

# VÅRDCENTRALENS ARBETSSÄTT FÖR EN ATTRAKTIV ARBETSPLATS – I FÖRHÅLLANDE TILL ANVÄNDNINGEN AV STAFETTLÄKARE

Kandidatuppsats i Offentlig förvaltning

Kerstin Hedin  
Carolina Larsson

HT 2014:KOF04



HÖGSKOLAN I BORÅS

**Svensk titel:** Vårdcentralens arbetssätt för en attraktiv arbetsplats

**Engelsk titel:** Health center's approach to an attractive workplace

**Utgivningsår:** 2015

**Författare:** Kerstin Hedin och Carolina Larsson

**Handledare:** Roy Liff

### **Abstract**

*A subject that is recurrent in media is the use of relay doctors. The topic is current and according to us unexplored. This study was conducted to provide insight of health center's management and ways of working to be an attractive workplace. We have through interviews created a picture of the relay doctors' views of working in a health center and about why they choose this form of employment. To obtain data, we have assumed a theoretical framework that has covered how an interaction can occur between the allocation of functions, ways to lead and ways to create motivation. This has been the basis for our choice of semi-structured interviews. The most obvious factor has been crucial to select a position as a relay doctor instead of a permanent employment proves to be freedom. This freedom has given the doctors has more control over their working time and choice of holiday in terms of both duration and when. Something that clearly emerges from this study is the lack of time that is often mentioned in most contexts. Health care managers feel that they do not have enough time for development and doctors consider themselves have too little time for patients and administrative work. Previous research involves management and organization in healthcare mainly in large hospitals, while research on smaller units is largely lacking. Furthermore, this study opens up for further research in primary care as this study demonstrates that there are clear gaps existing resources and workload. The language of this paper is Swedish.*

**Keywords:** *leadership, primary care, relay doctors, implicit contract*

## Sammanfattning

*Ett ämne som är återkommande i medier är användningen av stafettläkare. Ämnet är aktuellt och enligt oss outforskat. Denna studie har genomförts för att ge en inblick av vårdcentralens ledning och sätt att arbeta för att vara en attraktiv arbetsplats. Vi har genom en intervjustudie skapat en bild av stafettläkarnas syn av att arbeta på en vårdcentral och om varför de väljer denna form av anställning. För att få fram data har vi utgått från en teoretisk referensram som har omfattat hur ett samspel kan uppstå mellan fördelningen av arbetsuppgifterna, sätt att leda och sätt att skapa motivation. Detta har legat till grund för vårt val av semistrukturerade intervjuer. Den tydligaste faktorn som varit avgörande för att välja en anställning som stafettläkare istället för en fast anställning visa sig vara friheten. Denna frihet har lett till att läkaren själv kan styra över sin arbetande tid och val av semester såväl när som varaktighet. Något som tydligt framkommer i denna studie är tidsbristen som ofta nämns i flertalet sammanhang. Verksamhetschefer anser sig ha för lite tid för utveckling och läkare anser sig ha för lite tid för patienterna och det administrativa arbetet. Tidigare forskning berör ledning och organisering inom sjukvård främst inom storsjukhus, medan forskningen på mindre enheter saknas i stor utsträckning. Vidare öppnar denna undersökning upp för vidare forskning inom primärvården då denna studie påvisar att det finns tydliga brister gällande resurser och arbetsbelastning.*

**Nyckelord:** *ledarskap, primärvård, stafettläkare, implicita kontraktet*

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	- 1 -
1.1	Problembeskrivning .....	- 2 -
1.2	Syfte .....	- 2 -
1.3	Disposition .....	- 3 -
2	Tidigare forskning .....	- 3 -
2.1	Ledarskap .....	- 3 -
2.2	Förutsättningar för ledarskap inom sjukvård.....	- 4 -
2.3	Ledarskap inom sjukvården.....	- 5 -
2.4	Ledarskap inom primärvård .....	- 7 -
2.5	Sammanfattning och vidare grund för val av teori.....	- 8 -
3	Teoretisk referensram.....	- 8 -
3.1	Motivation, ledarskap och arbetssätt .....	- 9 -
3.2	Förväntansteori.....	- 10 -
3.3	Balansteori.....	- 10 -
3.4	Sammanfattning som utmynnar i en kodifierad teoretisk referensram .....	- 11 -
4	Metod. ....	- 12 -
4.1	Vårdcentralen – en del av sjukvårdsorganisationen .....	- 12 -
4.2	Val av metod .....	- 12 -
4.3	Urval.....	- 12 -
4.4	Val av datainsamling .....	- 13 -
4.5	Analys av data .....	- 14 -
4.6	Etiska aspekter.....	- 14 -
5	Resultat.....	- 14 -
5.1	Arbetsförhållanden inom verksamheten.....	- 14 -
5.2	Förväntningar inom verksamheten .....	- 16 -
5.3	Verksamheten som en fungerande enhet.....	- 18 -
5.4	Sammanfattning .....	- 21 -
6	Analys.....	- 22 -
6.1	Arbetsförhållanden inom verksamheten utifrån balansteorin .....	- 22 -
6.2	Förväntningar inom verksamheten utifrån förväntansteorin .....	- 23 -
6.3	Verksamheten som en fungerande enhet utifrån Watsons treenighet .....	- 24 -
6.4	Sammanfattning .....	- 25 -
7	Diskussion .....	- 26 -
7.1	Resultatets likheter i jämförelse med storsjukhus och vårdcentraler .....	- 26 -
7.2	Resultatets skillnader i jämförelse med storsjukhus och vårdcentraler.....	- 28 -
7.3	Sammanfattning .....	- 29 -
8	Slutsats .....	- 30 -
	Referenser.....	- 32 -
	Artiklar .....	- 32 -
	Böcker .....	- 33 -
	Internetkällor .....	- 33 -

# 1 Inledning

Läkare som anställs tillfälligt på vårdcentraler där behovet finns, så kallade stafettläkare, har under de senaste åren lett till stora kostnader för landstingen. Mellan 2011 och 2013 har kostnaderna för inhyrd personal enligt SKL ökat från 2,45 till 2,85 miljarder kronor (SVT, 2014). År 2003 försökte alla Landsting införa ett hyrläkarstopp, men det var inget som fungerade. Dock är alla Landsting ombedda av SKL (Sveriges kommuner och landsting) att arbeta för att minska användningen av stafettläkare och effektivisera användningen av den personal som finns idag (SVT, 2012). De problem som kommer med användningen av stafettläkare förutom högre kostnader är brist på kontinuitet och sämre kontaktnät när det gäller samarbetet med andra läkare kring samma patient. Andra aspekter som kan påverka vården negativt är att stafettläkare inte tar vara på de resurser som finns lokalt vare sig vad det gäller inom eller utanför sjukvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2005).

En viktig del i vården är att den är patientfokuserad och för att detta mål ska uppnås krävs det att vården planeras i samförstånd med patienten. Därav blir kommunikationen viktig och kontinuiteten behöver eftersträvas för att åstadkomma patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2009). Detta är också något som finner stöd i hälso- och sjukvårdslagen 29 a§, där det står följande:

*”Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten”*(Notisum, 29 a§, 2013).

Skulle patientsäkerheten inte uppfyllas talar det för att det finns brister i organisationen eller i dess rutiner (Socialstyrelsen, 2009).

Sveriges läkarförbund nämner å andra sidan vikten av stafettläkare inom den offentliga vården i Sverige (Sveriges läkarförbund, 2013). Riksdagens motion 2013/14: So348) nämner svårigheter med att tillsätta läkare på glesbygden (Riksdagen, 2013). När det råder brist av läkare på vårdcentraler fungerar stafettläkarna som en lösning i dessa organisationer (Sveriges läkarförbund, 2013). Det är en orsak till att behovet av hyrläkare uppstår och därmed höga kostnader, vilket i sin tur försämrar kontinuiteten för patienten (Riksdagen, 2013). Det är viktigt att stafettläkarna inte minskas innan några andra fungerande åtgärder finns och ger någon effekt (Sveriges läkarförbund 1a, 2013).

Debatten om användningen av stafettläkare talar både mot och för användningen. Det som talar mot är bland annat kostnaderna och den bristande kontinuiteten. Det som talar för användningen av stafettläkare är att den för vissa vårdenheter är den enda lösningen som finns idag. Det leder i sin tur till att det kan bli svårt att dra ner på användningen av stafettläkare. Rent hypotetiskt sett skulle sjukvårdens tillgänglighet och väntetider försämrats ännu mer om stafettläkarna tas bort helt.

Idag finns det en uttalad potentiell lösning på problemet med användningen av stafettläkare och det är att nya läkare utbildas för att ersätta stafettläkare. Ett annat synsätt är att det finns tillräckligt med utbildade allmänläkare och att det därför gäller att använda de stafettläkare som finns idag för att de ska kunna bli en del av den fasta bemanning som krävs (SVT, 2012). Då vi inte finner några grunder till att det skulle råda brist på allmänläkare, ställer vi oss frågan om förekomsten av stafettläkare kan betraktas som ett symptom på att vårdcentraler

inte är tillräckligt attraktiva snarare än som ett uttryck för en generell läkarbrist i Sverige. Vi utgår från föreställningen att det är värt att undersöka om vårdcentralerna är en tillräckligt attraktiv arbetsplats för att få stafettläkare att arbeta under fasta förhållanden. Ledarskapet som sker idag kanske inte är tillräckligt välfungerande och det krävs kanske fler faktorer som måste integreras med ledarskapet för att arbetsplatsen ska bli mer attraktiv för läkarprofessionen.

## 1.1 Problembeskrivning

Ledarskapet inom sjukvården är problematisk i och med de olika roller som finns inom organisationen. Arman, Dellve, Tengelin och Wikström (2011) påvisar att cheferna har starka roller i organisationen medan Berlin och Kastberg (2011) påvisar läkarnas starka roll genom deras kunskap och legitimation. Detta visar på att två starka logiker möts och det stärker Dellves och Wikströms (2009) resonemang om att sjukvårdens ständiga förändringar kräver speciella förutsättningar för ett lyckat ledarskap. Tidigare forskning har behandlat problematiken i mötet mellan chefer och läkare i större sjukvårdsmiljöer, till exempel storsjukhusen. Fler faktorer som påverkar sjukvårdsmiljön är enligt Dellve, Ahlberg och Skagert (2011) ansvar och överbelastning som bidrar till en allt högre stress.

På vårdcentralerna bedrivs allmänvård av patienter i en mindre enhet i förhållande till andra delar inom sjukvårdsorganisationen (Regeringen, 2008). Mindre enheter som till exempel vårdcentraler är mer utforskade än de större sjukvårdsmiljöerna. Den forskning som finns gällande primärvårdsmiljön påvisas av både Bodenheimer och Pahn (2010) samt Bergstrand (2010) att den är komplex och det finns svårigheter med rekrytering.

Vi tar fasta på att vårdcentraler är en mycket mindre enhet än storsjukhus och borde ha bättre förutsättningar för att skapa en attraktiv arbetsplats. Inom primärvården finns det påtagligt färre personer med ledande roller i relation till en enskild läkare i jämförelse med storsjukhusen. Den krock av logiker som sker på storsjukhusen enligt Dellve och Wikström (2009) bör då inte vara lika framträdande inom primärvården. Dessutom finns det faktorer för att få vårdcentraler att bli mer attraktiva arbetsplatser, som till exempel delaktighet i verksamheten och möjlighet till vidareutveckling vilket Bergstrand (2013) tar upp. Dock verkar detta inte hjälpa eller alternativt inte användas då underbemanningen är ett faktum. Det är då oklart vad som förklarar bristande attraktivitet hos vårdcentralerna och vilken lösningen är för att få en attraktiv vårdcentral. För att söka efter en sådan förståelse använder vi oss av ett koncept för ledningen på en mikronivå hämtat från Watsons (2006) med hans syn att det handlar om att skapa en fungerande treenighet av motivation, ledarskap och arbetsätt.

## 1.2 Syfte

Vårt syfte är att söka förklaringar på hur verksamhetscheferna på vårdcentralerna strukturerar arbetet för att få vårdcentralerna att bli mer attraktiva som arbetsplatser. Vidare vill vi även söka förklaringar på hur läkarna ser på arbetsplatsens trivselnivå och varför läkare väljer att bli stafettläkare. Vi vill ta reda på vilka faktorer det är som gör att en läkare väljer att stanna eller endast arbetar under tillfälliga perioder.

Våra två frågeställningar i denna uppsats blir därav:

1. Hur ser vårdcentralernas verksamhetschefer på arbetet med att skapa en attraktivare arbetsplats?
2. Hur ser stafettläkarna på vårdcentralernas arbete med att vara attraktiva som arbetsplatser och varför väljer dem att arbeta som stafett istället för som fasta läkare?

### **1.3 Disposition**

I nästkommande kapitel presenterar vi tidigare forskning som berör både ledarskap och förutsättningar inom sjukvården som leder fram till en problemdefinition. Detta avsnitt har legat till grund för studiens fokus. I kapitel 3 har vi sedan en presentation av vår teoretiska referensram där vi avgränsar oss till tre teorier som ligger till grund för vårt undersökningsmaterial till kommande empiri, här presenteras också det analysverktyg som vi har skapat av de framtagna teorierna. Kapitel 4 utgör vår metoddel där vi förklarar vårt tillvägagångssätt för insamling av material. Vidare i kapitel 5 presenterar vi vårt resultat, det insamlade materialet struktureras utefter den operationaliserade teoretiska referensram som vi har skapat. I kapitel 6 analyserar vi det resultat vi har framställt, och med hjälp av den teoretiska referensramen jämför vi vårt framtagna material med de teorier vi valt och svarar på det syfte som denna studie har. Kapitel 7 utgör vår diskussion där vi ser över vilka likheter och skillnader vi har kunnat utläsa ur vårt resultat i jämförelse med tidigare forskning. I kapitel 8 presenterar vi våra slutsatser efter genomförandet av denna studie där vi tar upp våra forskningsfrågor, konsekvenser och förslag till vidare forskning.

## **2 Tidigare forskning**

För att få en tydligare bild av ledarskap inom sjukvård vill vi först beskriva ledarskapet på en generell nivå. Ledarskap ses som något stort och svårbegripligt enligt Jönsson och Strannegård (2010, Ss.11-27). Det handlar om förståelse om hur organisering går till och hur människors handlingar kan koordineras. Ledarskap kan delas upp i två särskilda delar och de är ledning och ledarskap enligt Jönsson och Strannegård (ibid). En ledning är den som bestämmer om vad som ska göras och utgörs av en grupp människor eller en enskild individ. Ledarskap är ett samlingsnamn för de principer för ledning och en beskrivning av det arbete som chefer utför. Ledarskap är en tolkning av ett agerande och kan användas för att kategorisera vissa handlingar. Trots att det går att särskilja dem innehar de ett nära samband och interagerar ofta med varandra (ibid).

### **2.1 Ledarskap**

En definition av ledarskap inom sjukvården beskrivs av Giltnane (2013) som en process med många olika steg som ligger till grund för att identifiera mål för att sedan motivera andra människor att uppnå dessa satta mål. Denna definition passar bra in på sjukvårdsorganisationen då denna enligt Almquist (2012, s.40) påverkas av många faktorer när det gäller ledningens uppdrag i att styra, som till exempel olika regelverk, organisationskultur, vision och diverse normer och ideal. Vidare beskriver Giltnane (2013) en ledare som en person som ska påverka organisationen i en effektiv riktning och sträva efter de uppsatta mål som finns. Viktigt är också enligt Giltnane (2013) att organisationen i sig

vägleder ledarna, utvecklar dem och ökar deras självkänedom, samt sociala kompetens genom att utveckla den känslomässiga sociala delen. Ledarskap i sjukvårdsorganisationen är komplext. För att underlätta förutsättningarna för ledarskap är det viktigt enligt Almquist (2012, s.40) att ledningen är tydlig med vad styrningen i organisationen har som syfte. Det är då lättare att få förståelse från de som påverkas av denna styrning.

Enligt Edwards, Kornacji och Silversin (2002), som utfört en forskning baserat på information från USA och Storbritannien, visar den på att det finns ett missnöje bland läkare där de anser att det är ett globalt fenomen med olyckliga läkare. En möjlig orsak som nämns är bland annat arbetsbelastningen, läkare anser dessutom ofta att deras kontroll av vården urholkas genom kostnadskontroll från regeringen vilket härlett till starkare riktlinjer, regleringar och kontroller. Enligt deras forskning är arbetet som läkare svårt och känslomässigt krävande och kan påverkas av den arbetsrelaterade stressen som uppstår. Utgångspunkten gäller att läkare ska hantera sina patienter på bästa vis utan att behöva kompromissa på grund av att miljön är resursbegränsad. En sådan begränsning resulterar i stress och hög arbetsbelastning vilket i sin tur leder till frustration. Vidare nämner de att det finns ett implicit kontrakt mellan läkare, patienter, arbetsgivare och samhälle, vad de får ut av varandra och vad de får tillbaka. Enligt tidigare koncept har det sett ut så att läkarna har gjort uppoffringar och studerat hårt, de ska se patienterna och ge allra bästa vård. I gengäld har de då fått en riklig ersättning, arbetsbalans, en trygg arbetsplats, aktning och respekt samt styrt det egna arbetet. Råder det obalans i de ovanskrivna kriterierna krävs det att stärka upp det tidigare konceptet och öka ansvaret via riktlinjer, för en mer patientcentrerad vård. Dessutom nämner de att det krävs att professionerna samarbetar med varandra för att förbättra kvalitet och dessutom utföra ständiga utvärderingar. För ett fungerande arbete inom sjukvårdsorganisationen krävs det att relationen mellan läkare och organisationen omprövas. Dessutom krävs det att läkaren arbetar för att nå organisationens mål och inom dessa resursbegränsningar. Detta gör många läkare idag och de bör då även kunna få vara med och forma organisationens mål, vilket leder till att de i sin tur behöver stöd och utbildning enligt Edwards, Kornacki och Silversin (2002).

## **2.2 Förutsättningar för ledarskap inom sjukvård**

I de flesta länder är vårdens mål att de individer som är involverade i processen, vårdtagare som arbetstagare, ska känna tillfredsställelse. Dock påvisas det att det finns ett missnöje bland dem, samt en frustration hos dem som leder sjukvårdsorganisationen. Efterfrågan av sjukvård är oändlig och budgeten är begränsad vilket enligt Iles (2013) är grunden till det missnöje som uppstår. Det finns fler aspekter än just ekonomin som gör att missnöjet ökar och det är den ständiga utvecklingen som driver sjukvården mot en mer marknadsstyrd organisation. Studier i Storbritannien visar att när konkurrensen ökar sätts ledarna för sjukhusorganisationen under allt mer press (Iles, 2013). Sjukvården är en av de största och viktigaste industrierna i ett land, detta eftersom den påverkar varje enskild individ. Sjukvårdsorganisationen är dynamisk då inflödet av nya produkter, tjänster och processer är ständigt pågående. De sägs ge en positiv förändring i organisationen och bidrar till att den sjukvård de levererar idag ska förbättras. Genom att organisationen är så pass dynamisk blir arbetet för ledaren utmanande och stressande. Det är därför viktigt att ledaren har goda ledaregenskaper då det gäller att kunna påverka förändringar och förbättra relationer (Menaker, 2009). En annan aspekt enligt Iles (2013) är den jämförelse som idag sker mellan organisationerna där prestationerna mäts gentemot de mål som är satta för organisationen. Många aspekter interagerar med varandra och det är viktigt att alla samarbetar för att det ska fungera, vilket också gäller för ett



fungerande ledarskap. Det krävs att alla är lyhörda och aktivt engagerar sig för att förbättra de tjänster som finns (ibid).

Den offentliga sjukvårdsorganisationen är idag svårföränderlig, den är enformig och standardiserad enligt Duncan och Breslin (2009). Vårdpersonalen saknar drivkraften till att förnya sitt sätt de ger vård på. Trots att det finns olika arbetssätt att ta in och applicera på organisationen så görs inte detta och därför förblir sjukvårdsorganisationen splittrad. Den upplevs som splittrad då sjukvård handlar om att hjälpa och vårda människor vilket ofta inte kan utföras tillfullo då organisationen inte förändras i den mån som patienterna efterfrågar. Det handlar om att förstå sig på människan, deras känslor och upplevelser. När denna kunskap brister kan inte vårdpersonalen uppfylla patientens behov till fullo, därigenom blir relationen mellan patienten och sjukvården komplext menar Duncan och Breslin (2009). Sjukvården måste våga komma nära patienterna och involvera dem, de kan inte gömma sig bakom patientsäkerheten, självständigheten och integriteten. Det är genom patienternas erfarenheter som sjukvården kan upptäcka kvalitetsförbättringar och därigenom skapa nya vårdmodeller som arbetssätt för att upplevelsen av vården ska bli bättre för patienten (ibid).

Dellve och Wikström (2009) påtalar problematiken med att utöva ledarskap i en organisation som ständigt förändras och skapar speciella förutsättningar för att kunna utöva ledarskap. Pressen att öka kvalitén och tillgången är konstant och trycket på ledarskapet inom sjukvårdssystemet ökar och kan på så vis skapa svårigheter. För att begränsa dessa svårigheter införs nya styrmodeller, detta för att möta den ekonomiska efterfrågan. För att få en acceptans av samhället krävs det enligt författarna att sjukvården har en hög kvalitet och detta har ett starkt samband med politik.

Sjukvården har sedan 1990-talet enligt Bejerot och Hasselblad (2003) förändrats när det gäller styrningen av organisationen, detta genom nya aktörer och nya lagar i den offentliga sektorn. Politiken genomsyrar i allt högre grad vad det gäller en starkare ledningsroll, nya aktörer, resultatstyrning och insikten i organisationen. För att få vägledning för att förändra sjukvårdens styrning finns det idag till exempel inslag av kundrelaterad målstyrning (TQM, Total Quality Management) inom sjukvården. TQM är en kvalitetsstyrning som är kundorienterad vilket innebär att kunden, i detta fall patienten, är i fokus.

Idag finns det högre konkurrens för den offentliga sjukvården, det är därför av stor vikt att ledarna för sjukvårdsorganisationen har en förståelse för organisationskultur, unika och varierande insikter av den vård som levereras och förståelse av människan i sig för att kunna skapa ett fungerande arbetssätt (Duncan & Breslin, 2009). Vad som framkommer av Menaker (2009), Iles (2013), Bejrot och Hasselblad (2003) samt Duncan och Breslin (2009) är att sjukvårdsmiljön är komplex vilket kan tänkas vara en orsak att ledarskapet blir svårhanterligt.

## **2.3 Ledarskap inom sjukvården**

Läkarna är en professionell grupp som innehar betydelsefull makt och inflytande enligt Berlin och Kastberg (2011, s.16). De kan i allra högsta grad påverka organisationen i en rad olika händelser. De kan genom sin läkarlegitimitet fatta beslut om den enskilde patienten vad det gäller medicinering och behandling. Detta i sin tur påverkar resursförbrukningen inom organisationen. Läkarna ges en stark position och politikerna har svårt att styra dem då de saknar medicinsk kunskap och inte har den insikten i sjukvårdsorganisationen som läkarna

har. Detta gör att det blir ett komplext samarbete mellan professionen och politiker. Vidare innebär detta att läkarna ges en hög legitimitet genom deras kunskap och legitimation (ibid).

För att få läkare att känna sig mer engagerade och för att utveckla ledarskapet har det prövats att öka sjukvårdsorganisationernas styrka och deras effektivitet enligt Baker och Denis (2011). Genom att skapa högre grad av samarbete och effektivitet mellan de olika professionerna övervinns de professionella normer som finns inom sjukvårdsorganisationen, att klyftan mellan läkare och chefer inom sjukvården minskas. För att det ska ske en utveckling av ledarskapet så har kollektiv syn på ledarskap ansetts nödvändigt och detta genom ett samarbete på många olika nivåer inom organisationen. Där kollektiv syn på ledarskapet har prövats har det visat sig att det är lättare att uppnå organisationens mål. Dock krävs det mycket arbete för att uppfylla det samspel mellan olika nivåer som krävs för att den professionella utvecklingen och organisationens strategi samt kulturen för sjukvårdsorganisationen ska resultera i högre effektivitet (ibid).

Arman, Dellve, Tengelin och Wikström (2011) gör i sin artikel en reflektion över ledningsuppdragets sammansättning där de konstaterar att specifika logiker, roller och stress är faktorer som är en del av den ledningspraxis som finns inom sjukvårdsorganisationen. Cheferna som innehar nyckelpositionerna i organisationen har i uppgift att säkerställa sjukvårdens kvalitet, dess säkerhet, produktivitet och arbetsmiljön för det dagliga arbetet i verksamheten. Vidare enligt författarna så finns olika chefsmetoder inom vården på grund av den styrmetod som etablerades under 1990-talet, New Public Management. Besluten om kvalitativa och produktiva åtgärder fattas centralt medan ansvaret gällande verkställandet av besluten är decentraliserade. Det är cheferna som själva är företrädarna för sjukhusorganisationen och allmänheten genom förvaltningspraxis. Därigenom har de krav att uppfylla förväntningarna som kommer underifrån samt sätta principer för verksamheten som ska påverka och stärka den legitimitet som de innehar (ibid).

En studie gjord av Dellve, Ahlborg och Skagert (2011) i Västsverige visar att stress uppstår hos chefer inom sjukvårdsorganisationen och denna är i korrelation med ansvar, relationer och överbelastning. Förväntan om att de ska hantera många stressrelaterade arbetsuppgifter är tydlig dock kan detta då försämra en chefs motivation och de kan även riskera att leda till utbrändhet. Andra antaganden som kan påverka en chefsroll är genusaspekter huruvida de är man eller kvinna. Det har visat sig att kvinnor upplever stressfaktorer i högre utsträckning än män. Därav förväntas de att arbeta och ta sig an arbetsuppgifter på olika sätt. Att personalomsättningen är hög bland sjukhuschefer inom den svenska hälso- och sjukvården anser författarna beror på denna stress. För att se till att de chefer som är mest lämpade i sin roll stannar är det viktigt att stärka de villkor som krävs för att utöva ledarskap (ibid). Sjukvården har enligt Dellve och Wikström (2009) blivit allt mer fokuserad på att möta vårdtagarens inflytande i samband med privatisering, belöningssystem och marknadsföring. Ansvaret ligger på sjukvårdsorganisationen när det gäller att kvalitets- och säkerhetsställa vården. Därför kan då även ledningens begränsningar ses och det kan bli en krock mellan ledning och byråkrater som innehar två olika logiker. Ett annat perspektiv som de nämner är att det kan uppstå konflikter mellan professionella, verkställande och de administrativa områdena som ska samspela med den makt och kontroll som ges. För att upprätthålla den organisatoriska legitimiteten krävs det att ledarna hittar nya lösningar för att uppnå de mål som är satta (ibid).

Läkarna har en stark position genom sin medicinska kunskap och legitimation (Berlin och Kastberg 2011), i och med detta är det viktigt att klyftan mellan läkare och chefer minskas

(Baker och Denis, 2011). Detta genom att hitta samspelet mellan de olika professionsnivåerna (ibid). Cheferna har nyckelpositionerna i sjukvårdsorganisationen där de bland annat ska säkerställa vårdens kvalitet och säkerhet (Arman, Dellve, Tengelin och Wikström, 2011). Arbetsrollen som ledare i en sjukvårdsorganisation är ofta relaterad till stress genom ansvar och överbelastning (Dellve, Ahlberg och Skagert, 2011) samt genom sjukvårdens ständiga förändringar krävs speciella förutsättningar för ledarskap (Dellve och Wikström, 2009)

Ovanstående referenser visar att ledarskapet inte passar alla individer och att rollen som ledare är en krävande position då olika logiker möts i sjukvårdsorganisationens miljö. Dessutom är stress och överbelastning påverkande faktorer som leder till svårigheter att utöva ledarskap inom en sjukhusmiljö. Det går att utläsa i Regeringens proposition 2008/09:74 att basen i det svenska sjukvårdssystemet är primärvården, här sker den allmänna vården och begränsas inte av sjukdomsfall eller ålder. De fall som inte kräver specialistvård såsom tekniska och medicinska resurser behandlas inom primärvården. De yrkeskategorier som tillhör primärvården är bland annat läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor och kuratorer. Primärvården är en del av sjukvårdssystemet och kan också bedrivas på sjukhus, vilket innebär att vårdcentraler i sig är en minde enhet i jämförelse med sjukhus (Regeringen, 2008). Det innebär att en vårdcentral inte borde vara lika komplex som en större enhet, den mindre enheten borde ha andra förutsättningar för att lyckas med ledarskapet.

## **2.4 Ledarskap inom primärvård**

En forskning gjord i USA av Bodenheimer och Phan (2010) visar en brist på vad det gäller läkare som vill arbeta inom primärvården. Beskrivande drag av denna vårdenhet är en första kontaktens vård som ser till hela patienten, här sker även en sammanlänkning med resterande hälsosystem. Primärvården bedriver sin vård på mindre och medelstora kliniker, men majoriteten är övervägande små kliniker med endast ett fåtal anställda läkare per enhet. Bodenheimer och Phan (ibid) påvisar att många primärvårdsläkare upplever att de jobbar i ineffektiva arbetsmiljöer med arbetsscheman som känns överväldigande fulla. Dessutom finns det en hög grad av administration och samspelet mellan läkare och patient har minskat allt mer. Primärvården är enligt Bodenheimer och Phan (ibid) allt mer komplex.

Idag råder det enligt Bergstrand (2013) underbemanning och rekryteringssvårigheter inom primärvården i Sverige. Allt mer arbete flyttas från sjukhusen och det blir allt stressigare arbetsförhållanden för primärvården som får en högre arbetsbelastning. Detta kan leda till missnöjda patienter och minskad arbetsglädje hos de anställda. Vidare nämner författaren fem faktorer som kan påverka till att läkare väljer att stanna kvar eller söker sig till en arbetsplats nämns som; goda arbetskollegor, antalet anställda, delaktighet i de beslut som tas inom verksamheten, tillräckligt med administrativ tid och möjlighet för vidare kompetensutveckling. Som förslag för att göra primärvården mer attraktiv bör enligt Bergstrand (2013) läkarnas press om antalet invånare per läkare anpassas till de omständigheter som kan finnas. Dessa gränser bör då inte töjas på vid underbemanning. Då detta kan leda till negativa följder och det blir en allt för hög arbetsbelastning för läkarna. En annan aspekt som han nämner är att de vill vidhålla kontinuiteten, då en patient får träffa samma läkare leder det till färre besök för patienten som också blir mer nöjd. En läkare bör även i högsta grad få styra sin arbetsdag vad det gäller tidsbokning och administration. Dessutom behöver ständigt nya medel enligt Bergstrand (ibid) tas fram för att minska omständigheterna kring den administration som läkarna måste utföra. Lönen är även en påverkande faktor, dock inte den största. För att ge en rättvis bild av yrket krävs det ändå att

denna är relevant och ter sig som en symbol för att signalera om att det satsas på läkare inom primärvården (ibid).

## 2.5 Sammanfattning och vidare grund för val av teori

Ledarskap på en generell nivå kräver hög grad av tydlighet (Almqvist, 2012, s.40). Sjukvårdsorganisationen i sig är en komplex organisation då den är svårföränderlig och skapar svåra förutsättningar för sjukvårdspersonalen (Duncan och Breslin, 2009). I och med sjukvårdens förutsättningar blir ledarskapet inom sjukvården problematiskt (Arman, Dellve, Tengelin och Wikström, 2011), ofta på grund av att ledarnas logik krockar med läkarnas logik (Dellve och Wikström, 2009, Berlin och Kastberg, 2011). Tidigare forskning påvisar att det finns olika motivationsfaktorer som vidareutbildning, medverkan i ledarskapet och påverkan om hur organisationen ska ledas (Edwards, Kornacki och Silversin, 2002). Vårdcentralen är en mindre enhet i förhållande till hela sjukvårdsorganisationen (Regeringen, 2008), vilket borde göra den mindre komplex och resultera i bättre förutsättningar för lyckat ledarskap. Till störst del grundar sig den tidigare forskningen i storsjukhusmiljöer med dess komplexitet och tendensen till att vara svårstyrd. De små enheterna så som vårdcentraler är inte lika utforskade. Enligt Bergstrand (2013) finns det faktorer som kan påverka huruvida läkarna ser primärvården som en attraktiv arbetsplats och det är bland annat antalet anställda i förhållande till antal patienter, att de kan vara delaktiga i verksamheten och har möjlighet för vidareutveckling. Primärvården verkar idag enligt Bergstrand (ibid) inte vara en tillräckligt attraktiv arbetsplats då det råder rekryteringssvårigheter vilket bland annat leder till underbemanning och arbetsbelastningen blir hög i förhållande till enheten. För att förstå den mindre enheten måste vi studera ledarskap på mikronivå, vilket Watson (2006) tar som utgångspunkt i sin teori.

Enligt Watson (2006, Ss. 80-82) är ledning av människor och ledning av arbete i hög grad kopplade till varandra. Vi kan inte förstå den ena om vi inte förstår den andra och vi kan inte förstå någon av dem om vi inte förstår hur människan fungerar. För att förstå människan spelar förståelsen av kultur, samtal och berättelser en stor roll. Det handlar om människans instinkter som påverkar de dagliga beslut som fattas på ett underliggande sätt. Kulturen grundar sig i ett gemensamt tyckande gällande förståelsen av regler och moral, det ger människan ordning i livet och skapar en balans mellan olika förhållanden. Som till exempel instinkter och sociala förpliktelser, känslor och rationalitet, samt den personliga identiteten och delen av samhället (ibid). Att se motivation, ledarskap och arbetssätt som tre skilda saker är något som avfärdas av Watson (2006, Ss. 310-311) detta då han anser att de integrerar med varandra och fungerar som en treenighet. Denna treenighet skapar det implicita kontraktet mellan arbetstagaren och arbetsgivaren, vilket innebär de oskrivna överenskommelserna som gör arbetstagaren mer tillfredsställd (ibid). Vi saknar kunskap om i vilken utsträckning denna treenighet är funktionell eller problematiskt inom en sjukvårdsenhet från tidigare studier. Samt om detta kan vara en förklaring till att en vårdcentral kan upplevas vara oattraktiv som arbetsplats för läkare.

## 3 Teoretisk referensram

I detta avsnitt presenterar vi tre teorier som ligger till grund för uppsatsens fokus samt våra semistrukturerade intervjuer. Dessa teorier är Watsons (2006, Ss. 310-319) treenighet gällande motivation, ledarskap och arbetssätt, Vrooms förväntansteori (Lee, 2007) gällande

förväntan om uppfattning från individen och dess sannolikhet att dennes strävan kommer leda till ett bra resultat. Samt Adams balanst teori (Watson, 2006, Ss. 324-325) gällande hur arbetsmoralen kan påverkas då individens arbetsinsats jämförs med andra kollegor. För att få ytterligare förståelse av Watsons (2006, Ss. 310-319) treenighet anser vi att Vroom och Adams respektive motivationsteorier är av vikt. De ligger delvis till grund för Watsons (2006, s.324) teori då han anser att dessa motivationsteorier är relevanta dock anser han att dessa behöver utvecklas för att få effekt.

### 3.1 Motivation, ledarskap och arbetssätt

Watsons (2006, Ss. 310-319) utgångspunkt för sin teori sker på en mikronivå vilket är passande för denna studie då fokus utgörs av ledarskap på mindre värdenheter.

Enligt Watson (2006, Ss 310-311) anser de flesta att *motivation*, *ledarskap* och *arbetssätt* är tre skilda saker. Men i verkligheten är dessa tre integrerade med varandra. Varje del behöver bearbetas så att den i sig kan vinna förtroende i arbetstagarens ögon. Vid tal om *motivation* ligger fokus ofta på de personer som utför de olika arbetsuppgifterna. När det talas om *ledarskap* ligger fokus ofta på den person som påverkar hur arbetsuppgifterna ska delas upp. När det sedan talas om *arbetssätt* ligger fokus ofta på de egna arbetsuppgifterna som länkar ihop de decentraliserade arbetsuppgifterna med hur hela organisationen är strukturerad. Det är viktigt att komma ihåg att en enda person inte kan hålla en organisation flytande ensam påpekar Watson (ibid). Under dessa huvudrubriker, motivation, ledarskap och arbetssätt, finns det andra aspekter som måste fungera för att organisationen ska fortsätta existera i framtiden. Det kan till exempel handla om rivalitet, anpassning, relationer mellan kollegor, samt ordning och struktur för produktiviteten som avdelningen bidrar med (ibid).

Relationen mellan arbetstagare och arbetsgivare är av stor vikt menar Watson (2006, Ss. 312-315), fokus hamnar då på vad och hur människan tänker respektive agerar. Både arbetsgivaren och arbetstagaren har sin egen respektive strategi och det är när arbetsgivaren och arbetstagaren samspelar som dessa båda strategier kan förverkligas. Det gäller för arbetsgivaren att kunna engagera sin arbetstagare att göra de arbetsuppgifter som krävs, kunna visa vad de får ut av det och visa att de är med och bidrar i det stora hela. Kärnan i relationen mellan organisationen och arbetstagarna är förståelsen av det implicita kontraktet (ibid). Ledarens insatser i treenighetens alla delar, motivation, ledarskap och arbetssätt, är ett försök till att påverka arbetstagarnas uppfattning och förståelse av det implicita kontrakt som denna treenighet skapar. Hur människan agerar på en arbetsplats grundar sig i den förståelsen av "anställningsdealen". Det handlar inte enbart om att motivera arbetstagarna med hjälp av ett specifikt incitament menar Watson (ibid), det handlar om förhandlingar. Det kan till exempel gälla ett löfte om högre ersättning till följd av att arbetstagaren utför en specifik uppgift. Problemet är att det inte enbart finns en aspekt för ledaren att ta hänsyn till, det finns många. Det är därför viktigt att ledaren kan etablera arbetsrelationer och skapa en klar förståelse för relationens utformning (ibid).

Arbetstagaren ska enligt Watson (2006, Ss. 316-319) veta vad denne får ut i förhållande till vad den ger till organisationen. Ökar arbetstagaren sina satsningar och initiativ, ökar denne också riskerna med sin hälsa och det mentala välmående, samt att denne accepterar en högre grad av ledningsmakt över sig. Dock kan arbetstagaren vara villig att göra detta om de vet vad belöningen innebär. Belöningar kan vara komplexa mixar av pengar, beröm och lojalitet, samt högre lön, bättre säkerhet och möjligheter till avancemang inom arbetet. När arbetstagaren

anser att dennes input är värt uppoffringarna för att nå output anser arbetstagaren att det finns en balans i logiken. Om ledaren finns med i det dagliga arbetet sker sådana förhandlingar kontinuerligt. Det är inte organisationen i sig som är förhandlaren utan det sker en förhandling mellan ledaren och arbetstagaren menar Watson (ibid). Det är känt både på samhällsnivå och på vetenskapsnivå att av de människor som blir tillsagda är det inte alla som följer det som är sagt. På dessa olika nivåer finns det en viss grad av ”ge och ta”- förhållande som innebär att de som har blivit tillsagda även får gehör för deras vilja (ibid). För att ytterligare förstå innebörden av det implicita kontraktet finns det två teorier, dessa är Vrooms förväntansteori och Adams balansteori. Vrooms förväntansteori (Lee, 2007) handlar om en balans mellan den egna ansträngningen och det egna utbytet. Alltså medarbetarens uppfattning om en gjord arbetsinsats kan förväntas leda till det avsedda resultatet och utbytet för medarbetaren. Adams balansteori (Watson, 2006, Ss.324-325) handlar om ett slags rättvisetänkande. Arbetstagaren värderar sin egen relation mellan arbetsinsats och eget utbyte i förhållande till vad andra arbetstagare får i förhållande till sina arbetsinsatser. Upplever arbetstagaren sitt utbyte som orättvist kan detta enligt teorin påverka arbetsmoralen på ett negativt sätt.

### **3.2 Förväntansteori**

Vrooms förväntansteori innebär en förväntan om individens uppfattning om hur stor sannolikheten är att dennes strävan kommer leda till ett bra resultat. Uppfattningen grundar sig i övertygelsen om den egna kapaciteten och vad det kan leda till. Förväntan blir alltså hög om individen tror att utfallet blir bättre desto högre ansträngning. Detta har ett samband med individens självuppfattning. Vroom har tre kriterier för att individerna ska känna motivation. Vilket först innebär en värdering om beteende i förhållande till utfall, det andra kriteriet är att beteendet i sig faktiskt också är avgörande för utfallet. Sista kriteriet som nämns är att individen måste känna att de är kapabla till att utföra beteendet för att uppnå avgörande resultat (Lee, 2007). Vrooms förväntansteori (Watson, 2006, Ss.326-328) tar upp målmedvetenheten, att arbetstagarna gör medvetna val och ansträngningar för att nå resultatet de eftersträvar. Resultatet kommer ge en belöning som tillfredsställer ett viktigt behov, ansträngningen blir meningsfull om tillfredsställelsen av behovet är tillräckligt starkt. Viktigt är att se till arbetstagarens erfarenheter och tekniska kunskap (ibid).

### **3.3 Balansteori**

Adams balansteori handlar om en grundläggande insikt i den satta arbetsstrukturen och det implicita kontraktets koncept. Det handlar om ett strategiskt utbytestänk där fokus hamnar på huruvida arbetstagaren uppfattar eller förstår de avtal som de ingår med arbetsgivaren som ska stå i balans med arbetstagarens egen arbetsinsats. Adams balansteori består i att se huruvida en arbetstages arbetsmoral förändras när arbetstagaren jämför sitt arbete i förhållande med vad den personligen får i utbyte med en arbetskolligas utbyte som har samma arbetsinsats. Allt handlar om uppfattning om huruvida personen i fråga uppfattar arbetsinsatsen som rimlig i förhållande till sin avkastning jämfört med vad andra får för sina arbetsinsatser (Watson, 2006, Ss. 324-325).

### 3.4 Sammanfattning som utmynnar i en kodifierad teoretisk referensram

För en fungerande organisation måste motivation, ledarskap och arbetssätt interagera med varandra enligt Watson (2006, Ss.310-319). Det är dessa tre faktorer som tillsammans skapar det implicita kontraktet och för att få treenigheten att fungera är relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare av stor vikt. Det gäller att arbetstagare har en klar bild av vad som kommer ut av den insats som den tillför till organisationen. Vrooms förväntansteori (Lee, 2007) handlar om individens självuppfattning vad det gäller sambandet mellan förväntan och utfall. Adams balanst teori (Watson, 2006, Ss. 324-325) berör hur utfallet påverkar individens arbetsmoral. Huruvida arbetsinsatsen resulterar i en rimlig avkastning i individens uppfattning när den jämförs med liknande insatser av andra arbetskategorier och dess avkastning.

För att förstå hur arbetet sker inom vårdcentralen och vad det är som påverkar deras attraktivitet väljer vi att utgå från Watson (2006, Ss.310-319) där han har ett klart syfte med sin treenighet och med hjälp av detta kunna påverka det implicita kontraktet. För att nå fram till Watsons teori grundar vi vägen dit med hjälp av Vrooms och Adams respektive teori (Lee, 2007 och Watson, 2006, Ss.324-325). Detta för att få en förståelse för vilka förväntningar stafettläkarna står med gentemot läkarnas förväntningar av sina arbetstagare och var i balanst teorin de båda yrkeskategorierna behöver stå för att få en god sådan. Därefter kan vi undersöka hur vårdcentralcheferna arbetar för att skapa en attraktiv arbetsplats genom Watsons (2006 Ss. 310-319) treenighet.

Teori	Rubrik	Verksamhetschef	Stafettläkare
<b>Adams</b>	Arbetsförhållanden inom verksamheten	Verksamhetens arbetssätt	Den anställdes uppfattning om arbetsstrukturen
<b>Vroom</b>	Förväntningar inom verksamheten	Förväntningar på stafettläkarna	Förväntningar på arbetsplatsen och dess arbetsuppgifter
<b>Watson</b>	Verksamheten som en fungerande enhet	Faktorer som krävs för att få en fungerande enhet enligt verksamhetscheferna	Faktorer som krävs för en fungerande enhet enligt stafettläkarna

Tabell 1

Vi har genom de tre respektive teorierna skapat oss en kodifierad teoretisk referensram som har sammanfattats i tabell 1, denna kommer ligga till grund för vår struktur av kommande resultat. Under första rubriken ”Arbetsförhållanden inom verksamheten” kommer vi presentera verksamhetschefernas syn på det arbetssätt som sker i verksamheten och därefter stafetternas syn av det. Den andra rubriken ”Förväntningar inom verksamheten” kommer leda fram till vad verksamhetscheferna anser kring sina förväntningar gällande sina anställda samt hur enheten ska bedrivas på bästa sätt. Under denna rubrik kommer vi också presentera stafettläkarnas förväntningar på den arbetsplats, arbetsmiljö och arbetsuppgifter som de har. Under den sista rubriken ”Verksamheten som en fungerande enhet” kommer vi redogöra för vilka faktorer de respektive respondentgrupperna anser är viktiga för att få en fungerande

enhet. I det avsnitt vi presenterar vårt resultat kommer varje rubrik att presenteras med följande två underrubriker.

## **4 Metod.**

### **4.1 Vårdcentralen – en del av sjukvårdsorganisationen**

Grunden inom den svenska sjukvården är vårdcentralen. Här sker oftast den första kontakten då människan har problem med sin hälsa. Därefter bedöms patienten av en läkare om den kan få vård på plats eller behöver specialiserad vård på ett sjukhus. En vårdcentral har öppet på vardagar, alla under dagtid och många har även jour då de har öppet på kvällar, helger samt nätter. Inom denna enhet är de flesta läkarna allmänläkare, vilket innebär att de är specialister i allmän medicin och kan bedöma olika människors hälsotillstånd. Allmänläkare behandlar både de vanligaste folksjukdomarna och även lättare former av kroniska sjukdomar som diabetes. Syftet är att patienten ska kunna få kontinuitet genom att få träffa samma läkare med alla sina besvär. Det finns flera olika yrkesgrupper på en vårdcentral och det kan variera på de olika vårdcentralerna. Exempel på yrkesgrupper är distriktsköterskor, undersköterskor, barnmorskor, läkarsekreterare och fysioterapeuter. Det kan dessutom ibland finnas arbetsterapeuter, dietister, kuratorer och psykologer (1177 Vårdguiden, 2014). Vårdcentralen är inte enbart alltid den enda kontakten med sjukvården utan kan vara det första kontakten som leder till att patienter remitteras vidare till specialistenheter inom andra delar av sjukvårdsverksamheten. Verksamheten bedrivs på mindre enheter och varje enhet har få anställda läkare (Bodenheimer och Pahn, 2010). Idag råder det rekryteringssvårigheter inom primärvården som är allt stressigare och högre belastat (Bergstrand, 2013).

### **4.2 Val av metod**

För att ta reda på hur verksamhetscheferna arbetar för att skapa en attraktiv arbetsplats och varför läkarna väljer att ta en anställning som stafettläkare har vi använt oss av en kvalitativ ansats som utgångspunkt för vår studie. Detta då vi ville få en förståelse för hur sjukvårdsorganisationens ledning fungerar på vårdcentraler. Vi ville få en inblick av ledningens samt läkares perspektiv av arbetssättet som skett inom organisationen. I och med att vårt fokus har varit att samla in fakta för att få en ökad förståelse och inblick har vi alltså inte varit ute efter att söka statistiska uppgifter. Vi har eftersträvat en förståelse av den sociala verkligheten och dess sociala ordning vilket kräver en kvalitativ studie (Bryman, 2012, Ss. 340-341).

### **4.3 Urval**

Vi gjorde ett målstyrt urval, detta för att få fram skillnader mellan olika aktörer. Vi ville att detta skulle leda oss till en mer specificerad uppfattning om fenomenet. Vidare innebar det att det inte blev något slumpmässigt urval utan vi ville säkerhetsställa att vi fick med alla de olika aspekter som grundade sig i vår studies syfte. Urvalet innebar att vi inte generaliserade vårt resultat i förhållande till en population, detta var inte vår tanke med våra intervjuer. Vi ville få fram en social förståelse av vårt tänkta forskningsområde därav ansåg vi att målstyrt urval var den metod som passade vår situation bäst (Bryman, 2012, s.392).



Vi samlade in data genom sju olika intervjuer, som har utgjort grunden för vårt resultat. Tanken med dessa intervjuer var att de skulle fördelas relativt jämt på vårdcentralchefer och stafettläkare. Verksamhetscheferna har alla olika kunskaper både vad det gäller antal år av erfarenhet som chef och användningen av stafettläkare. Även stafettläkarna som vi har intervjuat har haft varierande erfarenheter både vad det gäller deras tidigare år som fastanställd läkare samt som stafettläkare. Eftersom båda våra respondentgrupper har varierande erfarenheter har detta gett oss en bred data. Vi ville jämföra båda respondentgruppernas respektive syn av vårdcentralen, huruvida attraktiva de är som arbetsplats. Utfallet av de intervjuer vi fick blev fyra verksamhetschefer från fyra olika vårdcentraler och tre stafettläkare. Dessa respondentgrupper hade inget samband dem emellan. Detta gav oss inte möjligheten att jämföra vårdcentralerna sinsemellan dock gav det oss möjligheten att se ledarskap som fungerar och få synen av ledarskap som inte fungerar. Vi kontaktade verksamhetscheferna via telefon för att boka intervjutid, här stötte vi på motstånd då många inte ansåg sig ha tid för att ta mot oss. För att vidare få kontakt med stafettläkare via dem blev än svårare då verksamhetscheferna inte ville belasta sina läkare som redan var tidspressade. För att få intervjutid med stafettläkare fick vi istället gå via bemanningsföretag och privata kontakter. Detta ledde i sin tur att vi endast fick tillgång till tre intervjuer med stafettläkare, vår önskan var fyra intervjuer.

#### **4.4 Val av datainsamling**

Vi anser att vi hade ett tydligt fokus vid utforskningen av vårt område med tillhörande specifika frågeställningar som har rört innehållet i vår kodifierade teoretiska referensram. Bland annat har vi ställt frågor som rör arbetsförhållandena och förväntningarna inom verksamheten, samt vad som utgör en fungerande enhet. Därför använde vi oss av semistrukturerade intervjuer. Då vi kontaktat flera respondenter var denna typ av intervju att föredra och genom den intervjuguide som semistrukturerade intervjuer innefattar kunde vi lättare säkerställa att det gick att göra en viss jämförelse. Då vi har haft ett specifikt fokus – vårdcentralen och dess ledning, samt att vi ville i någon mån kunna jämföra de svar vi fått så kändes semistrukturerade intervjuer som en bra metod för vår datainsamling (Bryman, 2012, Ss. 414-416). Vi ville få fram varje individs enskilda svar och bedömde därmed att fokusgrupper inte vara av passande karaktär som skulle innebära en form av gruppintervju (Bryman, 2012, s. 446). I vår intervju utgick vi från olika teman som vi baserade från våra teoretiska utgångspunkter, i vårt fall Watson, Adams och Vroom. Vi ville att våra respondenter skulle kunna svara med stor frihet, dock ville vi givetvis ha en viss ordning på våra frågor men med inslag av möjlighet till flexibilitet, vilket sammanfaller med strukturen av semistrukturerade intervjuer. Vi såg även positivt på denna form av datainsamling då följdfrågor kunde ställas i de fall vi ansåg att behovet fanns (Bryman, 2012, Ss. 414-416). Vi uteslöt därför enkäter som en kvalitativ metod för datasamling då den medför risken att svar uteblir och det går dessutom inte att ställa några följdfrågor. Dessutom finns det en risk att relevanta frågor inte ställs med en enkät då forskarens frågor kan förändras under en intervju. Detta då förståelsen förbättras under samtalet med respondenten som är mer insatt i det ämne som berörs (Bryman, 2012, s. 229).

När det gäller intervjusituationen i sig var vi medvetna om att den kunde vara komplicerad då vi som intervjuare inte kände respondenterna sedan tidigare. Vi öppnade möjligheten för att ha en vidare kontakt via telefon och mail för att konfirmera innehållet (Alvesson, 2011, s. 43).

## 4.5 Analys av data

Genom vår kvalitativa forskning har vi fått fram ett resultat som berör ledarskap inom hälsa och sjukvård och den verklighet som utspelar sig på vårdcentraler genom intervjuer. Detta resultat ställde vi mot vår kodifierade teoretiska referensram för att sedan dra en slutsats om huruvida ledarskapet i verkligheten följde det som går att utläsa i vår teoretiska referensram (Bryman, 2012, Ss. 340). Vilket har inneburit att vår analys har grundat sig i tre respektive teorier, Watson, Vroom och Adams.

Vid analysen av våra utförda intervjuer har vi använt oss av *meningskoncentrering*. Detta innebär att vi har koncentrerat innehållet i intervjun från långa uttalanden till korta sammanfattningar. Sedan satte vi samman intervjuernas innehåll och organiserade detta enligt *narrativ strukturering*, så att de olika uppfattningarna som kommit fram har lett till en flödande berättande text (Kvale, 1997, s.174). Vidare har vi strukturerat texten utefter tabell 1 som innefattar alla tre teorier som nämns i stycket ovan. Vår kodifierade teoretiska referensram har genomgående strukturerat både för resultat- och analysavsnittet.

## 4.6 Etiska aspekter

Då vi använt oss av en kvalitativ undersökning var det viktigt att vi förhöll oss till de etiska aspekter som finns. Detta har inneburit att vi enligt informationskravet har informerat våra respondenter att deras deltagande varit frivilligt och att de fått en chans att känna sig förberedda inför intervjun och enligt samtyckeskravet haft möjlighet att avböja. Ett annat krav vi tagit hänsyn till är att vi har skyddat våra respondenter genom att hålla deras identitet anonym, vilket gör att vi har uppfyllt konfidentialitetskravet. Dessutom kommer våra data endast att användas för forskningssyfte vilket leder till att vi även uppfyller nyttjandekravet (Bryman, 2012, Ss. 131-132).

# 5 Resultat

Vårt resultat grundar sig på sju intervjuer varav fyra intervjuer med verksamhetschefer på fyra olika vårdcentraler. Genom dessa intervjuer har vi strävat efter att få fram deras arbetssätt hur det går till gällande att få vårdcentralen att vara en attraktiv arbetsplats och deras syn samt erfarenheter av stafettläkare. Kvarvarande tre intervjuer grundar sig på stafettläkares syn på vårdcentralen som arbetsplats och varför de väljer denna anställningsform. Upplägget för detta avsnitt grundar sig i tabell 1 med tillhörande rubriker och underrubriker.

## 5.1 Arbetsförhållanden inom verksamheten

### Verksamhetens arbetssätt

Vi uppfattar att det finns olika sätt att leda verksamheten på och det finns olika metoder att använda sig av. Bland annat nämns LEAN med tillhörande arbetsflöden som ett arbetssätt samt teamarbete. Teamarbetet var ett val som skulle gynna den enhetens patienter gällande dess kontinuitet. Ett annat arbetssätt som framkom var att verksamheten väljer att vara en tillgänglig enhet för patienten och arbeta för medarbetarnas delaktighet i den dagliga

verksamheten. Rutiner för varje arbetsgrupp sågs även som ett arbetssätt där varje yrkesgrupp på vårdcentralen hade sina respektive rutiner att förhålla sig till. Verksamhetscheferna påpekar tidsbristen när det gäller utveckling av det arbetssätt som råder på vardera vårdcentral. Vidare nämns det vårdval som råder sedan 2009 som har lett till ökad konkurrens gällande patienter och att även ekonomin har påverkats:

*”Sedan vårdvalet 2009 har vi en annan ekonomi, alltså sämre.”(verksamhetschef)*

Både den ökade konkurrensens och den sämre ekonomin har lett till att personalen blir sliten enligt verksamhetscheferna. Det ställs allt högre krav på produktivitet vilket innefattar fler patientbesök per läkare.

Vad det gäller de olika logikernas beslutsfattande verkar det inte råda några tvivel om vem som ska ta besluten i diverse situationer. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret och har en medicinsk rådgivare till förfogande gällande medicinska beslut, då ingen av våra respondenter själva var läkare. De framhöll även läkarnas beslutsfattande som självklar genom deras utbildning och de riktlinjer som finns gällande patientdiagnostisering. Vilket innebär att läkarna har självständigheten att fatta medicinska beslut till skillnad på övriga yrkesgrupper på vårdcentralen. Verksamhetscheferna förtydligar att de är en form av mellanchefer i en organisation där det finns många olika nivåer:

*”... jag sitter ju som en hamburgare då mellan bröden, en ovan och en nedanför...”(verksamhetschef)*

Verksamhetscheferna framhäver att deras vårdcentralsenhet endast är en liten del i den stora sjukvårdsorganisationen, där den högsta chefen inte medverkar i den verklighet som en verksamhetschef för en vårdcentral gör. Vidare påpekar de att de fungerar som en budbärare till sina medarbetare samtidigt som de försöker lyfta information från medarbetarna uppåt i ledet, därför är det viktigt att vara lyhörd och signalera både uppåt och nedåt i organisationen.

Enligt verksamhetscheferna så är läkarna styrda av övergripande regler och rutiner gällande behandlingar av patienter. Dock är de fria att lägga upp sitt arbetssätt, men viktigt då är att behandlingen sker lika oavsett vilken vårdcentral som patienten söker sig till. Vid val av medicinering är läkarna även här styrda genom REK-listan som anger de billigaste läkemedlen på marknaden. Detta leder till en viss begränsning för läkarna vid medicinskt beslutsfattande.

Genom verksamhetscheferna går det då att uppfatta tre viktiga kännetecknen på hur verksamheten styrs. Dessa är övergripande regler och rutiner, högre produktivitetskrav och att det finns en självständighet i det medicinska beslutsfattandet. Dessa regler och rutiner skapas från högre instanser och ska verkställas av verksamhetschefen som i sin tur skapar egna rutiner för den egna enheten.

## **Den anställdes uppfattning om arbetsstrukturen**

Arbetssättet skiljer sig åt på de olika vårdcentralerna och det finns inte något specifikt återkommande mönster gällande strukturen av arbetet. Något som också har känts av enligt respondenterna är det fria vårdvalet som lett till högre arbetsbelastning. Högre press och mer ekonomiskt tänkande skulle leda till vinster för vårdcentralerna vilket i sin tur skulle leda till en större budget till utbildning för den fasta personalen. Dock är det undantagsvis inga

vårdcentraler som går med vinst. Arbetsmiljön har idag enligt respondenterna blivit ohållbar som fastanställd, bland annat påtalar de en bristande ledning som idag har mindre makt, är hårt styrd ovanifrån och de anser att det är svårt att få igenom tid till utbildningar som fastanställd. Det påtalas om svårigheter med att påverka som fastanställd, det tar ofta stopp i ett tidigt skede och mötena ger på så sätt ingen vidare utveckling i arbetsmiljön. Om anställningen som fast läkare inte längre har någon fördel med sig så överväger fördelarna med anställningen som stafett och den tillhörande större friheten.

Vidare nämner en av respondenterna:

*”... ofta är chefer på en vårdcentral underställda oss doktorer...” (stafettläkare)*

Detta då verksamhetscheferna idag oftast är sjuksköterskor och inte läkare. I det dagliga arbetet vad det gäller patientfall är det läkarna som tar besluten, dock när det rör frågor om det övergripande gällande till exempel ekonomiska beslut är det verksamhetschefen som har det yttersta ansvaret. Vidare nämns det också att det idag sker en krock mellan de olika logikerna då allt mer inom vården styrs av ekonomiska styrmedel.

När det gäller behandling av patienter så är det ingen av respondenterna som känner sig styrda ovanifrån, dock nämner en av respondenterna vikten av erfarenhet. Det som ändå kan verka som en styrande faktor är den så kallade REK-listan som regionen sätter gällande typ av medicin som läkarna bör välja vid sina läkemedelsförskrivningar.

Genom stafettläkarna går det att uppfatta att det finns olika sätt att styra verksamheten på. Dock påtalas en allt högre arbetsbelastning och att ledningen brister samt arbetsmiljön. Däremot finns en frihet när det gäller behandlingen av patienter och medicinska beslut.

## **5.2 Förväntningar inom verksamheten**

### **Förväntningar på stafettläkare**

Relationen mellan arbetsgivare och arbetstagare verkar enligt verksamhetscheferna vara generellt god. De flesta påpekar igen vikten av kommunikation med sina medarbetare då de fungerar som budbärare. Bland det värsta för verksamhetscheferna är när rykten uppstår vilket lätt händer när informationen till medarbetarna brister. Vidare framkommer det att en stafettläkare endast får anställas på 70 % för att täcka upp en tjänst på 100 %. Verksamhetschefernas uppfattning om stafettläkare på en vårdcentral är att de har det tufft då de har ett konstant flöde av patienter. Däremot finns det inga krav på dem att de måste gå utbildningar eller närvara på möten som rör enhetens verksamhet. Dessutom är det ett val stafettläkarna har tagit genom att arbeta under dessa förhållanden enligt verksamhetscheferna. Vilket även resterande respondenter samstämmer i vad det gäller stafettläkarnas förutsättningar och dess anställningsform. Målet är övergripande att ha fasta läkare, användningen av stafettläkare förespråkas inte då det enligt verksamhetscheferna innebär mer jobb för resterande anställda. Som en av respondenterna säger:

*”... sen blir det väldigt mycket efterarbete för allt de har ordinerat, alla prover och alla svar som kommer, då får ju någon av de andra ta det.” (verksamhetschef)*

Verksamhetscheferna är överens om att nackdelarna överväger fördelarna med stafettläkarna. Nackdelar som nämns är att de är dyra att anställa och att de försämrar kontinuiteten för patienterna. Anställningsformen stafettläkare benämns av en verksamhetschef som:

*”... att plocka russin ur kakan.” (verksamhetschef)*

Innebörden av detta är att de inte har ansvaret fullt ut och slipper undan de tyngre bitarna som kontinuitet, struliga patienter och besök på äldreboende med tillhörande ansvar. Verksamhetscheferna har på så sätt ingen förväntan av ett sammansatt ansvar från stafettläkarna. Vidare nämns det att det finns två olika kategorier bland stafettläkare. En kategori som saknar engagemang och ofta uppträder som en ensamvarg. En annan kategori är produktiva och energiska, men i många fall uppfattas det som att det är pengarna som är drivande för att behålla den typen av anställningsform. Anställningsformen som stafett inkluderar en stor frihet enligt verksamhetscheferna. Fördelarna som nämns med användningen av stafettläkare är att de betar av många patienter under en kort tid och att de snabbt kan täcka upp där det fattas ordinarie personal såsom under kortare och längre perioder. För verksamhetscheferna problem med stafettläkarna kan de enkelt vända sig till stafettbolagen som löser problemen.

Verksamhetscheferna påtalar ett antal förväntningar på stafettläkarna vilket är att de ska vara produktiva, delta socialt och ta fullt patientansvar i alla moment.

### **Förväntningar på arbetsplatsen och dess uppgifter**

Arbetsrelationen mellan verksamhetschef och stafettläkare blir speciell under denna anställningsform. Vilket respondenterna är överens om då de ser sig själva som egenföretagare och inte har någon direkt relation med vårdcentralens verksamhetschef. Stafettläkarna belyser deras egen frihet att välja när de vill arbeta, vart de vill arbeta och hur mycket de vill arbeta. En av respondenterna nämner även att gehöret från verksamhetschefen varierar i samband med anställningens varaktighet, vilket kan variera från enstaka veckor till månader. Ju längre tid avtalet löper desto högre grad av gehör ges. En annan respondent nämner att det ofta går att påverka om kraven som ställs är rimliga.

En av respondenterna berättar om sin tidigare erfarenhet som fast läkare, där arbetsbelastningen blev svår som fast läkare när fler stafetter sattes in då den fasta personalen minskade:

*”När en slutar går det an, men slutar en till och en till då blir det mer och mer ohållbart för de som är kvar. Då är det svårt att värja sig från att bli belastad med alla de ärenden som försvinner från de andra. Man kan inte ta över fem vakantas arbete till en om man överdriver lite.” (stafettläkare)*

Arbetsbelastningen för de fasta läkarna ökade därigenom och resulterade i en ohållbar arbetssituation. Övergripande så går meningarna ihop vad det gäller fördelarna med att arbeta som stafettläkare, framförallt så påtalas friheten som en positiv faktor. Denna frihet resulterar bland annat i att fritt bestämma ledighet och antal arbetstimmar per vecka. En annan fördel som nämns är att en stafettläkare slipper undan lite mer tidskrävande arbeten som formulering av intyg. Respondenterna poängterar att det inte är löneanspråket som lockar då mellanskillnaden av lönen mellan en stafettläkare och en fast läkare till stor del försvinner i kostnader gällande semester, pension och utbildningar. Vilket för en fast läkare ligger hos

arbetsgivaren. Dessutom påtalar respondenterna att kontinuiteten försämras för patienterna vid en anställningsform som stafett. De anser att det finns två olika typer av stafettläkare, bland annat uttrycker sig en respondent:

*”... att det finns lite mer secondhand i stafettgrupper, därför kan sådana som inte platsar riktigt på en arbetsplats söka sig till sådana tjänster.” (stafettläkare)*

Det finns en grupp som vill arbeta och ta samma ansvar som en fast läkare. Sen finns det en annan grupp som tenderar att ha svårt i sociala sammanhang och därav tar en anställning som stafett för att slippa gemenskapen med resterande arbetsteam.

Trots påtalade för- och nackdelar är det ingen av respondenterna som förespråkar användningen av stafettläkare fullt ut. De nämner den bristande kontinuiteten för patienterna och att det endast fungerar i ett kort perspektiv för att täta luckor. När det gäller samarbetet med den fasta personalen anser respondenterna att det fungerar bra. Personkemin är en avgörande faktor oavsett vilken anställningsform individen har.

Förväntningar som påtalas av stafettläkarna är att arbetsbelastningen är högre och innehållet i arbetet är koncentrerat till patienterna. Trots denna anställningsform förväntar de sig en social gemenskap och de är medvetna om de arbetsförhållanden som medföljer gällande arbetstid, semester och utbildning.

### **5.3 Verksamheten som en fungerande enhet**

#### **Faktorer som krävs för att få en fungerande enhet enligt verksamhetscheferna**

Verksamhetschefernas synsätt angående de egenskaper som krävs för att hantera det ledarskap som de beskriver samstämmer i stor utsträckning. Där de påtalar egenskaper som lyhördhet, kommunikation, att hantera många olika moment samtidigt och våga ta beslut, bekväma som obekväma. Det är viktigt att låta medarbetarna vara delaktiga och göra sig hörda. Verksamhetscheferna betonar att det är deras yrkeskategori som har det yttersta ansvaret för att få en fungerande verksamhet, genom ansvar för gällande verksamheten, personal och ekonomi. Något som också tas upp är att de agerar som mellanchefer och att de flesta riktlinjerna kommer uppifrån. Genom detta upplevs det att en del av styrningen mer fungerar som en form av coaching. Att ha denna position verkar enligt respondenterna vara mer än ett heltidsarbete, det gäller då att kunna distansera sig från arbetet för att hitta en balans mellan arbete och ledig tid. Det framkommer även att chefsrollen är krävande idag och det passar inte alla utan det krävs att personen själv söker sig till detta yrke och finner det givande.

Att vara aktiv som chef och delta i vården är något verksamhetschefen anser motiverar sina medarbetare. Det är även viktigt att ha regelbundna möten och få alla att känna delaktighet för att alla anställda ska veta vad de ska arbeta med. Verksamhetscheferna påtalar vikten av att de anställda motiveras i det dagliga arbetet genom att de ges feedback och att de får arbeta med det de brinner för.

Enligt verksamhetscheferna kommer läkarnas önskemål och krav fram och leder ibland till en påverkande förändring. Dock poängterar verksamhetscheferna att det handlar om att ge och ta. Tidsbristen är det som verksamhetscheferna uppfattar som den största missnöjesfaktorn bland de fasta läkarna. Där läkarna i många fall uppfattar en allt för stor del administrativt

arbete och onödiga patientbokningar. Dessutom påpekar verksamhetscheferna att sjukhusen förskjuter mer arbete från sjukhusen till vårdcentralen:

*”... det läggs till och läggs till och tas aldrig bort något...” (verksamhetschef)*

De ska ta hand om allt fler patienter med psykisk ohälsa och dietisterna arbete läggs även på vårdcentralens ansvar. Så missnöjet blir allt större när mer arbete läggs på, dock är det inga arbetsuppgifter som tas bort. Om det uppstår missnöje mellan verksamhetschefen och stafetten kallas i regel stafettbolaget in och problemet läggs där. Det missnöje som verksamhetscheferna nämner är den höga arbetsbelastningen för läkarna. De anser att stafettläkarna anställs för att ta en högre patientvolym. Detta då de i jämförelse med annan fast personal inte har andra arbetsuppgifter där utöver. Missnöjet från verksamhetschefer handlar till stor del om resurserna inom vårdcentralen som är bristande och att dessa inte är tillräckliga för att bedriva en god vård. Verksamhetscheferna anser ändå att de kan bedriva en god vård, dock nämner de att de har för få läkare och ibland för långa väntetider. Alla vill oftast ha mer resurser och känner sig sällan nöjda. Här framkommer det även att det är personalen som efterfrågar mer resurser.

Det finns uppfattningar om att användningen av stafettläkarna beror på att det utbildas för få läkare i förhållande med det antal som inom de närmsta åren går i pension. För att undvika att anställa stafettläkare finns det fokus på att hålla kvar utbildningsdoktorer och erbjuda praktikplatser till de studenter som läser på universiteten i Sverige och har anknytning till vårdcentralens kommun. En lösning som idag finns för att minska användningen av stafettläkare är genom att rekrytera personal utomlands. Det påtalas att kostnaden för denna lösning inom Västra Götalandsregionen är 12-14 miljoner som har lagts på åtta läkare från Europa. Denna kostnad ska löna sig på enbart två till tre års sikt i jämförelse med användningen av stafettläkare som skulle varit mer kostsamt.

Ett sätt att motivera sina medarbetare är att erbjuda ett önskeschema, vilket innebär att de själva får lägga sitt schema, för att få personalen att trivas och vilja stanna. När det gäller för verksamhetscheferna att forma deras respektive vårdcentral till en attraktiv arbetsplats och öka trivseln bland anställda, så nämner en verksamhetschef att de bland annat låter läkarna styra till stor del över sina arbetstider. Flera av verksamhetscheferna talar för att de vill att de anställda ska få vara med och påverka de beslut som tas:

*”Vi försöker ha ett arbetssätt där människor är med och kan påverka tills vi tar beslut.”  
(verksamhetschef)*

Det gäller då att vara lyhörd och ha en bra kommunikation och se alla som olika individer. En annan faktor som nämns är att de anställda får gå på utbildningar som båda är tvingade och frivilliga. För att skapa en god gemenskap nämns det att det på vissa ställen sker aktiviteter utanför arbetsplatsen så som afterwork, bio, julbord eller en fredagsfika på arbetet. Dessa händelser kan också fungera som en motivation i det dagliga arbetet. Dessa faktorer kan också fungera som belöningar. Faktorer som önskeschema och ledighet kan tas upp vid rekryteringstillfällen för att bli mer attraktiva som arbetsplats. Dock anser inte verksamhetscheferna att det finns någon form av belöningsystem på vårdcentraler.

Verksamhetscheferna påtalar vikten av lyhördhet, kommunikation och att våga ta både obekväma och bekväma beslut för ett fungerande ledarskap. Det är deras yrkeskategori som har det yttersta ansvaret för att få en fungerande verksamhet, detta genom personal och

ekonomiansvar. Vidare nämner de ett arbetssätt där de tar till sig medarbetarnas önskemål i den utsträckning som är möjlig. De är då medvetna om den tidsbrist som råder för alla medarbetare. De arbetar för att dra ner användningen av stafettläkare genom att hålla kvar utbildningsdoktorer och erbjuda praktikplatser till de svenska universiteten. Vidare påtalar de vikten av de anställdas delaktighet i verksamhetens beslut. Det sker händelser utanför arbetstid som ska motivera de anställda i det dagliga arbetet. För motivation under arbetstid öppnar verksamhetscheferna upp för diskussion om önskeschema och ledighet.

### **Faktorer som krävs för att en fungerande enhet enligt stafettläkarna**

Stafettläkarnas generella uppfattning gällande ledarskapet på en vårdcentral är att det är bristande. Bland annat på det sätt som en respondent uttrycker det:

*”Jag tycker att vårdcentralcheferna är väldigt bakbundna och ofria.” (stafettläkare)*

Vilket menas med att de idag är styrda uppifrån och ska ständigt effektivisera utan egen påverkan i de beslut som ska verkställas. En annan faktor som nämns är att få verksamhetschefer idag har den utbildning som krävs för att sitta i en ledande position. Kontakten mellan verksamhetscheferna och läkarna har idag försämrats enligt respondenterna genom att det oftast är sjuksköterskor som innehar den ledande rollen på vårdcentralen. Vidare nämns det att verksamhetscheferna har svårt att ta emot klagomål från sina anställda men också från patienterna. På så vis leder klagomålen inte till en förändring och detta gör att många fasta läkare slutar och väljer en anställningsform som stafett. En av respondenterna säger följande:

*”Jag tror att det fattas mycket av den mjuka sidan av ledarskapet idag i vården. Då verksamhetscheferna idag är så styrda ovanifrån tror jag att de blir trängda och då försvarar de sig med maktmedel och frustration.” (stafettläkare)*

För en fungerande ledarskap nämner stafetterna att ledaren bör vara lyhörd, empatisk, visa intresse för sina anställda och våga ta både bekväma och obekväma beslut. Samarbetsvilja nämns som en viktig egenskap då det vid medicinska beslut krävs att det fungerar. Stafettläkarna anser att resurserna inom vårdcentralen är för små för att bedriva en god vård med kvalitet. En av respondenterna påtalar att:

*”Vi har stora resurser i Sverige, men kan inte tillgodose allas krav. Men det kan ingen i hela världen.” (stafettläkare)*

De nämner bland annat svag bemanning och att tidsramen för patientbedömning är för liten.

När det gäller huruvida vårdcentralen är en attraktiv arbetsplats så anser respondenterna att ledningen arbetar för attraktiviteten så gott de kan. Dock anser de att det brister högre upp i organisationen. Förslag som tagits fram på vårdcentralen avslås bland de högre ledande cheferna. Vilket innebär att gapet mellan högsta chef och vårdcentralen är för stort och förståelsen av den dagliga verksamheten blir därav mindre.

Stafettläkarnas uppfattning gällande arbetssättet är att det varierar på olika vårdcentraler. De nämner svårigheter med att få igenom förändringar utifrån deras syn som tidigare fast anställd. Detta har utgjort grunden för deras val av anställningsform, de ansåg att ledningen



inte fungerade och därigenom blev arbetsmiljön ohållbar. Som stafettläkare har de inga förväntningar gällande verksamhetens arbetssätt då de ser sig själva som egenföretagare.

Den aspekt som skapar den största motivationen för stafettläkarna är patienterna och kollegorna. En bra kontakt med ledningen kan vara motiverande dock har detta varit bristande enligt respondenterna. Andra faktorer som skulle kunna vara motiverande är olika former av belöningar dock anser ingen av respondenterna att det finns något sådant. Det missnöje som påtalas från stafettläkarnas sida är tidsbristen, hög stress vad det gäller administration och en känsla av otillräcklighet uppstår. Enligt stafettläkarna så skickas de aldrig iväg på några utbildningar utan det är upp till dem att själva söka sig för vidareutbildning samt bekosta den själv:

*”Jag anser att det borde vara reglerat på ett bättre sätt med utbildningar, för att det är så oerhört viktigt i mitt jobb att man hänger med, det borde nästan vara lagstiftat.”*  
(stafettläkare)

Det framkommer i intervjuerna med stafettläkarna att de måste bekosta sin utbildning själv, vilket de anser kan medföra att ny kunskap inte tillförs till vårdcentralerna då stafettläkarna inte utbildar sig i tillräcklig utsträckning.

Stafettläkarna anser att verksamhetscheferna bör ha en chefsutbildning för att kunna utföra ett bra ledarskap. Andra viktiga egenskaper för ett bra ledarskap är att verksamhetscheferna är mottagliga för kritik och att det i sin tur öppnar upp för en förändring. Stafettläkarna anser att arbetssättet skiljer sig på de olika enheterna. De som motiverar stafettläkarna i det dagliga arbetet är patienterna och kollegorna. Något som de anser skulle kunna bidra med ytterligare motivation är möjlighet till vidareutbildning, detta finns inte idag.

## **5.4 Sammanfattning**

### **Verksamhetscheferna**

Regler och rutiner, högre produktionskrav och självständighet i det medicinska beslutsfattandet är tre viktiga faktorer som rör verksamhetens styrning enligt verksamhetscheferna. Förväntningarna på stafettläkarna är att de ska vara produktiva, ta fullt patientansvar och delta socialt. Viktiga egenskaper enligt verksamhetscheferna för ett bra ledarskap är kommunikation, lyhördhet och mod att ta beslut då det är de som har det yttersta ansvaret för verksamheten. De arbetar för att minska användningen av stafettläkare genom olika motivationsfaktorer för att få fast personal. Motivationsfaktorer i dessa fall kan vara erbjudande av praktikplats, önskeschema, gehör som skapar delaktighet och aktiviteter utanför arbetstid.

### **Stafettläkare**

Det finns olika sätt att styra verksamheten på, dock anser stafettläkarna att det råder en allt för hög arbetsbelastning och brister i ledningen som i sin tur påverkar arbetsmiljön negativt. De kan inte påverka till ledande förändringar inom verksamheten däremot känner de sig fria vad det gäller behandlingen av patienter och medicinskt beslutsfattande. Genom deras anställning som stafettläkarna är de medvetna om att det krävs högre produktivitet i deras egen arbetsinsats trots att det råder tidsbrist. Detta kan på grund av anställningsformen accepteras

då de är fria att lägga upp sin egen arbetstid, semester och utbildning. De faktorer som de anser behövas för att få en fungerande enhet är att verksamhetscheferna har den utbildning som krävs och är lyhörda för åsikter och kritik. Vidare är också vidareutbildning av stor vikt då den enligt stafettläkarna skulle ge mer motivation i det dagliga arbetet.

## 6 Analys

I detta avsnitt kommer vi analysera vårt framtagna resultat gentemot de tre teorier vi har presenterat i vår teoretiska referensram. För att underlätta analysen kommer vi att utgå från vår kodifierade teoretiska referensram som presenteras i tabell 1. Vi kommer att ställa verksamhetscheferna uppfattning mot stafettläkarnas uppfattning för att se likheter och skillnader ur respektive perspektiv. Detta för att nå fram till ett svar gällande vårt syfte att se hur verksamhetscheferna arbetar för att vara en attraktiv vårdcentral och varför läkarna väljer en anställningsform som stafettläkare.

### 6.1 Arbetsförhållanden inom verksamheten utifrån balansteorin

Adams balansteori innefattar förståelsen av den arbetsstruktur för verksamheten och en förståelse av det implicita kontraktet, ett kontrakt som enbart förs via en dialog mellan arbetstagare och arbetsgivare. Där avtalet med arbetsgivaren står i balans med den anställdes arbetsinsats (Watson 2006, Ss.324-325).

Varje vårdcentral har olika arbetssätt vilket både verksamhetschefer och stafettläkare är medvetna om. Bland verksamhetscheferna framkommer det att det råder tidsbrist vilket påverkar att det inte finns så mycket tid att lägga på utveckling. För att undvika konflikter mellan de olika yrkeskategorierna nämner verksamhetscheferna att det är viktigt med kommunikation då de är mellanchefer och fungerar som budbärare i en stor organisation. Verksamhetscheferna är de som har det huvudsakliga ansvaret gällande beslut om vårdcentralens dagliga verksamhet. Denna uppfattning är även rådande bland stafettläkarna dock finns det åsikter om att det sker en krock mellan de olika logikerna på grund av att vården styrs allt mer av ekonomiska styrmedel. Stafettläkarna anser därmed inte att de är styrda av verksamhetschefen när det kommer till behandling av patienter då läkarna har större kunskap i medicinska beslut. Dock nämner verksamhetscheferna att det finns övergripande regler och rutiner gällande patientbehandlingar som läkarna måste förhålla sig till. Både verksamhetscheferna och stafettläkarna nämner vårdvalet från 2009 som har lett till en allt mer ansträngd ekonomi och en påfrestning för alla inom verksamheten. Stafettläkarna påtalar att vårdvalet skulle leda till större avkastning för vårdcentralerna vilket skulle gynna den fasta personalen som skulle utvecklas genom diverse utbildningar. Vidare belyser stafettläkarna att dessa ekonomiska förbättringar uteblev och har gjort arbetsmiljön ohållbar. Som fastanställd läkare upplevdes ledningen som bristande, möjligheter att påverka fanns inte och tid till utbildning och utveckling av arbetsmiljön avsaknades enligt stafettläkarna.

Det finns tydliga gränser mellan de olika yrkeskategorierna och det är två starka logiker som möts. Det är tydligt att verksamhetscheferna belyser att de har det yttersta ansvaret samtidigt som det är tydligt att läkarna påtalar sin starka legitimitet när det gäller behandling av patienten. Stafettläkarna upplever organisationen som ekonomisk styrd och verksamhetscheferna påtalar tidsbrist för utveckling. Detta bör enligt oss göra organisationen svärföränderlig. Det blir många olika nivåer av beslutsfattande för att genomföra förändringar

med tanke på att verksamhetscheferna i sin tur har sina chefer att förhålla sig till. Trots att verksamhetscheferna är medvetna om vilka medel de behöver använda sig av för att möta sin personal har arbetsmiljön ändå påverkats så starkt att det är av den anledningen läkarna idag väljer en anställning som stafett. När fördelarna inte överväger de nackdelar som idag råder som fastanställd läkare blir en anställningsform som stafettläkare mer attraktiv. Det blir då svårt att hitta den balans som Adams teori (Watson 2006, Ss.324-325) efterfrågar då de två logikerna är så pass starka och skilda i sin karaktär. När det gäller de två olika anställningsformerna för läkarna så anser de att de inte får ut den ledning, arbetsmiljö och utbildning som de efterfrågar vid en fast anställning. Vidare anser stafettläkarna att de genom sin nuvarande anställningsform får en mer anpassningsbar arbetsmiljö och en större frihet. Vi anser inte att det råder den rätta balans som Adams påtalar vid en fast anställning (ibid).

## **6.2 Förväntningar inom verksamheten utifrån förväntansteorin**

Vrooms förväntansteori handlar om individens självuppfattning vad det gäller sambandet mellan förväntan och utfall. Det nämns att desto högre arbetsinsatsen är desto högre är förväntningarna på utfallet. Vilket innebär att ett visst beteende, förväntas ge ett visst resultat. Detta beteende ihop med kompetens utgör grunden för ett avgörande resultat. Detta ska då öka motivationen enligt Vroom (Lee, 2007).

Verksamhetschefernas förväntningar av stafettläkarna stannar vid att de ska ta stora patientvolymen. Det framkommer även att stafettläkarna är hårt belastade men att verksamhetscheferna anser att det är något som följer den form av anställning som stafettläkare har. De upplevda nackdelarna överväger fördelarna. Användningen av stafettläkare förespråkas inte utan de försöker hellre att rekrytera fast personal genom utbildningsdoktorer och praktikplatser till studenter. Detta genom att stafettläkarna slipper undan tyngre bitar i det dagliga arbetet vilket istället tillfaller den fasta personalen som blir än mer belastad. Bland annat nämns arbetsuppgifter utanför vårdcentralen, arbetet för kontinuitet och problematiska patienter. Vidare innebär detta att den fasta personalen har en förväntan på sig från verksamhetscheferna att ta ett sammansatt ansvar vilket inte förväntas av stafettläkarna. De fasta läkarna har genom ett större ansvarsområde en större arbetsbelastning, de har mindre frihet gällande arbetstimmar och ledighet, samt lägre lön i jämförelse med stafettläkarna. De förväntningar som verksamhetscheferna har på stafettläkarna är att de ska ha hög produktion, delta socialt och ta fullt patientansvar. Verksamhetschefen tar i första hand kontakt med bolagen om problem uppstår.

Stafettläkarna förespråkar inte heller användningen av deras anställningsform fullt ut då det påverkar kontinuiteten negativt för patienten. Dock är det en form av anställning de väljer då det ger dem en högre grad av frihet. Denna frihet resulterar i att stafettläkaren själv kan bestämma ledighet och mängden arbetstimmar. Då stafettläkarna ser sig själva som egenföretagare blir relationen till verksamhetschefen speciell. Stafettläkarna anser att det finns en större tydlighet i deras anställningsform i jämförelse med en fast anställning. De förväntar sig en högre arbetsbelastning gällande antal patienter och de arbetsförhållanden som råder på de olika enheterna. Med denna anställningsform försvinner möjligheten till betald vidareutbildning, vilket ingår i en fast läkares anställning.

Förväntningarna mellan de olika grupperna skiljer sig inte åt i någon större utsträckning, då stafettläkarna har sin form av anställning och det råder ett samförstånd vad det innebär att arbeta som stafettläkare. Vad vi förstår så fungerar relationen mellan de olika yrkesgrupperna

vilket vi anser grundar sig i att läkarna är självständiga i de val de gör och verksamhetscheferna inte behöver ha den kontakten med stafettläkarna om problem uppstår som vid en fast anställning. Det finns på så vis ett avtal där förväntningar samstämmer mellan de olika parterna, dock anser vi att det kan bli problematiskt när det gäller ökning av motivation i det dagliga arbetet då det inte råder någon självklar arbetsrelation mellan verksamhetscheferna och stafettläkarna. Därav anser vi att Vrooms (Lee, 2007) kriterier för att skapa motivation enbart kan uppfyllas delvis. Enligt Vrooms (ibid) första motivationskriterier om beteende i förhållande till utfall ser vi att detta uppfylls i båda anställningsformerna, det är tydligt vad som borde bli utfallet av ett visst beteende. Att beteendet sedan är avgörande för utfallet anser vi skilja anställningsformerna åt. Där fasta läkare inte verkar få det utfall som de är utlovade till exempel utbildning och påverka förändringar. Stafettläkarna däremot får igenom de utfall som de är utlovade så som friheten gällande antal arbetstimmar och ledig tid. När det gäller det sista motivationskriteriet att vara kapabla att utföra ett visst beteende för ett visst resultat skiljer sig även här anställningsformerna. Både fasta läkare och stafettläkare har kompetensen att utföra ett visst beteende, skillnaden är dock att de fasta läkarna är mer styrda och kan på så sätt inte påverka resultatet. Det är ändå svårt att jämföra anställningsformerna då de olika formerna har olika krav och förväntningar på sig.

### **6.3 Verksamheten som en fungerande enhet utifrån Watsons treenighet**

När det gäller motivation, ledarskap och arbetssätt så ser Watson (2006, Ss.310-319) dessa faktorer som en treenighet. När dessa tre faktorer integrerar med varandra skapas en förståelse av ett implicit kontrakt. Ledarens insatser i alla tre delar måste vinna förtroende i arbetstagarens ögon. Det handlar om förhandlingar där arbetstagaren ska veta vad denne får ut i förhållande till insatsen. Belöningar utöver lön kan vara en komplex mix av pengar, beröm och lojalitet samt högre lön, bättre anställningstrygghet, möjlighet till fortbildning och avancemang inom arbetet. Då arbetstagaren anser att belöningen är värd den uppoffring som krävs så finner arbetstagaren en balans i logiken (ibid).

För en fungerande enhet så nämner verksamhetscheferna att det är viktigt att få med de anställda så att de känner att de får vara med och påverka besluten som tas inom verksamheten. Att vara lyhörd, kommunicera och uppmärksamma alla anställda är andra faktorer som anses vara av vikt. Vidare nämns det att personalen ständigt ska utvecklas genom utbildningar såväl tvingande som frivilliga. Verksamhetscheferna anser att läkarnas åsikter gällande önskemål och krav kommer fram och leder ibland till en förändring. En aspekt som verksamhetscheferna nämner som påverkar vårdcentralen negativt är den arbetsbelastning som åläggs dem från storsjukhusen. I och med detta menar de att missnöjet ökar i takt med arbetsbelastningen. Detta leder till brist av både tid och resurser som idag är tillgänglig. Verksamhetscheferna talar för vissa faktorer som kan skapa en god stämning, bland annat nämns afterwork, fredagsfika, önskeschema och möjlighet till ledighet. De anser att dessa faktorer kan göra arbetsplatsen mer attraktiv, dock går meningarna isär huruvida dessa faktorer skulle kunna ses som belöningar. För att vidare motivera sina anställda arbetar verksamhetscheferna för att låta de anställda arbeta med det de brinner för och där efter ge feedback. Det är också viktigt att de anställda får känna delaktighet och regelbundet delta i möten. Verksamhetscheferna anser inte att det finns någon form av belöningsystem.

Det som framkommer från stafettläkarna är att under deras tid som fast läkare var ledarskapet bristande, där verksamhetscheferna hade svårt att ta kritik. Deras klagomål ledde inte till någon förändring och därigenom blev arbetsmiljön ohållbar. Under tiden som fastanställd var kontakten mellan verksamhetschef och läkare bristande vilket påverkade motivationen negativt. Deras största motivation är patienterna vilket läkarna får större utrymme för i en anställningsform som stafettläkare

Stafettläkarna anser att viktiga egenskaper för en ledare är lyhördhet, empati och intresse av de anställda och mod för både bekväma och obekväma beslut. Dock upplever de inte att organisationen fungerar då verksamhetscheferna är hårt styrda uppifrån vilket gör att deras önskemål och krav inte kommer fram i den mån att en förändring sker. Vad det gäller utbildning för stafettläkarna är det något som de får söka och bekosta själva. Då vårdcentralerna åläggs mer arbete från storsjukhusen upplever stafettläkarna en känsla av otillräcklighet. En annan missnöjesfaktor som framkommer från stafettläkarna är den tidsbrist som råder idag. Vilket leder till att stafettläkarna anser att resurserna idag är bristande vad det gäller att bedriva en god vård. Stafettläkarna själva anser att den största motivationen för dem är patienterna och kollegorna. Vidare anser de inte att det finns någon form av belöningssystem.

Både verksamhetscheferna och stafettläkarna är överens om de egenskaper som krävs för att vara en god ledare. Deras åsikter gällande huruvida önskemål och krav kommer fram går däremot isär. Ytterligare en åsikt där de samstämmer med varandra är den tidsbrist som råder på en vårdcentral och leder till ett befintligt missnöje. När det redan råder tidsbrist och vårdcentralen åläggs mer arbete från storsjukhusen anser vi att detta skapar svårigheter för att samordna en fungerande enhet. En annan faktor som de är eniga i är att resurserna är för få och med följande tidsbrist samt högre arbetsbelastning pekar mycket på personalbrist. Gällande motivation finns det inget som är uttalat som ett belöningssystem dock anses som vi tidigare nämnt bland annat fredagsfika som potentiell belöning ur verksamhetschefernas syn. Dock framkommer ingen form av belöningssystem ur stafettläkarnas syn. Vad vi kan se råder det inget tydligt samspel mellan de tre faktorer som Watson (2006, Ss.310-319) nämner. Utan de ses som tre skilda saker där motivationen till stor del uteblir och det råder skillnader i vad motivation är. Belöningar är heller ingenting som eftersträvas vilket motsäger Watsons teori (ibid). Ledarskap och arbetssätt är i så fall de faktorer som kommer varandra närmast i jämförelse med Watson (ibid).

## 6.4 Sammanfattning

Sett utifrån de tre teorierna vi använt för att analysera hur attraktiviteten för en vårdcentral som arbetsplats upplevs kan vi sammanfatta resultatet följande:

Adams balanst teori (Watson 2006, Ss.324-325) pekar på att det inte råder balans mellan avtalet med verksamhetscheferna och de fasta läkarnas arbetsinsats. Då två starka logiker möts är det svårt att uppnå denna balans. Vidare påtalar våra respondenter av stafettläkare att det råder en bristande arbetsmiljö, avsaknad av utbildningar samt en bristande ledning vid en fast anställning som läkare. Det råder en större grad av balans mellan avtalet med verksamhetscheferna och stafettläkarnas arbetsinsats, då avtalet är mer uttalat och koncentrerat. Slutsatsen utifrån denna teori blir att stafettläkaren kan förväntas bli mer nöjd med sin arbetssituation än en fastanställd läkare.

Vrooms förväntansteori (Lee, 2007) påvisar att de fasta läkarna har en större förväntan på sig från verksamhetscheferna där de ska ta ett mer sammansatt ansvar i jämförelse med stafettläkarna. Verksamhetscheferna upplever svårigheter med att motivera stafettläkarna då de inte har en nära arbetsrelation då stafettläkaren ser sig som egenföretagare. Förväntningarna och kraven på stafettläkarnas arbetsinsats är mer tydlig och koncentrerad till patientarbetet i förhållande till de fasta läkarna. Anställningsformen som stafettläkare medför en mer anpassningsbar miljö och en större frihet för läkaren. Slutsatsen utifrån denna teori blir även här att stafettläkaren kan förväntas bli mer tillfredsställd med sin arbetssituation än en fastanställd läkare.

Teorin gällande Watsons treenighet (Watson, 2006, Ss.310-319) visar på att de fasta läkarna upplevde ledarskapet som bristande där verksamhetscheferna hade svårt att ta till sig klagomål och detta resulterade till att förändringar uteblev. De fasta läkarna upplevde kontakten med verksamhetscheferna som bristfällig vilket skapade en ohållbar arbetsmiljö där motivationen från ledningen på så vis uteblev. Stafettläkarna anser att verksamhetscheferna arbetar för en attraktiv arbetsplats dock avslås vårdcentralernas förslag högre upp i organisationen vilket gör att verksamhetens attraktivitet förblir oförändrad. Anställningsformen som stafettläkare innebär en mindre kontakt med verksamhetschefen och arbetet koncentreras till patienterna som är deras största motivationskälla. Denna teori leder till slutsatsen att anställningsformen som stafettläkare är mindre problematisk och skapar en enklare arbetssituation för läkaren.

Den sammantagna bilden utifrån dessa tre teorier visar på att stafettläkarna kan förväntas uppfatta sin arbetssituation som mer fördelaktig än de fastanställda läkarna utifrån att de upplever en större frihet och mer patientarbete. Detta till trots att anställningsformen innebär sämre kontinuitet för stafettläkarnas största motivationskälla vilket är patienterna. Verksamhetscheferna är delvis medvetna om vilka egenskaper och medel som krävs för att göra arbetsplatsen attraktiv och vad de kan göra för att motivera sin befintliga personal samt vid rekryteringar. Dock påtalas tidsbristen som råder vilket påverkar möjligheterna till utveckling.

## **7 Diskussion**

I detta avsnitt kommer vi granska vårt resultat genom att återblicka på den tidigare forskningen och här presentera de likheter respektive skillnader vi kan se mellan vårt resultat och den tidigare forskningen. Vi kommer börja med att presentera de likheter vi finner i jämförelse med tidigare forskning gällande storsjukhus samt vårdcentraler. Därefter kommer vi redogöra för de skillnader vi har kunnat se när vi jämför vårt resultat med den tidigare forskningen kring storsjukhus och vårdcentraler. Avslutningsvis kommer vi att sammanfatta det vi har kommit fram till i förhållande med den problemformulering vi skapade i det inledande kapitlet.

### **7.1 Resultatets likheter i jämförelse med storsjukhus och vårdcentraler**

Enligt Duncan och Breslin (2009) så saknar vårdpersonalen idag drivkraften för förnyelser och trots att det finns en mängd olika arbetssätt att ta till görs inte detta inom sjukvårdsorganisationen. Det pekar på att sjukvårdsorganisationen är svårföränderlig.

Verksamheterna som vi har besökt och intervjuat visar på att det finns olika metoder, dock framkommer det att de anser att tiden för att utveckla nya arbetssätt inte finns. Även fast vårdcentralen i sig är en mindre enhet, finns det inget som tyder på att det i den skulle vara lättare att genomföra förändringar. Verksamhetscheferna påpekar ett arbetssätt som sammanfaller med kommunikation och delaktighet. Detta är något som enligt Baker och Denis (2011) krävs för att övervinna de professionella normer som finns inom sjukvården och för att effektivisera organisationen. Dock framkommer det tydliga riktlinjer om att det är verksamhetscheferna som har det yttersta beslutstagandet och att de har sina chefer ovan sig och fungerar som en mellanhand mellan sina chefer och sina anställda. Att kunna driva igenom en förändring under dessa förutsättningar som en verksamhetschef har på en vårdcentral blir komplext. Att få med cheferna ovan som inte befinner sig i den verkliga situationen på vårdcentralen är en svår process. Är det då en omvänd situation där de högre cheferna vill genomföra en förändring är det verksamhetschefens ansvar att få med sina anställda på banan.

Sjukvårdsorganisationen kräver enligt Delve, Ahlbog och Skagert (2011) att cheferna ska hantera många stressrelaterade arbetsuppgifter samtidigt. Denna stress har visat ett samband med den höga personalomsättningen som sker inom sjukvårdsorganisationen. Det framkommer från verksamhetscheferna att det är viktigt att rätt person sitter på den ledande positionen, och att det inte är något som någon ska kastas in i. Detta nämns också av stafettläkarna vi intervjuat att de i många sammanhang upplever att ledningen är bristande och att de som har en ledande position ofta verkar ha ett för stort ansvar och inte har rätt utbildning.

Enligt Iles (2013) uppstår missnöje på grund av att budgeten är begränsad och att sjukvårdsorganisationen idag är mer marknadsstyrd. Detta går att utläsa genom det vårdval som infördes 2009 då det blev större konkurrens gällande patienterna och att budgeten försämrades. Vilket i sin tur resulterat i att personalen blivit allt mer utarbetade då läkarna måste ta sig an en större mängd patienter än före vårdvalet.

Bodenheimer och Phan (2010) påtalar bristen av läkare som arbetar på en vårdcentral då de upplever att läkarna anser att de är för överbelastade och arbetar i en dålig arbetsmiljö. Vad vi har förstått på våra respondenter gällande stafettläkarna så anser även de att de är en hård arbetsbelastning på en vårdcentral och att klagomål inte leder till påverkande förändringar. Däremot skiljer sig denna uppfattning åt där verksamhetscheferna istället anser att läkarnas klagomål ibland leder till påverkande förändringar. Vidare nämner Bodenheimer och Phan (2010) att vårdcentralen blivit allt mer komplex. Detta kan även vi se då vi genom intervjuerna förstått att storsjukhusen lägger allt mer ansvar på vårdcentralerna som får i uppdrag att behandla patienter med såväl psykisk ohälsa och dietisternas arbete som åläggs på vårdcentralerna. Detta resulterar i att en redan pressad arbetsmiljö får mer ansvar och en ännu högre arbetsbelastning.

Som Bergstrand (2013) nämner leder en högre arbetsbelastning till allt stressigare arbetsförhållanden, han nämner vidare att detta kan leda till missnöjda patienter och arbetsglädjen hos de anställda blir på så sätt minskad. Stafettläkarna som redan idag har ett missnöjde då de har valt denna anställningsform anser att deras största motivation är patienterna och blir patienterna missnöjda i allt högre grad kan detta leda till en negativ nedåtgående spiral.

## 7.2 Resultatets skillnader i jämförelse med storsjukhus och vårdcentraler

Giltanes (2013) definition av ledarskap inom sjukvården är en beskrivning av en process med många steg som ligger till grund för att identifiera mål för att sedan motivera andra människor att uppnå dessa satta mål. Vidare anser Almquist (2012, s.40) att ledarskapet påverkas av många faktorer när det gäller deras uppdrag att styra vilket då innebär att tydlighet för ledarskapet är av stor vikt. Vi kan se en viss likhet med vårdcentralerna i den definition som Giltane (2013) påtalar dock anser vi att den till störst del skiljer sig sett till vårdcentralens ledarskap. Detta då verksamhetscheferna vid ett flertal tillfällen poängterar att de är mellanchefer och att de på så sätt blir mer som budbärare. De påtalar den högre ledningen inom sjukvårdsorganisationen och deras makt att delegera styrningen som ska ske inom verksamheten. När verksamhetscheferna ska uppnå de krav som ställs påverkar detta tidsåtgången till övriga arbetsuppgifter. Verksamhetscheferna kan även uppfattas som mellanchefer även inom vårdcentralen. Detta då läkarna innehar en stark position som kan försvåra förändringar genom att hänvisa till bedömningar gällande patientarbete, till grund har de sin läkarlegitimitet. Vad som går att uppfatta från stafettläkarna är att de anser att organisationen är en process med många steg dock anses den inte leda till motivation då de nämner att ledningen är bristande vilket också då skapar en viss skillnad i Almquists (2012, s. 40) påpekande gällande tydlighet i ledarskapet.

Berlin och Katsberg (2011, s. 16) påtalar att läkarna har en betydelsefull makt genom deras läkarlegitimitet och att de genom denna position har möjlighet att påverka olika händelser i organisationen. Ledarna har också en stark nyckelroll i verksamheten enligt Dellve och Wikström (2009) som leder till att det kan ske en krock mellan de olika logikerna vad det gäller verkställandet av förändringar. Om denna krock uppstår kan det bli ett låst läge och förändringar inom verksamheten uteblir. Det vi dock uppfattar från stafettläkarna är att de inte alls känner att de kan påverka och att det var en av anledningarna till att de valde denna anställningsform. Verksamhetscheferna talar för att läkarna kan påverka i så stor grad trots att det är verksamhetscheferna som har det yttersta ansvaret och är dem som fattar besluten. Hög grad av samarbete och effektivitet är två faktorer som nämns av Baker och Denis (2011) vilket ska leda till att övervinna de professionella normer som finns för att klyftan mellan läkare och chefer ska minskas. Att ledningen väljer att använda sig av stafettläkare motsäger Baker och Denis (2011) då stafettläkaren inte anser sig arbeta under verksamhetschefen vilket innebär att klyftan mellan läkare och chef inte minskas. När verksamheten hamnar i ett låst läge där de olika yrkesgrupperna inte kan komma överrens skulle stafettläkarna kunna ses som något positivt. Detta genom att de inte har någon makt gällande påverkande förändringar inom organisationen vilket skulle stärka verksamhetschefernas makt vid beslutstagande. Vårdcentralen skulle på så vis kunna bli mer lättstyrd. Det är dock oklart i vilken utsträckning de fasta läkarna påverkar eller motsätter sig förändringar.

Enligt Edwards, Kornacki och Silversin (2002) är läkarna en grupp som har studerat hårt, gör uppoffringar och ser till patientens bästa. I sin tur ska de då få respekt, rimlig ersättning, arbetsbalans och en trygg arbetsplats. Detta är något som stafettläkarna inte anses uppfyllas då det är hög arbetsbelastning och de upplever arbetsmiljön som bristande. Vidare påtalar Edwards, Kornacki och Silversin (2002) att det krävs ständiga utvärderingar för att förbättra kvalitet genom att professionerna samarbetar. De ska då samarbeta för att nå organisationens mål till hjälp ges dem stöd och utbildning. Då stafettläkarna inte utbildas via vårdcentralen och dessutom inte är involverade i personalmöten eller övriga aktiviteter, motsäger sig användningen av stafettläkare detta.



Av vårt resultat att döma återkommer ett antal faktorer som både verksamhetscheferna och stafettläkarna påtalar som påverkande faktorer i den syn de har skapat sig av hur en attraktiv arbetsplats ser ut. Vi ser att de faktorer samstämmer med de fem som Bergstrand (2013) nämner för att få läkarna att stanna kvar som innefattar goda arbetskolllegor, delaktighet av beslut i verksamheten, antal anställda, möjlighet för vidare kompetensutveckling och tillräckligt med administrativ tid. Om vi utgår från dessa fem faktorer kan vi se att uppfattningarna mellan verksamhetscheferna och stafettläkarna går isär till en viss del. Det som de är samstämmiga i är att råder tidsbrist vilket leder till att faktorn gällande administrativ tid inte kan uppfyllas i den mån som önskas. I de andra fyra faktorerna är de inte lika samstämmiga. Verksamhetscheferna upplever att de låter personalen vara delaktiga i en viss mån, de anser sig vara lyhörda när det gäller läkarnas åsikter. Vidare anser verksamhetscheferna att de arbetar för en god arbetsmiljö, att det finns tid för kompetensutveckling, samt att de arbetar aktivt med rekryteringen vid behov. Stafettläkarna däremot har angett att det är på grund av att de flesta faktorerna som nämnts ovan brister som de väljer att ta anställning som stafett. De anser inte att de kan påverka beslut, de anser att arbetsmiljön brister samt att tid för vidareutveckling inte finns.

### **7.3 Sammanfattning**

Det vi har fått fram i detta avsnitt är att vårt resultat visar på att vårdcentralerna har många likheter med den storsjukhusmiljö som har studerats i större utsträckning. De likheter vi har uppmärksammat med storsjukhusmiljöerna är tidsbristen för utveckling av nya arbetssätt (Duncan och Breslin, 2009), komplexa förutsättningar för att driva genom förändringar (Baker och Dennis, 2011) och att det råder ekonomiska begränsningar (Iles, 2013). Inom storsjukhusmiljöerna påtalas vikten av ett tydligt ledarskap (Almquist, 2012, s.40). Sjukvården ses som en process med flertalet steg som utgör grunden för identifikation av mål och skapandet av motivation (Giltnane, 2013). Skillnader som uttrycker sig i vårdcentralsmiljöerna är att ledarskapet blir undertryckt på grund av verksamhetschefernas position som mellanchefer. Vilket innebär att de är strikt styrda ovanifrån och att de på sin egen enhet möter en annan stark logik som är läkarna, därigenom blir ledarskapet inte tydligt och minskar motivation. Det vi kan konstatera utifrån detta är att även om vårdcentralerna är mindre enheter i förhållande till storsjukhus så är de minst lika komplexa om inte mer då de är ytterligare ett steg längre ner i organisationen och har på så sätt en ytterligare nivå att nå igenom vid försök att påverka beslut eller skapa förändring.

De likheter vi kan konstatera mellan vår studie och tidigare forskning om vårdcentralsmiljöerna är bland annat det som Bodenheimer och Pahn (2010) påtalar i sin forskning. Det är faktorer som bristande arbetsmiljö, hård arbetsbelastning och svårigheter att få igenom påverkande förändringar som även våra respondenter av stafettläkare bekräftar. Det finns således väsentliga likheter i förutsättningarna mellan att vara läkare i storsjukhusmiljö som i en vårdcentralsmiljö. Detta talar för att Bergstrands (2013) resultat som har framkommit från studier i primärvårdsmiljö också kan vara giltiga för en vårdcentralsmiljö. Således bekräftar vår studie att Bergstrands (2013) faktorer kan påverka huruvida läkare väljer att förbli fastanställda inom primärvården. Dessa faktorer är antalet anställda, delaktighet i beslut, goda arbetskolllegor, kompetensutveckling och tid till administration. Verksamhetscheferna anser att de uppfyller dessa faktorer med undantag för tid till administration då det råder tidsbrist. Vi upplever att dessa faktorer inte är tillfredställande hos

läkarna och vad vi förstår är det på grund av detta som de istället väljer en anställning som stafettläkare.

Vår studie påvisar att de faktorer som stafettläkarna efterfrågar som samstämmer med Bergstrand (2013) är *delaktighet i beslut*, *kompetensutveckling* och *tid till administration*. Efterfrågan av antalet anställda och goda arbetskollegor framkommer inte i någon större utsträckning. Däremot efterfrågar stafettläkarna en *högre grad av frihet* och ett *tydligt ledarskap*. De stafettläkare vi har intervjuat påtalar saknaden av delaktighet i beslut, de anser att verksamheten idag är allt för styrd ovanifrån. Vidare uppfattar vi att de som fasta läkare ansåg att det gavs möjlighet till utbildning allt för sällan. Stafettläkarna anser dessutom att tiden är allt för begränsad både vad det gäller administration och patientarbete. Ett tydligt ledarskap är också något som stafettläkarna efterfrågar då det både skulle generera i ett tydligare utfall för dem själva och likaså en större motivation i det dagliga arbetet. Den femte faktorn är friheten som är återkommande i samtalen med stafettläkarna. Det handlar om att kunna styra över antalet arbetstimmar samt ledig tid. Dessa fem faktorer är idag enligt stafettläkarna under all kritik och resulterat i deras val av anställningsform. Vi anser att om dessa kriterier kan uppfyllas i högre utsträckning skulle läkarna uppnå en större tillfredsställelse och skulle med högre sannolikhet välja en anställningsform som fast läkare.

## 8 Slutsats

Då vi prövat våra tre teorier kan vi dra slutsatsen att alla teorier förväntas uppfyllas i större utsträckning vid en anställningsform som stafettläkare. Adams balanst teori (Watson, 2006, Ss.324-325) påvisar att en större grad av balans mellan avtalet med verksamhetscheferna och stafettläkarnas arbetsinsats kan uppnås då avtalet är tydligare. Vid en anställningsform som fast läkare utlovas ett visst utfall gentemot en viss arbetsinsats vilket vår studie har visat vara bristfällig. Detta innebär att det implicita kontraktet förblir ouppfyllt för den fasta läkaren. Vrooms förväntansteori (Lee, 2007) pekar på att stafettläkarna har en lägre grad av förväntan på sig vilket också är tydligare vad det gäller ett visst beteende som ska resultera i ett visst utfall. En fast läkare har en högre förväntan på sig då de ska ta ett sammansatt ansvar dock har de mindre frihet samt lägre lön. Följande blir det svårare för en fast läkare att uppfylla Vrooms förväntansteori (ibid), då utfallet inte sammanfaller med förväntningarna. Watsons teori (Watson, 2006, Ss.310-319) gällande ledarskap, arbetssätt och motivation har i vår studie påvisats som bristande då det framkommit att arbetsmiljön är bristfällig och att det idag är svårt att påverka. Då Watsons treenighet (ibid) inte uppfylls brister det implicita kontraktet, vilket har resulterat till att fasta läkare valt en anställningsform som stafettläkare. Detta då denna anställningsform innebär mer självbestämmande då de ser sig som egenföretagare, på så sätt är de inte lika involverade i verksamheten och påverkas inte i lika hög grad av ledningen och deras arbetssätt. Dessutom får de mer tid till patientarbete som är deras största motivationskälla och arbetsuppgifterna koncentreras till detta. Vi ser en medvetenhet hos verksamhetscheferna om vad som krävs för att skapa en attraktiv arbetsplats, dock är verksamheten komplex och strikt styrd ovanifrån vilket innebär att den är svårstyrd och svårföränderlig. Den rådande tidsbristen leder till svårigheter vad det gäller utveckling av både personal och verksamhet. Den bristande arbetsmiljön leder till att arbetsförhållandena blir ohållbara och utgör grunden för valet av anställningsform som stafettläkare. Sammantaget visar dessa tre teorier att de fasta läkarna hamnar under den nivå de egentligen kräver för att förlöpa anställningen. Det som driver valet att gå från fast läkare till stafettläkare är främst friheten och den bristande arbetsmiljön.

Av vår forskning har vi uppfattat att *delaktighet i beslut, kompetensutveckling och tid till administration* är tre faktorer som sammanfaller med Bergstrands (2013) fem faktorer om huruvida en vårdcentral anses vara en attraktiv arbetsplats. Vidare har vår studie visat på ytterligare två faktorer som läkarna efterfrågar som inte sammanfaller med Bergstrands (ibid) faktorer. Dessa är ett *tydligt ledarskap* och en *högre grad av frihet*. Genom dessa faktorer vill läkarna kunna påverka de beslut som tas och leder till förändringar inom verksamheten. Dessutom önskas mer utbildning och ett tydligare ledarskap för att öka läkarnas motivation. Vidare efterfrågar läkarna mer tid till deras arbetsuppgifter. Friheten är idag mycket begränsad för en fast läkare. Stafettläkaren har en hög grad av frihet av självbestämmande av antalet arbetstimmar och semester. Det är när dessa faktorer som stafettläkarna efterfrågar uppfylls som arbetsplatsen ses som attraktiv.

Under tidens gång har vi fått uppleva hur pressad denna organisation är genom att det har varit svårt att få intervjuer med verksamhetschefer över lag och än svårare med stafettläkare. Många ansåg att vår studie var intressant, dock meddelade de flesta att de inte kunde avsätta någon tid för en intervju. Vi anser att vårt resultat i denna uppsats förtydligar bilden av vårdcentralens sätt att leda, dess komplexitet och konsekvenserna för att stafettläkarna har ökat. Vi har genom vår studie uppfattat att en fast anställning ger en mindre frihet med en lägre lön utan att påverkansmöjligheterna ökar och kompenserar för detta. Vidare har vi kommit fram till att vårdcentralsmiljön är utforskad och det är av relevans att titta närmare på de faktorer som läkarna efterfrågar då vi har studerat en grupp läkare som innehar ett val gällande anställningsform. Det råd som vi vill ge till verksamhetscheferna är att de tar till sig dessa fem faktorer som vi nämnt i stycket ovan då de är avgörande huruvida läkarna accepterar arbetsvillkoren som fastanställd. Därav bör dessa kriterier bearbetas högre upp i organisationen för att kunna leda till förändringar. Det är då av vikt att verksamhetscheferna går samman för att nå fram till den högre beslutande ledningen.

Vidare vill vi belysa att denna studie endast kan ge en inblick av hur det kan vara och vi ser det istället som att denna studie öppnar upp för vidare forskning. Som fortsatt forskning rekommenderar vi att det läkarna efterfrågar lyfts högre upp i organisationen då det genom denna studie ger en viss inblick på att båda respondentgrupperna är medvetna om att det finns brister så som i resurser och arbetsbelastning. Detta är något som de båda grupperna vill påverka dock inser vi att möjligheterna är begränsade.

# Referenser

## Artiklar

Arman, R. Dellve, L. Tengelin, E och Wikström, E. 2011, "Regulating time commitments in healthcare organizations: Managers' boundary approaches at work and in life", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 25 Iss: 5, pp.578 – 599.

Baker, G.R. & Denis, J. 2011, "Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership", *Public Money & Management*, vol. 31, no. 5, pp. 355.

Bejerot, E., Hasselbladh, H. (2003), "Nya kontroll- och maktrelationer i sjukvården", *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, (2): 107-127.

Bodenheimer, T. & Pham, H.H. 2010, "Primary care: current problems and proposed solutions", *Health affairs (Project Hope)*, vol. 29, no. 5, pp. 799-805.

Dellve, L., Ahlborg, G.j., Skagert, K. 2011, "A prospective study of managers' turnover and health in a healthcare organization", *Journal of nursing management*, vol. 20, no. 7, pp. 889.

Dellve, L. & Wikström, E. 2009, "Contemporary leadership in healthcare organizations: Fragmented or concurrent leadership", *Journal of health organization and management*, vol. 23, no. 4, pp. 411-428.

Duncan, A.K. & Breslin, M.A. 2009, "Innovating health care delivery: the design of health services", *Journal of business strategy*, vol. 30, no. 2/3, pp. 13-20.

Edwards, N., Kornacki, M.J. & Silversin, J. 2002, "Unhappy Doctors: What Are The Causes And What Can Be Done?", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 324, no. 7341, pp. 835-838.

Giltinane, C.L. 2013, "Leadership styles and theories", *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, vol. 27, no. 41, pp. 35.

Iles, V. 2013, "What is happening to leadership in health care?", *The International Journal of Leadership in Public Services*, vol. 9, no. 3/4, pp. 82.

Kerfoot, K. 2002, "On leadership: From motivation to inspiration leadership", *Urologic Nursing*, vol. 22, no. 5, pp. 347.

Lee, S. 2007, "Vroom's expectancy theory and the public library customer motivation model", *Library Review*, vol. 56, no. 9, pp. 788-796.

Menaker, R. 2009, "Leadership strategies in healthcare", *The Journal of medical practice management: MPM*, vol. 24, no. 6, pp. 339-343.

## Böcker

- Almqvist, R (2012) *Ansvarsfull verksamhetsstyrning*. Malmö, Liber AB, uppl. 1:1.
- Alvesson, M (2011) *Intervjuer – genomförande, tolkande och reflexivitet*. Malmö, Liber AB, uppl. 1:1.
- Berlin, J, Kastberg, K (2011) *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö, Liber AB, uppl. 1:1
- Bryman, A (2012) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö, Liber AB, uppl. 2:3.
- Jönsson, S, Strannegård, L (2010) *Ledarskapsboken*. Egypten, Sahara Printing, uppl. 1:2
- Kvale, S (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, studentlitteratur
- Watson, Tony J. (2006). *Organising and managing work: organisational, managerial and strategic behaviour in theory and practice*. Pearson education limited, uppl:2.

## Internetkällor

- Notisum (2013) Hälso- och sjukvårdslag (1982:763),  
<http://www.notisum.se/pub/Doc.aspx?url=%2Frnp%2Fsls%2Flag%2F19820763.htm> [Avläst 2014-10-15].
- Bergstrand, O (2013), Går att utläsa genom Sveriges läkarförbund, (2013), *Vägar för att öka antalet läkare i första linjens sjukvård*,  
[http://www.slf.se/Pages/65310/Slutrapport%20V%c3%a4gar%20f%c3%b6r%20att%20c3%b6ka%20antalet%20i%c3%a4kare%20i%20f%c3%b6rsta%20linjens%20sjukv%c3%a5rd%20\(2\).pdf](http://www.slf.se/Pages/65310/Slutrapport%20V%c3%a4gar%20f%c3%b6r%20att%20c3%b6ka%20antalet%20i%c3%a4kare%20i%20f%c3%b6rsta%20linjens%20sjukv%c3%a5rd%20(2).pdf) [Avläst 2014-10-28].
- Regeringen (2008) Proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*,  
<http://data.riksdagen.se/fil/b5c2efda-83b0-4368-a640-6f3e01a04770> [Avläst 2014-11-20].
- Riksdagen (2013), Motion 2013/14: S0348 *Personalförsörjning och nytänkande i vården*,  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Personalforsorjning-och-nytank\\_H102So348/?text=true](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Personalforsorjning-och-nytank_H102So348/?text=true) [Avläst 2014-10-15].
- Socialstyrelsen (2009), *Nationella indikatorer för god vård*,  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf> [Avläst 2014-10-15].
- Sveriges Kommuner och Landsting, (2005),  
[http://www.skl.se/download/18.9f425ef147b396d467c0011/1408991882852/KI+Problem\\_med\\_sjukskrivningsprocessen+2005.pdf](http://www.skl.se/download/18.9f425ef147b396d467c0011/1408991882852/KI+Problem_med_sjukskrivningsprocessen+2005.pdf) [Avläst 2014-10-21].
- Sveriges läkarförbund, (2013), rapport: *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*,  
<http://www.slf.se/.../Prim%c3%A4rv%c3%A5rdens%20i%c3%A4karbem...> [Avläst 2014-10-15].

SVT (2014), <http://www.svt.se/nyheter/sverige/kostnader-for-stafetlakare-skenar> [Avläst 2014-09-30].

SVT (2012), <http://www.svt.se/nyheter/regionalt/nordnytt/kostar-miljarder-nu-ska-stafetlakarna-bort> [Avläst 2014-09-30].

1177 Vårdguiden (2014) *hitta rätt i sjukvården*, <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Hitta-ratt-i-sjukvarden/> [Avläst 2014-11-26]



# HÖGSKOLAN I BORÅS

BESÖKSADRESS: JÄRNVÄGSGATAN 5 · POSTADRESS: ALLÉGATAN 1, 501 90 BORÅS  
TFN: 033-435 40 00 · E-POST: [INST.HIT@HB.SE](mailto:INST.HIT@HB.SE) · WEBB: [WWW.HB.SE](http://WWW.HB.SE)