



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)
Medical Management Centrum (MMC)
Examensarbete för magisterexamen i Medical management 15hp
VT 2013

Läkares behov av en chef

En kvalitativ intervjustudie med specialistläkare på ett
svenskt akutsjukhus

Författare: Ylva Rangnitt
Handledare: Mia von Knorring

Läkares behov av en chef

En kvalitativ intervjustudie med specialistläkare på ett svenskt akutsjukhus

Abstract

Objective: To investigate physicians' need for a manager. *Design:* Qualitative content analysis of data from semi-structured interviews with six physicians at a Swedish emergency hospital. *Results:* Four main categories of needs for a manager were identified. These were related to; 1) needs in the role of being employed in an organization, 2) the need of a sense of context and meaning, 3) a need of acknowledgement of the professional competence, and 4) general human needs as an employee. In the category of needs for a manager in the role of being employed in an organization, three different types were identified; 1) the need for a manager who would take his or her role as an employer, 2) the need for a manager who has a mandate to make decisions, and 3) the need for a manager who protects his or her employees in the organization. *Conclusion:* The physicians expressed various needs for a manager, of which some were catered for. There were also many needs for a manager that were not catered for. The results indicate that in the category where strong needs were expressed, i.e. needs in the role of being employed in an organization, there was only a weak link between the needs and the manager role. The results also indicate that the physicians had a perception that the manager only had a limited mandate to make decisions. The results indicate that there might be reasons to further investigate physicians' need for a manager in order to optimise the management of physicians.

Keywords: Physician, needs, leadership, manager

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka hur läkare ser på sitt behov av en chef. *Studiedesign:* Kvalitativ innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer med sex specialistläkare på ett svenskt akutsjukhus. *Resultat:* Fyra olika huvudkategorier av behov av en chef identifierades. Dessa var relaterade till; 1) behov i rollen som anställd i en organisation 2) behov av upplevelse av sammanhang och mening, 3) behov av bekräftelse av den professionella kompetensen, samt 4)

allmänmänskliga behov som medarbetare. Under kategorin behov kopplade till rollen som anställd kunde tre olika behovstyper identifieras; a) behov av en chef som axlar sin arbetsgivarroll, b) behov av en chef som är beslutsfattande, samt c) behov av en chef som värnar sina medarbetare i organisationen. Därutöver kunde två teman identifieras: 1) en upplevelse av att chefen var utan mandat, samt 2) att länken mellan beskrivna behov och chefs roll avseende dessa förefaller svag. *Slutsats*: Läkare ger uttryck för olika typer av behov av en chef. Det framkom att vissa av dessa behov tillgodosågs, men att flera av behoven inte tillgodosågs. Vidare framkom att i kategorin där starka behov kom till uttryck, t. ex. behov i rollen som anställd i en organisation, var länken svag mellan behov och chefs roll. I studien framkom också en upplevelse av att läkarnas chef hade begränsat mandat. Dessa resultat indikerar att det kan finnas anledning att ytterligare undersöka läkares behov av en chef, för att kunna optimera chefskapet för läkare.

Keywords: Läkare, behov, ledarskap, chef

Publisher:

Karolinska Institutet

Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Bakgrund	6
1.1	Chef och ledare	7
2	Syfte	7
3	Metod	7
3.1	Val av metod.....	7
3.2	Urval och material.....	8
3.3	Intervjuguide och genomförande av intervjuer	8
3.4	Bearbetning och analys av data.....	10
3.5	Etiska överväganden	11
4	Resultat	11
4.1	Behov relaterade till rollen som anställd i en organisation.....	11
4.1.1	Behov av en chef som axlar sin arbetsgivarroll.....	12
4.1.2	Behov av en chef som är beslutsmässig	13
4.1.3	Behov av en chef som vågar ta plats i organisationen och värna sina medarbetare.....	14
4.2	Behov av upplevelse av sammanhang och mening.....	16
4.3	Behov av chefs bekräftelse av den professionella kompetensen.....	17
4.4	Allmänmänskliga behov som medarbetare.....	19
4.5	Teman.....	21
4.5.1	Svag länk mellan beskrivna behov och chefs roll avseende dessa	21
4.5.2	Upplevelse av att chefen är utan mandat.....	23
5	Diskussion	25
5.1	Resultatdiskussion.....	25
5.2	Metoddiskussion.....	28
5.3	Implikationer för praxis	29
5.4	Förslag till fortsatt forskning.....	29
6	Referenser	30

1 Bakgrund

Flera studier har gjorts de senaste åren som visar på brister i läkares arbetsmiljö. I två reviewartiklar publicerade i Lancet (Wallace et al, 2009) respektive i Social Science and Medicine (Arnetz, 2001) refereras studier som påvisar aspekter av dålig arbetsmiljö som exempelvis alltför hög arbetsbelastning, hög stressnivå, stort ansvar, samt ringa möjlighet för läkaren att själv kunna påverka sin arbetsdag. Man beskriver hur ökad politisk styrning och minskad autonomi har lett till minskad arbetstillfredsställelse (Landon, Reschovsky & Blumentahl, 2003) Man har också kunnat visa på försämrad psykisk hälsa i läkarkåren. Exempelvis är självmord mer vanligt bland läkare än i befolkningen i övrigt (Arnetz, 2001, Lindeman et al, 1996).

Studier visar även att läkares symptom på stress, utmattning och depression påverkar vårdkvaliteten negativt (Wallace et al, 2009). Till exempel har enkätstudier visat att läkare rapporterar arbetsrelaterad stress som orsak till att de slarvat i arbetet med patienter (50%), att det varit irriterade eller arga (40%), att de begått allvarliga misstag (7%), och att de till och med har begått så allvarliga misstag att patient avlidit (2-4%) (Firth-Cozens & Greenhalg, 1997). Av studierna framgår att särskilt med avseende på de mest allvarliga misstagen har trötthet och för stor arbetsbörda angetts som orsak. Wallace et al (2009) lyfter fram att det finns samband mellan läkares psykiska belastning och sämre vårdkvalitet, och hävdar att läkares välmående bör inkluderas som en av flera kvalitetsindikatorer i vården.

Forskning inom ledarskapsområdet stödjer att chefer har betydelse både för arbetsmiljö och för produktivitet på en arbetsplats (Sandahl, Falkenström & von Knorring, 2010), liksom för vårdkvalitet (Firth-Cozens & Mowbray, 2001). Samtidigt finns forskning som visar att chefer har svårt att ta sin chefsroll i relation till läkare och det tycks finnas en bristande kompetens rörande ledarskap av och inom läkarkåren (von Knorring, 2012).

Det finns åtskilligt skrivet om behovet av ledarskapsutbildningar för läkare (Chaudry et al 2008; Clark & Armit, 2010; Gagliano et al., 2010; Warren & Carnall, 2011). Studier har också gjorts om vad läkare i chefsposition samt vad läkare som identifierats som blivande chefer har för uppfattning om vad som är viktig ledarskapskompetens (Taylor, Taylor & Stoller, 2008).

Hur läkare i egenskap av medarbetare inom en organisation själva ser på sina behov av en chef tycks dock inte ha studerats.

Det finns anledning att undersöka hur läkare ser på sitt behov av en chef, bland annat eftersom studier har visat att man kan uppnå positiva effekter både på

arbetsprestation och välbefinnande, om grundläggande behov relaterade till ledarskap på arbetsplatsen tillgodoses (Baard et al, 2004). Man har också visat att förutsättningarna för att skapa hälsosamma arbetsplatser är bättre om förändringsarbetet utgår från de anställdas behov (Grawitch, Gottschalk & Munz, 2006).

1.1 Chef och ledare

Chef och ledare är två olika begrepp, och skillnaden mellan begreppen har i litteraturen beskrivits på en mängd olika sätt (Sandahl, Falkenström & von Knorring, 2010, Yukl, 2006). I den här uppsatsen kommer begreppet ledare att användas för att beskriva personer som utövar ett socialt inflytande i en grupp (Bolman & Deal 2012, Thylefors 2007), medan begreppet chef används för en person som innehar en formell chefsbefattning med underställd personal. Vanligtvis är tanken att utövande av ledarskap ingår som en av flera arbetsuppgifter i ett chefsuppdrag. Thylefors (2007) skriver: ”Syftet med chefsbefattningar är givetvis att chefen bl a ska utöva ledarskap”.

2 Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur läkare ser på sitt behov av en chef.

3 Metod

Genom semistrukturerade intervjuer av läkare inhämtades data som analyserades genom kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

3.1 Val av metod

Då studiens syfte var att undersöka hur läkare ser på sitt behov av en chef användes en kvalitativ studiedesign med induktiv ansats. För inhämtande av data utfördes intervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade till sin karaktär och utfördes med hjälp av en intervjuguide. Frågorna i intervjuguiden var huvudsakligen öppna, för att lämna stort utrymme för de intervjuade att utveckla sina tankar, och den semistrukturerade intervjuformen gav möjligheter att följa upp de intervjuades tankar med fördjupande frågor. Detta för att i studien kunna fånga upp de intervjuades tankar baserade på bl.a. erfarenheter, upplevelser, känslor, önskemål och förväntningar (Malterud 2003).

3.2 Urval och material

Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes på ett svenskt akutsjukhus under vårvintern 2013. Läkare från fyra olika kliniker intervjuades för att ge bredd åt materialet samt för att möjliggöra anonymitet. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var att läkaren var verksam som specialistläkare, överläkare eller biträdande överläkare på en klinik med både öppen- och slutenvårdsverksamhet. Ett exklusionskriterium var en aktuell chefsbefattning. Dessutom exkluderades läkare som på ett kollegialt eller privat plan var bekant med författaren.

De två första intervjuade läkarna tillfrågades efter lottning. Efter övervägande ändrades därefter urvalsstrategin till strategiskt urval där stor variation av erfarenheter var den principiella strategin för att uppnå så stor bredd som möjligt i intervjumaterialet. Det strategiska urvalet baserades på olikheter i klinikens storlek, läkarens typ av specialitet, kön, och ungefärlig mängd arbetade år. Detta för att man med stor erfarenhetsmässig spridning sannolikt kan belysa frågeställningen ur flera infallsvinklar än om gruppen intervjuade är mer homogen (Malterud 2009).

Bland de intervjuade läkarna fanns läkare verksamma inom såväl medicinska som kirurgiska specialiteter, klinikens storlek varierade från liten till och stor, bägge könen var representerade, och erfarenhetsmässigt fanns en spridning från relativt nyutbildade specialistläkare till överläkare med mycket lång erfarenhet som specialistläkare.

Uppgifter om vilka specialistläkare som var anställda på sjukhusets kliniker inhämtades av administrativ personal. Efter att ett strategiskt urval av läkare gjorts, ringdes de för intervju tilltänkta läkarna upp och tillfrågades om de ville delta i studien. Endast en av de läkare som tillfrågades tackade nej till att delta, med motiveringen tidsbrist. En av läkarna som tackade ja vid förfrågan blev inte intervjuad då möjlig tid för intervju som passade både intervjuad läkare och intervjuare inte kunde hittas. Alla övriga läkare som tillfrågades tackade ja till deltagande och ingick också i studien.

3.3 Intervjuguide och genomförande av intervjuer

En intervjuguide skapades i enlighet med Kvaless tankar om den halvstrukturerade livsvärldsintervjun där ”man söker få beskrivningar av

intervjupersonens livsvärld i syfte att tolka de beskrivna fenomenens mening” (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuguiden diskuterades med handledaren. Den inspelade intervjun inleddes med en s.k. orientering, där syftet med intervjun beskrevs och där det också togs upp att intervjun spelades in och att allt material behandlades med sekretess.

Strukturen i intervjuguiden baserades på tre tematiska frågeområden som undersöktes genom intervjufrågor av mer talspråklig karaktär. De typer av intervjufrågor som ställdes enligt intervjuguiden var huvudsakligen öppna frågor, men också mer specificerande, direkta och indirekta frågor ställdes. De uppföljande frågor som ställdes under intervjun var mer av sonderande och specificerande karaktär, beroende av hur intervjun utvecklade sig (Kvale & Brinkman, 2009). Vid osäkerhet om vad den intervjuade menade ställdes också validerande frågor, s.k. dialogisk validering (Malterud, 2009).

Sist i intervjun tillfrågades den intervjuade om det fanns ytterligare saker som han eller hon skulle vilja ta upp innan intervjun avslutas, och det lämnades utrymme för kompletterande tankar.

Efter utskrift av de första två intervjuerna gjordes justeringar i intervjuguiden. Dels ökades andelen öppna frågor, dels specificerades några av de specificerande frågorna ytterligare. De inledande intervjufrågorna rörande klinikens organisation togs bort. Tanken med dessa hade från författarens sida varit att inleda intervjun med relativt ”enkla” frågor för att den intervjuade skulle ha möjlighet att vänja sig vid att bli intervjuad och inspelad, för att senare gå in på mer öppna, reflekterande frågor. Det visade sig dock att de inledande frågorna om bland annat klinikens struktur inte var enkla att besvara. Möjligen riskerade de också att föra in de intervjuade i ett tankespår där det handlade om kunskap om klinikens struktur snarare än om den egna upplevelsen av situationen. I den omarbetade intervjuguiden ställdes istället inledningsvis öppna frågor som förhoppningsvis skulle inbjuda till ett reflekterande förhållningssätt. Dessutom ströks vissa frågor i intervjuguiden som kunde uppfattas som tangerande till ledande frågor, och därför riskerade att inverka negativt på studieresultatets reabilitet. Ett exempel är frågan: Upplever du att det är viktigt med en bra chef? Frågan är inte helt neutral i sin utformning, vilket kan ha att göra med intervjuarens egen förförståelse. Frågan omformulerades till en mer öppen fråga: Kan du berätta lite om hur du ser på ditt behov av en chef?

Den först utarbetade intervjuguiden innehöll 18 frågor (bilaga 1), den omarbetade intervjuguiden innehöll 21 frågor (bilaga 2).

Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum, antingen på sjukhuset, på intervjuarens arbetsplats eller på ett bibliotek. Alla intervjuer kunde utföras utan störningar

och tidspress, och alla intervjuer genomfördes i ett avslappnat samtalsklimat. Intervjutiden varierade mellan 47 min och 1 h 27 min. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon samt iPhone, och transkriberades därefter i sin helhet.

3.4 Bearbetning och analys av data

Aidentifiering av materialet gjordes i samband med transkribering av intervjuerna. Inspelningarna sparades för att författaren vid behov skulle kunna gå tillbaka och lyssna på intervjun på nytt, om det uppstod osäkerhet vid tolkningen av texten. Överensstämmelsen mellan inspelningarna och transkriberingarna säkerställdes genom flera genomlyssningar av intervjuerna, jämförande med transkriberingen och korrigerig av texten vid behov. Intervjuerna transkriberades ordagrant till skriftspråk (Kvale & Brinkman 2009). I utskrifterna markerar klamrar att text utelämnats. Detta har dock gjorts utan att meningsinnehållet i texten ändrats.

Den kvalitativa metod som användes vid bearbetning av textmaterialet var kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004).

Som första steg i analysen genomlästes intervjuerna i sin helhet för att få en helhetskänsla. Innehållet i de sex olika intervjuerna betraktades som "unit of analysis" (Graneheim & Lundman, 2004). Textmaterialet var av lämplig storlek för att skapa en helhet och mängden text var av den storleksordningen att det var möjligt att hålla kontexten aktuell vid analysarbetet med de meningsbärande enheterna. Content areas, dvs. de delar av texten som behandlar frågeställningen som är studiens syfte, identifierades i materialet. I content areas identifierades meningsbärande enheter. Textens meningsbärande enheter är de sammanhängande ord eller meningar som uttrycker minsta möjliga enheter av information som svarar mot studiens syfte. De meningsbärande enheterna kategoriserades. Alla de meningsbärande enheterna som texten innehöll insortades under en kategori. Ingen meningsbärande enhet insortades under mer än en kategori. Under vissa kategorier skapades subkategorier. Ur de skapade kategorierna identifierades två genomgående teman.

Under analysarbetet hade författaren upprepade gånger handledning då meningsbärande enheter och kategorier diskuterades för att uppnå interbedömarreliabilitet. Därtill genomgicks och diskuterades delar av materialet vid grupphandledning då övriga deltagare i aktuell magisterutbildning deltog.

Vid flera tillfällen utfördes rekontextualisering (Malterud, 2009), då författaren gick tillbaka till intervjumaterialet för att kontrollera att de meningsbärande enheterna och kategorierna överensstämde med empiriska data.

3.5 Etiska överväganden

Studien genomfördes enligt forskningsetiska principer. Efter information om studiens syfte och upplägg inhämtades informerat samtycke skriftligen från alla studiedeltagare.

Godkännande för att genomföra studien inhämtades från sjukhusets högsta ledning. De olika klinikernas verksamhetschefer informerades inte om den pågående studien, detta för att undvika möjlig medveten eller omedveten påverkan från verksamhetschefen, samt för att säkerställa deltagarnas anonymitet.

Då det är av stor vikt att garantera studiedeltagarna konfidentialitet har text som beskriver situationer eller händelser som kan identifieras utelämnats alternativt förändrats något så att aktuell person inte kan identifieras. Texten har inte förändrats på ett sätt som påverkar textens meningsinnehåll.

4 Resultat

Fyra olika huvudkategorier av behov av en chef kunde identifieras vid analys av intervjumaterialet. Dessa kan beskrivas som behov av en chef relaterat till; 1) rollen som anställd i en organisation, 2) upplevelsen av sammanhang och mening, 3) behovet av bekräftelse av den professionella kompetensen, samt 4) allmänmänskliga behov i rollen som medarbetare.

Under kategorin behov kopplade till rollen som anställd i en organisation kunde tre olika subgrupper av behov identifieras; a) behov av en chef som axlar sin arbetsgivarroll, b) behov av en chef som är beslutsfällig, samt c) behov av en chef som vågar ta plats i organisationen och värna sina medarbetare.

Två teman kunde identifieras i intervjumaterialet, vilka var relaterade till hur läkarna i studien såg på sitt behov av en chef: 1) Upplevelsen av att chefen var utan mandat, samt 2) att länken mellan beskrivna behov och chefs roll avseende dessa behov förefaller svag.

4.1 Behov relaterade till rollen som anställd i en organisation

Vid analys av materialet framkom tre olika typer av behov relaterade till rollen som anställd i en organisation. Dessa kan kategoriseras som; a) behov av en chef som kan axla sin arbetsgivarroll, b) behov av en chef som är beslutsfällig, samt

c) behov av en chef som vågar ta plats i organisationen och värna sina medarbetare.

4.1.1 Behov av en chef som axlar sin arbetsgivarroll

I materialet framkom hos de intervjuade läkarna flera behov direkt kopplade till rollen som anställd i en organisation. Sättet att uttrycka detta på var dock inte alltid tydligt formulerat som behov av en chef. Behovet av en chef blev snarare indirekt synliggjort via läkarnas beskrivningar av en bristande arbetsmiljö.

På flera sätt beskrev de intervjuade stor arbetsbelastning. Till exempel beskrev svårigheten att komma hem i tid på kvällarna, att ha för många arbetsuppgifter, och svårighet att ta ut inarbetad flexitid. Man beskrev också att man upplevde det tungt att arbeta utan avbrott under jourpassen, eller utan paus för lunch eller middag. På frågan om när man känner sig som mest utsatt i arbetet lyfte flera fram att känslan av tidspress, att uppleva sig behövd på flera ställen samtidigt och omöjligt kunna hinna med, gjorde att man kände sig både utsatt och otillräcklig.

En av läkarna uttryckte det så här:

”Ja men det är ju när det blir stressigt. När jag känner att jag borde hinna med mer än vad jag riktigt... Eller jag kanske... Man svarar snabbt på en fråga per telefon fast egentligen skulle jag vilja gå dit och kolla själv, men det hinner jag inte för jag måste iväg på detta... Och så ringer nån tredje och så gör jag det emellan och så glömmar man bort lite information på vägen för att man... man slits mellan olika... stationer. Och sen när dagen är slut måste jag skriva eller diktera på allt och då blandar man ihop... känner jag... att det finns en risk att, jag hoppas att jag inte gör det, men... Och då, det är klart att det är ju inte... Det är väldigt olustigt tycker jag”. (Läkare B)

En annan så här:

”Det är när tiden inte räcker till. Att man har... När man skall vara på tre ställen samtidigt, då känner man sig utsatt. När man känner att dom skriker för att jag skall var där, dom skriker för att dom tycker att jag skall vara där, och så tycker dom... Och så ringer alla, och ”jag kommer snart!” Det är inte så kul. [] Att jag kan inte...Jag har fått flera uppgifter än vad som är mänskligt möjligt att göra. Då känner man sig... ja, man kan ju inte springa fortare”. (Läkare F)

I intervjuerna formulerade man det inte tydligt som en chefsuppgift att leda och fördela arbetet. I intervjumaterialet framkom istället att läkarna uppfattar att de

till stor del själva ansvarar för att klara av arbetet under sin arbetstid. En av läkarna kopplar detta till ansvaret läkaren känner för sina patienter:

”Egentligen så tror jag... jag tror nog att doktorer kan jobba på och göra ett bra jobb... utan ledarskap också... därför att vi värnar så mycket om våra patienter... att det ska bli bra... Och vi vrider och vänder på oss själva för att få till alltihop...” (Läkare A)

Vid analys framkom behov av en bra arbetsmiljö, både med avseende på den psykosociala arbetsmiljön och den rent fysiska arbetsmiljön. I intervjuerna återkom man till att man upplevde jourarbetet tungt, både psykiskt och fysiskt. Man beskrev hur man upplevde jourerna tyngre ju äldre man blev, och att man upplevde det svårare att sova efter nattjour. En av de intervjuade läkarna beskrev också en arbetsmiljö som rent fysiskt är dålig.

”Där är ju faktiskt den fysiska arbetsmiljön också undermålig. Vi sitter i ett pyttelitet rum utan ventilation, med flera datorer som surrar. Och det är varmt som i en bastu... Dåliga, skruviga stolar ... och de går inte att höja eller sänka...” (Läkare A)

Så här uttryckte sig en annan läkare:

”Det är enormt slitigt att vara nattjour på akuten. Både för att arbetsbelastningen är extremt hög. Men också för att nattarbete... skiftarbete blir tyngre och tyngre. Det är svårt att ställa tillbaka dygnet. Det är svårt att sova efter. Och där har vi ett riktigt... Kommunikationen då för att försöka förändra det går ju inte till den närmaste chefen.” (Läkare C)

4.1.2 Behov av en chef som är beslutsmässig

Vid analys av intervjumaterialet framkom ett behov av en chef som är beslutsmässig. Det formulerades dock sällan tydligt som en önskan eller ett behov. Däremot beskrev läkarna i intervjuerna en vardag med en chef som endast har en begränsad möjlighet att fatta beslut. Man beskrev det i ordalag som att chefen inte kan göra något, även om han eller hon vill.

Det framkom en frustration över effekterna av att chefen inte kan fatta beslut om det dagliga arbetet. När de dagliga rutinerna skapade svårigheter önskade man att chefen skulle kunna påverka. Så här beskrev en av läkarna situationen:

”Där känner ju jag att där pratar ju vi i doktorsgruppen rätt så friskt om hur vi tycker, och hon är ju med på det. Att vi har våra synpunkter, vi tar det till henne, vår chef, och hon tycker som vi, och så tar hon det till sjuksköterskornas chef. Och så kommer hon tillbaka och säger ”Nej, det gick inte. Det går inte. []” . Så det är ju inte så att det är vår chef som svag på något vis... utan det är bara...det är kalla handen... det är som att gå in i en vägg... Och så är det nånstans ändå hon som har det yttersta ansvaret för att verksamheten skall fungera. Ja, hur blir det då? Ja, man får kompromissa med dom som kan kompromissa. Och då blir det vi. Och så får vi göra något på ett annat sätt, som oftast innebär ett lite mer omständligt arbetssätt än vad det hade kunnat vara”.
(Läkare C)

I citatet ovan framkommer en paradox som förekommer i materialet. Man upplevde inte sin chef som svag trots den oförmåga att påverka situationen som kommer till uttryck bland annat i citatet ovan. Istället var det andra yrkesgrupper eller andra omständigheter som beskrevs som hindret. Genomgående uttryckte man parallellt med önskan om att chefen kunde påverka, en förståelse för de organisatoriska svårigheterna som gör att chefen inte kan påverka.

Man framhöll också i intervjuerna att man tycker att chefen är en bra *person*, och man beskrev på olika sätt att man upplever att chefen gör så gott han eller hon kan.

”Den... min närmsta chef är ju inte ändå... det är ju någon form... han är ju liksom mellanchef och kanske inte kan fatta alla beslut helt själv. Han kan ju säga: ”Ja, vi ska jobba på det här... eller jag skall ta upp det, och så vidare, men jag kan inte lova någonting. Men jag skall absolut se till att vi ska försöka ordna det som ni tänker”. Och så långt är det bra liksom. Och sen vet inte jag om vi har... har sett alla resultat än som... som jag skulle önska...” (Läkare E)

4.1.3 Behov av en chef som vågar ta plats i organisationen och värna sina medarbetare

I materialet framkom en önskan om en chef som skulle våga kliva fram och stå upp för sina medarbetare. Det fanns flera olika aspekter av detta. Dels uttryckte man en önskan om att chefen kunde hålla emot uppåt i organisationen, gentemot sin chef. Dels framkom behov av att chefen vågar ta plats och hålla emot i sidled i organisationen, gentemot andra yrkeskategorier. På flera ställen i intervjuerna framkom att de intervjuade läkarna upplevde sig klämda mellan olika intressen, och att man var utan organisatoriskt stöd när det gäller det vardagliga arbetet. I intervjuerna framkom ett behov av en chef som när det behövs kan ta en aktiv

roll och värna sina medarbetare. En läkare beskrev en känsla av ”att vara i händerna på alla”:

”Så ibland längtar man lite tillbaks till det här... till när man kunde säga ”Jag sitter och undersöker en patient. Du får inte störa mig på en halvtimme”. Och ingen gör det va. Så... vi är liksom i händerna på alla”. (Läkare D)

Lite senare under intervjun, när samtalet berörde en förändrad läkarroll, och om behovet av ledning har förändrats, uttryckte sig samma läkare så här:

”Egentligen så har det väl det. Fast vi har inte tänkt på det tror jag. För förut var det så att ”jaha nu skall ni lära er det här och det här, och sen blir ni duktiga och så får ni bestämma”. Nu är det lite så här... Vi skulle behöva dras upp lite ur gytjan. Att ”Stå på er! Acceptera inte vad som helst”. (Läkare D)

En annan aspekt på ett behov av en chef som skyddar sina medarbetare, är då juniora läkare behöver stöd av sin chef i relation till sina seniora kollegor med mer pondus. I intervjumaterialet framkom att det finns situationer där chefen väljer att inte ta sin chefsroll, trots att det finns ett behov av det. En läkare beskrev den aspekten i samband med jourarbete:

”Sen har jag förstås någon gång ringt i ren förtvivlan, så att säga... Jag har inga platser... Det är tjugofem patienter som ligger här... Jag har redan jobbat två nätter... Och jag har inte ätit eller druckit... Hjälp mig..! Och så har jag inte fått någon hjälp. ”Jaja, ni löser väl det där”. Ja, det gör vi... Men jag bad om hjälp!”. (Läkare A)

Till viss del kom ett behov av en chef som leder och fördelar arbetet till uttryck när det handlade om den inbördes fördelningen av arbetet på kliniken, snarare än den totala mängden arbete. En av de intervjuade läkarna gav uttryck för ett behov av en chef som vågar ta plats och ta aktiv del i arbetsledningen i stället för att på olika sätt undvika det:

”Dom kanske man borde säga till att ”det här är inte okey”, istället för att dom som jobbar hårt går in och täcker upp för sådana människor. ”Ja, det fixar du”. Det blir ett mönster som är sjukt. Att man förstärker det istället för att motverka det, för att det är enklast, för att man slipper konflikter, det tycker jag att så skall inte en chef vara. Och jag tror inte att det är unikt, men däremot kan man vara olika stark som chef. Olika mycket vad man orkar”. (Läkare F)

Samma läkare uttryckte sig senare i intervjun så här:

”Om jag säger att jag inte orkar, inte hinner, inte vill, då säger man att ”men du gör det så mycket bättre än någon annan” [] Smicker. Tvång. Det är möjligt att han tyckte att jag gjorde det bra, men det spelar ingen roll. Säger man ifrån måste man bli lyssnad på”. (Läkare F)

En likartad känsla för betydelsen av att chefen var rättvis beskrevs i samband med önskemål om forskningstid. Man gav uttryck för önskemål om att forskningstid fördelades rättvist, särskilt som akademiska meriter kopplas till kliniska tjänster.

Att chefen skulle våga ta sin roll som chef fullt ut var något man på olika sätt återkom till i intervjumaterialet:

”... jag tror man skall vara tydlig som chef också. Vad det är man chefar med. Och... det har jag saknat på senare år kan jag säga. Att jag är chef, jag tar dom och dom besluten. Och att man kan kommunicera det på ett rakt sätt. Och våga det. Och våga stå för dom beslut man tar”. (Läkare D)

”Jag tycker att man skall vara lite mer... Våga ta obekväma beslut. Inte bara följa det som är minst obehagligt. Man vågar inte gå emot högre akademiska meriter, för att man är rädd för att stöta sig mot folk”. (Läkare F)

”Att slåss för... att inte bara få... För man vet ju att när man är enhetschef då får man ju ett uppdrag uppifrån också som man skall verkställa... Att på något sätt inte bara ta emot det utan också säga att ”så här är det med den gruppen som jag leder. Det här klarar dom av. Det här skulle dom kunna klara av, men det här kan dom inte”. (Läkare B)

I materialet framkom även ett behov av en chef som värnar sin enhet gentemot andra enheter inom verksamheten, och generellt beskrev man i intervjuerna att det också gjordes.

”Om jag då tittar på min närmaste chef, så värnar han väldigt mycket om sektionen och strider för vår... ja... för vår existens, och för att vi ska, så att säga, vi ska inte göra mer än andra. Han är bra på att visa att det här gör vi, och han är bra på att tala om vad vi gör, och vad vi gör bra och sådär...” (Läkare A)

4.2 Behov av upplevelse av sammanhang och mening

Vid analys av intervjumaterialet framkom på olika sätt behov av en chef som kan skapa sammanhang och mening. Dels framkom ett behov av sammanhang

och mening ur ett samhällsperspektiv. Att arbetet man utförde var meningsfullt var av avgörande betydelse för läkarna i intervjun. Man gav också tydligt uttryck för ett behov av att förstå sammanhang och mening ur ett organisatoriskt perspektiv. Det framkom ett behov av kommunikation mellan klinikledning, chef och läkare, med avseende på de förändringar som sker inom sjukvården. Man kände sig osäker på klinikens riktning under pågående omorganisationer inom sjukvården. Här beskrev man ett behov av en chef som kunde bidra med att skapa förståelse för vad som händer i organisationen. Man gav uttryck för ett behov av att föra en dialog om visioner och policyfrågor.

Detta behov beskrevs också indirekt. Att inte förstå helheten och sammanhanget beskrevs som negativt för arbetstillfredsställelsen. En läkare beskrev hur svårt det kunde kännas att få direktiv från klinikledningen om exempelvis nya administrativa rutiner på kliniken, utan att själv kunna se hur de nya rutinerna skulle komma att gagna patienterna. Den läkaren gav uttryck för hur den typen av etiska dilemman, om de inte adresserades på ett klokt sätt av chefen, skapade en känsla av att bli lurad. Läkaren beskrev hur den känslan av att bli lurad riskerade att rubba upplevelsen av att göra ett meningsfullt arbete, vilket många läkare beskriver som en central del av läkaryrket. Så här beskrev den läkaren sin upplevelse:

”Man tappar lusten för... man vill ju på något sätt kunna göra sitt jobb på ett sätt som känns meningsfullt. Och om man då gör någonting där man... man får... man blir tillsagd att göra något på ett sätt som man inte själv upplever som meningsfullt, och inte får en förklaring till det. I varje fall något som man upplever som en vettigt förklaring till varför man skall göra på det sättet, då... då förlorar... då förlorar man ju på något vis den här känslan... på något vis som ingår i det här yrket...känslan av meningsfullhet, att det här är viktigt det man håller på med. Man får ju känslan att - vad är det här? Vad är det för vits med det här?” (Läkare D)

4.3 Behov av chefs bekräftelse av den professionella kompetensen

Vid analys av intervjumaterialet framkom flera olika typer av behov av bekräftelse från chefen. En typ handlade om behov av att få bekräftelse av den professionella kompetensen. Behovet kom till uttryck dels som ett behov av att få erkännande i organisationen för kompetensen man besitter, dels som ett behov av en chef som ser och bekräftar den professionella kompetensen som läkarna har.

En läkare uttryckte sig här:

”...att man skall vara rädd om dom här gamla doktorerna som inte är chefer och som utför mycket kliniskt arbete. Dom är faktiskt rätt värdefulla. Jag tror att vi är det”. (Läkare D)

Man uttryckte även behov av att chefen aktivt skulle skapa förutsättningar för professionell utveckling. Genomgående beskrevs professionell återkoppling som en bristvara.

En läkare uttryckte behovet så här:

”... att det är lite grann chefen som också pejlar läget om ”vad behöver just denna människan utveckla sig i. Hur kan jag hjälpa just denna människan?” (Läkare C)

En annan typ gällde uttryck för behov av feed-back i arbetet. Att chefen både tog sig tid, och vågade, ge feed-back hur läkarna fungerade i arbetet.

Ett annat behov som beskrevs i intervjuerna var behovet av att få utrymme för reflektion och tankearbete för att utföra det kvalificerade arbete läkaren har. En av läkarna beskrev det frustrerande i att omgivningen inte alltid förstod att arbetet som utförs i många fall är avancerat, och att det krävs tid för inhämtande av ny kunskap och tid för tankearbete. Man såg ett behov av att chefen kunde skapa utrymme för sina läkare att utföra sitt arbete.

En läkare uttryckte det så här:

”Men nu är det liksom fritt fram...ryck upp dörrar och börja prata utan att överhuvudtaget ta hänsyn till... Jag kan ta det men jag gillar det inte när patienten är där. Och jag gillar det inte när jag försöker tänka. När det är kvalificerat. Och allt på en gång. Då känns det som om att det är ingen som tycker att det är år ett kvalificerat jobb”. (Läkare D)

Man beskrev också ett behov av att ges möjlighet till vidareutbildning och utveckling. I intervjumaterialet gick att utläsa en tydlig önskan om att vara en kompetent doktor, och att få fortsätta att utvecklas yrkesmässigt. På frågan om ”vad den bästa chef man kan föreställa sig” skulle kunna bidra med, svarade en av läkarna så här:

”Ja... att man känner sig uppskattad, och att man känner att någon vet om ens kompetens... och att man kan utveckla sin kompetens ytterligare och känner att det är ok att göra det. Att man blir en duktigare doktor. Och att det är det man strävar emot. Att man ska ha kompetent personal som gör ett bra jobb. Och att

ens chef understödjer det. Det tror jag är viktigt när man blir äldre. För man vill ju inte sluta utvecklas. Aldrig”. (Läkare D)

4.4 Allmänmänskliga behov som medarbetare

Utöver ovan beskrivna behov av en chef framkom vid analys av intervjuerna även vad som kan beskrivas som grundläggande behov av att bli bekräftad som medarbetare i en organisation.

Läkarna uttryckte behov av att bli sedda av sin chef. En läkare uttryckte behovet så här:

”Jag tyckte innan den här omstruktureringen när vi fick fler läkarchefer att det kändes som att ”Vet min chef vad jag heter? Vet hon vad jag gör idag?” Alltså det... det gjorde hon kanske, men det kändes inte så. Det är jätteviktigt att man känner sina medarbetare. Både till namn och utseende och till funktion och vad dom gör. [] Hur länge höll vi på på det viset? Jag kommer inte ihåg riktigt... det har varit några turer fram och tillbaks... men ja... kan det vara fem-sex år eller någonting.” (Läkare C)

En annan läkare uttryckte sig så här:

”Först hade vi en läkarchef som... ja det var ju roligt... Vi fick plötsligt en chef som inte kände igen mig någon gång tror jag. Han hälsade aldrig på mig. Han var väl något år där.” (Läkare D)

Det framkom också ett behov hos läkarna av att från sin chef få uppskattning för det de gör. De intervjuade läkarna hade varierande erfarenhet av att visas uppskattning. Att behovet fanns stod dock klart. Så här uttryckte sig en läkare:

”Det behov av feed-back man har är väl sådär allmän feed-back... Man vill väl bli lite uppskattad även om man är gammal och har jobbat i hundra år. Att du gör ett bra jobb så... Det får väl bli på det där medarbetarsamtalet en gång om året. I övrigt är det väl inget (skratt)... som ingenting”. (Läkare D)

Och en annan:

”Och min chef på sitt lilla stillsamma vis visar också sin uppskattning. Men... Det är okey. Det får jag hemma också. Jag skulle vilja ha lite mer tid.” (Läkare B)

I materialet framkom ett behov av att få feed-back. En läkare uttryckte feed-back som viktigt för den personliga utvecklingen, medan en annan lade en mer emotionell aspekt på att få feed-back. Gemensamt för alla de intervjuade läkarna

var att man gav uttryck för ett större behov av feed-back än vad som tillgodosågs:

”Jag tycker att jättemycket handlar om att vi måste våga ge feed-back! Vi måste våga ge negativ feed-back när det inte fungerar men framförallt att vi måste våga ge positiv feed-back! Det får vi ju aldrig. Jag tycker det är skitviktigt”.
(Läkare C)

Det framkom att läkarnas erfarenhet av att få feed-back av sin chef var kopplat huvudsakligen till medarbetarsamtalet. Så här berättade en av läkarna:

”Att... jag har väl inte fått så... jag får...vi får feed-back. Det ska jag inte säga att vi inte får det, det har jag visst fått. Men... och det sker ju i ganska kontrollerat sammanhang. Vid utvecklingssamtal som ju är en gång om året i princip. Sen är det möjligt att man kan... om det är så att... man... av någon anledning behöver få feed-back, det kan ju vara både positivt och negativt så klart... då... kanske det är så att... då bör väl cheferna egentligen ge det ganska omgående så klart och det hoppas jag att dom gör. Men... det... jag har inte märkt av det själv. Kan jag säga”. (Läkare E)

En läkare gav uttryck för behov av ”allmän feed-back” från sin chef. Det framkom dock att feed-back gavs sällan. Feed-back från chefen gavs en gång om året, vid medarbetarsamtalet. Så här svarade läkaren på en uppföljande fråga om det gavs feed-back på medarbetarsamtalet:

”Får man feed-back på medarbetarsamtalet?”
”Ja, jag tycker att man får det. För min närmsta chef hon är jättebra på det. Hon är en bra person. Hon är junior jämfört med mig och sådär... Så. Men jag tycker att hon är bra. Hon gör verkligen det hon kan. Hon försöker göra så gott det går. Så jag har ingenting att klaga på när det gäller henne. Hon jobbar verkligen på”. (Läkare D)

Det framkom också ett behov av en chef som kunde bidra till att ett positivt och tillåtande klimat som möjliggjorde personlig utveckling. Så här uttryckte sig en av läkarna i studien:

”...att leda gruppen och individerna i gruppen och få dom att växa och utvecklas tycker jag nog är huvudsakliga uppgiften...” (Läkare A)

Samma läkare sa vidare:

”Sen kanske mer att det saknas det där extra ledarskaps... kompetensen i att utveckla och att se varje individs möjlighet och ta till vara dom... Och liksom... höja personerna”. (Läkare A)

En annan uttryckte sig så här:

”Jag tycker att utnyttja alla människors förmåga på bästa sätt, att värna om varje individ. Då menar jag inte att man skall utnyttja alla tills dom kräks. Man skall stimulera. Varenda människa har sina kvaliteter och vissa har högre prestationsförmåga än andra, men att man liksom tar fram det, så att alla tycker att det är kul, så att alla får lagom. Lagom stimulans. Det tycker jag är viktigt”. (Läkare F)

Läkarna gav också uttryck för behov av en chef som lyssnade och som visade att han eller hon beaktade de åsikter och förslag som framfördes. Så här beskrev en av läkarna sitt behov av en lyhörd chef:

”Som sagt det är ju en tuff arbetsituation rent tidsmässigt och om man åtminstone har en bra chef... eller en person som man upplever lyssnar på en, det hjälper. Ja, så kan man säga”. (Läkare B)

Läkarna gav uttryck för behov av en chef som involverade sina medarbetare och gjorde dem delaktiga. På frågan om vad den bästa chef man skulle kunna tänka sig, skulle kunna bidra med för dig läkare i organisationen, svarade en av läkarna:

”Nej, men jag tänker... se mig mer i min vardag...och...ja, men diskutera kanske mer praktiskt... frågor som rör min...liksom mitt ansvarsområde...hur vi skall utveckla...” (Läkare C)

4.5 Teman

Under analysen kunde två teman identifieras som på olika sätt återkom i materialet. Det gällde dels att länken mellan beskrivningarna av behov och upplevelsen av vad som var chefens roll när det gällde dessa behov, var svag. Dels gällde det upplevelsen hos läkarna att chefen hade ett svagt mandat att agera. Nedan kommer dessa två teman att beskrivas.

4.5.1 Svag länk mellan beskrivna behov och chefens roll avseende dessa

Vid analys av intervjumaterialet framkom att det många gånger saknades en upplevelse av länk mellan frågor som rörde god arbetsmiljö, rimlig arbetsmängd och arbetstider, och en chefs ansvar. Man gav i intervjumaterialet indirekt uttryck för behovet av en chef för att värna dessa frågor, men det uttalades inte tydligt. Man gav exempelvis uttryck för behov av att hinna äta lunch, av att få arbeta ostört och av att kunna gå hem i tid, men man gav sällan uttryck för att den typen av frågor hade något med chefens ansvar att göra.

Den svaga länken mellan behov och chefens roll, är ett tema som genomsyrar framför allt de tre kategorierna av behov som läkarna uttryckte relaterat till att vara anställd i en organisation. Till viss del beskrevs det som en kulturfråga. En av de intervjuade uttryckte det så här:

Läkaren (L): När sådana saker bryts, då känner jag att det är inte ok. Då känner jag mig jäkligt utsatt.

Intervjuaren (I): Har du någon tid på dagen när du kan fånga upp sådana här frågor?

L: Nej, det har jag inte. Efter arbetstid möjligtvis.

I: Efter arbetstid?

L: Ja.

I: Och hur ser ditt behov av en chef ut i de här situationerna, när du känner dig utsatt?

L: Någon jag ska gå och svära till... Ja så... ungefär så. Och så säger hon "Vi förstår. Vi förstår". I princip är det så. En chef hjälper mig inte. Då går man ju ut till sin kollega, och så svär man lite. Sen borstar man upp sig lite... och sen gör man det man skulle göra. Så det är inget behov av en chef i det här.

I: Nej, jag hör det... du säger "ja min chef hjälper mig inte". Skulle en chef kunna hjälpa?

L: Ja... det skulle man nog... Och det tror jag är en kulturfråga... Man skulle kunna vara lite tydligare. [] Så egentligen skulle man ju kunna ta upp en sådan diskussion. För alla vi känner oss oerhört pressade". (Läkare D)

I samband med att intervjun berörde chefens inflytande över arbetsdagen sa samma läkare:

"Ja, hon kommer bara in för att säga: "Du, någon är sjuk... Kan du ta den här?" Åh! Nej men hon har ju inte mer inflytande än någon annan. Dom som har mest inflytande det är ju sjuksköterskorna. Och sjuksköterskorna på avdelningen. För det är ju dom som stör min arbetsdag mest. Från det jag har tänkt mig. Min chef gör ju aldrig det. Så hon har nog inte särskilt stort inflytande egentligen... Hon har ingen möjlighet att ha det heller. De skulle vara om hon säger till alla sjuksköterskor att: "Ni får inte störa dom som har mottagning". Men så funkar det ju inte". (Läkare D)

En av läkarna gav uttryck för en önskan om en chef som förstod att arbetsbelastningen ibland var för hög, och som då också var ett stöd:

”Jag tänker att en chef skall se att det blir för mycket. Att en chef skall förstå att om någon blir sjuk kan man inte bara förvänta sig att någon annan skall täcka, utan att det blir konsekvenser. Att man kanske kan kolla under dagen ”Hur går det? Funkar det här nu?” Nu är det ju bara så att om någon är sjuk, ja ”du gör det, och du det och det”, och sen hör man inte mer av någon på hela dagen, utan man jobbar bara på och sliter. Och det tänker jag att där kunde man väl ha... känner jag att det skulle vara... också som en bekräftelse i ”att jag ser att du jobbar extra, går det bra?” Och klapp på axeln lite. Då orkar man mer, då fixar man det. Eller om det inte går, att man känner att ja det finns stöd att få från annat håll innan det ballar ut helt... när man står där och skall vara... när det bara rasar... att det... ja... att man slipper hamna där...” (Läkare C)

4.5.2 Upplevelse av att chefen är utan mandat

Upplevelsen av att den egna chefen hade ett begränsade mandat beskrevs på flera sätt genom hela materialet. Det framkom under intervjuerna att det under senare år genomförts omorganisationer på sjukhuset. Det formella chefskapet över läkarna hade förändrats. Tidigare var verksamhetschefen chef över alla läkare inom verksamheten. Även om det såg lite olika ut på olika kliniker, fanns det nu en till chefsnivå till under verksamhetschefen, med bl a personalansvar för läkarna.

Som tidigare nämnts framkom att man upplevde att man hade fått närmare till sin chef, vilket man upplevde som positivt, och att det hade blivit lättare att kommunicera med chefen. Det som dock också framkom var en upplevelse av att den närmsta chefen var utan mandat. Upplevelsen av chefens begränsade mandat var ett tema som genomsyrade framför allt de kategorier av behov som var relaterade till behov av en chef i läkarens roll som anställd i en organisation, men de intervjuade läkarna återkom dock på olika sätt till detta även i anslutning till andra behovstyper. En av läkarna beskrev till exempel chefens begränsade mandat i samband med uttryck för behov av att kunna diskutera verksamhetens innehåll och inriktning med sin chef:

”Den person som är min omedelbara chef, hon är en jättebra person, verkligen, men jag tycker... hon har inte mandat, och hon hinner inte diskutera policy och sådana här saker”. (Läkare D)

Upplevelsen av läkarchefens begränsade mandat framkom tydligast då man gav uttryck för behov relaterade till rollen som anställd i en organisation. Ett exempel som gavs handlade om rutiner på en mottagning, då läkarchefen upplevdes vara maktlös i förhållande till sjuksköterskornas chef. Så här uttryckte sig en läkare:

”Men jag känner hur det drabbar mig. Eller hur det drabbar oss doktorer på kliniken. Det är ju som att sjuksköterskorna... som är så oerhört måna om sina rättigheter, och vad som är sjuksköterskan ansvarsområde, och vad som absolut inte är det. [] Det är sådana här grejer som gör att det blir svårare, tänker jag... det kan bli, inte alltid, i mångt och mycket....arbetssättet blir lite trögt. Och då faller det tillbaka på att sköterskorna är så... ja men... det är en sådan väldigt tajt grupp, och de leds i att, känns det som; ”Håll på ditt! Det är jätteviktigt!” Medan vi doktorer är mer så här att ”hur skall vi få verksamheten att fungera? Sköterskorna vägrar det här, alltså får vi flytta oss dit, vi får göra så istället, och nu får vi också städa efter akutbesöket”. ”Ni får ta bort pappret, ni får svabba och fixa, för det går inte, dom hinner inte”. Nä hä, så det hinner vi alltså? Sådär, hela tiden, kompromisser som, känns det som, mer drabbar oss än andra yrkesgrupper”. (Läkare C)

Det framkom också att det fanns en otydlighet i vad chefen hade mandat att fatta beslut om själv, och vad som låg utanför den närmsta chefens ansvarsområde. En läkare beskrev att det fanns ett nära samarbete mellan läkarchefen och verksamhetschefen. Vem som fattade vilka beslut framgick dock inte tydligt. Så här uttryckte sig den läkaren:

”Nej, jag vet inte vad det är för regler eller vad hon kan göra faktiskt själv. Men det är vissa saker där jag tror att hon inte blandar in högsta chefen, det är det säkert. Men jag vet inte exakt. Men det är det säkert... Nej, jag vet faktiskt inte”. (Läkare F)

Vidare framkom en oklarhet om vad läkarens chef hade för mandat då läkaren arbetade exempelvis på akutvårdsavdelningen. En läkare sa så här:

”Ja, då blir det en annan chef för det första kan man säga. För då blir det, det är ju uppdelat, så då blir det en annan chef som står för den. Jo, men då är det väl så att den personen har ju säkert inflytande över hur arbetsdagen ser ut. Men hur mycket? Ja... Svårt att värdera hur mycket som chefen faktiskt gör... det tycker jag. Jag vet inte hur mycket som den kan påverka riktigt. Kanske inte så jättemycket ändå. (Läkare E)

En annan så här:

”Kommunikationen då för att försöka förändra det går ju inte till den närmaste chefen... Går jag till min närmaste chef, det enda han kan göra är att gå vidare i nästa steg. Men det känns inte som om han har så mycket inflytande över det.”
(Läkare A)

5 Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka hur läkare ser på sitt behov av en chef.

Sammantaget kunde fyra huvudkategorier av behov av en chef identifieras. Dessa kan beskrivas som behov av en chef relaterat till; 1) rollen som anställd i en organisation, 2) upplevelsen av sammanhang och mening, 3) behovet av bekräftelse av den professionella kompetensen, samt 4) allmänmänskliga behov i rollen som medarbetare.

Under kategorin behov kopplade till rollen som anställd kunde tre olika typer av behov identifieras; a) behov av en chef som axlar sin arbetsgivarroll, b) behov av en chef som är beslutsförmägen, samt c) behov av en chef som vågar ta plats i organisationen och som värnar sina medarbetare.

Två teman kunde identifieras i intervju materialet, vilka var relaterade till hur läkarna i studien såg på sitt behov av en chef: 1) Upplevelsen av att chefen var utan mandat, samt 2) att länken mellan beskrivna behov och chefs roll avseende dessa behov förefaller svag.

Alla läkare som ingick i studien poängterade dock att chefen var en bra *person*, och att han eller hon verkligen gjorde sitt bästa.

5.1 Resultatdiskussion

Resultatet visar på att läkarna i studien ger uttryck för likartade grundläggande behov som medarbetare i organisationer generellt har visat sig ha - behov av att få uppskattning för sitt arbete, behov av att bli sedda, behov av feedback, behov av att vara delaktiga i ett sammanhang, och behov av att ha en känsla av kontroll i det dagliga livet (Kovjanic et al, 2012; Mayer et al. 2008). Studiens fokus låg på att undersöka vilka behov av en chef som fanns hos läkarna snarare än i vilken utsträckning eventuella behov var tillgodosedda. Vid analys av intervju materialet framkom det dock att det fanns flera exempel på att de mest grundläggande behoven hos läkare i egenskap av medarbetare inte alltid var

tillgodosedda. Exempelvis beskrev läkare att de hade erfarenhet av att under lång tid vara osäkra på om deras chef visste vilka de var eller vad de hette.

I analysen framkom också att det föreligger behov av en chef i läkares roll som anställd i en organisation. En subkategori utgjordes av behovet av en chef som kunde axla sin arbetsgivarroll och värna läkarnas arbetsmiljö. Tydligast kom detta till uttryck som behov av en förbättrad struktur kring läkarnas arbetstider. Läkarna ville kunna komma hem i tid på kvällarna. I det sammanhanget kan det vara intressant att ta del av Rosengrens (2009) avhandling om arbetstidens symbolvärde. I sin avhandling tar Rosengren upp det faktum att medarbetare själva också bidrar till långa arbetstider. Han skriver; ”å ena sidan är arbetstid helt beroende av verksamhetens krav och gällande kontrakt mellan arbetsgivare och arbetstagare. Å andra sidan är arbetstiden laddad med andra värden”. Han beskriver till exempel hur dessa andra värden innebär att långa arbetsdagar i vissa sammanhang har blivit ett mått inte bara på den enskilda individens arbetsinsats utan även på dennes hängivenhet och lojalitet. Vidare för Rosengren en diskussion om vad det är som bestämmer arbetstiderna när det är arbetstagaren själv som avgör att arbetet är utfört. Han menar att det blir viktigt att arbetstagaren själv sätter gränser, men att det kan vara svårt i ett sammanhang då ramarna för en fullgod arbetsinsats är svårtolkade.

Mot bakgrund av ovanstående blir studiens resultat intressant ur flera aspekter. Resultaten indikerar att det tycks finnas starka normer hos läkarna och att dessa tycks mer avgörande för arbetstidens längd än den i anställningsavtalet reglerade arbetstiden. I intervju materialet framkom dock en stark önskan om att få gå hem i tid och att få ut sin inarbetade flexitid. I studien framkom också att det fanns ett behov av feedback från en chef på hur man utförde sitt arbete, men att feedback var sällsynt, vilket enligt ovan citerade avhandling kan vara av betydelse för den anställda när det gäller möjlighet att själv sätta ramarna för en fullgod arbetsinsats.

Ochsmann har i en studie visat att bland flera olika faktorer av betydelse för upplevelsen av psykisk påfrestning, var mängden övertidsarbete den faktor som tydligast var förenad med ökad risk för psykisk belastning bland juniora läkare. Stor mängd övertid minskade bland annat tiden för möjlig återhämtning. Feedback från överordnade och kollegor minskade dock risken för läkare att känna sig psykiskt belastade. (Ochsmann et al, 2011).

I analysen framkom samtidigt en ambivalens i behovet av chef. Det framkom att läkarna var vana att arbeta utan närvaro av en chef. Samtidigt framkom att det fanns flera situationer i det vardagliga arbetet, av organisatorisk karaktär, som man hade svårt att hantera som enskild medarbetare. Man gav uttryck för behov av en chef som vågade stå upp och ta sin plats i organisationen. Samtidigt

framkom det vid analysen att det många gånger saknades en tydlig länk mellan upplevda behov och chefens roll avseende dessa behov. Särskilt tydligt märktes detta i frågor som rörde arbetsbelastning och arbetsmiljö, där man inte någon gång under intervjuerna diskuterar chefens formella ansvar. Resultatet överensstämmer med fynden i en tidigare studie, där läkare beskrev en mängd arbetsmiljöproblem men inte nämnde sin chefs ansvar för arbetsmiljön (von Knorring, 2007).

I samma subkategori av behov kopplade till att vara anställd i en organisation framkom behov av en rimlig arbetsbelastning under arbetstid. Att arbetsbelastningen gav upphov till stor tidspress, och att detta var ett återkommande bekymmer för läkarna framkom med tydlighet i materialet. Problematiken uttrycktes dock inte spontant i samband med frågor som direkt berörde läkarnas behov av en chef, utan problematiken blev synlig i frågor som istället rörde utsatthet i arbetet. Man beskrev känslor av utsatthet, av olust och av ständig stress. I intervjuerna formulerade man det inte tydligt som en chefsuppgift att leda och fördela arbetet. I intervjumaterialet framkom istället att läkarna i stor utsträckning upplevde att de själva var ansvariga för att klara av arbetsuppgifterna under sin arbetstid, oavsett mängd.

Vid analys av materialet framkom det något överraskande resultatet att läkarna som bieffekt av genomförda omorganisationer hade fått en närmsta chef som de inte upplevde var beslutsmässig. När man skapat en ny chefsnivå med chefer med personalansvar över läkarna, har dynamiken förändrats. Läkarna har fått närmare till en chef, och kommunikationen med chefen har förbättrats, vilket beskrevs som positivt. Parallellt framkom dock en bild av en vardag där läkarnas chef inte upplevdes ha mandat att fatta beslut. I de situationer där det framkom ett stort behov av en chef, i frågor som rörde läkarnas fysiska och psykosociala arbetsmiljö på akuten respektive under jourtid, samt i frågor av praktisk karaktär som var relaterade till andra yrkeskategorier i arbetet på mottagning och vårdavdelning, där upplevde läkarna att deras chef endast hade ett begränsat inflytande. Återkommande i alla intervjuer var uppfattningen att i dessa och liknande frågor hade chefen ingen befogenhet att fatta beslut. Man beskrev hur nästan alla frågor behövde föras vidare uppåt i organisationen, och hur det sen ofta blev svårt att följa hur diskussionen fördes i organisationen, och vad resultatet blev. Man återkom till att chefen inte kunde göra något, även om han eller hon ville. Vidare återkom man till att chefen ansträngde sig för att göra sitt bästa.

I studien framkom olika aspekter av behov av sammanhang och mening. Som exempel kan nämnas behov av att från sin chef få adekvat information om pågående förändringar inom organisationen och vad dessa förändringar kan få för betydelse för vården som ges. En av läkarna i studien beskrev hur

ofullständig information ingav en känsla av att bli lurad, vilket i sin tur riskerade att leda till förlust av känslan av sammanhang och mening. Resultatet stöds av tidigare forskning inom området som påvisar behov hos läkare av delaktighet i och förståelse för pågående förändringsarbete inom vården, och att det finns en etisk dimension av ledarskap som är av stor betydelse (Guillén & González, 2001; Wall 2007).

I studien framkom också upplevelser av läkaryrket som ensamt. Man gav uttryck för behov av kollegial sammanhållning. Att sammanhållning och socialt stöd är viktigt för läkares arbetstillfredsställelse och stressnivå har stöd i litteraturen. Chefens ledarskap och förmåga att ge socialt stöd (social support) är exempelvis av betydelse för att förhindra utbrändhet (Gabel, 2012).

I analysen framkom att man sällan av sin chef efterfrågade ledning i det praktiska, medicinska arbetet. I det medicinska arbetet fanns en tilltro till den egna kompetensen, samt till den kultur av kunskapsutbyte som var etablerad. Man såg däremot ett behov av en chef som värdesatte och skapade utrymme för utveckling av den professionella kompetensen, vilket var något som man upplevde att man saknade. Resultatet överensstämmer med tidigare studier som visat att mycket av kompetensutvecklingen för läkare sker i samband med det dagliga kliniska arbetet. Man har funnit att det sällan finns en genomtänkt strategi för hur man ur organisatorisk synvinkel skall främja läkares inhämtande av ny kunskap, och för implementeringen av ny kunskap i klinisk praxis (Bolderston, 2007; van der Wiel et al. 2010). Vidare har man funnit att medveten utbildning och träning, med direkt feed-back, är avgörande för excellens inom sjukvården likväl som inom andra områden (Ericsson, K A, 2004, 2008; van der Wiel et al 2010).

5.2 Metoddiskussion

Denna studie har utförts på ett sjukhus. Delar av resultatet, exempelvis de intervjuades samstämmiga upplevelse av läkarchefernas begränsade mandat, vilket är avhängigt den lokala strukturen och kulturen, är därför sannolikt inte överförbart till organisationer med andra strukturella och kulturella förutsättningar.

Andra delar av resultatet rörande läkares behov av en chef är sannolikt i högre grad överförbart. Det är inte osannolikt att läkare även i en annan kontext kan ha likartade behov som de beskrivna. Flera av de intervjuade läkarna hade en mångårig yrkeserfarenhet bakom sig, som inkluderat tjänstgöring på flera olika sjukhus och kliniker, vilket har gjort det möjligt att fånga upp behov som inte

enkom är relaterade till nuvarande arbete och arbetsplats. Det finns dock ändå anledning att tolka resultaten med försiktighet.

Studiens validitet är bland annat relaterat till urvalsprocessen av de intervjuade läkarna. Urvalet av de första två läkarna gjordes via lottning. Efter övervägande av betydelsen av stor erfarenhetsspridning bland de intervjuade, för att få tillgång till ett rikt material, ändrades urvalsprocessen till strategiskt urval baserat på stratifieringsprinciper (Malterud, 2009), där olika ålder, kön, klinikstorlek, och typ av specialitet värderades, för att komplettera de två första intervjuerna. Validiteten bedöms därför som hög i den kontext där studien utförts.

Den förförståelse författaren har genom att själv vara yrkesverksam läkare, innebär risk för bias, exempelvis genom sättet att ställa frågor, som ju aldrig kan vara helt neutralt. Förförståelsen kan dock också utgöra en styrka och medföra en positiv effekt på studiens kvalitet bland annat genom att de intervjuade möjligen i högre utsträckning vågar ge uttryck för sina åsikter och tankar (Malterud, 2009). I det sammanhanget har det varit viktigt att som intervjuare ställa uppföljande och validerande frågor för att säkerställa förståelsen av det som sägs.

En styrka med studiens kvalitativa design är att den skapar möjlighet att identifiera fenomen som inte var kända för författaren vid studiestart. Som exempel på ett oväntat resultat i den här studien kan nämnas den effekt som den genomförda omorganisationen beskrivs ha fått när det gäller läkarnas upplevelse av chefsmandat. Det fenomenet hade författaren inte kunnat få information om med ett kvantitativt studieupplägg, eftersom frågan inte hade ställts.

5.3 Implikationer för praxis

Studien är liten. Det är en kvalitativ studie som påvisar förekomst av fenomen med avseende på läkares behov av en chef. Studieresultatet är som helhet inte överförbart till en annan kontext än den beskrivna. Resultaten tyder dock på att det kan finnas anledning att göra en genomlysning av nuvarande chefsstruktur och chefskultur för läkare inom hälso- och sjukvård, för att på ett mer optimalt sätt möta läkares behov av en chef.

5.4 Förslag till fortsatt forskning

Det kan vara intressant för framtida forskning att återkomma till frågan om vilka befogenheter som läkare och läkares chefer har i den organisation de verkar i,

samt att relatera det till chefernas möjlighet att ta sin chefsroll och vara chef och ledare för läkare.

Ett annat ämne för framtida forskning kan vara att undersöka vilken effekt chefer har på läkares arbetstillfredsställelse, och hur detta kan påverka effektivitet och kvalitet inom sjukvården.

6 Referenser

Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52, 203-213.

Baard, P, Deci, E & Ryan, R. (2004) Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10),2045 -2068

Bolman, L, & Deal, T. (2012) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Chaudry, J, Jain, A, McKenzie, S & Schwartz, R. (2008). Physician Leadership: The Competencies of Change. *Journal of Surgical Education*, 65(3), 213-220.

Clark, J & Armit, K. (2010). Leadership competency for doctors: a framework. *Leadership in Health Services*, 23, 115-129.

Ericsson, K. A. (2004). Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Academic Medicine*, 79(10), 70-81.

Ericsson, K. A. (2008). Deliberate Practice and Acquisition of Expert Performance: A General Overview. *Academic Emergency Medicine*. 15, 988-994.

Firth-Cozens, J. & Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*, 10(Suppl II), ii3-ii7.

Firth-Cozens, J & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*, 44(7), 1017-1022.

Gabel, S. (2012). Demoralization in Mental Health Organizations: Leadership and Social Support Help. *Psychiatr Q*, 83, 489-496.

- Gagliano, N, Ferris, T, Colton, D, Dubitzky, A, Hefferman, J, & Torchiana, D. (2010). Physician Leadership Development Program at an Academic Medical Center. *Quality Management in Health Care*, 19(3), 231-238.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24,105-112.
- Grawitch, M, Gottschalk, M & Munz, D. (2006) The Path to a Healthy Workplace Practices, Employee Well-being, and Organizational Improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 129-147.
- Guillén, M & González, T. (2001). The Ethical Dimension of Managerial Leadership: Two Illustrative Case Studies in TQM. *Journal of Business Ethics*, 34,175-189.
- Kovjanic, S, Schuh, S, Klaus, J, van Quaquebeke, N & van Dick, R. (2012). How do transformational leaders foster positive employee outcomes? A self-determination-based analysis of employees' needs as mediating links. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 1031-1052.
- von Knorring, M. (2008). Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 22-28.
- von Knorring, M. (2012). The Manager Role in Relation to The Medical Profession (Thesis for doctoral degree, Ph.D. Karolinska Institutet). Stockholm:Universitetservice US-AB.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landon, BE, Reschovsky, J & Blumenthal,D. (2003). Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*, 289, 442-449.
- Lindeman, S, Läärä, E, Hakko, H & Lönnqvist,J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 274-279.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

- Mayer, D., Bardes, M., & Piccolo, R. (2008). Do servant-leaders help satisfy followers needs? An organizational justice perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 180-197.
- Ochsmann, E., Lang, J., Drexler, H., & Schmid, K. (2011). Stress and recovery in junior doctors. *Postgrad Med J*, 87, 579-584.
- Rosengren, C. (2009). Arbetstidens symbolvärde - om historisk kontinuitet och förändring i synen på arbetstid samt normers inverkan på arbetstidens gestaltning. (Doktorsavhandling. Industriell arbetsvetenskap; KTH; Skolan för industriell teknik och management (ITM); Industriell ekonomi och organisation (Inst.), Trita-IEO, 2009:2.)
- Sandahl, C., Falkenström, E., & von Knorring, M. (2010). *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Taylor, C., Taylor, J., & Stoller, J. (2008) Exploring Leadership Competencies in Established and Aspiring Physician Leaders: An Interview-based Study. *J Gen Intern Med* 23(6), 748-54.
- Thylefors, I (2007). *Ledarskap i human service-organisationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wall, S. (2007). Organizational Ethics, Change, and Stakeholder Involvement: A Survey of Physicians. *HEC Forum*, 19(3), 277-243.
- Wallace, J., Lemaire, J., & Ghali, W. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374, 1714-21.
- Warren, O., & Carnall, R. (2011). Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. *Postgrad Med J.*, 87:27-32.
- van der Wiel, M., van den Bossche, P., Janssen, S., & Jossberger, H. 2010. Exploring deliberate practice in medicine: how do physicians learn in the workplace? *Adv in Health Sci Educ.*, 16:81-95.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Bilaga 1

Intervjuguide

Inledande frågor om organisationen på den klinik läkaren är verksam på:

Skulle du kunna berätta, i stora drag, hur kliniken är organiserad? (Vilka chefsnivåer finns? Ungefär hur många läkare på kliniken?) Lite uppvärmningsfrågor.

1. Vad upplever läkare för behov av en chef:

Hur ofta träffar du din chef? Under vilka former?

Upplever du att det är viktigt med en bra chef?

Vad har du för tankar om vad en chef har för huvudsaklig uppgift/funktion?

Vilka arbetsmiljöproblem finns det för läkarna på kliniken?

Hur arbetar man med arbetsmiljöfrågorna?

2. Vad kan en chef tillföra i en professionaliserad organisation?

Vad skulle en riktigt bra chef kunna bidra med på din klinik?

Kan du utföra ditt arbete enligt dina egna professionella krav? Beskriv gärna.

När du och dina kollegor behöver ledning, vad kan det då handla om?

Tycker du att ni får den ledning som behövs?

Går det bra att diskutera dilemman och brister i vården med din chef?

Har det genomförts några organisationsförändringar de senaste åren? Om ja, hur har det påverkat dig och dina kollegor?

3. Behövs det särskild kompetens för att leda läkare?

I vilka situationer känner du dig mest utsatt i ditt arbete?

Behövs det särskild kunskap för att vara chef för läkare?

Känner du respekt för din chefs chefskompetens?

Skiljer det sig åt på din klinik hur man leder läkare och hur man leder t.ex. sjuksköterskor?

Känner du att du får uppskattning som medarbetare på kliniken? Beskriv gärna.

Är det något ytterligare du har funderat på angående läkares arbetssituation, som är relaterat till läkares behov av adekvat ledning?

Bilaga 2

Intervjuguide

Syftet med den här studien är att få en ökad kunskap om hur läkare ser på sitt behov av en chef. Jag kommer att spela in intervjun och allt som sägs i intervjun behandlas med sekretess.

Det jag vill undersöka här är din bild av just ditt behov av en chef. Det finns inga rätt eller fel, utan jag vill höra om din upplevelse utifrån din situation.

Det är möjligt att vi kommer att beröra samma frågor flera gånger och att det blir upprepningar, men det gör ingenting.

Är det här ok med dig?

Ska vi börja?

1. När du fick frågan om att delta i den här studien, vad var det för tankar som gjorde att du bestämde dig för att delta?
2. Kan du berätta lite om hur du ser på ditt behov av en chef?
3. Vad har du för tankar om vad en chefs viktigaste uppgifter är?
4. När du och dina kollegor behöver ledning, vad kan det då handla om?
5. Tycker du att du får den ledning som du behöver?
6. I vilka situationer känner du dig som mest utsatt i ditt arbete?
7. Hur ser du på ditt behov av en chef i de situationerna där du känner dig utsatt i arbetet?
8. Om du försöker lämna situationen så som den är, och helt tänker bort din egen chef, och din egen klinik, hur tänker du då kring en chefs ansvar?
9. Om du föreställer dig den bästa chef man kan tänka sig, vad skulle han eller hon kunna bidra med för dig som läkare?
10. På vilket sätt upplever du att en chef kan hindra dig i ditt arbete och i din yrkesroll som läkare?
11. På vilket sätt skulle en chef kunna stödja dig i ditt arbete som läkare i organisationen?
12. Har du behov av att diskutera etiska dilemman med en chef?
13. Har det skett några förändringar med avseende på chefsstrukturen på din klinik de senaste åren? Hur tycker du att det har påverkat dig? Har det påverkat ditt behov av en chef på något sätt?
14. Vilken betydelse tänker du att en chef har för arbetsmiljön?
15. Upplever du att feed-back är viktigt?
16. Vad känner du krävs för att du skall känna respekt för en chef?
17. Upplever du att det krävs några särskilda kunskaper eller erfarenheter för att vara chef för läkare?
18. Om du nu återvänder till din egen situation och din egen chef, och med respekt för att det är en svår uppgift att vara chef i sjukvården idag, hur tycker du att din närmsta chef uppfyller de behov just du har av en chef? Vilka uppfylls tycker du? Vilka behov upplever du inte uppfylls?
19. Upplever du att det skiljer sig åt hur man leder läkare och hur man leder andra yrkeskategorier på kliniken? Hur upplever du det?
20. Om du skulle säga de tre kanske viktigaste funktionerna en chef har för dig, vad skulle det vara i så fall?
21. Är det något ytterligare som som du har funderat på omkring behovet av en chef? Något du skulle vilja nämna?