer aggregerade målen. I verksamheten bryts mål sällan ned fullständigt, vilket gör att även längre ner i organisationen jobbar verksamheten mot mer aggregerade mål.

Enligt Beer och Eisenstat (2000) medför en dålig kommunikation mellan avdelningar att förändringsarbete försvåras. I dagsläget söker avdelningarna optimera sina enskilda prestationer, på bekostnad av det sammanlagda resultatet. Detta gäller både mellan avdelningar inom intensivvårdssektionen samt mellan dessa avdelningar och patienternas bakavdelningar. Jacobsson och Åhlström (2010) påträffade samma problematik, att personal sällan känner ansvar för annat än sin egna avdelning.

Vidare medför de olika yrkesgrupperna, som har olika chefer samt delvis skilda åsikter och intressen, utmaningar för intensivvårdssektionen. I Forzelius och Skogeryds rapport (2008) beskrivs fallstudier där tre vårdinrättningar infört delar av lean-filosofin. I ett av de beskrivna fallen uttrycktes ett utfall där olika yrkesgrupper fick större förståelse för varandra och ett ökat samarbete genom det gemensamma lean-språket. Denna effekt tros kunna uppnås till viss del i den studerade verksamheten genom att ha nedbrutna mål där samtliga yrkesgrupper och avdelningar strävar mot samma aggregerade mål. Konkreta, nedbrutna mål tros underlätta samarbete, då de bör föra de olika grupperna samman.

Det är gruppens gemensamma arbetsmål som ger en grupp god gemenskap enligt Rubenowitz (2004). Kotter (1996) påstår vidare att vid förändringsarbete behövs momentum som uppnås genom kortsiktiga, relevanta mål. På intensivvårdssektionen används idag ofta aggregerade och långsiktiga mål, vilket ej ligger i linje med författarnas rekommendationer. Kotter (1996) betonar vikten av kortsiktiga mål, då de som är engagerade i förbättringsarbetet får känna att

det bär frukt inom 6–18 månader genom måluppfyllelse. Enligt Kjellström, Avby, Areskoug-Josefsson, Gäre och Bäck (2017) behöver professionella utövare inom sjukvården känna måluppfyllelse för att bli motiverade. Cochrane (2017) beskriver att ouppnåeliga mål leder till låg prestation och utbrändhet. I verksamheten är målen i många fall svåra att uppnå, vilket visas genom uppgivenhet bland delar av personalen. Liker och Convis (2011) menar att målnedbrytning är en svår process som bör ske med de anställda för att samtidigt få dem motiverade att följa de uppsatta målen. I och med detta bör väl utformade och uppnåbara mål utformas tillsammans i verksamheten vilket också bör bidra till en förbättring av den psykosociala arbetsmiljön.

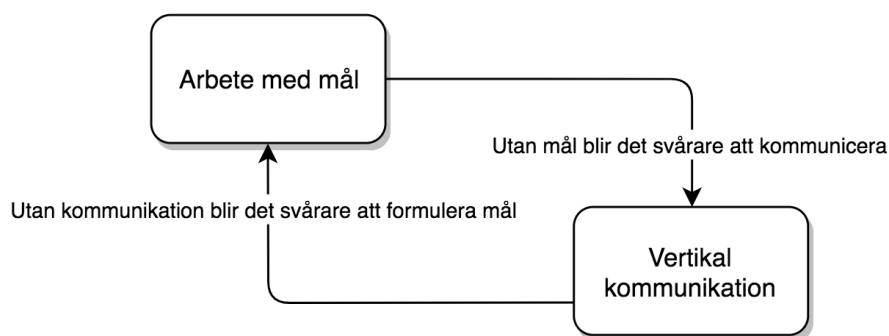
6.2.5. MÅTT OCH KÄNNEDOM AV RESULTAT

Det förs viss statistik på intensivvårdssektionen i dagsläget. Det har dock visat sig att medarbetare har begränsad kännedom angående mätresultaten och om vilka målen är som statistiken ska kopplas till för att visa på verksamhetens prestation. Exempelvis var måltavlan på CIVA, som är tänkt att presentera viss statistik, tom under studieperioden. Personalen efterfrågar i dagsläget mer kunskap om resultatet av deras arbete. Exempel på detta kan vara hur väl behandlade patienter mår en viss tid efter att de lämnat avdelningen. Sådan återkoppling är nödvändig för att uppnå det som Hackman och Oldham (1980) benämner som kännedom av resultatet. Utan detta är det enligt författarna svårt att känna tillfredsställelse med arbetet och den inre arbetsmotivationen kan sjunka. När mått och mål blivit definierade bör de därför visualiseras ute i verksamheten, så att personalen kan ta del av dem, fundera över sin prestation och reflektera över förbättringar. Ett första steg kan vara att presentera relevant statistik som redan i dagsläget finns, för att sedan fundera vidare kring vad som ytterligare kan vara relevant att mäta. Exakt vilka mått som är lämpliga bör undersökas närmare, med fördel i samråd med kunniga anställda.

Nämnvärt vid diskussion om resultatmätning är Forzelius och Skogeryds (2008) resonemang om sjukvårdens generella svårigheter med att resultatet i många fall inte syns förrän efter en lång tid, då resultatet inom sjukvården ibland inte kan utvärderas förrän efter ett antal år. Det bör även nämnas svårigheterna som i dagsläget finns med att mäta specifikt intensivvårdens prestation. Flera anställda efterfrågar mått som gör det möjligt att visa på hur verksamheten presterar för ledningen och därmed ha tydliga underlag för att äska resurser. Studien har inte dykt djupare i detta men anser att det är relevant att göra en uppföljande undersökning inom området.

6.3. VERTIKAL KOMMUNIKATION

Rubenowitz (2004) skriver om att en vision skall delas upp i mål och Kotter (1996) beskriver visionen som ett verktyg för att rikta handlingar i stora grupper. Detta innebär att mål som delas av hela organisationen kan tänkas underlätta kommunikationen, eftersom det då finns ett likartat intresse och en förståelse i hela organisationen. Däremot bidrar svårigheter i kommunikationen till att arbetet med målformulering, målnedbrytning och måluppföljning i sin tur försvåras, se figur 17 nedan.



Figur 17. Kopplingen mellan mål och vertikal kommunikation

Pihlgren och Svensson (1989) nämner vikten av en god dialog mellan medarbetare och chef vid utformning av mål. Svedberg (2003) betonar vidare vikten av återkoppling för fortsatt arbete kring mål, men även att det kan vara utmanande att skapa förståelse hos en mängd olika människor på olika nivåer i en verksamhet. En fungerande vertikal kommunikation är därmed en förutsättning för att arbeta med mål. Den vertikala kommunikationen diskuteras i tre dimensioner, respons, förståelse för beslut och återkoppling.

6.3.1. RESPONS

Beer och Eisenstat (2000) beskriver sex faktorer som står i vägen för implementering av strategier. En av dessa faktorer är dåligt fungerande vertikal kommunikation, som även försvårar implementeringar. Om implementationer inte kommuniceras mellan leden, både upp och ned, kan de enligt Beer och Eisenstat (2000) inte heller genomföras. Även Bercaw (2013) betonar vikten av feedback från högre chefer för en fungerande vertikal kommunikation. Empiriska data visar på att högre ledning inte uppfyller lägre chefers och personalens kommunikationsbehov i tillräcklig utsträckning då åsikter och frågor från medarbetare inte alltid besvaras, vilket leder till uppgivenhet och frustration. Flertalet personer i lägre chefsled uttrycker exempelvis att de inte får återkoppling på framförda frågor. Cochrane (2017) påpekar också att en ledare skall ta tag i problem som de anställda för fram och Ross (2012) nämner att detta bidrar till att anställda känner sig sedda. Verksamheten bör därmed se till att chefer tar till sig och svarar på de frågor som förs fram.

6.3.2. FÖRSTÅELSE FÖR BESLUT

En annan faktor som enligt Beer och Eisenstat (2000) försvårar implementation av strategier är ineffektiva ledare som arbetar isolerat och är ovilliga till att samarbeta. I kontrast till ett isolerat ledarskap står Rubenowitz (2004) tanke om att medarbetarnas åsikter skall användas vid planering och utförande av förändringar. Medarbetarna vet i dagsläget inte alltid bakgrunden till varför beslut tas och många beslut upplevs som ryckiga. Beer och Eisenstat (2000) säger att en faktabaserad och öppen dialog mellan ledare och anställda är en lösning på detta problem kring otydlighet i verksamheten. Författarna påpekar också att det finns en poäng i att dialogen är tvärfunktionell för att många olika typer av funktioner i verksamheten skall få en större förståelse. Verksamheten måste således fokusera på att skapa en

medvetenhet om varför saker sker genom att föra en mer öppen dialog. Hit hör också lönefrågan och motiveringen bakom varför löneförhöjning i vissa fall inte är möjlig.

6.3.3. ÅTERKOPPLING

Vardaglig återkoppling som initieras av chefer och inte är ett svar på en fråga underifrån är viktigt enligt Rubenowitz (2004). Återkoppling, menar Brandt (2013), är en förutsättning för få en bild av vad som kan förbättras, men också vad som gjorts bra. Även Svedberg (2003) påpekar också att återkoppling av samma skäl är betydelsefull. Konstruktiv återkoppling beskrivs av Deci och Ryan (2000) som en grundsten för att främja den inre arbetsmotivationen. Studien har funnit att ökad återkoppling efterfrågas på flera håll i organisationen, framförallt positiv återkoppling när något gjorts bra. På CIVA anser 39% av personalen att chefen visar uppskattning för deras arbetsinsatser enligt den senaste arbetsmiljöenkäten. Chefernas tidsbrist kan tänkas vara den grundläggande anledningen till att återkopplingen uppfattas som bristfällig. I och med detta finns det möjligheter att prioritera kommunikation och återkoppling i högre utsträckning. Exempelvis bör det föras fler samtal med personalen ute i verksamheten, där det inte bara diskuteras felsteg utan också vad som gjorts bra. Vikten av att arbeta med återkoppling på alla nivåer kan inte nog understrykas.

6.4. MÖTEN

En naturlig plats för kommunikation både vertikalt och horisontellt inom organisationen är möten av olika slag. Följande stycken diskuterar hur sektionen använder möten som forum för kommunikation och beslutsfattande, hur de kan utvecklas samt mötens koppling till den psykosociala arbetsmiljön.

6.4.1. MÖTEN SOM KOMMUNIKATIONSKANAL

I den studerade verksamheten fungerar många möten som en kanal för informationsspridning. Enligt Ross (2012) bör inte information fördelas ut längre än fem minuter åt gången, vilket ofta överskrids under observerade möten. Enligt Rubenowitz (2004) bör inga möten pågå i mer än en timme då orken försvinner. Denna gräns är dock svår att uppnå på till exempel VLG som innefattar hela ledningsgruppen och i dagsläget pågår i cirka tre timmar. Många möten behandlar också operativa problem. Svedberg (2003) menar dock att en väl fungerande grupp ska ha förmågan att prioritera och driva strategiska frågor, utan att operativa uppgifter tar över. Verksamheten behöver därför reflektera över mötens längd och söka att göra dem mer effektiva och behandla långsiktiga frågor.

Att sitta med på ett möte men inte aktivt delta uppfattas ofta enligt Ross (2012) som slöseri med tid. Det är vanligt att deltagare kommer sent till mötet eller svarar i telefon under mötet, något som tyder på en bristande nivå av deltagande. Samtidigt bör det finnas en förståelse till att vissa saker inte kan väntas med. Utöver bristande deltagande är det vanligt att endast ett fåtal personer hörs i de fall en diskussion förs. Det säger emot Ross (2012) som påpekar att det är viktigt att alla deltar för att mötet ska anses värdefullt. Vidare menar författaren att det

är mötesledaren som har ansvar att se till att så är fallet. Detta styrks även av Mintzbergs (1989) resonemang kring chefens koordineringsroll.

En annan problematik i verksamheten är att det råder otydligheter kring mötenas syfte och funktion. Detta gäller framförallt APT, som vissa anser är en informationskanal, medan andra menar att det är en plats för diskussion. Av flera beskrivs det som ett forum där petitesseer och många onödiga frågor diskuteras. Verksamheten behöver reflektera över vilka möten som det finns behov av i enlighet med Ross (2012). Detta gäller inte endast för APT, utan för möten generellt sett. Även Rubenowitz (2004) skriver om vikten av att definiera syfte och mål med möten. Därav rekommenderas att mötenas syfte och mål sätts på pränt, lämpligen genom ett PM som hålls uppdaterat. För att komma till roten med problemen behöver mötena evalueras. Ross (2012) betonar vikten av sådana reflektioner och rekommenderar användandet av en 1–5 skala gällande hur viktiga frågorna var, resultat av diskussionen kring dessa samt nivå av deltagande.

6.4.2. TIDSKRÄVANDE MÖTEN

Första linjens chefer deltar på flertalet möten vilket är tidskrävande. Flertalet individer anser att möten ibland annonseras alltför sent och ofta behandlar frågor som kan lösas i annat forum. Enligt Ross (2012) är det viktigt att alltid reflektera kring behovet att ha ett möte och påpekar att mycket som tas upp på möten ofta lika gärna kan hanteras i ett annat forum. Verksamheten bör reflektera över vad som är relevant att behandla på möten. Samtidigt menar Mintzberg (1989) att chefen måste delta i vissa aktiviteter på grund av sin formella position. Författaren nämner även att ledaren agerar som verksamhetens störningshanterare och talesperson, roller som också utövas på ett möte. Med detta som bakgrund kan det hävdas att vissa möten naturligt in i chefens dagliga schema. Därav ligger det närmast till hands att chefen ansvarar för att denne går på möten som uppfyller någon av nämnda funktioner. I annat fall rekommenderas att chefen avböjer sitt deltagande.

Belastade chefer har svårt att forma väl förberedda möten. Exempel på effekter av rollöverlastning är enligt Thylefors (2016) dåligt förberedda möten och slarvigt ihopsatta handlingsplaner. Detta har märkts i studerad verksamhet där deltagarna inte satt sig in i agenda och beslutsunderlag, eller detta inte fördelats ut fullständigt. Material såsom agenda och beslutsunderlag är enligt Ross (2012) mycket viktigt för att deltagarna ska kunna sätta sig in i vad mötet handlar om. Rubenowitz (2004) menar att det är upp till mötets deltagare att sätta sig in i för mötet relevant material. Möten ska annonseras med agenda och relevant material i god tid. Det är sedan deltagarnas ansvar att sätta sig in i mötets frågor på förhand.

6.4.3. MÖTEN OCH PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

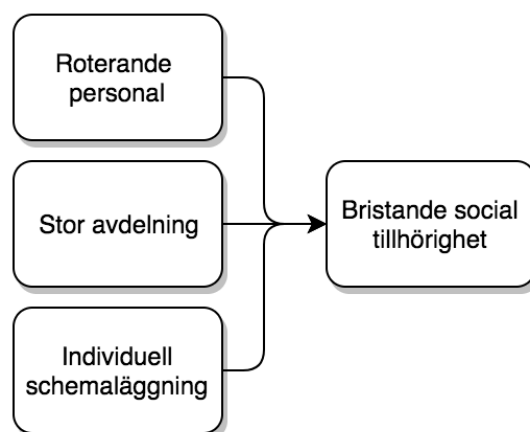
Ross (2012) menar att det är viktigt att möten försöker lösa de problem som lyfts upp samt följer upp det som beslutats vid tidigare möten. Författaren menar vidare på att det är mindre sannolikt att problem som lyfts upp en gång kommer upp till ytan igen om det inte bemöts och hanteras ordentligt. Resultat av detta återfinns i verksamheten där anställda känner en uppgivenhet kring att föra upp problem eftersom de inte får tillräcklig respons på det som

förs fram. Ross (2012) menar att uppföljning på framförda problem och åsikter ger en känsla av att verksamheten bryr sig. Resonemanget går i linje med vad Rubenowitz (2004) benämner som goda relationer mellan olika skikt i organisationen som viktigt för att uppnå god psykosocial arbetsmiljö. Alla diskussionsämnen ska avslutas med någon form av beslut. I de fall där inget slutgiltigt beslut kan tas måste en process för hur frågan skall drivas vidare påbörjas och senare följas upp. Detta tros på längre sikt öka engagemanget för förbättringsarbete.

Thylefors (2016), Rubenowitz (2004) samt Deci och Ryan (2000) lägger fram social tillhörighet som en grundläggande förutsättning för psykosocial arbetsmiljö. Under möten ges möjlighet att träffa kollegor samt chef och är därmed en källa för tillhörighet. Nuvarande struktur där enbart en viss del av personalen har praktisk möjlighet att besöka APT främjar inte känslan av tillhörighet. Problematik uppstår även till följd av personalstrukturen inom intensivvårdssektionen, där personal roterar mellan PIVA och CIVA. PIVA har därmed inga egna möten utan deltar på de möten som hålls på CIVA. Detta skapar ibland ett missnöje med vilka saker som tas upp och personal på PIVA känner sig ibland som ett bihang till CIVA till följd av detta. Utformning och planering av APT bör ses över så att samtliga skift ges möjlighet att delta på ett eller annat vis. Personal på PIVA bör därjämte få möjlighet att i större utsträckning ta upp de frågor som rör deras avdelning, alternativt ha ett eget möte.

6.5. SOCIAL TILLHÖRIGHET

God arbetsgemenskap är en av faktorerna som enligt Rubenowitz (2004) och Thylefors (2016) påverkar den psykosociala arbetsmiljön positivt. Deci och Ryan (2000) menar att den sociala gemenskapen är viktig för den inre arbetsmotivationen. Rubenowitz (2004) menar vidare att en låg grad av tillhörighet kan sänka engagemanget hos individen. För att kunna driva långsiktigt förbättringsarbete behöver därför tillhörigheten inom verksamheten stärkas. Tillhörigheten är bristfällig i den studerade verksamheten, delvis på grund av stora avdelningar med personal som roterar och delvis på grund av schemaläggningen. Figur 18 nedan föreställer hur den sociala tillhörigheten påverkas.



Figur 18. Faktorer som påverkar den sociala tillhörigheten

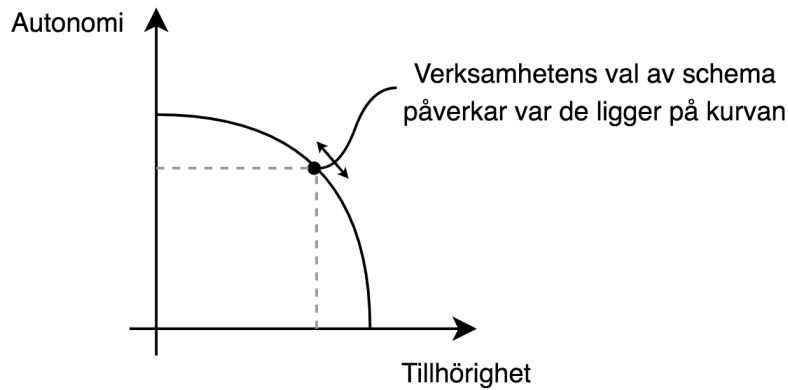
6.5.1. STORA AVDELNINGAR OCH ROTERANDE PERSONAL

Empiriska data visar på arbete med olika medarbetare från dag till dag, som följd av det upplever anställda att den sociala gemenskapen försämras. Svedberg (2003) framhäver vikten av människans förhållande till andra och behovet att bli förstådd av sin omgivning. Vidare beskriver Svedberg (2003) vikten av kommunikation, acceptans och beslutsfattande i samförstånd i gruppen. Många anställda beskriver CIVA, med runt 200 anställda, som anonymt på grund av att det är svårt att lära känna en så stor mängd människor, speciellt för nya medarbetare. Denna problematik upplevs inte i samma utsträckning på NIVA och Postop, som har en mindre personalstyrka. Ur resonemanget ovan anses en indelning av tydliga arbetslag vara fördelaktig för att öka tillhörigheten på CIVA, alternativt dela in avdelningen i två avdelningar, vilket har föreslagits av flertalet anställda.

Personalen roterar i viss utsträckning mellan olika avdelningar och de som återkommande jobbar på en annan avdelning än där chefen är stationerad finner en större distans till sin chef. Detta är ofördelaktigt då det går ut över den sociala tillhörigheten och parallellt med detta den psykosociala arbetsmiljön. Eftersom verksamheten inte nyttjar arbetslagen medför det att personal som ofta jobbar på PIVA i vissa fall har sin chef på CIVA och vice versa. Lösningen är att låta PIVA motsvara ett eller flera egna arbetslag med tillhörande chef.

6.5.2. SCHEMALÄGGNING

Hackman och Oldham (1980) beskriver gehör för hur personalen vill disponera sin tid som ett sätt att öka autonomin. Den nuvarande schemaläggningen är tänkt att ge ökad autonomi och flexibilitet för personalen, genom möjligheten att önska personligt schema. Personlig schemaläggning är enligt Ke och Hung (2017) en åtgärd för att öka personalens vilja att stanna på arbetsplatsen. I den studerade verksamheten finns skilda åsikter kring schemaläggningen. I vissa fall fungerar den väl, i andra fall mindre bra då det önskade schemat inte alltid kan beviljas. Individuell schemaläggning gör också att personal ständigt jobbar i olika konstellationer. Detta går ut över möjligheten att känna social tillhörighet, en faktor som är viktig enligt både Rubenowitz (2004) och Thylefors (2016). Rubenowitz (2004) pekar också på vikten av att självständiga arbetsgrupper ska ha en tydligt definierad arbetsplats. De arbetslag som idag finns är bara något som finns på pappret och används inte i verksamheten förutom under storhelger. Det behöver alltså göras en avvägning mellan autonomi och tillhörighet vid utformning av schema, se figur 19 nedan. Något som även har uppmärksamrats är att det nuvarande schemat är tidskrävande att lägga, vilket bidrar till chefernas rollöverlastning.



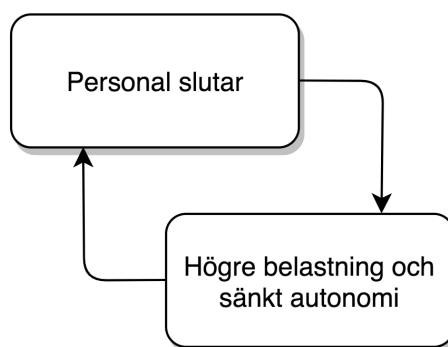
Figur 19. Illustration som visar på avvägningen mellan autonomi och tillhörighet

Poängsystemet är en del av det nuvarande schemat för sjuksköterskor. Det fungerar inte som tänkt då de anställda ofta tvingas jobba en full arbetsvecka trots att de jobbat obekväma arbetstider, vilket systemet egentligen ska kompensera för. Bakgrunden ligger i den begränsade personalstyrkan. Det bidrar till ytterligare hög belastning då tillräcklig vila inte alltid uppnås, vilket går emot Rubenowitz (2004) som menar att optimal arbetsbelastning krävs för en god psykosocial arbetsmiljö. Här rekommenderas att överväga en annan typ av schemaläggning som är anpassad till rådande bemanning, exempelvis med större andel fast schema som ger större gruppstillhörighet och bättre möjlighet till att uppnå dygnsvila.

6.6. BEMANNINGSPROBLEM

Individer som upplever låg arbetstillfredsställelse tenderar enligt Molin et al. (2012) att se sig om efter andra jobb och sedan ständigt jämföra dessa med sin nuvarande situation. Tecken på detta har syns i verksamheten där flera anställda uppger att de har fortsatt kontakt med personal som slutat och jämför sitt jobb med deras tidigare kollegors nya. Ke och Hung (2017) skriver att processen att lämna ofta sker stegvis där personalen först lämnar enheten, sedan sjukhuset och slutligen yrket. Spår av detta har syns där det är vanligt att personal går från CIVA till exempelvis Postop som ligger inom samma sektion för att få ett mindre ansträngande arbete. I vissa fall flyttar personal till andra sjukhus i regionen, då ofta med motiveringen att lönen är högre och arbetsbelastningen lägre.

Sourdif (2004) fann i sin studie från en universitetssjukhusmiljö att arbetstillfredsställelse, tillfredsställelse med organisationen och gruppstillhörighet positivt påverkar viljan att stanna på arbetsplatsen. I den studerade verksamheten leder personalbristen dels till högre belastning för personalen som är kvar och dels till att mer ofrivillig arbetsrotation är nödvändig för att fylla luckor i bemanningen. Högre belastning och försämrade autonomi sänker enligt Sourdif (2004) viljan att stanna på arbetsplatsen. Samma faktorer har enligt Rubenowitz (2004) en negativ inverkan på arbetsmotivationen och leder till en ökad benägenhet att byta jobb. Det skapas därmed en ond cirkel som vidare späder på bemanningsproblemen, se figur 20 nedan.



Figur 20. Bemanningsproblematikens onda cirkel

Sjukhus försöker ofta lösa sina problem genom att nyanställa, men utan att lösa det grundläggande problemet, menar Ke och Hung (2017). Författarna uppskattar i sin studie att kostnaden för en förlorad sjuksköterska uppgår till cirka \$62 000. Kostnaden kan hänföras delvis till det kompetens- och produktionsbortfall som sker, men även till själva anställningsprocessen. Denna studie genomfördes i Taiwan och inte är direkt överförbar till sjukvård inom Sverige, men exemplifierar den höga kostnaden kopplad till att förlora kompetent personal. Kostnaden kopplad till uppsägningar är svår att specificera i en budget, men måste undersökas för att synliggöra bakomliggande kostnadsdrivare. Denna kostnad vägs sedan lämpligen mot lönekostnader och en optimal lönenivå där totalkostnaden minimeras kan finnas.

Även chefer som slutar är ett identifierat problem i den studerade verksamheten. Byte av högre ledare leder enligt Beer och Eisenstat (2000) till att värdefull kunskap om organisationen går förlorad. Mintzberg (1989) menar vidare att en person i ledarroll inte kan verka och ta beslut förrän denna har ett väl fungerande nätverk, vilket synliggörs i studerad verksamhet genom att flera beslut blivit lagda på is på grund av att personer i chefsposition omsatts.

Ke och Hung (2017) nämner att personalomsättning leder till en sämre stämning i verksamheten och har negativ inverkan på gruppsammanhållning. Den bilden stämmer väl in i studerad miljö där flera intervjuobjekt vittnat om att uppsägningar går i vågor och skapar dålig stämning i verksamheten. Ke och Hung (2017) menar att organisationer bör genomföra intervjuer med personal som lämnar i syfte att förstå varför, samt åtgärda återkommande anledningar till att personal slutar. Detta görs i verksamheten men det är svårt att hitta mönster, förutom lönen, till varför person lämnar. Detta tros till viss del bero på att det oftast är personens egen chef som utför intervjun, varför den hela sanningen kanske inte kommer fram. Intervjuerna bör göras av person med mindre anknytning till den anställda, förslagsvis mer centralt via exempelvis HR-staben för att få ut de underliggande orsakerna.

För cheferna innebär bemanningsproblemen att de måste lägga tid på att rekrytera ny personal, vilket tar tid från övriga arbetsuppgifter. Enligt Molin et al. (2012) är det ledarens ansvar att minska intentionen till uppsägning genom att föra ett tydligt ledarskap. Många chefer inom verksamheten upplever i dagsläget en stor tidsbrist, vilket går ut över det tydliga

ledarskapet som Molin et al. (2012) efterfrågar. I extrema situationer såsom den nuvarande där nyanställningar på grund av bemanningsproblematiken tar ovanligt mycket tid, kan det vara aktuellt att tillföra extra resurser. Stödfunktioner har här en möjlighet att ge cheferna extra praktiskt stöd, exempelvis genom att gå igenom jobbsökningar.

6.7. LÖNENS ROLL OCH BETYDELSE

Acker (2004) fann i sin studie att individer med hög utbildning, lång arbetserfarenhet och stor arbetsbörda i kombination med låg lön hade lägre arbetstillfredsställelse än andra grupper. Personalen i studerad verksamhet kan anses stämma in på denna beskrivning. Hackman och Oldham (1980) understödjer också delar av Ackers (2004) argument och menar att arbetstillfredsställelsen kan påverkas negativt om individen anser sig ha för låg lön. Därmed kan personalens låga arbetstillfredsställelse delvis ha sin grund i lönenivån.

Rubenowitz (2004) beskriver vidare att lönen aldrig är försumbar eftersom den används för att uppfylla behov utanför arbetet. Dock finns det alternativa uppfattningar inom litteraturen. Börnfelt (2017) beskriver att lön används som ett yttre incitament till arbete. Enligt Rubenowitz (2004) spelar lönen en underordnad roll för arbetstillfredsställelsen och motivationen, vilket strider mot den populära uppfattningen. Friberg (1975) menar att materiella incitament, såsom pengar, spelar mindre roll inom institutioner som skola och sjukvård. Rubenowitz (2004) hänvisar till en studie i barn- och äldreomsorg som visade att personal som hade mer stimulerande arbete brydde sig mindre om lönen och uppvisade halverad sjukfrånvaro.

Lönen skapar inte arbetstillfredsställelse, men fungerar som ett föremål för uppskattning, enligt Rubenowitz (2004). Författaren menar att den har ett symbolvärde vid jämförelse mellan befattningar och yrkeskategorier. Detta har visat sig i flera fall på intensivvårdssektionen där personal jämför sin lön med andra i regionen och andra yrken. Ett intervjuobjekt förklarade att lönerna behöver få vara högre på andra vårdinrättningar i regionen för att dessa ska ha något att locka med. Samma individ menade att Universitetssjukhuset är tänkt att locka på grund av forskningen, men yngre generationer verkar inte värdesätta detta lika högt som tidigare generationer. Det finns även ett missnöje att sjuksköterskor med sin nivå av utbildning tjänar märkbart mindre jämfört med andra yrkesgrupper med motsvarande nivå av utbildning. Lönen upplevs för flera yrkesgrupper i studerad verksamhet orättvist låg i dagsläget, vilket gör det svårt att locka ny personal. Det kan därför tänkas finnas en kritisk gräns för lönenivå, huvudsakligen grundad i jämförelser, där lägre lön än nivån leder till viss grad av missnöje oavsett nivå av arbetstillfredsställelse. Huruvida den kritiska gränsen är underskriden är eller ej är en fråga för vidare forskning då noggranna jämförelser krävs.

6.8. SAMMANSTÄLLNING AV PROBLEM I VERKSAMHETEN

Detta avsnitt lyfter ut och sammanfattar de delar i diskussionen som syftar till att svara på studiens första frågeställning: *Vilka brister finns i verksamheten som försvårar ett fungerande ledarskap, en god psykosocial arbetsmiljö och en god arbetstillfredsställelse?*

6.8.1. LEDARSKAP OCH DESS FÖRUTSÄTTNINGAR

Cheferna i studerad verksamheten får i hög utsträckning hantera rolltydlighet, rollöverlastning och rollkonflikt. Generellt råder otydlighet i roller samt obalans mellan ansvar och befogenheter. Ett exempel på en känsla av indraget mandat hos chefer finns kring lönesättning. Vidare är cheferna överbelastade, med en allt för stor mängd administrativa uppgifter och för lite närvaro i verksamheten. En specifik förutsättning som påverkar arbetsbördan är antal medarbetare per chef. Rollkonflikten är i viss utsträckning inbyggd i chefsrollen, men samtidigt speciellt aktuell för yrkesverksamma som blivit chefer. Chefer behöver även hantera ett visst informellt ledarskap på grund av professionshierarkin. Det efterfrågas vidare utbildning kring budget och studien identifierar även utvecklingsmöjligheter kring arbete med mål och möteshantering.

Rollproblemen påverkar den psykosociala arbetsmiljön negativt då det finns brister kring känslan av autonomi och kompetens. Arbetsbelastningen och arbetsledningsklimatet är inte heller optimalt och första linjens chefer efterfrågar bland annat ökat stöd och tillit från högre ledning.

6.8.2. MÅL OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Chefer och medarbetare har för lite tid för att kunna engagera sig i långsiktig verksamhetsutveckling. Verksamheten använder mål i relativt liten utsträckning för att driva förbättringsarbete, framförallt används målnedbrytning sällan. Den övergripande ej tidsspecifika visionen följer istället med hela vägen ner i organisationen. Därmed missas det en möjlighet att engagera personalen kring förbättringsarbete genom att inte låta dem bryta ner övergripande mål tillsammans med sin chef. Utan nedbrutna mål saknas något konkret att sträva mot och en bestämd punkt för reflektion kring förbättringar. Bristande målnedbrytning påverkar också samarbetet mellan avdelningar och leder till svårigheter i att veta hur väl verksamheten presterar.

6.8.3. VERTIKAL KOMMUNIKATION

Idag är den vertikala kommunikationen otillräcklig och påverkar arbetsledningsklimatet negativt. Problemen kretsar kring respons, förståelse för beslut samt återkoppling. Frågor som förs uppåt i verksamheten besvaras inte alltid av chefer och ledningen. Många chefer och medarbetare saknar därmed förståelse för beslut. Personal efterfrågar att få mer vardaglig återkoppling i arbetet. Sådan återkoppling är av vikt för att främja den inre arbetsmotivationen. Det efterfrågas även att chefer på alla nivåer befinner sig mer i verksamheten som stödfunktion.

6.8.4. MÖTEN

Brister som identifierats kring möten ger verksamheten möjlighet att reflektera över mötenas längd och innehåll, samt vilka förberedelser som krävs. Anställda har begränsad kännedom om syftet med en del möten och delar av innehållet i dem kan hanteras i andra forum. Möten kan generellt bli mer effektiva och beslutsfattande då de i nuläget lämnar många frågor utan

beslut. Chefer har också anledning att reflektera kring vilka möten hen behöver närvara på. Tidsbrist för chefer är en generell orsak till mindre fungerande möten.

6.8.5. SOCIAL TILLHÖRIGHET

Medarbetare arbetar ofta med olika kollegor från dag till dag och de arbetslag som finns har ingen riktig funktion. Möjligheterna till god social tillhörighet minskar med avdelningarnas storlek och det individuella schemat. Speciellt CIVA är stort och beskrivs som anonymt. Det individuella schemat är administrativt krävande vilket späder på chefernas höga arbetsbelastning. Individuella önskescheman kan möjligtvis öka känslan av autonomi, men begränsar i viss mån den sociala tillhörigheten. Bristande social tillhörighet påverkar per definition den psykosociala arbetsmiljön negativt.

6.8.6. BEMANNINGSPROBLEM

Personalomsättningen orsakar att viktig kompetens förloras. Det resulterar vidare stora kostnader, exempelvis i omfattande tid för rekrytering som ytterligare påverkar arbetsbelastningen för chefer. Verksamheten har funnit löner och arbetsbelastning som orsaker, men studien identifierar också andra möjliga orsaker kopplat till ledarskap, psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse. Vidare kan konstateras att hög omsättning bland chefer orsakar problem då det tar viss period innan ny chef är insatt i verksamheten.

6.8.7. LÖNENS ROLL OCH BETYDELSE

Det råder i verksamheten ett missnöje kring lönesättningen. Detta kan påverka arbetstillfredsställelsen negativt, men det är ovisst huruvida det råder ett kausalt samband mellan dessa faktorer. Personalen upplever framförallt lönen problematisk i förhållande till yrkesverksamma med motsvarande utbildningsnivå eller annan geografisk placering.

6.9. SAMMANSTÄLLNING AV ÅTGÄRDER

Denna sektion lyfter ut och sammanfattar de delar i diskussionen som syftar till att svara på studiens andra frågeställning: *Vilka förändringar bör genomföras som åtgärder funna brister?*

6.9.1. DEFINIERA CHEFSROLLER

Riktlinjer för chefernas roller och mandat behöver klargöras och sättas på pränt genom diskussion mellan chefsled och stödfunktioner. Särskilt viktigt är ansvarsfördelningen mellan HR och chefer vid lönesättning. Rollerna ska formuleras så att de hinns med inom chefernas ordinarie arbetstid, samtidigt som roller går ihop med tilldelat mandat. Att otydligheter i arbetsroller elimineras förbättrar högst troligen chefernas arbetstillfredsställelse.

6.9.2. JUSTERA CHEFERS ARBETSBÖRDA

Administrativa stödfunktioner införs med fördel som kan verka avlastande. Särskilt viktigt är det vid dagens underbemanning som leder till att omfattande tid måste läggas på rekrytering

och schemaläggning. Vidare bör chefer endast delta på möten om de under mötet har en roll som representant för sin verksamhet eller aktivt behöver delta i diskussionen. Dessutom bör samtliga chefer fokusera på sin roll som ledare och inte utföra något kliniskt arbete. Minskad överlastning verkar positivt för chefernas psykosociala arbetsmiljö och ger samtidigt bättre förutsättningar för att bedriva förbättringsarbete.

6.9.3. LEDARUTVECKLING

Brister i mötesförfarande, målarbete, återkoppling, närvaro och kommunikation är en effekt av chefernas överlastning, men även av deras bristande kunskapsmässiga förutsättningar. Lämpligen bör utbildningar och diskussionsforum anordnas. Mer kunskaper bidrar, utöver bättre förutsättningar, att bedriva ett fullgott ledarskap till en förbättrad möjlighet för cheferna att uppnå arbetstillfredsställelse genom att klara av att slutföra sina uppgifter på fullgott sätt.

6.9.4. MÅLARBETE

Verksamheten bör göra en ansats att bättre ta till sig och bryta ner mål. Måtten bör omformas från att idag vara av jämförande natur till att sträva efter perfektion i relation till den egna verksamheten. Lämpligen upprättas och definieras inriktningsmål för AOI-verksamheten. Intensivvårdssektionen bör bryta ned dessa till effektmål och sedan avdelningarna i sin tur till produktionsmål, i linje med den trestegsmodell som redogörs för i tabell 4. Varje nivå av mål bör utformas av ansvarig chef tillsammans med övriga anställda. Den lägsta nivån av mål som går ut i verksamheten bör vara uppnåbara inom 6–18 månader. Målen bör visualiseras och följas upp, förslagsvis med verktyg såsom måltavlor. Kvantitativa mål är att föredra då uppföljningsprocessen förenklas. Genom välfungerande målarbete förenklas kommunikation och samarbete inom och mellan avdelningar. Vidare bidrar det till att anställda upplever en känsla av framgång då mål uppfylls, vilket påverkar arbetstillfredsställelsen positivt.

6.9.5. HÖGRE NÄRVARO I VERKSAMHETEN

Chefer behöver vara mer närvarande i verksamheten. Då ges möjlighet för chefen att ge återkoppling och stöd till de anställda, vilket stärker den inre arbetsmotivationen. Samtidigt kan chefen fungera som en lagledare och göra gruppen mer tydlig och därigenom öka den sociala gemenskapen, vilket påverkar den psykosociala arbetsmiljön positivt. Här föreslås att chefer söker att tillbringa 20–50% av sin arbetstid ute i verksamheten. Högre närvaro är lika aktuellt för högre ledning då de ska stödja underchefer, vilka är deras medarbetare.

6.9.6. BÄTTRE KOMMUNIKATION

Frågor och klagomål som förs fram måste besvaras, inte bara med ja/nej, utan också varför svaret är följande. Dialogen ska vara öppen för att öka transparens, medvetenhet och förståelse. Förståelsen är en viktig förutsättning för att de anställda ska kunna rikta sig utefter dessa. En god vertikal kommunikation i organisationen förenklar också långsiktigt arbete och målarbete. God kommunikation innefattar också återkoppling, såväl positiv som negativ sådan från chef till medarbetare i syfte att ge medarbetare kännedom kring resultatet av deras

arbete. Genom återkoppling påverkas arbetstillfredsställelsen positivt och genom svar på framförda åsikter tros engagemanget för förbättringsarbete öka.

6.9.7. TYDLIGA OCH EFFEKTIVA MÖTEN

Möten såsom APT och VLG behöver tydligt definierade syfte som lämpligen sätts på pränt genom ett PM. Nivån av deltagande behöver sökas att stimuleras, dels antalet som kommer på mötena och dels bland de som kommer till mötena. Vidare behöver medverkande bli bättre förberedda inför möten för att få till väl fungerande deltaganden. Agendan och tillhörande beslutsunderlag ska vara sammanställt och utdelat i god tid. Efter mötet är utvärdering nödvändigt för att reflektera kring hur mötets utfall överensstämmer med sitt syfte. Beslut i varje fråga bör åstadkommas, om det inte är möjligt direkt på mötet ska en handlingsplan tas fram rörande hur frågan ska drivas vidare. Återkoppling är viktig för att de anställda ska känna sig hörda, vilket påverkar arbetstillfredsställelsen positivt. Väl fungerande möten är ett forum för att bedriva målarbete samt långsiktigt förbättringsarbete.

6.9.8. FRÄMJA DEN SOCIALA TILLHÖRIGHETEN

Lämpligen utnyttjas de arbetslag som idag finns på pappret till en högre grad, framförallt på CIVA. Förslagsvis är en del av schemat är fast, där de anställda regleras till att jobba med sitt arbetslag. Vidare bör PIVA få egna arbetslag med tillhörande chef för att fungera som ett eget arbetslag. Förbättrad social tillhörighet bidrar till god psykosocial arbetsmiljö samt vilja bland anställda att engagera sig i förbättringsarbete. Poängsystemet som reglerar sjuksköterskornas lön och krävda arbetstid bör även anpassas till rådande bemanning. Vidare är en lämplig schemaläggning utformad på ett sätt så att personalen kan uppnå skälig dygnsvila.

7. SLUTSATS

Det finns tydliga brister på studerad intensivvårdssektion som på olika sätt försvårar ett fungerande ledarskap, en god psykosocial arbetsmiljö och en god arbetstillfredsställelse. Cheferna har otydliga roller och mandat och därjämte en hög belastning, vilket försvårar deras möjligheter att leda verksamheten. Målnedbrytning, kommunikation och möten fungerar bristfälligt i verksamheten och därmed blir det svårt för denna att utvecklas långsiktigt. Dessutom är den sociala tillhörigheten bland de anställda låg. Dålig kommunikation och tillhörighet är två faktorer som påverkar den psykosociala arbetsmiljön negativt.

Föreslagna åtgärder inkluderar definiering av chefernas roller och justering av deras arbetsbörda samt ett ökat fokus på ledarutveckling. Vidare rekommenderas mer strukturerade möten och mål, som fås genom att ledare får frigjord tid samtidigt som de förses med rätt förutsättningar kunskapsmässigt. Med bättre förutsättningar för cheferna får de möjlighet att förbättra kommunikation och återkoppling i verksamheten, som behöver bli tydligare. Till de rekommenderade lösningarna hör också att utnyttja arbetslagen mer samt se över schemasystemet, med syfte att öka den sociala tillhörigheten.

Psykosocial arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse och ledarskap är nyckelbegrepp som legat i studiens fokus. De har ett komplext samspel mellan varandra som gör analysen och diskussionen omfattande. De föreslagna åtgärderna argumenteras förbättra förutsättningarna för ledarskap, psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse i verksamheten. Får chefer bättre förutsättningar att bedriva ett väl fungerande ledarskap gynnar det verksamheten, men också cheferna och deras arbetstillfredsställelse samt psykosociala arbetsmiljö. Detta bidrar således till en mer hållbar social utveckling.

Bättre arbete kring verksamhetsutveckling medför att avdelningarna kan utvecklas mot det bättre i två dimensioner. Avdelningarna kan utvecklas internt, vilket kan uttrycka sig i form av förbättrad arbetsmiljö för personalen, och de kan utvecklas utåt sett, det vill säga i förmågan att genomföra bättre och mer effektiv vård för samhället. Genom ett väl fungerande förbättringsarbete får intensivvårdssektionen möjlighet att utvecklas genom att själv finna problem i verksamheten och lösningar till dessa, och på så vis möta framtida vårdbehov.

En bristfällig arbetstillfredsställelse och en bristfällig psykosocial arbetsmiljö ökar benägenheten att se sig om efter andra jobb och en förbättring av dessa anses vara en förutsättning för att behålla personal. Därmed finns det goda chanser att personalomsättningen på sikt minskar, vilket ger förutsättningar för ökad tillgänglighet. Några exakta siffror kring detta är mycket svårt att ta fram eftersom det är många faktorer som påverkar och interagerar med varandra. Studien har inte sökt eller funnit några problem kring den vård som bedrivs i verksamheten. Istället har studien fokuserat på problem och lösningar som kan förbättra tillgängligheten så att verksamheten ska kunna bedriva mer vård. En förbättrad tillgänglighet är mycket värdefull för regionens invånare ur

ett socialt hållbarhetsperspektiv. Indirekt innebär samtliga förbättringar som sker inom sjukvården ett positivt tillskott för folkhälsan, vilket är en av de viktigaste faktorerna i samhällets välfärd.

Denna studie visar på den vikt som forskning kring ledarskap, psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse har för samhället. I detta fall leder en förbättring av dessa faktorer i verksamheten till en bättre vårdproduktion, vilket är av stor nytta för regionens befolkning. Studien har genom sin breda ansats identifierat flertalet problemområden och förbättringsmöjligheter för verksamheten. Dock är vissa problemområden som behandlats föremål för vidare forskning i syfte att få en heltäckande lösning. En ansats att söka dessa lösningar i studien har begränsats av det faktum att ytterligare empiri eller litteraturinsamling skulle varit nödvändig.

8. FÖRSLAG FÖR VIDARE FORSKNING

Vissa problem har identifierats i diskussionen men behov av vidare undersökning finns för att ge ett detaljerat förändringsförslag, alternativt har de befunnit sig i gränslandet av att innefattas i studiens syfte.

I dagsläget har intensivvårdssektionen svårigheter att mäta och visa på hur de presterar i sitt vårduppdrag. Avdelningar som är specialiserade på att utföra operationer använder exempelvis knivtid för att visa hur de presterar. För intensivvården saknas motsvarande mått. Liggtid är inte lämpligt som enskilt mått eftersom sjukdomstillstånd starkt sammanhänger med hur länge en patient kan behöva ligga inne. Dessa svårigheter leder idag till problem med att visa hur sektionen presterar och därigenom argumentera för ytterligare resurser som är nödvändiga för att bedriva verksamheten. Därav är det av intresse att utforma prestationsmått (KPI) för akut intensivvård så att den därigenom får enklare att presentera och visa på vad den åstadkommer.

I studien har ett övergripande förslag på schemaläggning framtagits som föreslår att de arbetslag som idag finns utnyttjas till en högre grad i syfte att öka den sociala tillhörigheten bland de anställda. Schemaläggningen är ett objekt för vidare studier som behöver en komplett kravspecifikation på ett omformat system. Det behöver undersökas hur schemat ska läggas i syfte att skapa bekvämlighet för personalen genom att erbjuda den flexibilitet som efterfrågas. Schemat måste samtidigt skapa en gruppkänsla och samhörighet, en punkt där dagens system idag brister. Samtidigt bör ett nytt system kräva minimalt med resurser av administrativ personal. I diskussionen kring schemaläggningen ingår även frågan om ett gemensamt schema mellan sjuksköterskor, undersköterskor och läkare är möjligt. Med fördel görs en studie som innefattar flera avdelningar och verksamheter på Universitetssjukhuset i syfte att skapa ett enhetligt system.

I dagsläget verkar sjuksköterskor och undersköterskor under samma chef, medan läkarna utgör ett eget arbetslag med egen chef. Detta kan i vissa fall skapa samarbetsproblem mellan yrkesgrupperna. Studien har identifierat vikten av att låta sjuksköterskor och undersköterskor jobba tydligare med de arbetslag som finns i syfte att skapa bättre tillhörighet. Vidare studier hade behövt genomföras för att se möjligheterna och konsekvenserna att ha läkarna i samma arbetslag som sjuksköterskor och undersköterskor.

Studien har identifierat att lönenivån har ett stort symbolvärde för de anställda och även kan påverka arbetstillfredsställelsen negativt. En mer djupgående studie bör göras bland ett större urval av undersköterskor och sjuksköterskor i syfte att undersöka vad det är som motiverar dessa att gå till arbetet. En studie i detta område bör söka svar på om lönen endast är en symbolisk fråga, eller om det finns andra faktorer och i så fall vilka som påverkar de vårdanställdas motivation att gå till jobbet.

Föremål för en annan studie är att göra en uttömmande analys görs där undersköterskors och sjuksköterskors löner jämförs med andra yrkesgrupper. Med fördel sker även en jämförelse med andra avdelningar och verksamheter med behov av vårdpersonal. Det är viktigt att inte

endast söka svår på denna fråga genom studier som genomförts i riket och internationellt eftersom dessa, liksom andra kvalitativa studier, inte kan anses vara representativa för hela sjukvården. Med fördel kan en inriktning göras mot att kartlägga arbetsmarknaden för en intensivvårdssjuksköterska i regionen.

I dagens sjukvård är de flesta chefer av något vårddyrke. På avdelningsnivå är chefen ofta en sjuksköterska, medan chefen på verksamhets-, områdes- och sjukhusnivå är en läkare. Denna studie har identifierat brister i chefernas förutsättningar, vilket hindrar dem från att genomföra ett välfungerande ledarskap. En stor del av dessa förutsättningar är deras kunskap kring ledarskapet, vilken de sällan innehar till tillfredsstellande grad då deras yrkesutbildning av förklarliga skäl fokuserar på att bedriva vård. En studie bör genomföras som söker att svara på vilka kompetenser som behövs för olika chefsroller och därigenom vilken utbildning chefen bör ha. Det kan ifrågasättas om högre chefer måste vara utbildade läkare, eller om det finns personer med annan bakgrund som passar lika bra.

Intressant är hur de i fall de är chefer prioriterar ledarskapet jämfört sin yrkesroll. I dagsläget anställs chefsläkare på en tidsbasis på Universitetssjukhuset för att sedan återgå till sin ursprungliga profession. Det är av vikt att utröna läkares karriärvägar i sjukvården för att bättre förstå de beslut som läkare tar. Det är viktigt att förstå de hinder och förutsättningar detta mönster skapar för deras ledarskap. Det bör undersökas om chefskapet är något som de tar sig an av intresse eller en del av yrkeskarriären.

Referenslista

- Acker, G. M. (2004). The Effect of Organizational Conditions (Role Conflict, Role Ambiguity, Opportunities for Professional Development, and Social Support) on Job Satisfaction and Intention to Leave Among Social Workers in Mental Health Care. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 65–73. doi: 10.1023/B:COMH.0000015218.12111.26
- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod : en handbok*. Stockholm: Liber.
- Alänge, S. (2009). *The Affinity-Interrelationship Method AIM: A Problem Solving Tool for Analysing Qualitative Data Inspired by the Shiba "Step by Step" Approach*. Chalmers tekniska högskola, Göteborg. Hämtad från <https://research.chalmers.se/publication/204517>
- Auerbach, C., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative Data: An Introduction to Coding and Analysis*. New York: NYU Press.
- Beer, M., & Eisenstat, R. A. (2000). The Silent Killers of Strategy Implementation and Learning. *Sloan Management Review*, 41(4), 29–40.
- Bercaw, R. G. (2013). *Lean Leadership for Healthcare Approaches to Lean Transformation*. Boca Raton: CRC Press.
- Björk, L. (2013). *Contextualizing managerial work in local government organizations*. (Examensarbete, Göteborgs Universitet, Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap). Hämtad från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/34265>
- Blomkvist, P., & Hallin, A. (2014). *Metod för teknologer : examensarbete enligt 4-fasmodellen*. Lund: Studentlitteratur.
- Brandt, J. (2013). *Lean i svensk sjukvård : bakgrund, praktik och reflektioner*. Stockholm: Liber.
- Bryman, A., & Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder* (1. uppl.). Malmö: Liber ekonomi.
- Börnfelt, P.-O. (2017). *Arbetsorganisation i praktiken : en kritisk introduktion till arbetsorganisationsteori* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Cochrane, B. S. (2017). Leaders go first: Creating and sustaining a culture of high performance. *Healthcare Management Forum*, 30(5), 229–232. doi: 10.1177/0840470417718195
- Corin, L. (2017). *Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna*. Stockholm: SNS Förlag.
- Dalen, M. (2015). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning.
- Denning, S. (2011, juli 23). How Do You Change An Organizational Culture? *Forbes*. Hämtad från <https://www.forbes.com/sites/stevedenning/2011/07/23/how-do-you-change-an-organizational-culture/>

- Drucker, P. F. (1976). What results should you expect? A Users Guide to MBO. *Public Administration Review*, 36(1), 12–19.
- Drucker, P. F. (1993). *The New Realities*. New York: Harper & Row.
- Eriksson, L. T., & Wiedersheim-Paul, F. (2008). *Rapportboken : hur man skriver uppsatser, artiklar och examensarbeten*. Malmö: Liber.
- Erlingsdottir, G., Ersson, A., Borell, J., & Rydenfält, C. (2018). Driving for successful change processes in healthcare by putting staff at the wheel. *Journal of Health Organization and Management*, 32(1), 69–84. doi: 10.1108/JHOM-02-2017-0027
- Forzelius, A., & Skogeryd, M. (2008, juni). *Kan Lean Healthcare vara den bit som saknas i den svenska sjukvårdens pussel?* (Examensarbete, Linköpings Universitet, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A18439&dswid=614>
- Friberg, M. (1975). Är lönen det enda som sporrar oss att arbeta? *Sociologisk Forskning*, 12(4), 52–65.
- Fölster, S., Hallström, O., Morin, A., & Renstig, M. (2003). *Den sjuka vården: en granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm: Ekerlid.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Reading: Addison-Wesley.
- Hashimoto, K., & Tabata, K. (2010). Population aging, health care, and growth. *Journal of Population Economics*, 23(2), 571–593. doi:10.1007/s00148-008-0216-5
- Jacobsson, T. (2010). *Implementering av processlösningar i sjukvården*. Göteborg: Chalmers University of Technology.
- Jacobsson, T., & Åhlström, P. (2007). The challenge of collecting data in healthcare settings: experiences from clinical case research. I *6th annual Conference of the Association for Healthcare Technology and Management (HCTM)*. Pisa, Italien. s. 10. Hämtad från <https://research.chalmers.se/publication/67492>
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The Social Psychology of Organizations* (2. uppl.). New York: Wiley.
- Ke, Y.-T., & Hung, C.-H. (2017). Predictors of Nurses' Intent To Continue Working at Their Current Hospital. *Nursing Economics; Pitman*, 35(5), 259–266.
- Kjellström, S., Avby, G., Areskoug-Josefsson, K., Andersson Gäre, B., & Andersson Bäck, M. (2017). Work motivation among healthcare professionals: A study of well-functioning primary healthcare centers in Sweden. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 487–502. doi: 10.1108/JHOM-04-2017-0074
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

- Larsson, K. (2008). *Mellanchefer som utvecklar : om förutsättningar för hållbart utvecklingsarbete inom vård och omsorg*. (Doktorsavhandling, Linköpings Universitet, Avdelningen för sociologi, Filosofiska fakulteten). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-10703>
- Liker, J. K., & Convis, G. L. (2011). *The Toyota way to Lean Leadership : Achieving and Sustaining Excellence Through Leadership Development*. New York: McGraw-Hill.
- McGregor, D. (1987). *The human side of enterprise*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Miner, J. B. (2011). *Organizational Behavior 6: Integrated Theory Development and the Role of the Unconscious*. Armonk: Taylor & Francis Group.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives : designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management : Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.
- Molin, J., Åkerström, L., Baraldi, S., & Hansen, N. (2012). Kompetensflykt i sjukvården: En fråga om ledarskap eller medarbetartrivsel? *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 18(3), 51–65.
- OECD. (2001). *Health at a Glance*. Paris: OECD.
- OECD. (2017). *Health at a Glance*. Paris: OECD.
- Pedersen, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing administration quarterly*, 18(1), 40–50.
- Persson, O., & Thylefors, I. (1999). Career with No Return: Roles, Demands, and Challenges as Perceived by Swedish Ward Managers. *Nursing administration quarterly*, 23(3), 63–80.
- Pihlgren, G., & Svensson, A. (1989). *Målstyrning : 90-talets ledningsform för offentlig verksamhet* (1. uppl.). Malmö: Almqvist & Wiksell ekonomiförlag.
- Regionen. (2018). Verksamhetsberättelse An/Op/IVA 2017.
- Rienecker, L., & Nilsson, B. (2016). *Problemformulering*. Stockholm: Liber.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. K. (2012). *Management*. Harlow: Pearson.
- Ross, C. (2012). Meetings, Bloody Meetings. *Professional Safety; Des Plaines*, 57(7), 28.
- Rubenowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Rutberg, H., & Wiger, P. (2017, september 23). ”Lyssna på OECD:s kritik mot svensk sjukvård”. *SvD*. Hämtad från <https://www.svd.se/lyssna-pa-oecds-kritik-mot-svensk-sjukvard>
- Rutegård, J. (2015, mars 18). Svensk sjukvård i uppenbar kris. *Dagens Samhälle*. Hämtad från <https://www.dagenssamhalle.se/debatt/svensk-sjukvard-i-uppenbar-kris-14453>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68

- Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing and Health Sciences*, 6(1), 59–68. doi: 10.1111/j.1442-2018.2003.00174.x
- Statistiska centralbyrån. (2016). *Sveriges framtida befolkning 2016-2060*. Hämtad från http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2016I60/BE0401_2016I60_SM_BE18SM1601.pdf
- Svedberg, L. (2003). *Gruppsykologi: om grupper, organisationer och ledarskap* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Hämtad från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-075-7.pdf?issuusl=ignore>
- Thorne, S. (2000). Data Analysis in Qualitative Research. *Evidence-Based Nursing*, 3(3), 68–70. doi: 10.1136/ebn.3.3.68
- Thylefors, I. (2016). *Chef- och ledarskap inom välfärdssektorn*. Stockholm: Natur & kultur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Vroom, V. H., & Jago, A. G. (2007). The Role of the Situation in Leadership. *American Psychologist*, 62(1), 17–24. doi: 10.1037/0003-066X.62.1.17
- Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Wallström, M. (2017, oktober 9). Fler tvingas vänta på vård. *Dagens Medicin*. Hämtad från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/10/09/Fler-tvingas-vanta-pa-varld/>
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. Beverly Hills: Sage.