



LUNDS UNIVERSITET

Campus Helsingborg

Institutionen för service management
och tjänstvetenskap

Examensarbete för kandidatexamen

Spindeln i nätet

En studie om flerdimensionella hierarkinivåer inom
sjukvården

Emelie Sjöström

Julia Nordgärd

Antal ord: 14 465

Gruppenr: 38

Handledare:

Johan Alvehus

Examensarbete

VT 2018

Förord

Det enorma intresse som finns för ledarskap och den status som ledare generellt tillskrivs är ett fenomen som fångat vårt intresse. När vi dessutom insåg att sjukvården består av hierarkier med ett flertal olika ledare förstod vi att det var något för oss att fördjupa oss i. Under några månaders tid har vi läst, skrivit och analyserat om, och om, och om igen. Vi har upplevt toppar fyllda av framsteg och intressanta reflektioner för att snabbt hamna i dalar av förtvivlan. Tillslut blev det ändå ganska bra och vi hoppas att ni, med denna uppsats, får flera ”aha-upplevelser”. Det har i alla fall vi fått!

Johan Alvehus, tack för ditt engagemang och för att du tyckt att det vi gör är intressant, viktigt och relevant. Efter varje möte med dig har vi känt oss fulla av inspiration till att fortsätta arbetet med uppsatsen, det har varit guld värt.

Ulla Urde, tack för att du läst vår uppsats med ett granskande öga och hjälpt oss höja kvalitén på texten. Du med din energi gör att skrivandeprocessen faktiskt blir rolig.

Samtliga intervjupersoner, tack för att ni har ställt upp och berättat om era erfarenheter och upplevelser inom sjukvården. Utan er - ingen uppsats!

Helsingborg, 23 maj 2018.

Emelie Sjöström

Julia Nordgård

Sammanfattning

Denna uppsats ämnar att genom en kvalitativ metod undersöka hierarkier inom sjukvården för att bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen, det vill säga hur ledarskap konstrueras. För att komma åt fenomenet om hierarkier inom sjukvården har djupintervjuer med sjuksköterskor gjorts eftersom de tycks befinna sig i mitten av det hierarkiska systemet. Det empiriska materialet tolkas utifrån ett flertal teorier om ledarskap som består av begrepp såsom följarskap, implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman. Empirin tolkas även utifrån en teori som förklarar hur individer gör anspråk på och beviljar roller och identiteter som ledare och följare. Genom att sammanföra empirin om hierarkier inom sjukvården med teorier om ledarskap kan denna studie bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkier och dess betydelse för ledarskapsprocessen. Utifrån empirin har fem olika dimensioner av hierarkier identifierats. Analysen består därav av fem olika delar där varje dimension utgör varsitt avsnitt. De olika dimensionerna är:

1. Sjuksköterskor och chefer
2. Sjuksköterskor och läkare
3. Sjuksköterskor och undersköterskor
4. Arbetslivserfarenhet
5. Akuta situationer

Resultatet visar att de olika dimensionerna av hierarkier inom sjukvården bildar ett komplext system vilket får konsekvenser för ledarskapsprocessen. De flerdimensionella hierarkierna tycks bidra både med tydlighet och ovisshet gällande vem som är ledare respektive följare beroende på vilka relationer och kontexter som diskuteras.

Nyckelord: sjukvård, hierarki, ledarskap, följarskap, roller, identiteter.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.1 Problembakgrund	4
1.2 Problematisering	6
1.3 Syfte och frågeställning	6
1.4 Avgränsningar	6
2. Metod	7
2.1 Metodval och tillvägagångssätt	7
2.2 Genomförande av intervjuer	7
2.3 Urval och intervjupersoner	8
2.4 Analysmetod	9
2.5 Resultatets tillförlitlighet	11
2.6 Etiska principer	12
3. Teori	14
3.1 Teoribakgrund	14
3.2 Teoretiskt referensram	15
3.2.1 Följarskap och identitet	15
3.2.2 Implicita ledarskapsteorier	16
3.2.3 Ledarskapsscheman	16
3.2.4 Göra anspråk på och bevilja ledarskap och följarskap	17
4. Analys	20
4.1 Sjuksköterskans roll i ledarskapsprocessen	20
4.2 Första dimensionen: Sjuksköterskor och chefer	20
4.3 Andra dimensionen: Sjuksköterskor och läkare	22
4.4 Tredje dimensionen: Sjuksköterskor och undersköterskor	27
4.5 Fjärde dimensionen: Arbetslivserfarenhet	31
4.6 Femte dimensionen: Akuta situationer	34
5. Slutsats och diskussion	37
5.1 Studiens slutsatser	37
5.2 Diskussion	38
5.3 Egna reflektioner och förslag på vidare forskning	39
Litteraturlista	41
Bilaga 1. Brev till potentiella intervjupersoner	43

1. Inledning

I uppsatsens inledande del presenteras bakgrunden till det valda forskningsområdet om hierarkier inom sjukvården och dess betydelse för ledarskapsprocessen. I denna del beskrivs och förklaras också varför det valda ämnet utgör ett problem som är relevant att undersöka. Med utgångspunkt i detta redogörs studiens syfte, frågeställning och avgränsningar.

1.1 Problembakgrund

I organisationer riktas vanligtvis fokus mot cheferna och de tillskrivs ofta en ledarroll som de förväntas axla med stort allvar. Med dessa förväntningar på chefen som ledare tillskrivs chefen ett ansvar att influera och förbättra medarbetarnas välmående, attityder, tillfredsställelse och prestationer (Sveningsson, Alvehus & Alvesson, 2012: 1). Det kan dock vara problematiskt att urskilja enskilda individer som ledare som ensamma ska ansvara för det som händer i en organisation (Sveningsson och Alvesson, 2010: 49–51). Trots att individer med höga organisatoriska positioner ofta förväntas vara ledare verkar hierarkier fortfarande vara ett område inom ledarskapsforskningen som ännu inte är helt utforskat. På så vis kan det tänkas att hierarkiernas betydelse för ledarskap är ett fenomen som verkar tas för givet. Anderson och Brown (2010) menar nämligen att hierarkier är ett mer utbredd ämne inom andra forskningsområden. De menar att det sedan länge har antagits att hierarkier är nödvändiga för att grupper ska bli framgångsrika och därför har hierarkier på senare tid fått ökad betydelse även i samband med makt, status, inflytande och ledarskap. Anderson och Brown (2010) kritiserar dock den tidigare forskningen om att grupper med branta vertikala hierarkier tycks prestera bättre, det vill säga de grupper där det är större glapp mellan gruppmedlemmarnas makt, status och inflytande. Dessa grupper tycks också ha bättre sammanhållning, samarbete och minskad risk för konflikter till skillnad från grupper med en mer platt och horisontell struktur vilket Anderson och Brown (2010) också problematiserar.

Istället hävdar Anderson och Brown (2010) att hierarkier kan bidra till både positiva och negativa effekter. De menar att i vissa grupper tycks hierarkier förbättra gruppens prestationer medan hierarkier i andra grupper verkar bidra till negativa effekter såsom sämre prestation, samarbete och motivation. De är således kritiska till att hierarkier är nödvändiga för framgångsrikt grupparbete. Istället menar de att den sociala kontexten har olika effekter på grupper och att det finns många faktorer som avgör om grupper är framgångsrika eller inte, inte enbart hierarkin. Författarna hävdar också att grupper med branta vertikala hierarkier har en tendens att misslyckas när det finns ledare som är för uppfyllda av sig själva och sin egen makt. Det saknas dock studier som visar hur processen

går till när enskilda individer tillskrivs denna typ av makt (Ibid.). Det är därmed relevant att undersöka hur hierarkier kan få betydelse för vem som är ledare för en grupp och således hierarkiers betydelse för hur ledarskapsprocessen konstrueras.

Ledarskap kan nämligen betraktas som en gemensam process som berör alla individer inom ett socialt system såsom en organisation. Det tycks vara en samproduktion mellan individer där människor antar och beviljar ledarskap. Ledarskapsforskningen har på så sätt genomgått ett skifte från att studera en individ som ledare, till att istället studera ledarskap som en social process (Crevani, 2018). Ledarskap inom organisationer uppstår därmed när individer tillsammans genom sociala interaktioner skapar identiteter som ledare och följare i den organisatoriska kontexten (DeRue & Ashford, 2010). Collinson (2006) menar dock att ledarskapsforskning behöver rikta mer fokus mot en djupare förståelse av följares identiteter och hur de olika identiteterna interagerar med ledare. Detta för att förstå komplexiteten i hur ledarskapsprocessen konstrueras. Eftersom det tycks finnas en förväntan om att chefer ska inta en ledaridentitet verkar alltså ledarskap fortfarande vara ett begrepp som är tätt sammanlänkat med hierarkier. Det är därmed väsentligt att undersöka hur människor förhåller sig till ledarskap, utifrån ett socialt system och en organisatorisk kontext, med fokus på olika roller och identiteter som konstrueras i samband med hierarkier.

Enligt Schyns och Schilling (2011) har individer implicita ledarskapsteorier med underliggande strukturer eller scheman som gör att individer har olika förförståelse och förväntningar på ledarskap. Dessa ledarskapsscheman baseras på individens uppfattningar om hur en ledare ska vara i form av egenskaper de antas besitta och hur en ledare förväntas agera. Genom implicita ledarskapsteorier kan alltså ledarskap och följarskap tolkas, förklaras och förutses (Ibid.). Hur ledarskap uppfattas av en följare beror således på följarens förväntningar på en ledare och om ledaren lever upp till dessa, det vill säga de implicita ledarskapsteorierna (Scott, Jiang, Wildman & Griffith, 2016). En följare betraktar och definierar således en ledare utifrån förutfattade meningar och den förförståelse den har sedan tidigare. Den befintliga ledarskapsforskningen om förförståelse är dock till stor del baserad i en amerikansk kontext (Schedlitzki & Edwards, 2014: 83, 85). Vidare menar Junker och Van Dick (2014) att kontextuella faktorer inte har undersökts tillräckligt och de föreslår därför vidare forskning om ledarskapskontexter. Likaså Scott et al. (2016) anser att det är viktigt att ta hänsyn till kontexten vid studier av ledarskapsprocesser eftersom individers förförståelse och implicita teorier påverkas av kontexten. Eftersom forskning visar att individer har en förförståelse om ledarskap och förväntningar på ledare är det relevant att vidare undersöka det i en specifik kontext, en sådan kontext kan vara sjukvården. Sjukvården är nämligen en bransch som karaktäriseras av utpräglade hierarkier mellan

olika professioner och specialistgrupper men även inom professioner. Dessa hierarkier fortsätter att existera trots ett flertal försök att motverka dem (Green, Oeppen, Smith & Brennan, 2017). Denna studie kommer därför med utgångspunkt i implicita ledarskapsteorier undersöka hierarkier inom sjukvården och dess betydelse för ledarskapsprocessen.

1.2 Problematisering

Ovan har vi utifrån Junker och Van Dicks (2014) resonemang argumenterat för att det behövs fler studier om implicita ledarskapsteorier i specifika kontexter och en sådan specifik kontext är alltså sjukvårdsbranschen. Det verkar även saknas förståelse om bakgrunden till varför vissa individer tillskrivs ledarroller och vissa följarroller (Scott et al., 2016; Anderson & Brown, 2010). Därmed har en forskningslucka identifierats vilket skapar ett behov av en empirisk studie om hierarkier inom sjukvården med stöd i implicita ledarskapsteorier. Detta eftersom det finns en mängd olika roller och identiteter inom sjukvården vilket gör det till en komplex bransch, präglad av hierarkiska nivåer och olika professioner (Green et al., 2017). Det lägger grund för frågor som “hur uppstår olika roller och identiteter i en sådan organisation?” och “vilka leder och vilka följer?”. Sjukvården är alltså hierarkisk men det tycks saknas nyanserade studier om hur hierarkierna fungerar i praktiken. Det är därmed relevant att utifrån denna hierarkiska kontext undersöka hur roller och identiteter som ledare och följare uppstår för att bättre förstå ledarskapsprocessen (Collinson, 2006). Vi vill alltså med hjälp av befintliga teorier om förförståelse och förväntningar på ledare och följare undersöka hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen.

1.3 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att undersöka hierarkier inom sjukvården för att bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen. Utifrån syftet har följande frågeställning formulerats:

- På vilket sätt kan hierarkier ha betydelse för ledarskapsprocessen inom sjukvården?

1.4 Avgränsningar

Denna studie fokuserar på hierarkier mellan chefer, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Vi har således valt att utesluta övriga aktörer som kan tänkas ha betydelse för ledarskapsprocessen inom sjukvården.

2. Metod

I följande kapitel beskrivs den kvalitativa metod som har legat till grund för studien. Vi förklarar också hur vi har gått tillväga och hur vi har förhållit oss till insamling av data, urval, etiska principer och analysmetod.

2.1 Metodval och tillvägagångssätt

Syftet med studien var att undersöka hierarkier inom sjukvården för att bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen. Därmed utgår studien från en kvalitativ forskningsmetod. Kvalitativ forskningsmetod är kontextbetingad och har som syfte att bidra med just ökad förståelse kring ett fenomen (Justesen & Mik-Meyer, 2010: 13–14). Eftersom vi identifierade ett behov av kontextbaserad forskning inom det valda området var kvalitativ metod ett lämpligt val eftersom syftet var att bidra med en mer nyanserad förståelse. Vidare är uppsatsen även gjord utifrån en abduktiv metod. Kvale och Brinkmann (2014: 239) menar att en abduktiv metod är användbar för att uppnå förståelse eller för att förklara något. Abduktiv metod utgör nämligen en växling mellan induktiv metod med utgångspunkt i ett empiriskt material och deduktiv metod som utgår från mer teoretiska föreställningar. I en abduktiv metod kan teorin och empirin ses som två dimensioner som kommer i kontakt med varandra och kontinuerligt omformas (Alvehus, 2013: 109–110). Detta stämmer överens med denna studie eftersom den insamlade empirin påverkat teorin och vice versa, därmed blev abduktiv metod ett naturligt val för att på ett lämpligt sätt uppnå studiens syfte.

2.2 Genomförande av intervjuer

Empiri till studien har samlats in genom kvalitativa semistrukturerade djupintervjuer som gav den bredare förståelse för och mer nyanserade bild av forskningsämnet som vi strävade efter. Empirin har samlats in via fysiska intervjuer, med undantag för en videointervju. Fysiska intervjuer har gjorts för att få en bättre bild av intervjupersonerna och för att inte gå miste om viktiga signaler såsom kroppsspråk eller tonläge som lätt kan försvinna när man inte sitter i samma rum. Detta överensstämmer med Ryens (2004: 102) resonemang om intervjuer som en social händelse mellan människor som ger ett djup som är svårt att uppnå vid andra metoder. Förhoppningen var att de fysiska intervjuerna skulle bidra till att intervjupersonernas tillit till oss skulle öka och att de därmed skulle öppna upp sig mer än om ett annat tillvägagångssätt hade använts. Trots detta har vi inte upplevt att videointervjun var av lägre kvalitet än de fysiska intervjuerna.

Inför intervjuerna förbereddes en huvudfråga som löd "vem är ledare och varför?". Därefter arbetade vi med följdfrågor utifrån intervjupersonernas berättelser genom att bland annat be dem utveckla eller ge exempel. Denna intervjumetod valdes eftersom vi ville att intervjupersonerna skulle känna möjlighet att resonera fritt om sina upplevelser. Vid semistrukturerade intervjuer lämnas utrymme för avvikelser från intervjuens huvudtema så länge intervjupersonen håller sig till resonemang som är relevanta för studien (Bryman, 2011: 413). Inledningsvis genomfördes även en pilotintervju för att säkerställa att huvudfrågan var välformulerad och enkel att förstå. På så vis kunde också kvalitén säkerställas på empirin i efterhand. Efter pilotintervjun genomfördes de nio första intervjuerna mellan den 18–26 april och den sista intervjun genomfördes 8 maj. Intervjuerna skedde på olika platser runtom i södra Sverige och var mellan 60–75 minuter långa med undantag för den sista intervjun som var 50 minuter lång. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av mobiltelefon efter intervjupersonerna givit sitt godkännande.

Vid kvalitativa undersökningar är det forskaren själv som är den viktigaste funktionen vid datainsamlingen och förhoppningen är att komma åt händelser samt handlingar som kan vara av relevans för studien (Ryen, 2004: 63). Direkt efter varje intervju var rutinen att föra en diskussion om den information som intervjun genererat och de anteckningar som förts. Ryen (2004: 69) hävdar vidare att intervjuer bör antecknas, dels det som intervjupersonen säger och dels egna reflektioner och associationer under intervjun. Därför har vi under hela empiriinsamlingen varit noga med att utvärdera varje intervju och försöka fastställa vilka frågor och tekniker som fungerat bra och som genererat djupa svar. Anteckningarna har sedan noterats i en gemensam loggbok som varit värdefull under analysens gång.

2.3 Urval och intervjupersoner

För att besvara studiens frågeställning har vi valt att intervjua sjuksköterskor. Detta eftersom sjuksköterska är en profession inom sjukvårdsbranschen som befinner sig mitt emellan olika hierarkiska nivåer. Denna studie baseras således på upplevelser och berättelser om ledarskap från tio sjuksköterskor inom sjukvården. De potentiella intervjupersonerna kontaktades via personliga nätverk och därmed använde vi oss inledningsvis av det som Bryman (2011: 194) kallar bekvämlighetsurval, det vill säga ett urval av personer som finns tillgängliga för forskarna. Dock finns en viss problematik med att intervjua människor i sitt personliga nätverk. Anledningen är att det finns viss risk att intervjuaren inte utforskar eller följer upp vissa antaganden eller undviker att ställa viktiga uppföljande frågor (Ryen, 2004: 82). Trots det valde vi att utgå från de personliga nätverken eftersom vi ville att våra intervjupersoner skulle känna tillit till oss. Dessutom ansågs det

mer fördelaktigt att kontakta människor som kände till oss sedan tidigare för att dessa intervjupersoner sedan kunde tipsa oss vidare till andra tänkbara intervjupersoner. På så sätt kunde intervjupersonerna bidra till att vi kom i kontakt med fler tänkbara intervjupersoner. En metod som benämns som snöbollsurval vilket innebär att forskaren kontaktar personer som tidigare intervjupersoner har rekommenderat (Ibid.).

Två kriterier kring urval som bör beaktas är urvalets storlek och urvalets förmåga att leverera användbar information. Det innebär att urvalet ska vara tillräckligt stort för att spegla bredden hos deltagarna och att mängden ska anpassas till den mån intervjupersonerna inte längre genererar någon ny information (Ryen, 2004: 86–87). Efter tio intervjuer upplevdes en mättnad av information och vi ansåg således att vi kunde urskilja mönster i empirin. Vidare har faktorer såsom ålder, kön och erfarenhet beaktats för att få en relevant urvalsgrupp. Vi eftersträvade därför ett smalt åldersspann på intervjupersonerna för att tydligare kunna urskilja mönster. Urvalsgruppen utgörs övervägande av kvinnor med syftet att studien ska representera verkligheten. Enligt Socialstyrelsen (2016) utgörs nämligen 88% av alla sysselsatta legitimerade sjuksköterskor i Sverige av kvinnor. Urvalet består därmed av sju kvinnliga sjuksköterskor och tre manliga sjuksköterskor.

	Namn:	Ålder:	Avdelning:	Datum för intervju
1.	Ellinor	24 år	Pilotintervju	2018-04-17
2.	Helena	26 år	Barnavdelning	2018-04-18
3.	Elvira	24 år	Barnavdelning	2018-04-18
4.	Simon	25 år	Hematologavdelning	2018-04-20
5.	Johanna	26 år	Kirurgisk avdelning	2018-04-20
6.	Ronja	23 år	Gynekologisk avdelning	2018-04-23
7.	Anna	24 år	Kirurgisk avdelning	2018-04-23
8.	Albin	28 år	Operationsavdelning	2018-04-23
9.	Gabriel	26 år	Akutmottagning	2018-04-25
10.	Lovisa	27 år	Akutmottagning	2018-04-25
11.	Elin	30 år	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning	2018-05-08

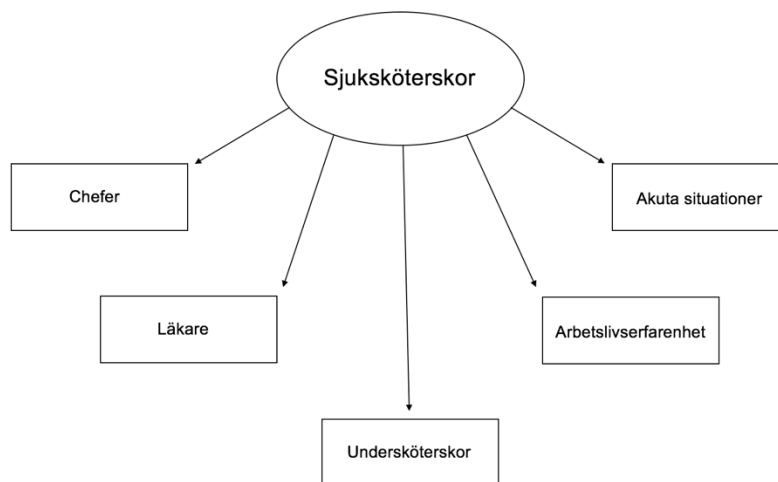
Figur 1. Översiktsbild av intervjupersonerna. Alla intervjupersoner har tilldelats fiktiva namn.

2.4 Analysmetod

Analysarbetet började i samma skede som den första intervjun genomfördes. Genomgående i empiriinsamlingen har nämligen en diskussion förts om det som framkommit under intervjuerna för att redan i ett tidigt skede kunna utläsa återkommande teman. Vidare kan hävdas att studien utgått

från en tematisk analys där fokus har varit på berättelsernas innehåll. Enligt Rennstam och Wästerfors (2015: 59) innebär tematisk analys att intervjupersonerna uppehåller sig om återkommande teman. Temana har därför skapats utifrån vad intervjupersonerna säger och vad det har för betydelse i ett större sammanhang. Transkribering av intervjuerna gjordes i efterhand och då fördes också anteckningar kontinuerligt för att underlätta bearbetningen av empirin i ett senare skede. När allt material transkriberats skrevs samtliga intervjuer ut och färgkodades för att lättare kunna urskilja teman och kategorisera uppkomsten av nya teman. Det kallas för sortering av empirin och är en viktig del i bearbetningsprocessen (Ibid. 67–68).

Efter att samtliga intervjuer genomförts och transkriberats upplevde vi ett djup i den insamlade empirin och gjorde därmed bedömningen att sjuksköterskornas berättelser kunde förmedlas på ett bra sätt. Dessutom ansåg vi att en rättvisande bild av hierarkierna inom vården kunde presenteras utifrån det material som samlats in. Eftersom intervjupersonerna genomgående har varit styrande i intervjuerna karaktäriserades empirin till en början av viss oreda. Det är ett vanligt problem vid bearbetning av kvalitativt material som kallas för kaosproblemet (Rennstam & Wästerfors, 2015: 69). Vid bearbetningen av materialet identifierades ett hierarkiskt system som utgjordes av fem dimensioner som var och en representerade en hierarkisk nivå inom sjukvården. Dessa dimensioner blev således ett sätt att kategorisera och skapa ordning i det insamlade materialet.



Figur 2: Översiktbild av de hierarkiska dimensionerna.

Vid skrivandet av analysen har vi sedan valt att presentera empirin i samband med analysen. Detta har gjorts dels för att vi upplever att det ger analysen mer tyngd och djup och dels för att underlätta för läsaren. Nämnvärt är även att den sista intervjun hölls efter transkribering av de övriga intervjuerna och sortering av det redan insamlade materialet. Anledningen till detta var att vi ville

kvalitetssäkra empirin och kontrollera att den var tillräcklig. Eftersom den empiri som vi fick från den sista intervjun överensstämde med både den övriga empirin, samt de nya temana som framkommit i och med sorteringen, kunde det konstateras att materialet höll önskad kvalitet.

2.5 Resultatets tillförlitlighet

För att säkerställa studiens kvalitet har vi tagit hänsyn till undersökningens tillförlitlighet eftersom den kan utgöra en viktig del i bedömningen av en kvalitativ undersökning. Tillförlitlighet i detta sammanhang består av fyra punkter vilka är *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman, 2011: 354–356).

Studiens *trovärdighet* har varit viktig att reflektera över eftersom intervjupersonernas berättelser ska beskriva en social verklighet. Det är forskaren som avgör huruvida en berättelse kan anses acceptabel av den stora massan eller inte (Bryman, 2011: 354). Vi har därmed säkerställt att undersökningen har gjorts på ett korrekt sätt genom att följa de praxis som råder inom samhällsforskning om exempelvis etik och sanningsenlighet.

Överförbarhet berör det faktum att studien är baserad i en specifik kontext som påverkar resultatet. Det kan också innebära att det är svårt att säkerställa huruvida resultatet stämmer i en annan kontext eller vid en annan tidpunkt (Bryman, 2011: 355). Sjukvården är en specifik bransch som under lång tid genomgått förändringar med många inblandade aktörer. Vi vill därmed påpeka att resultatet är specifikt för den samtid som är nu.

Pålitlighet handlar om att inta ett granskande synsätt vilket gör att hela studien genomgående redogörs på ett fullständigt och tillgängligt sätt (Bryman, 2011: 355). För att säkerställa pålitligheten har vi utgått från ett processtänk, med det menas att vi har arbetat på uppsatsens alla delar under hela skrivprocessen. Det har troligtvis bidragit till ett mer kritiskt förhållningssätt eftersom blicken lyfts från specifika delar och att vi därmed inte blivit för fångade av vår egen studie. Bryman (2011: 355) menar också att det är relevant att ha en utomstående person som granskar forskningen under arbetets gång. Här har vår handledare med ett kritiskt öga fungerat som ett bollplank vid beslutsfattande och som bedömare av uppsatsen i sin helhet.

Möjlighet att styrka och konfirmera innebär en strävan efter största möjliga objektivitet (Bryman, 2011: 355). I syfte att styrka studiens tillförlitlighet har personliga åsikter, värderingar och

förförståelse undvikits för att inte färga resultatet. Det har exempelvis gjorts genom att ge intervjupersonerna utrymme att tala och låta dem styra intervjuerna. Ett sätt att göra detta på har varit att vänta ut tystnader för att ge intervjupersonerna tid för eftertanke med syfte att få dem att fortsätta tala.

2.6 Etiska principer

I syfte att skydda och visa respekt för intervjupersonernas integritet har de forskningsetiska principerna tagits i beaktning under hela arbetsprocessen. De består av *konfidentialitetskravet*, *informationskravet*, *samtyckeskravet* och *nyttjandekravet* (Bryman, 2011: 131–145). *Konfidentialitetskravet* uppnås genom att skydda intervjupersonernas privatliv och identitet (Ryen, 2004: 157). För att uppfylla detta kriterium har intervjupersonerna anonymiserats vilket innebär att deras namn ersatts med fiktiva namn. Även information, såsom namn på de organisationer intervjupersonerna arbetar inom, har anonymiserats. Utifrån dessa förutsättningar kunde intervjupersonerna ta ställning till sin medverkan. Anonymisering har en poäng eftersom det minimerar risken för att kunna härleda de personer som deltagit i studien men även för att eventuellt bryta mot de forskningsetiska principerna. Vidare i processen har all empirisk data behandlats med försiktighet för att undvika att personlig information om intervjupersonerna blir tillgänglig för utomstående.

Informationskravet handlar om att intervjupersonerna ska delges all relevant information om studien såsom att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan (Bryman, 2011: 131). Redan i första kontakten med de potentiella intervjupersonerna delgavs information om undersökningen och om deras rättigheter, se bilaga 1. Det var viktigt eftersom det gav intervjupersonerna en tydlig bild av studien, om deras roll i den och hur informationen skulle användas. Det innebar att intervjupersonerna var medvetna om studiens syfte och att deras deltagande var frivilligt, att de hade möjlighet att avbryta eller avböja en fråga samt att de i efterhand var välkomna att kontakta oss om de ville att något som sagts i intervjuerna skulle strykas. Inför varje intervju delgavs samma information muntligt. Detta följer även kriterierna för *samtyckeskravet* som innebär att studiens deltagare själva har rätt att bestämma om de vill medverka eller inte (Ibid. 132). Informerat samtycke handlar om att de som deltar i studien har rätt att veta all nödvändig information om studien och om att de är föremål för forskning (Ryen, 2004: 156). För att uppfylla det sista kriteriet, *nyttjandekravet*, informerades alla intervjupersoner vid intervjuerna om att det som framkom under intervjuerna enbart skulle användas till denna studie. *Nyttjandekravet* syftar till att

den empiri som samlas in under studien endast får användas till den aktuella studien (Bryman, 2011: 132).

Slutligen ska nämnas att en del citat i analysen har korrigerats. Detta har gjorts delvis för att underlätta för läsaren men främst för att inte framställa intervjupersonerna på ett sätt som inte är till deras fördel. Med det menas att talspråk kan innehålla vissa pauser, omtag och repetitioner som inte är märkbara i tal men som däremot blir tydliga i skrift (Bryman, 2011: 431). Inga ord har skrivits om och inga meningar har omformulerats på ett sätt som kan tolkas som icke överensstämmande med intervjupersonernas egna ord, utan korrigeringarna är enbart gjorda för att underlätta för läsaren och för att ge en rättvisande bild av intervjupersonerna.

3. Teori

Uppsatsens teorikapitel består av två delar. I den första delen presenteras tidigare forskning om hierarkier inom sjukvården och den andra delen består av de ledarskapsrelaterade teorier som underbygger analysen. De ledarskapsrelaterade teorierna är i sin tur uppdelade i följarskap, implicita ledarskapsteorier, ledarskapsscheman samt att göra anspråk på och bevilja ledarskap.

3.1 Teoribakgrund

Enligt Green et al. (2017) har sjukvården under lång tid dominerats av manliga läkare med starka personligheter och hög kompetens vilket har skapat tydliga hierarkier inom sjukvården. Trots att sjukvården har förändrats kan sjukvårdens historia fortfarande prägla människors attityder och beteenden. Vidare menar författarna att historien med tydliga hierarkier fortfarande verkar finnas kvar och att det påverkar kulturen inom sjukvården. Författarna hävdar att den hierarkiska kulturen i sin tur leder till utmaningar såsom dålig kommunikation och dåligt samarbete mellan olika professioner. Vidare menar Green et al. (2017) att dålig kommunikation och dåligt samarbete mellan professioner kan leda till förödande konsekvenser för patientsäkerheten. I deras studie har nämligen sjuksköterskor vittnat om att de har vetat vad som borde ha gjorts för en patient men att de inte har kunnat framföra sin kompetens på grund av hierarkier. I USA inträffar 98 000 dödsfall per år som följd av den mänskliga faktorn och många av dem beror på bristande kommunikation och samarbete. Författarna menar därmed att bättre gruppdynamik mellan professioner ökar patientsäkerheten (Ibid.).

Hierarkier tycks alltså utgöra ett problem inom sjukvården (Green et al., 2017). Vi har tidigare nämnt att hierarkiers betydelse för ledarskap tycks vara ett fenomen som tas för givet inom ledarskapsforskningen. Detta kan anses anmärkningsvärt eftersom vår empiri tyder på att hierarkier faktiskt har betydelse för ledarskapsprocessen. Det verkar därmed saknas en mer nyanserad bild om hur hierarkierna fungerar i praktiken (Scott et al., 2016; Anderson & Brown, 2010). Det är således relevant att undersöka hur ledarskap uppstår i sjukvården eftersom den utgör en specifik hierarkisk kontext. Detta för att bidra med en mer nyanserad bild om hierarkiernas betydelse för ledarskapsprocessen.

3.2 Teoretiskt referensram

För att förstå hierarkiernas betydelse för ledarskapsprocessen utgår vi från en teori av DeRue och Ashford (2010) vilka menar att ledarskapsidentiteter konstrueras i organisationer när individer gör anspråk på och beviljar identiteter som ledare och följare i ledarskapsprocessen. Deras teori är relevant för denna studie eftersom vi vill undersöka vilken betydelse hierarkier har på ledarskapsprocessen. DeRue och Ashfords (2010) teori baseras på teorier om följarskap, identiteter, roller, implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman. Dessa är dock begrepp som de inte i någon större bemärkelse definierar i sin artikel och vi har därav kompletterat den teoretiska referensramen med ytterligare forskning om ovanstående begrepp för att bidra med en mer nyanserad förståelse av teorin. Följaktligen behandlar därför den teoretiska referensramen inledningsvis teorier om just följarskap, identiteter, roller, implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman. Avslutningsvis presenteras DeRue och Ashfords (2010) teori om att göra anspråk på och bevilja identiteter som ledare och följare.

3.2.1 Följarskap och identitet

Följarskap tycks ha fått för lite utrymme i ledarskapsforskningen och forskningen pekar därför allt mer på vikten av följarskap för att förstå ledarskapsprocessen (Uhl-Bien, Riggio, Lowe & Carsten, 2014; Blom & Alvesson, 2014). Följarskap handlar om följarens inflytande och effekt på ledarskapsprocessen. Det innebär att en följare har en följarroll och ett följarbeteende i relation till en ledare vilket resulterar i att ledarskap uppstår. Därför kan ledarskap betraktas som en samskapande process (Uhl-Bien et al., 2014).

Allteftersom följarskap har blivit mer centralt har också intresset ökat för identiteter och roller som ledare samt följare (Collinson, 2006). Författaren menar att det finns en problematik i processen med identitetsskapande i relationen mellan ledare och följare. Han hävdar nämligen att det finns en uppfattning om att det är en ledares uppgift att motivera följare men att ledarens påverkan på följaridentiteter är mer komplex än forskarna tidigare trott. Vidare kan en följare anta en identitet och agera på ett sätt som en ledare inte kan förutse, vara medveten om eller överhuvudtaget förstå. Trots det verkar ledare ofta bli förvånade när följarna inte agerar såsom ledaren har förväntat sig. Därmed menar Collinson (2006) att identitet kan beskrivas som något öppet, förhandlingsbart och tvetydigt. Identiteter är således socialt konstruerade och en person har flera identiteter som hen skiftar emellan. Eftersom identiteter skapas i sociala sammanhang är ledares och följares identiteter

beroende av varandra i och med att ledarskap kan ses som en konsekvens av följarskap och vice versa (Ibid.).

3.2.2 Implicita ledarskapsteorier

Implicita ledarskapsteorier handlar om hur människor har implicita, eller underförstådda, förväntningar och förutfattade meningar gällande vad som utmärker en ledare. Dessa förväntningar och förutfattade meningar lagras i en individs minne och aktiveras när en följare interagerar med en person som individen uppfattar som ledare (Epitropaki & Martin, 2004). Implicita ledarskapsteorier kan också beskrivas som omedvetet hållna föreställningar som från ett följarperspektiv hjälper till att särskilja ledare från icke-ledare (Shondrick, Dinh & Lord, 2010). Potentiella ledare jämförs sedan med de implicita förväntningarna vilka blir styrande när en uppfattning av dessa ledare skapas (Junker & Van Dick, 2014). En individs förgivettagande formar alltså hur individen upplever och utser andra till ledare respektive följare vilket sker genom att andras beteenden jämförs med individens egna förförståelse (Scott et al., 2016).

Ett flertal faktorer spelar en avgörande roll när implicita ledarskapsteorier skapas hos en individ. Det kan exempelvis vara kultur, kön, personlighetsdrag, den hierarkiska nivå individerna befinner sig på och egen ledarskapserfarenhet (Shondrick et al., 2010; Scott et al., 2016). Det finns även forskning som tyder på att tidigare förebilder eller relationer tidigt i livet kan ha en inverkan på människors implicita ledarskapsteorier. Detta sker genom att individer på ett tidigt plan utvecklar ett ramverk för auktoritära figurer vilka man sedan förhåller sig till i sociala interaktioner (Shondrick et al., 2010). Individer kan också mentalt kategorisera sina implicita ledarskapsteorier genom att utgå från minnen, värderingar och förväntningar för att förstå andras intentioner och beteenden (Ibid.). Forskningen visar också att när kontexten förändras verkar även individens implicita ledarskapsteorier förändras. Om kontexten däremot är stabil förblir således individers implicita ledarskapsteorier oförändrade (Epitropaki & Martin, 2004).

3.2.3 Ledarskapsscheman

Implicita ledarskapsteorier baseras på en individs egna scheman vilka kan betraktas som en individs olika kognitiva byggstenar (Shondrick et al., 2010; Epitropaki & Martin, 2004). Dessa kan exempelvis vara kompetenser, kunskaper, attityder, värderingar, preferenser och ambitioner. Dessa byggstenar skapar ett ramverk som genererar struktur och genom dessa förstår och tolkar individer information samt skapar en verklighet (Scott et al., 2016; Shondrick et al., 2010). Scheman präglar också relationer eftersom de hjälper individer att förhålla sig till sig själva och till andra (Scott et al.,

2016). Genom att förlita sig på dessa scheman kan individer hantera sociala processer, såsom att lösa problem i sociala situationer. Scheman blir relevanta i förhållande till ledarskap eftersom en följare har ett ledarskapsschema som guidar hur följaren ska agera. Dessa ledarskapsscheman bidrar också till individens förväntningar på hur andra individer bör agera (Shondrick et al., 2010).

När en individ har skapat ett ledarskapsschema utefter en specifik situation kan detta jämföras med ett manus eftersom individen handlar utifrån det. Individen följer automatiskt dessa scheman och manuset uppstår beroende på en situations händelser, förändringar och komplexitet. De hjälper alltså individen att styra omgivningen och hur denne bör agera i olika sammanhang (Scott et al., 2016). Manusen kan också vara till hjälp för att utveckla förståelse och förbättra prestationer (Giola & Poole, 1984). Eftersom individer har olika erfarenheter och uppfattningar av en situation har individer olika ledarskapsscheman vilket också innebär att individer har olika förståelser och förväntningar om vad och vem som är en bra ledare. Vidare menar Giola och Poole (1984) att individer påverkar varandras scheman genom regelbunden kommunikation och interaktion. Individer i en grupp eller organisation tenderar således över tid att få mer gemensamma handlingar, framträdanden ett gemensamt tankesätt.

3.2.4 Göra anspråk på och bevilja ledarskap och följarskap

För att förstå hur ledarskap uppstår, utvecklas, distribueras och delas i en social kontext har DeRue och Ashford (2010) tagit fram en teori som förklarar varför vissa individer betraktas som ledare och andra som följare. Denna teori bygger alltså på teorier om följarskap, implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman som beskrivits ovan. Som många andra utgår DeRue och Ashford (2010) från att ledarskap är något som uppstår genom en social process, det vill säga i interaktioner mellan individer. De menar att individer skapar identiteter som ledare och följare. Utefter individens implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman görs anspråk på och beviljas¹ individer ledarskap och följarskap. Att göra anspråk på och bevilja ledarskap och följarskap kan ske direkt och indirekt exempelvis med symboler eller föremål som associeras med ledar- och följarskap (Ibid.).

Enligt Bedeian och Hunt (2006) tenderar en individ med en hög hierarkisk position att få viss respekt som ledare. Dock saknas en förklaring till varför individer med hög hierarkisk position inte alltid betraktas som ledare eller varför individer som inte har en hög hierarkisk position ändå betraktas som ledare. Samtidigt menar DeRue och Ashford (2010) att forskningen visar att alla deltar i ledarskapsprocessen oavsett formell roll eller position i organisationen. Med hjälp av deras teori kan

¹ På engelska claim och grant, egen översättning.

det förstås hur relationer och sociala processer påverkar hur en individ betraktar sig själv och andra, som ledare eller som följare. De menar också att dessa identiteter skiftar mellan gruppmedlemmarna över tid och genom sociala konstruktioner (Ibid.).

DeRue och Ashford (2010) menar att individens förförståelse av ledarskap kan vara både hierarkisk och delad, det vill säga att det kan finnas antingen en ledare i en grupp eller fler ledare i en grupp. Den förförståelse som individerna har är avgörande för hur ledarskapsprocessen ter sig. Det är därmed troligt att en individs tidigare erfarenheter av att göra anspråk på och bevilja ledarskap och följarskap påverkar hur de förhåller sig till nya situationer. De menar också att människor har olika uppfattningar om ledarskap utifrån sina individuella ledarskapsscheman. Dessa scheman sträcker sig från att vara en delad och ömsesidig process mellan gruppmedlemmar till att ha en hierarkisk uppfattning om ledarskap där det finns en ledare som resten av gruppmedlemmarna förväntas följa (Ibid.).

Ledarskapsidentiteter konstrueras när anspråk och beviljande av ledar- och följaridentiteter är ömsesidiga (DeRue & Ashford, 2010). En lyckad ledarskapsprocess uppstår när det finns tydlighet och respekt gällande individers identiteter som ledare och följare. När individer gör anspråk på och beviljar ledarskap gör de samtidigt anspråk på och beviljar följarskap. När det finns en överenskommelse gällande vem som är ledare och vem som är följare uppstår således en lyckad ledarskapsprocess. För att ledarskapsprocessen ska vara fortsatt lyckad krävs kontinuitet och dynamik i rollerna som ledare och följare över tid och i olika situationer. Desto mer lika ledarskapsscheman individerna har ju mindre komplex är ledarskapsprocessen, vid olika ledarskapsscheman ökar risken för förvirring och konflikter med frågor såsom ”varför följer inte hen mig?”. Det uppstår alltså tydlighet när individer har samma hierarkiska ledarskapsschema eftersom de förstår varandras anspråk och beviljande samt har samma förväntningar. Individer som har ett delat ledarskapsschema, där rollerna som ledare och följare är flytande och varierar i relationerna, har en delad förståelse om ledarskap. Deras uppfattning av vem som är ledare och följare är dynamisk vilket innebär att ledar- och följarroller inte är konstanta. Det är mer troligt att ledarskapsprocessen blir lyckad om det råder tydlighet gällande vem som är ledare respektive följare i den sociala kontexten (Ibid.).

Det är dock när individernas ledarskapsscheman skiljer sig från varandra som det uppstår problem i identitetsarbetet (DeRue & Ashford, 2010). Enligt Mintzberg (1973) är det vanligt att människor förväntar sig att en chef eller individ med högre hierarkisk position också ska vara en ledare. Vidare

anser författaren att det ingår i en chefs uppgifter att vara ledare. Det innebär att människor vanligtvis tenderar att bevilja personer ledaridentiteter baserat på deras hierarkiska position snarare än individer som inte besitter en högre organisatorisk position. Ledarskap är dock inte synonymt med en sådan typ av ansvarsroll och det är inte alla i sådana positioner som antar ledarrollen. Samma process sker även vid anspråk på och beviljande av identiteter som följare genom att en individ exempelvis förväntas inta en följarroll vid en lägre hierarkisk position (DeRue & Ashford, 2010).

4. Analys

Följande kapitel inleds med en sammanfattning av hur sjuksköterskor själva upplever sin roll i ledarskapsprocessen inom sjukvården. Resterande del av analysen är indelad i fem dimensioner som var och en representerar en hierarkisk nivå som identifierats utifrån sjuksköterskornas berättelser. Utifrån dessa fem dimensioner av hierarkiska nivåer har det empiriska materialet tolkats med utgångspunkt i den teori som presenterats ovan.

4.1 Sjuksköterskans roll i ledarskapsprocessen

Något som återkommer i samtliga intervjuer med sjuksköterskorna är den ledarroll de själva förväntas anta inom sjukvården och i omvårdnadsprocessen. Intervjupersonerna hävdar nämligen att sjuksköterskerollen innebär ett arbetsledande tillvägagångssätt, vilket även står i deras legitimation. Utifrån intervjupersonernas berättelser tycks ledarrollen vara något som sjuksköterskor bekantas med redan under sin utbildning och denna roll förväntas de sedan förhålla sig till i sitt arbete. Sjuksköterskor förväntas ansvara för bland annat fördelning av läkemedel, delegering av arbetsuppgifter och att göra bedömningar av olika situationer. Giola och Poole (1984) menar att individer i en grupp eller organisation tenderar att få mer gemensamma handlingar och tankesätt över tid. Detta eftersom individer påverkar varandras ledarskapsscheman genom kommunikation och interaktion. I och med att samtliga intervjupersoner är eniga om att de som sjuksköterskor förväntas axla en roll som ledare, tycks de ha implicita ledarskapsteorier som indikerar på att de själva ska vara ledare. En förställning som alltså växer fram redan under utbildningen och som troligtvis blir starkare med tiden när de integrerar med andra individer inom sjukvården under en längre period.

4.2 Första dimensionen: Sjuksköterskor och chefer

Hierarki är något vi noterar genomgående i intervjupersonernas berättelser och samtliga intervjupersoner beskriver hierarki som en existerande problematik inom sjukvården. Sättet sjuksköterskorna pratar om hierarkin skiljer sig däremot åt beroende på vilken yrkesgrupp sjuksköterskorna syftar på. Samtliga sjuksköterskor hävdar att chefen på något sätt är en ledare. Detta leder in på den första dimensionen av hierarkiska nivåer som identifierats vilken berör sjuksköterskornas relation till chefen. Följande citat visar sjuksköterskornas resonemang gällande huruvida chefen är ledare eller inte och hur de uppfattar samt ser på chefernas ledarskap.

Ibland kanske inte så bra, men ibland jättebra. Hon har sina bra dagar och hon har sina dåliga dagar. Det är väl det som är sämst med henne. Hon har perioder då hon går över gränsen. [...] Det har hänt flera gånger att hon har

kört över oss men sen kommer det dagar när hon är jättebra och verkligen lyssnar och verkligen lägger energi på sin personal och patienterna. (Helena)

Då vill jag jättegärna säga min chef. [...] Men, som det är just nu så har vi en officiell ledare som kanske inte har förutsättningar att vara en ledare just nu på grund av många olika anledningar och då har vi istället inofficiella ledare [...] som går in och tar ansvar som de inte behöver ta. Eller, just nu behöver dem ta det för det finns ingen annan som tar det. [...] Vår chef har inte riktigt varit på plats det sista och det är svårt att vara en ledare när du inte är där. (Ronja)

Båda uttalandena tyder på att sjuksköterskorna betraktar cheferna som ledare trots att cheferna inte alltid lever upp till deras förväntningar gällande vad som utgör en bra chef. En individ har implicita ledarskapsteorier vilka kan beskrivas som omedvetet hållna föreställningar som från ett följarperspektiv hjälper till att särskilja ledare från icke-ledare (Shondrick et al., 2010). En potentiell ledare jämförs med de implicita förväntningarna vilka blir styrande när en uppfattning av denne skapas (Junker & Van Dick, 2014). Utifrån detta resonemang verkar det som att sjuksköterskorna beviljar sina chefer en ledarroll, oavsett om chefen lever upp till deras implicita förväntningar om hur en chef ska vara, eller inte. Helena berättar att chefen flera gånger har ”kört över” henne och hennes kollegor. Även Ronja tycks betrakta sin chef som en ledare men kritiserar hennes brist på närvaro den senaste tiden. Det verkar som att båda sjuksköterskornas förväntningar gällande chefen inte stämmer överens med chefens faktiska beteende, trots detta fortsätter båda betrakta chefen som en ledare. Då beskrivs chefen som en mindre bra ledare, men likväl som en ledare. Det beror troligtvis på att sjuksköterskorna förväntar sig att en chef ska inta en roll som ledare. Enligt Mintzberg (1973) är det vanligt att individer förväntar sig att en chef eller en person med högre hierarkisk position också ska vara en ledare. Det innebär att människor vanligtvis tenderar att bevilja personer ledaridentiteter baserat på deras hierarkiska position. Enligt DeRue och Ashford (2010) kan ledarskap dock inte betraktas som synonymt med en sådan typ av ansvarsroll och det är inte alla som befinner sig på höga positioner som antar ledarrollen. Processen där chefer tillskrivs rollen som ledare sker även då individer gör anspråk på och beviljar identiteter som följare, exempelvis genom att en individ förväntas inta en följarroll eftersom den har en lägre hierarkisk position. På så sätt verkar sjuksköterskorna inta en följarroll gentemot cheferna eftersom de har en lägre hierarkisk position.

Det framgår i sjuksköterskornas berättelser att de i flera fall tycks ha olika uppfattningar om vad som kännetecknar en ledare och ett ledarskap. I följande citat resonerar de kring sina chefer som ledare och vilket ansvar de tillskriver sina chefer:

Sen har vi enhetschefen också som är en ganska naturlig ledare för just sjuksköterskesidan och undersköterskesidan. Det är ju chefen som leder, kanske inte omvårdnadsarbetet men kanske över allt annat och försöker att se helheten. Att leda så att det blir så bra som möjligt för alla. (Simon)

Nu är det ju en annan kollega som har fått gå in som vikarierande chef. Och det är också lite konstigt när en kollega går in som chef. [...] hon har ju liksom ingen ledarskapserfarenhet. [...] Men hon vill att ”vi gör det tillsammans och att vi hittar lösningar på saker och ting tillsammans”. Det är ju ganska tvärtemot hur det har varit nu i ett år. Så det tycker vi känns skönt. (Johanna)

Alltså det finns ju olika typer av ledarskap, dels finns det ju ett ledarskap som tillhör chefen [...]. Sen finns det ju också ledarskap, alltså om man tänker rent hierarkiskt ledarskap att läkaren har större befogenheter att säga till en sjuksköterska i vissa fall och sådär. Men som sjuksköterska har vi ju en arbetsledande roll. (Lovisa)

Både Lovisa och Simon påpekar i citaten ovan att det finns flera olika typer av ledarskap och att ledarna tycks leda över olika saker. Lovisa tycks mena att alla de olika professionerna förväntas vara ledare men att de är ledare på olika sätt och Simon hävdar att chefen leder så att det ska bli bra för alla. Det kan således tänkas att sjuksköterskor och läkare leder över det som de själva tycker är bra. Det verkar således som att sjuksköterskorna har en förväntan på att chefer också är och bör agera som en ledare, även om det inte riktigt framgår vad det innebär. Johanna berättar att en sjuksköterskekollega har gått in som chef på hennes avdelning. Hon verkar vara tillfreds med den nya chefen och tycks betrakta denne som en ledare men påpekar också att den nya chefen inte har någon tidigare ledarerfarenhet, vilket kan betraktas som motsägelsefullt eftersom sjuksköterskorna överlag är överens om att de, från dag ett som sjuksköterska, är ledare. Det tyder på att sjuksköterskorna har olika förväntningar på olika typer av ledare som trots allt ändå verkar böttna i ett vertikalt hierarkiskt system. Enligt Scott et al. (2016) använder individer så kallade ledarskapsscheman för att kunna tolka och förstå sin verklighet. Dessa scheman vägleder individer i hur de ska förhålla sig till sig själva och andra, de präglar således även individers relationer till varandra. I relationen till chefer tycks sjuksköterskorna förhålla sig till ett hierarkiskt ledarskapsschema vilket enligt DeRue och Ashford (2010) innebär att en enskild individ utses till ledare.

4.3 Andra dimensionen: Sjuksköterskor och läkare

Otydligheten gällande vem som förväntas vara en ledare och vem som förväntas vara en följare följer med in i nästa dimension vilken berör hierarki mellan sjuksköterskor och läkare. Hierarkin mellan dessa två yrkesgrupper är den relation som sjuksköterskorna själva främst benämner som hierarkisk när ämnet kommer på tal vid intervjuerna.

Det finns ju en hierarki inom sjukvården, eller har funnits, så kan jag ju säga. Där läkaren är högsta hönset liksom, så är det barnmorskan, så är det sjuksköterskan, så är det undersköterskan, så är det sjukvårdsbiträdet [...] Jag blev väldigt positivt överraskad när jag började på den här avdelningen för här är det inte riktigt så. Innan har det varit du som sjuksköterska som får anpassa dig helt till läkarna och när läkarna kommer och rondar då släpper du allt. (Ronja)

Jag tycker det finns kvar väldigt synliga hierarkinivåer framförallt vad gäller läkare kontra sjuksköterskor. Men desto mindre nivåer mellan sjuksköterskor och undersköterskor, där har vi ett mycket bättre samarbete upplever jag och där jag ändå har en utbildningsnivå som är ovanför undersköterskan. (Albin)

Sen är ju läkarna dom som [...] är de medicinska ledarna. Jag kan ju inte gå bakom ryggen och fatta beslut om att nu ger jag den här medicinen för att den verkar passa utan att ha bollat det med honom. Sen kan det ju vara att vi har dialog med dom, att vi tycker att detta passar bra, ja men då gör vi ju så. Men [...] de har det sista ordet där. (Elvira)

Utifrån citaten ovan verkar det enligt sjuksköterskorna finnas hierarki inom sjukvården och läkaren tycks vara den som står högst i hierarkin. Ronja beskriver flera hierarkiska nivåer på sin avdelning där läkaren är på toppen och där övriga professioner stegvis sorteras in i hierarkiska underkategorier. Hon beskriver hierarkin som ett vanligt förekommande fenomen och att hon faktiskt förvånades över avsaknaden av hierarki på sin nuvarande arbetsplats. Individer har som ovan nämnts underförstådda implicita förväntningar gällande vem som är ledare som aktiveras när en följare interagerar med en person som denne uppfattar som ledare (Epitropaki & Martin, 2004). Ronjas förväntningar gällande hierarkin på arbetsplatsen tyder i fallet ovan på att hennes implicita ledarskapsteorier innebär att läkaren står högst i hierarkin och således har mest att säga till om. Detta blir tydligt eftersom hon redan innan hon började på avdelningen hade inställningen att hon skulle möta mycket hierarki, då främst från läkarna. Även Albin och Elvira tycks ha en liknande bild av hierarkin där läkaren är högst upp och har det medicinska ansvaret och således mer att säga till om. Albin hävdar att hierarkin mellan sjuksköterskor och läkaren är den som är mest påtaglig och att hierarkin mellan de övriga yrkeskategorierna är mindre. Vidare menar Elvira att det går föra en dialog med läkarna och framföra en åsikt gällande olika vårdssituationer, men hon poängterar också att det i slutändan är läkaren som har mest att säga till om.

Denna hierarki där läkarna står på toppen och därmed tilldelas en ledarroll tycks vara något som sjuksköterskorna har en någorlunda enad bild kring. Simon bekräftar närvaron av hierarki och berättar att det var någonting han introducerats för redan som praktikant på sjuksköterskeutbildningen.

Vi hade någonting som kallades etikhandledning och där kom det ju upp väldigt mycket den här hierarkin när läkarna ser ner på oss och speciellt studenter. Där man fick höra från andra också att den var väldigt tydlig. (Simon)

Utifrån Simons berättelse verkar det som att sjuksköterskor i ett tidigt skede introduceras för en roll som innebär att de är underordnade läkarna. Detta kan tänkas bidra till att sjuksköterskorna utvecklar implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman gällande relationen till läkarna som sedan vägleder dem i hur de ska förhålla sig dels till läkarnas ledarroll men också till sin egen roll. Detta blir ett rimligt antagande eftersom individers implicita ledarskapsteorier hjälper till att särskilja ledare från följare (Shondrick et al., 2010) och eftersom individer använder ledarskapsscheman för att kunna tolka och förstå sin verklighet (Scott et al., 2016). Citaten ovan signalerar likartade ledarskapsscheman vad gäller förhållningssätt till läkare som befinner sig högre upp i det hierarkiska systemet. Detta kan också tolkas som att läkarna gör anspråk på ett ledarskap som sjuksköterskorna i ett tidigt skede lär sig att de förväntas bevilja. Enligt DeRue och Ashford (2010) uppstår tydlighet i ledarskapsprocessen när individer har samma ledarskapsschema eftersom de förstår varandras anspråk på och beviljande av ledarskap. Det verkar alltså som att sjuksköterskorna och läkarna delar en överenskommelse om att läkarna är ledare. Detta kan tyda på att läkarna och sjuksköterskorna i relationen till varandra utgår från ett hierarkiskt ledarskapsschema vilket enligt DeRue & Ashfords (2010) resonemang innebär att en individ urskiljs som ledare. Detta styrks ytterligare av berättelser där sjuksköterskorna beskriver läkarna som enväldiga ledare och problematiserar hierarkin i relationen till dem.

De är väl det högsta huvudet rent medicinskt så de måste jag ju följa, om det är någonting de behöver [...] det är ju inget jag kan förbise och tro att mitt ledarskap väger tyngre än deras. (Anna)

Det känns dumt liksom, rent generellt. Det är ju som överläkarna som kommer in, att dom förväntar sig att man ska göra så som dom tycker "nu är det rond, kom hit, vi vill prata" och så har man inte tid och så blir dom sura. (Gabriel)

Men han är väldigt sådär, men du vet kan ifrågasätta varför vi inte har gjort något som han precis har bestämt. Typ, någon provtagning och så har man stått med på rummet under rondan. "Har ni skickat det här provet?" man bara "Nej vi har stått och rondat." och då kan han bli arg. Han kan bli, alltså jag tror han är väldigt sarkastisk, men det känns ganska hierarkiskt och man känner sig ganska liten med honom. (Elvira)

Jamen det är ju, det kan ju vara läkare som har arbetsledande roller och överhuvudtaget så är kanske läkaren mer ledande. Eller dom är ju ledande ledare när det gäller medicinska beslut och vilken nivå vården ska läggas på. Så det är ju också en typ av ledarroll, dom har ju ytterligare ansvar än vad vi har. (Lovisa)

Även här ges tydliga exempel på hur sjuksköterskorna beskriver läkare som överlägsna i hierarkin. Anna beskriver sitt eget ledarskap som mindre värt och tycks tillskriva läkarna en viss respekt eftersom de har det främsta medicinska ansvaret. Lovisa tillskriver läkarna en ledarroll och menar att de har mer ansvar än vad sjuksköterskor har. Både Gabriel och Elvira beskriver bemötanden från läkare som vill att sjuksköterskorna ska prioritera deras agenda och deras ärenden framför sina egna. Det verkar finnas en viss frustration och sjuksköterskorna tycks uppleva en brist på förståelse från läkarnas. Citaten utgör exempel på situationer då läkare tycks göra anspråk på en ledarroll som upprepade gånger, om än ofta motvilligt, beviljas av sjuksköterskorna. När en individ gör ett anspråk på en ledaridentitet som beviljas av andra individer följs det av ett följarskap som baseras på följarens ledarskapsschema. Detta leder i sin tur till en gemensam uppfattning och tydlighet gällande vem som är ledare och vem som är följare (DeRue & Ashford, 2010).

Utifrån sjuksköterskornas berättelser om sina upplevelser av hierarki inom vården tycks det existera en hierarki som sjuksköterskorna rättar sig efter och som präglar deras roller och identiteter som ledare och följare. Trots att det tycks finnas en frustration då intervjupersonerna diskuterar hierarkin mellan sjuksköterskor och läkare menar Anna att hierarkin existerar både på gott och ont.

Både bra och dåligt. Det behövs någon som har kunskapen för patienterna men den behöver också försvinna eftersom man behöver samarbeta. Jag tror alltid att en hierarki kommer finnas kvar. Det ser man bara på kläderna, de har sina läkarrockar, de har sitt stetoskop runt halsen. Det är så tydligt! Och tar man inte bort den tydligheten så kommer vi aldrig vara på samma nivå. Alla jobbar för patienten men man ser också vem som är vem och försvinner inte läkarrockarna så kommer du aldrig komma ifrån hierarkin.
(Anna)

Enligt DeRue och Ashford (2010) kan individer göra anspråk på och bevilja ett ledarskap direkt och indirekt. Anna för i citatet ovan ett skeptiskt resonemang om hierarki och menar att den även blir tydlig i det vardagliga arbetet genom exempelvis kläder och medicinska instrument. DeRue och Ashford (2010) menar att individer kan göra anspråk på och bevilja ledarskap indirekt genom exempelvis symboler eller föremål som associeras med ledar- och följarskap. Det faktum att läkare går klädda i läkarrockar och med ett stetoskop runt halsen hävdar Anna tydliggör den hierarkiska skillnaden mellan professionerna. Utifrån det hierarkiska ledarskapschema som sjuksköterskan tycks ha gentemot läkaren innebär det att hon intar en följarroll eftersom hon associerar dessa symboler med en ledarroll. Vidare påpekar Anna å ena sidan att hierarkierna aldrig kan försvinna om inte läkarrockarna försvinner och att hierarkin borde försvinna för att samarbetet ska fungera bättre. Å andra sidan poängterar hon också att hierarkin inom sjukvården i vissa fall är bra och genom att bevilja läkarnas ledarskap är hon och de övriga sjuksköterskorna också med och bidrar till hierarkin.

Således kan det tänkas att hierarkin med dess symbolik trots allt fyller en funktion eftersom den skapar tydlighet i vem som är ledare och vem som är följare. Utifrån detta resonemang tycks alltså hierarkin ha både en positiv och negativ effekt på ledarskapsprocessen.

Trots att sjuksköterskorna i de flesta fall tycks tillskriva läkarna en ledarroll verkar de ändå själva bidra till hierarkin. Som ovan nämnt tycks sjuksköterskorna uppleva en viss frustration över att läkarna tillskrivs det största ansvaret och att deras egen ledarroll därmed inte är lika mycket värd. Albin ger ett exempel på en situation då han under en operation gett en rekommendation som direkt ignoreras av den kirurgen på operationssalen. När en annan läkare några ögonblick senare kom in i operationssalen och upprepade Albins rekommendation lyssnade den kirurgen direkt och gjorde som läkaren sa.

Då känner man sig ganska förminskad och tillintetgjord. Jag har ju ändå en utbildning [...] och därigenom så har jag ju också kunskap om vilka risker som finns med en sviktande cirkulation [...]. Det känns inte som att dom har någon form av förståelse för den kunskap man har [...] det är tyvärr ganska vanligt förekommande. (Albin)

Enligt DeRue och Ashford (2010) uppstår en lyckad ledarskapsprocess när en individ gör anspråk på ett ledarskap som beviljas av en annan individ. När det finns en bra dynamik mellan individers anspråk på och beviljande av ledarskap präglas processen av tydlighet och respekt. Ju mer lika ledarskapsscheman individer har desto mindre komplex blir ledarskapsprocessen och risken för förvirring och konflikt minskar således också. Utifrån detta resonemang tycks det i situationen Albin beskriver ovan uppstå en misslyckad ledarskapsprocess eftersom det inte finns en överensstämmande uppfattning om vem som bör leda och vem som bör följa. När Albins rekommendation ignoreras av läkaren känner han sig förminskad och det uppstår förvirring gällande vem som bör leda. Individer som har ett delat ledarskapsschema är överens om att rollerna som ledare och följare är flytande och varierar i relationerna (Ibid.). Utifrån sjuksköterskornas resonemang ovan om att chefen och läkarna är ledare blir det påtagligt att de pendlar mellan olika ledarskapsscheman beroende på vilken relation som diskuteras. Detta eftersom sjuksköterskorna själva också gör anspråk på en ledarroll. Således tycks sjuksköterskorna något motvilligt bevilja läkarna ledarrollen och på så vis verkar de ha ett delat ledarskapsschema. Det verkar alltså som att sjuksköterskorna ibland utgår från ett hierarkiskt ledarskapsschema som innebär att en individ kan urskiljas som ledare och ibland för de ett resonemang utifrån ett delat ledarskapsschema där flera olika individer kan vara ledare. Detta eftersom samtliga sjuksköterskor är eniga om att alla inom professionerna chefer, läkare och sjuksköterskor mer eller mindre är ledare.

4.4 Tredje dimensionen: Sjuksköterskor och undersköterskor

Sjuksköterskorna har som tidigare nämnt tenderat att lyfta relationen till läkarna när de resonerar kring hierarkier inom sjukvården. I denna fjärde dimension som rör sjuksköterskornas relation till undersköterskor tycks de resonera annorlunda. I denna relation tycks de betrakta sig själva som främsta ledare och dimensionen visar således att sjuksköterskor har rollen både som följare gentemot läkare och som ledare gentemot undersköterskor. Sjuksköterskorna antar alltså roller eller identiteter som både följare och ledare i sjukvården. Identiteter kan beskrivas som något öppet, förhandlingsbart och tvetydigt. Vidare är identiteter även socialt konstruerade och en individ har flera identiteter som den skiftar emellan. Följar- och ledarskapsidentiteter är därför tätt sammankopplade, ömsesidigt bidragande till varandra och varierar beroende på kontext (Collinson, 2006). Det verkar således som att ledarskapsprocessen och vem som intar rollen som ledare och följare till stor del baseras på profession och således även på hierarkisk position. När sjuksköterskorna förhåller sig till läkare tenderar de att inta en följarroll medan de i förhållande till undersköterskor även förväntas inta en ledarroll, på så sätt tycks de pendla mellan olika identiteter.

Det är ju ganska mycket ledarskap i sjuksköterskeyrket. Sen kanske man inte leder så många, men man leder ju sitt eget arbete och man leder ofta den undersköterska som man jobbar tillsammans med. (Lovisa)

Det är ju väldigt svårt för man spelar både ett ledarskap och ett följarskap. För man är ledare till en undersköterska, men samtidigt är man en följare till en läkare som är min ledare. Så man ska vara spindeln i nätet hela tiden och det är så svårt ibland att vara alla till lags. (Albin)

Det behöver inte alltid vara en läkare utan det kan vara en, ofta är det ansvarige sjuksköterskan [...] men det finns också situationer där det har varit en undersköterska som har en tydlig ledarroll. [...] Det skulle i så fall vara i situationer där undersköterskan känner att den får gehör från sjuksköterskan [...] Nej jag har väl inte varit med om någon tydlig situation där undersköterskan har tagit någon ledarroll. (Johanna)

Johanna berättar att en undersköterska eventuellt kan inta en ledarroll, på villkor att hen får gehör från sjuksköterskan, men att det inte har hänt. Utifrån DeRue och Ashfords (2010) resonemang om hur olika individer gör anspråk på och beviljar roller som ledare och följare verkar det som att, sjuksköterskorna i relation till läkarna tillskriver sig själva en följarroll och läkarna en ledarroll. I relationen till undersköterskorna tycks däremot sjuksköterskorna tillskriva sig själva en ledarroll och undersköterskorna en följarroll. Undersköterskorna verkar därmed hamna i underläge i förhållande till både sjuksköterskorna och läkarna utifrån de hierarkiska nivåerna.

DeRue och Ashford (2010) menar också att individer har olika uppfattningar om ledarskap utifrån sina individuella ledarskapsscheman. Dessa scheman sträcker sig från att vara en delad och ömsesidig process mellan gruppmedlemmar där flera ledare kan samexistera, till att vara en vertikal hierarkisk uppfattning om ledarskap där det finns en ledare som resten av gruppmedlemmarna förväntas följa (Ibid.). Tidigare i analysen fördes ett resonemang om att sjuksköterskorna har ett hierarkiskt ledarskapsschema när de förhåller sig till chefer och läkare, men i relationen till undersköterskorna tycks sjuksköterskorna istället ha ett delat ledarskapsschema. Sjuksköterskorna verkar alltså pendla mellan ett hierarkiskt ledarskapsschema och ett delat ledarskapsschema beroende på kontext. Deras ledarskapsscheman tycks återigen således variera beroende på vilken profession sjuksköterskorna förhåller sig till.

På samma sätt som sjuksköterskornas ledarskapsscheman varierar gör även sättet de beskriver relationen till undersköterskorna på. I följande citat resonerar de vidare kring relationerna till undersköterskorna.

Det är utmanande. Det är i vissa lägen väldigt tufft. Du vill göra ett gott jobb. Det gäller dels att du lyssnar på allas kunskaper och åsikter, dels försöka göra ett bra jobb tillsammans. [...] egentligen har man ju olika ledarskap beroende på vilken profession du har, men det är väl sjuksköterskan och läkaren som har det främsta. [...] Jag måste framstå som en ledare i min yrkesroll men jag har också ett ledarskap där jag, efter jag har rondat med mina doktorer, kanske ska leda mina undersköterskor. [...] Man leder tillsammans, det är också viktigt. Det kan ju vara så att en undersköterska har sett något som jag inte har sett och då är det viktigt att ta hänsyn till det. Då är det också mitt ansvar som ledare att föra över den informationen. Så man är lite spindeln i nätet. (Anna)

Det är väl det yttersta liksom att läkaren, det är väl dem som leder hela behandlingen. Men sen är det ju oftast sjuksköterskan som leder teamet. Det är ju inte bara undersköterskor, vi säger ju till de andra kategorierna också som sjukgymnast, arbetsterapeut, sjukhuspräst och kurator. Så att alla delar kommer in i patientens vardag. (Simon)

[...] ibland känns det nästan som man inte riktigt behöver leda. Utan det funkar så bra, man vet exakt vad man ska göra båda två. De vet vad de kan göra och jag vet vad jag måste göra. (Helena)

Eftersom sjuksköterskorna verkar pendla mellan ett hierarkiskt och ett delat ledarskapsschema kan det vara en nyckelfaktor till att sjuksköterskorna har en tudelad uppfattning av hierarkin som både positiv och negativ. En lyckad ledarskapsprocess uppstår som tidigare har nämnts när det finns tydlighet gällande vem som är ledare och vem som är följare. För att detta ska fortgå krävs kontinuitet och dynamik i rollerna som ledare och följare över tid och i olika situationer (DeRue och Ashford, 2010). Eftersom sjuksköterskorna verkar ha både hierarkiska och delade ledarskapsscheman kan det

saknas viss tydlighet, kontinuitet och dynamik. Det är således rimligt att sjuksköterskorna upplever identitetsarbetet som utmanande och tufft vilket styrks av flera intervjupersoners berättelser.

Ytterligare en aspekt är att det främst är i relationen till läkarna som sjuksköterskorna problematiserar hierarkierna. Vidare hävdar de också att det är läkarna som upprätthåller maktstrukturerna inom vården. I relationen till undersköterskorna beskriver sjuksköterskorna däremot genomgående ett välfungerande samarbete med undersköterskorna, utan att någon gång problematisera hierarkier i de relationerna. De tycks således vara något inkonsekventa i hur de förhåller sig till hierarkier beroende på kontext.

Jag tror att båda är kvinnoyrken är bidragande. Att det genom alla tider har varit ett tätt samarbete kvinnor emellan, mellan undersköterskor och sjuksköterskor och det har fått leva kvar. Därmed har undersköterskorna kunnat säga ifrån till sjuksköterskorna och det är ingenting som skulle ha förekommit mellan en sjuksköterska och en läkare tillbaka i tiden att en sjuksköterska skulle säga ifrån och försöka styra arbetet från sin nivå och uppåt. Utan man har bara tagit emot och gjort precis som läkaren har sagt ovillkorligt. (Albin)

Vi sjuksköterskor jobbar alltid tillsammans med undersköterskor. Rent praktiskt har vi ganska lika, våra uppgifter går hand i hand. Vi stöttar varandra [...]. Så samarbetet funkar jättebra. (Elvira)

Jag, undersköterskorna och barnmorskorna, att vi ju ändå jobbar tillsammans [...] det är ju inte så att jag går och säger till undersköterskan att "gör såhär" utan det är något som vi gemensamt gör upp en plan för där jag ändå någonstans får försöka styra upp det. (Ronja)

Uhl-Bien et al. (2014) menar att ledarskap anses vara en samskapande process därför att följarskap handlar om en följares verklighet och inflytande. I ledarskapsprocessen kan det innebära att en följare innehar en följarroll och ett följarbeteende i relation till en ledare och dess konsekvenser resulterar i en ledarskapsprocess. Eftersom sjuksköterskorna beskriver en verklighet där de arbetar i team med undersköterskorna verkar det som att sjuksköterskorna upplever ett mindre glapp i hierarkin, mellan sjuksköterskor och undersköterskor, jämfört med den egna relationen till chefer och läkare. Dessutom verkar sjuksköterskorna uppleva att hierarkin bidrar med positiva konsekvenser när sjuksköterskorna gör anspråk på en ledarroll gentemot undersköterskorna. På så vis kan det vara så att sjuksköterskorna problematiserar hierarkin när de får den mot sig medan hierarkin fyller en funktion när de själva kan utnyttja den.

Till skillnad från relationen med läkarna verkar alltså sjuksköterskorna ha en mer ödmjuk inställning till hierarkier än i relationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Samtidigt tycks sjuksköterskorna inta en högre hierarkisk position över undersköterskorna eftersom de själva gör

anspråk på en ledarroll. Det kan således antas att de anser sig ha mer ansvar och befogenheter än undersköterskorna.

Undersköterskor har ju sin omvårdnadsdel som de ska sköta men jag som sjuksköterska har ansvar för att omvårdnaden sköts. Det är det som står i min legitimation men jag har ju också dom kunskaperna som inte undersköterskorna klarar av [...] som typ läkemedelsfördelning och den specifika kunskapen [...] men i helhet tycker jag att alla har ett gemensamt ansvar för patienten, det är tillsammans man jobbar. (Anna)

Jag menar inte att jag alltid vet bäst. Alltså, jag har asduktiga undersköterskor som ofta vet mycket mer än mig på jättemånga områden. Men i slutet av dagen är det ändå jag som behöver se till att det har blivit gjort liksom. (Ronja)

Trots att sjuksköterskorna gärna framhäver en positiv bild av relationen till undersköterskor verkar den ändå vara något ansträngd. Det framgår nämligen av flera intervjupersoner som tidigare har arbetat som undersköterskor att det finns en slitning i relationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor.

Jag har sett väldigt dåliga exempel på hur en sjuksköterska var när jag var undersköterska, hur sjuksköterskan inte har lett eller hur sjuksköterskan inte har brytt sig om undersköterskorna. Jag har med mig erfarenheten därför om hur jag vill att [...] en sjuksköterska ska vara när jag var undersköterska. [...] Man vill ha en sjuksköterska som leder, men som ändå har kommunikationen med sin undersköterska. [...] Jag tror väl att, eftersom jag har sett eller varit med om så dåliga exempel [...] att det har gjort avtryck och har gett mig något slags sporre till att ”gud vad jag inte vill bli som han eller som hon”. (Anna)

Jag tror det är vanligare hos de som har arbetat som undersköterskor innan dom blev sjuksköterskor [...] på det sättet får man en ganska så ödmjuk inställning till sitt yrke och vet hur mycket kunskap en undersköterska sitter på. Där tror jag många nyblivna sjuksköterskor som aldrig tidigare arbetat inom vården, kan ha en översittarinställning. [...] Allting går ju inte att läsa sig till i böckerna och man måste nog lära genom sina kollegor och värdera den kunskap som seniora kollegor har. (Albin)

Det verkar alltså som att sjuksköterskorna som tidigare arbetat som undersköterskor kan vittna om att under den tiden upplevt hierarkin på samma negativa sätt som sjuksköterskorna idag tycks göra gentemot läkarna. Rimligtvis har det betydelse för hur sjuksköterskornas ledarskapsscheman ser ut. En av de avgörande faktorerna för en individs ledarskapsscheman är nämligen egen ledarskapserfarenhet. Även tidigare förebilder och relationer kan ha stor påverkan på människors implicita ledarskapsteorier. Det sker genom att individer utvecklar ett ramverk för auktoritära figurer vilka man sedan förhåller sig till i ledar- och följareinteraktioner (Shondrick et al., 2010; Scott et al., 2016). Individer kan också kategorisera sina implicita ledarskapsteorier genom att utgå från minnen,

värderingar och förväntningar för att förstå andras intentioner och beteenden (Shondrick et al., 2010). Det kan således tänkas att sjuksköterskorna, på grund av tidigare erfarenheter, har vissa föreställningar om vad som utgör ett lämpligt beteende som sjuksköterska. Därmed är det rimligt att sjuksköterskorna har specifika uppfattningar om att de bör agera som ledare till undersköterskorna och hur de ska göra det.

På samma sätt som sjuksköterskorna hävdar att en läkare inte vill bli förväxlad med en sjuksköterska, verkar inte sjuksköterskorna vilja bli förväxlade med undersköterskorna.

Har dom inte på sig sina läkarrockar så spelar det inte någon roll för då kan de lika väl tolkas som en sjuksköterska eller en undersköterska. Och det tror jag blir jättejobbigt för dem. (Anna)

Det är inte helt oproblemiskt att gå ifrån att vara en yrkeskategori till att helt plötsligt en annan dag vara en annan. [...] Att vara kvar på en arbetsplats och ena dagen gå dit som undersköterska och andra dagen titulera sig som sjuksköterska. [...] Jag kände ändå att, för mig var det en förutsättning för att ens kunna landa ner i sjuksköterskerollen [...] vi har ju jobbat som ett team och sen helt plötsligt ska jag vara sjuksköterska och ska komma in och måste hitta min plats i den rollen. Jag tror det blir ganska lätt att man går tillbaka till undersköterskerollen. [...] För att det är så jag är van att arbeta på den avdelningen. Det är så alla känner mig. Nu hamnar jag på ett ställe där de aldrig har jobbat med mig tidigare. [...] och känner bara mig som sjuksköterska. Då är det inget snack om vem som ska göra vad. (Ronja)

Dessa typer av resonemang kan tänkas bottna i en slags yrkesstolthet som sjuksköterska. Det är också tänkbart att sjuksköterskorna använder yrkesstoltheten som en försvarsmekanism. På så vis verkar sjuksköterskorna legitimera och näst intill bortförklara hierarkin i relationen till undersköterskorna. Människor har som ovan nämnts implicita, eller underförstådda, förväntningar och förutfattade meningar gällande ledarskap vilka bland annat baseras på individens hierarkiska position (Scott et al., 2016); Shondrick et al., 2010). Med hänsyn till det är det således tänkbart att hierarkier är något sjuksköterskorna möjligtvis tar för givet i relationen till undersköterskorna.

4.5 Fjärde dimensionen: Arbetslivserfarenhet

Ovan presenteras berättelser som visar på att sjuksköterskor direkt och indirekt upplever hierarki i relationerna till chefer, läkare och undersköterskor. Ännu en hierarkisk nivå som observerats och som sjuksköterskorna tycks behöva förhålla sig till är arbetslivserfarenhet. Det kan i vissa fall tänkas vara en självklarhet att den individ med längst arbetslivserfarenhet gör anspråk på och beviljas en ledarroll. Dock kan arbetslivserfarenhet anses utgöra en hierarkisk dimension som i denna kontext kan vara problematisk för ledarskapsprocessen. Detta eftersom sjuksköterskorna i sin arbetsroll

förväntas anta en ledarroll redan från första dagen i sin yrkeskarriär. Flera av intervjupersonerna lyfter fram exempel som tyder på att sjuksköterskor i flera fall bemöts på olika sätt beroende på vilken arbetslivserfarenhet de har och hur pass nya de är i branschen. Eftersom sjuksköterskor förväntas anta en ledarroll i vissa sammanhang och en följarroll i andra tycks denna dimension vara svår att förhålla sig till, i synnerhet för nyexaminerade sjuksköterskor. Både Anna och Elin berättar att det inte var helt enkelt att anpassa sig till rollen som sjuksköterska och att de blivit bemötta på ett sätt som kan antas inte varit önskvärt.

Du kommer ändå in som en ny sjuksköterska och då ska du visa att du kan, att du är sköterska. Men man vill inte heller trampa någon på tårna och jag är så pass ung så jag kan tänka mig att många av de äldre kan tänka att ”oj vad ung hon är och nu ska hon komma in och bestämma”. Och det är också svårt att hantera. (Anna)

Det var väldigt svårt i början av min yrkeskarriär. Du får mer respekt inom vården både från patienter och kollegor ju mer färad du är i ansiktet. Ju äldre du är desto mer respekt. Så det är inte lätt att vara där som nyexaminerad med babyhud. Haha, det är faktiskt inte det. Man kan skratta åt det men det var några väldigt jobbiga år med stort motstånd. (Elin)

Anna beskriver alltså rollen som ny sjuksköterska som svår. Sjuksköterskorna tycks behöva balansera mellan att visa framfötterna och att klara av att leda underordnade samtidigt som de ska förhålla sig till och anpassa sig efter seniora kollegor. Kollegor som möjligen inte vill acceptera det ledarskap som en ny sjuksköterska ändå förväntas ta. Denna problematik beskriver även Elin som i citatet ovan också säger att den inledande delen i hennes yrkeskarriär var svår. Hennes uttalande tyder på att arbetslivserfarenhet är ett sätt att få sina kollegors respekt och acceptans. Det kan i detta fall således antas att medarbetare inom sjukvården även kan göra anspråk på en ledarroll baserat på arbetslivserfarenhet och inte bara på en profession som betraktas utgöra en hög hierarkisk position. Eftersom ledarskap enligt DeRue och Ashford (2010) uppstår i sociala processer och i interaktionen mellan individer kan detta anses vara ett rimligt antagande. Utifrån sina implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman skapar individer identiteter som ledare och följare (Ibid). De situationer intervjupersonerna beskriver ovan skulle därmed kunna tolkas som att vissa kollegor inom vården gör anspråk på en ledarroll och därmed indirekt tillskriver nya sjuksköterskor en följarroll eftersom de saknar arbetslivserfarenhet.

Denna typ av hierarki är något som även Gabriel och Albin tycks ha upplevt från seniora kollegor som arbetat längre än de själva gjort. Båda beskriver situationer då de på grund av att de är relativt nya sjuksköterskor och därmed haft mindre arbetslivserfarenhet inte fått seniora kollegors gehör och respekt.

Där var det också absolut hierarki bland alla personalgrupper. Att den personal som jobbat där längst får mer respekt och får mer gehör av andra personalgrupper. Och de som är lite nya får ju inte det på samma vis, det känns som att man alltid måste bevisa sig själv innan man får ett gehör. Det känns dumt, rent generellt. (Gabriel)

Undersköterskan nonchalerade den observation jag gjorde [...] för hon tror inte jag har någon koll över huvud taget och det är lite tråkigt att man ska behöva hävda sin rätt hela tiden bara för att man är yngre. (Albin)

Gabriel tycks känna viss frustration över att inte bli tagen på allvar på samma sätt som seniora kollegor och över att han som ny sjuksköterska måste bevisa sig duglig. Även Albin beskriver denna typ av hierarki som negativ och menar att det är tråkigt att behöva hävda sig och undermineras på grund av att han arbetat färre år i branschen. Citaten genomsyras av en känsla av vanmakt som kan tänkas innebära att sjuksköterskorna känner att de inte till fullo kan fungera i sin yrkesroll eftersom de blir hämmade och inte får utrymme att utföra de arbetsuppgifter som förväntas av en sjuksköterska. Detta styrks av Elin som säger följande:

Ja, för där har vi hierarkin liksom. Om inte alla jobbar utifrån sina förutsättningar så faller det i leden. Om inte undersköterskan [...] gör sitt jobb så är det svårt för mig att genomföra en bra bedömning. Och gör inte jag det så är det ju skitsvårt för läkaren. Och i alla dom här leden påverkas av det. (Elin)

Arbetet tycks alltså inte fungera om inte alla arbetar utifrån sina respektive arbetsuppgifter, något som tycks gälla alla professioner som är inblandade i sjukvården. Utifrån ovan förda resonemang kan sjuksköterskorna därför tänkas uppleva att de måste stiga i hierarkin för att kunna arbeta utifrån sin fulla potential och utföra de arbetsuppgifter som förväntas av en sjuksköterska. Enligt Collinson (2006) kan följare anta en identitet och agera på ett sätt som ledare inte kan förutse, vara medveten om eller förstå. Författaren menar vidare att ledare ofta förvånas över att följare inte agerar som ledaren tänkt sig. På detta sätt tycks sjuksköterskorna uppleva en viss förvåning när den ledarroll de förväntas anta i sitt yrke inte beviljas av seniora kollegor.

Trots att sjuksköterskorna tycks uppleva en viss frustration över det faktum att de får kämpa med att få respekt och erkännande som nyexaminerade verkar denna hierarkiska dimension ändå vara något önskvärt att växa i. Simon resonerar kring hierarki och menar att det är viktigt för honom att nå en högre position i hierarkin.

Jamen det är klart. Man vill ju, det kanske är dumt att säga, men [...] när jag kommer till någon och säger att ”jag tror det här” att inte någon bara totalt kastar bort det utan de tar det till sig att ”jamen nu sa Simon det här och jag vet att han kan sin sak”. Det är väl det viktigaste, att man blir tagen på allvar i varje given situation. (Simon)

Detta kan tolkas som att sjuksköterskornas ibland känner sig hämmade i sin yrkesroll och inte till fullo kan utföra sitt arbete, eftersom de inte tillskrivs det ansvar som sjuksköterskerollen trots allt innebär. Detta tyder alltså på ännu en hierarkisk nivå som inte handlar om profession utan om hur länge en sjuksköterskorna arbetat i branschen. Detta styrker ännu mer det vi diskuterat innan om att sjuksköterskan ska förhålla sig till ett flertal hierarkiska nivåer.

4.6 Femte dimensionen: Akuta situationer

Hittills i analysen har fyra hierarkiska dimensioner presenterats som alla tyder på att hierarki har betydelse för ledarskapsprocessen men att den betydelsen varierar beroende på vilka relationer eller vilket sammanhang som diskuteras. De ovanstående dimensionerna har till stor del grundats på sociala relationer inom sjukvården. I den sista dimensionen förs en diskussion gällande huruvida ledarskapsprocessen ser annorlunda ut när det kommer till akuta situationer. Vid akuta situationer resonerar sjuksköterskorna kring ledarskap på ett sätt som helt tycks strida mot de resonemang de tidigare fört. I denna typ av situationer tycks sjuksköterskorna nämligen inte alls uppleva hierarki på samma sätt och således kan de här betraktas som eniga i ledarskapsprocessen.

I akuta situationer krävs det att det finns någon som tar en ledarroll. Ofta sker det ganska spontant när man väl står i situationen att någon spontant tar ledarrollen. Det behöver inte alltid vara en läkare kanske utan det kan vara en, ofta är det ansvarig sjuksköterska. Men det finns också situationer där det har varit en undersköterska som kanske har en tydlig ledarroll. (Johanna)

Det är alltid den som kommer in först som tar ledarskapet. [...] Jag pekar ”du ring ledningssjuksköterskan, du hjärtlarmar, du hämtar defibrillatorn, du gör kompressionerna” och det accepteras liksom, det gör det. Och oftast rullar det på av sig självt. [...] När det verkligen är akut då försvinner dom gränserna. (Gabriel)

Jag tycker nog i stort sett att det brukar fungera bra. Det brukar vara tydligt vem som har vilket ansvar och vem som gör vad. Och det behöver det vara för när det hettar till där och när det blir mycket att göra, vilket det ofta blir, då finns det liksom inte utrymme för att inte veta vilket som är mitt jobb. Utan det brukar vara ganska väl organiserat och väl uppstyrt. (Lovisa)

Utifrån citaten tydliggörs det att våra intervjupersoner upplever mindre hierarki vid akuta situationer. Detta kan ju rimligtvis bero på att det då inte finns tid för eftertanke eller konflikt eftersom det handlar om liv och död. Det kan därmed anses förvånande att flera av intervjupersonerna faktiskt betonar vikten av ledarskap i just akuta situationer. Johanna understryker vikten av ledarskap i akuta situationer och hävdar att det inte nödvändigtvis är vara läkaren som tar den ledarrollen, hon menar att även sjuksköterskor och undersköterskor kan den ledande rollen vid denna typ av situationer.

Trots att akuta situationer tycks kräva att någon tar ledningen verkar hög hierarkisk position inte vara det som avgör vem som tar den rollen i denna typ av situationer. Både Gabriel och Lovisa beskriver en tydlighet gällande vem som gör vad vid akuta situationer. Gabriel menar att den som först kommer in i akutrummet ofta tar ledarrollen och sen ger direktiv till övriga personer i rummet som accepterar dennes ledarskap. Även Lovisa menar att arbetsuppgifter, roller och ledarskap faller sig naturligt vid akuta situationer eftersom det inte finns utrymme för att inte veta vad som förväntas av en. Berättelserna tyder således på en sorts symbios mellan läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i akuta situationer där alla vet vad som förväntas av dem och vad de ska göra. Detta kan därmed tänkas bidra till en lyckad ledarskapsprocess. Enligt DeRue och Ashford (2010) är individers ledar- och följaridentiteter något som varierar över tid och beroende på olika situationer och sociala konstruktioner. Det kan således antas att akuta situationer är en situation då ledar- och följaridentiteter är mindre konstanta och mer flytande.

Att sjuksköterskorna upplever ledarskap som viktigt vid akuta situationer kan alltså vara ett rimligt antagande. Vid akuta situationer tycks sjuksköterskorna, till skillnad från tidigare, betrakta ledarskap som flytande och inte grundat i hierarki eftersom vem som helst verkar kunna göra anspråk på och beviljas en ledarroll. På så sätt verkar hierarkierna få mindre betydelse för ledarskapsprocessen vid akuta situationer och hur pass handlingskraftig du är i stunden är istället det som avgör vem som antar den ledande rollen. Enligt Scott et al. (2016) kan individers ledarskapsscheman som skapats utefter specifika situationer jämföras med ett manus eftersom individen handlar utifrån det. Individen följer automatiskt manuset som uppstår beroende på en situations händelser, förändringar och komplexitet. Detta hjälper således individen att tolka sin omgivning och hur den bör agera i olika sammanhang. Det är således ett rimligt antagande att ledarskapsscheman och manus guidar sjuksköterskor och övriga professioner vid akuta situationer i och med att alla tycks veta vad som förväntas av dem. I följande citat beskriver Elin och Helena att de fascinerats av hur väl samarbetet i akuta situationer tycks fungera.

Det är akuta situationer som till exempel mitt första hjärtstopp när en människa behövde HLR, hur snabbt akutteamet tillkallades och vi klarade patienten. Det är ju en enorm känsla! Och det var ju bra ledarskap liksom. Någon tar kommandot, en ringer, en börjar med kompressionerna. (Elin)

Alltså, barnakuten är ju allt det akuta. Vi fick in ett hjärtstopp på en två månaders bebis. Bara att se deras teamwork, de är fantastiska. De vet exakt vad de ska göra med allt. Så det är fantastiskt att se. (Helena)

Elins och Helenas berättelser tyder ännu en gång på en enad bild gällande hierarki och ledarskap vid akuta situationer. Sjuksköterskornas resonemang styrker ytterligare ovan förda resonemang om att sjuksköterskorna tycks ha en varierad uppfattning av hierarki och ledarskap inom sjukvården. Intervjupersonerna växlar genomgående i sina berättelser mellan att det ibland finns en påtaglig hierarki och att det ibland inte gör det. Därmed framgår det återigen att intervjupersonernas implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman tycks variera beroende på situation. Förväntningar och förutfattade meningar förändras när kontexten gör det men de förblir oförändrade om kontexten är stabil (Epitropaki & Martin, 2004). Akuta situationer bör rimligtvis kunna betraktas som relativt instabila och präglade av ovisshet. Trots det verkar det som att de flesta som närvarar vid de akuta situationerna vet vad de ska göra och att arbetet faller sig någorlunda naturligt. Vid akuta situationer tycks hierarkier alltså inte ha någon större betydelse för ledarskapsprocessen eftersom ledarrollen vid akuta situationer verkar vara mer flytande och således inte bottna i hierarki.

5. Slutsats och diskussion

I uppsatsen sista del kommer frågeställningen besvaras utifrån analysen. Därefter förs en diskussion om hierarkiers betydelse för ledarskap för att återknyta till studiens syfte att bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen. Vidare delges egna reflektioner som har väckts under arbetets gång och avslutningsvis presenteras förslag till vidare forskning inom området.

5.1 Studiens slutsatser

Syftet med studien är att undersöka hierarkier inom sjukvården för att bidra med en mer nyanserad förståelse om hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen. Uppsatsens frågeställning är således: på vilket sätt kan hierarkier ha betydelse för ledarskapsprocessen inom sjukvården? För att angripa fenomenet har kvalitativa djupintervjuer med sjuksköterskor gjorts.

Det har sedan tidigare konstaterats att sjukvården är hierarkisk och att hierarkier tycks utgöra ett problem för kommunikationen och samarbetet mellan professioner Green et al. (2017). Med denna studie har vi därför bidragit till en mer nyanserad förståelse av hierarkier inom sjukvården och hur hierarkier fungerar som en bakgrund till hur ledarskapsprocessen konstrueras. Hierarkierna inom sjukvården kan på ett flerdimensionellt sätt brytas ned i olika dimensioner som består av olika professioner, erfarenheter och situationer som i sin tur får betydelse för ledarskapsprocessen. Således tycks hierarkier kunna ha både positiv och negativ effekt på ledarskapsprocessen. Hierarkier verkar å ena sidan bidra till en lyckad effekt på ledarskapsprocessen när det råder tydlighet gällande vem som är ledare och vem som är följare. Hierarkier tycks å andra sidan bidra till en misslyckad effekt på ledarskapsprocessen när en otydlig uppfattning gällande vem som är ledare och vem som är följare råder. På så sätt tycks hierarki ha betydelse för ledarskapsprocessen eftersom det inte alltid tycks vara tydligt vem som är ledare och vem som är följare inom sjukvården.

De olika rollerna och identiteterna tycks alltså bero på vilka relationer och vilka situationer som diskuteras. Exempelvis uppstår en positiv ledarskapsprocess mellan en sjuksköterska och undersköterska när båda är överens om att sjuksköterskan ska vara ledare och undersköterskan följare. Överenskommelsen tycks böttna i det hierarkiska systemet och i den ledarskapsprocessen råder inga tvivel om vem som är vad. En misslyckad ledarskapsprocess uppstår när två parter inte är överens. Det kan exempelvis vara när både en läkare och en sjuksköterska betraktar sig själva som ledare och förväntar sig att den andra parten ska följa, alltså när ett anspråk på ledarskap inte beviljas.

I relationen mellan sjuksköterskor och läkare tycks sjuksköterskorna vara de som främst får ge med sig och inta en följarroll gentemot läkarna som har en högre hierarkisk position. Detta kan tänkas strida mot sjuksköterskornas implicita ledarskapsteorier eftersom de i de flesta fall ser sig själva som ledare. På så vis får hierarkier betydelse för ledarskapsprocessen inom sjukvården.

Det kan dock diskuteras i vilken utsträckning hierarkier har betydelse för ledarskapsprocessen inom sjukvården eftersom sjuksköterskorna var eniga om att ledarskapsprocessen är mer flytande vid akuta situationer. Vid den typen av situation tycks ledarroller och följarroller inte baseras på hierarkiska positioner. Istället verkar det som att vem som helst kan göra anspråk på ledarskap och att vem som helst kan bevilja det, oavsett hierarkisk position. Enligt sjuksköterskorna faller det sig nämligen naturligt i den specifika situationen vem som gör anspråk på de olika rollerna. Det kan alltså vara en individ som i andra situationer vanligtvis inte gör anspråk på en ledarroll men som gör det i denna situationen och det verkar beviljas utan problem. Således tycks det inte råda någon konflikt om vem som antar vilken roll vid akuta situationer eftersom hierarkin tycks bli mindre påtaglig i dessa sammanhang. Detta tyder på att ovissheten gällande vem som bör leda och vem som bör följa vid denna typ av sammanhang tycks försvinna. När det inte finns tid för eftertanke tycks individerna snabbare anpassa sig till ledar- och följarroller och inte lägga vikt vid olika professioner utan beviljar istället den som för tillfället gör anspråk på en ledarroll. Hierarkier tycks därmed inte ha lika stor betydelse för ledarskapsprocessen vid akuta situationer.

5.2 Diskussion

Denna uppsats har ämnat undersöka hierarkins betydelse för ledarskapsprocessen med sjuksköterskor som angreppssätt. Uppsatsen har därför fått titeln *Spindeln i nätet* av den orsaken att sjuksköterskor är de som befinner sig i mitten av sjukvårdens flera hierarkiska nivåer och dimensioner. På så sätt fungerar sjuksköterskorna som en spindel i ett nät av hierarkier. Att undersöka en profession som så uppenbart befinner sig i en kontext präglad av hierarkier är det som har varit väsentligt med denna studie. I mitten av sjukvårdens hierarkiska system befinner sig alltså sjuksköterskorna och där ska de finna sin roll mellan olika hierarkiska nivåer, en process som kan betraktas som mer komplex än vad man vid en första anblick kan tänkas tro.

Eftersom tidigare forskning om förförståelse i ledarskapssammanhang inte har undersökts tillräckligt, fanns ett behov för mer kontextbaserad forskning med grund i implicita ledarskapsteorier. Denna studie har därmed bidragit till en mer nyanserad förståelse för vilken betydelse hierarkier har

för hur ledarskapsprocesser konstrueras. Hierarkier verkar alltså ha en betydande roll för ledarskapsprocessen, men trots att hierarkier tycks påverka ledarskapsprocessen är det inget som kan fastställas. I denna studie har det nämligen visat sig att intervjupersonerna hade olika förhållningssätt till ledarskap beroende på vilka relationer eller vilken specifik situation som diskuterades. Det verkar alltså som att individerna har olika förförståelse och förväntningar på ledarskap där hierarki i vissa fall reglerar vem som är ledare och följare, medan ledarskap i vissa situationer inte alls tycks böttna i det hierarkiska systemet. Således verkar kontext ha en avgörande roll för vem som intar roller och identiteter som ledare respektive följare, oavsett hierarkisk position. Inledningsvis i studien presenterades argument från Sveningsson et al. (2012) om att chefer ofta är de individer i organisationer som hamnar i fokus och att de vanligtvis tillskrivs en ledarroll. Även denna studie visar att det ofta finns en förväntan på chefer att vara ledare men att det inom sjukvården inte enbart är chefer som förväntas vara ledare. Däremot tycks en hög hierarkisk position vara betydande för vem som associeras med ledarskap. Det gör att ledarskapsprocessen inom sjukvården blir komplex eftersom den tycks bygga på ett flerdimensionellt hierarkiskt system där alla mer eller mindre kan vara ledare och följare.

Med utgångspunkt i att hierarkier tycks ha betydelse för hur ledarskap konstrueras kan ovissheten gällande vem som ska vara ledare och vem ska vara följare i fortsättningen undvikas. På så vis har denna studie bidragit med en ökad förståelse för hierarkiens betydelse för hur ledarskapsprocessen konstrueras utifrån olika roller och identiteter. Den ökade förståelsen innebär i ett vidare sammanhang att exempelvis frustration, när en individ gör anspråk på en ledarroll men inte får den beviljad, kan undvikas. Detta eftersom ledarskapsprocessen tycks vara en social process som verkar konstrueras på kontextuella grunder och strukturella relationer snarare än utifrån enskilda individer.

5.3 Egna reflektioner och förslag på vidare forskning

Trots att vården är centrerad kring patienten är det ingen av intervjupersonerna som på eget initiativ resonerade kring patientens roll, varken i hierarkin eller i ledarskapsprocessen. Vid vissa tillfällen kan det indirekt tolkas som att patienten tycks vara den som har minst befogenheter att göra anspråk på en ledarroll i sin egen vårdprocess. Eftersom patienten inte på något sätt nämns när sjuksköterskorna resonerar kring hierarki och ledarskap kan det tolkas som att patienten per automatik tillskrivs en följarroll och således tycks hamna längst ner i hierarkin. Den enda gången patienten kom på tal i dessa sammanhang var i en av intervjuerna när vi ställde en följdfråga om patienten kan vara ledare. Sjuksköterskan förde då ett resonemang om att patienten egentligen kanske

är den främsta ledaren eftersom arbetet som utförs inom sjukvården kretsar kring patienten. Samtidigt menade sjuksköterskan att patienten inte kan vara en ledare eftersom en patient inte själv kan styra över och fritt välja sin vård. Det verkar alltså som att sjuksköterskorna inte tidigare har reflekterat över patientens roll i vården på något annat sätt än som följare.

Det som dock framkommer om patienter är att de tycks tillskriva läkare status. Sjuksköterskorna verkar mena att läkare generellt har en högre status i samhället än vad de själva har. Således kan det tänkas att patienter beviljar läkare en ledarroll, men att de inte beviljar sjuksköterskor den rollen på samma sätt. Enligt sjuksköterskorna är det problematiskt eftersom de anser att det går ut över patientsäkerheten av den orsaken att läkarna ofta enbart ser det medicinska vilket kan innebära att omvårdnaden blir lidande. Det kan dock diskuteras huruvida det argumentet beror på ett missnöje över att sjuksköterskorna inte beviljas en ledarskapsroll eftersom de själva identifierar sig som ledare. Oavsett kan det ur ett tjänsteperspektiv vara intressant att vidare undersöka om patientsäkerheten ökar när hierarkierna minskar och om patienten då i större utsträckning betraktas som ledare, eller åtminstone får mer inflytande i vårdprocessen. Ett möjligt angreppssätt är att utifrån ovan förda diskussion om hierarki och ledarskap i akuta sammanhang vidare studera hierarkiska utfall i specifika kontexter. Denna studie visar nämligen att hierarkiska strukturer tycks minska vid akuta situationer eftersom det inte finns tid till eftertanke. Vidare kan det vara intressant att studera hur och om det finns andra specifika kontexter där hierarkier får mindre betydelse för ledarskapsprocessen. Det kan också vara av intresse att utföra denna typ av studier på andra professioner och aktörer som är involverade i sjukvården för att vidare undersöka implicita ledarskapsteorier och ledarskapsscheman.

Litteraturlista

- Alvehus, Johan. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber.
- Anderson, Cameron. & Brown, Courtney. (2010). The functions and dysfunctions of hierarchy. *Research in Organizational Behavior*. (30), 55-89.
- Bedeian, Arthur. & Hunt, James. (2006). Academic amnesia and vestigial assumptions of our forefathers. *The Leadership Quarterly*, 17. (2), 190-205.
- Blom, Martin. & Alvesson, Mats. (2014). Leadership On Demand: Followers as initiators and inhibitors of managerial leadership. *Scandinavian Journal of Management*. (30), 344–357.
- Bryman, Alan. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.
- Collinson, David. (2006). Rethinking followership: A post-structuralist analysis of follower identities. *The Leadership Quarterly*. (17), 179-18.
- Crevani, Lucia. (2018). Is there leadership in a fluid world? Exploring the ongoing production of direction in organizing. *Leadership*, 4. (1), 83-109.
- DeRue, Scott. & Ashford, Susan. (2010). Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Academy Of Management Review*, 35. (4), 627-647.
- Epitropaki, Olga. & Martin, Robin. (2004). Implicit Leadership Theories in Applied Settings: Factor Structure, Generalizability, and Stability Over Time. *Journal of Applied Psychology*, 89. (2), 293-310.
- Gioia, Dennis. & Poole, Peter. (1984). Scripts in Organizational Behavior. *Academy of Management Review*, 9. (3), 449-459.
- Green, B. Oeppen, R. Smith, D. Brennan, P. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal Of Oral & Maxillofacial Surgery*, 55. (5), 449-453.
- Junker, Nina Mareen. & Van Dick, Rolf. (2014). Implicit theories in organizational settings: A systematic review and research agenda of implicit leadership and followership theories. *The Leadership Quarterly*, 25. (6), 1154–1173.

- Justesen, Lisa. & Mik-Meyer, Nanna. (2010). *Kvalitativa metoder - Från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar. & Brinkmann, Svend. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Rennstam, Jens. & Wästerfors, David. (2015). *Från stoff till studie - Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ryen, Anne. (2004). *Kvalitativ intervju - Från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Schedlitzki, Doris. & Edwards, Gareth. (2014). *Studying Leadership: Traditional & Critical Approaches*. Los Angeles, London: Sage.
- Schyns, Birgit. & Schilling, Jan. (2011). Implicit Leadership Theories: Think Leader, Think Effective? *Journal of Management Inquiry*, 20. (2), 141–150.
- Scott, Charles. Jiang, Hairong. Wildman, Jessica. & Griffith, Richard. (2016). The impact of implicit collective leadership theories on the emergence and effectiveness of leadership networks in teams. *Human Resource Management Review*, aug 2016.
- Shondrick, Sara. Dinh, Jessica. & Lord, Robert. (2010). Developments in implicit leadership theory and cognitive science: Applications to improving measurement and understanding alternatives to hierarchical leadership. *Leadership Quarterly Yearly Review, The Leadership Quarterly*. Vol. 21 (6). 959-978.
- Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals arbetsmarknadsstatus 2014*. Publicerad: 2016-10-06. Läst: 2018-04-11.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20358/2016-10-4.pdf>
- Sveningsson, Stefan. Alvehus, Johan. & Alvesson, Mats. (2012). Managerial leadership: identities, processes, and interactions i *The Work of Managers: Towards a Practice Theory of Management*. Oxford University Press.
- Sveningsson, Stefan. & Alvesson, Mats. (2010). *Ledarskap*. Malmö: Liber.
- Uhl-Bien, Mary. Riggio, Ronald. Lowe, Kevin. & Carsten, Melissa. (2014). Followership theory: A review and research agenda. *The Leadership Quarterly*. (25), 83–104.

Bilaga 1. Brev till potentiella intervjupersoner

Hej X!

Vi är två tjejer som studerar vår sjätte och sista termin på programmet i Service Management vid Lunds universitet, Campus Helsingborg. Vi är i inledningsfasen av vår C-uppsats och ska studera ledarskap och förväntningar på ledarskap inom en specifik bransch. Vi har landat i att det vore intressant att studera förväntningar på ledarskap inom sjukvård och då framförallt bland sjuksköterskor. Skulle du kunna tänka dig att ställa upp på en intervju och ge din bild i frågan? Vi planerar genomföra intervjuer om ca 1 h och du är givetvis helt anonym i studien. Ditt deltagande är hela tiden frivilligt med möjlighet att avbryta och intervjumaterialet kommer enbart användas till vår undersökning. Vi vore också tacksamma om du kunde skulle kunna tipsa oss om en eller flera kollegor som du tror kan tänka sig att delta i studien.

Med hopp om positiv återkoppling från dig!

Vänliga hälsningar,

Emelie Sjöström & Julia Nordgärd