

VETENSKAP FÖR PROFESSION 35:2016

Ledarskap i äldreomsorgen:
Att leda integrerat värdeskapande
I en röra av värden och förutsättningar

Lotta Dellve och Maria Wolmesjö (Red.)

Anders Bremer

Agneta Kullén Engström

Margareta Fredman

Lise-Lotte Jonasson

Göran Jutengren

Per-Åke Karlsson

Lars Sandman



HÖGSKOLAN I BORÅS

LEDARSKAP I ÄLDREOMSORGEN:

Att leda integrerat värdeskapande

I EN RÖRA AV VÄRDEN OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Lotta Dellve och Maria Wolmesjö (Red.)

Anders Bremer

Agneta Kullén Engström

Margareta Fredman

Lise-Lotte Jonasson

Göran Jutengren

Per-Åke Karlsson

Lars Sandman



HÖGSKOLAN I BORÅS

VETENSKAP FÖR PROFESSION

INNEHÅLL | *Rapport nr. 2016:35*

LEDARSKAP I ÄLDREOMSORGEN:

Att leda integrerat värdeskapande

I EN RÖRA AV VÄRDEN OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

FÖRORD	10
FÖRFATTARPRESENTATION	12
SAMMANFATTNING	14
KAPITEL 1 Inledning	17
KAPITEL 2 Bakgrund	19
KAPITEL 3 Metod	33
KAPITEL 4 Chefers etiska värderingar	43
KAPITEL 5 Professionsutbildningsbakgrund och ledarskap inom äldreomsorgen	57
KAPITEL 6 Chefers stödresurser och ledarutbildning	69
KAPITEL 7 Chefers värdekonflikter och andra utmaningar	77
KAPITEL 8 Chefsarbete: Organisering av utvecklingsarbeten, arbetsmiljö, brukarsäkerhet och brukarmedverkan	83
KAPITEL 9 Hållbara chefs- och ledarskapsstrategier som utvecklar integrerade värden	111
KAPITEL 10 Diskussion – Avslutande perspektiv på värdebaserad ledning och styrning av äldreomsorgen	119
REFERENSER	130

Föreliggande rapport är nummer trettiofem i rapportserien *Vetenskap för profession*. Syftet med rapportserien är dels att redovisa resultat från pågående och avslutade forskningsprojekt vid Högskolan i Borås, dels att publicera inlägg i en pågående diskussion kring forskningens inriktning och tillämpade metoder inom ramen för verksamhetsidén Vetenskap för profession.

Planen är en årlig utgivning på fyra till sex rapporter. Kommitténs uppgift är att ansvara för bedömning av bidrag till serien och därigenom medverka till en hög kvalitet på publicerade rapporter. I särskilda fall kommer externa experter att anlitas för bedömningar.

REDAKTIONEN BESTÅR AV

Redaktör: Björn Brorström, rektor

Biträdande redaktör: Kim Bolton, professor, Jenny Johannisson, vicerektor

Teknisk redaktör: Jennifer Tydén, kommunikatör

Original: Ivelind Design

Omslagsfoto: Colourbox

Tryck: Responstryck 2016

ISBN: 978-91-88269-08-9 (tryck), 978-91-88269-09-6 (pdf)

Digital version: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-9333>

I rapportserien Vetenskap för profession

1. Forskning vid Högskolan i Borås. Om förhållningssätt, innehåll, profil och metod.
2. Smart Textiles.
3. Knalleandan – drivkraft och begränsning. Ett forskningsprogram om företagande, traditioner och förnyelse i Sjuhäradsbygden.
4. In search of a new theory of professions.
5. A Delphi study of research needs for Swedish libraries.
6. Vad är vetenskap?
7. Styrning i offentlig förvaltning – teori, trender och tillämpningar.
8. Profession och vetenskap – idéer och strategier för ett professionslärosäte.
9. Framgångsrik förnyelse. Forskningsprogrammet om företagande, traditioner och förnyelse i Sjuhäradsbygden.
10. 20 år med Institutionen Ingenjörshögskolan – historik, nuläge och framtid.
11. Fenomenet Ullared – en förstudie.
12. Undervisning i en ICA-butik.
13. Risker och säkerhet i professionell vardag – tekniska, organisatoriska och etiska perspektiv.
14. Knalleandan i gungning?
15. Från Högskolan i Borås till Humboldt, volym i – Den svenska högskolans roll i en motsägelsefull tid.
16. Från Högskolan i Borås till Humboldt, volym ii – Bildning och kunskapskulturer
17. Lärarutbildningens betydelse för en inkluderande skola.
18. Brukarens roll i välfärdsforskning och utvecklingsarbete.
19. Högskolelandskap i förändring. Utmaningar och möjligheter för Högskolan i Borås.
20. Mot en mer hållbar konsumtion – en studie om konsumenters anskaffning och avyttring av kläder.
21. I begynnelsen var ordet – ett vårdvetenskapligt perspektiv på språk och afasi.
22. Nätverk, trådar och spindlar – Samverkan för ökad återanvändning och återvinning av kläder och textil.
23. Libraries, black metal and corporate finance.
24. Veljekset Keskinen – Finlands mest besökta shoppingdestination.
25. Kan detaljhandeln bidra till att minska det textila avfallet? Textilreturen i Ullared – ett experiment om återvinning.
26. Vetenskap på tvären: akademiska värden, friheter och gränser. Från Högskolan i Borås till Humboldt, volym 3.
27. Samverkan för hållbar stadsutveckling och tvärsektoriell samsyn.
28. Ledarskap i vården: att möta media och undvika personfokuserade drev.
29. OTEC Matters 2015.
30. Resursfördelningsmodeller på bibliometrisk grund vid ett urval svenska lärosäten.
31. The University of Borås as a sustainable university.
32. Rum för de yngsta. Barns och föräldrars delaktighet i kulturverksamheter.
33. Hållbar framtid. En seminarieriserie om företagande.
34. Inkluderande medborgarskap. Perspektiv på social hållbar samhällsutveckling: exemplet Norrby.

Förord

BJÖRN BRORSTRÖM | *Redaktör för Vetenskap för profession*

En grundläggande kvalitet i ett starkt välfärdssamhälle är en väl fungerande omsorg om våra äldre. Äldreomsorgen ska erbjuda trygghet för den äldre och genom sin verksamhet bidra till livskvalitet i livets senare skede. Verksamheten har stora utmaningar att möta och hantera för att upprätthålla en hög kvalitet och möta omsorgstagarnas höga och berättigade förväntningar. Antalet äldre och antalet äldre med omsorgsbehov ökar. Detta ställer stora krav dels på rekrytering av medarbetare och chefer, dels på att skapa förutsättningar så att medarbetare och chefer kan utvecklas i yrket och väljer att stanna kvar och verka inom äldreomsorgen.

En viktig åtgärd är att rusta äldreomsorgens chefer för att möta de utmaningar som råder och för att kunna utöva ett väl fungerande ledarskap. Flera betydelsefulla initiativ har tagits av regeringen och av Socialstyrelsen för att öka kompetensen och stimulera till ett utvecklat värdebaserat ledarskap. Ett av dessa initiativ och det mest omfattande är "Nationell ledarutbildning för chefer inom äldreomsorgen" som genomfördes under perioden 2013–2015. En av utförarna av denna utbildning om 30 högskolepoäng har varit Högskolan i Borås. Det empiriska materialet som ligger till grund för den rapport som nu sammanställts och som behandlar ledarskap i äldreomsorgen, utgörs av en omfattande enkätstudie riktad till dessa nästan 500 studerande inom ramen för den nationella ledarutbildningen som genomförts vid Högskolan i Borås.

Resultat från sex delstudier redovisas i rapporten och en rad olika frågor rörande ledarskap i äldreomsorgen behandlas. Rapporten handlar om individuella, organisatoriska och samhälleliga förutsättningar för chefers värdebaserade ledarskap i äldreomsorgen. Resultatredovisningen är omfattande, den inleds med en belysning av etiska värderingar hos chefer inom äldreomsorgen och vad som vägleder dem i beslutsfattandet och den avslutas med resonemang kring innebörden av en hållbar ledarskapsstrategi och ett hållbart chefskap, för att exemplifiera med några viktiga teman i rapporten. Det övergripande syftet med studierna och rapporten är att beskriva chefers etiska värderingar, dilemman och organisatoriska förutsättningar för att bedriva och stärka ett ledarskap i äldreomsorgen. Beskrivningarna görs i förhållande till profession, chefsposition, ägarförhållanden och antal medarbetare.

Rapporten är nummer 35 i Högskolan i Borås rapportserie Vetenskap för profession vars syfte dels är att förmedla resultat från pågående och avslutad forskning vid högskolan, dels att vara ett forum för en kontinuerlig debatt kring vetenskapliga ideal, inriktningar och förhållningssätt. Rapporten "Att leda integrerat värdeskapande – i en röra av värden och förutsättningar" är en god illustration av just vetenskap för profession. Den tillför nya spännande kunskaper om ledarskapets villkor till grund för kunskaps- och teoriutveckling och den ger äldreomsorgens chefer stöd i den fortsatta utvecklingen av sitt ledarskap.

Författarpresentation

Lotta Dellve är professor i vårdens ledarskap och organisering vid Högskolan i Borås. Hon är även gästprofessor i ergonomi vid Avdelningen för Hälso- och systemvetenskap, KTH. Hennes forskning rör psykosociala arbetsförhållanden, ledarskap och hållbar utveckling av vård och omsorg.

Maria Wolmesjö är filosofie doktor och universitetslektor i socialt arbete. Hon är verksam vid sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås samt vid avdelningen för socialt arbete vid Linköpings universitet. Hennes forskning rör främst ledarskap, organisering, interprofessionell samverkan och första linjens chefers förutsättningar för hantering av etiska dilemman.

Anders Bremer är filosofie doktor och universitetslektor i vårdvetenskap, verksam i PreHospiten – Centrum för Prehospital forskning vid Högskolan i Borås. Hans forskning är primärt inriktad mot vårdetik i samband med bedömning och vårdande inom ambulanssjukvård och etiska problem vid hjärtstopp och plötslig död.

Agneta Kullén Engström är doktor i Folkhälsovetenskap med inriktning Management och universitetslektor inom organisation och ledarskap. Hon är verksam inom sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås. Hennes forskning är främst inriktad på ledarskap, organisering och studenters lärande under verksamhetsförlagda studier.

Margareta Fredman är universitetsadjunkt inom ledarskap och vårdutveckling och verksam inom sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås.

Lise-Lotte Jonasson är medicine doktor och universitetslektor i vårdvetenskap, verksam inom sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås. Hennes forskning är främst inriktad på ledarskap, den äldre människan, etiska frågor i omvårdnadsmöten, och frågeställningar inom distriktssköterskans kontext.

Göran Jutengren är filosofie doktor i psykologi och universitetslektor inom sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås. Hans forskning handlar i huvudsak om individers hälsa och välfärd i olika sociala sammanhang.

Per-Åke Karlsson är docent i socialt arbete och universitetslektor vid Högskolan i Borås. Han delar sin arbetstid mellan att vara lärare och forskare inom Akademin för vård, arbetsliv och välfärd och vetenskaplig ledare vid FoU Sjuhärad Välfärd. Hans forskning handlar om utvärderingsproblematik inom välfärdssektorn, med fokus på äldreomsorg och funktionshinderomsorg.

Lars Sandman är professor i hälso- och sjukvårdsetik vid Linköpings universitet och gästprofessor i vårdetik inom sektionen för arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås. Hans forskning rör prioriteringsfrågor inom vård och omsorg, etisk värdering av välfärdsteknologier samt delat beslutsfattande.

Tack till *Cecilia Ljungblad* för hjälp med statistisk bearbetning av materialet.

Samtliga av bokens författare är verksamma vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd vid Högskolan i Borås och har medverkat i den nationella ledarutbildningen för chefer inom äldreområdet, som gavs på uppdrag av Socialstyrelsen från och med augusti 2013 till och med januari 2016.

Sammanfattning

Det övergripande syftet med denna rapport är att beskriva chefers etiska värderingar, dilemman och organisatoriska förutsättningar för att bedriva ett värdebaserat ledarskap i såväl kommunal som privat äldreomsorg.

Det empiriska materialet består av en omfattande enkätstudie till nästan 500 studerande inom ramen för den nationella ledarutbildningen för chefer inom äldreomsorgen vid Högskolan i Borås under perioden 2013 till 2015. Utbildningen gavs på uppdrag av Socialstyrelsen och omfattade 30 högskolepoäng med två års studier på kvartsfart. Samtliga studerande var yrkesverksamma som chefer och ledare inom kommunal eller privat äldreomsorg i södra Sverige. Metoder som använts i bearbetning och analys av materialet är deskriptiva, jämförande och analytiska med regressionsmodeller och SEM-analys.

Resultatet visar på att cheferna – oavsett utbildningsbakgrund, värderade följande etiska värden högst: att inte skada, respekt för individen och rätten till konfidentialitet. Värdedilemman i chefsarbetet är dock vanligt och sammanlänkat med andra utmaningar i arbetet, särskilt med utmaningar som rör hantering över organisationsnivåer (buffertproblem och containerproblem) och av olika ansvarsområden (logikkonflikter). Inom privat verksamhet skattade de medverkande cheferna värdekonflikter och andra utmaningar i lägre grad än chefer inom kommunal verksamhet.

De flesta chefer var nöjda med hur de kunde fullfölja sitt ansvar för utveckling av verksamheten avseende värdegrund, kvalitet, processer, dagligt arbete, brukarmedverkan, brukarsäkerhet och arbetsmiljö. De flesta skattade också att de arbetade i mycket hög grad med strukturering och utveckling av dessa frågor.

Stödresurser minskade upplevelsen av värdekonflikter, men det fanns skillnad i betydelsen relaterat till chefers grundprofession. Det organisatoriska stödet var också tydligare för chefer inom privat verksamhet. Organiserade stödresurser hade stor betydelse för hållbart integrerat och värdeskapande ledarskap samt för aktiva ledningsstrategier. Även sambandet mellan hållbart ledarskap och aktiva ledarstrategier modererades av grundprofession, där sambandet var moderat negativt för chefer med social grundutbildning. Det tycks således finnas ett utbildningsbehov bland äldreomsorgens chefer och behov av ett utvecklat stöd från arbets-

givaren då det varierar avseende omfattning, inriktning och nivå mellan kommunal och privat verksamhet.

Sammanfattningsvis har chefer i äldreomsorgen många olika värden, på olika nivåer och utifrån olika perspektiv att förhålla sig till i sitt ledarskap. Att hantera och utveckla förståelse för dessa är utmanande i chefskapet och värdedilemman är vanliga. Majoriteten av cheferna i denna studie beskriver dock generellt en aktiv och god hantering och organisering av dessa. Konstateras att en integrerad förståelse och hantering, samt goda organisatoriska stödresurser tycks bidra till mer hållbart och värdeskapande ledarskap.

1. INLEDNING

Hur ser de vardagliga arbetsvillkoren och förutsättningarna för ledarskapande ut för chefer i kommunal och privat äldreomsorg? Vilka etiska dilemman har de att hantera och vilket stöd ges de i detta? Dessa frågor är några av de problemformuleringar som diskuterats i den nationella ledarutbildningen för chefer inom äldreområdet, anordnad av Högskolan i Borås på uppdrag av Socialstyrelsen 2013–2015.

Aktualiteten i frågorna är stor, inte minst med tanke på demografiska förändringar nationellt och internationellt med en ökad andel äldre med skilda förutsättningar och omfattande vård- och omsorgsbehov. Nya krav ställs därmed på framtidens äldreomsorg och de som är ansvariga för att leda den. Vi vet sedan tidigare forskning att ledarskap och organisering är betydelsefulla faktorer för verksamhetens utveckling och medarbetares arbetsmiljö. Att rekrytera och behålla morgondagens chefer är därmed en av utmaningarna som framtidens äldreomsorg står inför.

I möten med de drygt 500 chefer som under 2013 till 2015 genomgick en ledarutbildning om 30 högskolepoäng vid Högskolan i Borås såg vi som forskare och lärare i utbildningen en möjlighet att ta del av dessa chefers erfarenheter även i frågor som låg utanför kursens ram. En forskargrupp etablerades och en omfattande enkätstudie utformades där kursdeltagarna erbjöds möjligheten att delta. Denna rapport är en första översiktlig redovisning av denna studie.

Rapporten *Att leda värdeskapande – i en röra av olika värden och skilda förutsättningar* fokuserar flera aktuella ämnen av intresse för de som är mottagare av omsorg, är anställda inom, samverkar med eller leder alternativt på andra sätt kommer i kontakt med offentlig eller privat äldreomsorg. Rapporten tar sin utgångspunkt i ledarskapandet och handlar om individuella, organisatoriska och samhällseliga förutsättningar för chefers värdebaserade ledarskap i äldreomsorgen.

1.1. Syfte och övergripande frågeställningar

Det övergripande syftet är att beskriva chefers etiska värderingar, dilemman och organisatoriska förutsättningar för att bedriva och stärka ett värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen. Detta undersöks i relation till professionsbakgrund, chefsposition, ägarförhållanden och antal medarbetare.

1.2. Disposition

Rapporten har följande disposition: Inledningsvis först en kortare bakgrundsbeskrivning om äldreomsorg i Sverige och organisatoriska förutsättningar för värdebaserat ledarskap samt beskrivning av begrepp som rör värde och värdebaserat ledarskap och hur det kommit att utvecklas inom området. Här ingår en beskrivning av den nationella värdegrunden och värdegrundsarbetet samt den nationella utbildningsatsning som skett för ett mer värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen. Rapporten består av delstudier. I metodavsnittet beskrivs studiegruppen, urval, datainsamling och analys för samtliga delstudier. Därefter presenteras resultaten med de skilda delstudierna i separata kapitel. I samband med dessa presenteras en specifik bakgrund och tidigare forskning inom området med fokus på den studerade frågan. De första fyra delstudierna fokuserar chefer som individer i ett professionellt och organisatoriskt sammanhang. Dessa delstudier har till syfte att, beskriva etiska värden (etisk profil) och vilka underliggande värden som guidar beslutsfattande i viktiga frågor; chefers etiska profil i relation till deras professionella utbildningsbakgrund; och chefers upplevda värdekonflikter, andra utmaningar och stödresurser. Den femte delstudien handlar om chefers arbete med att leda och organisera utvecklingsarbeten, arbetsmiljö, brukarsäkerhet och brukarmedverkan. Den sista delstudien handlar om hållbara ledarskapsstrategier och ett hållbart chefskap som integrerar utveckling av värden. Rapporten avslutas med en sammanfattning och diskussion av resultaten med förslag på praktiska implikationer.

Det är vår förhoppning att rapporten kan komma till användning i såväl vidare forskning och undervisning som i praktiskt vård- och omsorgsarbete och beslutsfattande i frågor som rör värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen.

2. BAKGRUND

Äldreomsorgen är en verksamhet i ständig utveckling och förändring och står fortsatt inför en rad nya utmaningar. Dessa rör bland annat en ökande äldre befolkning i behov av vård och omsorg, förändringar i lednings- och styrningspraktiker med fokus både på effektiviseringar, teknikutveckling, brukarmedverkan, anhörigstöd och värdeskapande vård och omsorg; en ökad arbetstakt för medarbetare och chefer samt hög chefs- och personalsomsättning. Bemanningsfrågan är central vad gäller att både rekrytera och behålla en hög kompetens inom området och kan också kopplas till behovet av vidareutbildning i ledning och organisering av äldreomsorgen.

Viktiga frågor att ställa blir därmed hur värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen byggs – och hur värdebaserat ledarskap skapas och upprätthålls på ett hållbart sätt.

Det har gjorts flera tidigare nationella satsningar för att stärka det värdegrundsbaserade ledarskapet och arbetet i äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2009, 2011). Det finns dock brist på vetenskaplig kunskap om hur värdebaserat ledarskap byggs och definieras. Tidigare studier har lyft olika problematiker (Bennich 2012, Elmersjö 2014). Studier har berört hur identitet, ledarroll och etiska värderingar kan påverka både ledarskapets utövande och chefens värdekonflikter och hållbarhet (Wolmesjö 2005). Andra studier har beskrivit att grundprofession tycks ha betydelse genom att olika professionsvärderingar påverkar det värdebaserade ledarskapet. Förutsättningar i ledarskapet såsom stödresurser, chefsposition, chefs erfarenhet tycks ha betydelse för hållbarhet liksom antal medarbetare och andra chefspecifika stressorer i chefens arbetssituation (Dellve, et al 2013, Thelin & Wolmesjö 2014). De förändrade ägarförhållandena i äldreomsorgen, med en allt högre andel privat äldreomsorg, kan påverka ledarskapet. Dessa aspekter och förhållanden kan rimligtvis påverka hur ledarskapet kan utövas och specifikt avseende värdebaserat ledarskap.

Nedanstående modell vill illustrera dynamiken i ledarskapandet i ett antal trianglar. Modellen är utgångspunkt för vår fortsatta diskussion om att leda värdeskapande i en ”röra” av olika värden och skilda förutsättningar. Grundstenen i verksamheten och för olika professioner inom äldreområdet är områdesspecifik lagstiftning. I första hand styrs äldreomsorgen av socialtjänstlagen (2001:453) och den värdegrund som tagits fram särskilt

med fokus på arbete med äldre. För sjukvårdsinsatser gäller på motsvarande sätt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Beroende på professionsbakgrund finns etiska riktlinjer för socionomer respektive sjuksköterskor och personalvetare (Akademikerförbundet 2015a, b) samt en specifik etisk kod för chefer (Blennerger 2007). Vidare regleras verksamheten och uppdraget som chef av arbetsmiljölagen (1977:1160) och arbetsmiljörättsliga föreskrifter liksom generell lagstiftning för offentlig verksamhet såsom exempelvis förvaltningslag (1986:223) och offentlighets- och sekretesslag (2009:400) (se vidare enligt nedan). Centrala begrepp inom verksamhetsstyrning är effektivitet och vård- och omsorgskvalitet.

De personer eller funktioner som står i fokus för det värdebaserade ledarskapandet är i första hand dem som verksamheten är till för, inom äldreomsorgen oftast generellt benämnda brukare. I det dagliga arbetet används dock begrepp som den äldre, den boende eller omsorgstagaren. För sjukvårdspersonal är motsvarande begrepp patient. Vidare är anhöriga till dessa personer också en betydelsefull aktör i sammanhanget. Det direkta chefs- och ledningsuppdraget vänder sig dock till medarbetare och övriga professionella som chefen samverkar med. Vi har också valt att fokusera chefen och ledaren själv som en betydelsefull aktör och "själva redskapet" för ett värdeskapande ledningsarbete.

Den tredje triangeln i vår modell sätter fokus på förutsättningar för ett värdeskapande ledarskap. Förutsättningar för ledarskapande behöver studeras på olika nivåer (organisations-, grupp- och individnivå) och ses ur skilda perspektiv. Modellen utvecklas ytterligare i den avslutande diskussionen.



Figur 1; Perspektiv på värden och förutsättningar som påverkar hållbart, värdebaserat ledarskap.

I detta kapitel beskrivs vidare först äldreomsorg i Sverige – en välfärd i omvandling. Det är en generell beskrivning och avser främst att ge en grund för de utmaningar som chefer har att hantera. Därefter fokuseras ledarskapet i äldreomsorgen med organisatoriska förutsättningar för ledarskap. Bakgrunden avslutas med rapportens fokus som rör värdebaserat ledarskap. Det avsnittet beskriver den nationella värdegrunden och värdegrundsarbetet, en nationell satsning för värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen och hur detta kan utmynna i förutsättningar och praktiker att bedriva värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen.

2.1. Äldreomsorg i Sverige – en välfärd i omvandling

Sverige står, liksom många andra länder inför utmaningen att andelen äldre i befolkningen ökar kraftigt samtidigt som andelen yngre och yrkesverksamma minskar. Detta är särskilt märkbart i glesbygden där en avfolkning generellt skett de senaste åren till följd av att yngre personer flyttar till storstäderna medan äldre personer väljer att bo kvar. Dessa demografiska förändringar får effekter för framtidens äldreomsorg på olika sätt. Till exempel lyfts frågor om hur framtidens äldreboende bör utformas för att möta nya krav från kommande generationer alternativt är frågan om allt fler väljer att bo kvar hemma trots omfattande omsorgsbehov. Vilket svar vi väljer får betydelse för var satsningarna på äldreomsorg behöver göras.

Vid årskiftet 2014/2015 var 1,8 miljoner (20%) av Sveriges befolkning 65 år eller äldre. En halv miljon var över 80 år eller äldre. Av dessa hade 162 300 personer hemhjälp, 89 800 bodde i särskilda boendeformer. Drygt 11 500 personer deltog i daglig verksamhet och 11 300 personer var beviljade insats i form av korttidsboende. Generellt har andelen personer som bor i särskilda boendeformer minskat och de som flyttar till en särskild boendeform har i regel mer omfattande omsorgsbehov för personlig omsorg än vad tidigare generationer som flyttade till särskilt boende hade. En effekt av detta är att allt fler väljer att istället bo kvar hemma med hemtjänstinsatser och/eller stöd från anhöriga. Anhöriga har länge, även i Sverige stått för en omfattande del av omsorgsarbetet och nedskärningar i den offentliga vården och omsorgen gör att trycket på anhöriga ökat ytterligare – önskat eller ej.

Äldreomsorgen är en verksamhet i omvandling och flera stora reformer har påverkat verksamhetens utveckling. I samband med Ädelreformens genomförande i början av 1990-talet överfördes huvudmannaskapet för

de tidigare sjukhemmen från landstinget till kommunen som därmed fick ansvar för särskilda boendeformer för äldre. Ädelreformen innebar att värdegrundande "ledstjärnor" som trygghet, valfrihet och integritet implementerades (Bolin & Englund, 1991). De gavs senare stöd av ändringar i socialtjänstlagen (2001:453). Ädelreformen från 1992 följdes senare av Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995 som innebar att kommunerna fick ett ökat ansvar för personer med funktionsnedsättningar genom lag om särskilt stöd till vissa funktionshindrade, LSS (1993:387) samt ansvar för nya boendeformer och stöd till personer med psykisk ohälsa eller sjukdom. Reformerna medförde att nya yrkeskategorier anställdes och nya organisationsformer infördes (Svensson & Edebalk 2001, Wolmesjö 2005).

Under tidig höst 2004 lämnade utredningen sitt slutbetänkande *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68). Utredningens bedömning var att ansvarsfördelningen gällande hemsjukvård mellan landsting och kommuner var otydlig och skapade konflikter och revirstrider mellan huvudmännen, vilket innebär risker för den enskilde som behöver vård och omsorg. Med anledning av detta föreslog utredaren att en huvudman, kommunen, skulle ansvara för all hemsjukvård, med undantag av läkarinsatser, i såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. Med hemvård avses de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive omvårdnad, rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende (Vårdförbundet, 2007).

Privatisering av äldreomsorgen och införandet av kundval genom lagen om valfrihetssystem, LOV (2008: 962) ger kommunerna möjlighet att konkurrensutsätta den egna verksamheten och överlåta utförandet av beviljade insatser till annan utförare (Socialstyrelsen 2012). Enligt statistik från socialstyrelsen baserat på kommunernas inlämnade uppgifter bedrevs 23% av hemtjänst för personer över 65 år i enskild regi 2012. Andelen privata aktörer har ökat med 10% sedan 2007. Knappt 220 000 personer 65 år och äldre, hade hemtjänst den 1 oktober 2012. (Socialstyrelsen 2013a, b). Variationerna mellan kommunerna är dock stora. Se vidare om LOV nedan under rubriken Organisatoriska förutsättningar för ledarskap.

Krav på oberoende och självständighet samt ökade möjligheter att välja omsorgsgivare och ökade krav på en god kvalitet av de insatser som ges gör att vi kan anta att morgondagens äldre kommer att ställa andra krav på framtidens äldreomsorg än vad dagens äldre gör. Enligt Välfärds-

barometern (SEB, 2015) är det kombinationen av att äldre förväntas ställa högre krav på kvalitet och den ökade andelen äldre i befolkningen som utgör den finanisella utmaningen för kommunerna. Regeringen lade därför i budgetpropositionen för 2016 fram ett förslag om att avsätta två miljarder kronor per år från år 2016 till 2018 för att kommunerna ska kunna öka bemanningen inom såväl privat som offentlig äldreomsorg. Det är en ökning med en miljon per år sedan föregående år (Regeringen 2015).

Ovanstående är exempel på utmaningar som äldreomsorgen och de som har att leda verksamheten står inför. Andra utmaningar är den snabba teknikutvecklingen till exempel i form av robotar, kameraövervaknings-/trygghetskapande åtgärder, dokumentationssystem och nyckelfria lås som påverkar verksamhetens utformning. Ytterligare en utmaning handlar om efterfrågan på särskilda boendeformer och mellanboende (Wetterberg 2014, Länstidningen Södertälje 2014). En studie gjord av Jeppsson Grassman och Tagizadeh Larsson (2014) visar på att allt fler ser ett boende som äldre utomlands. Vidare ses rekryteringsproblematiken som en av de stora utmaningarna att hantera för chefer inom äldreomsorgen, det vill säga inte enbart att rekrytera nya medarbetare till vård- och omsorgsarbete utan att också kunna behålla dem som anställs. Rekryteringsfrågan är angelägen även på chefsnivå där chefsomsättningen redan är stor (Strömgård et al 2012) stora pensionsavgångar är att vänta framöver.

Ur ett internationellt perspektiv har svensk äldreomsorg ett fortsatt gott rykte och Sverige ses ofta som en förebild för god omsorg. Generellt går en mindre andel av offentliga medel till äldreomsorgen i Sverige än jämfört med andra nordiska länder (Szebehely & Meagher G. 2013). I ett svenskt perspektiv har dock flera omfattande förändringar skett under de senaste åren som aktualiserat värdegrundsfrågor på skilda sätt. Fokus på ett värdigt liv ställer nya krav på kompetens i bemötande av människor i socialt utsatta situationer. Exempelvis har införandet av nya (privata och frivilliga) aktörer på marknaden gjort att medvetenheten om att verksamheten är konkurrensutsatt liksom kraven på effektivitet, kostnadsbesparingar och att kunna möta kvaliteten i äldreomsorgen ökat. Förväntningar på ökad brukarmedverkan och krav på ett nära ledarskap är andra exempel på utmaningar som ställs. Konstateras kan att första linjens chefer är betydelsefulla för att utveckla en god kvalitet i äldreomsorgen.

2.2. Lagar och riktlinjer avseende värden i ledarskapets utövning

Ledarskap i äldreomsorgen har ett antal olika lagrum att förhålla sig till. För verksamhetens innehåll gäller framförallt Socialtjänstlagen, SoL (2001:534), och även Hälso- och sjukvårdslagen HSL (1982:763). Även Arbetsmiljölagen (1977:1160) reglerar chefsarbetet vars ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbete samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap 1§). Andra lagar som reglerar chefens arbetsvillkor är till exempel förvaltningslagen, FL (1986:223) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). I vilken mån de olika lagarna ligger till grund för insatser för brukarna beror på den specifika problematiken.

Värdegrunden för äldreomsorgen har sin grund i Socialtjänstlagen (2001:453) som anger att: ”Samhället socialtjänst skall på demokratis och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskilda och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet” (SoL 1 kap. 1 §). Insatserna ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det ska finnas stöd och service som ska vara utformade i nära samverkan med brukaren/den äldre (SoL 3 kap. 3 §). Omsorgen om äldre ”ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)” (SoL 5 kap. 4 §). Den äldre personen ska så långt det är möjligt kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (SoL 5 kap. 5 §).

Värden för äldreomsorgen anges även i Hälso- och sjukvårdslagen vars mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värden och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (HSL 2§). Vården ska vara av god kvalitet och den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (HSL 2§).

2.3. Värdeskapande ledning och styrning av vård och omsorg

Enligt Socialstyrelsen (2011) fanns det inom äldreomsorgen drygt 5 000 första linjens chefer som tillsammans ansvarade för drygt 225 000 månads- och timanställda inom äldreområdet (Stranz 2013). Av dessa vara majoriteten, 90% kvinnor och cirka 20% utrikesfödda (Thelin & Wolmesjö 2014).

I det praktiska arbetet används begreppen *chef* och *ledare* ibland synonymt men i vetenskaplig litteratur skiljs begreppen åt genom att chef står för den formella positionen eller anställningen ofta med ansvar för verksamhet, budget, personal och samverkan. Begreppet ledare avser istället funktionen ”att leda” som oftast följer med uppdraget som chef. Ledningsuppdrag kan formellt fördelas även till andra än de som innehar chefsbefattning. De chefer som befinner sig närmast verksamheten och därmed utför det operativa ledarskapet benämns första linjens chefer (Wolmesjö 2005, Wolmesjö & Richard 2011). Ledarskap, som vi ser det kan förstås i relationen till ”de ledde”, här främst vård- och omsorgspersonal. Genom att använda begreppet *ledarskapande* vill vi betona att ledarskap är en kreativ process som sker i ett samspel mellan ledare och ledda (Wolmesjö 2012).

Ledarskap och styrning av offentlig vård har under senaste decenniet påverkats av olika trender och styrningsmodeller. En tydlig trend är New Public Management (NPM) som innebär idéer om hur vården och andra offentliga organisationer bättre kan möta krav på effektivitet. Den har också satt fokus på möjligheten för samhällets/medborgares/brukares möjlighet att påverka genom en styrning som mer efterliknar den privata sektorns konkurrensvillkor, dess organisering av arbete och dess ledarroller. Organisationerna skulle genom att bli mer konkurren utsatta, redovisningsskyldiga, flexibla och transparenta stärka patientens/brukarens ställning och organiseras efter patienters behov (Pollitt & Bouckaert 2011; Almqvist, 2004, Berlin & Kastberg 2011). NPM i offentlig vårdverksamhet har dock inte visat de effekter som önskades. Kritiken mot att implementera NPM i vård och omsorg har varit hård av flera olika anledningar – och har mötts av motreaktioner från chefer och professionella. Studier av vård- och omsorgsprofessionella har bland annat beskrivit missnöje över minskade resurser och administrativt stöd och framhävt konsekvenser för såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet (Thelin & Wolmesjö 2014).

En annan trend, som utvecklats bland annat från missnöjet med NPM, är *värdebaserad styrning*. Flera vård- och omsorgsorganisationer utvecklar idag värdebaserad ledning och styrning (Höglund et al 2012). Detta kan svara mot flera problematiker, till exempel att minska kostnadsfokusering i äldreomsorgen och öka det som inom sjukvården benämns personcentrerad vård och inom omsorgen diskuteras i termer av en ökad brukarmedverkan. Principer för värdebaserad vård och omsorg har dock utvecklats utifrån teorier om konkurrens och enligt en vanlig form av värdebaserad styrning räknas värdet i vård- och omsorg ut genom en formel där kvalitetsindikatorer divideras med kostnaden, dvs kvantifierar värdet (Porter 2012). Det har föreslagits att tre principer ska guida värdebaserad vård och omsorg: fokus på värde för brukaren, organisering av vård- och omsorgspraktiken runt brukarens behov, och mäta kostnaden relaterat till resultaten. Värdebaserad vård och omsorg, tycks ske på olika sätt och har olika fokus utifrån vilka perspektiv på vilka värden som betonas. En central uppfattning bland vård- och omsorgsprofessioner är att utgå från brukarens behov och skapa så mycket värde som möjligt. Dock är det ofta brukarens behov definierats av personal själva utifrån deras erfarenhet. Olika professioner har också olika förståelse och uppfattning om brukarens verkliga behov (Erichsen Anderson et al 2015).

Värdebaserat eller värdeskapande ledarskap har hittills inte koherent definierats. Däremot har värdekonflikter i chefskapet beskrivits i relation till grundprofession och chefsposition (Dellve & Wikström 2009), mellan moralisk-operativ legitimitet, pragmatisk-administrativ legitimitet och kognitiv-samhällsnormsrelaterad legitimitet (Wikström et al 2012) samt mellan värden som rör vårdkvalitet, effektivitet och arbetsmiljöfrågor. En studie belyser betydelsen av värdeutvecklande arbete (kvalitetsutveckling) som grund för val att arbeta som chef inom privat eller offentlig äldreomsorg (Antonsson, et al 2012). En annan studie från äldreomsorgen belyser hur värden relaterade till arbetssituationen kommuniceras och förstås på olika vis beroende på vilken nivå i organisationen chefen befinner sig på (Robstad Andersson 2015). Det finns dock brist på studier som belyser aspekter av värdebaserat ledarskap i äldreomsorgen.

2.3.1. HÅLLBARHETSPERSPEKTIV PÅ VÄRDESKAPANDE LEDARSKAP

Hållbart ledarskap handlar om att understödja att skapa och återskapa mänskliga resurser och värden snarare än att förbruka dem. Ledare kan påverka medarbetares resurser på olika vis både direkt (Skakon et al 2010)

och indirekt genom det sociala klimatet och organiseringen av arbetet (Strömgren et al 2016, Skakon et al 2010, Kelloway 2008). Hållbart ledarskap innebär främjande av utveckling av professionella och humana resurser att utföra och utveckla arbete under samarbete, god hälsa och engagemang och inkluderar att olika organisatoriska värden som rör hälsa, kvalitet och effektivitet hanteras och optimeras.

Begreppet hållbarhet avser ofta och i mer generella termer strävan efter att uppfylla dagens behov på ett sådant sätt att kommande generationers möjligheter att uppfylla sina behov inte äventyras. Begreppet har traditionellt fokuserat tre viktiga resurser – sociala, ekonomiska och ekologiska resurser. På senare tid har ytterligare en dimension föreslagits s.k. ”human sustainability”, dvs personliga och professionella resurser (Kira et al 2010). Goda arbetsförhållanden i kombination med möjligheter att arbeta i linje med sin identitet och integrerade värden är en viktig resurs för mänsklig hållbarhet (Kira et al 2011). Begreppen human och social hållbarhet används dock ofta synonymt. Human och social hållbarhet skiljer sig från andra dimensioner av hållbarhet genom människors möjlighet att handla proaktivt och i förväg utveckla sådana personliga resurser som kommer att understödja att hantera framtida utmaningar (Folkman 1997). Organisatorisk hållbarhet, är ytterligare en dimension som integrerar ovanstående dimensioner genom att skapa, utveckla och underhålla resurser, i organisatoriska system, som gör det möjligt för individer och organisationer att ”överleva” och skapa nya värden (Docherty et al 2009).

Under det senaste decenniet har just chefsituationen i offentliga vård- och omsorgsorganisationer beskrivits pressad med överbelastning och hög chefsomsättning (Dellve et al 2013, Strömgård et al 2012). Även om olika kvaliteter i ledarskapet har stor betydelse för medarbetares hållbara arbete så tycks också chefer som har ohälsosamma nivåer av stress påverka medarbetare på negativt sätt (Skakon 2009). Hållbart ledarskap innehåller därför chefers förutsättningar för och organiserandet av aktiviteter och processer som ger ett hållbart arbete och utveckling. Om kapacitet och resurser inte motsvarar de faktiska prestationskraven, kan resultatet bli att gränslösa uppgifter hopar sig på varandra (Kira & Forslin 2008).

2.3.2. NATIONELL SATSNING FÖR VÄRDEBASERAT LEDARSKAP I ÄLDREOMSORGEN

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen gäller alla kommuner och verksamheter och innebär att äldre personer ska få leva ett värdigt liv

och känna välbefinnande enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453). För att driva på arbetet med att göra den nationella värdegrunden känd och få effekt i äldreomsorgens verksamheter behövdes stöd för att utveckla arbetet med värdegrunden. För detta utvecklingsarbete beslutades att en utbildning om värdegrundsarbete för chefer inom äldreomsorgen skulle genomföras. År 2010 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att stödja utvecklingen. Även medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och biståndsbedömare, både inom kommunal och privat verksamhet, var välkomna till utbildningen (Socialdepartementet 2010). Den upphandlade utbildningen fick namnet *Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen* och omfattade 7,5 högskolepoäng. Dessutom tillkom en fördjupningsutbildning som tydliggjorde ledarskapets betydelse (Socialstyrelsen 2014). Dessa utbildningar avslutades år 2013.

Dessutom tog Socialstyrelsen (2012) fram ett vägledningsmaterial som sedan följts av en utbildningsinsats. Syftet med vägledningsmaterialet var att utveckla god vård och omsorg för äldre personer inom socialtjänstens område enligt Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 2012:3. Detta material vände sig till alla som är ansvariga för och delaktiga i omsorgen av personer inom äldreomsorgen. Socialstyrelsens allmänna råd kan användas tillsammans med vägledningsmaterialet för olika äldreomsorgsverksamheter, till stöd för verksamheter som behöver utveckla värdegrundsarbetet. Vägledningsmaterialet är upplagt som en process för att användas som inspiration till en utveckling av värdegrundsarbetet. En webbutbildning i värdegrundsarbete inom äldreomsorgen togs även fram som är baserad på vägledningsmaterialet (S2010/3699/FST).

För att arbetet skulle bli mer effektivt behövde ledare i äldreomsorgen utbildning i dessa frågor. Ambitionen var att utbildningen skulle vara nationellt likvärdig, för att därmed stödja nationell samstämmighet kring centrala värden inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2014). Ledaren för verksamheter har en viktig roll i införandet av vägledningsmaterialet och i sin uppgift att se till att arbetet planeras och genomförs med all personal i verksamheten (Blennberger & Johansson 2010). En ledare kan betraktas som verksamhetens drivande motor och den sammanhållande länken mellan olika delar i organisationen vilket innebär att ledaren förväntas driva olika intressen och hantera många gånger motstridiga krav (Wolmesjö 2005, Ekholm 2012). Detta medförde att regeringen satsade på en ledarskapsutbildning för att stärka och utveckla kompetensen hos ledare

i äldreomsorgen. Denna utbildningssatsning omfattade totalt 30 hp och ägde rum 2013–2015. Delkurserna var: Den nationella värdegrunden för äldre, Lagstiftning och styrdokument som ledningsstöd, Ledarskap, medarbetare och organisation och Upphandling, uppföljning, förbättringskunskap och evidensbaserad praktik (Socialstyrelsen 2015).

Högskolan i Borås fick i uppdrag av Socialstyrelsen att genomföra uppdragsutbildningen *Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer*. Utbildningen vände sig främst till deltagare från södra Sverige men var öppen för sökande från hela landet. Under åren 2013–2015 har totalt 474 studenter genomfört utbildningen vid Högskolan i Borås. Motsvarande utbildning har parallellt genomförts vid Ersta Sköndals högskola samt Umeå universitet. Totalt har knappt 1 000 personer genomgått den nationella ledarutbildningen.

2.4. Organisatoriska förutsättningar för ledarskap

Chefers förutsättningar för ledarskap kan ha betydelse för hur de upplever och kan hantera värdekonflikter samt för vilken form och källa av stöd som bäst kan underlätta. I denna rapport fokuserar vi följande förutsättningar:

- *Chefposition* (dvs den formella positionen som första linjens chef eller chef på högre nivå)
- *Kontrollspann* (dvs antalet medarbetare)
- *Ägarförhållanden* (dvs om äldreomsorgen drivs i offentlig eller privat regi)

Chefposition, kan ha betydelse genom dess närhet till strategisk ledning och närhet till den operativa verksamheten. Första linjens chefer skattar ofta chefsdilemman i högre grad och stödresurser i lägre grad (Dellve et al 2013). Lundquist (2013) visade att samvariation mellan arbetsförhållanden och grad av utmattning skiljde sig mellan första och andra linjens chefer. Chefer på mer strategiska nivåer hade, i jämförelse med första linjens chefer, mer kontroll, högre grad av socialt kapital och större möjligheter att anpassa sitt arbete. I en annan studie rapporteras högre risk för sjuknärvaro, utmattning och sömnsvårigheter pga tankar på arbetet för chefer på lägre nivåer i jämförelse med högre nivåer (Björklund et al 2011).

Kontrollspann har betydelse enligt cheferna på ledarskapsutbildningar. Detta stärks också av tidigare forskning (Andersson-Felé, 2008). Detta är

en fråga som blivit alltmer uppmärksammas, från att under cirka 20 år varit mer eller mindre negligerad. På 80-talet gjordes en del studier om kontrollspann. De undersökte bland annat hur stort antal medarbetare en chef kunde ha personalansvar för med bibehållen effektivitet. Mest effektivt var att ha ansvar för 8–12 medarbetare och om chefer hade fler än 15 behövdes god kontakt med egen chef för att hantera de motstridiga krav som kunde uppstå. För drygt 10 år sedan gavs riktmärket max 30 medarbetare utifrån en litteraturgenomgång (Andersson-Fele 2008). Chefer som hade fler än 30 medarbetare hade högre grad av chefspecifika stressorer i arbetet, särskilt betungande rollkrav, containerfunktion men även logikkonflikter, överbelastning och stress genom gruppdynamiska problem bland medarbetare (Wallin et al 2013).

Ägarförhållanden i äldreomsorgen har tidigare studerats från olika perspektiv, men till vår kännedom inte utifrån ledarskap och i synnerhet inte utifrån värdebaserat ledarskap. Kommunerna fick möjlighet att skilja mellan beställar- och utförarfunktioner genom kommunallagen (1991:900), och därigenom lägga ut verksamhet på privata aktörer. Lagtexter om offentlig upphandling (LOU) och om valfrihetssystem eller kundval (LOV) har understött den ökande privatiseringen (Hartman 2011). Brukare, som bor i en kommun som infört LOV (ca 50% av landets kommuner) kan med andra ord välja mellan kommunens utförare eller privata utförare som godkänts av kommunen (SKL 2015). Den ökade privatiseringen av äldreomsorgen har varit nära knuten till effektivitetskrav och nedskärningar av offentliga medel samt till styrningssidealen i linje med New Public Management (Almqvist 2006, Polit & Bouchart 2000). Detta kan rimligen ha stor betydelse för hur chefer upplever värdedilemman och deras möjlighet att ha ett värdebaserat ledarskap.

2.5. De som verksamheten är till för

Äldreomsorg är i en enkel definition, omsorg om äldre men det är samtidigt en ”sanning med modifikation”. *Äldre* är ett relationellt begrepp som måste ses i förhållande till något annat, det vill säga att vara äldre än vad? Generellt används begreppet för personer från 55+ upp till 105+ även om variationer såsom yngre äldre, tredje åldrare och äldre äldre förekommer. Begreppet äldre omfattar därmed en spännvidd på dryga 50 år, vilket bara det synliggör att alla inom denna grupp omöjligt kan ha allt gemensamt. Som jämförelse kan sägas att vi knappast hade kommit på tanken att

kategorisera alla personer yngre än 54 år i exempelvis gruppen ”barn” (Wolmesjö 2014). Vår avsikt är att understryka att även om äldre ofta används som en kategorisering om en specifik grupp så är det långt ifrån en homogen grupp utan även i denna grupp förekommer det stora variationer med förändringar i livsloppet (SOU 2002:29). Förutom kategorin ålder (Nilsson 2008) finns till exempel skillnader i kön, etnicitet, sexuella preferenser et cetera. Äldreomsorg som verksamhet omfattar även särskilda boenden för personer med demenssjukdom i olika åldrar och ibland kan även funktionshinderomsorg och hemtjänstinsatser för yngre personer vara organiserad inom det som benämns äldreomsorg i en specifik kommun.

I denna rapport används begreppet *brukare* om dem som verksamheten är till för. Brukarbegreppet definieras inom socialtjänsten som den ”person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten” (Socialstyrelsen 2015b). Begreppet brukare används framför allt som ett samlingsbegrepp för den grupp som får del av verksamhetens insatser och sällan om en enskild person. Om ledning och/eller medarbetare pratar om enskilda i olika sammanhang används istället begrepp såsom kund, hyresgäst, boende, den äldre och den funktionsnedsatte som synonymer till brukare (Montin 2002). Konstateras kan att vikten av att brukare ges inflytande och möjlighet att medverka poängteras såväl i lagstiftning som inom verksamheten.

Inom hälso- och sjukvården och insatser som utförs inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) används generellt patientbegreppet som avser en person i behov av diagnostisering, behandling och/eller vård av ohälsa och sjukdom. Värt att notera är att det inom äldreområdet kan vara samma person som av hemtjänsten benämns brukare och av hemvården benämns patient vilket kan innebära att skilda professioner kan ha olika synsätt och värderingar på den enskilde individens behov och förmågor.

Ytterligare en grupp av stor betydelse för verksamheten och de insatser som ges till enskilda brukare är *anhöriga*. I rapporten används en vid definition av begreppet och det kan här, utöver make, maka, partner, föräldrar, syskon, barn också innefatta nära vänner som är delaktiga i vård- och omsorgsarbetet kring den enskilde äldre.

3. METOD

Metoden för denna studie är en omfattande enkätstudie om "Värdebase-
rat ledarskap i äldreomsorgen" som utformades i forskargruppen med dels
val av etablerade instrument dels utformande av nya frågor.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig
forskning (Vetenskapsrådet 2015) det vill säga informations-, samtyckes-,
konfidentialitets- och nyttjandekrav har beaktats. Se vidare under rubriken
etiska aspekter enligt nedan.

3.1. Undersökningsgrupp

Undersökningspopulationen är chefer och ledare för äldreomsorgen i söd-
ra och västra Sverige, som valt att delta i uppdragsutbildningen Natio-
nell ledarutbildning för chefer inom äldreområdet vid Högskolan i Borås
under 2013–2015. Höstterminen 2014 informerades samtliga deltagare i
uppdragsutbildningen om forskningsprojektet och de inbjöds därmed att
delta i enkätstudien. Totalt 406 mail skickades till deltagare med en länk
till webbenkäten. 345 valde att svara (85% svarsfrekvens). Då enkäten var
omfattande kunde de välja att svara på delar av eller hela enkäten. 61% av
de svarande valde att svara på hela enkäten.

Av de som besvarat enkäten var 96% kvinnor och 4% män (tabell 1).
65% var yngre än 45 år. Tre fjärdedelar av de som besvarat enkäten (75%)
arbetade som första linjens chef, 11% arbetade på överordnad nivå, det
vill säga som andra linjens chef och övriga 14% har angett att de hade
andra chefs- och ledningsuppdrag (såsom sektionsledare, kvalitetsstödja-
re, utvecklingsledare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medi-
cinskt ansvarig för rehabiliteringsinsatser (MAR) eller socialt ansvarig för
social omsorg om äldre, SAS).

Tabell 3:1; Beskrivning av undersökningsgruppen, dvs de som besvarade enkäten.

		n
Kön	Kvinnor	292
	Män	15
Ålder	18–34 år	15
	35–44	80
	45–54	140
	55 år och äldre	78
Funktion	Enhetschef	260
	Områdeschef	37
	MAS/MAR	2
	Socialt ansvarig	3
	Annat	17
Ägarförhållande	Privat	41
	Kommunal	276
Kommun	Större (>100 000 invånare)	79
	Stor (50 000-99 000 invånare)	48
	Mellanstor (20 000-49 000 invånare)	72
	Mindre (<20 000 invånare)	106
Antal medarbetare	1–14	22
	15–29	67
	30–44	127
	45–59	69
	>60 (range 60–110)	60
	Erfarenhet som chef	Nuvarande arbetsplats (m(sd))
Total cheferfarenhet (m(sd))		11,0 (1–39)
Cheferfarenhet äldreomsorg (m(sd))		9,3 (0–39)
Utbildningsnivå	Gymnasienivå	19
	Enstaka kurs	33
	Akademisk examen	245
Grundprofession	Socionom	30
	Psykolog	1
	Sjuksköterska	69
	Social omsorgsexamen	74
	Arbetsterapeut	13
	Sjukgymnast	5
	Personalvetare	10
Grupperade professioner	Social inriktning	132
	Vårdiriktning	101
	Personal och adm inriktning	24

De allra flesta svarande har ansvar för särskilt boende/äldreomsorg (131 personer) och/eller hemtjänstgrupp/er (128 personer). Andra verksamhetsområden som respondenterna har ansvar för i sitt chefsuppdrag är särskilt boende/gruppboende för personer med demens (69 personer), korttidsboende (52 personer), hemsjukvårdsgroup/er (35 personer) och dagverksamhet (35 personer). Övriga ansvarsområden är rehabilitering,

psykiatri, administrativ enhet, biståndsenhet, demensteam, bemanningsenhet/stödfunktioner och nattpatrull.

De flesta svarande var anställda inom offentlig regi, men 41 chefer arbetade i privat regi. Flera olika kommuner (n=101) och privata företag (n=17) var arbetsgivare för respondenterna av chefer.

3.2. Datainsamling

En webbenkät bestående av flera validerade frågeinstrument skickades ut till samtliga chefer som deltagit i ledarprogrammet enligt ovan. Två påminnelser gjordes via mail samt vid utbildningsträffar. Deltagarna informerades särskilt om att enkäten var separerad från utbildningen i övrigt och att enskilda lärare och forskare inte hade tillgång till identifiering av de svarandes resultat. Enkäten var öppen att besvara mellan november 2014 till och med andra veckan i januari 2015. Då enkäten var omfattande och innehöll olika delområden kunde deltagarna välja att besvara hela eller delar av enkäten som beskrivits ovan.

3.2.1. ENKÄTFRÅGOR

Nedan följer en genomgång av hur enkäten och dess olika frågeområden har utformats samt en utförligare beskrivning av de olika instrument som använts.

3.2.2. BAKGRUNDSFRÅGOR

Följande bakgrundsfrågor ställdes:

- *Ålder, kön, högsta utbildning, profession, chefsutbildning, kommun* (arbete)
- *Chefsposition* Svartalternativen var 1:a linjens chef; överordnad chef, MAS/MAR; Socialt ansvarig över social omsorg för äldre; Annat, i så fall vad.
- *Chefsfarenhet*. Fyra frågor användes som skattade hur länge den svarande arbetat som chef på (a) nuvarande arbetsplats, (b) sammanlagt, (c) i äldreomsorgen.
- *Kontrollspann* Frågan löd: Hur många personer har Dig som närmaste chef? Svartalternativen var 1–14 personer; 15–29 personer; 30–44 personer; 45–59 personer eller Fler än 60, i så fall ange hur många.
- *Ägarförhållanden* Privat eller kommunal äldreomsorg.

Resultatet av bakgrundsfrågorna redovisas som en samlad beskrivning av undersökningsgruppen och gemensam introduktion till presentationen av de olika delstudierna.

3.2.3. MANAGERIAL ETHICAL PROFILE (MEP)

Managerial Ethical Profile (MEP) är ett instrument bestående av 21 påstående som avser att fånga respondenternas skattningar avseende etiska principer från fyra moralfilosofiska teorier; etisk egoism, utilitarism, dygdetik och pliktetik. Instrumentet innehåller underkategorier som avser att fånga de moralfilosofiska skolorna. Underkategorierna är ekonomisk egoism, "anseendeegoism", regelutilitarism, handlingsutilitarism, pliktetik (handling), pliktetik (regel), egna dygder samt andras dygder (Casali 2008, Casali 2011). Skattningarna gjordes på en Likertskala mellan 1–5 där ett (1) definierades som "inte alls viktigt" medan fem (5) definierades som "mycket viktigt". Medelvärden för respondenternas skattningar inom ett område (t.ex. ekonomisk egoism) ger en bild av gruppens värdering av områdets betydelse i beslutsfattandet som ledare inom äldreomsorgen/äldreomsorgen. Medelvärden på fem i en etisk kategori/underkategori indikerar således att denna etiska princip är extremt viktig. Medelvärden över två och en halv och i stigande grad upp mot fem innebär således ett resultat med ökande vikt.

3.2.3.1. ÖVERSÄTTNINGS- OCH VALIDERINGSPROCESS

Översättningen och den kulturella/kontextuella anpassningen av MEP till svensk äldreomsorg följde en rad rekommenderade faser: översättning från engelska till svenska, syntetisering av översättningarna, anonymiserad tillbakaöversättning till engelska, syntetisering av tillbakaöversättningarna, bedömning och justering av expertpanel, pilot test samt slutlig expertbedömning (Beaton et al 2000, Maneesriwongul et al 2004, Sousa et al 2011).

Initialt blev MEP översatt till svenska av två professionella översättare. Båda översättarna hade erfarenhet av enkät- och instrumentkonstruktion samt kunskap i kulturella och språkliga nyanser och skillnader. Detta initiala översättningssteg resulterade i två, av varandra oberoende, översättningar till svenska. I nästa steg jämförde och analyserade de båda översättarna sina översättningar med varandra för att till slut enas om en gemensam och preliminär version av MEP. I ett tredje steg översattes den preliminära versionen tillbaka till engelska av ytterligare två professionella översättare (T3 och T4), oberoende av varandra. Steget resulterade i två engelska versioner av MEP. Även dessa båda översättare hade erfarenhet av enkät- och instrumentkonstruktion samt kunskap i kulturella och språkliga skillnader och nyanser. De båda översättarna analyserade sedan sina

texter tillsammans och enades därefter om en gemensam engelsk version av det tillbakaöversatta instrumentet.

Därefter analyserade tre experter inom etik, äldreomsorg och ledarskap samtliga översättningar och gjorde jämförelser med originalinstrumentet. Efter individuella analyser av texterna diskuterade experterna innehåll, tydlighet, begreppsanvändning och anpassning till den aktuella kontexten för att säkerställa instrumentets validitet. Informationstexten till respondenterna samt varje enskilt påstående i MEP diskuterades och justerades av expertgruppen tills enighet uppnåddes, vilket resulterade i en pre-final svensk version av MEP färdig att pilottestas i målgruppen. Tio (n=10) ledare inom äldreomsorgen deltog i pilottesten; svarade på MEPs påståenden och gav synpunkter på innehåll och språk. Deltagarna ombads att bedöma instruktionerna till respondenten samt varje enskilt påstående avseende språklig tydlighet och relevans. Mindre justeringar gjordes därefter av expertgruppen utifrån de synpunkter som framkommit i pilottesten vilket resulterade i en utvecklad och slutlig version av MEP, färdig att användas i föreliggande undersökning och dessutom genomgå faktoranalys (CFA) och andra psykometriska tester.

I föreliggande undersökning inkluderades de ursprungliga 24 påståendena i MEP för att senare kunna testa om samma tre påståenden uppvisar "crossloadings" i den svenska versionen. Dessutom lades två nya frågor/påståenden in i MEP. Utifrån frågan "Hur viktigt är följande när du ska fatta beslut för att leva upp till de krav som följer av din befattning inom verksamheten?" infogades påståendena: "Att du involverar brukare i beslutsfattandet" samt "Att du involverar närstående i beslutsfattandet". Resultat från dessa fem frågor/påstående kommer att redovisas i andra sammanhang.

3.2.4. Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI)

Från resultat från kvalitativa studier om chefers arbete, stress, handlingsstrategier och behov av stöd i arbetet, inom offentliga vårdorganisationer utvecklades ett chefspecifikt och förändringskänsligt frågeinstrument (Eklöf et al 2010). Detta instrument har nu, genom föreliggande studie, testats i en större grupp chefer i äldreomsorgen.

3.2.4.1. CHEFSPECIFIKA UTMANINGAR

Följande index med frågor (formulerade som påståenden) som besvaras på en fem-gradig svarsskala om chefspecifika stressorer har använts:

- *Logikkonflikter* Följande frågor ingick i indexet: Att det uppstår situationer då du känner att du måste göra flera olika saker samtidigt; Att det uppstår slitningar mellan administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakten med medarbetarna; Att du inte kan ägna tillräcklig tid till verksamhetsutveckling; Att du måste ägna för stor del av tiden till administration; Att du har svårt att hinna träffa dina medarbetare för att diskutera frågor som uppstår i det dagliga arbetet; Att du har svårt att följa upp hur medarbetarnas planering genomförs i praktiken; Att du inte hinner hålla kontakt med medarbetare för att få tillräcklig insyn i deras arbetssituation (cronbach alpha=0,84).
- *Organisatoriska styrningsbrister* Följande frågor ingick i indexet: Att beslut som tas längre upp i organisationen är mycket svåra eller omöjliga att genomföra i din verksamhet; Att du har svårt att få en tydlig bild av vad du som chef har ansvar för; Att du måste anpassa dig till hårt styrda krav på likformighet; Att andra enheter konkurrerar med din egen om personal och andra resurser; Att du har svårt att överblicka beslutsvägarna i organisationen; Att resurser inom organisationen fördelas orättvist pga status, kollegialitet, personliga relationer och liknande (cronbach alpha=0,74).
- *Gruppdynamiska problem* Följande frågor ingick i indexet: Att det finns samarbetsproblem eller konflikter mellan medarbetare; Problem med trygghet och ömsesidig tillit inom medarbetargruppen; Att medarbetare inte vill arbeta med uppgifter som ligger utanför deras traditionella yrkesroll; Att du upplever att medarbetare är oengagerade i det dagliga arbetet; Att du känner att du inte vet vad som händer i din personalgrupp; Att medarbetare har svårt att acceptera de gemensamma mål som finns för arbetet (cronbach alpha=0,76).
- *Betungande rollerav* Följande frågor ingick i indexet: Att ansvaret för produktion och kvalitet är betungande; Att personalansvaret är betungande; Att ansvaret för arbetsmiljön är betungande; Att ansvaret för verksamhetsutvecklingen är betungande; Att ekonomiansvaret är betungande; Att kontakten med många människor är betungande (cronbach alpha=0,83).
- *Buffertproblem* Följande frågor ingick i indexet: Att du förväntas vara lojal mot både medarbetare och mot överordnade; Att du måste vara en buffert mellan högre nivåer i organisationen och dina medarbetare; Att du behöver förklara och motivera "dåliga/negativa" beslut som fattas av överordnade; Att överordnade förväntar sig att du skall vara förstående och beredd att acceptera beslut som missgynnar dig eller din verksamhet (cronbach alpha=0,74)
- *Medarbetarproblem* Följande frågor ingick i indexet: Att medarbetare har otillräcklig

struktur på sitt arbete; Att du måste hjälpa medarbetare att planera och strukturera sitt arbete; Att du får ta över arbetsuppgifter som medarbetare inte har tillräcklig kunskap att hantera själva; Att du känner att du måste tjata på medarbetare för att de ska utföra sina arbetsuppgifter (cronbach alpha=0,73).

- *Containerfunktion* Följande frågor ingick i indexet: Att du får ta emot medarbetares frustration över att arbetet är psykiskt påfrestande; Att pressade medarbetare tynger dig med sina problem (cronbach alpha=0,79).
- *Överbelastning* Följande frågor ingick i indexet: Att du faktiskt inte hinner med allt det du känner att du borde i arbetet; Att du måste arbeta övertid eller ta med arbete hem; Att hem och familjeangelägenheter blir lidande pga ditt chefsansvar; Att du har svårt att hinna med vila och avkoppling på fritiden. Observera att indexet även användes som mått på hållbarhet (cronbach alpha=0,84).

3.2.4.2. STÖDRESURSER

Följande index med frågor som besvaras på en fem-gradig svarsskala om källor för chefstöd användes:

- *Stödjande ledning* Följande frågor ingick i indexet: Min chef bekräftar att jag gör ett bra arbete; Jag får från överordnade bra stöd i personalfrågor; Jag har tillräckliga möjligheter att tillsammans med överordnade diskutera och resonera kring verksamheten; Jag litar på att överordnade vid behov hjälper mig att lösa arbetsmiljöproblem för mina medarbetare; Överordnade visar verkligt intresse för vad jag gör och vilka problem jag har som chef; Jag litar på att överordnade vid behov hjälper mig få en arbetssituation som jag kan klara av (cronbach alpha=0,88).
- *Stödjande chefskollegor* Följande frågor ingick i indexet: Jag har ett förtroendefullt samarbete med mina chefskollegor; Jag kan vid behov få gott stöd från chefskollegor; Jag har goda möjligheter att tillsammans med chefskollegor diskutera och resonera kring verksamheten; Jag får bra respons från den ledningsgrupp jag tillhör när jag vill ta upp problem i mitt arbete (cronbach alpha=0,87).
- *God samverkan med medarbetare* Följande frågor ingick i indexet: Det fungerar bra att tillsammans med medarbetare bearbeta problem och frågor kring arbetet; Jag känner att mina medarbetare vill ta ansvar i sitt arbete; Jag känner att medarbetare har värdefulla kunskaper som gör mitt arbete lättare; Mina medarbetare är trygga i sina yrkesroller; Jag har medarbetare som gör mitt eget arbete lättare; Jag känner att jag kan lita på att medarbetare följer mina anvisningar (cronbach alpha=0,82).
- *Externt stöd* Följande frågor ingick i indexet: Jag kan vid behov få stöd från professionella stödpersoner (handledare, mentor och liknande); Jag har tillräckliga möjligheter att tillsammans med externa specialister (dvs experter utanför den egna förvaltningen) diskutera och resonera kring verksamheten (cronbach alpha=0,82).

3.2.4.3. LEDARSKAPSSTRATEGIER

På motsvarande sätt som för ovanstående frågor har följande index med frågor som besvarades på en fem-gradig svarsskala använts:

Ledarstrategier gentemot medarbetare:

- *Delaktighetsfokuserad strategi:* Jag låter personalen få vara med och bestämma; Jag ber medarbetare om deras synpunkter och idéer; Jag ger medarbetare möjlighet att påverka verksamhetens utformning och framtid; Jag visar medarbetare att jag litar på deras förmåga att ta ansvar (cronbach alpha=0,86).
- *Strukturerande strategi:* Jag hjälper medarbetare prioritera; Jag omfördelar arbetsuppgifter bland medarbetarna (cronbach alpha=0,76).
- *Utvecklingsstödjande, transformativ strategi:* Jag ger medarbetare små belöningar i vardagen; Jag erbjuder förmåner eller utvecklingsmöjligheter för att motivera medarbetare; Jag låter medarbetare med särskilda kunskaper vidareutbilda övriga medarbetare; Jag ordnar kurser, seminarier, handledning eller föreläsningar för att utveckla medarbetares kompetens (cronbach alpha=0,74).
- *Närvarande strategi:* Jag är tillgänglig för medarbetarna; Jag är närvarande i verksamheten för att få en känsla för hur den fungerar (cronbach alpha=0,85).
- *Kontrollerande strategi:* Jag kontrollerar och följer upp vad medarbetare gör; Jag lär mig vilka medarbetare som har mest inflytande i gruppen och försöka påverka dem i första hand; Jag förmanar medarbetare för att få dem att göra som jag vill; Jag planerar medarbetarnas arbete noga (cronbach alpha=0,66).
- *Buffrande strategi:* Jag skyddar personalen från problem som kommer ”uppifrån”; Jag försöker vara en buffert mellan högre nivåer i organisationen och mina medarbetare; Jag försöker påverka högre beslutsfattare att anpassa målen för min verksamhet (cronbach alpha=0,69).

Personliga strategier – att hantera egen arbetssituation:

- *Gränssättande strategi* Jag undviker noggrant att arbeta mer än 8 timmar om dagen; Jag säger ifrån när belastningen blir för stor eller svår.
- *Accepterande strategi* Jag försöker acceptera de villkor som verksamheten har; Jag accepterar att chefskapet är ett redskap för att följa demokratiskt fattade beslut även när de innebär problem för mig och min verksamhet; Jag försöker utveckla min förståelse för verksamheten; Jag försöker acceptera chefsrollen med de villkor som ingår.
- *Vara pålitlig* Jag visar att jag kan rekrytera och behålla bra personal; Jag är noga med att hålla budgeten.
- *Vara till lags* Jag är noga med att följa direktiv och önskemål från den högre ledningen; Jag undviker att ta upp problem med min chef.

- *Aktivt stärka sitt inflytande* Jag ser till att min verksamhet får status och anseende i omgivningens ögon; Jag visar att jag lyckats utveckla verksamheten; Jag ser till att ha idéer till förbättringar färdiga så att jag snabbt kan utnyttja möjligheter att genomföra dem när ekonomiska och andra resurser visar sig tillgängliga.

3.2.5. SYSTEMATISK LEDNING, STYRNING OCH UPPFÖLJNING (SOHSM)
Frågor om det systematiska ledningsarbetet ingår i instrumentet SOHSM (Systematic Occupational Health and Safety Management) (Dellve et al 2008) där ledningsarbetet fokuserar (a) utvecklingsarbete, (b) resurser för att bedriva ett säkert och tillfredsställande arbete, (c) dokumenterade riktlinjer, (d) regelbunden uppföljning och utvärdering och (e) helhetsbedömning av möjligheter att på ett säkert och tillfredsställande sätt uppfylla sina åtaganden inom de fokuserade områdena. Instrumentet modifierades för att förutom ledares arbete med Den löpande operativa verksamheten, Vård- och omsorgskvalitet, Arbetsmiljöarbete – även avse följande: Värdegrundsarbetet, Ständigt förbättringsarbete, Utveckling av vård- och omsorgsprocesser, Brukarsäkerhet och Att möta brukares självbestämmande.

3.3. Analys

I rapporten har i huvudsak deskriptiva analyser gjorts (medelvärden medianer, proportioner). Stratifierade analyser har skett inom samtliga frågor avseende professionsbakgrund, chefsposition, kontrollspann och ägarförhållanden. Jämförande statistik har gjorts (Wilcoxon summed rank och Students T-test) mellan dessa grupper där det varit relevant och motiverat. Även linjära regressioner (bivariata och multivariata) för att undersöka samband och interaktioner samt SEM-analyser har gjorts. Nivån för statistisk signifikans var $p < 0,05$. Samtliga analyser har skett med JMP Statistical Discovery version 10.0.2 (SAS Inc.).

3.4. Etiska aspekter

I enkätstudien har vi följt vedertagna forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning som de formuleras i forskningsetiska riktlinjer och i svensk etikprövningslagstiftning. Enligt svensk lagstiftning innebär inte de frågeställningar vi berör i studien att den omfattas av ett lagligt krav på prövning, eftersom vi inte berör det som i lagens namn handlar om känsliga personuppgifter. Samtidigt kan natur-

ligtvis delar av studien upplevas som känslig, eftersom den ställer frågor kring forskningspersonernas chefsroll. För att hantera detta har vi följt de regler för informerat samtycke som svensk etikprövningslagstiftning föreskriver. Det innebär att personerna har fått skriftlig information om studien där det framgår syfte, metoder, frågeområden, förvaring av data och publicering. Likaså betonades för de forskningspersoner/respondenter som fortfarande vid studiens genomförande var inskrivna som studenter på Högskolan i Borås nationella ledarutbildning för chefer inom äldreområdet att deras deltagande eller avstående från deltagande inte på något sätt skulle påverka deras studier. De informerades om att en inskickad enkät betraktas som informerat samtycke och att insamlat material kommer att förvaras på säkert sätt under 10 år utan tillgång för obehöriga. För att inte utsätta forskningspersoner/respondenter för orimligt påtryckning, gavs endast två skriftliga och en muntlig påminnelse. Resultatet av enkätstudien kommer att delges de medverkande i form av särskilda forskningsdialoger och genom distribuering av rapporten.

4. CHEFERS ETISKA VÄRDERINGAR

ANDERS BREMER, LISE-LOTTE JONASSON & LARS SANDMAN

4.1. Bakgrund

Vi ser att det finns stora likheter mellan de etiska värden och normer som ska vara styrande för vård och omsorg. Båda systemen lyfter fram värdighet, självbestämmande och integritet. Likaså lyfter de båda fram vikten av lika villkor. Inom hälso- och sjukvården fokuserar man på hälsa, medan socialtjänsten fokuserar på ekonomisk och social trygghet, delaktighet i samhällslivet, självständighet och eget ansvarstagande, aktiv och meningsfull gemenskap samt välbefinnande. Som dessa begrepp normalt tolkas i den filosofiskt-etiska diskussionen kan det dock ses som att dessa båda verksamheter har ett överordnat mål i termer av att bidra till människors livskvalitet eller goda liv, även om hälso- och sjukvården framförallt har fokus på vad som kan kallas för hälsorelaterad livskvalitet medan socialtjänsten har fokus på en mer allmän livskvalitet (Sandman & Kjellström 2013). För att hantera en del av de missförhållanden som uppmärksammas medialt inrättade statsmakterna 2013 den så kallade äldresatsningen för bättre vård och omsorg om våra mest sjuka äldre. En del av denna satsning var etablerandet av en nationell värdegrund för äldreomsorgen som trädde i kraft (och infogades i Socialtjänstlagen) 1 januari 2010. Inom ramen för äldresatsningen har statsmakterna även gett Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva värdegrunds- och ledarskapsutbildning för äldreomsorgens ledare (Socialdepartementet 2010) vilket beskrivits utförligare i tidigare kapitel (kapitel 2).

Gott ledarskap i kombination med kompetenta och väl sammansatta vårdpersonalgrupper ses som avgörande villkor för tillhandahållandet av god vård och omsorg. Ledaren har en avgörande roll i att komma tillrätta med och åtgärda bristerna inom äldreomsorgens verksamheter och i att möta dessa komplexa utmaningar (Bergman 2009). Att vara ledare i en kommunal, politiskt styrd verksamhet skiljer sig från en icke-kommunal i den betydelsen att ledaren har vissa specifika arbetsuppgifter som sker på uppdrag av kommunpolitiker. Ledaren måste implementera politiska beslut, överföra samhällets värderingar och leva upp till starka etiska värderingar (Ekholm 2012). Detta innebär att ledaren befinner sig i en mellanposition med politiker och överordnade chefer och deras krav å ena sidan

och vårdpersonal, brukarna och anhörigas krav å andra sidan (Wolmesjö 2005; Ekholm 2012). Med krav menas krav om mål- och kostnadseffektivitet från politiker och överordnade chefer som står i kontrast till kravet om en mer flexibel arbetsplats för vårdpersonalen och ökat medbestämmande för den äldre personen.

En ledare är att betraktas som verksamhetens drivande motor och den sammanhållande länken mellan brukarnas behov, anhörigas krav och vårdpersonalens arbetsmiljö vilket innebär att ledaren förväntas driva ovan nämndas intressen och hantera deras många gånger motstridiga krav (Wolmesjö 2005, Ekholm 2012). Att hamna i kläm mellan motstridiga krav som många gånger krockar med varandra skapar etiska dilemman hos ledaren (Ekholm 2012) och bidrar till att han eller hon hamnar i olika intresse- och rollkonflikter (Wolmesjö 2005). Mötet mellan etik och ledarskap väcker frågor om vad som är en rätt eller rättvis lösning i situationer där ekonomiska mål kolliderar med verksamhetens behov med målet att erbjuda god vård och omsorg (Toren & Wagner 2010).

Det finns även brister i grundläggande värderingar och förhållningssätt samt i den individuella anpassningen av vården och omsorgen av brukarna (Socialdepartementet 2010). Enligt Bergman (2009) har ledaren en avgörande roll i att komma tillrätta med och åtgärda bristerna inom äldreomsorgens verksamheter och i att möta dessa komplexa utmaningar.

De etiska värderingar och övertygelser som ledare och chefer inom omsorgen har påverkar hur de hanterar etiska bedömningar, prioriteringar och beslut i arbetet. Problem kan uppstå om/när de vägleds av etiska principer som kommer i konflikt med etiska värden som utgör grund för äldreomsorgen, framförallt i de fall den ska bedrivas under lagstiftning som delvis ger uttryck för olika värderingar. Chefer inom äldreomsorgen kan hamna i moraliskt stressande situationer till följd av begränsat beslutsmandat samt oförenliga krav och förväntningar från brukare, anhöriga, högre chefer, politiker och medarbetare. Om uppkomna problem inte kan hanteras på ett etiskt försvarbart sätt riskerar sårbara och utsatta personer att tillfogas skada. Denna studie avser att bidra med multidimensionell kunskap om etiska principer som chefer inom omsorgen försöker att leva upp till i sina yrkesroller. Denna kunskap kan komma att identifiera styrkor och svagheter i det etiska beslutsfattandet och eventuella utbildningsbehov.

4.1.1. Syfte

Syftet med denna delstudie är att belysa etiska värderingar bland chefer inom äldreomsorgen och vad som vägleder dem i beslutsfattandet.

4.2. Resultat och diskussion

I det följande väljer vi att beskriva och göra viss tolkning av resultatet utifrån de fyra etiska teorier och skolor som enkäten i huvudsak bygger på. Resultat från de åtta etiska underkategorierna presenteras under respektive etisk teori, oftast med medelvärden och ibland i procent. Enskilda resultat på faktornivå presenteras i fall då dessa bedömts ha speciellt värde. Resultatets presenteras med medelvärden (m) där fem (5) står för "Extremt viktigt" och ett (1) för "Inte alls viktigt". Vid analys av det övergripande resultatet (Tabell 4:1) och hur deltagarna grupperar sig utifrån de fyra huvudsakliga etiska inriktningar som tas upp i enkäten: egoism, utilitarism, dygdetik och pliktetik – ser vi en tonvikt på de pliktetiska (m=4,32) och dygdetiska (m=4,32) hållningarna. I de underkategorier som enkäten arbetar med kan man säga att bilden av att cheferna framförallt har fokus på etiska regler och plikter förstärks, vare sig dessa motive-ras utifrån ett konsekvensetiskt perspektiv (m=4,68) eller ur ett mer pliktetiskt perspektiv (m=4,37) och detsamma gäller de dygder som är inriktade på andra människors väl och ve (m=4,46).

Tabell 4:1; Medelvärden (m) för MEP:s 21 faktorer, 8 underkategorier och 4 etiska principer.

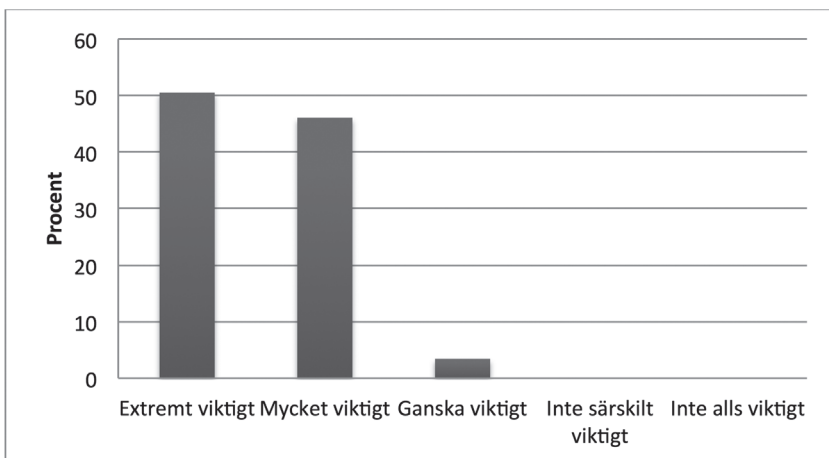
Faktor	m	Etisk underkategori	m	Etisk princip	m
1	2,29	Ekonomisk egoism	3,37	Etisk egoism	3,78
2	3,32				
3	4,47				
4	4,27				
5	4,52				
6	4,93	Regelutilitarism	4,68	Utilitarism	4,13
7	4,41	Handlingsutilitarism	3,59		
8	3,66				
9	3,52				
10	3,93	Egna dygder	4,03	Dygdetik	4,32
11	4,13				
12	4,79				
13	4,53				
14	4,23				
15	4,31	Andras dygder	4,46		
16	4,19	Plikt utifrån handling	4,24	Pliktetik	4,32
17	4,15				
18	4,38				
19	4,78	Plikt utifrån regel	4,37		
20	3,70				
21	4,63				

4.2.1. ETISK EGOISM

Egoism, själviskhet eller egennyttan bland chefer kan ta sig många uttryck men i enkäten är det inte chefernas personliga egoism som studeras utan snarare om de agerar på verksamhetens vägnar eller inte, dvs. utgår från verksamhetens "egennyttan" eller inte. I vårt resultat visar det sig dock att detta är den svagaste drivkraften generellt sett men att vissa aspekter väger tyngre. Detta är ett förväntat resultat och kan naturligtvis avspegla att cheferna försöker leva upp till den bild som bör råda för chefer inom vård- och omsorgsverksamhet, dvs. att det är brukarna eller patienterna snarare än verksamheten som ska vara i fokus.

4.2.2.1. EKONOMISK EGOISM

Ekonomisk egoism står för i vilken utsträckning chefer motiveras av verksamhetens ekonomiska resultat i form av vinst och kostnadsminskning i sitt beslutsfattande. Resultatet visade en stark betoning på vikten av att använda resurserna optimalt (Figur 4:1, $m=4.47$).

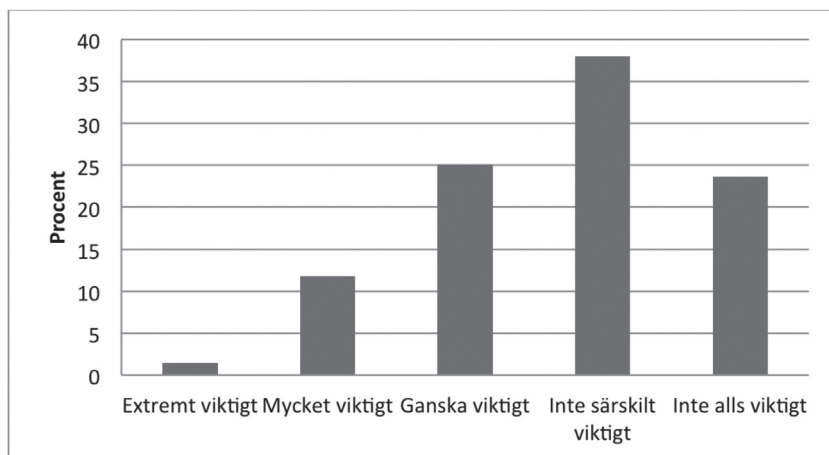


Figur 4:1; Att använda verksamhetens resurser optimalt (Faktor 3, Tabell 4:1).

Under senare år har det varit mycket diskussion kring hur resurserna ska räcka till den vård och omsorg vi vill bedriva i samhället framöver, givet demografiska förändringar med en åldrande befolkning, den medicintekniska utvecklingen med nya och dyrare möjligheter till vård och behandling samt ökade krav och förväntningar på god kvalitet från medborgarna. De alternativ som ofta lyfts fram i den debatten är antingen effektivisering av verksamheten eller att verksamheten måste ransonera,

dvs. inte längre erbjuda insatser som brukaren eller patienten trots allt behöver. För att undvika det senare kan cheferna därför se det som angeläget att använda de tilldelade resurserna så optimalt som möjligt. En annan förklarande faktor kan vara debatten kring privata alternativ inom vård och omsorg och de effektiviseringskrav som finns inom verksamhet som även den satt ljuset på hur omsorgsverksamhet kan effektiviseras i stort.

En betoning gjordes även på vikten av att minimera verksamhetens kostnader, även om den betonades betydligt svagare ($m=3.32$) än resursoptimering, sett till medelvärdena. Att skapa största möjliga ekonomiska överskott (Figur 4:2) ansågs dock inte lika viktigt och utgjorde undersökningens lägsta värde på faktornivå ($m=2.29$). En skillnad mellan resursoptimering och att skapa överskott inom verksamheten, även om det i båda fall kan handla om olika former av effektiviseringar, är att resursoptimering normalt innebär att resurserna fortsatt används till kärnverksamheten. Ansvariga chefer frigör resurser på ett område inom verksamheten för att använda inom ett annat område. När verksamheten effektiviseras för att skapa ekonomiskt överskott (som inte återinvesteras) så kan det ses som att det försvinner resurser som skulle kunna användas för kärnverksamheten (jfr. debatten om vinster i välfärden). I en sådan tolkning kan det uppfattas som en etisk skillnad som kan förklara de olika svaren. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att en resursoptimering kan leda till budgetförändringar som gör att verksamheten får mindre resurser att röra sig med – dvs. att de optimerade och frigjorda resurserna används till någon annan verksamhet inom kommunen (motsvarande) eller leder till en skattesänkning för medborgarna.



Figur 4:2; Att skapa största möjliga ekonomiska överskott för verksamheten (Faktor 1, Tabell 4:1).

En sammanlagd tolkning är att cheferna ställer sig starkt positiva till effektivisering av verksamheten genom resursoptimering och kostnadsminskning men är mer negativa till att gå över en ”gräns” och skapa överskott (eller vinst). Det bör dock noteras att 38% av cheferna ändå lade vikt vid att skapa ekonomiskt överskott genom att skatta tre till fem (3–5) på skalan. Därmed finns det skäl att anta att det finns visst intresse för vinstskapande verksamhet och i vissa fall kan det naturligtvis även vara så att detta är förknippat med ekonomiska incitament även för chefen själv. Endast 24% av cheferna angav att det inte alls var viktigt att skapa ett ekonomiskt överskott i verksamheten. En tolkning skulle kunna vara att denna grupp ställer sig avvisande till en vinstdrivande äldreomsorg och äldreomsorg. Under senare år har ju debatten kring vård och omsorg i stor utsträckning fokuserat på frågan om vinster i välfärden och medborgarundersökningar har visat på en relativt stark skepsis mot den typen av lösningar. En annan tolkning skulle kunna vara att denna ”vinstavvisande” grupp har egna erfarenheter av och/eller föreställningar om vinstskapande och/eller resursoptimering och de konsekvenser detta kan ha på den egna arbetssituationen. Mitton och medarbetare (2010) visar i en studie av moralisk stress bland vårdchefer (mellanchefer och verksamhetschefer) att budgetbegränsningar med efterföljande åtgärder ledde till moralisk stress, speciellt när cheferna var väl medvetna om att de personella och tidsmässiga resurserna var otillräckliga. Beslutsfattandet försvarades än mer när chefer ansåg att resurser eller möjligheter var orättvist eller ojämnt fördelade inom organisationen.

4.2.2.2. EGOISM – VERKSAMHETENS RYKTE

Inom detta område mäts vikten av att värna verksamhetens anseende (oavsett om det sker utifrån chefens egenintresse eller inte eller för att chefen är lojal mot verksamhet eller överordnade chefer). Chefens försvar av verksamhetens anseende kan ur detta perspektiv få möjliga konsekvenser som att anseendet exempelvis försvaras på bekostnad av verksamhetens vinst eller resultat. Resultatet visar en mycket stark betoning på vikten att upprätthålla verksamhetens anseende ($m=4.27$) och inte minst att stödja verksamhetens uppdrag ($m=4.52$). En närliggande förklaring till detta resultat kan finnas i de senare årens massmediala och politiska intresse för äldreomsorgen och äldreomsorgen. Den mediala och politiska uppmärksamheten har satt större fokus på detta vård- och omsorgsområde, högre krav på äldreomsorgen och därmed en ökad utmaning för de som ska leda

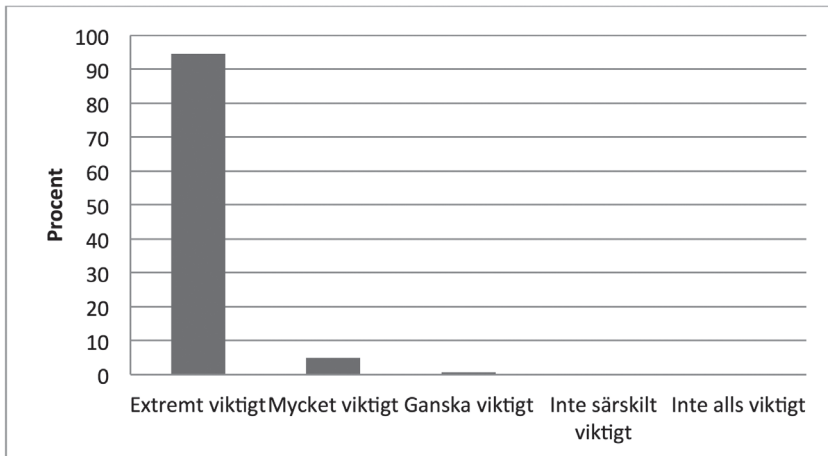
verksamheterna. En betoning på vikten att skydda verksamhetens anseende kan utifrån chefernas egen nytta synas tämligen självklart. Det är också viktigt att betona att om cheferna anser att verksamheten uppdrag är i linje med de krav som ställs i lagstiftning eller utifrån etiska värden behöver inte ett värnande av verksamhetens anseende ske på bekostnad av brukarnas eller patienternas intresse. Å andra sidan kan den mycket starka betoningen på att stödja verksamhetens uppdrag väcka en del frågetecken, då det i mångt och mycket ligger på chefens eget ansvar att skapa förutsättningar för en praktisk tillämpning utifrån en definition av uppdraget. ”Verksamhetens uppdrag” innehåller ett stort mått av lagtolkning på regional och lokal nivå för att slutligen mynna ut i praktisk tillämpning mot varje enskild brukare/patient. Försvaret av verksamhetens uppdrag kan därmed innehålla ett stort mått av försvar av det egna ledarskapet, likväl som det även kan handla om försvar av de etiska värden som uppdraget i grunden vilar på och som har sitt uttryck i gällande lagstiftning.

4.2.3. Utilitarism

Generellt har ett utilitaristiskt tänkande, som baseras på att värdera konsekvenserna av sitt handlande, en viktig roll för cheferna. Det får ett starkare stöd än det verksamhetsegoistiska tänkandet, men är samtidigt något svagare än ett dygdetiskt eller pliktetiskt tänkande.

4.2.3.1. MAXIMAL NYTTA UTIFRÅN REGLER

Regelutilitarism bygger på att skapa största möjliga nytta för ett så stort antal människor som möjligt, men istället för att fokusera på varje enskild handling är fokus på att formulera och följa regler som gagnar det stora flertalet människor. Resultatet visar att cheferna mest av allt framhåller vikten av att inte skada brukarna/patienterna. Detta framhålls som extremt viktigt av 94,6% av respondenterna och mycket viktigt av 5%. Chefernas betoning på att inte skada brukaren/patienten (Figur 4:3) är den enskilt starkaste i denna undersökning (m=4.93). Detta kan förklaras dels av att lagstiftningen lägger vikt vid patient- och brukarsäkerhet och att det även under senare år varit mycket debatt kring hur denna kan stärkas, inte minst i relation till de ”skandaler” som figurerat i media. Kanske kan det även ses som uttryck för en mer generell inställning inom människovårdande yrken, att den som erhåller vård och omsorg inte ska få det sämre på grund av denna vård och omsorg (även om man inte alltid har möjlighet att förbättra personens situation i särskilt stor utsträckning).

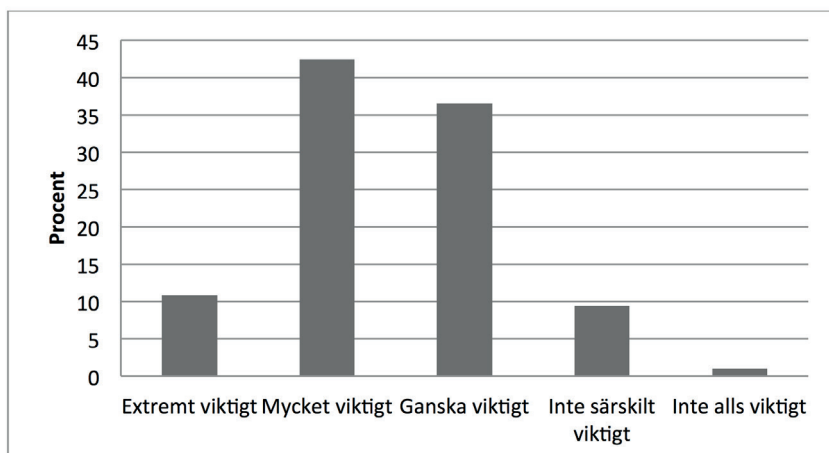


Figur 4:3; Att inte skada brukarna/patienterna (Faktor 6, Tabell 4:1).

Skattningen är mycket hög ($m=4.41$) även när det gäller vikten av att följa kommunala riktlinjer som har skapats för att gagna samtliga berörda parter så mycket som möjligt. Nationella värdegrunden kan ju sägas vara uttryck för ett sådant tänkande som även tar sig uttryck i de kommunala riktlinjer som utformas utifrån denna värdegrund. Det kan även ses som ett uttryck för att tillgodose likabehandling eller rättvisa, dvs. att riktlinjerna delvis finns till för att inte någon part ska få en orättmätig fördel jämfört med andra.

4.2.3.2. MAXIMAL NYTTA UTIFRÅN HANDLINGAR

Handlingsutilitarism bygger på idén att en handling måste bedömas utifrån konsekvenserna av handlingen; att den skapar största möjliga nytta för ett så stort antal människor som möjligt. Till skillnad från det regelutilitaristiska resultatet lägger cheferna lägre, om än fortsatt hög, vikt vid att skapa största möjliga fördelar för det lokala samhället ($m=3.66$) och samhället i stort (Figur 4:4, $m=3.52$). Det interna svarsbortfallet för de båda påståendena är dock förhållandevis stort; 11% respektive 11%.



Figur 4:4; Att skapa största möjliga fördelar för samhället i stort (Faktor 9, Tabell 4:1).

En försiktig tolkning av skillnaderna mellan nytta utifrån regler respektive handlingar är dels valet av påståenden och dels valet av perspektiv. I valet av regelutilitaristiska påståenden i MEP kan dessa betraktas som närmare en konkret person (framförallt brukaren eller patienten), medan valet av de handlingsutilitaristiska påståendena rört sig bort från personen till det lokala och övergripande samhället. Chefernas identifikation kan därmed antas bli mer konkret och tydlig i det förstnämnda perspektivet och kopplat till en stark etisk princip som "icke-skada" kan denna skillnad förstärkas. Likaså ligger det i verksamhetens natur att finnas till för brukarna eller patienterna och att detta bör vara dess primära fokus. En annan förklaring kan vara chefernas egen utbildnings- och arbetsbakgrund (se vidare Wolmesjö och Karlsson i kapitel 5). Inom människovårdande yrken är det vanligt att det primära fokus ligger på de personer som är i behov av ens vård eller omsorg och att mer generella överväganden kring samhället i stort bör vara underordnade.

4.2.4. Dygdetik

Enligt vårt resultat får en dygdetisk hållning ett starkt stöd från cheferna, i likhet med den pliktetiska hållningen. Till skillnad från de övriga värdesystemen som framförallt lägger vikt vid enskilda handlingar eller regler så lägger dygdetiken fokus på de karaktärsdrag man behöver för att agera på ett gott sätt i ett visst sammanhang (exempelvis samhället i stort eller i en specifik organisation).

4.2.4.1. EGNA DYGDER

Dygdetiken bygger på idén att goda beslut tas av människor som visar goda karaktärsegenskaper eller dygder. Två påståenden i MEP avsåg att fånga den vikt som cheferna lade vid de egna dygderna, här i form av att följa egna grundläggande värderingar samt att kunna stå för den person som man önskar vara. Resultatet visar tämligen höga instämmandenivåer ($m=3.93$ och 4.13) när respondenterna skattar betydelsen av att följa egna värderingar respektive stå för person som man önskar vara. En uppenbar problematik som hör samman med följsamhet till de egna värderingarna är om/när dessa hamnar i konflikt med professionella eller organisatoriska värderingar. Att följa de egna värderingarna kan ur detta perspektiv både betraktas som etiskt gott och dåligt, beroende på de konsekvenser detta får för de som berörs. Samtidigt får dessa frågor ett något lägre stöd än de frågor som är inriktade på brukarens/patientens intresse men även de som är inriktade på verksamhetens intresse. Det skulle kunna tyda på att chefen trots allt är villig att i viss utsträckning sätta de egna värderingarna i bakgrunden om dessa kommer i konflikt med andra centrala värderingar i organisationen. En annan intressant problematik, som dock inte fångas i föreliggande resultat, handlar om chefernas förhållningssätt och agerande om/när professionella värden kommer i konflikt med organisatoriska värden. Gallagher och Tschudin (2010) berör denna problematik bland sjuksköterskor i chefsställning och framhåller modet som en viktig dygd för att gå emot sådant som hotar vård- och omsorgskvaliteten för patienten/brukaren och personalens välbefinnande.

4.3.4.2. ANDRA PERSONERS DYGDER

Andra personers dygder fokuserar på tanken om god samlevnad mellan människor och att dessa dygder främjar socialt välbefinnande. Detta perspektiv på dygdens betydelse i relation till andra människor kan betraktas som en del av en vårdande etik. Resultatet visar att nästan samtliga respondenter (99,3%) betonar att det är extremt viktigt eller mycket viktigt att respektera värdigheten hos de personer som påverkas av beslut ($m=4.79$) och att kunna känna empati med patienterna/brukarna ($m=4.53$). Hög vikt lades även vid ett öppet agerande i beslutsfattandet ($m=4.23$) och att prioritera omvårdnad/omsorg när beslutsalternativ ska fastslås ($m=4.31$). Den stora vikt som respondenterna lägger inom detta område är tydlig, med ett aggregerat medelvärde på 4.25 och därmed mitt emellan svarsalternativen ”Extremt viktigt” och ”Mycket viktigt”. Värdis-

het, empati, öppenhet och omvårdnad/omsorg pekar mot att stor vikt läggs vid människovärdet och en demokratisk beslutsprocess. Här bör det uppmärksammas att i den nationella värdegrunden för äldre är värdighet ett centralt begrepp (jämför välbefinnande) vilket kan förklara den starka roll det får för cheferna. Den empatiska hållning som kommer till uttryck i svaren är ju även den central för en människovärdande verksamhet och många av cheferna har en bakgrund i en vård- och omsorgsprofession där empati anses vara en viktig grundförutsättning för ett etiskt handlande. Att agera öppet i beslutsfattandet i relation till brukare och patienter ligger också det i linje med den nationella värdegrunden och dess betoning på delaktighet och självbestämmande. Tolkas det i relation till medarbetarna kan ju sådant som medbestämmandelagstiftning och kultur spela in. Det kan anses självklart att omsorg prioriteras i en organisation som har det som huvudmål för sin verksamhet. Samtidigt är det förvånande att detta inte får ännu starkare stöd bland cheferna. Detta kan naturligtvis bero på hur frågan tolkas, dvs. om den tolkas som att chefen inte fattar den formen av beslut utan att detta snarare sker bland baspersonal, sjuksköterskor etc., så kanske inte resultatet är så förvånande. Å andra sidan ligger det i chefernas uppdrag att skapa förutsättning för att ett sådant huvudmål för verksamheten ska kunna uppfyllas.

4.3.5. Pliktetik

En pliktetisk hållning innebär att chefen lägger vikt vid att vissa handlingar bör utföras eller undvikas helt eller delvis oberoende av vilka konsekvenser dessa handlingar har. Generellt får den pliktetiska hållningen, jämför den dygdetiska, starkast stöd från cheferna vilket kanske delvis kan kopplas till det faktum att äldreomsorgen är lagreglerad och att infogandet av den nationella värdegrunden i Socialtjänstlagen (2001:453) även innebär att en stor del av de etiska frågeställningarna regleras i lagstiftningen (jämför även hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) och patientlagen (2014:821).

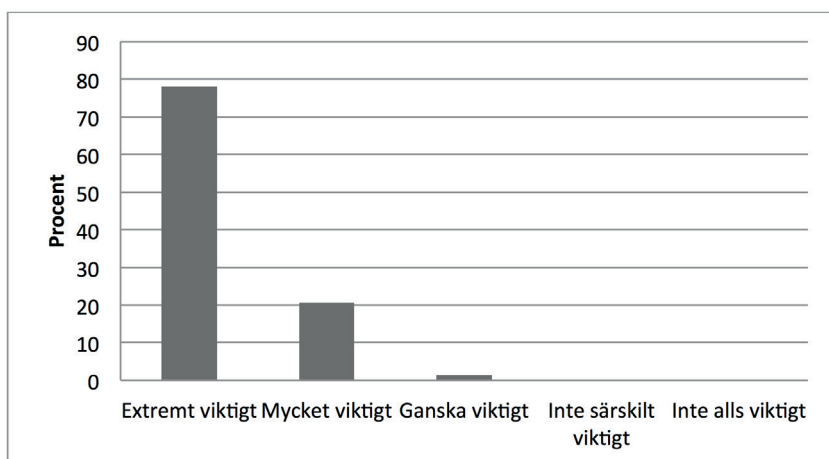
4.3.5.1. PLIKT UTIFRÅN HANDLING

Pliktetiken bygger på tanken om att den rätta/goda handlingen inte avgörs av en okritisk tillämpning av etiska principer, utan av en medvetenhet om vilken specifik plikt som krävs i varje enskild situation. Att ge alla berörda en möjlighet att komma till tals i beslutsprocessen ansågs som viktigt (m=4.19) i likhet med ”den gyllene regeln”, dvs. att behandla an-

dra så som du själv vill bli behandlad (m=4.15). Att behandla människor som mål och inte som medel (m=4.38) ansågs som än mer viktigt. Återigen så regleras brukarnas eller patienternas delaktighet i beslutsfattande i den nationella värdegrunden samt i patientlagen (2014:821). Samtidigt kan det tolkas som att det snarare rör medarbetarna där lagreglering ger visst utrymme för detta (genom medbestämmandelagstiftning etc.) men där detta stöd är svagare än när det rör brukare och patienter. Att följa den gyllene regeln kan naturligtvis anses vara motiverat men kan också innebära vissa problem, inte minst utifrån nationella värdegrundens och patientlagens betoning på att utgå från brukarens eller patientens perspektiv. De kanske inte vill bli behandlade som du vill bli behandlad själv som chef. Det är inte heller förvånansvärt att en av pliktetikens grundsatsar om att inte behandla människor som medel utan som mål för starkt stöd, samtidigt som ledarskapet delvis kräver att medarbetarna åtminstone delvis behandlas som medel för att kunna uppfylla verksamhetens mål.

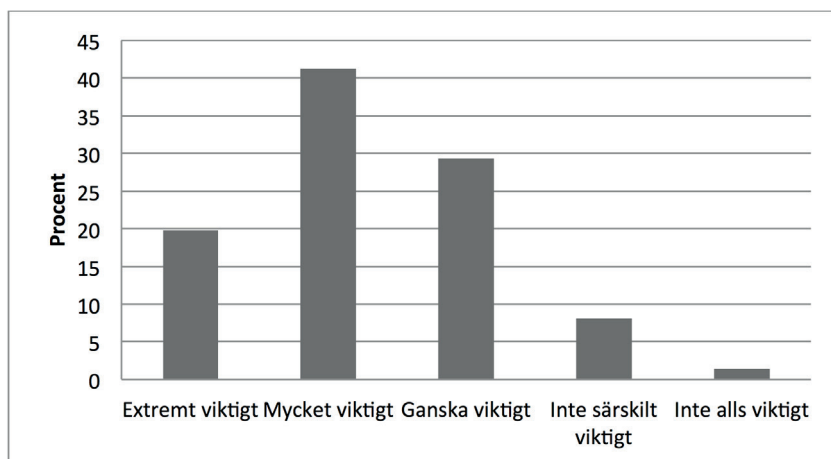
4.3.5.2. PLIKT UTIFRÅN REGLER

Pliktetik utifrån regler har som fokus att uppfylla universella och vedertagna etiska normer och principer. Att alltid hålla på sekretessen (Figur 4:5, m=4.78) uppmätte det näst högsta medelvärdet i resultatet med 98,7% av cheferna som angav att detta var extremt viktigt eller mycket viktigt. Här är det viktigt att påminna sig om att detta är reglerat i svensk lagstiftning och cheferna visar även i svaret på andra frågor att de lägger stor vikt vid att följa relevant lagstiftning.



Figur 4:5; Att se till att alltid hålla på sekretessen (Faktor 19, Tabell 4:1).

Att alltid agera rättvist ansågs inte lika viktigt (Figur 4:6, $m=3.70$) medan vikten av att se till att verksamheten alltid fullgör en etisk skyldighet att ge omvårdnad/omsorg skattades högt av cheferna ($m=4.63$). Här är intressant att notera att cheferna skattar skyldigheten att ge omvårdnad/omsorg högt, men att de samtidigt har gett svagare stöd när de besvarat frågan om att omvårdnad/omsorg prioriteras i beslutsfattande. En välvillig tolkning skulle, enligt ovan, kunna vara att de inte ser att de konkret ägnar sig åt frågor kring omvårdnad/omsorg i sitt beslutsfattande även om det ser det som ett överordnat mål för verksamheten. Frågan kring rättvisa är möjligen mer svårtolkad, men dels beror det naturligtvis på hur rättvisa tolkas i detta sammanhang. Rättvisa kan ju exempelvis ses som jämlik behandling, men den kan också tolkas som att en beslutsfattare gör skillnad utifrån behov eller utifrån vilken nytta beslutsfattaren bedömer att insatsen kan leda till (Sandman & Kjellström 2013). Likaså, den betoning som nationella värdegrunden och patientlagen (2014:821) ger på den enskilda brukarens/patientens intresse och perspektiv kanske kan uppfattas stå i motsatsställning till en rättvis behandling (om rättvisa tolkas som exakt lika behandling).



Figur 4:6; Att alltid agera rättvist (Faktor 20, Tabell 4:1).

4.4. Avslutande kommentarer

I undersökningen har vi försökt belysa några generella mönster i chefernas etiska värderingar. Resultatet måste naturligtvis tolkas med stor försiktighet eftersom flera av de etiska begrepp som används är, som ofta är fallet

med starkt värdeladdad begrepp, mångtydiga. Ibland talas det inom detta fält om ”tjocka begrepp”, dvs. begrepp som dels är starkt värdeladdade men som också har ett beskrivande innehåll (se Sandman 2007). Tjocka begrepp tenderar vara av den karaktären att vi gärna vill använda dem, men att vi också fyller dem delvis med vårt eget innehåll. För att illustrera, vi vill alla vara rättvisa i relativt stor utsträckning – men vi kan lägga olika mening i vad det är att faktiskt vara rättvis. En annan problematik i detta fall är att det är omöjligt att avgöra om chefernas svar avspeglar de ideal och värderingar de faktiskt har eller om svaren avspeglar de ideal och värderingar de skulle vilja ha eller tror sig bör ha. Naturligtvis kan svaren också vara en blandning av faktiska, önskade och förväntade ideal och värderingar. Likaså är det omöjligt att dra några slutsatser kring hur dessa ideal och värderingar i så fall omsätts i faktisk handling, eftersom vi vet från socialpsykologiska studier att andra faktorer utöver våra värderingar påverkar vårt handlande (Sandman & Kjellström 2013).

Samtidigt förefaller många av de mönster vi återfinner i materialet kunna ges en rimlig förklaring utifrån äldreomsorgens lagstiftning och förutsättningar. Att vi återfinner ett visst fokus på regel- eller pliktstyrning kan förklaras med att äldreomsorgen i stor utsträckning är lagreglerad och lagstyrd. Att det finns viss diskrepans kring huvudmålet angående omvårdnad eller omsorg kan förklaras med att cheferna inte själva har det som praktiskt utfall för sitt eget handlande utan snarare befinner sig ett eller flera steg ifrån omvårdnad och omsorg. Synen på att värna den egna verksamhetens intresse och rykte förefaller också kunna kopplas till synen på äldreomsorgen som verksamhet och hur den har ifrågasatts på senare tid. En fördjupning av denna första kartläggning skulle kunna vara att studera hur cheferna resonerar i relation till mer konkreta situationer där uttryck för dessa olika värderingar som instrumentet kartlägger ställs emot varandra (exempelvis i vinjetform).

5. PROFESSIONSUTBILDNINGSBAKGRUND OCH LEDARSKAP INOM ÄLDREOMSORGEN

MARIA WOLMESJÖ & PER-ÅKE KARLSSON

5.1. Bakgrund

Vilken betydelse har utbildningsbakgrund och specifik professionskunskap för hur första linjens chefer ser på sitt ledningsuppdrag och hanterar etiska dilemman? Denna övergripande frågeställning är central i den delstudie som presenteras nedan.

Första linjens chefer för äldreomsorgen beskrivs ofta som en komplex roll med förväntningar och krav från flera håll (Wolmesjö 2005, Thelin & Wolmesjö 2014). I detta kapitel sätter vi fokus på chefer och ledares utbildningsbakgrund och synen på ledarskapet. Centrala frågeställningar är om det finns några skillnader i hur chefer och ledare uppfattar ledarskapets förutsättningar och prioriteringar och hur de kan förstås utifrån likheter och skillnader i utbildningsbakgrund och därmed professionell orientering eller professionsetiska koder.

Generellt finns inget formellt utbildningskrav på de personer som rekryteras till ett chef- och/eller ledningsuppdrag inom äldreomsorgen. Tidigare studier pekar på en att flertalet chefer har en vård- och/eller omsorgsbakgrund men att det finns en mångfald och stora variationer i chefsuppdraget och olika förutsättningar för ledarskap snarare än en gemensam befattning med liknande uppdrag (Wolmesjö 2005, Thelin & Wolmesjö 2014).

Vad efterfrågas då i form av utbildning och kompetens i platsannonser och vad prioriteras i ledarutbildningar riktade mot vård- och omsorg? När chefer ska rekryteras till äldreomsorgen, offentlig eller privat, så efterfrågas generellt en likartad profil: Krav på formell utbildning uttrycks i termer av lämplig högskoleutbildning, ofta social omsorgs- alternativt socionomexamen men även sjuksköterske-, fysioterapeut- (sjukgymnast-) alternativt ekonomisk utbildning efterfrågas. Vidare understryks krav på god svenska i tal och skrift samt IT-erfarenhet. Ytterligare betonas vikten av tidigare erfarenhet av chefs- och ledningsuppdrag inom äldreomsorgen. Andra krav som ställs genomgående är att den sökande bör vara engagerad, nytänkande, inspirerande, initiativrik, mål- och resultatorienterad,

lyhörd och ha en god kommunikativ förmåga. Vidare betonas förmåga att ta ansvar, kunna utveckla verksamheten, se möjligheter snarare än hinder, ha ett strukturerat arbetssätt och en god samarbetsförmåga. Uppdraget beskrivs omfatta såväl personal-, ekonomi- som arbetsmiljöfrågor men exempelvis kompetens i arbetsrätt, arbetsmiljörätt och/eller ekonomi efterfrågas sällan specifikt (Arbetsförmedlingen, 2015).

I specifika ledarutbildningar som kan variera från interna kortkurser på konsultbasis till mer omfattande kurser på högskolenivå betonas ofta värdegrundsfrågor, aktuell lagstiftning i arbetsrätt och arbetsmiljörätt, generella ledarskaps- och organisationsteorier samt förändrings- och utvecklingsarbete.

Historiskt har rollen som chef inom äldreområdet utvecklats från filantropi och fattigvårdens kommandora mot en profession via socialvård till socialtjänst (Trydegård 1996, 2000, Kollind 2003). Den första utbildningen för blivande föreståndare på fattigvård- och barnavårdsanstalter startades 1908 och omfattade ett halvår. Under 1950-talet organiserades en stor del av hemtjänsten på frivillig basis via centrala handläggare/inspektörer. Under 1960–70 talet skedde en expansion av hemtjänsten och ansvaret för att administrera verksamheten togs över av kommunens tjänstemän (Berg 2000). I takt med utbyggnaden av servicehus fick utbildningen till ålderdomshemsföreståndarinna, som hade en mer medicinsk karaktär och omfattade tre år ett tydligare fokus på ledningsansvar. I samband med att socialtjänstlagen kom på 1980-talen förändrades utbildningen från ålderdomshemsföreståndare till en social omsorgsutbildning 1983, först omfattande två år och sedan förlängd i etapper till 3,5 år. Från att tidigare ha varit mer medicinskt inriktad gick utbildningen mot en fokus på ledarskap och biståndshandläggning med utgångspunkt i ett socialt och samhällsvetenskapligt synsätt. Rollen förändrades till hemtjänstassistent med inriktning på arbetsledning och biståndshandläggning. Under 90-talet renodlades uppdraget mot biståndshandläggare respektive ett administrativt chefsuppdrag. Befattningen som första linjens chef benämns ofta enhetschef, områdeschef, verksamhetschef eller motsvarande. Utbildningen har akademiserats och sedan slutet av 2000-talet har den sociala omsorgsexamen upphävts och utbildningen är numera integrerad i socionomutbildningen och ger både en generell yrkesexamen som socionom och en kandidatexamen i socialt arbete.

I samband med ÄDEL-reformens genomförande i början av 1990-talet då kommunerna fick ett bredare ansvar för vård- och omsorg om

äldre ökade andelen av vårdutbildade chefer. Flera kommuner valda då att föra över hemsjukvården från landstingen till kommunal regi. Vid reformen följde många sjuksköterskor i arbetsledande befattningar med över till den nya verksamheten, liksom en del sjukgymnaster och arbetsterapeuter och de fick då ledningsansvar även i den nya organisationen. Utbildningsbakgrunden varierar därför bland de chefer som arbetar i verksamheten. Som anställd sjuksköterska inom den kommunala eller privata äldreomsorgen har flertalet sjuksköterskor oftast i sin roll ett medicinskt ledningsansvar även om de formellt saknar ett chefsuppdrag, liksom många sjukgymnaster och arbetsterapeuter har ett särskilt rehabiliteringsansvar.

Den första sjuksköterskeutbildningen startade i London 1860 inspirerad av Florence Nightingale och hennes bok *Notes on Nursing* (Kristoffersen 2006). I Sverige var det Röda Korset som etablerade utbildningen på Akademiska sjukhuset i Stockholm och senare även i Göteborg i slutet av 1800-talet. Inledningsvis gjorde sjuksköterskorna samtliga uppgifter som krävdes på en avdelning och yrket byggde på ett det var ett "kall", ett livsval med stort engagemang (Holmdahl 1994, Götlind 2010). Inledningsvis skedde all utbildning i det praktiska arbetet på avdelningen, 1895 omfattade den 30 dagars teoretisk kurs och 1914 hade utbildningen utvecklats till en två- alternativt treårig utbildning. Sjuksköterskeuniformen som inledningsvis bars även utanför sjukhuset symboliserade status och utbildningsnivå. Från 1958 finns ett legitimationskrav för att få arbeta som sjuksköterska, något som delas av flera professioner inom hälso- och sjukvården. Under 1970-talet var innehållet i utbildningen främst fokuserat på medicinsk behandling och patienten ett nummer eller en diagnos. I samband med att den nya hälso- och sjukvårdslagen infördes 1982 har patienterna fått en starkare ställning. Utbildningen är sedan högskolereformen 1977 treårig, forskningsanknuten och ska bygga på en vetenskaplig grund (Sv. Sjuksköterskeförning 2009). Efter avslutad utbildning kan studenterna ansöka om såväl en sjuksköterske- som en kandidatexamen i vårdvetenskap.

Även mer personaladministrativa utbildningar förekommer bland första linjens chefer inom äldreomsorgen. Erfarenheter av ledningsuppdrag eller formell ledarutbildning inom ramen för olika grundutbildningar bland cheferna varierar således.

5.2 Kategorisering av utbildningsbakgrund

Av de 474 personer som besvarat enkäten har 278 utbildning på högskolenivå. Av dessa har 245 personer en akademisk examen. Två professionsutbildningar dominerar vad gäller utbildningsbakgrund; social omsorgsutbildning och sjuksköterskeutbildning. Vi har, för att få en mer generaliserande gruppindelning i vår redovisning av materialet i denna delstudie, valt att definiera även andra samhälls- och beteendevetenskapligt inriktande utbildningar (som socionom och psykolog) som ”social” och utbildningar inom vård och paramedicin (t ex arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster) som ”vård”. Övriga, främst samhällsvetenskapliga, utbildningar som inte kunde kategoriseras som vare sig ”Social” eller ”Vård” har vi valt att kategorisera som ”Administration”. Nedan ges en närmare beskrivning av vilka utbildningar som förekommer i respektive grupp.

5.2.1. SOCIAL UTBILDNING, VÅRDUTBILDNING ELLER ADMINISTRATIV UTBILDNING

I den fortsatta redovisningen och analysen kommer vi främst att utgå från de två dominerande utbildningsgrupperna Social och Vård (se vidare beskrivning nedan). Innan dess ges en översiktlig beskrivning av kännetecknen för de tre gruppernas utbildningsbakgrund.

Karaktäriseringen utgår från de två dominerande utbildningarna inom Social respektive Vård; socionomutbildning¹ och sjuksköterskeutbildning. Inom Administration har vi valt att utgå från ett personalinriktat program (Organisations- och personalutvecklare i samhället, OPUS omfattande 180 högskolepoäng). De olika utbildningarnas uppläggning varierar en del mellan olika lärosäten men gemensamma kännetecken finns utifrån centrala utbildningsplaner² och, för sjuksköterskorna, krav på utbildningarna utifrån att de är legitimationsgrundande. Det ska också noteras att beskrivningen som följer bygger på aktuella utbildningsplaner medan svarspersonernas utbildningar ibland ligger flera år tillbaka i tiden. Reformhastigheten har varit hög inom dessa utbildningsområden.

Samtliga utbildningar ger, utöver yrkesexamen en kandidatexamen och är på 3–3,5 år. Yrkesförberedelser och professionsanknytning är framträdande i socionomutbildningen (ca en studietermän är verksamhetsförlagd utbildning, VFU) och i sjuksköterskeutbildningen (nästan 1,5 studie-

¹ Utifrån att den sedan ett antal år ersatt den sociala omsorgsutbildningen, vars examensrättigheter upphört.

² Vi har utgått från utbildningsplaner för Sjuksköterskeprogrammet och Organisations- och personalutvecklare i samhället (OPUS) vid Högskolan i Borås samt från utbildningsplaner för Socionomprogrammen vid Göteborgs universitet samt vid Linköpings universitet.

termin). Inom OPUS är verksamhetsförlagd utbildning inte så framträdande.

Ämnesmässigt domineras socionomutbildningen av huvudområdet socialt arbete. Detta, samhälls- och beteendevetenskapliga ämne är mångvetenskapligt till sin karaktär och hämtar kunskapsstoff/teoretiska ansatser från olika discipliner, såsom sociologi, psykologi, socialpsykologi, pedagogik och rättsvetenskap. Inom sjuksköterskeutbildningen dominerar vårdvetenskap³ men även medicinsk vetenskap har en framträdande plats. Vårdvetenskapen är inriktad på omvårdnadsarbete och hämtar stoff/teoretiska ansatser från humanvetenskapliga discipliner. Arbetsvetenskap är kärnan i OPUS programmet/utbildningen men även andra samhällsvetenskapliga ämnen ingår.

Fokus vad gäller förberedelser för kommande yrkesutövning kan sägas vara arbete direkt i kontakt med behövande människor – brukare/patienter – i såväl socionomutbildningen som sjuksköterskeutbildningen, medan OPUS kan karaktäriseras som kvalificerad utbildning för att stödja kärnverksamheter, åtminstone inom välfärdssektorn.

Utgångspunkter för socionomens insatser kan sägas vara att utifrån definierade sociala problem och/eller behov bidra med insatser för att lösa och/eller bemästra dessa. Människors hälsomässiga problem är utgångspunkten för sjuksköterskans arbetsinsatser.

För socionomen är socialtjänstlagen, SoL (SFS 2001:453) och i vissa fall lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993: 387) den centrala legala grunden för yrkesutövningen medan sjuksköterskans dito är hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763). Givetvis tillkommer även andra legala grunder för arbetet, inte minst inom äldreomsorgen (se kapitel 1).

De som verksamheten ytterst är till för, benämns som grupp olika beroende på huvudman och vilka legala grunder som den professionella har att förhålla sig till. Här i detta kapitel används genomgående begreppet brukare. Inom socialtjänsten är klientbegreppet vedertaget men det används dock inte så ofta inom äldreomsorg. Vård- eller omsorgstagare är där vanliga begrepp bland socionomer. Sjuksköterskor benämner vanligtvis ”samma personer” för patienter.

Socialtjänst inklusive social omsorg och utifrån att detta är en kommunal uppgift kan ses som en kulturell referens för socionomutbildningen medan sjuksköterskeutbildningens motsvarande referenser kan sägas vara sjukvård, traditionellt organiserad via landsting/regioner. Någon motsva-

³ På vissa lärosäten benämns ämnet omvårdnadsvetenskap

rande referens finns, enligt vårt förmenande, inte beträffande OPUS, möjligen en ”bredare” referens innefattande även privata företag med tanke på arbetsvetenskap och personalområde (HR-uppgifter).

En viktig skillnad är att sjuksköterskeutbildningen grundar den legitimation som krävs för att få arbeta som sjuksköterska. Något motsvarande finns inte hos de andra utbildningarna.

Följande matris sammanfattar den professionsinriktade utbildningsbakgrunden inom de studerade grupperna (tabell 5:1):

Tabell 5:1; Professionsinriktad utbildningsbakgrund

	Social	Vård	Administration
Akademisk ämnesinriktning	Samhälls- och beteendevetenskaper	Vårdvetenskaper och medicinsk vetenskap	Förvaltning, personaladministration, ekonomi
Yrkesfokus i grundutbildning	Direkt omsorgs- eller socialt arbete med behövande – direkt relation till människor	Direkt vård- eller rehabiliteringsarbete med behövande – direkt relation till människor	Stödja ”kärnverksamheter”, här vård- och omsorg – indirekt relation till människor
Grundutbildningens inriktning	Fokus på sociala problem, brukarens behov och insatser för att lösa/bemästra dessa	Fokus på sjukdoms- och hälsoproblem och insatser för att lösa/bemästra dessa	Fokus på personaladministration och ekonomi för att stödja (kärn-) verksamheten
Legal grund för yrkesutövning	SoL, LSS	HSL	T ex rättslig reglering av arbete och förvaltning
Vanliga benämningar på den som verksamheten är till för (brukaren)	Klient, ofta vårdtagare eller omsorgstagare	Patient, ibland vårdtagare, sällan klient	Kund
Kulturell referens i välfärdsområdet	(kommunal) social omsorg offentlig/privat	(landsting) sjukvård offentlig/privat	Generellt offentlig/privat/statlig
Behörighetsgrund i yrkesutövning	Ej legitimation	Legitimationsyrken	Ej legitimation

Som synes finns såväl likheter som skillnader mellan utbildningsbakgrunderna. Till dessa skillnader ska läggas att såväl verksamheterna som utbildningarna har förändrats över tid och att de som arbetar i ledande befattning representerar en variation inte bara i professionen utan också i ålder, etnicitet och kön som kan påverka värdegrunden. Skillnaderna är så pass stora att de kan tänkas ha betydelse för hur enskilda individer ser på sitt arbete som chef inom äldreomsorgen.

5.3. Syfte

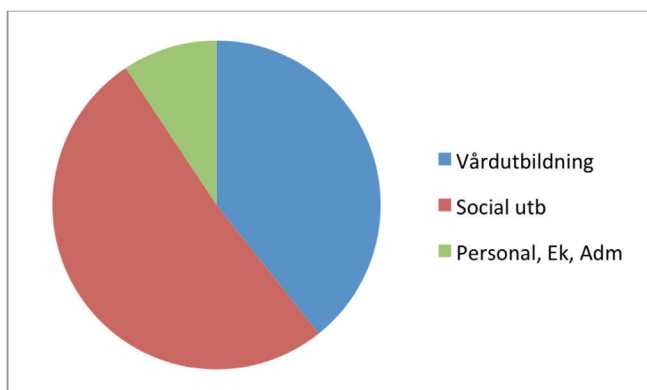
Syftet med denna delstudie var att jämföra skilda professionsetiska profiler mellan äldreomsorgens chefer utifrån deras formella utbildningsbakgrund och beskriva, analysera och öka förståelsen för eventuella likheter och skillnader.

5.4. Resultat

5.4.1 KATEGORISERINGAR

Bland de med akademisk examen som utbildningsbakgrund har vi bildat tre kategorier vilket beskrivits tidigare för den fortsatta redovisningen och analysen:

- *Social*: Främst social omsorgs- eller socionomutbildning och enstaka personer med andra beteendevetenskapliga utbildningar. Totalt angav 128 personer, 51% av de svarande att de hade sådan högskolexamen. Social omsorgsexamen (74 personer) eller socionomexamen (30 personer) dominerar starkt. Övriga utbildningar var t ex psykolog och beteendevetare.
- *Vård*: I denna grupp har främst vårdinriktade utbildningar såsom sjuksköterske-, arbetsterapeut-, och sjukgymnastexamen kategoriserats. Totalt angav 101 personer, 40% av de svarande att de hade högskoleexamen inom vårdområdet. Här dominerar sjuksköterskeexamen med 74 personer samt ytterliga några med specialistutbildning (distriktssköterska), följt av arbetsterapeuter (13 personer) och sjukgymnaster (5 personer).
- *Administration*: En tredje kategorisering av utbildningsbakgrund gjordes mot personalvetare, ekonomer och förvaltning (inom denna grupp ryms utbildning med fokus på personal, administration, offentlig förvaltning och/eller ekonomiområdet). Totalt angav 24 personer, 9% av de svarande att de hade högskoleexamen inom detta område.



Figur 5:1; Utbildningsbakgrund

5.4.2. TID SOM CHEF INOM ÄLDREOMSORGEN

I genomsnitt har de chefer som besvarat enkäten arbetat i tio år som chefer inom äldreomsorgen. För personer med vårdutbildning var det genomsnittliga antalet år drygt 8 år (8,37 år) medan det för de som hade en social omsorgs- eller socionomutbildning var drygt 12 år (12,31 år). Fördelningen av tid gällande erfarenhetstid som chef kan beskrivas så här (tabell 5:2):

Tabell 5:2; Tid som chef inom äldreomsorgen (%)

	Vård utbildning	Social utbildning	Administrativ utbildning	Totalt
Ny som chef, 1 – 2 års erfarenhet	18	10	13	13
Erfaren chef, 2,5 – 10 års erfarenhet	52	46	65	50
Erfaren chef, > 10 års erfarenhet	30	44	22	36

Som framgår är det högst andel mycket erfarna ledare bland de med social utbildning.

5.4.3. FORM AV ÄLDREOMSORG FÖR LEDARSKAPET

Äldreomsorg bedrivs i ett antal olika verksamhetsformer, såväl som utifrån det ordinära boendet med hemtjänst och/eller hemsjukvårdsinsatser som i form av särskilt boenden såsom korttidsboende och särskilt boende med eventuell inriktning såsom gruppboende för personer med demens.

Tabell 5:3; Form av äldreomsorg för ledarskapet

	Vård utbildning	Social utbildning	Samtliga svarande
Hemtjänst	29	45	37
Särskilt boende	35	45	38
Hemsjukvård	24*	7*	10
Korttidsboende	11	14	15
Särskilt boende/ grupp-boende för personer med demens	23	27	20

* signifikant skillnad mellan de två grupperna

En del svarande har uppgett att de leder mer än en form av äldreomsorgs-verksamhet. Resultatet visar inga stora skillnader mellan grupperna vad gäller i vilken form av äldreomsorg cheferna arbetar i eller har ansvar för. Dock, vilket inte är förvånande, har en signifikant större andel med vård-utbildning ansvar för hemsjukvård.

5.4.4. LEDARSKAP INOM OFFENTLIG ELLER PRIVAT ÄLDREOMSORG

Äldreomsorg är ett kommunalt ansvar och bedrivs framförallt i kommunal regi. Flera kommuner har under de senaste åren infört så kallat kundval genom lag om valfrihetssystem, LOV (2008:962) och lag om offentlig upphandling, LOU (2007:1091) vilket möjliggör flera aktörer på marknaden. Fördelningen mellan kommunal och privat äldreomsorg bland respondenternas verksamhetsområden framgår av nedanstående tabell.

Tabell 5:4; Arbete inom offentlig eller privat äldreomsorg

	Vård- utbildning	Social utbildning	Administrativ utbildning	Totalt
Kommunal	85	93	79	80
Privat	14	7	21	20

Så gott som alla med socialt orienterad professionsutbildning är anställda i kommunal verksamhet. Av de med administrativ – HR-inriktning – på utbildningen är en större andel verksamma i privata äldreomsorgs-verksamheter.

5.4.5. LIKHETER OCH SKILLNADER I ETISK ORIENTERING

Utifrån de ovan redovisade skillnaderna i professionsutbildningsbakgrund hos de svarande kan tänkas att det finns skillnader i etisk orientering. Här

redovisas medelvärden för svar från ”vård-” respektive ”social-” professionsutbildningsbakgrund angående den etiska orienteringen, d v s hur starkt chefer betonar olika etiska värden (tabell 5:5). För en närmare redovisning av de etiska profilerna och deras innebörd hänvisas till föregående kapitel.

Tabell 5:5; Etisk orientering bland chefer utifrån utbildningsbakgrund (m)

	Alla	Vård utbildning (m)	Social utbildning (m)
Egoism – verksamhetens ekonomi	3,37	3,29	3,36
Egoism – verksamhetens rykte	4,40	4,22	4,30
Nytta – utifrån regler	4,68	4,68	4,61
Nytta – utifrån handling	3,39	3,50	3,51
Dygder - egna	4,03	4,08	3,92
Dygder - andras	4,46	4,48	4,46
Plikt – utifrån handling	4,24	4,22*	4,13*
Plikt – utifrån regler	4,37	4,33*	4,19*

* signifikanta skillnader mellan de båda grupperna

Skillnaderna beträffande etisk profilering utifrån utbildningsbakgrund är inte stora. Medelvärdet för de svarande på de olika etiska underkategorierna skiljer sig enbart åt marginellt. Enbart vad gäller pliktetik finns signifikanta skillnader: De med vårdutbildning betonar i något högre utsträckning pliktetik, såväl utifrån handling som utifrån regler än vad de med social utbildning gör. Kan det ha att göra med skilda yrkestraditioner, där sjuksköterskor ofta tillskrivits att de ser yrket som ett ”kall”, en plikt?

5.5. Sammanfattning

Konstateras kan att det saknas en ”naturlig” generell och gemensam utbildningsbakgrund för de chefer som är verksamma inom äldreomsorgen. Majoriteten av cheferna i denna studie har dock minst en treårig utbildning på universitets- eller högskolenivå. Den vanligast förekommande utbildningsbakgrunden är social omsorgs- alternativt socionomexamen (51%), näst vanligast är vårdutbildning (40%) – i första hand sjuksköterskeutbildning. Övrig utbildningsbakgrund är personaladministrativ, ekonomisk alternativt annan administrativ utbildning (9%).

De med social utbildning är de mest erfarna vad gäller tid som ledare inom äldreomsorgen. Dessa arbetar också nästan så gott som uteslutande

i kommunal verksamhet. De med administrativt inriktad utbildning arbetar i högre grad i privat äldreomsorg.

Vid en jämförelse av etiska profiler mellan chefer utifrån deras utbildningsbakgrund kunde endast mindre skillnader ses i hur chefer hanterar olika etiska dilemma som kan förklaras av skillnader i utbildningsbakgrund. Detta resultat är överraskande utifrån att det finns så stora skillnader i utbildningsprofilerna vad gäller den grundläggande professionsutbildningen. Ofta ligger de svarandes professionsinriktade utbildningar tio till tjugo år tillbaka i tiden. Därefter har andra socialiseringskällor som exempelvis interna och externa vidareutbildningar fått en större betydelse än den längre tillbaka liggande professionsutbildningen vilket möjligtvis kan vara en bidragande förklaring till de små skillnaderna i etisk orientering.

6. CHEFERS STÖDRESURSER OCH LEDARUTBILDNING

LOTTA DELLVE, MARIA WOLMESJÖ & ANDERS BREMER

6.1. Bakgrund

Kvalitet och tillgänglighet i den privata och kommunala äldreomsorgen engagerar många medborgare och den mediala uppmärksamheten är ständigt närvarande. De ökande kraven på äldreomsorgen innebär ökade krav och utmaningar för de som ska leda verksamheten. Chefernas formella och reella kompetens blir därmed viktig. Ett sätt att möta behovet av kompetenta chefer i verksamheten är att arbetsgivarna på olika sätt stimulerar och stöder deras utveckling av ledarskapet. Därmed är det av vikt att få kunskap om arbetsgivarnas ambitioner och i vilken mån de erbjuder chefs- eller ledarskapsutbildning på betald arbetstid, vilka utbildningar de i så fall satsar på samt utbildningsvillkoren som erbjuds. En övergripande, viktig och svår fråga att besvara är om arbetsgivarnas utbildningsambitioner är riktade mot kompetenshöjning från en acceptabel nivå till en bättre/högre nivå eller om ambitionerna snarare är försök att möta basala chefs- och ledarskapskunskaper som saknas hos redan anställda.

Det finns idag få studier om betydelsen av stöd till chefer i äldreomsorgen. I en studie av nationell och internationell forskning om chefers förutsättningar för en god kvalitet inom äldreomsorgen konstateras att faktorer som andelen medarbetare, geografisk spridning av verksamheten, stödresurser i form av personaladministrativt, ekonomiskt och informationsteknologiskt stöd har betydelse för chefers förutsättningar att få tid att leda och därmed påverka kvaliteten av äldreomsorgen (Thelin & Wolmesjö 2014). Resultat från en annan färsk studie om chefer i äldreomsorgen visade att stödresurser från ledning, kollegor, medarbetare och externa konsulter har viss betydelse för chefers hållbarhet (Dellve et al 2013). Att ha ett stödjande privatliv hade dock störst betydelse för chefers stress och hälsorelaterade hållbarhet över tid. Chefens kontrollspann och erfarenhet som chef påverkade betydelsen av stödresurser. För chefer med kortare cheferfarenhet eller större kontrollspann har även stöd från ledning, chefskollegor och externt stöd betydelse för chefers hållbarhet över tid.

God samverkan med medarbetare hade betydelse för hållbarhet med avseende på om chefen sökte nytt arbete eller inte (ibid).

Tidigare studier, om chefer i andra sektorer, visar att ett generellt socialt stöd till chefer samvarierar med lägre stress (Lindholm 2003, 2006, Bernin et al 2001), chefers handlingsstrategier (Chiaburu et al 2010, Gilpin-Jackson & Bushe 2007), kreativitet (Madjar 2008) och lärande (Ouweneel et al 2009). Emotionellt stöd har visat samvariation med chefers utmattning och stress (Lindholm 2006). Instrumentellt stöd har visat samvariation med lärande och stress (Lindholm 2006) och ett buffrande av konflikter genom arbetets påverkan på familjelivet (work-family conflict) (Lingard & Francis 2006).

6.2. Syfte

Syftet med denna delstudie var att undersöka förekomst av stödresurser bland chefer i äldreomsorgen, om det skiljer mellan grundprofession, chefsposition, kontrollspann eller ägarförhållanden.

6.3. Metod

I studien användes index om stödresurser från GMSI samt bakgrundsfrågor om ledarskapsutbildning.

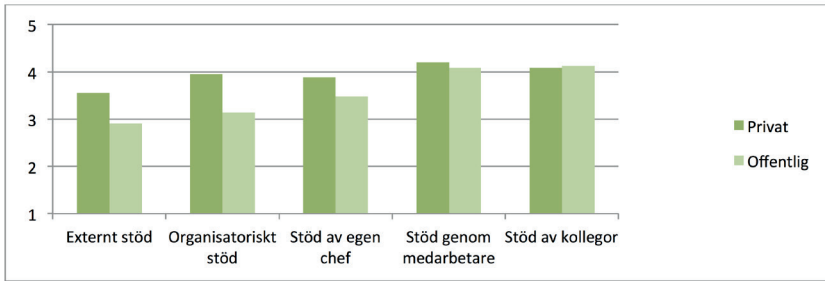
6.4. Resultat

6.4.1. CHEFERS STÖDRESURSER

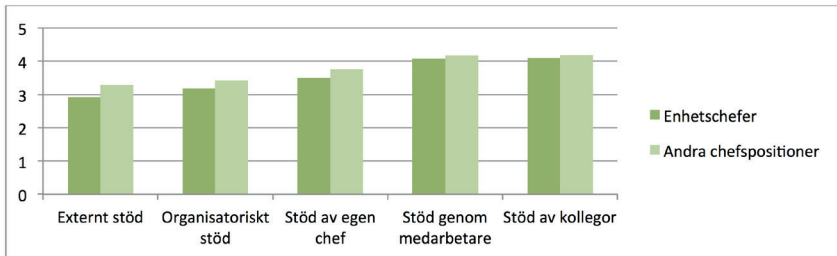
De svarande cheferna angav framförallt att stöd i högre grad ges av kollegor och medarbetare. I privat äldreomsorg skattades också stöd i högre grad från organisationen och av egen chef.

Högre grad av stöd upplevdes, generellt, av chefer i privat äldreomsorg än av chefer i offentlig verksamhet (Figur 6:1) men det fanns också viss skillnad relaterat till chefsposition (Figur 6:2). Chefer på högre positioner upplevde att de hade högre grad av stöd än vad första linjens chefer gjorde.

Chefer med socialt inriktad profession skattade högre organisatoriska stödresurser (medelvärde 3,21 jämfört med 3,01 för chefer med vårdinriktning) men ingen annan skillnad fanns i stödresurser relaterat till utbildningsbakgrund.



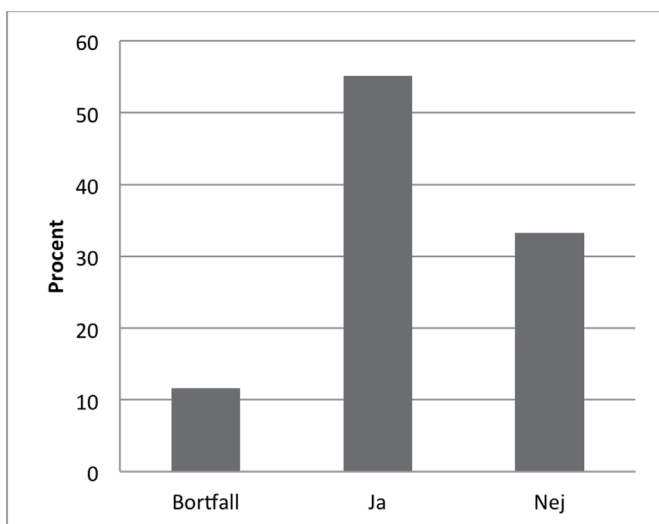
Figur 6:1; Stödresurser (m) upplevda av chefer anställda i offentlig och privat regi



Figur 6:2; Stödresurser (m) upplevda av första linjens chefer och chefer i andra chefspositioner

6.4.2. UTBILDNINGAR PÅ BETALD TID

För att få en uppfattning om i vilken mån arbetsgivarna har varit beredda, eller ansett det nödvändigt, att lägga resurser på att utbilda sina chefer ställdes frågan: ”Har du fått någon chefs- eller ledarskapsutbildning på betald arbetstid (utöver ’Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer’)?” Av totalt 345 svarande respondenter på denna fråga var det 190 chefer (55%) som angav att de genomgått någon form av chefs- eller ledarskapsutbildning under betald arbetstid. Var tredje, (33%) angav att de inte hade genomgått någon sådan utbildning under betald tid (Figur 6.3). Vilka tolkningar kan då göras av detta resultat?



Figur 6.3; Betald arbetstid för chefs- eller ledarskapsutbildning

En utgångspunkt i tolkningen av resultatet är att se det i ljuset av *behovet* av att cheferna ges utbildning, dvs. få en uppfattning om i vilken grad respondenterna redan hade adekvat utbildning för sina chefsuppdrag vid tidpunkten för betald utbildning. I denna undersökning ges dock inget explicit svar på detta eftersom frågan om formell chefs- eller ledarskapsutbildning inte har ställts. Detta är en brist i undersökningen. De frågor som har ställts gäller bland annat respondenternas utbildningsnivå och om den är på gymnasial- eller på högskolenivå. De som angett akademisk examen har fått specificera vilken examen de har. Dessa svar kan ge viss vägledning vid en vidare analys av innehållet i specifika utbildningar och om de innehåller ämnen/områden inom ramen för "chefs- och ledarskap". Utöver detta kan undersökningens frågor om hur länge de varit chefer och antal chefsuppdrag ge en grov uppfattning om chefernas reella kompetens.

En annan utgångspunkt är att värdera *omfattningen* av den betalda utbildningen, dvs. fråga sig om det är en rimlig nivå att drygt hälften av cheferna erbjuds basal och/eller kompetenshöjande chefs- eller ledarskapsutbildning. I detta ligger också en rättvisefråga, givet att chefer på samma nivå och med liknande uppdrag har ungefär samma chefsutbildning. Frågan är då varför och på vilka grunder en del erbjuds betald utbildning medan andra inte får samma möjlighet, eller om det är så att

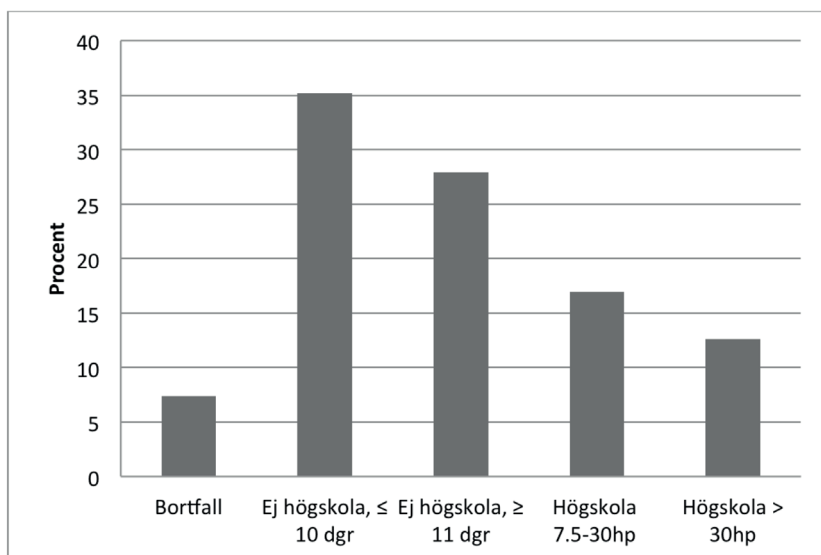
alla/en majoritet har fått samma möjlighet men att en del har avstått. Här finns också utrymme för skillnader mellan olika kommuner och mellan offentlig och privat äldreomsorg.

En tredje utgångspunkt är att fråga sig vilka *anställningskrav* arbetsgivarna har då de anställer chefer. Är det så att personer anställs på chefsposter utan att ha adekvat, formell utbildning för uppgiften? För att besvara frågan behövs mer kunskap om arbetsgivarnas syfte med att erbjuda och betala för utbildningar; om de primärt syftar till kunskaps- och kompetenshöjning eller till att ge nödvändiga och fundamentala kunskaper för att cheferna ska fungera i sin chefsroll. Viss vägledning i svaren på detta kan ges vid närmare granskning av innehållet i de utbildningar som respondenterna gått under betald arbetstid och som arbetsgivarna valt att stödja.

6.4.3. UTBILDNINGAR SOM ARBETSGIVAREN STÖDJER

Bland de drygt hälften som uppgav att de genomgått chefs- eller ledarskapsutbildning under betald arbetstid, är variationen stor avseende utbildningens omfattning, innehåll och nivå. Här finns dock ett visst mått av osäkerhet avseende de svar som respondenterna gett. En del av svaren medger ett tolkningsutrymme och kan därmed utgöra en felkälla. Risken för feltolkade fritextsvar bedöms dock inte ha påverkat resultatets centrala innehåll och huvudtrender.

En tredjedel, (30%) fick betald högskoleutbildning av arbetsgivaren medan en majoritet (63%) endast hade betalt för kortare utbildningar som inte var på högskolenivå. De chefer som fick betalda högskoleutbildningar på 30 högskolepoäng (hp) eller mer utgjorde 13% av den totala gruppen som fick betald utbildning. Här återfinns bland annat 2-årsutbildning i ledarskap och organisation (120 hp) och 1-årsutbildning i styrning och ledarskap (60 hp). Den största gruppen (35%) med betald utbildning återfinns i kortare utbildningar som inte är på högskolenivå (Figur 6.4). Här återfinns exempelvis interna utbildningar som sju dagars ”ledarskapsutveckling” och ”utvecklande ledarskap” under fem dagar.



Figur 6:4; Utbildningar under betald arbetstid

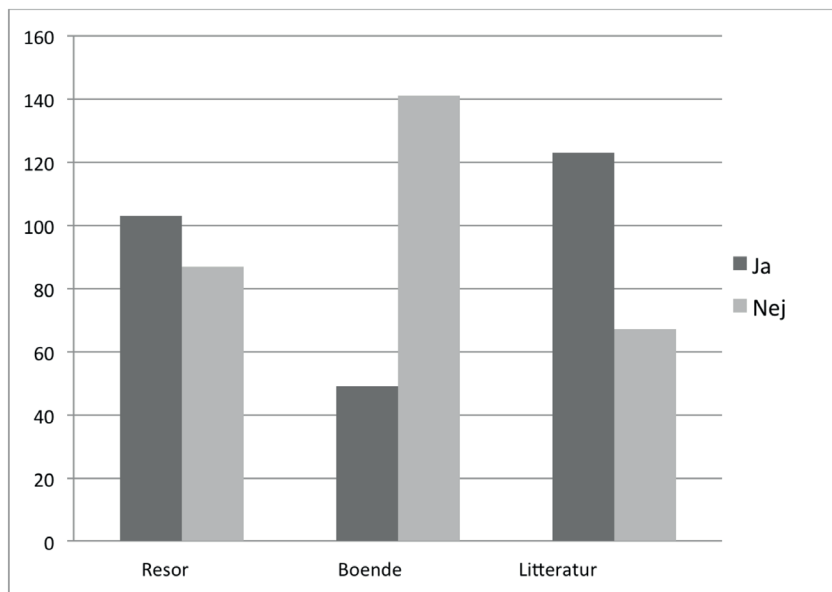
Sammantaget är det en splittrad bild som visar sig avseende de utbildningar som arbetsgivaren valt att stödja med resurser i form av betald arbetstid. Utbildningarnas längd varierar avsevärt, mellan ett par dagar till ett par, tre år och innehållet spänner över stora områden som teamledning, arbetsrätt, administration, konflikthantering, ekonomi osv. Den stora delen av de betalda utbildningarnas nivå ligger på en låg nivå utifrån ett högskoleperspektiv. Nästan två tredjedelar av respondenterna med betald utbildning fick utbildning som inte var på högskolenivå, varken på grund- eller avancerad nivå. Innehåll och längd på utbildningarna tyder på att de primärt riktas mot basal (och nödvändig) kunskap i chefs- och ledarskap, dvs. formell kunskap för att hjälpligt klara av chefsrollen. Om detta kan bekräftas genom fortsatta analyser och studier, kan det vara så att arbetsgivarna anställer chefer som inte har den formella utbildning som uppdraget egentligen kräver vilket innebär att arbetsgivaren efter anställningen "tvingas" erbjuda basal chefs- eller ledarskapsutbildning.

Förutsättningar under betald utbildning

För att få ytterligare kunskap om arbetsgivarnas vilja och förmåga att stödja chefernas kompetens ställdes en öppen följdfråga till de som svarat att de fått betald chefs- eller ledarskapsutbildning. Följdfrågan var: "Vilka

förutsättningar har gällt för denna/dessa utbildning(ar)? (betald litteratur, tid, resor, annat?)”.

Resultatet visar att drygt hälften av deltagarna (54%) har fått ersättning för resor, en fjärdedel har även fått ersättning för boende (26%) och två tredjedelar (65%) har fått ersättning för litteratur (Figur 6.5).



Figur 6.5; Villkor under betald utbildning, dvs betalda resor, boende och litteratur (n).

När det gäller resor och boende kan resultatet missförstås. Undersökningen visar inte i vilken grad respondenterna *hade* ökade kostnader för resor och boende. Istället finns det skäl att anta att en betydande andel genomfört de aktuella utbildningarna på eller nära den ordinarie arbetsplatsen och/eller nära det egna hemmet. Det går således inte att säga att arbetsgivarna avstått från att ersätta utbildningsdeltagare för ökade rese- och boendekostnader. I fritextsvaren finns kommentarer som ”alla omkostnader betalda” och ”betald tid, litteratur, resor och övernattningar”. Undersökningens fråga om ”betald tid” innehåller visst tolkningsutrymme, vilket går att se i en del fritextsvar. Antingen uppfattas frågan som sluten och dikotom vilket ger ja/nej-svar eller så uppfattas den som öppen, dvs. respondenten ger ett mer utförligt svar som exempelvis: ”Utbildningsdagar på betald arbetstid. Studietid har jag fått planera in själv. Har lagt

både arbetstid och privat tid på studier”. Beroende på omfattning och nivå på studierna har sannolikt en del klarat studierna enbart på betald arbetstid medan andra fått använda sin fritid för att nå godkänt studie-resultat.

Avseende ersättning för litteratur tycks det lite anmärkningsvärt att en tredjedel inte har ersatts för litteraturkostnader. Möjligen är det så att arbetsgivare har bedömt litteraturen som den studerandes personliga tillhörigheter efter genomförd utbildning och att det därför varit rimligt att inte ge ersättning för litteraturen. En annan förklaring kan vara ”återanvändning” av litteratur, dvs. att arbetsgivaren har köpt in litteratur som används av flera personer. I en del fritextsvar går det att utläsa att litteraturen ingått i kursen, troligen som en del av en inköpt eller extern kurs.

6.5. Sammanfattning

Drygt hälften av cheferna i denna delstudie har erhållit någon form av arbetsgivarstöd för kunskaps- eller kompetensutveckling i sin chefsroll. Det tycks således finnas ett utbildningsbehov bland äldreomsorgens chefer. Detta är inget överraskande resultat och inte heller att arbetsgivare stöder sådan utbildning. Däremot är det lite förvånande att behovet och stödet varierar så mycket avseende omfattning, inriktning och nivå. Arbetsgivare tycks ha utbildningsvillkor med ett brett spann, allt ifrån ett heltäckande stöd för högskolestudier till inga eller blygsamma stöd för kortare utbildningar. Detta väcker frågor om rättvisa; mellan chefsnivåer, kommuner och arbetsgivare. Resultatet väcker också frågor om utbildningsbehov till följd av krav i verksamheten och utbildningsbehov relaterade till en anställningspolitik där chefer anställs utan krav på formell eller reell kunskap och kompetens för chefsrollen. Resultatet ska dock tolkas med försiktighet och fortsatta studier behövs för att få en mer heltäckande bild av det stöd som äldreomsorgens chefer är i behov av, önskar och erbjuds av arbetsgivarna.

7. CHEFERS VÄRDEKONFLIKTER OCH ANDRA UTMANINGAR

MARIA WOLMESJÖ & LOTTA DELLVE

7.1. Bakgrund

Även om det i jämförelse är få studier om vilka förutsättningar som har avgörande betydelse för att chefer själva ska kunna vara goda ledare och ha ett hållbart arbetsliv, finns numera ett ökande antal studier om det.

Resultatet från en färsk studie om chefer i kommunala vårdorganisationer visade att flera olika chefspecifika stressorer har betydelse för chefers hälsorelaterade hållbarhet (Dellve et al 2013). Värdedilemman visade samband med stress och stressrelaterade symptom i uppföljningen. Logikkonflikter, betungande rollkrav, containerfunktion och överbelastning visade samband med stress, symptom och hälsa. Att uppleva konflikter mellan många olika ansvarsområden inklusive att bära och hantera svårare medarbetarproblem visade även samband med sjuknärvaro i och ökad chefsrörlighet (ibid).

Flera studier har sammanfattat att chefer inom vårdorganisationer har särskilda förutsättningar (se t.ex. Llewellyn 2001, Wikström et al 2012). Motsvarande studier har gjorts för chefer inom social omsorg (Thelin & Wolmesjö 2014). I det följande beskrivs tidigare studier om olika former av utmaningar i ledarskap av vård- och omsorg.

7.2. Värdedilemman

De ekonomiska direktiven stämmer sällan överens med behoven av vård och omsorg vilket kan skapa dilemman i prioriteringar. Värdekonflikter kan också uppstå genom brist på förståelse för problematiken. Dels individens egna värden och etiska förståelse dels den förståelse som kan skilja mellan olika domäner eller världar av språk och kulturer som verkar och leder delar av verksamheten ("cure", "care", "control" och "community") (Glouberman & Mintzberg 2001). Chefens identitet i profession och position, åtaganden, lojalitet och yrkesmässiga intressen kan forma villkoren för möjligheter till inflytande och fördelning av resurser (Dellve & Wikström 2009, Choi et al 2010).

7.2.1. ORGANISATORISKA STYRNINGSBRISTER

Ansvar och befogenheter för chefer inom vård och omsorg kan vara otydliga (Nilsson 2005) liksom hur formella och informella kommunikationsvägar formar viktiga beslut (Dellve & Wikström 2009). Det formella systemet har tydliga ramar och beredningsstrategier i beslutsprocessen medan mer informella strategier påverkar mer komplexa organisationspolitiska spel som föregår beslut. En särskild form av etiska dilemman kan uppstå när organisationskulturens spelregler och ideal upplevs, av individen, ha lägre ”moral” är de egna strategierna och idealen för resurstilldelning (Dellve & Wikström 2006).

7.2.2. BUFFERTPROBLEM

Det finns utmaningar genom de ofta stora glapp som finns mellan den strategiska och operativa verksamheten, eller mellan vårdens olika värder av logiker (Glouberman & Mintzberg 2001). Motsvarande kan antas vara relevant även för social omsorgsverksamhet. De mål och värden som beslutas och kommuniceras på strategiska nivåer upplevs inte alltid stämma med den vardag som chefer och medarbetare på operativa nivåer möter (Anderson Robstad 2015). Chefers utmaningar handlar här om att kommunicera och hantera krav och problembeskrivningar från egen chef och medarbetare. Skagert (2008) har beskrivit detta som att vara en ”stöt-dämpare”. Det innebär t ex att översätta, förklara och anpassa kommunikationen som förs uppåt eller nedåt i linjen för att skapa och behålla legitimitet och förtroende. Detta förhållningssätt har även beskrivits som det hybrida ledarskapet (Llewellyn 2001).

7.2.3. MEDARBETARPROBLEM

En tydlig uppgift och utmaning är att leda individuella medarbetare och medarbetargrupper som har bristande kompetens för uppgiften, bristande kontroll och engagemang, problem att samarbeta i arbetet eller som inte har tillräcklig tillit till varandra och till organisationen (Skagert et al 2008). I utvecklingen av GMSI fanns 400 olika problem, som rör medarbetare, beskrivet (Eklöf et al 2011).

7.2.4. CONTAINERFUNKTION

Containerfunktion i ledarskapet innebär att ta emot och bära medarbetares stress, hälsoproblem och frustrationer över arbetet (Skagert et al 2008).

Bland första linjens chefer, och när chefen har många medarbetare är containerfunktionen särskilt belastande (Wallin et al 2013).

7.2.5. BETUNGANDE ROLLKRAV

Ansvar för verksamhetsutveckling av vård och omsorg har tydligt ökat under senaste decenniet genom NPM, bristande resurser, ökade krav på och behov av vård- och omsorg. Samtidigt har ekonomiansvaret, med budget i balans blivit tydligare, liksom den administrativa bördan i chefskapet (Arman et al 2009).

7.2.6. LOGIKKONFLIKTER

Ledarskapet kan innebära konflikter och slitningar mellan olika krav och uppgifter, som var och en bygger på olika ansvarsområden och kräver olika handlingsmönster. Detta är mycket vanligt men innebär ofta tidskonflikter och fragmenterade arbetssituationer (Arman et al 2009, Tengelin 2011, Wikström et al 2011). Konflikten kan vara mellan en administrativ logik (med administrativt ansvar och ekonomiansvar), en strategisk logik (med utvecklingsansvar) eller de logiker som rör möten med medarbetare (med t ex personal- och arbetsmiljöansvar). Arbetet inom varje logik, och slitningar dem emellan, beskrivs ha ökat under det senaste decenniet (Wikström & Dellve 2009).

7.2.7. ÖVERBELASTNING

Denna kategori handlar om och hur mycket arbetet inkräktade på chefers privatliv och om deras möjligheter att återhämta sig. Överbelastning kan påverkas av hur enskilda ledare ser på sin chefsroll och sitt chefsuppdrag, dvs identitet som chef och hur de förhåller sig till chefsrollen och till livet i övrigt (Skagert et al 2008, Dellve & Wikström 2006). Möjlighet att återhämta sig, och att hålla ett lagom antal arbetstimmar kan bero på den faktiska arbetsmängden och på vilken kontroll chefen har över tidsanvändningen (Wikström & Dellve 2011). Bristande överblick kan skapas genom att chefer i sitt arbete träffar sin egen chef sällan för att diskutera prioriteringar och hantering av problem (Arman et al 2009, Tengelin et al 2011).

7.5. Syfte

Syftet med denna delstudie var att undersöka värdebaserade dilemman och andra utmaningar bland första linjens chefer och analysera hur de kan förstås i relation till organisatoriska förutsättningar och ledningsstöd.

7.6. Metod

I studien användes index om chefsspecifika stressorer och stödresurser från GMSI samt bakgrundsfrågor.

7.7. Resultat

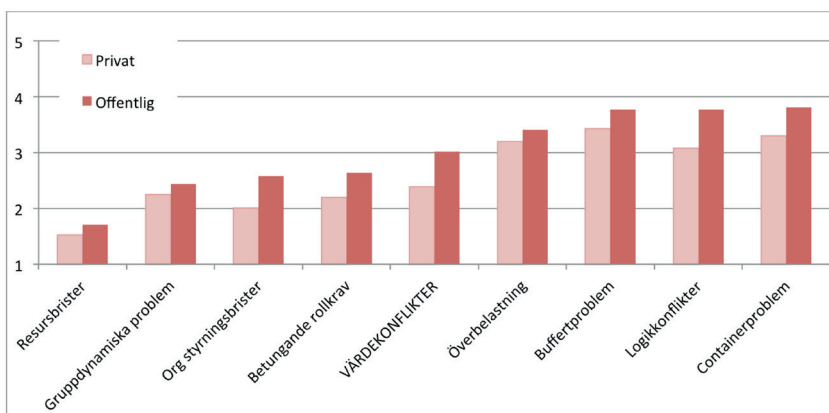
7.7.1. VÄRDEBASERADE KONFLIKTER

Resultatet visar att äldreomsorgens chefer upplever flera skilda värdebaserade konflikter i chefsarbetet. Chefer i offentlig äldreomsorg och första linjens chefer, som deltagit i denna delstudie anger en högre grad av värdebaserade konflikter än chefer i privat omsorg respektive chefer med annan ledarfunktion (än enhetschefer eller så kallade första linjens chefer). Chefer med ett större antal medarbetare hade något högre grad av värdekonflikter än chefer med färre medarbetare. Någon statistisk skillnad i värdekonflikter relaterat till utbildningsbakgrund fanns ej.

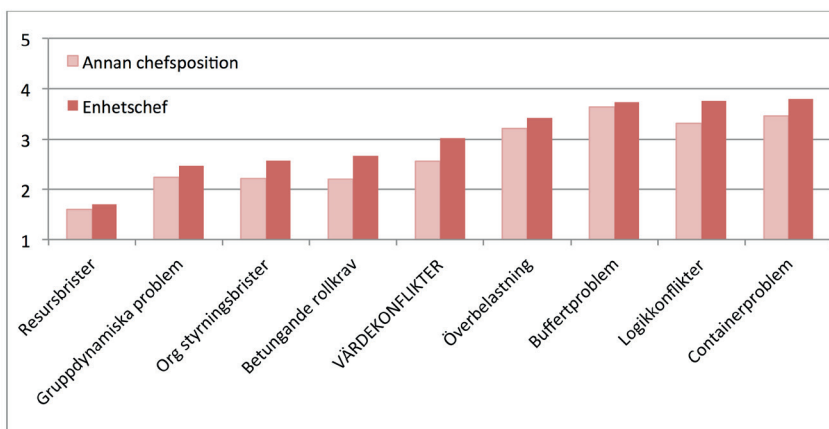
7.7.2. ANDRA UTMANINGAR I CHEFSARBETET

Vanligast chefspecifika utmaningar var upplevelsen av logikkonflikter (dvs konflikter i fördelning av arbetsuppgifter mellan olika ansvarsområden), containerfunktion (dvs att härbergera medarbetares känslor inför arbetet), buffertroll (dvs att överbrygga mellan organisatoriska nivåer) och överbelastning. Cheferna upplevde i något mindre grad stress relaterat till utmaningarna: resursproblem, gruppdynamiska problem i arbetsgrupperna, organisatoriska styrningsbrister och betungande rollkrav.

Samtliga utmaningar skattades i högre grad av första linjens chefer, särskilt värdekonflikter, rollkrav, organisatoriska styrningsbrister och logikkonflikter. Det fanns inte några större skillnader i upplevda utmaningar relaterat till antal medarbetare. Störst skillnad i utmaningar fanns avseende containerfunktion och logikkonflikter. Däremot fanns större skillnader i upplevda utmaningar relaterat till ägarförhållanden. Samtliga utmaningar förekom i högre grad i offentligt styrd äldreomsorg, och särskilt var skillnaden stor avseende: värdekonflikter, organisatoriska styrningsbrister, logikkonflikter och betungande rollkrav.



Figur 4.1; Utmaningar i chefsarbetet, i medelvärde, bland offentligt och privat anställda chefer i äldreomsorgen



Figur 4.2; Utmaningar i chefsarbetet, i medelvärde, bland första linjens chefer (enhetschefer) och chefer med annan chefsposition i äldreomsorgen

7.7.3. BETYDELSEN AV UTMANINGAR OCH STÖDRESURSER FÖR UPPLEVDA VÄRDEKONFLIKTER

I en stegvis regressionsmodell undersöktes betydelsen av chefs utmaningar och stödresurser för deras upplevda värdekonflikter.

I en första modell inkluderades samtliga svarande chefer. Modellen förklarade 61% av variationen i värdekonflikter varav utmaningar (logikkonflikter, containerfunktion och buffertproblem) förklarade 60% och chefsposition 1%.

Därefter gjordes två stegvisa modeller indelade efter professionsbakgrund. Bland chefer med vårdinriktning förklarades 51% av variationen i värdekonflikter av utmaningarna logikkonflikter, containerfunktion och buffertproblem. Bland chefer med social inriktning förklarades 72% av variationen i värdekonflikter av stödresurser (från egen chef, organisationen och kollegor) och utmaningarna logikkonflikter, containerfunktion och buffertproblem. Antal medarbetare och chefs erfarenhet bidrog inte till att förklara värdekonflikter i större grad.

7.8. Sammanfattning

Värdekonflikter är vanliga dilemman för chefer att hantera men vanligast förekommande är överbelastning, buffertproblem, logikkonflikter och containerproblem. Det fanns skillnad avseende chefsposition och ägarförhållanden. Första linjens chefer tycks inte få det stöd av sina överordnade chefer som deras överordnade chefer själva uppger att de får. Detta kan förstås utifrån att chefer på överordnade nivåer generellt har ett mer omfattande administrativt stöd, färre – och mer självständiga – medarbetare. En annan förklaring kan sökas i att de överordnade cheferna har att hantera värdekonflikter på en annan, mer strategisk nivå än vad första linjens chefer ofta har vilket kan påverka möjliga stressorer. Chefers värdekonflikter är sammanlänkade med andra utmaningar i arbetet, särskilt med utmaningar som rör hantering över organisationsnivåer (buffertproblem och containerproblem) och av olika ansvarsområden (logikkonflikter). Stödresurser minskade utmaningar avseende värdekonflikter, särskilt för chefer med socialt inriktad grundprofession. Bristen på stödresurser tycks bidra till att värdekonflikter ökar, särskilt är det chefer med socialt inriktad grundprofession som anger detta.

8. CHEFSARBETE: ORGANISERING AV UTVECKLINGSARBETEN, ARBETSMILJÖ, BRUKARMEDVERKAN OCH BRUKARSÄKERHET

AGNETA KULLÉN ENGSTRÖM, MARGARETA FREDMAN,
MARIA WOLMESJÖ & LOTTA DELLVE

8.1 Bakgrund

Tengblad (2012) sammanfattar chefsarbete såsom ett komplext arbete med osäkerheter, varierande förväntningar och emotionellt krävande men med höga krav på resultat och fragmenterat arbete i högt tempo som snarare följer en processlogik än en planeringslogik. Chefsarbete innebär inte sällan i praktiken att ägna mycket tid till administration och involvera medarbetare i utvecklingsarbeten.

Chefsarbete är komplext och innehåller såväl professionella, relationella och emotionella aspekter i mötet med medarbetare, brukare och anhöriga som organisering av arbetet. Organisering kan innehålla välstrukturerade utvecklade arbetssätt som inte sällan är formaliserade och innehåller till exempel mål och riktlinjer, resursallokering, utvecklingsprocesser och uppföljning i viktiga frågor. Detta kan underlätta hantering av komplexa frågor i allmänhet men riskerar också bli för osmidig i specifika fall/ärenden.

Chefers förutsättningar för att leda och organisera komplexa verksamheter inom äldreomsorgen skiftar (Thelin & Wolmesjö 2014), vilket också har belyst i föregående kapitel. Flera menar också att det finns betydande förbättringspotential för styrning och ledning inom såväl offentlig som privat äldreomsorgsverksamhet (se t ex Angelis & Jordahl 2014).

I det följande belyses chefsarbete utifrån hur chefer organiserar och leder viktiga delar i arbetet, nämligen av:

- Det dagliga operativa arbetet, utveckling av värdegrundsarbetet och andra kvalitets- och processutvecklingsarbeten
- Arbetsmiljöarbete
- Brukarmedverkan
- Brukarsäkerhet

8.1.1. ORGANISERING OCH LEDNING AV DET DAGLIGA OPERATIVA ARBETET, AV VÄRDEGRUNDSARBETET OCH ANDRA KVALITETS- OCH PROCESSUTVECKLINGSARBETEN

Vård- och omsorgsorganisationer har en tid av kraftfull nyorientering. Verksamheter har stora utmaningar genom de krav som finns på att minska kostnaderna. Att få till stånd ökad effektivitet och produktivitet har därför varit högprioriterat för många förvaltningar. De samhällspolitiska, ekonomiska och demografiska förändringarna har åstadkommit ett tryck på chefer i såväl privat som kommunal vård och omsorg att genomföra verksamhetsutveckling (Richard & Wolmesjö 2010).

Organisering av verksamhetsutveckling och det dagliga arbetet har under senaste decenniet påverkats av olika styrningsmodeller. Inom vård och omsorg har NPM skapat nya strukturer kring arbetet, t ex genom ökad kontroll över budget, arbetsprocesser och uppföljning (Pollitt & Bouckaert 2011). Lean production är en managementmodell som fokuserar utveckling av processer och påverkar strukturering, standardisering och kontroll (Brandau de Souza 2009). Både styrnings- och vårdideal i kombination med krav på besparingar, anpassning till dagens och framtida utmaningar och önskan om en metod som lösning på problemen har lett fram till intresset för att arbeta med vårdprocesser och Lean production.

En nyare styrningstrend, som utvecklats bland annat från missnöjet med NPM, är *värdebaserad styrning*. Flera vård- och omsorgsorganisationer utvecklar idag värdebaserad ledning och styrning (Höglund et al 2012).

8.1.1.1. ORGANISERING AV ARBETSMILJÖARBETE

Chefer, ledarskap och organisering kan ha en avgörande betydelse för anställdas hälsa, välbefinnande, stress, engagemang i arbetet och prestation. Det finns idag flera publicerade studier som har identifierat vilka egenskaper, kvaliteter och ledarskapsstilar som har bäst betydelse för olika önskvärda utfall i verksamheten och medarbetares hälsa och arbetsinsats (se t ex översiktsartikarna Skakon et al 2010, Döös & Nyberg 2009).

Medarbetare inom äldreomsorgen har under decennier hört till de yrkesgrupper som haft högst andel långtidssjukskrivna och förtidspensionerade. Dessutom är förekomsten av arbetsskador och arbetssjukdomar mycket hög bland personal i äldreomsorgen (Dellve 2003). Förklaringar till detta har varit fysisk belastning och psykosocial belastning inklusive

belastande relationer och konflikter av olika slag (Dellve 2003). Den sammanlagt viktigaste förklaringen pekar dock mot ledarskap och organisering av verksamheten (ibid).

Bristande ledarskap (såsom bristande stöd av chef, att ej ha närhet till chef och orättvist ledarskap) samt bristande organisatoriskt stöd ökar risken att komma att förtidspensioneras p.g.a. att arbetsrelaterade skador dubblas respektive tredubblas (Dellve et al 2003). Övriga riskfaktorer var tunga och frekventa lyft, bristande socialt klimat och ensamarbete. Om en medarbetare utsattes för flera av dessa innebar det en kraftigt ökad risk för förtidspensionering (ibid). Det har med andra ord stor betydelse att chefer kan organisera arbetet på ett hållbart sätt för medarbetare.

Det har gjorts ett flertal hälsofrämjande satsningar för medarbetare. Resultat från dessa visar att hälsofrämjande satsningar som kombinerar organisatoriska och individuella insatser har störst betydelse för medarbetares engagemang och arbetsnärvaro (Dellve 2007, Ljungblad 2015). Ett organisatoriskt arbete är organisering och strukturering av arbetsmiljöarbetet. Ett strukturerat och systematiskt hälso- och arbetsmiljöarbete i äldreomsorgen, liksom systematiska insatser för att öka preventiva åtgärder för medarbetares hälsa, har i longitudinella studier visat samband med högre andel medarbetare som har arbetsnärvaro/långtidsfriskhet respektive lägre grad av långtidssjukskrivning (Dellve et al 2008, Ljungblad 2015). En sådan god basstrukturering har betydelse för att många som arbetar ska kunna ha goda arbetsförhållanden med kontroll och delaktighet.

Ledarskap och organisering av såväl det basala arbetsmiljöarbetet har stor betydelse för medarbetares hållbarhet. Ej heller har vi sett någon studie som beskrivit detta i relation till ägarförhållanden. Det finns desto fler studier som pekar på vikten av ett ledarskap som kan karakteriseras av att vara delaktighetsinriktad, utvecklingsinriktad och närvarande – för att stärka medarbetares engagemang och välbefinnande (Skakon et al 2010 2009, Döös & Nyberg 2009). Vi känner dock inte till några studier som undersökt chefers arbete med och organisering av arbetsmiljöarbetet i relation till vilken grundprofession, chefsposition eller kontrollspann de har.

8.1.1.2. ORGANISERING FÖR BRUKARSÄKERHET

Äldreomsorg är en verksamhet som berör en stor grupp människor i socialt utsatta positioner och kostar mycket pengar varför det torde vara av vikt att verksamheten organiserar för en hög grad av säkerhetsmedveten-

het. Utifrån detta torde ledarskapets intresse för brukarsäkerhet och aktivt arbetet med avvikelser vara en av nyckelfaktorerna för brukarsäkerhet. I detta kapitel används begreppet brukarsäkerhet synonymt med patientsäkerhet.

Vård och omsorg tillhör det som benämns som högriskverksamheter. De anses kunna lära av andra högriskverksamheter såsom civilflyg och kärnkraftsindustrin. Ett gemensamt begrepp för högriskverksamheter är HRO-organisationer (high reliability organisation). Civilflyg och kärnkraftsindustrin har i jämförelse med vård och omsorg en bra utvecklad säkerhetskultur och en hög riskmedvetenhet hos såväl ledare som medarbetare. De har en lång tradition av arbete i att arbeta med säkerhetsfrågor. Orsaker till att risker och skador inträffar inom vården kan ses utifrån olika synsätt såsom individsyn respektive systemsyn där individsyn anser att det är enbart hur personen agerar som orsak till skadan såsom slarv eller liknande. Att se skadan utifrån systemsyn innebär att det är brister i vårdens olika system på olika nivåer som är orsak till skadan. Detta kan vara brister inom arbetsmiljö, bemanning eller kompetens. Under senaste decenniet har en förskjutning från individsyn till systemsyn. Viktigt är att betona individens yrkesansvar även inom systemsynsättet. Begreppet systemsyn kan beskrivas utifrån MTO perspektivet där MTO står för samverkan mellan Människa, Maskin, Organisation och vill belysa hur avvikelser och skador kan belysas utifrån brister i samverkan mellan dessa tre faktorer (Sveriges kommuner och landsting 2015).

Under senare år har alltmer fokuserats på säkerhet inom vård och omsorg vilket även avspeglar sig i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I gällande lagstiftning inom området understryks vikten av patientsäkerhet i såväl Patientsäkerhetslagstiftningen (2010:659) som i socialtjänstlag, SoL (2001:453), Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993: 287), och Hälso- och sjukvårdslag, HSL (1982:763).

Det finns forskning som visar på att det finns brister i vård och omsorgen gällande säkerheten för brukarna av vård- och omsorgstjänster. Bristerna kan till viss del härledas till att det finns svagheter i kommunikationen mellan slutenvården och den kommunala hälso- och sjukvården, inom den kommunala omsorgen. Gällande brukarsäkerhet har mycket fokuserats på läkemedelsavvikelser och fall (IVO 2014).

Säkerhet har traditionellt beskrivits som ett tillstånd när så få situationer som möjligt blir fel och skada uppstår. Samtidigt har vi lärt oss att det

inte helt går att undvika fel och skador. Genom att rapportera och utreda skador och händelser skall dessa kunna undvikas. Orsaker till skadan ses som händelser som genomförs felaktigt och där bakomliggande orsak till felaktigheten identifieras och korrigeras så att individen kan göra på rätt sätt nästa gång. Detta synsätt bygger på att det finns särskilda orsaker till risker och vårdskador och benämns i forskning. Detta sätt att se på säkerhet kan dock bli paradoxalt då det är frånvaro av säkerhet som leder till skador (Hollnagel 2012).

En stor del av tidigare forskning kring säkerhet inom vård och omsorg har fokuserat på den slutna sjukhusvården och i mindre omfattning på säkerhet för brukare inom hemsjukvård och social omsorg. Forskning från olika länder visar på att av alla patienter som vårdas på sjukhus råkar upp mot 17% ut för en patientsäkerhetsavvikelse. Vanligast var avvikelser relaterat till fall och läkemedel. Av dessa bedömdes 1/3 kunnat undvikas. Hemsjukvård är en komplex verksamhet som inte bara berör brukare och personal utan involverar även informella vårdgivare till exempel närstående. Ett sätt att minska dessa oönskade avvikelser är enligt Sears et al (2013) att utveckla personalens medvetenhet och skicklighet i yrkesutövandet, säkra vårdplaneringen men även undervisa såväl brukare som informella vårdgivare.

Studier har dock visat på att det är lika viktigt med brukarsäkerhet i hemsjukvård och social omsorg som på sjukhus. En studie från Kanada visar på att av alla anslutna till hemsjukvård så råkade under en 12 månadsperiod 4% av brukarna ut för en icke förväntad händelse. Av dessa avvikelser rörde 17% fallolyckor, 14% sårinfektioner och 12% för psykosociala/bemötande avvikelser (Blais et al 2013).

8.1.1.3. ORGANISERING AV INFLYTANDE OCH DELAKTIGHET

Flertalet kommuner i Sverige trycker på vikten av att brukare inom äldre- och funktionshinderomsorgen som inte är nöjda med möjligheterna till att vara delaktiga rapporterar detta vidare till ansvarig chef då det ger verksamheten en möjlighet till förbättringar. Hur dessa klagomål sedan i praktiken hanteras skiljer sig dock åt. I Harnetts studie (2010) visade det sig att information om hur ett klagomål kan göras skiftade. I vissa kommuner fanns blankett och instruktioner endast tillgängligt på nätet. I en fjärdedel av de undersökta kommunerna i Harnetts studie (2010) dokumenterades inte klagomål och informationen fördes inte heller vidare till politikerna, som är ytterst ansvariga för verksamheten. Sedan juni 2013 finns en ny

myndighet Inspektionen för vård och omsorg, IVO som utför tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS (IVO 2015).

I såväl Norge som Danmark har det länge varit tvingande att ha äldre- och funktionshinderomsorg. Dessa råd utses av respektive kommunfullmäktige (Svenska kommunförbundet 2001; Socialministeriet 2003). Äldreråd är ett sätt att införa och stärka brukarmedverkan i äldre- och funktionshinderomsorg. Föregångare internationellt är England då det finns fler exempel på hur brukare i stor omfattning deltar i forsknings- och utvecklingsarbete i såväl utbildning som i det praktiska arbetet i socialtjänsten (Socialstyrelsen 2003). Det ultimata torde vara att brukare ges legitimitet utifrån ett brukarskap i verksamheten och att ledarskapet på så vis till viss del blir brukarstyrt (Wolmesjö 2014). Brukares möjlighet till delaktighet och inflytande kan påverkas av eventuell funktionsnedsättning och ohälsa. Det skulle i vissa fall kunna innebära att anhöriga får inta rollen som företrädare för brukare som inte själva kan föra sin egen talan (Wolmesjö 2005).

Möjligheten för chefer att organisera för brukarinflytande beror dels på organisationens storlek, komplexitet samt ledarens egen kompetens till kommunikation med personer med olika funktionsnedsättning (exempelvis via teckenspråk, BLISS), makt och inflytande i organisationen (Wolmesjö 2011). Det krävs också ett visst mod att tillåta brukare vara delaktiga och att ha inflytande på verksamheten (Harnett 2010). Delaktighet innebär i princip att den makt som tidigare främst har funnits hos ledare och medarbetare i verksamheten fördelas till brukare i högre grad och därmed minskar för ledare och medarbetare (Karlsson & Börjeson 2011).

8.1.2. STÄRKANDE AV BRUKARMEDVERKAN

Under senare år har alltmer fokuserats på vikten av en individualisering inom äldre- och funktionshinderomsorgen och på att göra brukare medbestämmande och delaktiga i arbetet, vilket även avspeglar sig i socialtjänstlag (2001:453) och olika policy dokument (Socialstyrelsen 2012, 2014, 2015a, SOSFS 2012:3). Det finns forskning kring autonomi och delaktighet som visar på att det finns ett gap mellan intentionen i policy/lagstiftning och praktiken (Edebalk & Svensson 2005, Wolmesjö 2008, Åhnby 2012). Gapet kan till viss del härledas till att det är staten i form av riksdagen som är ansvarig för lagstiftningen medan ansvaret för all form av verkställighet av äldre- och funktionshinderomsorg åligger kommuner-

na. Den demografiska utvecklingen med en allt högre andel äldre och prognoser som pekar på att gruppen äldre blir mer differentierad vad gäller ekonomi, boende, utbildning, hälsa och funktionsnedsättningar ställer ökade krav på en individualiserad vård och omsorg (Dahler-Larsen, et al 2015), något som diskuterats även i föregående kapitel. Den kommande generationen äldre förväntas inte längre vara en tyst och marginaliserad grupp som tacksamt tar emot det som kan benämnas som Askungservice (Beresford & Carter 2000) utan kommer att kräva att äldre- och funktionshinderomsorgen kan möta deras olika behov med specifika insatser av god kvalitet.

Antalet platser inom äldreboende uppgick år 2011 till 90 000 fördelat på 2 300 särskilda boenden för äldre. Kommunernas kostnader för äldreomsorgen uppgick 2011 till 90 miljarder kronor vilket motsvara 2,7 av BNP. Av dessa kostnader genereras 2/3 av äldreboende (Angels & Jordahl 2014). Med andra ord är det en verksamhet som berör en stor grupp människor och kostar mycket pengar varför det torde vara av vikt att brukarna har stort inflytande på hur verksamheten utformas och drivs ur såväl kvalitets- som effektivitetsperspektiv. I detta arbete är ledarskapet en av nyckelfaktorerna för att i praktiken nå en reell brukardelaktighet.

En tidig offentlig definition av *brukarinflytande* är ”medborgarens möjligheter, att som användare av offentlig service kunna påverka tjänsterna utformning och kvalitet” (Civildepartementet 1991). Brukarinflytande innebär idag att äldre och/eller personer med funktionsnedsättning tillåts att vara och är aktiva i den egna planeringen av service, omsorgs- och vårdinsatser istället för passiva mottagare (Beresford, 1993, Socialstyrelsen 2012). Inflytandet har betydelse för hur befintliga resurser används, och då inte minst den egna individens förmågor. Begreppet har även betydelse för brukarens uppfattning om kvalitén i de insatser som ges (Crawford et al 2002).

Brukarmedverkan kan ske på olika nivåer, individuell, verksamhets-, organisation/systemnivå samt nationell nivå (Andrews et al 2003, Hasselgren 2013) och i olika grader; ingen, någon och fullt ut (Watson 2012). Den kan ha två syften, dels att öka kvalitén på insatserna ur ett konsumentperspektiv, dels att ge ökade möjligheter för brukare att delta i beslutsfattande, styrning och uppföljning av verksamheten utifrån ett demokratiskt perspektiv. Exempel på olika former av brukarmedverkan är konsultation, informationsgivning samt medverkan i direkt beslutsfattande organ (Andrews et al 2003). För att brukarmedverkan ska fungera

optimalt torde krävas en gemensam syn på varför brukarmedverkan är viktig och vad som ska uppnås samt ett engagemang såväl från chefer, professionella som från brukare. Vidare måste det möjliggöras för brukare att medverka genom att lokaler, material, med mera görs tillgängligt oavsett eventuella funktionsnedsättningar. Dessutom fordras tillgänglig information om hur organisationer är uppbyggda och hur ansvarsfördelningen ser ut (Beresford & Carter 2000).

Traditionellt har makten eller tolkningsföreträdet när det finns olika uppfattningar i en fråga, legat hos myndigheter eller professionella snarare än hos den enskilde. Det är intressant att fråga vad som händer om makten istället förläggs hos brukaren. Vi menar att ledarskapet kan ha betydelse för hur detta paradigmskifte kan möjliggöras i organisationen.

England kan ses som ett föregångsland när det gäller brukarinflytande inom äldre- och funktionshinderområdet och redan i början av 2000-talet konstateras behovet av ökat brukarinflytande (Andrews et al 2003). För att det ska fungera krävs att vård- och omsorgspersonalen går från ett servicefokuserat till ett brukarcentrerat förhållningssätt. Alternativt inom hälso- och sjukvården från ett förhållningssätt med fokus på medicin (och därmed behandling) till ett fokus på hälsa (och därmed sociala aspekter och miljöpåverkan). Vidare menar författarna att det krävs att brukare involveras inte enbart i den egna vården och omsorgen utan också finns representerade på verksamhets- och policynivå samtidigt som de understryker att brukarinflytande inte behöver vara detsamma som brukarkontroll (Andrews et al 2003). Angelis & Jordahl (2014) visar på att ledarskapet har betydelse brukarinflytande i så kallade bo råd, ett forum, för medbestämmande och delaktighet. De har även funnit en positiv koppling till aktuella individuella genomförandeplaner.

Traditionellt har professionella inom vård- och omsorg talat *för* de äldre och personer med funktionsnedsättning snarare än gett stöd *till* dem, empowerment, så att de ska kunna föra sin egen talan. Empowerment är viktigt både för att upprätthålla kvaliteten i omsorgen, stärka och mobilisera den enskildes resurser men även för att underlätta förbättringsarbete ur ett brukarperspektiv (Nygårdh 2013). Det tycks finnas en rädsla från såväl professionella som forskare inom området att dela med sig av makten över kunskap. Vidare finns ett generellt antagande att äldre och personer med olika funktionsnedsättningar saknar förmåga eller intresse att vara delaktiga i sin egen omsorg eller i generella beslut som rör verksamheten och dess policys (Beresford 2013).

Harnett (2010) belyser i sin avhandling hur relationsmakten utövas i interaktionen mellan människor, vilket tydligt kan ses mellan vård- och omsorgspersonal och brukare. Även om chefer samt vård- och omsorgspersonalen betonar vikten av att brukares individuella behov tillgodoses, så framkommer att de måste se till att verksamheten fungerar som en helhet. Alla är styrda av rutiner och arbetar ofta under tidspress och krav på en ekonomi i balans. Detta kan innebära restriktioner i exempelvis hur lång tid hjälp med en dusch får ta. För att den enskilda brukaren ska få ett ökat självbestämmande krävs att detta mönster bryts. I en studie av Olaison (2009) visas på att i praktiken är behovsprövningsprocessen ganska standardiserad vilket innebär en begränsning i utrymmet för inflytande och individualisering för den enskilde brukaren.

Brukarmedverkan förekommer även inom forskning och bygger på att den erfarenhetsbaserade kunskap som brukare har, är av ett specifikt värde. Brukare kan genom sitt perspektiv bidra till att andra forskningsfrågor ställs och att resultat analyseras på ett nytt sätt. De kan även bidra till att forskningsresultat sprids till en bredare allmänhet genom sina specifika nätverk. Medverkan kan även ske genom att input från brukare kompletterar befintlig forskning eller ske i samverkan mellan forskare och brukare där brukare mer aktivt medverkar i utformningen och genomförandet av ett forskningsprojekt. Vikten av brukarmedverkan inom forskningen lyfts ofta fram med stöd av teorier om social inklusion/exklusion och att *inte* involvera brukare innebär snarare en bekräftelse av och ett förstärkande av "de andra" som status (Beresford 2013).

8.1.2.1. LAGSTIFTNING

I gällande lagstiftning inom området understryks brukarens rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet i såväl socialtjänstlag, SoL (2001:453), Lag om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS (1993: 287), Hälso- och sjukvårdslag, HSL (1982:763) och Lag om valfrihetssystem, LOV (2008:962). I socialtjänstlagens portalparagraf framgår att verksamheten grundas på demokrati- och solidaritetsprincipen. Socialtjänsten skall inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser samt bygga på respekt för människornas rätt till självbestämmande (SoL 2001:453 1§). Även LSS utgår ifrån respekt för den enskildes rätt till självbestämmande. Här betonas än mer att den enskilde individen skall i största möjliga grad ha inflytande över de insatser som ges (LSS 1993:387 6§). *Valfrihetslagstiftningen*, eller "LOVen" har

stärkt brukarnas möjlighet att själva påverka den omsorg de får, då det numera finns flera alternativa omsorgsgivare på marknaden. Vid årsskiftet 2014/2015 hade cirka 25% av dem som beviljats stöd, service eller omsorgsinsatser i hemtjänst och särskilt boende valt privata utförare och 21% hade valt privat entreprenör (Socialstyrelsen 2015). Brukare i särskilt boende och med hemtjänstinsatser som är missnöjda med möjligheten till delaktighet har enligt Lag om valfrihet (2008:962) rätt att byta utförare. I praktiken är dock denna möjlighet begränsad då det dels beror på antalet lokalt verksamma utförare och dels styrs av tillgången på platser på särskilda boenden (Whitaker 2009, IVO 2015). Det som tycks vara av störst vikt för brukarna är inte att kunna välja utförare på organisationsnivå utan att ha inflytande över vem som kommer samt när och hur insatserna görs (Bennich 2011).

8.2. Syfte och frågeställningar

Syftet med dessa delstudier var att undersöka hur viktiga aspekter organiseras samt belysa hur första linjens chefer ser på sin roll och sina möjligheter för att utveckla, leda och organisera:

- A. Det dagliga operativa arbetet samt utveckling av värdegrundsbetbetet och andra utvecklingsarbeten
- B. arbetsmiljöarbetet
- C. brukarmedverkan
- D. brukarsäkerhet

Frågeställningarna undersöks i relation till grundprofession, chefsposition, kontrollspann och ägarförhållanden. I delstudie (C) och (D) rör frågeställningarna dels hur chefer prioriterar vikten av brukarsäkerhet och brukarmedverkan i samband med beslutsfattande och dels om, och i så fall hur de arbetar med att öka brukarmedverkan i den egna verksamheten.

8.3. Metod

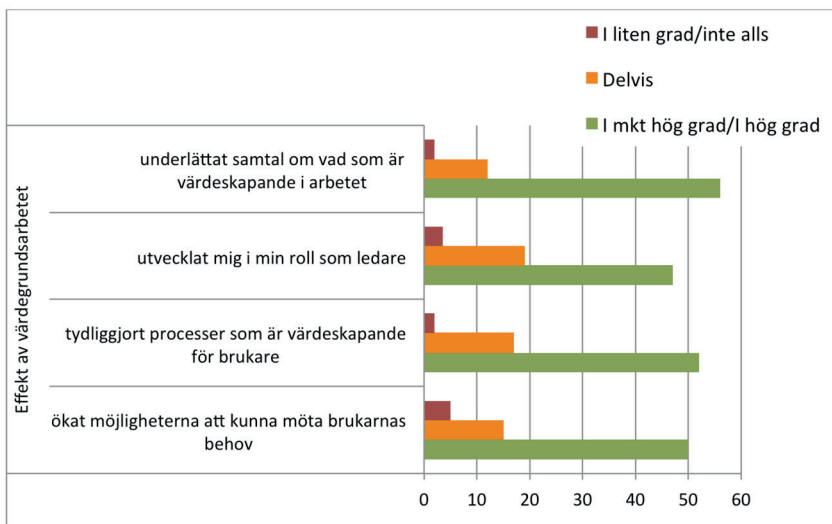
I delstudien användes frågor från SOHSM, MEP och nyformulerade frågor samt bakgrundsfrågor.

8.4. Resultat

8.4.1. ORGANISERING OCH LEDNING AV DAGLIGA OPERATIVA ARBETET, VÄRDEGRUNDSARBETET OCH ANDRA KVALITETS- OCH PROCESSUTVECKLINGSARBETEN

De flesta ledare (74%) var nöjda med sina möjligheter att fullfölja sitt chefsuppdrag rörande värdegrundsarbetet. Nästan ingen chef angav att de inte arbetade med värdegrundsarbete. Nästan alla (65%) arbetade aktivt och synligt med utveckling av värdegrundsarbetet. Det var obetydliga skillnader i chefers utvecklingsarbete relaterat till professionsgrupp och kontrollspann. Det fanns dock större skillnader mellan chefsarbetet i privat – offentligt ägarförhållande (Figur 8:1) avseende både utveckling och systematisk organisering och strukturering av arbetet.

De flesta chefer skattade att organisering/strukturering av värdegrundsarbetet haft betydelse för deras möjligheter att kunna möta brukarnas behov, tydliggjort processer som är värdeskapande för brukare, hade utvecklat dem i sin roll som ledare och underlättat samtal om vad som var värdeskapande i arbetet.



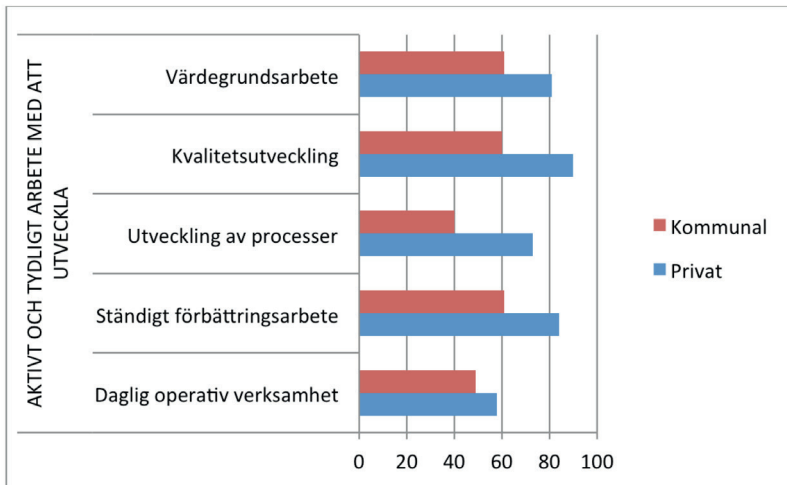
Figur 8:1; Betydelsen av värdegrundsarbetet för chefsarbetet (%)

8.4.2. KVALITETSUTVECKLING, PROCESSUTVECKLING, STÄNDIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

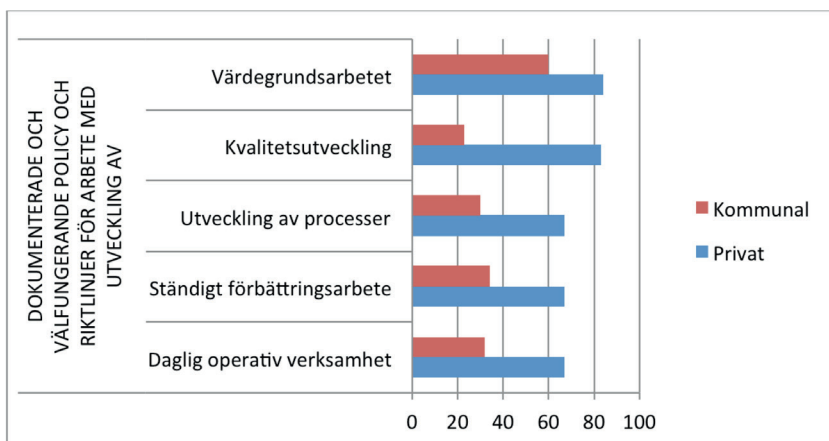
De flesta ledare var nöjda med sina möjligheter att fullfölja sitt chefsuppdrag rörande kvalitetsutveckling, processutveckling och ständigt förbättringsarbete. För samtliga utvecklingsformer fanns större skillnader mellan chefsarbetet i privat – offentligt ägarförhållande (figur 8:2–6) avseende både utveckling och systematisk organisering och strukturering av utvecklingsarbetet.

8.4.3. UTVECKLING AV DET DAGLIGA OPERATIVA ARBETET

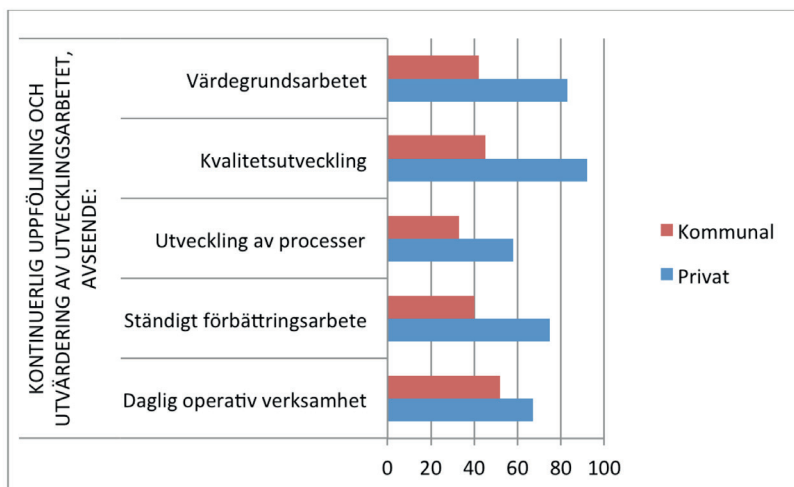
Cirka hälften av cheferna var nöjda med sina möjligheter att fullfölja sitt chefsuppdrag det operativa vård- och omsorgsarbetet. Skillnaden fanns mellan chefsarbetet i privat – offentligt ägarförhållande men var något mindre uttalad (Figur 8:2–6).



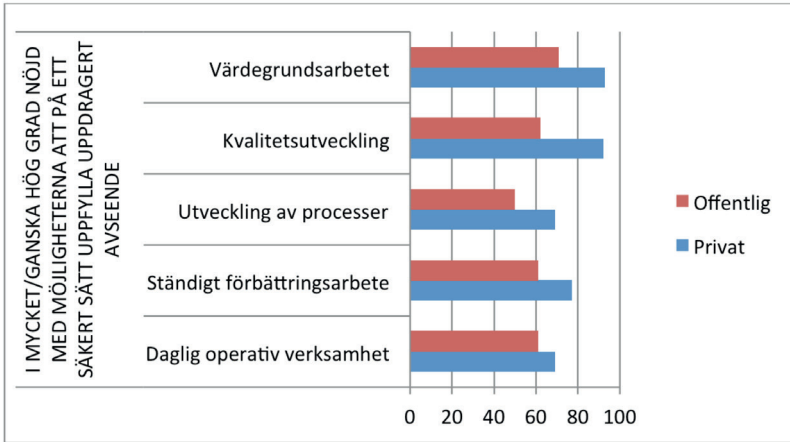
Figur 8:2; Andel (%) som skattade aktiv och tydlig utveckling genom olika former av utvecklingsarbeten



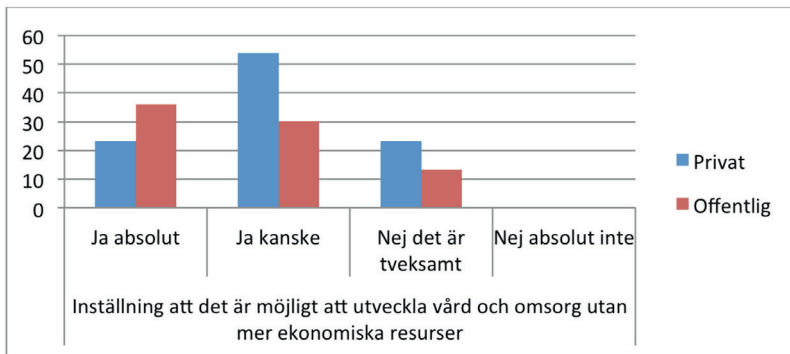
Figur 8:3; Andel (%) som skattade väldokumenterade och välfungerande policies och riktlinjer för utveckling genom olika former av utvecklingsarbeten



Figur 8:4; Andel (%) som skattade kontinuerlig uppföljning av olika former av utvecklingsarbeten



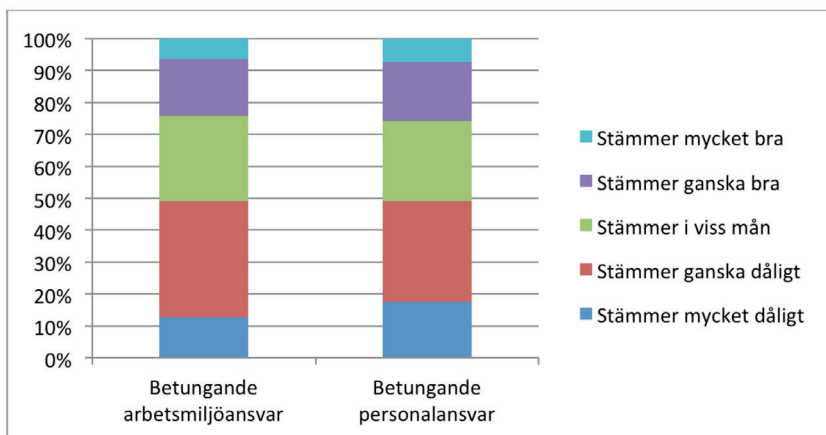
Figur 8:5; Andel (%) som är mycket/ganska nöjda med att på ett säkert och tillförlitligt sätt uppfylla sitt chefsansvar inom olika former av utvecklingsarbeten



Figur 8:6; Upplevd möjlighet att kunna utveckla vård och omsorg utan mer ekonomiska resurser (n).

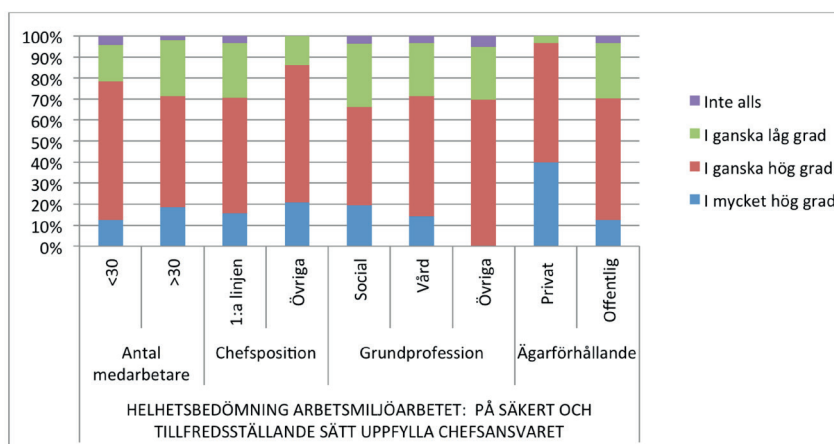
8.4.4. ORGANISERING AV ARBETSMILJÖARBETET

Hälften av chefer upplevde i regel inte arbetsmiljö- och personalansvaret så tydligt betungande. Hälften skattade att det var i viss mån eller ganska betungande (Figur 8:7).



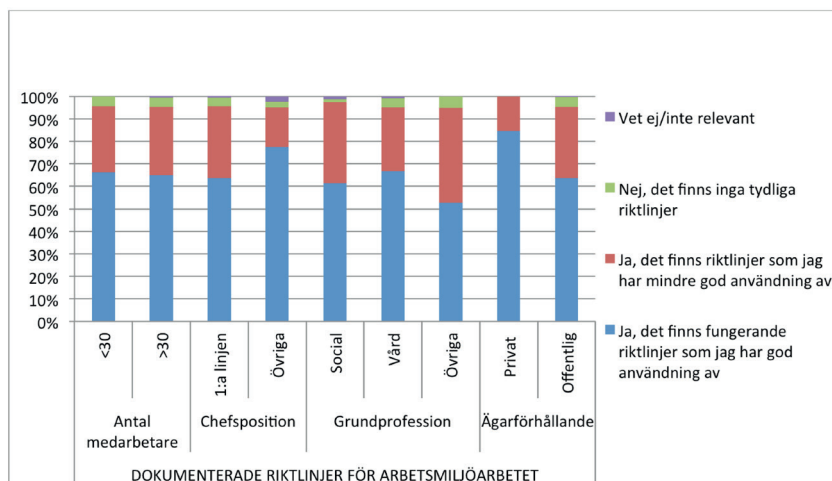
Figur 8:7; Upplevt betungande chefsansvar för arbetsmiljön och personal.

Majoriteten (57%) av alla respondenter var ganska nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillförlitligt sätt uppfylla sitt ansvar för arbetsmiljöarbetet. Chefer som arbetade i privat äldreomsorg var i medeltal allra mest nöjda med sitt arbetsmiljöarbete. Mer nöjda var också chefer med fler medarbetare liksom chefer på andra positioner än 1:a linjen och chefer med social utbildningsbakgrund. Minst nöjda var de som hade grundprofession inom personal/ekonomi/administration (Figur 8:8).



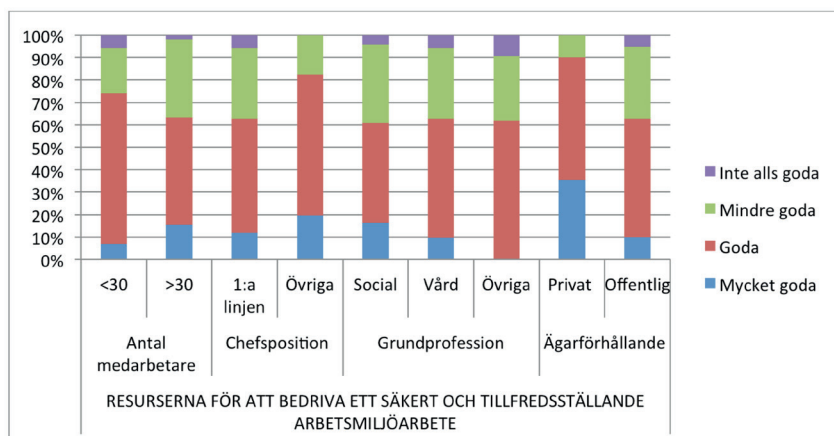
Figur 8:8; Helhetsbedömning av arbetsmiljöarbetet

De allra flesta (66%) upplevde att det fanns riktlinjer som fungerade och som de hade god användning av. Särskilt nöjda var chefer inom privat äldreomsorg (84%) samt chefer med övriga chefspositioner (än 1:a linjens chefer) (76%) (Figur 8:9).



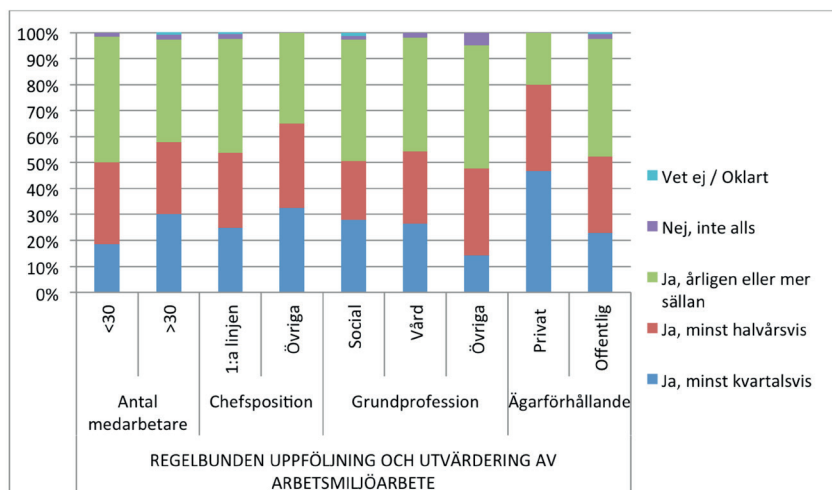
Figur 8:9; Dokumenterade riktlinjer för arbetsmiljöarbetet

Hälften (52%) av cheferna ansåg att resurserna för arbetsmiljöarbetet var goda medan en mindre del (13%) ansåg att de var mycket goda och en tredjedel (34%) att de var mindre goda eller inte alls goda. Mest nöjda med resurserna var chefer i privat äldreomsorg (Figur 8:10). Minst nöjda var chefer med ”övrig grundprofession”, dvs inom personal/ekonomi/administration.



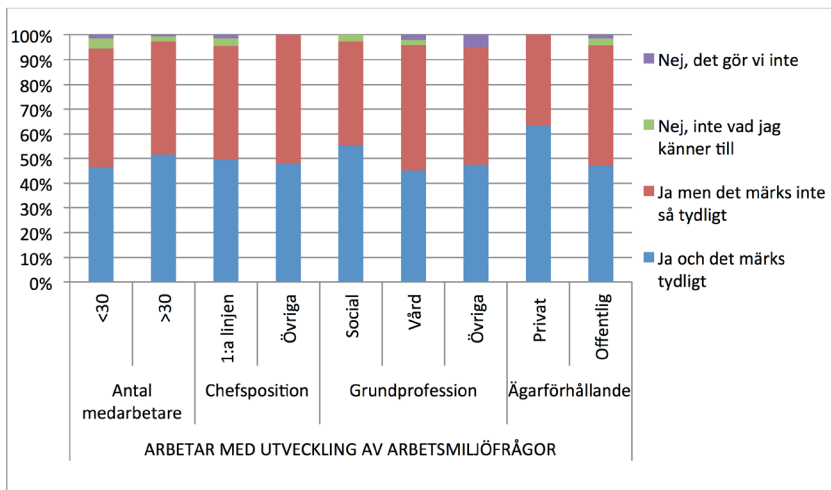
Figur 8:10; Chefers uppfattning om resurser att på ett säkert och tillförlitligt sätt arbeta med arbetsmiljöfrågor.

Hälften (43%) gjorde årliga uppföljningar av arbetsmiljöarbetet. Knappt en tredjedel (26%) hade kvartalsvis uppföljning och 29 hade halvårsvis uppföljning. Privat äldreomsorg hade oftare uppföljning än offentlig. I majoriteten av fallen (80%) skedde den varje halvår eller oftare och i nästan hälften av fallen var uppföljningen kvartalsvis (Figur 8:11).



Figur 8:11; Andel som arbetade med regelbunden uppföljning och utvärdering av arbetsmiljöarbetet

Nästan samtliga chefer arbetade med utveckling av arbetsmiljöfrågor men i hälften av fallen märktes det, enligt respondenterna, inte så tydligt. Det fanns ingen större skillnad mellan grupper av chefer, men chefer i privat äldreomsorg samt chefer med social grundutbildning menade i något större utsträckning att de tydligt arbetade med frågorna (Figur 8:12).

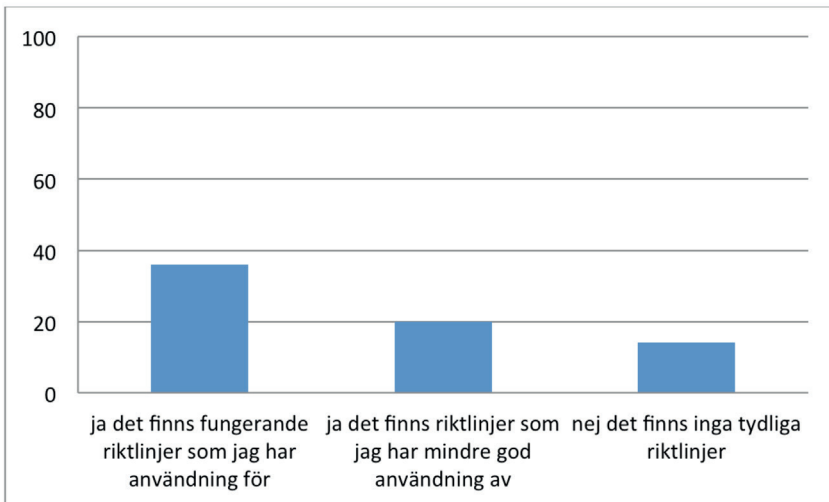


Figur 8:12; Andel som arbetar med utveckling av arbetsmiljöfrågor vid den enhet de var chef för eller ledde.

8.4.5. LEDNING OCH ORGANISERING AV BRUKARMEDVERKAN

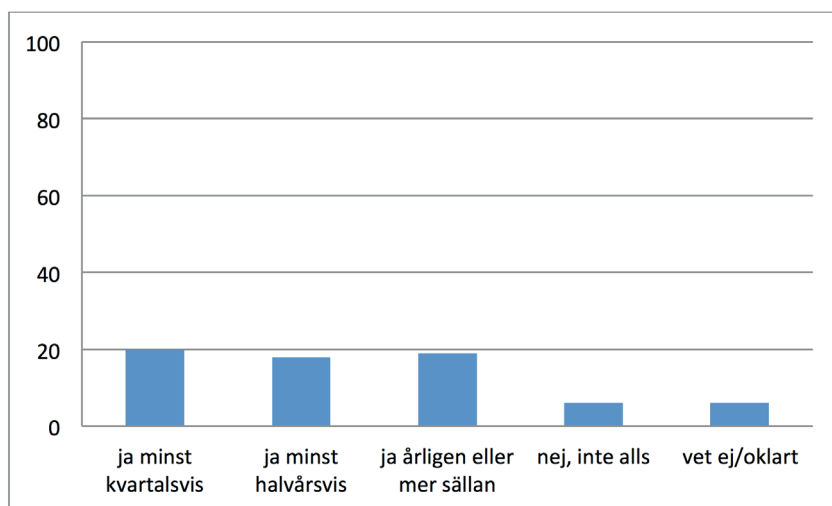
Hälften (48%) av cheferna arbetade på ett tydligt sätt med utveckling i frågan att möta brukares självbestämmande på den enhet de leder. En fjärdedel (25%) menade att detta arbete inte märks så tydligt och enbart 2% att de antingen inte vet om det arbetas med detta eller att de inte gör det. Det fanns inte signifikanta skillnader vad gäller utbildningsbakgrund eller ägarskap.

Det fanns en större variation i frågan angående dokumenterade riktlinjer för att arbeta med att möta brukares självbestämmande. En dryg tredjedel (36%) menade att riktlinjerna var fungerande och att de har god användning av dem i sin verksamhet, 21% att de inte har någon större nytta av dessa riktlinjer som finns i verksamheten och 14% att det saknades. (Figur 8:13). Det fanns signifikanta skillnader mellan privat och offentligt anställda i denna fråga. Majoriteten (92%) av cheferna inom privat verksamhet hade riktlinjer som de har god användning av i chefsarbetet. Motsvarande andel inom offentlig verksamhet var 46% ($p < 0,01$). När det gäller olika utbildningsbakgrund fann vi inga signifikanta skillnader.



Figur 8:13; Förekomst av dokumenterade riktlinjer för att möta brukares självbestämmande (n)

Drygt hälften (57%) genomförde regelbunden uppföljning och utvärdering av arbete med att möta brukares självbestämmande: minst kvartalsvis enligt 20%, minst halvårsvis enligt 18% och minst årligen eller mer sällan enligt 19% (Figur 8:14).



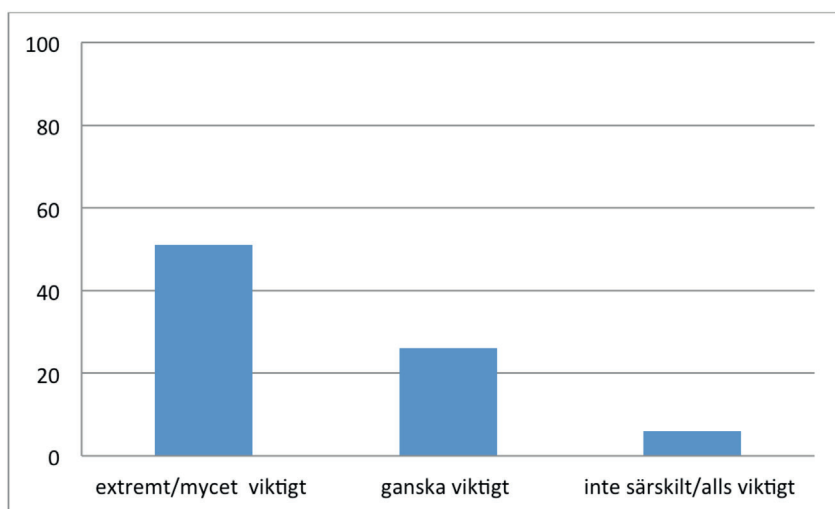
Figur 8:14; Förekomst av regelbunden uppföljning och/eller utvärdering av arbetet att möta brukares självbestämmande (n)

När det gäller andelen respondenter som uppgav att det sker regelbunden uppföljning och/eller utvärdering av arbetet att möta brukares självbestämmande fann vi även här signifikanta skillnader mellan privat och offentligt anställda. Av cheferna inom privat verksamhet angav 76% att uppföljning/utvärdering sker minst kvartalsvis. Motsvarande siffra inom offentligt verksamhet var 22% ($p < 0,01$). När det gäller koppling till olika utbildningsbakgrund fann vi inga signifikanta skillnader.

8.4.6. BRUKARINVOLVERING VID BESLUTFATTANDE

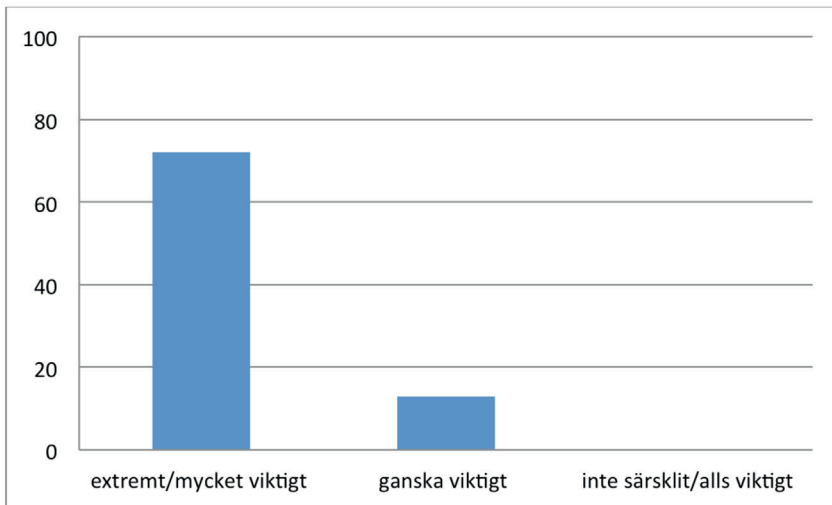
Under detta avsnitt ställdes frågor kring vikten av att involvera brukare och närstående i beslutsfattandet och möjligheten för alla berörda att komma till tals i beslutsprocessen. Uppfattningen att det är extremt eller mycket viktigt att involvera brukare delades av 73%, 9% ansåg det vara ganska viktigt och bara 1% angav att det inte är särskilt viktigt. Det fanns inga signifikanta skillnader avseende chefers utbildningsbakgrund eller om de arbetar inom privat eller offentlig sektor.

Hälften (51%) ansåg att det är extremt eller mycket viktigt att involvera närstående i beslutsprocessen och drygt en fjärdedel (26%) ansåg att det är ganska viktigt. Uppfattningen att det inte är så viktigt att involvera anhöriga i beslutsprocessen delades av 6% (Figur 8:15). Det fanns inte några signifikanta skillnader kopplat till utbildningsbakgrund eller organisationstillhörighet.



Figur 8:15; Skattad betydelse av hur viktigt det är att involvera närstående i beslutsprocesser (n)

Ovanstående mönster återspeglar sig också när frågan ställs mer generellt om hur viktigt det är att ge alla berörda en möjlighet att komma till tals i beslutsprocessen. Totalt 72% av de svarande ansåg att det är extremt eller mycket viktigt att låta berörda komma till tals i beslutsfattandet. Uppfattningen att det är ganska viktigt att ge alla berörda möjlighet att komma till tals delades av 13%. Ingen menade att detta inte är särskilt viktigt. (Figur 8:16). Det fanns inga signifikanta skillnader kopplat till utbildningsbakgrund eller om de svarande var verksamma i privat eller offentlig verksamhet.



Figur 8:16; Skattad vikt av att ge berörda möjlighet att komma till tals i beslutsprocessen (n)

8.4.7. HELHETSBEDÖMNING AV RESURSER OCH MÖJLIGHETER

Följande frågor behandlar chefernas syn på verksamhets resurser och sina egna möjligheter att på ett säkert och tillfredställande kunna nå måluppfyllelse gällande brukares självbestämmande. På frågan ”Vad anser du om resurserna för att bedriva ett säkert och tillfredställande arbete för att möta brukarens självbestämmande” svarade hälften att de bedömer resurserna som mycket goda eller goda. Knappt en fjärdedel (24%) svarade att de är mindre goda eller inte alls goda. Det fanns signifikanta skillnader mellan privat och offentligt anställda. Av cheferna inom privat verksamhet angav 52% att resurserna är mycket goda medan motsvarande siffra inom offentlig verksamhet var 15% ($p < 0,01$). För övrigt fanns inga signifikanta skillnader i svaren och inte heller när det gäller olika utbildningsbakgrund.

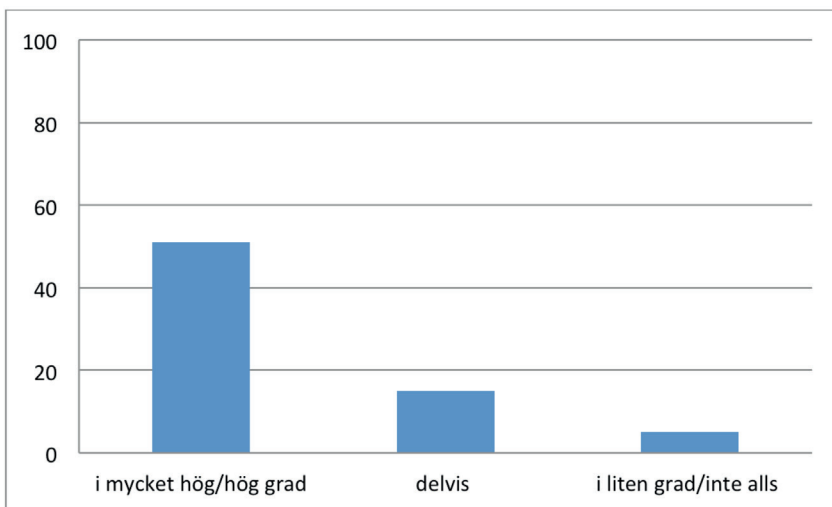
Drygt hälften (54%) angav också att de som helhet var mycket eller ganska hög grad nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillfredställande sätt uppfylla sina åtaganden att möta brukarens självbestämmande. En knapp femtedel (17%) var i ganska låg grad eller inte alls är nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillfredställande sätt uppfylla dessa åtaganden. Bland dem som uppgav att de som helhet var nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillfredställande sätt uppfylla sina åtaganden att möta brukarens självbestämmande fanns signifikanta skillnader mellan privat och offentligt anställda. Av cheferna inom privat verk-

samhet angav 93% att de i mycket hög eller hög grad är nöjda med sina möjligheter att uppfylla sina åtaganden avseende att möta brukares självbestämmande. Motsvarande siffra inom offentlig verksamhet var 70% ($p < 0,01$). När det gäller koppling till olika utbildningsbakgrund fanns även här signifikanta skillnader. Av de som har personaladministrativ utbildning svarade 73% att de som helhet i ganska hög grad är nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillfredställande sätt uppfylla sina åtaganden att möta brukares självbestämmande. Motsvarande siffra för de med social utbildning var 53% och för den med vårdutbildning var siffran 36%.

8.4.8. VÄRDEGRUNDSARBETETS BETYDELSE FÖR BRUKARMEDVERKAN

Detta avsnittet tar upp i vilket omfattning värdegrundsarbete påverkat möjligheten att möta brukares behov samt tydliggjort vädeskapande processer.

På frågan ”I vilken grad anser du att arbetet med den nationella värdegrunden har ökat möjligheterna att möta brukarnas behov?” uppgav 51% att de anser att värdegrundsarbetet ökat möjligheterna att möta brukarnas behov i mycket hög eller hög grad (Figur 8:17). Några signifikanta skillnader kunde inte ses vad gäller utbildningsbakgrund eller om de svarande var anställda inom privat eller offentlig verksamhet.



Figur 8:17; I vilken grad värdegrundsarbetet har ökat möjligheterna att möta brukarnas behov (n)

8.4.9. Ledning och organisering av brukarsäkerhet

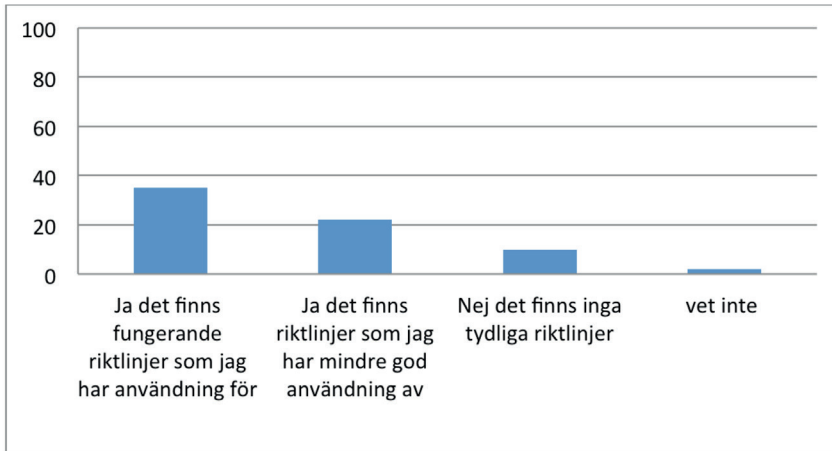
8.4.9.1. BEAKTANDE AV BRUKARSÄKERHET VID BESLUTFATTANDE

På frågan ”Hur viktigt är det att inte skada brukarna när du ska fatta beslut för att leva upp till de krav som följer av din befattning?” svarade de allra flesta (82%) att det var extremt viktigt, 4% angav att det var mycket viktigt och bara 1% att det var ganska viktigt.

8.4.9.2. FÖRBÄTTRINGAR AV BRUKARSÄKERHETEN

Drygt hälften (58%) angav att de arbetar aktivt, synligt och i hög grad med att förbättra brukarsäkerheten, 10% i ganska hög grad bra medan 2% angav att det inte gör det. Något fler (63%) angav att de arbetade aktivt med avvikelserapportering för att förbättra brukarsäkerheten. Inte så många (12%) ansåg att resurserna för att bedriva ett säkert och tillfredsställande arbete för brukarsäkerhet var mycket goda medan 42% uppfattade dem goda.

En dryg tredjedel (35%) menade att det fanns fungerande och dokumenterade riktlinjer för arbetet med brukarsäkerhet som de upplevde sig ha god användning för i sitt arbete. Andra, drygt 22%, instämde i att det fanns riktlinjer men uppgav att de hade mindre god användning av dem medan 10% upplevde att det saknas tydliga riktlinjer (Figur 8:18).



Figur 8:18; Förekomst av fungerande riktlinjer som verksamheten har nytta av i chefsarbetet avseende brukarsäkerhet (n)

Det fanns variation avseende hur ofta uppföljning och utvärdering av arbetet inom brukarsäkerhet genomfördes: 21% genomförde uppföljning minst kvartalsvis, 17% minst två gånger om året och 22% årligen eller med längre intervall. Övriga 9% uppger att de antingen inte vet om ifall det sker någon uppföljning och utvärdering av brukarsäkerheten eller så skedde det inte alls.

Drygt hälften (54%) var mycket eller ganska nöjda med sina möjligheter att på ett säkert och tillfredställande sätt uppfylla sina chefsåtagande avseende brukarsäkerhet. Övriga 17% angav att de i låg grad eller inte alls var nöjda med sina möjligheter att uppfylla sina åtagande inom området brukarsäkerhet.

8.4.9.3. SAMARBETET MED MEDARBETARE I UTVECKLING AV BRUKARSÄKERHET

Mer än hälften (63%) diskuterade regelbundet med medarbetare hur de skulle undvika att fel inträffade igen medan 6% menade att det inte alltid arbetade med denna fråga på så vis. Mer än hälften (64%) arbetade aktivt med avvikelserapportering för att förbättra brukarsäkerheten medan 5% menade att det inte alltid arbetade så.

Hälften (55%) menade att personalen utan tvekan säger ifrån om de ser något som kan påverka brukarna negativt. Samtidigt angav 15% att detta endast i viss mån stämde. På samma sätt fanns det en variation avseende i vilken grad cheferna fick återkoppling från sina medarbetare om de förändringar som genomförts baserade på avvikelserapporter. Knappt hälften (47%) menade att detta skedde i högre grad och 25% i lägre grad i deras verksamhet. Däremot informerades något fler chefer om de misstag som gjordes på arbetsplatsen: 55% menade att det stämmer i mycket hög eller hög grad, 10% att det i viss mån stämde medan 4% angav att det stämde ganska eller mycket dåligt.

De flesta chefer gissade dock att medarbetare upplevde ett tryggt klimat att påtala felaktiga beslut. Majoriteten (53%) trodde att personalen inte var rädd för att ställa frågor till chefer när något inte verkar stå rätt till medan 17% trodde att personalen skulle kunna uppleva det besvärligt (vara rädda för) att ställa frågor till chefen kring beslut de uppfattade felaktiga.

8.5. Sammanfattning

Chefer i äldreomsorgen arbetade i mycket hög grad med utvecklingsarbeten, särskilt avseende kvalitet och värdebaserad vård och omsorg men även processutveckling och ständigt förbättringsarbete samt utveckling av brukarmedverka och brukarsäkerhet.

Det fanns variation avseende hur de uppfattade tydlighet och användbarhet av dokumenterade riktlinjer, av upplevelsen om resurserna för att bedriva ett säkert och tillförlitligt chefsarbete samt angående hur ofta utvecklingen i dessa frågor följdes upp.

Chefer inom privat äldreomsorg angav att de arbetade i särskilt hög utsträckning med utvecklingsarbeten av kvalitet, processer, värdegrund, dagligt operativt arbete och brukarmedverkan.

9. HÅLLBARA CHEFS- OCH LEDARSKAPS-STRATEGIER SOM UTVECKLAR INTEGRERADE VÄRDEN

LOTTA DELLVE, MARIA WOLMESJÖ & GÖRAN JUTENGREN

9.1. Bakgrund

Ett hållbart ledarskap kan dels ses i relation till hantering av förhållanden som kan anses ohållbara och dels i relation till att skapa förutsättningar som ökar resurser. Genom att bygga hållbara system kan ständig utveckling av verksamheter hanteras mer resilient, dvs hantera påfrestningar på ett hållbart utan att förlora grundläggande funktioner och att också vidareutvecklas (Docherty 2009). I byggandet av hållbart utvecklingsarbete har strukturering, organisering och dialoger mellan olika nivåer och grupperingar stor betydelse för att balansera krav, värden och resurser och åter skapa resurser i högre takt än de förbrukas.

Chefers handlingsstrategier kan bli avgörande för många händelseutvecklingar i en organisation. Handlingsstrategier handlar här dels om att hanterat svårigheter i den egna arbetsituationen för att inte bli alltför överbelastad och dels agera för att påverka medarbetares arbete och hållbarhet.

Att vara medveten om egna resurser och att skapa utrymme för återhämtning tycks ha störst betydelse. Med en sådan medvetenhet kan man lättare förhålla sig till gränslösa krav och hålla kontroll på att återhämtningen blir tillräcklig och regelbunden. Det finns många olika strategier för att hantera den egna arbetsbelastningen och skapa balans. Att kunna använda sig av flera olika strategier tycks vara bäst (Tengelin 2011, Skagert et al 2012).

Proaktiva förhållningssätt handlar om att stärka resurser, handlingsutrymme och inflytande i organisationen, t ex för att skapa legitimitet för egna handlingar, eller för att stärka inflytande och status. Exempel på handlingsstrategier för att hantera egen arbetsituation kan vara att handla mer offensivt utvecklingsinriktat, sätta gränser för arbetsinsatser, acceptera de förutsättningar som finns, utveckla ökad medvetenhet och förståelse för situationen, eller hålla ett högt arbetstempo (Dellve & Wikström 2009, Skagert et al 2008, Tengelin 2012, Aronsson & Berglind 1990).

Ledarstrategier som ökar medarbetares engagemang i vård- och omsorgsarbete är ofta relationsorienterade och verksamhetsnära (Cumming 2009, Dellve et al 2016). Det finns idag flera studier som har identifierat vilka egenskaper, kvaliteter och ledarskapsstilar som har bäst betydelse för olika önskvärda utfall i verksamheten och medarbetares hälsa och arbetsinsats (se t ex översiktsartikarna Skakon et al 2010, Döös & Nyberg 2009). Till dessa hör förutom relationsorienterat ledarskap även mer visionärt utvecklingsstödande (transformativ) strategi, delaktighetsfokuserad och närvarande strategi. Medan kontrollerande, strukturerande och buffrande strategier tycks kunna vara bra under vissa omständigheter.

9.2. Syfte

Syftet var (1) att utveckla övergripande utfallsmått för integrerat värdeskapande chefs- och ledarskap och för hållbart ledarskap samt övergripande förklarande mått för organisatoriska chefsstödande resurser, aktiva ledningsstrategier gentemot medarbetare och individuella chefstrategier; (2) att undersöka förekomst av dessa mått bland chefer; (3) att undersöka betydelsen av individuella chefstrategier, aktiva ledningsstrategier och organisatoriska chefsstödande resurser för integrerat värdeskapande chefs- och ledarskap samt för hållbart ledarskap.

9.3. Metod

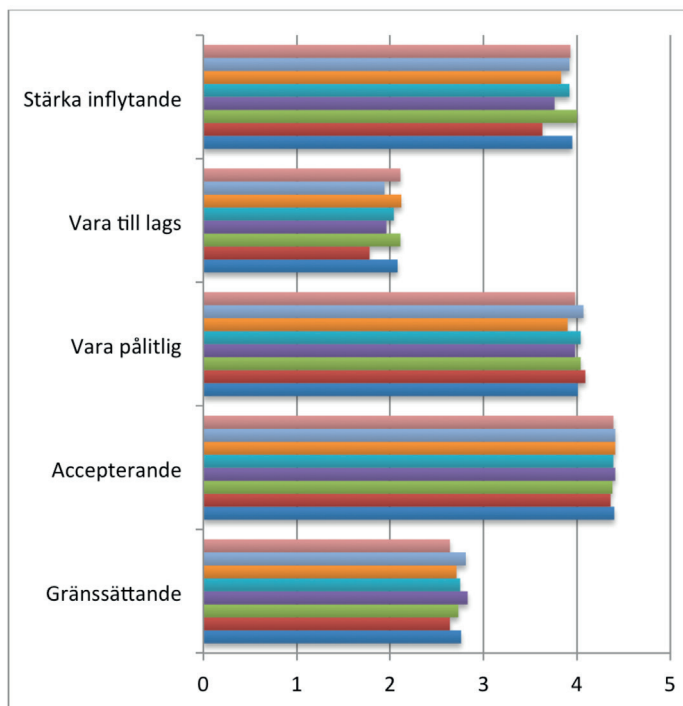
Variabler rörande utfalls- och förklarande mått skapades stegvis genom att de fokuseradefrågorna granskades med stöd av faktoranalys. Beskrivande statistik uppdelat per grundprofession, kontrollspann, position och ägarförhållande. Linjär regression av enkla och multivariata samband. SEM-analys (Strukturell ekvationsmodulering) som skapade en modell som överensstämde väl med den empiriska data som samlats in ($X^2 = 83,96$, $df = 38$; $RSMEA = 0,069$; $CFI = 0,944$).

9.4. Resultat

9.4.1. CHEFSTRATEGIER ATT STÄRKA EGEN HÅLLBARHET SAMT MEDARBETARES ARBETE OCH HÅLLBARHET

Chefers strategier att hantera sin egen hälsa och arbetsbelastning skiljde sig inte åt mellan de undersökta kategoriseringarna (utbildningsbakgrund, ägarförhållande, kontrollspann eller chefsposition), (se Figur 9:1). Mest förekommande var att ha en accepterande strategi och att stärka sitt infly-

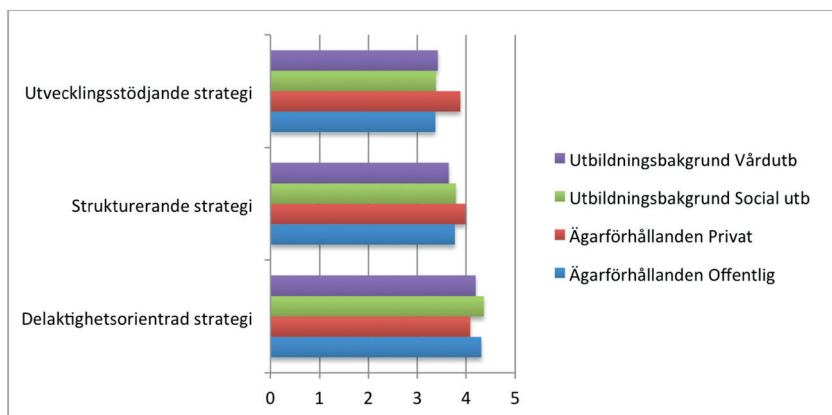
tande samt att vara pålitlig gentemot arbetsgivaren. Minst förekommande var att vara allmänt till lags.



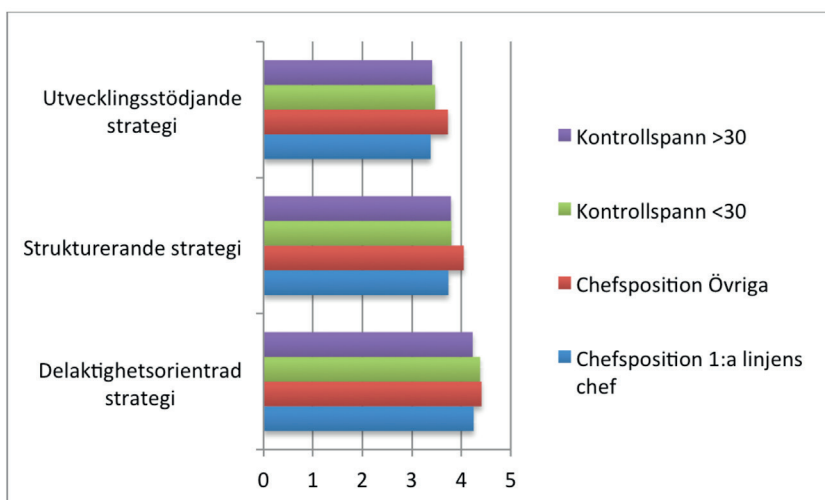
Figur 9.1 Chefers strategier att hantera egen arbetssituation (m).

- Utbildningsbakgrund Vårdutb
- Utbildningsbakgrund Social utb
- Ägarförhållanden Privat
- Ägarförhållanden Offentlig
- Kontrollspann >30
- Kontrollspann <30
- Chefsposition Övriga
- Chefsposition 1:a linjens chef

Chefers strategier gentemot medarbetare var likaså relativt liknande mellan de undersökta kategoriseringarna (utbildningsbakgrund, kontrollspann eller chefsposition). Dock fanns en signifikant skillnad mellan grad av utvecklingsstödjande strategi samt delaktighetsorienterad strategi relaterat till privat eller kommunal anställning som chef (se Figur 9:2. och 9:3.). I privat verksamhet fanns högre grad av utvecklingsstrategi medan chefer i kommunal verksamhet hade högra grad av delaktighetsorienterad strategi. Likaså hade första linjens chefer signifikant högre grad av strukturerande strategier än övriga chefer.



Figur 9:2; Chefers handlingsstrategier gentemot medarbetare per utbildningsbakgrund och ägarförhållande (m)



Figur 9:3; Chefers handlingsstrategier gentemot medarbetare per kontrollspann och chefsposition (m).

9.4.2. MÅTT PÅ FÖRKLARANDE VARIABLER

Tre förklarande latenta mått skapades av följande index:

- ledningsstrategier* (som summerade indexen Delaktighetsinriktad strategi, Utvecklingsstödande strategi och Strukturerande strategi)
- organiserade stödresurser* (som summerade indexen Stöd från överordnad chef, Organiserade stödresurser och Externt stöd)
- individuella chefstrategier* kvarstod i olika index som sätt att personligen hantera ledarskapet, dvs med att vara gränssättande, accepterande, pålitlig i chefsrollen eller till lags samt att aktivt stärka sitt inflytande. Det fanns inte underlag att statistiskt forma en gemensam variabel.

9.4.3. MÅTT PÅ UTFALLSVARIABLER

Utveckling av övergripande mått. Två latenta utfallsmått skapades av följande index:

- integrerat värdeskapande ledarskap* (som summerar index och frågor om Helhetsbedömning av att på ett säkert och tillförlitligt sätt uppfylla chefsuppdraget avseende värdegrundsarbete, operativ verksamhet, ständigt förbättringsarbete, utveckling av vård- och omsorgsprocesser, utveckling av vård- och omsorgskvalitet, arbetsmiljöarbete, brukarsäkerhet och att möta brukares självbestämmande;

Stärkt värdegrundsarbete som medfört att kunna möta brukares behov, underlätta samtal om värdeskapande och tydliggjort värdeskapande processer; och, Förbättrad vård- och omsorgskvalitet avseende att möta brukares behov, möta anhörigas behov och allmänt förbättrad vård- och omsorgskvalitet)

- (b) *Hållbart ledarskap* (som summerade indexen Värdekonflikter och Överbelastning)

9.4.4. SAMBAND MELLAN STRATEGIER OCH HÅLLBART INTEGRERAT OCH VÄRDESKAPANDE LEDARSKAP

En personlig accepterande strategi liksom utvecklingsstödjande strategi gentemot medarbetarna hade positivt samband med samtliga värdeskapande ledarskapsvariabler, dvs helhetsbedömning av chefsuppdraget, stärkt värdegrundsarbete och förbättrad vård och omsorgskvalitet (tabell 9:1). En hög grad av strukturerande strategi indikerade däremot negativt samband med upplevelse av att man har en god helhetsbedömning av sina möjligheter att uppfylla chefsuppdraget. Dessa variabler förklarade 25% av variationer i upplevd helhetsbedömning, 14% av variationen av upplevt stärkt värdegrundsarbete och 16% av förbättrad vård och omsorgskvalitet.

Tabell 9:1; Stegvis linjär regression (backwise) där variabler som indikerar samband med värdeskapande chefs- och ledarskap redovisas med betavärden och p-värden. Samtliga variabler inkluderades men de som inte redovisas var inte statistisk signifikanta (>0.10).

Värdeskapande chefs- och ledarskap			
	Helhetsbedömning chefsuppdraget Beta, p-värde	Stärkt värdegrundsarbete Beta, p-värde	Förbättrad vård- och omsorgskvalitet Beta, p-värde
<i>Personliga strategier</i>			
Gränssättande			
Accepterande	0,21, 0,01	0,18, 0,04	0,22, 0,01
Vara pålitlig			
Vara till lags			
Aktivt stärka sitt inflytande			
<i>Strategier gentemot medarbetare</i>			
Delaktighetsfokuserad			
Strukturerande	-0,15, 0,09		
Utvecklingsstödjande	0,48, 0,00	0,33, 0,00	0,34, 0,01
R2	0,25	0,14	0,16
F-värde	12,5	9,46	10,8
df	3	2	2

En personlig accepterande strategi minskade graden av värdekonflikter och överbelastning (tabell 9:2). Värdekonflikter ökade genom ett chefskap som var till lags gentemot ledningen och minskade av ett chefskap som var delaktighetsorienterat gentemot medarbetare. Överbelastning visade även negativt samband med gränssättande strategi och utvecklingsfokuserad strategi gentemot medarbetare (förutom accepterande). Dessa variabler förklarade bara 15% av variationer i upplevd värdekonflikter och 9 % av variationen av upplevd överbelastning.

Tabell 9:2; Stegvis linjär regression (backwise) där variabler som indikerar samband med (o)hållbart ledarskap redovisas med betavärden och p-värden. Samtliga variabler inkluderades men de som inte redovisas var inte statistisk signifikanta ($p > 0.10$).

(O)Hållbart ledarskap		
	Värdekonflikter Beta, p-värde	Överbelastning Beta, p-värde
<i>Personliga strategier</i>		
Gränssättande		-0,19, 0,07
Accepterande	-0,20, 0,02	-0,20, 0,03
Vara pålitlig		
Vara till lags	0,16, 0,08	
Aktivt stärka sitt inflytande		
<i>Strategier gentemot medarbetare</i>		
Delaktighetsfokuserad	-0,27, 0,01	
Strukturerande		
Utvecklingsstödjande		-0,16, 0,08
R2	0,15	0,09
F-värde	6,4	3,7
df	3	3

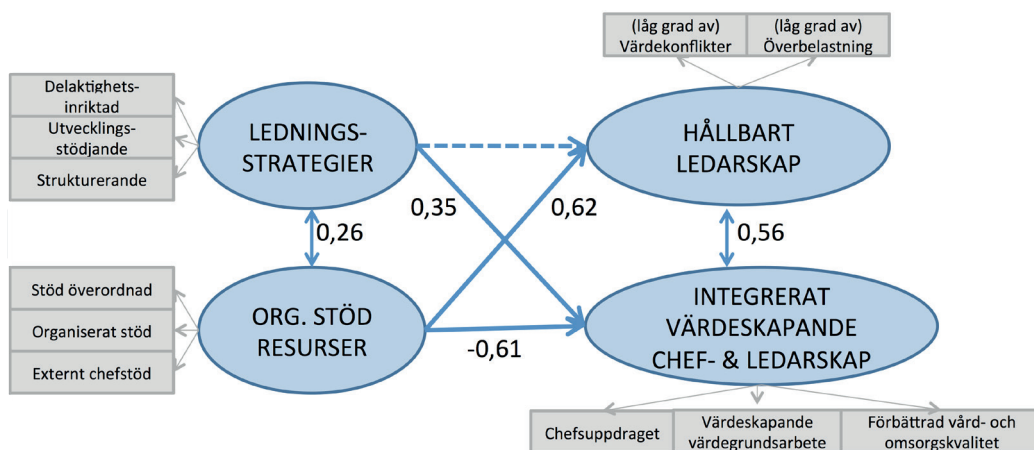
9.4.5. SAMBAND MELLAN ORGANISATORISKA STÖDRESURSER OCH HÅLLBART INTEGRERAT OCH VÄRDESKAPANDE LEDARSKAP

Resultaten visade att organisatoriska stödresurser hade betydelse för båda utfallsmåtten (a) integrerat värdeskapande ledarskap och (b) deras egen hållbarhet. De organisatoriska stödresurserna förklarade 38% av variationen i integrerat värdeskapande ledarskap och 37% i variationen av utfall rörande eget hållbart ledarskap (Figur 9.4).

9.4.6. BETYDELSE AV STÖD OCH STRATEGIER FÖR HÅLLBART INTEGRERAT OCH VÄRDESKAPANDE LEDARSKAP

Chefers aktiva förhållningssätt att engagera och strukturera medarbetares vardagliga arbete och i utvecklingsarbeten hade betydelse för det mer organisatoriska utfallet ”Integrerat värdeskapande ledarskap”, men inte för

det mer individrelaterade utfallet ”(o)hållbart ledarskap”. Sambandet mellan Hållbart ledarskap och Aktiva ledarstrategier modererades av grundprofession. Sambandet var moderat negativt för chefer med social grundutbildning och inte signifikant för chefer med vårdutbildning ($X^2=4,43$, $p < 0,05$ (vårdiriktad grundutb $\beta = 0,21$, ns; socialt inriktad grundutb $\beta = -0,35$, $p < 0,05$). Det fanns också ett samband mellan organiserade stödresurser och ledningsstrategier.



Figur 9:4; Modell som beskriver betydelse av organisatoriska stödresurser och ledarstrategier för hållbart integrerat och värdeskapande ledarskap

9.5. Sammanfattning

Resultaten indikerar att de organiserade stödresurserna hade stor betydelse för *hållbart integrerat och värdeskapande ledarskap samt för aktiva ledningsstrategier och hållbart ledarskap*. Konkret innebär det att det finns stor potential om chefer har stöd genom överordnads intresse och verkliga engagemang, genom ett organiserat ledningsstöd i form av personal- och ekonomifunktionernas mer verksamhetsstödande arbete samt möjlighet att få stöd eller handledning av extern expertis vid behov. Ett personligt ledarskap som karakteriserades av att vara utvecklingsstödande hade betydelse för utvecklingsarbete och varierade beroende på profession och ägarförhållanden. Resultaten indikerar potential för att det ska bli effekter som har betydelse för verksamhet och hållbarhet om det sker en utveckling av organisatoriska stöd samt för chefsutveckling.

10. DISKUSSION – AVSLUTANDE PERSPEKTIV PÅ VÄRDEBASERAD LEDNING OCH STYRNING AV ÄLDREOMSORGEN

10.1 Inledning

Den omfattande enkäten som varit grund för denna studie har hittills resulterat i sex olika delstudier som presenterats i föregående kapitel. Syftet med detta avslutande kapitel är att ”knyta ihop säcken” och ge en sammanfattande bild av resultatet från enkätstudien. Vidare är syftet att också lyfta nya frågor i en diskussion om hur ett hållbart och värdeskapande ledarskap ställer krav på att integrera olika värden i arbetet, i chefsrollen, i professionen, i mötet med brukares värden – och i hantering av en organisatorisk komplexitet som kan karakterisera äldreomsorgen. Vi lyfter även frågan om en gemensam utbildning för äldreomsorgens chefer och om betydelsen av ägarskap.

10.2. Sammanfattning av resultat från delstudierna

Det övergripande syftet med denna rapport var att beskriva chefers etiska värderingar, dilemman och organisatoriska förutsättningar för att bedriva ett värdeskapande och hållbart ledarskap i äldreomsorgen. Resultatet visar att cheferna värderade följande etiska värden högst: att inte skada, respekt för individen och rätten till konfidentialitet. Flera av dessa värden är reglerade i lagstiftningen och det förefaller som om cheferna trots allt rankar det som handlar om att följa lagstiftningen högt. Samtidigt är det uppenbart att även andra värden (som delvis kan vara motstridiga) rankas högt och pekar på att chefer försöker leva upp till flera olika ideal som både är kopplade till brukarna, verksamheten som sådan och även det omgivande samhället. Värdedilemman i chefsarbetet är dock vanligt och sammanlänkat med andra utmaningar i arbetet, särskilt med utmaningar som rör hantering över organisationsnivåer (buffertproblem och containerproblem) och av olika ansvarsområden (logikkonflikter).

De flesta cheferna var nöjda med hur de kunde fullfölja sitt ansvar för utveckling av verksamheten avseende värdegrund, kvalitet, processer, dagligt arbete, brukarmedverkan, brukarsäkerhet och arbetsmiljö. De flesta

skattade också att de arbetade i mycket hög grad med strukturering och utveckling av dessa frågor. Det fanns variation avseende hur de uppfattade tydlighet och användbarhet av dokumenterade riktlinjer, av upplevelsen om resurserna för att bedriva ett säkert och tillförlitligt chefsarbete samt angående hur ofta utvecklingen i dessa frågor följdes upp. Cheferna var generellt överens om att brukarmedverkan är en viktig angelägenhet.

Stödresurser minskade upplevelsen av värdekonflikter, men det fanns skillnad i betydelsen relaterat till chefers grundprofession. Organiserade stödresurserna hade stor betydelse för hållbart integrerat och värdeskapande ledarskap samt för aktiva ledningsstrategier. Även sambandet mellan Hållbart ledarskap och Aktiva ledarstrategier modererades av grundprofession. Där sambandet var moderat negativt för chefer med social grundutbildning. Det tycks således finnas ett utbildningsbehov bland äldreomsorgens chefer: stödet från arbetsgivaren varierar avseende omfattning, inriktning och nivå.

Chefers grundprofession hade betydelse i aspekter som rörde vilket chefsstöd som var relaterat till värdedilemman och egen hållbarhet, likaså kunde vissa skillnader ses i val av personliga strategier och strategier mot medarbetarna – men inte så betydelsefull i övrigt.

Antal medarbetare hade inte tydlig betydelse i denna studie. Det hade blivit vanligare med att anställa biträdande chefer och sektionsledare vilket delvis skulle kunna förklara detta. Administrativt stöd, kontinuitet i kontakt och geografisk närhet till medarbetare är ytterligare faktorer som kan förklara detta.

Inom privat verksamhet skattade cheferna lägre grad av värdekonflikter och andra utmaningar samt högre grad av stödresurser. Chefer inom privat äldreomsorg angav att de arbetade i särskilt hög utsträckning med utvecklingsarbeten av kvalitet, processer, värdegrund, dagligt operativt arbete och brukarmedverkan. Dessutom var chefer i privat äldreomsorg mer nöjda med hur de kunde fullfölja sitt chefsansvar för utveckling av verksamheten.

Sammanfattningsvis har chefer i äldreomsorgen många olika värden, på olika nivåer och utifrån olika perspektiv att förhålla sig till i sitt ledarskap. Att hantera och utveckla förståelse för dessa är utmanande i chefskapet och värdedilemman är vanliga. Majoriteten beskriver dock aktiv och god hantering och organisering av dessa. Integrerad förståelse och hantering samt goda organisatoriska stödresurser tycks bidra till mer hållbart och värdeskapande ledarskap.

10.3 Är ett chefskap som är integrerat värdeskapande mer hållbart?

Chefer i äldreomsorgen möter och hanterar en rad olika värden i sitt arbete. Resultaten indikerade att de, i medeltal, arbetar mycket flitigt med att leda och integrera brukar- och verksamhetsnära värden som rör:

- *Brukarperspektiv och anhörigperspektiv* – genom att integrera brukare i beslutsfattandet, organisera för inflytande, hantera organisatoriska värden och riktlinjer som står i konflikt med varandra.
- *Medarbetarperspektiv* – genom att organisera och strukturera arbetsmiljöarbetet och utöva ett ledarskap som understödjer medarbetares engagemang, hälsa och hållbarhet (dvs mer utvecklingsinriktat, delaktighetsorienterat och strukturerande ledarskap)
- *Chefsperspektiv* – genom att strukturera och organisera ansvarsfullt utifrån chefsansvar avseende verksamhet, personal/arbetsmiljö och effektiv organisation, på sådant vis som understödjer synergier och integrering av värden (trots tydligt beskrivna och rapporterade resursbrister)
- *Lagar och riktlinjer* – genom att organisera och strukturera verksamheten i linje med gällande lagar, riktlinjer och rekommendationer
- *Professionsvärden* – genom att verksamhetens behov och förutsättningar liksom gemensamma riktlinjer snarare än professionsvärden främst tycks styra chefsarbetet
- *Etiska värden* – genom att visa att brukar- och verksamhetsnära värden har störst betydelse i chefsarbetet.

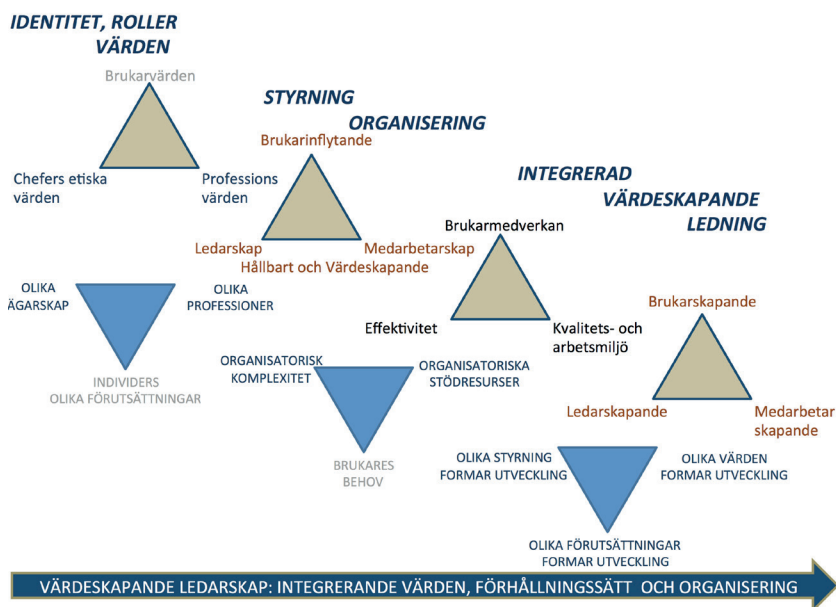
Hållbara system rymmer kapacitet att integrera och utveckla värden som rör olika områden (t ex vårdkvalitet, arbetsmiljö och effektivitet) och på olika nivåer (t ex individ, grupp, organisation, brukare, figur 10:1). Genom att bygga hållbara system kan ständig utveckling av verksamheter hanteras mer resilient, dvs hantera påfrestningar på ett hållbart utan att förlora grundläggande funktioner och att också vidareutvecklas (Docherty 2009).

Utveckling, av värdeskapande vård- och omsorg kan i hög grad vara oförutsebart trots tydlig planering och tydliga avsikter. Ett hållbart utvecklingsarbete av värdeskapande äldreomsorg främjar anpassningsförmågor och skapar möjligheter som stärker individers och organisationens hållbarhet. Det innebär att vara medveten om och integrera olika värden och aspekter (humana, sociala, ekonomiska, och ekologiska) och se komplexiteten i såväl vardags som i utvecklingsarbeten. Det innebär också att, på systemteoretiskt vis, integrera organisatoriska förutsättningar

och individers (som verkar i systemen) identitet och synsätt (Robsons & Porras, 1993). Ledarskap under en hållbar utvecklingsprocess försöker uppnå mänsklig utveckling på ett inkluderande, rättvist, klokt och säkert sätt (Gladwin et al 1995). Ett hållbart ledarskap kan därmed dels ses i relation till hantering av komplexa förhållanden dels i relation till att stärka förutsättningar.

Chefer och ledare i äldreomsorgen är viktiga personer och funktioner i implementeringen av värdegrundsarbeten. Detta knyter an till den relativt nya fokuseringen på organiserad handledning och reflektionstid eller organisationsetik, som kan definieras som den kombination av etiska värden och normer som vägleder en organisation (dvs. värdegrunden) och de organisatoriska policier, processer och procedurer som organisationen etablerar för att skapa förutsättningar för medarbetarna att leva upp till dessa värden och normer (Silverman 2000). Forskningen inom detta fält visar på vikten av att anpassa värdegrunden till den specifika vård och omsorgskontext i vilken den ska tillämpas, tolkad och omsatt i konkret vägledning och ständigt uppdaterad för att möta organisationen krav (Dauwerse et al 2013). Detta för att de inte ska bli en s.k. ”hyllvärmare” (Philipson 2011). I samma studier av Philipson visas att medarbetarna måste involveras i utvecklingen av värdegrunden, att värdegrunden anpassas till verksamhetens övriga styrsystem och att det finns uthållighet i att implementera värdegrunden. Här spelar naturligtvis chefer och ledare en stor roll och att deras egna värderingar, som vår studie förefaller visa, harmonierar med den lagstadgade nationella värdegrunden är därför en viktig utgångspunkt. I detta sammanhang finns det även mycket som tyder på att arbetet med att tolka och tillämpa värdegrunder i relation till konkreta fall måste organiseras och ges utrymme i organisationen, exempelvis genom att det avsätts till för organiserad gruppreflekation (Hermsen & ten Have 2005).

Ett värdeskapande ledarskap kan kännetecknas av etiskt övervägda handlande utifrån de ramar och begränsningar som finns, öppnar för ett samarbete och kommunikation mellan alla parter och skapar en arbetsplats med tydliga mål bra samarbete och kommunikation. Då insatserna görs i någons hem blir det självklart att den boende har den största makten att bestämma vad som är värdeskapande. I föreliggande studie har dock enbart chefer och ledare frågats om hur de möter brukares värden och perspektiv. I efterkommande studier bör brukares och anhörigas liksom medarbetares och politikers perspektiv också belysas integrerat med ledares.



Figur 10.1; Röran av värden och förutsättningar för chefer i äldreomsorgen att förhålla sig till. Medvetenhet om och integrering av olika värden samt nära och välfungerande organisatoriska stödresurser skapade mer hållbart och integrerat värdeskapande chefs- och ledarskap. Gråmarkerad text indikerar att dessa dimensioner har betydelse men inte undersökts i studien.

10.4. Hur kan ett integrerat värdeskapande ledarskap understödjas för äldreomsorgens chefer

Resultaten visar dels betydelsen av både organisatoriska stödstrukturer som är nära verksamheten och dels betydelsen av att stödja och vidareutveckla personlig förståelse att hantera de komplexa värden och problem som finns i chefsfunktionen för äldreomsorgens chefer. Tidigare studier har också beskrivit chefskap i äldreomsorgen som komplex och utmanande – och funnit liknande resultat. Intervjustudie av äldreomsorgens chefer betonar dels de organisatoriska förutsättningarna dels den personliga upplevelsen, förståelsen och hanteringen (Hagerman et al 2015, Skytt et al 2015). Resultaten relaterar därmed till teorier om strukturell empowerment (Kanter 1993), dvs att ha tillgång till att lära och utvecklas, information om verksamheten i ett större sammanhang, stöd och feedback, resurser att möta utmaningar samt formell och informell legitimitet i organisationen.

10.4.1. NÄRA OCH FUNGERANDE ORGANISATORISKA STÖDSTRUKTURER

Resultaten indikerar att organisatoriska stödresurser har stor potential att stärka chefer i ett integrerande värdeskapande ledarskap. Konkret innebär det att det finns stor potential om chefer har stöd genom följande sätt:

- Nära tillgång till administrativa stödfunktioner i chefskap
- Bra respons från personalavdelningen när chefen vill ta upp problem i arbete
- Regler, policys och standardisering som ger gott stöd i chefsrollen
- Tydligt och avgränsat ansvarsområde och uppdrag som chef
- Att högre nivåer i organisationen tydligt visar vilken kvalitetsnivå som är möjlig med de resurser som verksamheten får
- Att befogenheter i chefsuppdraget är klara och tydliga
- Att verksamhet har tillräckliga ekonomiska resurser
- Att stöd från professionella stödpersoner och experter finns vid behov
- Överordnad chef som visar verkligt intresse kring verksamheten och bekräftar arbetsinsatsen, ger stöd i personalfrågor och vid behov hjälper till att lösa arbetsmiljöproblem så att arbetsituationen som chef blir bra.

10.4.2. STÄRKA PERSONLIGA RESURSER

Resultaten indikerade också att personliga chefstrategier för egen hållbarhet och i ledning av medarbetares arbete har betydelse för såväl hållbarhet som att arbeta integrerat värdeskapande som chef. Här fanns också variation beroende på professionsbakgrund och ägarförhållanden vilket indikerar utvecklingspotential. Konkret innebär det att det finns stor potential om chefer:

- Stärks att utveckla förståelse för verksamheten och acceptans av de mer komplexa förutsättningar som är givna och svåra att påverka.
- Utvecklingsstödande arbetsledning där t ex medarbetare uppmuntras och motiveras till utveckling och vidareutbildning samt ordnar kompetensutveckling av olika slag inom ramen för enhetens arbete.
- Delaktighetsstödande arbetsledning där ledaren tydligt visar tillit till medarbetares förmåga att ta ansvar, ber om synpunkter och idéer samt ger möjlighet att påverka verksamhetens utformning och framtid.

10.5. En gemensam utbildning för äldreomsorgens chefer

Vikten av ledarskap inom äldreområdet betonas i flera olika sammanhang,

till exempel avseende vård- och omsorgspersonalens arbetsmiljö, för att nå politiskt uppställda mål och kunna erbjuda en god vård och omsorg om äldre. Vidare betonas att ha en god kunskap om och relation till brukare för ett ökat brukarinflytande samt förmåga att ge stöd och möjliggöra inflytande för anhöriga.

Att vara chef och ledare i framtidens vård och omsorg av och för äldre kommer med sannolikhet att innebära nya utmaningar och ställa ytterligare krav på organisering och ledning av verksamheten. Som tidigare konstaterats finns en bit in på 2000-talet inget formellt eller gemensamt utbildningskrav på den som ska inneha en befattning som chef inom äldreomsorgen, oavsett vilken nivå chefskapet utövas på. Konstateras kan utifrån den genomförda enkätstudien att utbildningsbakgrunden varierar liksom antal medarbetare, verksamhetsinnehåll och chefsuppdraget i sig. Trots att kunskaper om organisering och ledning finns med i examensmålen för socionomer och sjuksköterskor kan färdighet och förmåga i ledarskapande eller att leda integrerat värdeskapande ses som en "missing ingridience" i grundutbildningen.

Vi menar därför, med bakgrund av den komplexitet som chefsrollen och ledarskapande inom äldreområdet innebär, att det är rimligt att ställa formella utbildningskrav på uppdraget som första linjens chef inom välfärdsområdet. Behovet finns därför av en fort- och vidareutbildning efter socionom- respektive sjuksköterskeexamen i form av ett kvalificerat traineeprogram i nära samverkan mellan universitet och högskolor samt äldreomsorgens praktiker såväl inom offentlig som privat sektor.

10.5.1. LÄRDOMAR AV GJORDA ERFARENHETER

Socialstyrelsen har redan tidigare uppmärksammat behovet av en gemensam nationell kompetensutbildning för chefer inom äldreområdet. Med bakgrund i den nationella satsning på en ledarutbildning där drygt en femtedel av landets chefer genomfört den nationella ledarutbildningen är det intressant att fråga sig vad utbildningen bidragit till och vad som kommer att erbjudas resterande redan aktiva och framtida chefer inom vård och omsorg då socialstyrelsens uppdragsutbildning avslutats. Vid en jämförelse med den nationella rektorsutbildningen har motsvarande nationella utbildningsreform på chefsutbildning inom skolledning resulterat i ett formellt krav på att den som innehar uppdrag som skolledare ska ha genomgått rektorsutbildningen. Det är rimligt att anta att motsvarande krav bör ställas även på chefer inom kommunens övriga ansvarsområden inom

välfrämsområdet. För att en nationell utbildningsreform ska få önskad effekt krävs fortsatta utbildningssatsningar. Med erfarenheter av den tidigare nationella ledarutbildningen erbjuds därför sedan höstterminen 2015 en fristående kurs för chefer och ledare inom vård och omsorg, omfattande 30 högskolepoäng vid Högskolan i Borås. Kursen vänder sig såväl till redan yrkesverksamma chefer som till blivande ledare inom äldreområdet och ges på halvfart. Samtidigt efterfrågar de som redan gått den aktuella utbildningen en fördjupad och breddad ledarskapsutbildning för vidare kompetensutveckling.

Den nationella ledarutbildningen har bidragit med nya kunskaper om vad det innebär att ledarskapa i äldreomsorg och vilka förutsättningar som ges alternativt krävs för att nå intentionerna om ett värdeskapande ledarskap i såväl offentlig som privat sektor. Nya forskningsfrågor har väckts och ytterligare forskning inom området är pågående inom forskningsprogrammet "Chefsröran" vid Högskolan i Borås.

10.5.2. INNOVATIVA DELAR I EN NY UTBILDNING – DET SPECIFIKA MED ATT LEDA ÄLDREOMSORG

Vad behöver då en framtida utbildning för chefer inom äldreområdet innehålla? Konstateras kan att utifrån enkätstudien behöver chefer inom äldreomsorgen kunna se utmaningar och problem i verksamheten, synliggöra behov av förändring och initiera utveckling och förändring. Tidigare avhandlingar om vård- och omsorgspersonalens arbetsmiljö (Ljungblad 2015, Dellve 2003) visar på att vård- och omsorgspersonal ofta arbetar ensamma och inte alltid får stöd av sin närmaste chef. Vi kan anta att de som befinner sig närmast verksamheten och "mitt i" de vardagliga utmaningarna också kan se möjliga lösningar. Chefer och ledare behöver därför vara goda lyssnare och kommunikatörer så att de kan fånga upp de situationer som kan vara problematiska och samtidigt engagera medarbetare till nya idéer för innovativa lösningar. Vikten av att som ledare kunna se helheten, förstå branschen och se verksamhetens alla delar betonas (Hansson 2016) och gör att morgondagens chefer behöver ha ett holistiskt synsätt och en medvetenhet om förändringar i omvärlden, inte bara lokalt och nationellt utan också globalt med fokus på eventuella lokala effekter. Vidare är det relevant att blivande chefer utbildas för ledningsuppdrag oavsett om det är i offentlig eller privat regi.

Den största delen (80%) av insatserna som görs inom äldreomsorgen grundar sig på beslut enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453). Resterande

del av insatserna som görs (20%) är vårdrelaterade och har sin grund i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763) (Socialstyrelsen 2004). I takt med att allt fler äldre som får del av socialtjänstens insatser i form av till exempel hemtjänst, trygghetslarm eller särskilt boende generellt sett har fått ett ökat behov av kvalificerad sjukvård i hemmet har krav på medicinsk kompetens inom äldreomsorgen ökat. Understrykas i det här sammanhanget bör att de sociala behoven och därmed också krav på kompetens inom socialt arbete inte minskar på grund av detta. Flertalet första linjens chefer har att leda flera olika professionella personer i en interprofessionell samverkan. En tidigare diskussion inom äldreomsorgen har gällt hurvida ett socialt eller ett medicinskt synsätt ska vara dominerande. Vi menar dock att det är dags för ett nytt synsätt som möjliggör att dessa kombineras. Det är därför önskvärt att första linjens chefer inom äldreområdet har förmåga att möjliggöra att såväl ett så kallat socialt som ett medicinskt synsätt kan utvecklas i en framtida äldreomsorg eller ännu hellre att vi med fokus på ett värdeskapande ledarskap kan utveckla nya ledarskapsteorier för en innovativ verksamhetsutveckling.

Första linjens chefer menar att de i det dagliga arbetet förväntas vara och också ser sig själva som en förebild för vård- och omsorgspersonalen avseende bemötande och hantering av etiska dilemman. Detta stärks av tidigare forskning (Wolmesjö 2005). Att utbilda ledare inom äldreomsorgen i etik är därför viktigt (Gallagher & Tschudin 2010). Grunden i en framtida värdeskapande ledarutbildning bör därmed bygga på fördjupande kunskaper om mänskliga rättigheter och en diskussion om hur ledarskap, medarbetarskap, brukarskap och anhängarskap kan organiseras på olika nivåer för att nå övergripande demokratisk mål om rättvisa och jämlikhet. Vidare krävs en fördjupning i kunskaper om hur värdegrundsfrågor kan initieras och implementeras, det vill säga levandegöras i verksamheten. Chefer och ledare i äldreomsorgen efterfrågar konkreta redskap för att skapa förutsättningar och organisera den etiska reflektionen för att medarbetarna ska kunna hantera problematiska etiska avvägningar – det kräver kunskaper när det gäller etiska analysinstrument och kring etisk gruppreflektion.

För att kunna agera och förhålla sig på ett sätt som gör att ledaren framstår som en förebild krävs dock mer än teoretisk utbildning i etik. Det krävs dessutom en tämligen hög grad av självinsikt i de egna värderingarna och innehållet i den ”etiska kompass” som vägleder ledaren inför verkliga och påtagliga värdedilemman. I någon mening måste ledaren

självkritiskt kunna bygga en medvetenhet om vad som utgör de egna faktiska och önskade idealen och värderingarna, respektive få en insikt i vilka ideal och värderingar från omgivningen som påverkar den egna chefsrollen och hur detta kan påverka beslutsfattandet. Detta är ingen enkel uppgift men om ledaren ska framstå med någon form av trovärdighet i sin roll som förebild, räcker det inte med att skapa förutsättningar för etisk reflektion bland medarbetarna utan att ledaren själv visar förmåga till etisk reflektion. Att cheferna befinner sig ett eller flera steg ifrån omvårdnaden och omsorgen gör det än mer påtagligt att den etiska reflektionen måste vara väl förankrad hos ledaren själv, dels för att kunna framstå som en förebild och dels för att kunna förstå vad syftet är med etisk reflektion bland medarbetarna. En viktig del i ledarutbildningen måste därför möjliggöra färdighetsträning av olika slag för etisk reflektion för personlig utveckling och ökad självkänedom.

10.6. Metoddiskussion

Undersökningsgruppen är en relativt stor grupp chefer och ledare inom äldreområdet i främst i södra och västra Sverige. Det är en styrka. Samtliga har dock deltagit i en chefsutbildning, vilket skulle kunna indikera en snävare studiepopulation. Dock var utbildningen en uppdragsutbildning, finansierad via Socialstyrelsen och föregicks av en uppmaning från socialstyrelsen om att det var önskvärt att chefer deltog i denna satsning. Det innebär därmed att studiepopulationen utgör en något bredare grupp än vad deltagare i en annan ledarutbildning skulle göra. Deltagarna i studien var i olika delar i utbildningen: i början, i mitten och i slutet. Vi har inte i denna rapport analyserat eventuella skillnader beroende på var i utbildningen cheferna befann sig vid besvarande av enkäten. Det kommer ske i efterkommande studie.

Svarsfrekvensen var god trots att enkäten var omfattande. Vår avsikt var att göra det enkelt att bara delta i begränsad del om de så önskade. I praktiken visade det sig dock inte vara så lätt att gå emellan enkätens olika delar. Därför valde merparten att besvara hela enkäten. Det bortfall som fanns per fråga valde vi att inte redovisa, då det skulle göra denna mer populärvetenskapliga rapport mer tungläst. Det fanns ingen fråga som behövde exkluderas på grund av för få svarande.

Studien är en tvärsnittstudie och har därmed en del begränsningar avseende vad som är orsak och verkan. Detta har vi hanterat genom att visa en mångfald av deskriptiva analyser jämte några linjära regressioner

och SEM-analyser med tydliga hypoteser avseende riktning. Mer fördjupad analytiskt forskningsarbete kommer ske i efterföljande artiklar.

10.7. Slutsatser

Studien visade att ledare i äldreomsorgen har många olika värden, på olika nivåer och utifrån olika perspektiv att förhålla sig till i sitt ledarskap. Att hantera och utveckla förståelse för dessa är utmanande i chefskapet och värdedilemman är vanliga. Resultaten av analysarbetet visar att en utvecklad fördjupad förståelse för dessa och utvecklingsorienterat ledarskap har betydelse för att leda integrerat värdeskapande – och hållbart. Nära och fungerande organisatoriska stödresurser minskade tydligt värdekonflikter och hade stor betydelse för hållbart integrerat och värdeskapande ledarskap. Det organisatoriska stödet modererades något av grundprofession vilket indikerar ett utbildningsbehov bland äldreomsorgens chefer jämte ett tydligt behov av ett utvecklat organisatoriskt stöd. Vi vill också lyfta fram att majoriteten av chefer i denna studie beskriver generellt en aktiv och god organisering av chefsuppdraget.

REFERENSER

- Akademikerförbundet, (2015a) *Etisk kod för socialarbetare*. www.ssr.se 2016-01-25.
- Akademikerförbundet, (2015b) *Nu kommer ny etisk kod för socialt arbete*. www.akademssr.se 2016-01-25.
- Almqvist R. (2004) *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Stockholm: Liber.
- Alvesson, M. & Svenningsson, S. (2007) *Organisationer, ledning och processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen Robstad G. & Westgaard, R. H. (2015) Discrepancies in assessing home care workers' working conditions in a Norwegian home care service: differing views of stakeholders at three organizational levels. *BMC Health services research*, 15(1), 1.
- Andersson-Felé, L. (2008) *Leda lagom många. Om struktur, kontrollspann och organisationsideal*. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan. Diss.
- Andrews, J.A., Manthorpe, J. & Watson, R. (2003) *Involving older people in intermediate care*. *Nursing and Health Care Management and Policy*. Blackwell Publishing Ltd. P. 303-310.
- Angelis, J. & Jordahl, H. (2014) *Att styra och leda Äldreomsorg. Hur går det till och vad kan förbättras*. Stockholm: SNS Förlag.
- Arbetsförmedlingen (2015) *Platsbanken. Sök lediga jobb*. Tillgänglig: www.arbetsformedlingen.se
- Arman, R., Dellve, L., Wikström, E & Törnström, L. (2009) What health care managers do: applying Mintzberg's structured observation method. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 718-729.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, et al (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), ss. 3186-3191.
- Bennich, M. (2011) Eget val inom hemtjänsten i Linköpings kommun. I Zanderin, L. (red) *Lag om valfrihetsbetsystem- en introduktion för professionsutbildningar*. Malmö: Liber.
- Bennich, M. (2012) *Kompetens och kompetensutveckling i omsorgsarbete. Synen på kompetens och lärande – i spänningsfältet mellan samhälleliga förutsättningar och organisatoriska villkor*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Diss.
- Beresford, P. (1993) A Programme for Change: Current issues in user involvement. In *A Challenge to Change: Practical Experiences of Building User-led Services* Beresford, P. & Harding, T., eds. The National Institute for Social Work, London, p.9-30.
- Beresford, P. (2013) From 'other' to involved: user involvement in research: An emerging paradigm. *Nordic Social Work Research* 3:2, p. 139-148.
- Beresford P. & Carter T. (2000) *Age and Change: Models of Involvement for Older People*. Joseph Rowntree Foundation, York.
- Bergman, A. (2009) *Att leda inom äldreomsorgen – En litteraturgenomgång av enhetschefers organisatoriska sammanhang och arbetsvillkor* (Karlstad University Studies 2009:8). Karlstad: Karlstads Universitet.
- Berlin, J., Kastberg, G. (2011) *Styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Bernin, P., Theorell, T. & Sandberg, C.G. (2001) Biological correlates of social support and pressure at work in managers. *Integr. Physiol. Behav. Sci.* 36(2):121-36.
- Björklund, C., Lohela Karlsson, M., Jensen, I., Hagberg, J., & Bergström, G. (2011) *Hierarkier av hälsa. Chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö i kommuner och landsting*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Blais R., Sears ,N.A., Doran, D., Baker, R. G., Macdonald, M., Mitchell, L., & Thales, S. (2013) Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ Qual Saf* 22 989-997.

- Blennerger, E. & Johansson, B. (2010) *Värdigt liv och välbefinnande*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Blennerger, E. (2007) *Etisk & ledarskap. Etisk kod för chefer*. Malmö: Liber AB.
- Bolin, E. & Englund, E. (1991) *Inför ädel, studiematerial*. Älvsjö: Svenska kommunförbundet.
- Brilliant, E. L. (1986) Social Work Leadership: A Missing Ingredient? *Social Work* (September-October 1986) 31 (5): 325-331. doi: 10.1093/sw/31.5.325.
- Casali, G.L. (2008) Creating managerial ethical profiles: An exploratory cluster analysis. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies, EJBO*, 13(2), ss. 27-33.
- Casali, G.L. (2011) Developing a multidimensional scale for ethical decision making. *Journal of Business Ethics*, 104(4), ss. 485-497.
- Chiaburu, D.S., Van Dam, K., Hutchkins, H.M. (2010) Social support in the workplace and training transfer: A longitudinal analysis. *International Journal of Selection and Assessment* 18; 187-200.
- Choi, S. (2010) *Competing logics in hospital mergers - The case of the Karolinska University Hospital*. Stockholm: Karolinska Institutet. Diss.
- Civildepartementet, (1991) *Vidga brukarinflytandet – en väg till ökad delaktighet och bättre service*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Crawford ,M., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. & Tyler, P. (2002) Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 325, p. 1263–1265.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), 363-385.
- Dahler-Larsen, E., Rostgaard, T. Høy Worm, V., Sigurjónsson J.A., Tór Næs, J., Finne-Soveri, H., Österlund, M-L., Sigurdardottir, S.H., Ouren, T., & Granberg, A-C. (2015) *Äldreomsorg i Norden*. Projekt: Kvalitet i äldreomsorgen. Stockholm/Helsingfors: Norden, Nordens Vårdscenter.
- Dauwerse, L., Abma, T.A., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2013). Goals of clinical ethics support: perceptions of Dutch healthcare institutions. *Health Care Analysis*, 21(4), ss. 323-37.
- Dellve L. Explaining occupational disorders and work ability among home care workers (doktorsavhandling). Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin, 2003.
- Dellve, L., Andreasson, J., Eriksson, A., Strömgen, M., Williamsson, A (2016) *Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetsjämnande implementeringslogiker bygger mer hållbart engagemang och utveckling – i praktiken*. Stockholm: KTH - Kungliga Tekniska Högskolan.
- Dellve, L., Andreasson, J., & Jutengren, G. (2013). Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 866-877.
- Dellve, L. & Hallberg, L. R-M. (2008) "Making it work in the frontline" explains female home care workers' defining, recognising, communicating and reporting of occupational disorders. *Qualitative Studies On Health And Wellbeing* 2008; 3 (3); 176-184.
- Dellve, L, Karlberg, C., Allebeck, P, Herloff, B. & Hagberg, M. (2006) Macro-organisational factors, the incidence of work disability and work ability among the total work force of HCWs in Sweden. *Scand J Public Health*. 2006; 34 (1):17-25.
- Dellve, L., Lagerström, M. & Hagberg, M. (2003) Work system risk factors for disability pension among home care workers: a case-control study. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2003;76:216-224.
- Dellve, L., Skagert, K., & Eklöf, M. (2008). The impact of systematic health & safety management for occupational disorders and work ability. *Social Science & Medicin*, 67(6):965-70.
- Dellve, L., Skagert, K. & Vilhelmsson, R. (2007) Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effect on long- term work attendance. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 471–476.

- Dellve, L. & Wikström, E. (2006) *Hållbart ledarskap i sjukvården. Utveckling av ledarskap och stödstrukturer ur individ- och organisationsperspektiv*. Rapport från Västra Götalandsregionen.
- Dellve, L. & Wikström, E. (2009) Managing complex workplace stress in health care organisations: Leaders' perceived legitimacy conflicts. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 931–941.
- Dellve, L., Williamsson, A., Strömberg, M., Holden, R. J., & Eriksson, A. (2015). Lean implementation at different levels in Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. *International Journal of Human Factors and Ergonomics*, 3(3-4), 235-253.
- Docherty, P., Kira, M. & Shani, A.B. (Eds., 2009) *Creating Sustainable Work Systems, Developing Social Sustainability*, 2nd edition. London: Routledge.
- Döös M. & Nyberg, A. (red) (2009) Ledarskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap. *VINNOVA Rapport VR 2008:15*.
- Edebalk, P-G, & Svensson, M. (2005) *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden: konsument perspektivet*. Norden Nordic Council of Ministers.
- Ekholm, B. (2012). Middle managers in elderly care under demands and expectations. *Leadership in Health Services*, 25(3), ss. 203–215.
- Eklöf, M., Pousette, A., Dellve, L., Skagert, K. & Ahlberg j, G. (2010). *Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI): Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg*. Göteborg: Göteborgs stad.
- Elmersjö, M. (2014) *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen*. Växjö: Linnéuniversitetet. Diss.
- Erichsen Andersson A, Bääthe F, Wikström, E. & Nilsson, K. (2015) Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration* 2015, Vol. 4, No. 4.
- Ericsson, C. & Hessel, Å. (2010) *Risikanalytisk och händelseanalys, analysmetoder för att säkra patientsäkerhet*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:745-74.
- Gallagher, A. & Tschudin, V. (2010) Educating for ethical leadership. *Nurse education today*. Volume.30 (3).pp. 224-227.
- Gilpin-Jackson, Y., & Bushe, GR. (2007) Leadership development training transfer: A case study of post training determinants. *Journal of Management Development* 26; 980-1004.
- Gladwin, Thomas N., James J. Kennelly, and Tara-Shelomith Krause. "Shifting Paradigms for Sustainable Development: Implications for Management Theory and Research". *The Academy of Management Review* 20.4 (1995): 874–907.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). *Managing the care of health and the cure of disease, part I-part II*. Health Care Management Review.
- Göteborgs universitet (2016) *Samhällsvetenskapliga fakultetsstyrelsen, Utbildningsplan för Socionom programmet 210 högskolepoäng* Fastställt av Samhällsvetenskapliga fakultetsstyrelsen 2010-04-22, reviderad 2012-12-18, 2013-06-19, 2014-12-18 <http://socwork.gu.se/utbildning/grundutbildning/socionomprogrammet> Tillgänglig 2016-02-01.
- Hagerman, H., Engström, M., Häggström, E., Wadensten, B. & Skytt, B. (2015). Male first-line managers' experiences of the work situation in elderly care : an empowerment perspective. *Journal of Nursing Management*, 23 (6), 695-704.
- Harnett, T. (2010) The Trivial Matters. *Everyday power in Swedish elder care*. School of Health Sciences, Jönköping University College. Diss.
- Harnett, T., Jönsson, H. & Wästerfors, D. (2012) *Makt och vanmakt på äldreboenden*. Lund: Studentlitteratur.
- Hart, RA. (1995) The right to play and children's participation In Shier H (Ed). *Action Pack*. In the article 31. Birmingham: PLAY. Train.
- Hasselgren, S. (2013) Hur står det till med brukarinflytandet? *Alkohol och narkotika nr1* s4-7.

- Hermesen, M. & ten Have, H. (2005). Decision-making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 56(3), 268-75.
- Höglund, P.J., Essen, A., Choi, S., et al (2012) Value-based health care—strategy for efficient Swedish health care. Care should be organized based on what gives value to the patient. *Läkartidningen*. 2012; 109(47): 2159-61. PMID: 23330480.
- Hollnagel, E. (2013) A tale of two safeties. *Nuclear Safety and Simulation*, 4(1), 1–9.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2014) Effective nursing leadership of older persons in the community – a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 211-224. doi:10.1111/jonm.12076
- Holmdahl, B. (1994) *Sjuksköterskans historia: Från sjukvakterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber.
- Höglund, P.J. Essén, A. Choi, S. Ernestam, S. Kaarme, J. Meovius, M. (2012) Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård. Vården bör organiseras utifrån vad som ger värde för patienten *Läkartidningen*, nr 47 2012 volym 109.
- Högskolan i Borås, (2016) *Utbildningsplan. Organisations- och personalutvecklare i samhället*. Fastställt av: Utbildningsutskottet, 2015-09-07 Tillgänglig: <http://www.hb.se/Vill-studera/Program-och-kurser/Program-HT-2016/Organisations-och-personalutvecklare-i-samhallet/>
- Högskolan i Borås (2016) *Utbildningsplan. Sjuksköterskeutbildningen*. Fastställt av: Utbildningsutskottet, 2015-02-27 Tillgänglig: <http://www.hb.se/Vill-studera/Program-och-kurser/Program-HT-2016/Sjuksköterskeutbildning/#syllabus>.
- IVO (Inspektionen för vård och omsorg), (2015) *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*. IVO 2015-62.
- Jegermalm, M. & Jeppsson Grassman, E. (2012) Omsorgens gestaltningar i civilsamhället. I *Jeppsson Grassman, E. & Whitaker, A.* (red) (2012) Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv. Lund: Studentlitteratur.
- Jeppsson Grassman, E. & Taghizadeh Larsson, A. (2013) Svenska utlandskyrkan i en tid av äldre migration och globalisering. *Linköping university: Linköping University Electronic Press*, 2013, 2., 162 s.
- Kanter R.M. (1993) *Men and Women of the Corporation*, 2nd edn. Basic Books, New York.
- Karlsson, M. & Börjesson, M. (2011) *Brukarmakt- i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kelloway, Teed & Kelley (2008) The psychosocial environment: Towards an agenda for research. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(1), 50–64.
- Kira, M. (2003) *From Good Work to Sustainable Development – Human Resources Consumption and Regeneration in the Post-Bureaucratic Working Life*. Stockholm: Royal Institute of Technology Department of Industrial Economics and Management Work Group of Industrial Work Science. Diss.
- Kira, M., Balkin, D.B. & San, E. (2011) Authentic work and organizational change: Some longitudinal evidence from a merger. *Journal of Change Management*.
- Kira, M., Eijnatten, F.M. Van & Balkin D.B. (2010) Crafting sustainable work: Development of personal resources. *Journal of Organizational Change Management*, 23, 5, 616–632.
- Kira, M., Forslin, J (2008). Seeking regenerative work in the post-bureaucratic transition. *Journal of Organizational Change Management*, 21(1), 76-91.
- Kjellberg, I. (2012) *Klagomålshandtering och Lex Sarah-rapportering i äldreomsorgen. En institutionell etnografisk studie*. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Kjellström, S. & Sjölander, P. (2014) The level of development of nursing assistants' value system predicts their view on paternalistic care and personal autonomy. *International Journal of Ageing and later life* 919 35-68.
- Konkurrensverket, (2014) *Lag om valfrihet (LOV), vägledning för utförare*. Tillgänglig: <https://www.valfrihetswebben.se/pdf/lagen-om-valfrihetssystem-lov-2014-11.pdf>

- Kristoffersen, N. J. (2006) Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. *Grundläggande omvårdnad del 4*. (ss. 13–111). Stockholm: Liber.
- Lindholm, M. (2006) Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *J Nurs Manag.* 14(4):300-9.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, E., Östergren, P-O. & Udén, G. (2003) Nurse managers professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing* 42, 506-515.
- Lingard, H. & Francis, V. (2006) Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout among construction professionals? *Construction Management and Economics*, 24;185-196.
- Linköpings universitet (2016) *Utbildningsplan för Socionomprogrammet*. Fastställt av filosofiska fakultetsstyrelsen 2010-10-28. Reviderad av kvalitetsnämndens arbetsutskott 2012-05-21 samt på delegation av kvalitetsnämndens ordförande 2014-08-18. Tillgänglig: www.isv.liu.se 2016-02-01
- Ljungblad, C. (2015) *Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations*. Stockholm: Karolinska Institutet. Diss.
- Llwell, S. (2001) Two-way windows: clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22, 593–623.
- Lundqvist, D. (2013) *Psychosocial work conditions, health, and leadership of managers*. Linköping University: National Centre for Work and Rehabilitation, Division of Community Medicine, Department of Medical and Health Sciences. Diss.
- Länstidningen Södertälje (2014) *Mellanboende viktigt för de äldre*. Tillgänglig: <http://lt.se/nyheter/sodertalje/1.2627219-mellanboende-viktigt-for-aldre>, 2016-02-02.
- Madjar N. (2008) Emotional and informational support from different sources and employee creativity. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 81(1), 83-100.
- Malmö högskola, (2009) *Sjuksköterskeutbildningen 50 år*. Malmö: Holmbergs.
- Maneesriwongul, W. & Dixon, JK. (2004) Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), ss. 175-186.
- McKee, M. & Healy, J. (2002) *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Megagher, G. & Szebehely, M. (2013) Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation. Oversight, extent and consequences. Stockholm University, Department of Social work: *Stockholm Studies in Social Work* 30.
- Mitton, C., Peacock, S., Storch, J., Smith, N. & Cornelissen, E. (2010) Moral distress among healthcare managers: Conditions, consequences and potential responses. *Healthcare Policy*, 6(2), ss. 99-112.
- Montin, S. (2002) *Moderna kommuner*. Malmö: Liber ekonomi.
- Nilsson, K., (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Nygårdh, A. (2013) *A quality improvement project on empowerment I chornice kidney care: an interaktiv research approach*. Jönköping University: School of Health Sciences. Diss.
- Olaison, A. (2009) *Negotiating Needs. Processing older persons as home care recipients in gerontologica social work practices*. Linköping: Linköping: Univ. Press. Diss.
- Ouweneel, AP., Taris, TW., Van Zolingen, SJ., Schreurs, PJ. (2009) How task characteristics and social support relate to managerial learning: empirical evidence from Dutch home care. *J Psychol.* 143(1):28-44.
- Philipsson, S. (2004) *Etik och företagskultur. Att leda med värden*. Lund: Studentlitteratur.
- Philipson, S. (2011). *Kan en värdegrund skapa framgång?* Lund: Studentlitteratur.
- Pollit, C., Bouckaert G. (2000) *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Porter, M.E., Lee, TH. (2003) The Strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev.* 2013; 91(10): 50–70.

- Porter, M. E., Teisberg EO. (2006). Redefining Health Care - Creating Value-Based Competition. 2006/06/06 ed. Boston: Harvard Business School Press; 2006 May.
- Porter, M. E. (2009) A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Regeringen (2015) *Budgetpropositionen 2016: Ökad bemanning i äldreomsorgen. Utgiftsområde 9. Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/artiklar/2015/09/budgetpropositionen-2016-okad-bemanning-i-aldreomsorgen/> 2016-02-02.
- Richard, E. & Wolmesjö, M. (2010) Förutsättningar för hantering av etiska dilemman bland första linjens chefer. I Hagström, Bo & Söderström, Magnus (red) *Ledning och organisering av professionsstarka verksamheter*. Linnéuniversitetet. Institutionen för samhällsvetenskaper. Arbetsliv i omvandling/Work Life in Transition Nr 03/2010.
- Robertson, P.J., Roberts, D.R. & Porras, J.I. (1993) Dynamics of planned organizational change: Assessing empirical support for a theoretical model. *Academy of Management Journal*, 36(3), 619-634.
- Sandman, L. (2007). Världens tjocka språk – om värdighet och andra begrepp. I Määttä, S. & Segesten, K. (red.) *Världens språk*. Stockholm: Liber.
- Sandman, L. & Källström, S. (2013) *Etikkboken*. Lund: Studentlitteratur.
- SCB, enheten för befolkningsstatistik (2014) Befolkningspyramiden har blivit ett torn. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/
- Sears, N., Baker, G.R., Barnaby, J. & Shout, S. (2013) The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care* 25: 16–28.
- SEB (2015) *Välfärdsbarometern*. En rapport från SEB, juni 2015.
- Shier, H. (2001) Pathways to participation: Openings opportunities and obligations. *Children and society* Vol 15 p107–117.
- Silverman, HJ. (2000). Organizational ethics in healthcare organizations: proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity. *HEC Forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 12(3), 202-15.
- Skagert, K., Dellve, L. & Ahlberg, G. (2012). A prospective study of manager's turnover and health in a healthcare organization. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 888-899.
- Skagert, K., Dellve, L., Eklöf, M., Ljung, T, Pousette, A. & Ahlberg, G. Jr. Leadership and stress in public human service organizations: Acting shock absorber and sustaining own integrity. *Applied Ergonomics* 2008, 39: 803-811.
- Skakon J., Nielsen K., Borg W. & Guzman J. (2010) Are leaders well-being behaviors and style associated with the affective wellbeing of their employees? *Work and stress*, 24(2), 107-139.
- SKL, (2015) *Tillämpning av lagen om valfrihetssystem (LOV)* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig: <http://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/lagomvalfrihetssystemlovtilampning.1969.html>
- Skytt, B., Hagerman, H., Strömberg, A. & Engström, M. (2015). First-line managers' descriptions and reflections regarding their staff's access to empowering structures. *Journal of Nursing Management*, 23 (8) 1003-1010.
- Socialdepartementet, (2002) Statens offentliga utredningar (SOU). *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2004) *Sammanhållen hemvård*. (SOU 2004:68) Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet, (2008a) Statens offentliga utredningar (SOU). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. (SOU 2008:18). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet, (2008b) Statens offentliga utredningar (SOU). *Värdigt liv i äldreomsorgen*. (SOU 2008:51). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet, (2010) *Värdigt liv i äldreomsorgen*. (Regeringens Proposition 2009/10:116). Stockholm: Regeringskansliet.

- Socialdepartementet, (2012) Regeringsbeslut. *Uppdrag om ytterligare insatser för att stödja utvecklingen i värdegrundsarbetet inom äldreomsorgen*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialministeriet, (2003) *Vejledning. Sociala tillbud till äldre med flera. Lov om social service*.
- Socialstyrelsen, (2003) *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2006) *Påverkar cheferns personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2009) *Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre? En utvärdering av Kompetensstegen*. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete.
- Socialstyrelsen, (2011a) *Nationella ledarutbildningen för chefer inom äldreomsorgen. Förslag och vägledande underlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2011b) *Utbildning i värdegrundsarbete inom äldreomsorgen. Rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2012a) *Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2012b) *Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2012c) *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? En jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2013a) *Alltmer hemtjänst i enskild regi 21 mars 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2013b) *Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2014) *Utveckling av värdegrundsarbete inom äldreomsorgen – Slutrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2015a) *Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b) *Termbanken*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/term
- Sousa, V.D. & Rojjanasirart, W. (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural healthcare research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), ss. 268-274.
- Strömberg, M., Eriksson, A., Bergman, D., Dellve, L. (2016) "Social capital among healthcare professionals: a prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements in Swedish hospitals". *International Journal of Nursing Studies* 2016; 53; 116-125.
- Strömberg, J., Berntson, E., Dellve, L., Härenstam, A., Skagert, K., Pousette, A., & Wallin, L. (2013) *Chefers rörlighet i offentlig sektor. Rapport från en studie inom CHEFiOS*. Göteborg: Institutet för Stressmedicin; *ISM-rapport 12*.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009) *Sjuksköterskans profession*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; Tillgänglig: http://www.swenurse.se/PageFiles/6023/OM_professionen.pdf
- Svenska kommunförbundet (2001) *Jämförelse mellan kommunorganisationerna i Finland, Sverige, Norge och Danmark*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Svensson, M. & Edebalk, P.G. (2001) 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen – några utvecklingstendenser. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi *IHE Arbetsrapport 2001:1*.
- Sveriges kommuner och landsting (2015) *Handbok. Riskanalys och Händelseanalys. Analysmetoder för att öka patientsäkerheten*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting 109 s.
- Szebehely, M. (2012) *Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar?* I Andersson, L. & Öberg, P. (red). *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.

- Szebehely, M. & Meagher, G. (2013) Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketisation. In *Marketization in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Ed. Gabrielle Meagher & Marta Szebehely. Stockholm University: Department of Social Work. Stockholm Studies in Social Work, 30.
- Tafvelin, S., Hyvönen, U., Westerberg, K., (2014) Transformational leadership in the social work context: The importance of leader continuity and co-worker support. *British Journal of Social Work*, 44(4), 886.
- Tengblad, S. (2012). *The work of managers: Towards a practice theory of management*. Oxford; New York; Oxford University Press.
- Tengelin, E., Arman, R., Wikström, E., Dellve, L. (2011) Regulating time commitments in healthcare organizations – managers' boundary approaches at work and in life. *Journal of Health Organization and Management*. 2011; 25 (5).
- Thelin, A. & Wolmesjö, M. (2014) Tid att leda. *En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet*. Stockholm: Vision. November 2014. Tillgänglig: <http://mb.cision.com/Public/1167/9686008/bdea288a6137305b.pdf>
- Toren, O. & Wagner, N. (2010) Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics*, 17(3), ss. 393–402.
- Vetenskapsrådet (2015) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vårdförbundet (2007) *Sjuksköterskan i kommunal äldreomsorg*. Tillgänglig: www.vardforbundet.se
- Pousette, A. & Dellve, L. (2014) Span of control and the significance for public sector managers' job demands: A multilevel study. *Economic and Industrial Democracy*, 35(3), 455–481. doi: 10.1177/0143831x13488002.
- Watson, N. (2012) "Researching Disablement". In Watson, N., Roulstone, A & Thomas, C. (ed) *Handbook of Disability Studies*. London: Routledge. p.93-105.
- Wetterberg, G. (2014) Vi behöver mellanboende! *Krönika från Fastighetsnytt 3/2014*. Tillgänglig: <http://fastighetsnytt.se/2014/05/vi-behoover-mellanboende/> 2016-02-02
- Whitaker, A. (2009) Family involvement in the institutional eldercare context – Towards a new understanding. *Journal of Aging Studies*, 23,3, 158-167.
- Wikström, E. & Dellve, L. (2009) Contemporary Leadership in Health Care Organizations: Fragmented or Concurrent Leadership. *Journal of Health Organization & Management*, 23(4), 411-428.
- Wikström, E. & Dellve, L. Arman, R., Tengelin, E. (2011) *Chefers tidsanvändning och stress i sjukvården*. Västra götalandregionen.
- Wolmesjö, M. (2005) *Ledningsfunktion i omvandling. Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Diss.
- Wolmesjö, M. (2009) Rättigheter och rättsliga aspekter i praktiken. I Wolmesjö, M. & Zanderin, L. (red). *LSS - regelsystem, implementering och realitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wolmesjö, M. (2011) Att ledarskapa i omvandlingstid. *Äldre i Centrum*. Nr 1, 2011. S.33–34.
- Wolmesjö, Maria & Richard, Elvi (2011) First Line Managers Conditions How to Handle Etichal Dilemmas in Social Work and Police In Berg, Elisabeth Ed. (2011) *Changes and new Directions in Human Services. Research Report*. Luleå University of technology. Luleå: Universitetstryckeriet.
- Wolmesjö, M. (2012) Förutsättningar för ledarskapande. *Chefstidningen. HR- och ledarskapsmagasin för akademiker*, Nr 3, sid 49–51.
- Wolmesjö, M. (2014) Introduktion. I Wolmesjö, M. & Staaf, A. (red) *Rätt till bistånd i äldreomsorg. Etik, juridik, praktik och profession*. Gleerups Utbildning AB.
- Åhnby, U. (2012) *Att möjliggöra äldre människors delaktighet i vardagen. Framtidsverkstad som idé och metod*. Jönköping: Hälsohögskolan. Diss.

OFFENTLIGA TRYCK

- SFS 1977:1160 Arbetsmiljölöag.
SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
SFS 1986:223 Förvaltningslag.
SFS 1991:900 Kommunallag.
SFS 1993:387 Lag om särskilt stöd för vissa funktionshindrade.
SFS 2001:453 Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet.
SFS 2003:460 Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
SFS 2007:1091 Lag om offentlig upphandling.
SFS 2008:962 Lag om valfrihetssystem.
SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag.
SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag.
SFS 2014:821 Patientlag.
- SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
SOSFS 2012:3 *Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre*. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.

Denna rapport fokuserar chefers etiska värderingar, dilemman och organisatoriska förutsättningar för att bedriva ett värdebaserat ledarskap i såväl kommunal som privat äldreomsorg. Det forskar- och lärarlag vid Högskolan i Borås som arbetade med den nationella ledarutbildningen för chefer inom äldreomsorgen har initierat och genomfört studien. Utbildningen gavs till chefer och ledare inom kommunal eller privat äldreomsorg i södra Sverige på uppdrag av Socialstyrelsen och omfattade två års studier på kvartsfart. Deltagarna inbjöds att delta i en enkätstudie och det är resultatet av bearbetning och analys av den som redovisas i denna rapport. Resultatet visar att chefer i äldreomsorgen möter många olika värden, på olika nivåer och utifrån olika perspektiv i sitt ledarskap. Att hantera och utveckla förståelse för dessa är utmanande och värdedilemman är vanliga. En bredare förståelse och kunskap om en mångfald av värden, förhållningssätt och strategier samt goda organisatoriska stödresurser tycks bidra till mer hållbart och integrerat värdeskapande ledarskap.

Boken vänder sig till dig som arbetar i ledande befattning inom äldreomsorgen, är studerande inom vård- och omsorgsutbildningar på högskolenivå eller i övrigt har ett intresse av att fördjupa dig om första linjens chefers arbete med att leda och integrera värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar.



HÖGSKOLAN
I BORÅS