

Chefsöverläkarens roll i en föränderlig sjukvård

Kerstin Sahlin-Andersson

Katarina Östergren

Sjukvården kan beskrivas som en hybrid av ett professionellt system, ett administrativt system och ett politiskt system. Samtliga dessa är förknippade med tydliga och spridda ideal och sätter olika gränser för ansvar, påverkan och kontroll och de grupperar verksamheter och resultat olika. I den här artikeln beskrivs, med utgångspunkt från några inledande resultat från ett forskningsprojekt om chefsöverläkarens ledarskap, chefsöverläkarens roll i den pågående förändringen av sjukvården, i gränslandet mellan de reglerande systemen. Vi fokuserar framförallt på hur chefsöverläkaren samordnar den egna klinikens arbete med beslut, förändringar och aktiviteter som sker på andra håll i sjukvården: i den politiska ledningen, i den centrala sjukhus- eller sjukvårdsområdesadministrationen och vid andra kliniker. Artikeln avslutas med en beskrivning av fyra dilemman som chefsöverläkarrollen konfronteras med.

Fil. dr Kerstin Sahlin-Andersson är docent vid Handelshögskolan i Stockholm och chef för Stockholms centrum för forskning om offentlig sektor (SCORE). Fil. dr Katarina Östergren är forskare och universitetslektor vid Handelshögskolan i Umeå.

Sjukvården är en organisatorisk hybrid

När chefsöverläkarlagen infördes 1991 var det bland annat en markering av ledarskapets betydelse för en väl fungerande sjukvård. I lagen angavs att en specialistkompetent läkare skulle ha ett samlat medicinskt, personal- och ekonomiskt ansvar över diagnosticerande, vårdande och behandlande enheter, om detta behövs för patientsäkerheten. Chefsöverläkarlagen var en omstridd reform och lagrummet för sjukvårdens ledarskap är stätt i omvandling. Trots omprövning och reformer kvarstår betoningen av ett samlat och stärkt ledarskap. Ledarskapsdiskussionen liksom reformerandet av sjukvården och den offentliga sektorn mer allmänt har präglats av en strävan att ta till vara allmänna erfarenheter

och lärdomar om vad som kännetecknar en effektiv verksamhet och ett gott ledarskap. Jämförelser med privata tillverkande företag har varit vanliga. Efterhand har det kommit att bli mer uppenbart att sjukvården inte är som vilken organisation som helst eller som ett vinstdrivande privat tillverkande företag. Ett sätt att förstå de särskilda krav som ställs på ledare inom sjukvården är att ta sin utgångspunkt i att sjukvården är politisk styrd. Vidare att det är en verksamhet som byggts upp och bärs upp av professionella grupper.

Chefsöverläkaren arbetar i en komplex miljö, präglad av olika tiders ideal om hur en effektiv och kvalitativ verksamhet ska bedrivas. En miljö med starka traditioner och starka förändringambitioner, en mångfacetterad och splittrad miljö präglad av höga styrambitioner. Sjukvården kan beskrivas som en hybrid av ett professionellt system, ett administrativt system och ett politiskt system. Samtliga dessa är förknippade med tydliga och spridda ideal vilka återfinns i forskning, utredningar, jämförelser, utvärderingar och reformer. De sätter också olika gränser för ansvar, påverkan och kontroll och grupperar verksamheter och resultat olika. Beroende på ur vilket system vi väljer att se sjukvårdens organisation och verksamhet följer olika svar på frågor som: vad är ett gott resultat, vad är en effektiv sjukvård, vad är en lämplig arbetsordning och vad är en önskvärd utveckling. Olika personer och positioner i chefsöverläkarens omvärld är också knutna till dessa olika reglerande system. Systemen är delvis motstridande och de många olika krav de ställer på verksam-

Systemen är delvis motstridande och de disparata krav de ställer på verksamhet och ledarskap tycks inte så lätt låta sig förenas. Ändå är det vad chefsöverläkaren måste göra

het och ledarskap tycks inte så lätt låta sig förenas. Ändå är det vad chefsöverläkaren måste göra.

En studie av chefsöverläkarnas ledarskap

I den här artikeln beskrivs, med utgångspunkt från några inledande resultat från ett forskningsprojekt om chefsöverläkarens ledarskap, chefsöverläkarens roll i den pågående förändringen av sjukvården, i gränslandet mellan de reglerande systemen, dvs. det professionella, det politiska och det ekonomiska systemet. Forskningsprojektet har rubriken chefsöverläkarens ledarskap i en professionell, politisk och ekonomiskt styrd verksamhet. Projektet finansieras av Landstingsförbundet. Det påbörjades i januari 1996 och ska resultera i en slutrapport i slutet av 1997. Projektet syftar till att beskriva vad chefsöverläkare gör samt förstå villkoren för chefsöverläkarens ledarskap med särskild tonvikt på de olika krav och villkor som de reglerande systemen ställer.

Tidigare forskning om ledare har visat att nära och ingående studier av vad de faktiskt gör har uppvisat en helt annan bild av ledarskapet än den som ofta ges i översiktliga beskrivningar och idealmodeller. För att fånga ledarnas vardag följer vi chefsöverläkare i deras dagliga arbete under ett antal veckor. Genom intervjuer med personer runt chefsöverläkaren får vi också den nära omgivningens syn på chefsöverläkarens ledarskap och på de krav och villkor som ställs. Deltagande observationer och intervjuer kompletteras senare med enkät där vi ska kartlägga hur chefsöverläkartjänster-na är utformade, vilka initiativ som tagits i landstingen i samband med dessa tjänster, samt vilka viktigare erfarenheter och problem som framkommit i olika miljöer. På så vis kan en del av de resultat som kommer fram genom de deltagande observationerna jämföras med ett bredare urval av läkare, sjukhus, specialiteter och landsting.

Vid den deltagande observationen har det kommit fram att chefsöverläkarnas relationer till sina underställda, det som ofta upptar mest tid och plats i ledarskapslitteraturen, långt ifrån är allt som ingår i chefsarbetet. Vi fokuserar i den här artikeln på andra delar av chefsöverläkarens arbete, framförallt hur de samordnar den egna kliniken arbete med beslut, förändringar och aktiviteter som sker på andra håll i sjukvården: i den politiska ledningen, i den centrala sjukhus- eller sjukvårdsområdesadministrationen och vid andra kliniker. Diskussionen om ledarskap har kanske i alltför liten utsträckning visat chefens roll som förmedlare av erfarenheter till politiker och tjänstemän, som en för-

medlare och samordnade av förändringsinitiativ, verksamhet och resultat på olika nivåer och i olika delar av sjukvårdsorganisationen.

Chefsöverläkare som samordnare i en decentraliserad sjukvård

Senare års reformer av sjukvården har i mångt och mycket präglats av en ambition att utveckla sjukvårdens effektivitet och organisation. I denna anda har en rad uppgifter, ansvarsområden och krav förts ut på klinikerna samtidigt som man försökt att krympa sjukhusgemensamma enheter.

Bakgrunden till decentraliseringen kan naturligtvis beskrivas på flera sätt, men några inslag som framkommer i de flesta studier är för det första att de är resultatet av en lång kritik mot stora och komplexa organisationer. Studie efter studie påvisade svårigheter att styra, genomföra förändringar och skapa ett nytt tänkande i sådana stora organisationer. Det normativa idealet för 80-talets reformer har varit att bryta ner de stora enheterna, att decentralisera och föra ut ansvar och befogenheter till dem som gör arbetet, att montera ner hämmande regelsystem, att stärka det lokala ledarskapet och samarbetet mellan dem som arbetar ihop. Man har velat skapa små specialiserade enheter som vet vad de vill och vad de gör.

I sjukvården har det inte bara varit organisationernas storlek som setts som problematisk. En ofta framförd förklaring till varför reformer inte fått förväntat genomslag har varit att de professionella och politiska dragen i verksamheten har lagt hinder i vägen. Så har stora ansträngningar gjorts att anpassa professioner och politik efter en modell av en effektiv och flexibel sjukvårdsorganisation. Politiken har fjärmats från verksamheten och man har sökt riva eller åtminstone bryta igenom en del professionella gränser. Politiken och professioner har anpassats efter en administrativ logik. Decentraliseringen har sammanfallit med omfattande krav på nedskärningar vilket betytt att det ekonomiska resultatet kommit att bli allt viktigare och mer omdiskuterat.

Vi kan beskriva den förändring som sker på följande sätt. Man har gått från att tidigare betrakta hela sjuk-

Mycket kraft läggs ned på att hålla samman, ge identitet till och skapa ett team av en klinik, ledd av en tydliggjord ledning

Kanske är det dags att också tydligare fundera över hur samarbete, förtroende och kompetensöverföring mellan de numera relativt fristående enheterna kan utvecklas

hus, hela sjukvårdsområden, hela landsting eller hela landets sjukvård som en organisation till att styra sjukvården som en uppsättning relativt autonoma enheter. Varje klinik har formats till en organisation och relationerna mellan kliniker har formats som utbyten mellan organisationer, som marknadsmässiga organisationer med konkurrenter, kunder och leverantörer. När vi beskriver utvecklingen på ovanstående sätt, vill vi peka på hur mycket kraft som läggs ner på att hålla samman, ge en identitet till, och skapa ett team av en klinik, ledd av en tydliggjord ledning. Mindre uppmärksamhet har ägnats problemet hur dessa enheter ska samordnas.

Senare års reformer har i mycket inneburit att marknadsideal har införts i sjukvårdssystemet. Men det är framförallt idealbilder av marknader, med begreppet konkurrens i fokus, som har inspirerat reformerna. Ser vi till hur marknader fungerar i praktiken kännetecknas de många gånger stabila och långsiktiga relationerna både av konkurrens och av förtroende (Brunsson & Hägg, 1992). Kanske är det dags att också tydligare fundera över hur samarbete, förtroende och kompetensöverföring mellan de numera relativt fristående enheterna kan utvecklas. Reformerna har syftat till att riva eller överbrygga gränser mellan yrkesgrupper och mellan olika dimensioner av ledningsuppgifterna, men reformerna har också inneburit att nya gränser har byggts, vilka i sin tur kan hindra ett gott samarbete och erfarenhetsutbyte mellan enheter och nivåer.

Varje uppdelning eller decentralisering kräver integrering. Metaforiskt kan det uttryckas så att en decentraliseringsprocess lätt sätter igång en sorts centrifugalkrafter i organisationer. Allt samlas ute i enheterna; arbete, kompetens, ansvar och erfarenheter, och risken är att enheterna härigenom snarast hålls ifrån varandra och lär sig att vakta sin självständighet och samlar på sig hela egna områden. Betoningen av det lokala chefskapet och av chefskapets lokala aspekter förstärker en spridd uppfattning om att chefens huvudsakliga arena är den lokala kliniken. Sjukhus och sjukvårdsområden är dock fortsatt sammanhållna enheter och det krävs att den starka decentraliseringen vägs upp av en samord-

ning och integrering av verksamheten över klinik- och resultatenhetsgränser. Det är i det sammanhanget viktigt att notera att chefsöverläkaren är arbetsgivarens representant, vilket pekar på vikten av samordning med övriga ledare i sjukhuset. Många chefsöverläkare uppfattar sig inte primärt som arbetsgivare. Istället identifierar de sig huvudsakligen med den egna professionen och ser som ett viktigt syfte att skydda den egna kliniken från vissa nedskärningar och omstruktureringar som sjukvårds- och sjukhusledning initierat.

Kontakterna mellan kliniker är idag i huvudsak burna av de professionella nätverken, och här är det läkarnas nätverk som dominerar. Nätverken betonar chefsöverläkarnas läkarroll, men det finns färre tillfällen att diskutera och i samspår med andra utveckla chefsrollen. Flera chefsöverläkare har påtalat att de fått utforma och prova sig fram ensamma då det inte funnits så många självklara tillfällen för att diskutera hur chefsöverläkarrollen och klinikerna ska utformas. Vilket sätt man väljer att driva kliniken på är inte något man diskuterat med andra professionella på kliniken, med andra chefsöverläkare eller med sjukhusledningen. Det har inte funnits någon naturlig arena för interaktion med andra i samma situation. En sådan grupp skulle kunna vara chefsöverläkargruppen, men andra kliniker ses snarare som konkurrenter än som samarbetspartners. Här förefaller ändå en hel del ha skett på den allra senaste tiden. Sådana diskussioner förs numera inom såväl utbildningsprogram, landsting, sjukhus som läkarprofessionen.

Vad mäter de utvecklade redovisningssystemen?

Sjukvårdens administration och ekonomi har blivit viktigare. Det märks också i kraven på chefsöverläkarna, som fått ett allt större ekonomiskt och administrativt ledningsansvar. Från att tidigare främst ägnat sig åt de medicinska frågorna måste chefsöverläkaren även hålla sig á jour med de nya ekonomiska styrverktygen. En konsekvens av det är att allt mer av chefsöverläkarens tid går åt till administrativa och ekonomiska frågor. Redovisningens ekonomiska språk har fått en allt större betydelse i nedskärningstider och i efterföljden av den

Från att tidigare främst ägnat sig åt de medicinska frågorna måste chefsöverläkaren även hålla sig á jour med de ekonomiska styrverktygen

imitation av det privata tillverkande företaget som skett. De ekonomisk/administrativa reformerna har givit uttryck för stora krav på ordning, enhetlighet och styrbarhet, men uppföljningsverktygen uppfattas ur verksamhetens perspektiv som svaga.

Visserligen tar ekonomiska frågor och beräkningar, inte minst i nedskärningstider, mycket tid, men de används i liten utsträckning som styr- och ledningsinstrument inom klinikerna. Möjligen är det ett uttryck för att alla aktiviteter och processer inte lätt låter sig avspeglas och jämföras i redovisningens termer. De intervjuade chefsöverläkarna upplevde krav på att vissa ekonomiska data skulle rapporteras in, och krav på att inte överskrida ekonomiska ramar. Emellertid var deras tilltro till måtten - vad de egentligen mäter, och vilken roll de har i beslutsfattandet - svag. Flera påpekade också att de starka kraven på redovisning och hållna ramar inte åtföljs av någon uppföljning och kontroll av verksamheten, och i några fall inte heller några åtgärder om exempelvis ramar överskrids. Redovisningen lever därmed i stor utsträckning sitt eget liv i organisationen, något som tar mycket tid men som samtidigt varken uppfattas avspegla faktiska verksamheter och resultat eller utgöra tillförlitliga underlag för omprövning och planering. Måtten riskerar att bli särkopplade från verksamheten, något som för övrigt visat sig vara vanligt i såväl företag som förvaltning (se t ex. Meyer & Rowan, 1977). Samtidigt uttrycker läkarna oro för att de mått som de själva hyser så liten tilltro till utgör underlag för omprövningar och beslut i sjukvårdens politiska ledning. Glappet mellan verksamhet och redovisning motsvaras av ett glapp mellan verksamhet och politik.

Politik på distans

De chefsöverläkare vi mött kommenterade spontant att sjukvården är professionellt styrd och att detta strukturerar och inramar deras ledarskap. Däremot kom den politiska styrningen inte in som en lika naturlig och integrerad del i deras beskrivning eller i deras verksamheter. Läkarna såg politik och politiker som, lite stark uttryckt, en störning i omgivningen. Politiken möter dem främst som färdiga reformer, förändringsförslag och möjligen som hot eller löften om framtida förändringar. Politiken kommer utifrån och utgör något som läkarna har att implementera eller anpassa sig efter. Samtidigt beklagade man att politikerna fanns så långt borta och att de inte föreföll vara mer intresserade av eller möjligen okunniga om verksamheten.

Sjukvårdens organisation kommer med all sannolikhet inte att förändras på något revolutionerande sätt trots att det politiska beslutsfattandet förändras

Politikerrollen är stadd i omvandling. Flera reformer under senare år har gått ut på att distansera politiken från de små frågorna och istället tilldela politiska församlingarna rollen som övergripande generella policy-skapare. Trots reformerna är ett fortsatt vanligt klagomål, inte bara inom sjukvården, att politiker istället för att fokusera de stora övergripande frågorna betonar små, många gånger oväsentliga, frågor. Det är i stor utsträckning frågor som väcker medborgarnas engagemang. Ur verksamhetens perspektiv uppfattar man sålunda att politikerna många gånger sysslar med fel saker. Ibland tycks politiska diskussioner och beslut fokuseras kring frågor som väcker massmedial uppmärksamhet varvid frågor som är tabubelagda i samhället, men kanske nog så viktiga ur medicinsk-professionell synvinkel, kommer i skymundan. Detsamma gäller för frågor av mer komplicerad medicinsk karaktär. Det finns med andra ord en stor önskan från chefsöverläkarhåll att politikerna ska engagera sig i mer övergripande, och ur deras synpunkt centrala frågor.

Möjligen uttrycker sådana uttalande önskemål en ökänslighet för den logik som styr det politiska beslutsfattandet. Frågor som kan tyckas detaljerade och perifera ur chefsöverläkarens perspektiv kan i ett större samhälleligt och politiskt sammanhang vara nog så centrala. Möjligen ger önskemålen också uttryck för en extremt rationalistisk, och orealistisk, beslutsuppfattning - att beslutsprocessernas utfall är helt avhängigt av vilken information beslutsfattarna har tillgång till. Sjukvårdens organisation kommer med all sannolikhet inte att förändras på något revolutionerande sätt trots att det politiska beslutsfattandet förändras. Trots det finns det anledning, mot bakgrund av den stora misstro många uttalat mot de resultatmått, nyckeltal och övergripande bedömningar som används idag, att ytterligare fundera över varifrån och hur politiker, landstingsledning och sjukhusledning får sin information om verksamheten och underlagen för sina beslut.

Mycket uppmärksamhet har ägnats, inte minst inom forskningen, åt problemet att genomföra reformer och fattade politiska beslut. Och visst är det viktigt att finna lämpliga former för att anpassa de generella reformerna

till lokala förutsättningar samt att finna lämpliga former för personer ute i verksamheten att lära sig de förändrade sätt att samordna sig och agera som reformerna implicerar (jfr Müllern & Östergren, 1995). Chefsöverläkarnas reaktioner pekar emellertid på den andra sidan av problemet. Även om det lokala ledarskapet, som beskrevs ovan, har stärkts, fattas de strategiska besluten fortfarande av en politisk ledning och av sjukhusens och sjukvårdens ledande tjänstemän. Det betyder att kompetens och erfarenheter som finns ute i verksamheten också måste föras tillbaka till beslutsfattarna - så att för verksamheten inte orimliga beslut fattas.

Det krävs rutiner för sådan återföring. Det krävs arenor på vilka erfarenheter, kompetens och nyheter som påverkar verksamheten - inte minst utvecklingen inom teknik och medicinsk vetenskap - kan förmedlas mellan sjukvårdens olika ansvariga. För att kunskaper och erfarenheter ska kunna förmedlas krävs ett språk. Kan ske ställdes tidigare för stor tilltro till att den ekonomiska redovisningen skulle kunna fungera som ett sådant språk. För närvarande utvecklas på många håll nya uppföljningsinstrument, just i syfte att forma språk och kanaler för att återföra erfarenheter och kompetens till beslutsfattare och policyskapare vid sjukvårdens alla nivåer. Uppföljningsinstrument som söker avspiegla och väga samman den professionella, politiska och administrativa logiken. Det återstår att se om dessa uppföljningsinstrument förmår att förmedla erfarenheter från verksamhet till beslutsfattare. Information förvrängs och förenklas ofta när den förmedlas. De uppbyggda systemen måste sannolikt kombineras med utvecklade dialoger och med arenor för diskussion.

Delegerat ansvar och beskurna befogenheter?

Mycket är oklart vad gäller chefsöverläkarens position, ansvar och roll. Rollen framstår som oklar både för chefsöverläkaren själv och för dem som arbetar under, över och tillsammans med denne. De chefsöverläkare vi mött ansåg sig ha ett stort självständigt utrymme att utforma och driva kliniken. Det är också tydligt att arbetsordning och organisation ser mycket olika ut på olika kliniker. Vi har mött läkare som, grovt sett, kan delas in i två huvudgrupper med avseende på hur de valt att organi-

En klassisk administrativ princip är att ansvar och befogenheter skall följas åt

sera klinikens arbete. Å ena sidan de som bibehåller den traditionella indelningen så långt som möjligt och å andra sidan de som strävar efter att skapa endast en hierarki på kliniken. Det traditionella sättet att organisera klinikerna på var att organisera dem utifrån professionshierarkier, dvs. en sjuksköterska är chef över sjuksköterskorna, en läkare över läkarna osv.

Nydanarna inom detta område möts av kraftig kritik av flera grupper. Det är många yrkeskategorier som har svårt att tänka sig att ha en chef som inte arbetar inom professionen. Vanligt är att ifrågasätta till exempel hur en sjuksköterska ska kunna vara chef över en psykolog, då man menar att hon inte kan hjälpa till att vidareutveckla psykologen. Förespråkarna däremot anser inte detta vara chefsens huvudansvar, utan betonar chefsens ansvar att driva kliniken som helhet på bästa sätt.

Också när det gäller utformning av den egna arbetsituationen finns en skillnad mellan de läkare vi mött. Medan en del först och främst ser sig som läkare och har tagit på sig chefsrollen som ett tidsbegränsat uppdrag - en plikt, ser andra sig främst som chef och i andra hand som läkare. Någon enstaka såg de två aspekterna av arbetet just som två olika jobb och menade sig ha två halvtidsarbeten, eller snarare två heltidsarbeten. Han sökte också lägga upp arbetet så, men i praktiken framstod det som mer blandat. Iakttagelserna pekar på att de professionella och administrativa/ekonomiska perspektiven fortfarande är åtskilda på det normativa planet. Det finns en uppsättning kriterier för hur en läkare ska vara och är och en annan för hur chefer är och bör vara. För den enskilde tycks därmed hybriden framstå som oklar och svår varför det många gånger förefaller enklare att välja den ena eller den andra rollen.

En klassisk administrativ princip är att ansvar och befogenheter ska följas åt (Fayol, 1949). När det gäller organiseringen av den egna kliniken uppfattar chefsöverläkarna sig ha stora befogenheter och stort ansvar. När det gäller verksamhetens omfattning, inriktning och uppläggning menade emellertid några chefsöverläkare att det svåraste med deras chefskap är att de tillskrivits det totala ansvaret men samtidigt beskär deras befogenheter. Senare års decentraliseringssträvanden och reformer har pressat ut ansvaret i verksamheten. Samtidigt har de ständiga förändringsinitiativen uppför lett

Mycket är oklart vad gäller chefsöverläkarens position, ansvar och roll

till svårigheter för de lokala cheferna att behålla initiativet över och därmed kontrollera den egna verksamheten. Dels tar reformarbetet mycket tid, dels menar flera att reformerna inte tar hänsyn till klinikernas specifika förutsättningar. Flera efterfrågar också mer insyn i och kontroll över de spelregler och måttenheter som ligger bakom förändringar och jämförelser mellan enheter.

Ett sätt att tolka läkarnas reaktioner är att de eftersträvar en enhetlighet mellan ansvar och befogenhet. De har tilldelats ett ökat ansvar och vill ha befogenheter i linje därmed. Några sade att de ville ha kontroll över sin investeringsbudget, att de skulle vilja ha rätt att mer fritt fördela medel mellan tjänster, att de mer fritt skulle få sätta löner och så vidare. Så fungerar det också på sina håll, men på andra håll tycks man ha hejdat en utlovad decentralisering på halva vägen. I nedskärningstider finns stora krav på samordning och jämförande omprövningar. Något som på sina håll lett till att decentraliseringen övergått i en centralisering. En utveckling som kan leda till att medan ansvaret fortsatt tillskrivs den lokala klinikledningen beskärs befogenheterna i takt med nedskärning samt centralt beslutade prioriteringar och omorganiseringar.

Den uppfattade diskrepansen mellan ansvar och befogenhet aktualiserar frågan vad termen totalansvar betyder i sammanhanget. Kanske är det så att termen totalansvar inte tydligt lyfter fram det faktum att chefsöverläkaren och den klinik över vilken hon ansvarar är en del av ett stort komplext system. Den oklara rollen och avsaknaden av preciserade krav tillsammans med talet om totalansvar leder lätt till att ansvaret förefaller oändligt, vilket rimmar dåligt med de uppfattade relativt begränsade befogenheterna. Kanske tolkar också chefsöverläkarna termen totalansvar efter en professionell logik där läkarens ansvar är gentemot allmänhet och patient. Läkarens har ansvaret för patientens diagnos, behandling, vård och uppföljning och är grundat i den kompetens läkaren besitter. En chefs totalansvar är inte lika lätt avgränsat och lika absolut. Det är ett ansvar som är villkorligt av och riktat mot sjukvårdens ledare och mot de av den politiska ledningen fattade beslut.

Chefsöverläkarnas fyra dilemman

Vi har beskrivit sjukvården som en hybrid mellan ett professionellt, ett politiskt och ett administrativt system. Studiens inledande resultat pekar mot att dessa tre system lever sida vid sida i sjukvården, ofta utan att integreras. I den informella dialogen som är så viktig

Hur kan chefsöverläkaren hantera ett ekonomiskt styrsystem som till synes är så frikopplat från verksamhet och beslutsfattande?

för samordning mellan organisationers nivåer och delar, dominerar läkarprofessionens språk och bedömningar. Andra arenor har åtminstone fram till helt nyligen varit mindre viktiga och mer distanserade från verksamheten. Den formaliserade resultatredovisningen sker i huvudsak i termer av ekonomiska resultatmått. Resultatmått som sjukvårdens läkare hyser föga tilltro till och som i mångt och mycket tycks leva ett eget liv vid sidan av verksamheten. Politiken är distanserad från verksamheten och även den sedd med misstro från läkarnas sida.

Beskrivningen ovan kan konkluderas med hjälp av fyra dilemman som chefsöverläkaren konfronteras med. Det första handlar om chefsöverläkaren som samordnare i en decentraliserad sjukvård. Sjukvården har decentraliserats och klinikerna har formats som mer eller mindre fristående autonoma enheter. Däremot har mindre uppmärksamhet riktats mot hur dessa enheter ska samordnas. Hur kan chefsöverläkaren leda den egna kliniken som en fristående, effektiv och självständig enhet och samtidigt främja samarbete, förtroende och kompetensöverföring till och från andra delar av sjukvården?

Det andra dilemmat handlar om de ekonomiska styrverktygen. Chefsöverläkarna har inte någon större tilltro till dessa resultatmått utan redovisningen lever i stor utsträckning sitt eget liv i organisationen. De uppfattar inte att den avspeglar den faktiska verksamheten och dess resultat. Hur kan chefsöverläkaren hantera ett ekonomiskt styrsystem som till synes är så frikopplat från verksamhet och beslutsfattande?

Det är vanligt att organisationer möter omgivningens komplexa och många gånger motstridande krav genom att parallellt utveckla flera olika former av styrning, presentation och kontroll. Varje enskilt krav kan besvaras genom att en viss form för styrning och resultatredovisning utvecklas, eller genom att viss verksamhet organiseras på ett eller annat sätt. Att lagra en rad olika principer, styrformer, resultatåterföringar och samarbetsformer på varandra tar emellertid tid och resurser och de kan dessutom motverka varandra. Det är ett sätt på vilket organisationer kan tillåtas att utvecklas i tider när det är gott om resurser. Överskottsresurserna kan i de

sammanhangen användas som en buffert för att hålla isär alla de konflikterande ideal och krav som ställs på organisation och verksamhet (Cyert & March, 1963).

Neddragningen och de därtill kopplade kraven på omprövning och prioritering kräver i högre grad än vad som varit fallet i en sjukvård i tillväxt att de olika logikerna samordnas exempelvis med hjälp av resultatmått som speglar och väger samman medicinska resultat med ekonomiska och politiska krav. Många försök görs för närvarande ute i landet att utveckla resultatmått och uppföljningssystem där ekonomiska och professionella resultatmätningar sammanvägs. Ändå är det viktigt att notera att dessa resultatmätningssystem, liksom fallet ofta är med redovisning och uppföljning, riskerar att förbli särkopplade från verksamheten om de inte stöds av en pågående dialog och ett utvecklat gemensamt språk.

Ett tredje dilemma hänger samman med den distans som chefsöverläkarna känner till politikerna. Det finns en brist på arenor där erfarenhet, kompetens etc kan förmedlas, men det finns också en brist på förståelse av varandras logik. Det politiska systemet har en helt annan logik än det professionella systemet och för att kunna mötas krävs en förståelse för varandras logik. Det finns ett behov av ett gemensamt språk för att skapa en fruktbar dialog mellan de olika aktörerna och delarna i organisationen. Med dialog avses såväl verbal som skriftlig.

I den mån det inte finns fungerande arenor, rutiner, procedurer och språk för att förmedla kompetens och erfarenheter mellan sjukvårdens delar och nivåer och för att återföra erfarenheter mellan klinikernas olika professionella och från kliniken till politiker, landstings- och sjukhusledning bör sådana skapas. Men naturligtvis tar allt detta tid och kraft. Hur får man det att fungera smidigt? Det tror vi i hög grad är en uppgift för personer som finns ute i verksamheten, som känner kompetensen, praktiken och erfarenheterna.

Relationerna mellan kliniker samt mellan kliniker och sjukvårdens ledning har förändrats påtagligt genom senare års reformer, samtidigt som man fortfarande tycks treva sig fram för att finna former för hur dessa relationer ska utvecklas på ett smidigt sätt. Idag tycks ett viktigt område för utveckling av sjukvårdens organisation vara att hitta en rimlig arbetsform för att samtidigt decentralisera och hitta former för samspel och samordning mellan sjukvårdens nivåer, mellan olika kliniker och mellan det politiska, det ekonomisk/administrativa och det politiska systemet. Det är i chefsöver-

Det är ett viktigt område för utvecklingen av sjukvårdens organisationer att hitta en rimlig arbetsform för att samtidigt decentralisera och hitta former för samspel och samordning

läkarens position som mötet mellan alla dessa sjukvårdens delar måste mötas.

Slutligen handlar det fjärde dilemma om den brist på samstämmighet som tycks råda mellan ansvar och befogenheter. Den decentralisering som genomförts de senaste åren har inneburit att chefsöverläkaren tilldelats ett stort ansvar men befogenheterna har däremot inte följt med i samma utsträckning. En förklaring till det kan vara de centrala reformerna som dels tar mycket tid och dels inte alltid tar hänsyn till klinikernas specifika förutsättningar. En annan möjlig förklaring är att det är frågan om att chefsöverläkarna faktiskt inte är helt klara över vad de har möjlighet att göra, dvs att de är ovana att gå från att tidigare ha varit arbetstagare i den tidigare klinikchefsrollen till att fungera som arbetsgivare i chefsöverläkarrollen.

Vi har här givit några inblickar i en sjukvård och en chefsroll i omvandling. En chefsroll som i mycket består i att samordna arbetet inom kliniken, men också att samordna kliniken med annan verksamhet och andra beslutsnivåer. Samordningen av en stor organisation kan inte enbart ske uppifrån, utan den måste ha sin tyngdpunkt ute i verksamheten. Det är en samordning som förmodligen måste se olika ut beroende på bland annat typ av sjukhus, klinikstorlek, specialitet och nedskärningskrav. En chefsöverläkare på en universitetsklinik med 600 anställda arbetar i en annan situation och har en annan roll än en chef över en vårdcentral med 20 anställda.

Vi har också givit en bild av en oklar chefsöverläkarroll. Starka rop hörs idag på att genom utbildning, tydligare policies, och skrivna direktiv klargöra och tydliggöra kraven på chefsöverläkarrollen. När man talar om oklarhet associeras ofta till att det är något dåligt, något som bör klargöras. Men oklarhet kan också ge handlingsutrymme och därmed utrymme för variation och nytänkande. Kanske kan det därför till och med vara en fördel att chefsöverläkarpositionen inte är så klart definierad, särskilt i ett professionellt system där individerna är vana att relativt självständigt bestämma över sitt arbete och dess uppläggning. Kanske är det bra att det inte finns en modell för hur chefsöverläkaren

ska fungera. I ett samhälle där organisationer och personer är invävd i olika organisationer och nätverk och med en mängd organ med uppgift att utbilda, utveckla, bedöma, betrakta och jämföra verksamheter, finns starka krafter som likriktar yrkesroller, organisationsstrukturer och organisationsideal (jfr t ex DiMaggio & Powell, 1983). Om man vill behålla en mångfald i chefsöverläkarrollen kanske man därför, från läkarförbund samt från sjukhus- och landstingsledning, måste värna om den explicit.

Med hjälp av den nyligen påbörjade studien av chefsöverläkarens ledarskap vill vi belysa de olika och varierande villkor under vilka chefsöverläkare arbetar. Vi ska beskriva hur olika chefsöverläkare hanterar sitt chefskap och de villkor under vilka de arbetar. Vi ska beskriva och förklara de problem och de sätt att hantera

problemen som chefsöverläkaren ställs inför. En ökad kunskap om den komplexa och varierade chefsöverläkarrollen bör kunna ge underlag för en varierad chefsroll som svarar mot de många olika krav och möjligheter som chefsöverläkaren ställs inför.

REFERENSER

- Brunsson N, Hägg I* (red) (1992): Marknadens makt, Stockholm: SNS.
- Cyert R M, March J G* (1963): A Behavioral Theory of the Firm, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- DiMaggio P J, Powell W* (1983): "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, 8, s 147-160.
- Fayol H* (1949): General and Industrial Management, London: Pitman.
- Meyer J W, Rowan B* (1977): "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, 83, s 340-363.
- Müllern T, Östergren K* (1995): Lärandekulturer: En studie av organisatoriskt lärande under olika institutionella betingelser, Akad. avh. Umeå: Umeå Universitet.