

Handelshögskolan i Stockholm
Examensuppsats, 10 p
1100 Företagande, ledning och organisering
Hösten 2006

I MÖTET MELLAN TVÅ VÄRLDAR

-

EN STUDIE OM FÖRÄNDRADE CHEFSROLLER I SJUKVÅRDEN

Författare
Handledare
Framläggning
Opponent

Britta Thimansson och Karin Åhlén
Karin Svedberg Nilsson
Tisdagen den 19 december 2006, klockan 10-12, Sal Johan
Emilie Larsson och Brita Råman Delin

Abstract

Problem

Swedish healthcare has experienced increased economic pressure during the last decades and organizations have faced many changes. Managers and their roles in organizations have also been affected by the changes. Traditionally, managers in the healthcare sector are highly specialized doctors with a strong medical background. In the thesis, we study a big private healthcare company with an ambition to lead the development in the sector. In order to accomplish its goal, the company is trying to change the organization of managers. New competencies are demanded by top management and new responsibilities are added to previous responsibilities.

Purpose

We regard this change in manager's roles as a reform, where sales responsibility is a new responsibility for managers with medical or healthcare background. The aim of the thesis is to study how the reform affects managers and their roles. Moreover, the thesis focuses on how managers handle the sales responsibility.

Theory

Theories concerning the different rationalities and professions that are influential in the healthcare sector are the basis of the theoretical framework. Furthermore, the analysis is based on theories concerning reforms; why they are implemented in the first place (imitation) and reactions to reforms (translation and resistance). Reactions to reforms are looked at in the light of these rationalities and professions.

Method

A qualitative method has been used in order to understand the managers' perspective. Nine interviews have been conducted during the fall. Three of our respondents represent the management's perspective and five respondents represent the studied managers' perspective. One of the respondents is a manager with an economic background which enables us to make some comparisons with managers with a medical or healthcare background.

Conclusions

The thesis implies that managers are able to think and act in line with more than one rationality. Another implication is a change in the level of influence and power between different professions in the healthcare sector. Furthermore, managers seem to have a positive attitude towards the sales responsibility but translate it to fit their rationality and, to some extent, put up resistance by prioritizing other tasks.

Key words

Healthcare, management, reform, imitation, translation, resistance, rationalities, professions

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	3
1. INLEDNING.....	6
1.1 Att vara chef i sjukvården	6
1.2 Chefsrollen på Vårdföretaget	7
1.3 Forskningsområde och förväntat bidrag	8
1.4 Syfte och frågeställningar	8
1.5 Avgränsningar och definitioner av centrala begrepp	9
2. TEORETISKT RAMVERK.....	10
2.1 Teoretiska förutsättningar	10
2.2 Sjukvårdsorganisationen som professionell organisation	10
2.2.1 Professioner	10
2.2.2 Logiker.....	11
2.2.3 I mötet mellan olika logiker	13
2.3 Förändring och reformer i organisationer	14
2.3.1 Imitation	14
2.3.2 Översättning.....	14
2.3.3 Motstånd	15
2.4 Sammanfattning - reformer i den professionella organisationen	15
3. METOD	17
3.1 Vår syn på forskning.....	17
3.2 Val av undersökningsmetod	17
3.3 Genomförandet	18
3.4 Studiens kvalitet	22
4. EMPIRI.....	24
4.1 Det studerade företaget	24
4.2 Respondenternas berättelser	25
4.2.1 Sjukvården idag – en ny värld	25
4.2.2 I jämförelse med landstinget	27
4.2.3 Vårdföretagets nya chefsroller	29
4.2.4 Så upplevs den nya chefsrollen	31
4.2.5 Säljarbetet.....	34
5. ANALYS.....	40
5.1 Inledande analys - olika logiker framträder.....	40
5.2 Konflikter då olika logikerna möts?	43
5.3 De nya chefsrollernas innebörd	44
5.4 Försäljning – ett självklart ansvarsområde?	47
6. SLUTSATSER.....	49
7. AVSLUTANDE DISKUSSION.....	51
7.1 Avslutande reflektion kring uppsatsarbetet	51
7.2 Vidare forskning.....	52
KÄLLFÖRTECKNING	53
APPENDIX	57

FÖRORD

Den svenska sjukvårdshistorien har, i större utsträckning än andra länder, präglats av omorganisationer och förändringar. Axelsson (2000) konstaterar att det skett en konstant pendling mellan centraliserings- och decentraliseringsidéer samt mellan olika managementidéer. Under 1960-talet kom ett uppsving i den svenska ekonomin och som en följd av detta en expansion av svensk sjukvård. Chefer utan medicinsk bakgrund rekryterades till sjukvården och organisationerna växte då administrationen blev större. På 80-talet fick marknadsbaserade principer större genomslagskraft vilket hade politiska, ideologiska och ekonomiska orsaker. Mer självständiga enheter, interna marknader och befattningar såsom controllers och inköpschefer infördes i verksamheten. Under 90-talet diskuterades huruvida fritt sjukhusval för patienter och liknande förändringar riskerade att sätta kvaliteten på vården i andra hand. För att säkra kvaliteten slogs mindre enheter ihop till större och centraliseringen av organisationer ökade (Axelsson 2000).

Under 2000-talet har debatten kring svensk sjukvård fortsatt. Ett område som diskuterats särskilt mycket är vem som ska driva svensk sjukvård. Offentlig drift, genom kommuner och framför allt landsting, har fått konkurrens av privata aktörer som också önskar bedriva sjukvårdsverksamhet. I juli 2006 presenterades följande ståndpunkt i Dagens Nyheter: *"Vinstdrivande vård krävs för att rädda välfärden"* (DN Debatt 2006-07-04). Citatet är hämtat från en debattartikel författad av den före detta folkpartiledaren Bengt Westerberg och den tidigare socialdemokratiska finansministern Kjell-Olof Feldt och är bara ett i raden av många heta meningsutbyten. I det socialdemokratiskt dominerade Sverige har offentligt driven vård, och samtliga medborgares tillgång till denna, varit en av grundpelarna i politiken. I artikeln argumenterar författarna att välfärdsstaten fungerar bättre när det finns privata aktörer som konkurrerar med offentliga aktörer om driften och att en förutsättning för att välfärden ska kunna bevaras och utvecklas är att företag inom välfärdssektorn ska kunna gå med vinst. De menar vidare att: *"Den största vinnaren är ändå alltid den som får en bättre välfärd"* (DN Debatt 2006-07-04).

Förutom omorganiseringar och förändringar har den svenska sjukvårdssektorn de senaste 20 åren också präglats av ett ökat ekonomiskt tryck. Det är i detta klimat som privata aktörer de senaste 10-15 åren fått en chans att i större skala inträda på den svenska vårdmarknaden. Bolagisering innebär att vårdenheter inte längre styrs av politiskt sammansatta grupper eller finansieras endast via anslag. Vidare regleras verksamheterna via aktiebolagslagen och intäkterna är prestationsrelaterade (Aidemark 2005). De nya stora privata vårdföretagen innebär i realiteten inte några större skillnader för den enskilde patienten; patientavgiften och kösystemen är desamma och vårdföretagen finansieras till största del med offentliga medel. De privata aktörernas inträde har dock inte skett utan kritik och företagen har blivit ifrågasatta om det verkligen går att kombinera en human och rättvis vård med vinstintresse.

Vi har valt att skriva en uppsats inom sjukvårdssektorn därför att vi tror att en väl fungerande hälso- och sjukvård är grundläggande för ett samhälle och dess medborgare. Idag drivs den svenska vården inom både privata företag och offentliga organisationer, och med det senaste valets utgång ser vi att de privata initiativen i fortsättningen kommer att uppmuntras än mer. På

DN Debatt den 4 december (2006-12-04) skriver socialminister Göran Hägglund att den nya regeringen inom kort kommer att lägga fram en proposition som syftar till att underlätta för privata alternativ och öka mångfald i vården. Han skriver att utgångspunkten är att vården även i fortsättning ska vara solidariskt finansierad oavsett driftsform. Vi anser att det möte som sker – mellan offentligt och privat tänkande – i privata vårdföretag är mycket intressant.

TACK!

Vi vill tacka de personer som ställt upp med sin tid för att hjälpa oss i arbetet med denna uppsats: intervjupersonerna som generöst delat med sig av sina erfarenheter;
vår handledare Karin Svedberg Nilsson för många konstruktiva synpunkter;
Niklas Källberg för viktiga klargöranden och uppmuntran och inte minst vänner & familj som kommit med värdefulla kommentarer, tips och glada tillrop!

Britta Thimansson och Karin Åblén
Stockholm, den 5 december 2006

1. INLEDNING

Ökad ekonomisk press har inneburit att vårdens tankesätt och arbetsorganisering har blivit ifrågasatt. Det diskuteras om det finns ett annat, bättre sätt, att styra vården än det som traditionellt dominerat. Det är inte längre den medicinska etiken som givetvis sätts först, utan detta måste prioriteras i förhållande till andra faktorer såsom till exempel kostnader. Sålunda ifrågasätts den grund på vilket arbetsfördelningen i vården vilar, där läkaren styr arbetet och vars uppgift i första hand är att ge bästa möjliga vård.

För att förstå vårdsektorn är det viktigt att förstå den arbetsfördelning som varit och är norm. Arbetet på sjukhusen är traditionellt sett organiserat utifrån klara yrkesroller där det är läkaren som är specialisten, har det medicinska ansvaret och fungerar som högsta chef. På sjukhusen har det traditionellt sett även funnits en chefsjuksköterska som varit ansvarig för sjuksköterskornas arbete, administration och budget, dock aldrig över läkarna eller det medicinska arbetet. Arbetsfördelningen och yrkesrollerna inom vården är mycket tydliga och sjukvården kritiserar ofta för att vara enkelriktad. Detta kan till stor del förklaras av är det utbildningssystem som förser sjukhusen med dess nyckelaktörer: läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och administratörer. Borum (1999) menar att utbildningssystemet resulterar i den homogenisering av de olika yrkesgrupperna som är en grundförutsättning för sjukhusets funktion, förutsägbarhet och oförmåga till förändring. Genom den praktiska utbildningen lärs inte bara behandling, vård, administration utan även en rollfördelning och arbetsfördelning. Enligt Borum (1999) är både läkarrollen och sjuksköterskerollen så tagna för givna att de är institutioner; institutioner som nu ifrågasätts och förändras då sjukvårdens ledning i stort är under ifrågasättande.

Sjukvården i dagens Sverige är under press inte bara ekonomiskt. Befolkningen idag är mer välutbildad och välinformerad än tidigare och accepterar inte i samma omfattning auktoriteter, väntetider och fel. Det ställs krav på sjukvården från en rad olika håll: professionella, politiker, fackföreningar, patientgrupper och från offentligheten och media (Borum 1999). Det är en svår fråga hur vårdföretag och landsting ska bete sig för att hantera alla dessa olika motstridande krav och förväntningar. Enligt Borum (2005) sätter den nuvarande turbulensen och omvärldsdynamiken sjukhusets arketypiska organisationsform under press. Sjukhuset som institution är ifrågasatt och omstridd och det sätts stora frågetecken vid om sjukhusarbetets traditionella organisering kommer att överleva (Borum 1999).

Mot bakgrund av den utveckling som har skett och i stor grad sker i vårdsektorn har vi i denna uppsats valt att studera en stor privat vårdaktör i fortsättningen refererad till som Vårdföretaget. Anledningen att vi valt att studera en privat aktör är att vi tror att dessa i hög grad ligger i framkanten och driver den utveckling av vårdsektorn som vi ser idag.

1.1 Att vara chef i sjukvården

Chefsfunktionerna i sjukvården har, i likhet med sjukvården i övrigt, förändrats. Enligt tidigare lagstiftning från 1991 var chefsöverläkaren medicinskt, ekonomiskt och administrativt ansvarig i

sjukvården (Aidemark 2005). Nya förutsättningar inom vårdsektorn, såsom ekonomisk press och marknadsbaserade influenser, ställer delvis nya krav på chefskapet. Andra yrkesgrupper än läkarna har fått inflytande i vården, vilket delvis förändrat läkarnas traditionellt starka ställning. Ett exempel är sjuksköterskorna som har tagit till sig av förändringarna och arbetat för att skaffa sig ett eget kompetensområde (Blomgren 1999).

1997 infördes nya bestämmelser för ledningen av sjuk- och hälsovården. Krav på att verksamheten organiseras så att den tillgodoser hög patientsäkerhet, god kvalitet på vården och främjar kostnadseffektivitet ingår i bestämmelserna. Det ska finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret. Verksamhetschefen utses av vårdgivaren, till exempel ett landsting eller ett privat sjukvårdsföretag. Denna funktion var vid införandet ny och kunde inte direkt jämföras med den tidigare befintliga befattningen, chefsöverläkare, eller någon annan befattning. Hälso- och sjukvårdsutbildning är inte ett krav men verksamhetschefen bör enligt bestämmelserna ha organisations- och struktureringsförmåga, förmåga att fatta beslut och delegera om hon eller han saknar sakkompetens. Verksamhetschefen ansvarar för att säkerställa de krav som ställs på henne eller honom, och kan antingen göra detta själv eller genom att anlita personer med lämplig kompetens (SOSFS 1997:8 (M)).

Socialstyrelsens bestämmelser belyser således den förändring som skett när det kommer till chefskapet i sjukvården. En studie som genomfördes 2005 visar att den genomsnittlige verksamhetschefen har en yrkesmässig bakgrund som läkare och har varit verksam som ledare och chef i fem år. Chefskapet har inte utförts på heltid utan omfattar ca 60 % av arbetstiden medan resterande främst ägnats åt patientarbete. Anledningen till att de sökte arbete som verksamhetschef var framför allt intresset för ledarfrågor och möjligheten att få vara med och påverka utvecklingen i vården (Rapport från Socialstyrelsen 2005-12-13).

1.2 Chefsrollen på Vårdföretaget

På Vårdföretaget arbetar företagsledningen med att ta fram de chefs- och ledarfunktioner som passar deras målsättning att driva sjukvården framåt. Ledningen är, i likhet med den offentliga vården, tvungen att följa Socialstyrelsens bestämmelser men givet att en verksamhetschef kan delegera arbetsuppgifter och ansvar finns det utrymme för olika varianter av arbetsfördelning. I nuläget har företaget befattningar såsom Sverigechef, områdeschef, verksamhetschef, medicinsk chef, driftschef och läkarchef. De funktioner som kan sägas motsvara men inte helt överensstämma med Socialstyrelsens verksamhetschef är Sverigechef, områdeschef och verksamhetschef. Det bör poängteras att det i dagsläget inte är glasklart vad som ingår i de olika chefsfunktionerna.

Som nämnt ovan är det Vårdföretagets lednings strävan att tillsätta chefer och skapa chefsroller för att kunna driva utvecklingen i sjukvården framåt. Det är deras åsikt att denna utveckling inte kunnat ske tidigare på grund av de personer och kompetenser som traditionellt premierats i chefspositioner i sjukvården. Anledningen till att ledningen väljer att utforma, vad vi i uppsatsen väljer att se som, *nya chefsroller* är sålunda att de delvis efterfrågar andra kompetenser hos cheferna.

Några av de kompetensområden som efterfrågas är ledaregenskaper, förmåga att se helheten samt att ha ett kund- och affärsfokus. Ett viktigt, och vad som för hälso- och sjukvårdsutbildade, kan anses som ett nytt ansvarsområde är att det i Vårdföretagets nya chefsroller ingår ett *uttalat försäljnings- och kundrelationsansvar*.

Vår utgångspunkt i uppsatsen är att se Vårdföretagets *nya chefsroller som en reform* initierad av ledningen. Med denna utgångspunkt kommer vi i uppsatsen studera de nya chefsrollernas innebörd med ett särskilt djupdyk ner i området försäljnings- och kundrelationsansvar, i fortsättning kallat säljansvar.

1.3 Forskningsområde och förväntat bidrag

En hel del forskning har ägnats åt de förändringar som genomförs i sjukvården de senaste årtiondena. Ökat ekonomiskt tryck och marknadsinflenser har kommit att påverka sektorn i stor utsträckning och forskare använder New Public Management (NPM) som samlingsnamn för de element som gjort inträde i sjukvården (se Vrangbæk 1999). I *Når styringsambitioner møter praksis* utreds exempelvis hur nya ledningsidéer och modeller utmanar rådande föreställningar i sjukvården, hur professionerna inom sjukvården hanterar de nya krav som följer av detta samt vad som sker i organisationerna när nya modeller införs (Zeuthen Bentsen et al 1999). Gemensamt för en stor del av forskningen inom området är att den fokuserar på hur chefsroller förändrats genom att ekonomistyrning (se Aidemark 2005 och Lindholm 1999) och resultatansvar (Blomgren 1999) tillkommit.

Ingen av den teori vi funnit inom området har dock studerat närmre vad som sker då chefsrollen i sjukvården, utöver ansvar för budget och resultat, även innefattar ett uttalat säljansvar. För människor med hälso- och sjukvårdsbakgrund kan detta säljansvar förväntas innebära ett ansvar för ett nytt område som inte är helt i linje med deras utbildnings- och arbetserfarenhet. Det är här, där chefsrollen även innefattar ett uttalat säljansvar, vi hoppas på att eventuellt kunna bidra med ett nytt perspektiv.

1.4 Syfte och frågeställningar

I denna uppsats vill vi belysa hur sjukvården har förändrats över tiden. Organisationer som tidigare haft landstinget som huvudman, ägs idag av privata intressen och har därmed krav på sig som följer av att vara en spelare på marknaden. Ekonomiska hänsyn, som blivit allt viktigare inom landstingsdriven sjukvård, får än större vikt när organisationen blir privatägd. Vi finner det intressant hur en organisation med många skilda krav - etiska, medicinska, ekonomiska etc. - och inom en sektor som historiskt varit offentligt styrd, hanterar arbete med marknadsekonomiska aktiviteter.

Syftet med denna uppsats är att studera vad som händer med chefsrollen i sjukvården då verksamheten drivs av ett privat företag som delvis ställer andra krav på cheferna än vad de är vana vid från landstinget. Vidare syftar uppsatsen till att visa på hur cheferna hanterar en roll som

för dem är helt ny, nämligen säljrollen. Med detta för ögonen har vi valt att genomföra vår studie av chefsroller på ett stort svenskt privat vårdföretag då vi anser att de är med och driver utvecklingen i vårdsektorn

Utifrån syftet ovan vill vi besvara följande frågeställningar:

- ***Vad innebär de nya chefsrollerna på Vårdföretaget för cheferna?***
- ***Hur hanterar chefer med hälso- och sjukvårdsbakgrund det nya ansvarsområdet försäljning som tillkommer i den nya chefsrollen?***

1.5 Avgränsningar och definitioner av centrala begrepp

De chefer vars nya roller vi i uppsatsen avser att studera är chefer med en hälso- och sjukvårdsutbildning. De befinner sig *inte* på ledningsnivå eller på operativ chefsnivå, utan mittemellan. Samtliga *har* ett försäljningsansvar. De vi vill studera är således områdeschefer, verksamhetschefer och medicinska chefer på Vårdföretaget med en hälso- och sjukvårdsutbildning.

Då vi studerar chefsroller kommer uppsatsen vid upprepade tillfällen att beröra området ledarskap. Vårdföretaget ser ledarskap i chefskapet som mycket viktigt. Att vara chef handlar, enligt Vårdföretagets handbok, om att planera, övervaka samt skapa strukturer och system. Att vara ledare däremot handlar om att ligga steget före utvecklingen, hantera förändringar och engagera och motivera sina medarbetare. Det är Vårdföretagets mål att deras ledare gör båda delarna (Vårdföretagets Handbok 2004). Vi kommer i uppsatsen att se termerna chef och ledare som synonyma. Man kan på Vårdföretaget inte vara chef utan att vara ledare och tvärtom. Chefsrollen innebär sålunda både en position och en relation.

Försäljning och kundrelationer kan ha olika innehåll och betydelse beroende på vilken organisation eller bransch man studerar. Vi har i vår uppsats inte valt en entydig definition av försäljning och kundrelationer eller ställt upp ramar för vad som kan klassas ligga inom eller utanför försäljningsarbete. Vi har istället valt att låta intervjupersonerna ge sin bild av försäljning; dels för att få en mer mångfacetterad bild av fenomenet och dels för att förstå vad detta innebär för respektive individ.

2. TEORETISKT RAMVERK

Vi börjar detta avsnitt med att presentera våra grundläggande teoretiska förutsättningar och antaganden, och går sedan vidare in på vårt teoretiska ramverk som används i analysen av vår empiri. Vi presenterar först teorier som är kopplade till sjukvården och efter det följer generella teorier om reformer och reaktioner som kan uppstå då reformer genomförs.

2.1 Teoretiska förutsättningar

Vår syn på verkligheten är att den är socialt konstruerad (jmf Sjöstrand et al 1999). Detta synsätt innebär att vi ser verkligheten som konstruerad genom individers subjektiva erfarenheter och tankar. Det existerar enligt socialkonstruktionismen inte *en* objektiv verklighet utan denna är föremål för olika tolkningar (Mårtensson 2001). Syn på och tolkning av verkligheten skiljer sig sålunda mellan individer men även mellan olika samhälls- och yrkesgrupper. Vi förväntar oss ett intressant möte i uppsatsen där vi kommer att intervjua personer från både naturvetenskaplig och samhällsvetenskaplig bakgrund.

En annan viktig förutsättning är att vi ser organisationer som inbäddade i sin omgivning. Detta innebär att organisationen är en del av omgivningen och att omgivningen utgör en del av organisationen samt agerar utifrån detta faktum (Meyer 1994, i Furusten 1999). Omgivningen påverkar organisationer genom till exempel aktuella trender och moden. Trenden New Public Management (NPM) har varit av stor betydelse under de senaste decennierna och har inneburit att nya reformer och styrningsidéer i den offentliga sektorn inspirerats av marknadsbaserade principer och privata företag. De grundläggande dragen i NPM-trenden har fått genomslag i flera olika branscher inom den offentliga sektorn och även i andra länder (Kragh Jespersen 1999). Karaktäristiska drag för NPM-trenden är marknads- och konkurrensorientering där service och kunder sätts i fokus. Mätbara mål sätts upp och styrningsprinciper införs utifrån ett marknadsorienterat fokus. Kostnadsreducering och effektivitet är viktiga ledord i NPM-trenden. En viktig ingrediens är även de ekonomiska incitamentsystem och den delegering av arbetsuppgifter som ska fungera som motivation för organisationens personal (Vrangbæk 1999). En av de största konsekvenserna av NPM-trenden inom sjukvården är ett ökat ekonomiskt tryck på samtliga aktörer inom sektorn, privata såväl som offentliga.

2.2 Sjukvårdsorganisationen som professionell organisation

Sjukvården är speciell på det viset att den utgörs av tydligt definierade yrkesgrupper, varav vissa anses vara starkare än andra. De olika yrkesgrupperna präglas av olika tankesätt och föreställningsramar som påverkar organisationer i sjukvården.

2.2.1 Professioner

Inom sjukvårdsorganisationer ryms ett antal olika yrkesgrupper; läkare, sjuksköterskor, ekonomer med flera. Produktionen på sjukhuset är dominerad av högt specialiserade läkare och

vårdpersonal, eller uttryckt med andra ord, av professionella och semi-professionella yrkesgrupper. De professionella är traditionellt avgränsade från andra yrkesgrupper genom vissa kännetecken. De 1) har en lång formell utbildning, 2) har specialiststatus, 3) väljer själva medel och delvis mål i arbetet, 4) har monopol på arbetsuppgifter 5) har en viss serviceorientering och 6) det finns en intern kontroll på medlemmarna. Läkarna ligger mycket nära denna beskrivning medan sjuksköterskorna definieras som en semiprofessionell grupp då de saknar ett självständigt arbetsområde (Kragh Jespersen 1999). Sjuksköterskornas mellanposition har varit speciell på det viset att deras underordning gentemot läkarna historiskt sett varit självklar, medan en motsvarande överordning gentemot undersköterskor och vårdbiträden inte varit lika tydlig (Blomgren 1999).

Den traditionella uppfattningen om läkargruppen som en profession betonar gruppens specialistkunskap men det finns även en annan vilken betonar de professionellas speciella maktposition. Läkargruppen är känd för att vara svårtstyrd och den styrnings- och utvecklingsproblematik som enligt Kragh Jespersen existerar i förhållande till läkargruppen handlar både om den tekniska autonomin som är knutet till de dagliga arbetsuppgifterna och om ändring av historiskt etablerade maktpositioner. På det moderna sjukhuset har det uppstått en konflikt mellan yrkesprofessionerna, särskilt läkarna, och den nya administrativa professionen som är präglad av ekonomiskt effektivitetstänkande. Detta ekonomiska tänkande kan inte förenas med hälsovårdens professionella logik. (Kragh Jespersen 1999)

2.2.2 Logiker

Ett vanligt sätt att betrakta organisationer inom sjukvårdssektorn är utifrån olika logiker (se Zeuthen Bentsen et al, 1999)¹. En logik utgår från vissa föreställningar kring verkligheten och är enligt Vrangbæk (1999) grundläggande för att förstå organisationer och hur organisationer definierar problem och lösningar, rätt och fel etc. När en organisation ska genomföra förändringar är det således av största vikt att förändringen sker i enlighet med den logik som är dominerande i organisationen, annars uppstår legitimitetsproblem. Den medicinska logiken och den marknadsbaserade logiken är centrala för att förstå hur människor i sjukvårdsorganisationer tänker och agerar. Förutom dessa två kommer vi även att beröra en logik som börjar ta form, nämligen omvårdnadslogiken. Denna logik är viktig för att förstå dynamiken mellan de olika yrkesgrupperna i sjukvården (Vrangbæk 1999).

Medicinsk logik

Professionslogiken på sjukhusen, den medicinska logiken, är den som traditionellt dominerat sjukvården. Denna medicinska logik bygger på en naturvetenskaplig förståelse av medicin (Kragh Jespersen 1999) och föreställningen om den vetenskapliga objektiviteten är mycket stark (Vrangbæk 1999). Det är den medicinska utvecklingen som för utvecklingen i vårdsektorn framåt och sjukhus klassificeras som typiska kunskapsorganisationer som utvecklas genom vetenskapliga

¹ Olika författare benämner logikerna olika. Den logik som vi valt att kalla marknadsbaserad logik benämner andra till exempel ekonomisk eller administrativ logik. Vidare kallar andra författare den logik, som vi valt att kalla medicinsk logik, för exempelvis professionslogik.

framsteg. Pliktetiken, som innebär att hänsyn till patientens hälsa står över andra hänsyn, är den grundläggande för verksamheten (Kragh Jespersen 1999). Läkaren är patientens företrädare och fokus för denne ligger framförallt på att behandla patienten (Vrangbæk 1999). I enlighet med den medicinska logiken bör vidare de vetenskapliga framstegen i form av nya behandlingsmetoder tas i bruk så fort det är tekniskt möjligt. Som en följd av den medicinska logikens grundläggande antaganden har chefsrollerna traditionellt tilldelats de läkare som forskat och disputerat och haft störst insikt i den medicinska specialiteten. Vägen till chefsrollerna har varit via forskningen snarare än via ledarskapsutbildningar (Kragh Jespersen 1999).

Marknadsbaserad logik

Den marknadsbaserade logiken bygger på element hämtade från den privata sektorn och baseras på att välfärd uppnås genom en fungerande marknad. Organisationer ska fungera dels genom intern konkurrens och dels genom extern konkurrens med andra organisationer. Nyckelord i den marknadsbaserade logiken är full tillgång till information, rationellt nyttomaximerande, homo economicus, självständiga aktörer med stabila preferenser mm. (Vrangbæk 1999)

Utvecklingen i sjukhusorganisationer går mot att ledningsgrupper får allt fler personer med annan bakgrund än den medicinska, exempelvis ekonomer, jurister och andra administratörer. Detta innebär att den marknadsbaserade logiken har introducerats i sjukhusledning och sjukhusorganisationer. Denna logik har som utgångspunkt att ledningsarbete på sjukhus inte principiellt skiljer sig från andra organisationer. Vidare tas inte utvecklingen av läkarnas profession för given utan prioriteras utifrån andra hänsyn i hälsosektorn. Etiken hos personerna som representerar denna logik utgår från en nyttoetik och gör prioriteringar utifrån cost-benefit analyser. (Kragh Jespersen 1999)

Omvårdnadslogik – en logik som börjar ta form

Ett grundläggande problem för sjuksköterskornas professionalisering har varit svårigheten att hävda ett eget kompetensområde. Det kompetensområde som nu formulerats är omvårdnad. I omvårdnadslogiken artikuleras sjuksköterskornas särskilda kunskap kring hur viktigt det är att använda ett helhetsperspektiv när man ser till patienten. Hur patienten tas emot och vårdas under den tid denne befinner sig på sjukhuset har visat sig ha stor betydelse för patientens tillfrisknande och upplevelse. Omvårdnad kan enligt denna logik särkopplas från den medicinska logiken och anses utgöra en egen jurisdiktion. (Blomgren 1999)

Omvårdnadens osynlighet och svårgripbarhet gör att det, enligt sjuksköterskorna, bara är sjuksköterskorna som förstår vad som behövs göras för att ge god omvårdnad. Detta har med unik kombinationskompetens att göra. De flesta omvårdnadsförespråkare motsätter sig dock denna syn. Ökad dokumentation för att utveckla ett eget språk, egna begrepp och teorier är istället den rätta vägen att gå. Den ekonomiska logiken bekräftar omvårdnaden som praktik och forskningsområde genom att till exempel omvårdnadshandlingar upptagits inom ramen för ett kvalitetssäkringssystem. Den ekonomiska logikens funktion som konstituerande och synliggörande blir i det här fallet en tillgång för sjuksköterskornas professionalisering. (Blomgren 1999)

2.2.3 I mötet mellan olika logiker

På det moderna sjukhuset har det uppstått en konflikt mellan framförallt den medicinska logiken och den marknadsbaserade logiken. Det finns en tydlig skillnad mot tidigare konflikter. Tidigare har det varit frågan om en konflikt eller samarbete mellan läkare och administratörer inom en dominerande medicinsk etik och rationalitet så uppträder nu en konflikt mellan två principiellt olika logiker som båda konkurrerar om att dominera sjukhusen. Ett avgörande nytt element i förhållande till tidigare epoker är att de båda knyter an till externa auktoriteter i det organisatoriska fältet. Läkarna hänvisar till den internationella läkarvetenskapen och administratörerna till välfärdsekonomin. Båda hänvisar således till väletablerade idéer och institutioner (Kragh Jespersen 1999). Omvårdnadslogiken får i mötet med den marknadsbaserade logiken fortfarande stå tillbaka för den medicinska (Blomgren 1999).

Huvudföreställningen i den marknadsbaserade logiken är den effektiva marknaden och den marknadsbaserade organisationsformen, något som ofta ses i motsättning till ineffektiva, tröga offentliga organisationer som är präglade av professionernas dominans och monopolisering av värden (Vrangbæk 1999). Försök till att förändra strukturen på sjukhusen kommer, enligt Kragh Jespersen, att upplevas som ett angrepp på yrkesgruppen, speciellt om förändringen är initierad av den administrativa professionens medlemmar som inte har medicinsk kompetens (Kragh Jespersen 1999). Östergren och Sahlin-Andersson (1998, i Aidemark 2005) ger delvis en annan bild. De menar att den marknadsbaserade logiken idag i allt större utsträckning påverkar sjukvården där den medicinska logiken tidigare starkt dominerat. Med detta följer enligt författarna att chefer anpassar sig till den marknadsbaserade logiken. Detta är nödvändigt för att upprätta hålla deras legitimitet och den makt som följer.

Det är av stor vikt att förstå att den medicinska och den marknadsbaserade logiken bygger på olika etiker och att dessa olika förutsättningar även leder till moraliska konflikter. Inom den marknadsbaserade logiken behandlas etiska frågor utifrån ett cost-benefit perspektiv. Detta står i skarp kontrast till, och har haft stora konsekvenser, i hälsosektorn då den styrande etiska principen är kravet att hjälpa patienter till varje pris. Inom den medicinska logikens etiska ramar är det inte accepterat att byta ut hjärtoperationer mot höftoperationer, unga liv mot gamla etc. (Kragh Jespersen 1999). Sjukvården idag står således inför konflikter, inte bara vad gäller styrning av sjukvården, utan även angående vilken moral och etik som ska vara styrande.

Enligt Kragh Jespersen (1999) kan det dock även finnas långa perioder av lugn och samarbete trots att logikerna möts. Representanter för den medicinska logiken är intresserade av att arbeta i en modern sjukvårdsorganisation och administratörerna är beroende av de professionella för att kunna uppnå externa krav. Det är framförallt i tider då den ekonomiska pressen inte är särskilt hård utan resurstillförseln till organisationerna är stabil som mindre konfliktfyllda perioder uppstår.

Även Sahlin-Andersson (1999) pekar på att det finns genuina motsättningar mellan den medicinska och den marknadsbaserade logiken. Hon menar att reformer som genomförts i sjukvården har ofta genomförts *"i opposition mot de lokala yrkesutövarna och med en tydlig markering att bryta med det gamla"* (Sahlin-Andersson 1999, s 305). Motsättningarna som då uppstår kan till viss del bero på sättet som en reform genomförs och inte endast på grund av att den inte är i linje med den dominerande logiken. Även Aidemark (2005) är inne på liknande resonemang. En studie som han har genomfört visar att verksamhetschefers deltagande i den ekonomiska planeringen är avgörande för deras kostnadsmedvetenhet och organisatoriskt engagemang. Studien visar på samma resultat oavsett om det rör sig om en offentligt driven eller privat driven sjukvårdsorganisation, och implicerar att sättet på vilket en reform genomförs är av betydelse. LeTourneau (2004) visar på vad som kan underlätta för läkargruppen i en tid av organisatoriska förändringar. Det är viktigt att skapa engagemang i gruppen genom att introducera förändringen och generera intresse. Samtidigt är det viktigt att kontinuerligt lyssna och ta till sig av gruppens synpunkter samt tidigt utbilda dem i sådant som kopplar till förändringen. Detta hjälper för att få med sig cheferna i förändringen.

2.3 Förändring och reformer i organisationer

Vi väljer som tidigare nämnt att se de nya chefsrollerna som en reform som ledningen genomför för att kunna skapa en organisation som driver utvecklingen framåt. Bakgrunden till att reformer blir aktuella från första början kan bero på att organisationer imiterar element i andra organisationer. När en reform sedan genomförs kan människorna reagera genom översättning och motstånd.

2.3.1 Imitation

Enligt Sahlin-Andersson (2001) jämför organisationer sig med andra organisationer som de uppfattar som mer legitima och framgångsrika. De strävar efter att likna denna organisation vilket på sikt leder till att organisationer blir mer lika. Offentliga organisationer jämförs i allt större utsträckning med privata företag vilka anses vara mer framgångsrika. Jämförelsen leder till att organisationen tar till sig ett nytt språk, nya synsätt och nya mål. Organisationens likheter med privata företag framhålls medan det karaktäristiska för offentliga organisationer inte nämns eller beskrivs som hinder. Denna förändring kan ses som ett uttryck för offentliga organisationers strävan efter att ändra sin institutionella identitet.

2.3.2 Översättning

Även om modeller och reformer som införs i olika miljöer uppvisar många likheter förekommer också skillnader. Reformer ges olika betydelse av olika grupper och vid olika tidpunkter vilket gör att de kan knytas till olika problem och sammanhang. Idéer och modeller som sprids över stora områden paketeras eller redigeras vanligen på ett visst sätt. De generaliseras och kopplas loss från ett visst sammanhang, så att de framstår som möjliga att applicera på många håll oberoende av specifika sammanhang och de formuleras vanligen i termer av en lyckosam utvecklingshistoria.

Under modellernas resa är således avståndet mellan modell och praktik mycket stort. Reformernas översättningsutrymme leder till att deras effekter svårligen kan förutsägas, man måste pröva sig fram. Detta rör sig om processer fyllda av konflikter, spänningar och motstridigheter. Professionella grupper har bland annat gjort modellerna till verktyg för att driva den egna gruppens intressen. Reformerna ger många gånger inte så tydliga instrumentella effekter men är däremot identitetspåverkande. (Sahlin-Andersson 1999)

2.3.3 Motstånd

Motstånd är en vanlig reaktion när en reform ska genomföras och när förändring i allmänhet sker. Detta ter sig naturligt då reformer tar sin början i något känt för att sedan leda till något okänt och osäkert. Enligt Brunsson och Olsen (1997) beror motstånd till reformer på institutioner. De menar att när organisationer agerar i institutionaliserade miljöer och när organisationer kan ses som institutioner, så påverkas dess beteenden av kulturella normer och regler. De institutionaliserade organisationerna i sig reflekterar relativt stabila värderingar, intressen, åsikter, förväntningar och resurser. Vissa sätt att tänka och agera blir sedda som självklara vilket exkluderar andra tolkningar och beteenden (Meyer and Scott, i Brunsson och Olsen 1997).

På grund av organisationers institutionella natur är reformer lättare att initiera än att styra över, och lättare att styra över än att implementera. Det kan vara svårt att förändra symboler men det är än svårare att förändra beteenden. Och även om reformen lyckas förändra beteenden är det inte säkert att det blir i den riktning man tänkt sig. Starka institutionella värderingar och resurser ökar reformerarnas handlingskapacitet och underlättar reform så länge reformerna är i linje med organisationens institutionella identitet, men kan ha den motsatta effekten om reformen inte är i linje med organisationens institutionella identitet. (Brunsson och Olsen 1997)

Enligt Brunsson och Olsen (1997) kan reformer stöta på motstånd av främst två olika anledningar. Dels kan det bero på att människor i organisationen inte håller med om att reformen leder till bra lösningar eller resultat. En annan tolkning är den att människor i organisationen vill att organisationen ska fungera bättre och att de ofta har bättre insikt i organisationen än vad de som står bakom reformen har. När de bildar motstånd gör de kanske det för att deras praktiska erfarenhet, vilken kan ha skapat institutionella strukturer och processer, säger dem att de nya reformerna är baserade på falska premisser, är kontraproduktiva eller till och med destruktiva för operationerna i fråga.

2.4 Sammanfattning - reformer i den professionella organisationen

I sjukvården har, som beskrivet ovan, den medicinska logiken traditionellt dominerat. På senare år har marknadsbaserade föreställningar fått ökad betydelse i sektorn och även omvårdnadslogiken har haft viss inverkan på sjukvården. Sjukvården präglas dessutom av olika professioner, som representerar olika logiker. När olika professioner och logiker möts i sjukvården kan konflikter och motsättningar förväntas uppstå, som påverkar då en reform ska

genomföras. Vi förväntar oss att se framträdande logiker och professioner på Vårdföretaget, liksom konflikter då dessa möts. Sättet på vilken reformen genomförs kan dock eventuellt lindra konflikterna.

Reformen som innebär nya chefsroller kan stöta på reaktioner i form av översättning alternativt motstånd. De olika logikerna och professionerna, som finns i sjukvården, och mötet mellan dessa påverkar hur översättningen eller motståndet tar sig uttryck. En eventuellt översättning bör således ske i linje med den dominerande logiken hos respektive individ och ett eventuellt motstånd bör uppstå då reformer inte överensstämmer med den dominerande logiken hos respektive individ och dennes institutionella identitet.

3. METOD

I detta avsnitt beskriver vi vår syn på forskning, våra metodval och hur vi har gått tillväga i arbetet med uppsatsen. Vi väljer att ge beskrivningen av genomförandet stort utrymme för ökad transparens. Avsnittet avslutas med en diskussion kring studiens validitet, trovärdighet och generaliserbarhet.

3.1 Vår syn på forskning

Vår syn på forskning är att den alltid är subjektiv och liksom Mårtensson (2001) ser vi att personliga värderingar, preferenser och förmågor influerat vårt val av både forskningsområde och forskningsmetod. Vi har med oss intressen och värderingar in i detta arbete som påverkat i vilken riktning detta projekt har utvecklats. Magne Holme och Krohn Solvang (1997) beskriver att individer varken är eller kan vara värdeneutrala och objektiva. De är alltid bara människor, med individuella värderingar och preferenser, som iklär sig rollen som forskare.

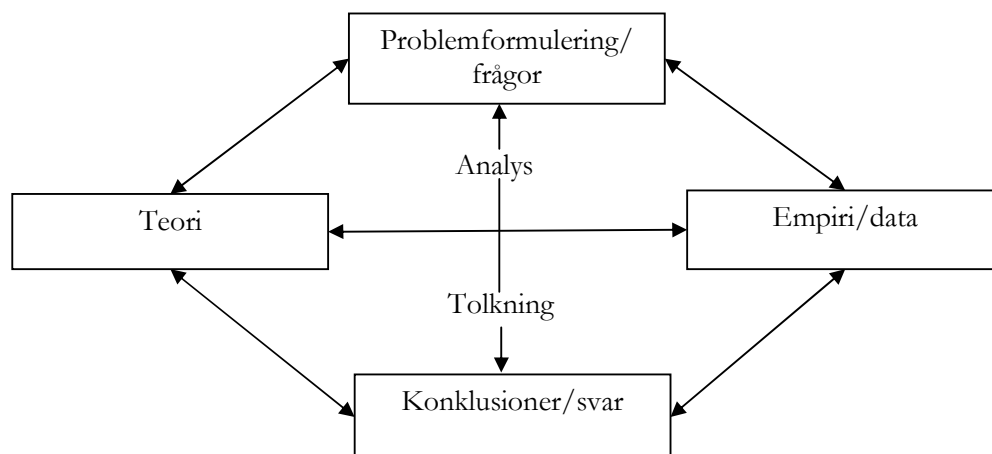
3.2 Val av undersökningsmetod

Vi har valt att basera vår uppsats på en kvalitativ studie eftersom vi velat få en djupare förståelse av chefsrollen i sjukvården. Då vår målsättning är att få fram intervjupersonernas upplevda bild av sin verklighet anser vi att empiriinsamling genom längre intervjuer ger ett bättre material än ett kvantitativt tillvägagångssätt skulle göra. Eller som Lofland uttrycker det: *"Om vi ska kunna förstå den situation som individer, grupper eller organisationer befinner sig i så måste vi försöka komma dem inpå livet"* (Lofland, 1971 i Magne Holme och Krohn Solvang, s 92). I likhet med vad Magne Holme och Krohn Solvang (1997) fastslår anser vi att en kvalitativ studie belyser en samhällsvetenskaplig problemställning lika gott som en kvantitativ, även om den senare metoden är den som av tradition dominerat forskningen.

Våra primärdata bygger på nio semistrukturerade intervjuer. I linje med Anderssons (1998) resonemang har vi använt oss av en utarbetad intervjuguide för att försäkra oss om att täcka in centrala områden. Vi har intervjuat fem chefer som idag arbetar på Vårdföretaget, en chef som tidigare arbetat på Vårdföretaget samt tre personer som innehar en lednings- eller stabsfunktion på Vårdföretaget. Under intervjuerna har vi försökt arbeta enligt Lundebergs kommunikationsmodell. Kommunikation bygger, enligt honom, på att hitta det innehåll som den andra individen både upplevt och är villig att diskutera. På detta vis kan större tillit skapas mellan individerna som på sikt leder till att det område man är villig att diskutera växer i omfång (Lundeberg 1993). Vi har försökt uppnå detta genom att inleda intervjuerna öppet och låta intervjupersonen tala om det som denne fann sig mest bekväm med. Senare under intervjun har vi återkommit och frågat mer kring de delar vi varit extra intresserade av. I alla intervjuerna har vi försökt täcka in vissa områden och alla intervjuer har på slutet smalnat av till frågor kring säljarbetet. Genom att försöka utgå från Lundebergs modell hoppas vi ha kommit så nära olika individers verkligheter som möjligt och kunnat få en djupare bild av pågående processer och situationer. Utöver våra primärdata baseras uppsatsen även på sekundärdata i form av litteraturstudier, artiklar, Internet och informationsmaterial från företaget. Vi har under

uppsatsens gång också fört samtal med ett tiotal personer som arbetar eller studerar i sjukvårdssektorn för att öka vår förståelse för branschen.

När syftet med forskning är att skapa kunskap om samhället, organisationer eller mänskligt beteende finns det framförallt två angreppssätt. Enligt Holmberg (1987, i Andersen 1998) är dessa dels deduktion, bevisföringens väg, och dels induktion, upptäckstens väg. Deduktion innebär att man utifrån generella principer drar slutsatser om enskilda händelser. Induktion däremot innebär att man utifrån en enskild händelse sluter sig till en princip. Det finns också ett tredje tillvägagångssätt som ligger mellan det deduktiva och det induktiva. Uppsatsprocessen pågår då cirkulärt och innebär att författaren går fram och tillbaka mellan olika arbetsoperationer utan att processen har någon egentlig början eller slut. Detta tillvägagångssätt är det som vi har använt oss och det illustreras i *Figur 1* (Andersen 1998). I nästa avsnitt beskriver vi mer konkret hur vi har gått tillväga och vilka vägval vi ställts inför.



Figur 1. Enderuds modell för kunskapsproduktionsprocessens huvudelement och arbetsgång (Enderud 1986, i Andersen 1998)

3.3 Genomförandet

Val av företag

Sjukvården har varit och är ett hett debatterat ämne, och frågan om den privatdrivna vårdens vara eller icke vara väcker känslor. Klart är i alla fall att denna driftsform får allt större påverkan på sjukvårdssektorn. Vi ville studera en organisation som är med och driver på utvecklingen och som bidrar till förändring. Vi menar att Vårdföretaget är en inflytelserik aktör som har stor påverkan på sin omgivning. Valet att anonymisera företaget i uppsatsen har vi gjort då vi anser att det intressanta är dess roll i utvecklingen snarare än dess namn.

Vägen fram till teoretisk referensram

Till en början låg vårt teoretiska fokus på förändring samt information och kommunikation. Vi repeterade teorier som vi använt i kursen i förändringsarbete och läste in oss på en hel del nya teorier inom information och kommunikation. I detta läge hade vi en ganska tydlig bild av den

privatdrivna sjukvården som väsensskilt från den landstingsdrivna. Då vi skaffade oss mer kunskap om sjukvårdssektorn och hur den ser ut idag fick vi delvis ändra denna bild. Organiseringen och styrningen av landstingsdriven sjukvård har, liksom andra offentliga organisationer, genomgått stora förändringar där många element hämtas från företag.

Efter att, via hjälp från handledare, lärare, tidigare examensuppsatser och databassökningar, satt oss in i forskning om förändringar på olika nivåer i sjukvården insåg vi hur stor betydelse olika tankesätt och logiker samt starka professioner har i sjukvården och att detta ställs på sin spets när förändringar ska genomföras. I det företag som vi valt att studera arbetar chefer som har en bakgrund i landstingsdriven sjukvård och som påverkats av de förändringar som sektorn genomgått. Vi blev nyfikna på hur detta skulle påverka chefsrollen.

Tillvägagångssätt

Vi valde att intervjua fem chefer som idag arbetar på Vårdföretaget och en chef som tidigare arbetat på Vårdföretaget. Samtliga chefer har försäljningsansvar (den chef som lämnat företaget hade försäljningsansvar när han arbetade på Vårdföretaget). Alla chefer utom en har läkar- eller sjuksköterskeutbildning och lång arbetserfarenhet inom sjukvården. Den chef som inte har denna bakgrund är ekonom och har bland annat arbetat som konsult i sjukvården. Vi intervjuade även tre personer som innehar stabsfunktioner på Vårdföretaget. Av dessa har en medicinsk utbildning kombinerat med utbildning i markandsföring, en är ekonom med arbetslivserfarenhet i offentlig och privat sektor, och en har lång arbetslivserfarenhet i privatsektor. Dessa tre personer representerar ledningsperspektivet (hädanefter kallad ledningen) i vår uppsats. Nedan presenteras intervjupersonerna där de tre första representerar ledningen:

<i>Position (benämning i uppsatsen)</i>	<i>Bakgrund</i>	<i>Ansvarsområden</i>
Sverigechef för verksamhetsområde A (Sverigechef)	Ekonom som kompletterat med MBA från HHS. Arbetslivserfarenhet inom offentlig och privat sektor. Rekryterades 2002 för att rädda en del av verksamheten som var i kris	Resultatansvar för verksamhetsområde A, internt utvecklingsansvar, övergripande säljansvar samt utveckling av stödfunktioner
Marknadschef (Marknadschef)	Sjuksköterske- och apotekarutbildning samt ekonomikurser på IHM och MBA från HHS. Rekryterades hösten 2006.	Marknadsstrategiska frågeställningar, kommunikation, information, analyser och försäljningscoaching
Operativ personalchef (Personalchef)	Högskolekurser och managementutbildningar. Arbetade tidigare på en stor dagligvarukedja med organisationsutveckling, kompetensfrågor och avveckling. Rekryterades 2001.	Chefscoaching, organisationsutveckling, kompetensutveckling och policyfrågor inom företaget samt delaktighet i rekryteringsprocesser för läkare, chefer och specialister

Medicinsk chef verksamhetsområde A samt Läkarchef region Väst (Medicinsk Chef A)	Specialistläkare med två subspecialiseringar. Tidigare arbetat både inom offentlig och privat sjukvård. Rekryterades 1998 och har byggt upp verksamhet i delar av landet.	Dialog med myndigheter, kommunikation och samarbete med strålskyddskommittén, utveckling av kvalitetsplan för det medicinska arbetet, upphandlingar, ansvarsfrågor, inköp av teknisk plattform och informationssystem samt medicinskt ansvar som individuell läkare
Områdeschef och medicinsk chef Nationell Specialitet (Chef NS)	Specialistläkare med en subspecialisering. Har disputerat och är känt namn inom området. Arbetade i den offentliga drivna verksamheten som köptes upp.	Överläkaransvar och ansvar för samtliga verksamheter inom Subspecialiteten (budget- och personalansvar)
Områdeschef region Öst (Områdeschef Öst)	Specialistsjuksköterska. Tidigare arbetat inom offentlig sjukvård. Rekryterades till företaget 2004.	Budget- och produktionsansvar inom Region Öst
Tidigare läkarchef och medicinsk chef region Öst (Tidigare Medicinsk Chef Öst)	Specialistläkare med subspecialisering samt MBA från HHS. Tidigare arbetat i offentlig sjukvård. Rekryterades 2005 men valde att lämna organisationen i september 2006.	Läkarchef med personalansvar för läkarna och för det medicinska arbetet i Region Öst. Arbetade sida vid sida med områdeschefen för Region Öst.
Medicinsk chef verksamhetsområde B (Medicinsk Chef B)	Specialistläkare med subspecialisering. Disputerade våren 2006. Har tidigare arbetat inom offentlig sjukvård. Rekryterades i januari 2006.	50 % medicinsk chef och 50 % ansvar för verksamhet och ledarskap
Verksamhetschef verksamhetsområde B (Verksamhetschef B)	Ekonomiutbildning från HHS. Arbetat i privat sektor och konsultat inom sjukvårdssektorn. Drivit eget företag. Rekryterades i januari 2006	Resultatansvar, personalansvar och kundansvar.

Genom att låta cheferna ge sin bild av den egna rollen och komplettera detta med ledningens syn hoppades vi kunna stilla vår nyfikenhet. Vi kan se att det är både en svaghet och en styrka att vi har intervjuat personer som har roller som delvis är densamma men som också skiljer sig åt. Det är en svaghet då vi inte kan gå in på djupet i en roll utan istället ser till tre olika roller. De olika personernas röster får då stor betydelse. Å andra sidan ser vi en styrka i att vi ser till alla tre rollerna då dessa är i sin vagga. De har formats relativt nyligen och håller fortfarande på att få sin slutgiltiga utformning. Vi kan därmed täcka in ett större spann av chefer, vilket enligt oss troligtvis innebär att vi kan säga mer om den generella utvecklingen av chefsrollerna i sjukvården.

Efter att ha kommit så långt utformade vi en intervjumall som skulle ligga till bas för vår empiriinsamling. Vi ville börja intervjuerna öppet med frågor kring ledarskap, förändrad sjukvård och förändrade ansvarsområden för att sedan styra in samtalet mot försäljningsrollen. Anledningen var att vi ville ha intervjupersonernas spontana syn på sin roll och hur de uppfattade försäljningsrollen. Intervjumallen finns i Appendix.

När vi började intervjua kände vi att vårt teoretiska fokus skulle kunna belysa hur chefsrollen förändrats på ett intressant sätt. Vi ansåg dock att mer generella teorier som beskriver vad som händer vid förändring och reformer skulle kunna fånga upp flera empiriska iakttagelser. Ett avsnitt om motstånd och översättning tillkom och knöts an till logiker och professioner.

Mer om intervjuerna

Intervjuerna genomfördes under hösten 2006 och varade mellan 50 och 75 minuter. Sju intervjuer ägde rum i Vårdföretagets lokaler och en intervju på ett café. Av praktiska skäl var vi tvungna att hålla en intervju per telefon. Vi deltog båda i samtliga intervjuer där vi turades om att ställa frågorna. Båda två förde anteckningar. Under telefonintervjun användes högtalartelefon så att vi båda kunde höra vad som sades, men vi delade upp frågeställandet och antecknandet mellan oss. Förutom att anteckna spelade vi in intervjuerna. Så snart som möjligt efter att intervjuerna genomfördes skrev vi ner dem efter våra minnesanteckningar. Vi gick sedan igenom materialet tillsammans för att se om vi missat något eller uppfattat något olika. Slutligen lyssnade vi igenom intervjuerna och korrigerade det vi missat. Vi tog även ut citat. Den intervju som gjordes per telefon spelades in men på grund av tekniska problem gick den senare inte att lyssna på. För att försäkra oss om att vi fått med allt på ett korrekt sätt under intervjun, mailade vi över materialet till intervjupersonen som sedermera skickade tillbaka intervjun med ett par korrigeringar.

När intervjuerna var nedskrivna läste vi igenom dem noggrant och arbetade om intervjumaterialet efter de teman som framgår i empirin. Vi arbetade igenom texten för att göra den så läsbar som möjligt. Rubrikerna i empiriavsnittet har vi valt efter vad intervjupersonerna uttryckte och kan därför anses ligga nära empirin.

Kompletterande samtal

Under uppsatsens gång har vi fört samtal med ett tiotal personer som jobbar eller studerar i sjukvården. Samtalen har berört allt mellan hur utbildningen är uppbyggd och hur det ser ut mellan de olika studentgrupperna till hur det egentligen går till när remisser skickas från vårdcentraler till sjukhus eller vilka investeringskostnader det rör sig om vid inköp av avancerad teknisk utrustning. Samtalen har, precis som vi önskade, gett oss ökad kunskap och förståelse för området.

3.4 Studiens kvalitet

Validitet och reliabilitet

Validitet innebär graden av överensstämmelse mellan de teoretiska begreppen och de empiriska variablerna, eller med andra ord studiens överensstämmelse med verkligheten (Andersen 1998). Som forskare är vi intresserade av att denna överensstämmelse är så hög så möjligt. Reliabilitet anger i hur hög grad resultaten från ett mätinstrument eller en mätmetod påverkas av tillfälligheter, eller som Winter (1992) uttrycker det, hur säkert och exakt vi mäter det som vi faktiskt mäter (Winter 1992, i Andersen 1998). Då vår fallstudie innefattar en kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer kan variablerna validitet och reliabilitet anses svårbedömda.

Vad gäller arbetets validitet anser vi det positivt att vi upplevde att respondenterna i intervjusituationen visat förtroende för oss. De öppnade sig och pratade öppet kring ämnena varav vissa kunde anses relativt känsliga. Vi hoppas att vår approach under intervjuerna, att i linje med kongruensmodellen (se Lundeborg 1993 och Engquist 1996) försöka finna de områden som respondenterna ville prata om, har ökat arbetets överensstämmelse med verkligheten. Ett sätt på vilket vi jobbat med att öka validiteten har varit att ge citat stort utrymme i empiri-avsnittet för att på så sätt öka transparensen. Vi hoppas att vi gett en så rättvisande bild av respondenternas verklighet som möjligt.

Reliabilitet innebär som nämnts ovan att resultatet skulle bli detsamma om olika forskare genomförde samma studie. Givet att vi ser forskning som något subjektivt (jmf Mårtensson 2001) är det svårt att uppnå hög reliabilitet. Vi tror att vi har ökat reliabiliteten genom att vara två forskare som båda närvarat vid samtliga intervjuer och i hela skrivprocessen. Vi har vidare noga redogjort för vårt genomförande för att öka förståelsen för de steg som lett fram till resultaten. Tanken med vår noggranna beskrivning är att andra forskare skulle kunna genomföra vår studie med samma arbetssätt, respondenter och intervjufrågor. Att vi spelat in intervjuer och i efterhand diskuterat och tolkat dessa anser vi ha ökat reliabiliteten.

Generaliserbarhet

En viktig del av forskning är i vilken utsträckning de resultat som framkommer är generaliserbara och tillför ny kunskap (Mårtensson 2001). En fallstudie kan, enligt Mårtensson (2001), anses bidra till generaliserbarhet och flera studier behöver genomföras för att testa andra empiriska omständigheter. Enligt Yin (2003) representerar fallstudier inte ett urval för att kunna uttala sig om statistisk generaliserbarhet utan målet är istället att expandera och generalisera teorier, i vad som kallas analytisk generaliserbarhet. Yin menar att det är möjligt att generalisera utifrån enskilda fallstudier och att det först och främst handlar om att beskriva sin fallstudie så bra som möjligt och att sluta sig till generella kunskaper (Yin, i Andersen 1998).

Som vi beskrivit ovan har det varit vårt mål att i så noggrann utsträckning som möjligt beskriva det arbete vi genomfört. Vårt val av företag, ett stort privat företag som kan anses driva utvecklingen inte bara i Sverige utan även internationellt, möjliggör viss generaliserbarhet. Företaget expanderar och påverkar andra aktörer på marknaden, både privata och offentliga. Mot

denna bakgrund är det vår förhoppning att våra slutsatser kan säga något om framtiden och framtida chefsroller i sjukvården även utanför vårt studerade företag.

Samtidigt som vi har dessa förhoppningar är vi dock medvetna om att vi inom ramen för denna uppsats inte har möjlighet att åstadkomma en studie som ger mycket hög generaliserbarhet. Det metodval vi gjort, att genomföra en fallstudie på ett företag, skapar gränser för vad vi egentligen kan uttala oss om. Vi har genomfört intervjuer endast på ett företag vilket självklart minskar våra möjligheter att generalisera i allmänhet och kanske särskilt om hur det ser ut i organisationer med annorlunda styrning såsom i landstinget. Vi har träffat chefer på olika positioner vilket vi dels ser som en fördel men också som en nackdel då det är svårare för oss att dra slutsatser kring en särskild chefsroll. Hade vi genomfört intervjuer på fler nivåer på företaget tror vi att våra slutsatser kanske delvis skulle ha ändrats. Vår förhoppning är att genom vår uppsats bidra med ett ytterligare och delvis nytt perspektiv på förändrade chefsroller i sjukvården snarare än att komma med en allmänt generaliserbar bild.

4. EMPIRI

Det första avsnittet består av en kort beskrivning av det företag som vi har studerat. I det andra avsnittet presenterar vi det material som framkommit av intervjuerna; respondenternas berättelser.

4.1 Det studerade företaget

Det företag vi valt att studera är en privat aktör inom vårdsektorn. Företaget, i uppsatsen refererat till som Vårdföretaget, utgör en enhet inom en privat europeisk hälso- och sjukvårdsorganisation. Hälso- och Sjukvårdsorganisationen startade sin verksamhet i Sverige 1994 då ett landsting överlät delar av länets verksamhet till det företag som under de närmsta tio åren skulle växa till att bli en stor europeisk koncern. Hälso- och Sjukvårdsorganisationen kan på uppdrag av landsting eller regioner ansvara för att driva sjukhus eller andra vårdenheter i form av aktiebolag eller driva och utveckla verksamheten vid sjukhus via drift- och utvecklingsavtal. Vården ges på samma villkor, med samma patientavgifter och köregler som inom den offentliga vården. Mindre än två procent av Hälso- och Sjukvårdsorganisationens patienter får vården betald privat, de flesta av dessa genom försäkringsbolag. Enligt det egna presentationsmaterialet är priserna i genomsnitt 15 % lägre än vid jämförbara enheter i Sverige. (Hälso- och Sjukvårdsorganisationens informationsmaterial)

Varje år behandlar Hälso- och Sjukvårdsorganisationen över två miljoner patienter. I den undersökning som utformats av Vårdförbundet framgår det att organisationens kunder överlag är mycket nöjda. Hälso- och sjukvårdsorganisationen har som mål att göra människor friska men vill även utveckla och förbättra vården. Detta utvecklingsarbete drivs genom att utmana de system som traditionellt definierat vården och satsa på nya idéer och förädla de idéer som fungerar bäst. Man delar bland annat ut utmärkelser till medarbetare som utmärkt sig genom klinisk forskning eller genom nytänkande och tvärvetenskapliga projekt. (Hälso- och Sjukvårdsorganisationens informationsmaterial)

Vårdföretaget bildades efter att ledningen för Hälso- och Sjukvårdsorganisationen beslutat att bryta ut detta affärsområde från den övriga verksamheten. Anledningen till detta var bland annat de höga investeringskostnader som krävdes inom affärsområdet. Fram till år 2002 bedrev Vårdföretaget verksamhet inom ett specialistområde men vid årsskiftet 2001/2002 tillkom ytterligare ett då företaget slog ihop sin verksamhet med ett annat företag. Idag erbjuder Vårdföretaget således tjänster inom två specialistområden till öppen och sluten sjukvård. Vårdföretaget driver verksamhet på tolv orter i Sverige och anställer drygt 700 medarbetare, huvudsakligen biomedicinska analytiker, specialistsjuksköterskor och läkare med specialistkompetens inom de två verksamhetsområdena. Omsättningen är ca 670 miljoner SEK/år. (Hälso- och Sjukvårdsorganisationens informationsmaterial)

De två specialistområdena refereras i denna uppsats till Verksamhetsområde A och Verksamhetsområde B. De respektive områdena har organiserats olika. Verksamhetsområde A är organiserat på regional basis genom region Öst och region Väst. En subspecialitet har dock

brutits ut och refereras till som Nationell Specialitet. Verksamhetsområde B har en matrisorganisation, där medicinsk inriktning utgör ena axeln och regionalt verksamhetsansvar utgör den andra. Många av de personer som vi har intervjuat har sin arbetsplats på ett sjukhus som vi i uppsatsen refererar till som Privatsjukhuset.

4.2 Respondenternas berättelser

4.2.1 Sjukvården idag – en ny värld

Nu har ekonomin kommit in vid sidan av

En viktig del i dagens sjukvård är enligt flera av de intervjuade att det kommit in privata vårdalternativ. Enligt Marknadschefen har dessa stor påverkan på branschen och marknaden. Verksamhetschef B pekar på att det införts ett ökat ekonomiskt fokus i hela branschen, både i privatstyrd vård och i landstinget. Chef NS anser att läkarutbildningen inte längre stämmer överens med hur det fungerar ute i vården. På läkarutbildningen lär sig studenterna att alltid ge bästa vård i första hand: *"Vi (läkarna) har varit vana vid att vi bestämmer hela vår utbildning. (...) Nu har ekonomin kommit in vid sidan av."* Ett exempel som hon tar upp på hur ekonomin blivit viktigare är att de i Lund kommit upp med en ny medicin inom hennes specialistområde som fungerar effektivt men som är för dyr och därför inte används. Chef NS uttrycker spontant att hennes största utmaning ligger i att hon inte är ekonom. Hon upplever att ledningen delvis talar ett annat språk än hon själv och delvis tänker annorlunda. Tidigare Medicinsk Chef Öst menar att den utveckling som pågår inom vården nog kan bli jättebra och att fokus på produktion och tillväxt i sig är intressant. Samtidigt tror han att läkarna drömmer om tiden före de ekonomiska målens inträde i vården: *"... dom [läkarna] drömmer om den gamla tiden, där det var dom som satte upp de medicinska målen, där det inte var ekonomin som styrde."*

Kunden i fokus

Ett annat återkommande tema under intervjuerna är ett ökat kundperspektiv i vården idag. Enligt Marknadschefen är man inom vården mer öppna för "second opinion" och det finns inte längre samma hierarki. Folk har blivit mer måna om vilken sjukvård man får och är bättre informerade via Internet och andra medier. Medicinsk Chef A menar att patienten placerats betydligt mer i fokus i vården vilket är positivt. Han håller med Marknadschefens bild och menar att patienterna numera har större medverkan, mer valfrihet och mer information. Som en följd av detta måste man som sjukvårdsföretag/landsting vara mer fokuserade på service. Medicinsk Chef A säger spontant och direkt att Vårdföretaget måste bli bättre på att marknadsföra sig: *"Jag lever i en värld där jag i alla år har haft för mycket att göra. Jag har aldrig behövt marknadsföra mig egentligen en enda dag eftersom jag alltid har haft för mycket att göra (...) Världen har förändrats, så nu ser vi det att vi måste tala om att vi finns och vi vad vi kan göra. Och den kunskapen har vi inte."*

Från Gud till team-medlem

Flera av de intervjuade pekar på att auktoriteten inom sjukvården inte alls är lika stark som förr. Det har skett en attitydförändring, dels mellan patienter och vårdgivare och dels mellan de olika yrkesgrupperna som arbetar inom vården. Medicinsk Chef A menar att: *"Det ju skett en väldigt stor attitydförändring mellan olika yrkesgrupper, Från läkaren gud eller gud läkaren ner till att det är en medlem i ett*

team, vilket jag tycker är väldigt positivt.” Denna bild är en som Områdeschef Öst också är beredd att hålla med om. Hon menar att det i vården idag blivit både slappare och mer effektivt. Det var betydligt mer hierarkiskt när hon började 1983. Då ställde man mer eller mindre upp sig i givakt för inspektering innan man påbörjade passet; ringar av, nagellack skulle av och håret upp. Att man tappat hierarkin kan ha att göra med att man nu jobbar mycket i mer i team. ”Ingen fick vara chef eller säga till den ena eller den andra.”

Vårdföretaget utmanar och utvecklar

Flera på Vårdföretaget anser att utvecklingen ligger före i den privata sektorn. Sverigechefen menar att man ligger före i näringslivet: *”Där man är idag inom sjukvården var man kanske inom näringslivet för 20-30 år sedan när man började jobba med rationaliseringar och effektiviseringar. (...) Man kan inte rationalisera genom att bara industrialisera processerna man måste industrialisera och rationalisera processer genom att jobba med människor.”* Samtidigt menar hon att personaltätheten i vården är en anledning till detta. Det är Sverigechefen ett stort spann mellan de mest specialiserade specialisterna och de minst specialiserade vilket gör företaget än mer komplext att förändra. Personalchefen anser sig ha mycket erfarenhet och lärdomar från den privata företagsvärlden vilket kan vara av nytta på Vårdföretaget. Hon anser i likhet med Sverigechefen att man kommit längre i utvecklingen i privata företag. Detta är en bild som även Marknadschefen ansluter sig till.

Sverigechefen berättar att antalet aktörer på den svenska hälso- och sjukvårdsmarknaden har ökat de senaste tio åren. Flera av dessa är privata aktörer. Problemet, menar hon, är att både de privata drivna sjukvårdsföretagen och den landstingsdrivna sjukvården har levt i en struktur som inte lyckats göra sjukvården mer effektiv. Det är först de senaste fem, sex åren som några av de större privata sjukvårdsföretagen lyckats driva utvecklingen framåt. *”De [större privata sjukvårdsföretagen] har kraft att genomföra förändringar så att det också blir bättre för patienter, en högre tillgänglighet...”* Vårdföretaget är, enligt Sverigechefen stor aktör som i allra högsta grad är med och driver utvecklingen, inte bara på den svenska marknaden utan även på den europeiska. Företaget har en intressant position och påverkar hela branschen och även leverantörsarenan. Vårdföretaget är en kund med krav och drivkrafter som tvingar leverantörer i branschen att tänka om och deras marginaler som förut var stora har nu pressats ner. Personalchefen beskriver Vårdföretagets position i branschen: *”Det är jätteroligt, tycker jag, att kunna få vara en liten kugge i den här resan som vi håller på med ... vara någonting som utmanar...”*

Marknadschefen anser att Vårdföretagets varumärke ska stå för service, kompetens, kundnytta, kundanpassad sjukvård och korta väntetider. Han påpekar att det är viktigt att få ut budskapet att privat sjukvård inte kostar mer än sjukvård som erbjuds av landstinget. Chef NS menar att det är centralt att visa upp företagets forskningsverksamhet. Hennes avdelning driver exempelvis mest forskning inom området i Sverige. Det är centralt att kvaliteten på verksamheten är hög. Verksamhetschef B anser att en bra ekonomi är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda hög kvalitet: *”God ekonomi är otroligt viktigt för medicinsk utveckling. Att finnas i ett företag som går runt, eller lite plus, är otroligt mycket lättare för att hålla eller höja kvaliteten framöver.”*

Medicinsk Chef B berättar att Vårdföretaget utvecklar nya sätt att bedriva sjukvårdsverksamhet. Verksamhetsområde B håller i dagsläget på att hitta samarbetsformer mellan de olika specialiteterna. Syftet är att de ska kunna dela basverksamhet och samtidigt kunna erbjuda den spetskompetens som de har idag.

4.2.2 I jämförelse med landstinget

Riktiga pengar

Personalchefen menar att en stor skillnad mellan att arbeta i offentlig och privat driven sjukvård är hur nära ekonomin man jobbar. Intäkter är en förutsättning för att ett privat företag ska kunna göra investeringar. Hon berättar: *"Skillnaden för oss mot offentlig sida är ju att vi måste få rätt färg på siffrorna, vi måste gå runt, vi är ju ett aktiebolag..."* Tidigare Medicinsk Chef Öst för ett liknande resonemang. Han säger att det inte handlar om "riktiga" pengar i samma utsträckning i landstingsdriven sjukvård som i privat. I ett privat företag betyder varje intjänad krona mer än på landstingsdrivna sjukhus. Även Medicinsk Chef A ser tydliga skillnader mellan hur ekonomin hanteras i offentliga sjukvårdsorganisationer och i privata. Han jämför de förstnämnda med planhushållning och de sistnämnda med fokus på balansräkningar.

Områdeschef Öst berättar dock att även sjukvård som drivs av landstingen har stort fokus på ekonomin. Det hon är kritisk mot är att uppföljning av det ekonomiska läget alltid kom för sent. Om resurserna inte räckte till stoppades bara verksamheten medan Vårdföretaget koncentrerar sig på att klara uppdraget och utöka verksamheten. Veckovisa rapporter möjliggör att chefer kan ha överblick över ekonomin. Hon poängterar att det har skett en positiv utveckling i landstingsdriven sjukvård men att de inte har kommit lika långt som Vårdföretaget.

Personalchefen anser inte att företagets vinstkrav innebär att Vårdföretaget gör avkall på kvaliteten på sjukvården, utan att kvalitets- och ekonomiskrav kan förenas. Samtidigt är hon medveten om att medarbetare på Vårdföretaget ibland kan ställa sig tveksamma till detta: *"Som medarbetare kan man ju tycka att de bara pratar ekonomi och pengar, siffror i Vårdföretaget."* Skillnad mellan den verksamhet som bedrivs i landstinget och den som bedrivs i privata företag beskrivs, till skillnad från ledningsansvaret, som liten. Medicinsk Chef B menar att alla verksamheter i Sverige håller samma höga kvalitet och att Vårdföretaget gör samma sak till samma kvalitet som landstinget. Det man kan konkurrera med är pris och service. Chef NS anser inte heller att innehållet och kvaliteten i verksamheten skiljer sig från den verksamheten som bedrevs när organisationen låg under landstingets ansvar.

Ledarskapet

Flera av intervjupersonerna ger uttryck för att det finns skillnader i ledarskapet i de offentliga sjukvårdsorganisationer som de arbetat i och på Vårdföretaget. Verksamhetschef B anser att privata sjukvårdsföretag har en modernare ledningsstruktur än landstingen och Medicinsk Chef B menar att landstingssjukvården kan vara oerhört verksamhetsstyrd. Om personalen har mycket att göra kan de ibland fokusera på att få en person till anställd istället för att ändra arbetssätt. Vårdföretaget är mer sunt ledningsstyrt och beslutsvägarna till ledningen är betydligt kortare än i

landstinget: *"Här ses arbetssätt och processer som förändringsbara."* Medicinsk Chef B berättar att hon på Vårdföretaget för första gången i sin medicinska karriär har en chef som inte är läkare. I hennes arbete blir det nu viktigt att förklara medicinska frågor för sin chef. I den ledningsgrupp där hon ingår är hon ensam om att representera sin medicinska specialitet. Detta innebär en skillnad för henne: *"Man är så van att vara i en stor klunga."*

Medicinsk Chef A upplever att han fått utveckla sin entreprenöriella sida på Vårdföretaget på ett sätt som inte var möjligt i landstingsjukvården. Detta är något han uppskattar mycket. Han säger dock att Vårdföretaget har vuxit enormt mycket på i Sverige och internationellt de senaste åren. Han beskriver Vårdföretagets utveckling: *"Det lilla smidiga ad hoc-företaget har blivit mer som ett litet landsting."* Även om det finns mindre utrymme för entreprenörer i ett stort företag ser han fördelar i att Vårdföretaget vuxit och blivit mer kända. De ses nu som en stor spelare, vilket exempelvis märks i upphandlingar. Områdeschef Öst ger uttryck för att det är långa beslutsvägar på företaget vilket skapar en tröghet i organisationen. Hon säger att det går snabbare än i landstinget men att det tar längre tid än vad hon förväntat sig. Personalchefen menar att Vårdföretaget är en mer beslutsam och handlingskraftig organisation än landstingssjukvården och företagets tröghet förklarar hon med: *"Vår organisation har ju en historia i den offentliga världen."*

Att tillhandahålla eller marknadsföra vård

I Marknadschefens ögon är en stor skillnad mellan landstingsdriven sjukvård och privata sjukvårdsföretag är att man i landstingen tillhandahåller medicinsk service medan man i den privata sfären marknadsför de tjänster man tillhandahåller. Han säger dock att många medarbetare inom Vårdföretaget är vana att tillhandahålla vård snarare än att marknadsföra vård, det vill säga de tänker som i landstinget. Sverigechefen uttrycker att det kan vara svårt att arbeta med personer som alltid har tänkt annorlunda. Hon säger exempelvis att medarbetare med landstingsbakgrund aldrig har behövt tänka på vem som betalar deras lön. Enligt Medicinsk Chef A är det en svår mental omställning att gå från den trygga kommunala världen till att jobba för Vårdföretaget och denna omställning tar tid: *"Den omskolningen som ska göras för att gå från (...) planbushållningstänkandet till balansräkningstänkandet, det är en process som tar ca två år hos dem som har jobbat länge för att försöka förstå att det inte är fult att tjäna pengar på sin kompetens."*

För att ändra människors synsätt och attityder menar Medicinsk Chef A att det är viktigt att jobba via golvet. Han påpekar att det är svårare att åstadkomma förändring på golvet ju högre upp i hierarkin man är. Områdeschef Öst säger att det affärsmässiga tankesätt som traditionellt genomsyrar företag inte finns i särskilt hög utsträckning bland personalen på Vårdföretaget. Detta är hon förvånad över och hon uttrycker det som att många inte vill förstå. Hon säger dock att det är många som inte valt att gå över till en privat arbetsgivare utan bara följt med då organisationen köptes upp. Hon beskriver detta: *"Många gillar inte förändringar. Det räcker att det finns nån informell ledare som kanske är stark som är emot det här. Man vill inte byta logga till exempel (...) det är mycket känslor."*

Tidigare Medicinsk Chef Öst säger att ett företag som Vårdföretaget behöver ekonomisk styrning och att det intressant att fokusera på produktion och tillväxt. Han menar dock att läkargruppen

inte tänker på detta vis. Medicinsk Chef A berättar att Vårdföretaget har använt sig av partsammansatta grupper när upphandlingar ska göras. Med detta upplägg gäller det att skapa konsensus och få ihop affärsmässigt synsätt, medicinskt synsätt och företagets viljeriktning i en gemensam strategi. Enligt honom är dock det svårt att få till då personer som representerar olika grupper har problem att se hela företaget, de är vana att endast se till sin egen enhet. Verksamhetschef B ger en delvis annan bild: *"Alla som jobbar på Vårdföretaget vet att de jobbar på Vårdföretaget, de vet att Vårdföretaget har ett mål (...) det är fokus på det."* Hon tror att det är lättare för ett privat företag än ett landsting att ha ett mål och en vision. Då nästan alla medarbetare på Vårdföretaget tidigare arbetat inom landstinget tror hon att det till en början var stor skillnad för dem men att de nu är vana vid Vårdföretagets kultur.

4.2.3 Vårdföretagets nya chefsroller

På Vårdföretaget har man valt en organisation som skiljer sig från den traditionella genom förändrade chefsroller. Anledningen till detta är enligt Sverigechefen att den traditionella organisationen i vården inte har fungerat för att utveckla verksamheten och driva utvecklingen i branschen. Tidigare har chefer inom vården främst varit representanter för den egna gruppen där det viktiga var lojalitet med den egna gruppen. Sverigechefen menar att chefer inom vården aldrig har representerat ledningsperspektivet: *"Man har svårt att förstå vad det är att vara en del av en ledning (...) och det har också medarbetarna svårt att förstå, och det har också läkarna svårt att förstå för de har alltid varit lojala mot sin grupp."* Ytterst handlar det om att våga vara chef, om att våga vara en ledare. Och det är sådana chefer man söker inom Vårdföretaget. Att man valt en annan organisering har sålunda att göra med de krav som de ställer på chefer.

De krav man från företagets sida ställer lever läkarna ofta inte upp till. Enligt Sverigechefen kan anledningen vara att det är det svårt att kombinera specialistrollen (läkare är specialister inom ett visst medicinskt område) med ledarrollen (en generalistroll). Men detta är inget specifikt för Vårdföretaget, även på andra håll har man frångått att verksamhetschefer måste vara läkare. Enligt Sverigechefen är ledarskapet A & O i ett företag och hon menar att mixen av olika kompetenser bland Vårdföretagets chefer skapar bra dynamik och bra utveckling. Sverigechefen upplever att hennes största utmaning är att styra läkargruppen och företagets ledare. Det innebär dels att hitta och rekrytera ledare, och dels att få ledare att ta ansvar för hela verksamheten. Det gäller att fortsätta utmana de starka kulturer som rådet på ett sjukhus. Hon menar att: *"Läkargruppen med olika maktmedel vägrar att förstå de spelregler och den kultur vi försöker att skapa."*

Sverigechefen berättar att Vårdföretaget ställer höga krav på sina chefer och om samarbetet inte fungerar så sker omplacering. När en verksamhet köps upp av Vårdföretaget så tillsätts alla chefsposter på nytt. Inom Verksamhetsområde A finns det bara helt nya chefer och det är en ny ledningsstruktur som gäller. Vårdföretaget leder och styr verksamheten på ett nytt sätt vilket innebär att samtliga personer måste lära om. Företaget är enligt Sverigechefen i en sådan situation nu att de kan ställa krav på personalen för att få exakt de personer de vill ha.

Vårdföretaget består av Verksamhet A och Verksamhet B. Inom Verksamhetsområde A finns det tre områden; Region Öst, Region Väst och Nationell Specialitet. Dessa tre områden styrs av en områdeschef som under sig har driftschefer. Områdeschefen har vid sin sida även en läkarchef som har personalansvar för läkarna och det medicinska ansvaret. I rollen som områdeschef ingår ansvar för verksamheten, ekonomin, kvaliteten och personal. Dessa har ofta inte en medicinarbakgrund; områdescheferna ska ha fokus på *bela* verksamheten och läkarna ska användas inom de områden där deras kompetens finns. Samma tankesätt finns inom Verksamhetsområde B där man valt en matrisorganisation med tre verksamhetschefer och fyra medicinska chefer. Verksamhetscheferna är de som där ska ha fokus på *bela* verksamheten. Personalchefen berättar: *"[Man vill] använda doktorer till det de är bra på (...) så att de är trogna sin profession så att säga, vi använder doktorerna till doktorsuppgifter."*

Det är dock viktigt att hitta chefer som förstår läkarna. Områdescheferna på Vårdföretaget har sin bakgrund i olika branscher. Vissa är specialistsjuksköterskor, andra ekonomer, biomedicinska analytiker eller läkare. Det viktiga för Vårdföretaget är att de har visat sig ha talang för att leda och utveckla verksamheten. Som sjukvårdsutbildad kan man enligt Personalchefen ha en fördel då man har *"En fot i verksamheten, man förstår språket (...) Det behöver inte vara så, men det är så."* Driftscheferna, de som finns direkt under områdescheferna, är enligt henne mycket viktiga personer för företaget. Det är tuffa jobb där man har ansvar för ekonomi, verksamhet och personal. Driftscheferna, som oftast är sjuksköterskor eller biomedicinska analytiker, är inte chef över läkarna även om de skulle kunna vara det. Personalchefen menar att detta har historiska förklaringar. *"Så långt har vi inte kommit, för det är klassiskt alltså... det är ju det, man måste kunna vara lite jämspelt i kontakten."*

Enligt Personalchefen erbjuder företaget flera medarbetarfördelar och är generösa med kompetensutveckling, både inom professionen och genom ledarskapsutbildningar. På cheferna satsas det mycket; bland annat har det funnits ett årslångt introduktionsprogram, ett ledarutvecklingsprogram och ett mentorskapsprogram. Medicinsk Chef A berättar även han att "vi" (Vårdföretaget) jobbar mycket med att utbilda ledare och på att tillvarata kompetens och att det är bättre än allt annat han tidigare sett. Företaget erbjuder ett fantastiskt bra ledarskapsprogram *"nästan för omfattande kan man tycka för att vi ska hinna med det också"*. Sverigechefen berättar att Vårdföretaget även har gjort en breddsatsning som heter Service Med Ansvar. 600-700 ur personalen har genomgått minst en endagsutbildning i tankesättet att *"alla har ansvar för kundrelationer"*. Att Vårdföretaget satsar så mycket på sina anställda har enligt Personalchefen lett till att många medarbetare nu söker sig aktivt till dem för arbete.

Många och höga krav

För att kunna sadla den roll det innebär att vara chef på Vårdföretaget är det viktigt att inneha vissa kompetenser. Enligt Sverigechefen finns det framförallt tre kompetenser som är de viktigaste om man bortser från den yrkesspecifika; att ha drivkraften och viljan att vara med och förändra och förbättra, att vara kommunikativ och att ha ett affärsmässigt tänk vilket enligt henne är svårt men viktigt. Personalchefen håller med och menar att som chef måste man både ha ett marknadsfokus och ett kundfokus. Det gäller att hela tiden vinna upphandlingen för nästa period

också. Det är viktigt att ha förståelse för ekonomi, ha ledaregenskaper och kunna driva projekt som innebär förändring. Hon sammanfattar: *"Förr i tiden var det självklart att man skulle vara sjuksköterska eller BMA eller någonting sånt, men det är det inte längre utan man måste se vad är det organisationen behöver så att man klarar det här långsiktiga, och över tiden att utveckla, att ha ett sådant fokus..."* Marknadschefen efterfrågar mer marknads- och företagstänk bland ledare och chefer. Han sätter marknadsföringskompetens före medicinsk kompetens – om det inte finns en marknad är produkten eller tjänsten oviktig.

Områdeschef Öst menar att Vårdföretaget vill ha starka ledare som själva kan och vågar fatta beslut och som för ut företagets budskap. De ska också vara handlingskraftiga, visa resultat och vara bra på att få folk med sig. *"De vill ha ledare som visar resultat."* En syn som delvis står i kontrast till Områdeschefens uttalande är den som Chef NS har. Hon menar att den viktigaste kompetensen är att kunna delegera och att man tror på folks kompetens. Alla är utbildade och kan sina grejor. Hon poängterar vidare att *"Det viktigaste är inte budgeten (...) utan det är samarbetet."*

Under utveckling

Enligt Sverigechefen vill man på Vårdföretaget ha mogna ledarroller, det är viktigt att våga fatta beslut. Det är viktigt att veta vilka mandat man har att fatta beslut. *"Det kan ju leda till, vilket det uppfattas som av många medarbetare idag, att det är otydligt ledarskap..."* Tidigare var det solklart vilka beslut man fick ta på olika befattningar men så är det inte ännu i Vårdföretagets organisation. Mycket är under utveckling och i förändring på Vårdföretaget. Medicinsk Chef A förklarar: *"Vi börjar bita en form nu, den har inte varit självklar. Den inte klar beller än och jag tycker att vi jobbar väldigt aktivt och fokuserat på och är lyhörda till hur vi ska kunna förbättra ledarrollen och ledarutbildningen"*.

4.2.4 Så upplevs den nya chefsrollen

Utökade ansvarsområden

Att Vårdföretaget valt att organisera chefsrollerna på ett annat sätt än det traditionella innebär en rad omställningar för de berörda cheferna. Chef NS berättar att hennes ansvarsområden främst har utökats. Hon är inte, som tidigare, 100 % som läkare på golvet. Nu ska hon istället spendera 60 % av sin tid på något annat. Det som tillkommit är ett mer uttalat budgetansvar, restid och möten. Innan var hon bara överläkare och avdelningsföreståndare. Det finns i nuläget en brist på läkare inom hennes specialistområde och hon säger att bara det fanns folk så skulle hon kunna lämna golvet. Men detta verkar hon inte vilja ändra: *"Det är det [det medicinska specialistområdet] jag brinner för."* Samtidigt som hennes chefsroll innebär utökat ansvar innebär det även ökad frihet.

För Områdeschef Öst som tidigare arbetat som chefssjuksköterska på ett landstingsdrivet sjukhus är det utökade ansvaret också tydligt. Nu har hon hela ansvaret för budget och produktion. I rollen som chefssjuksköterska ställdes det inga krav på att genomföra till exempel ett visst antal undersökningar per dag. I hennes nuvarande roll ställs det krav på kontroll och återrapportering. Även Medicinsk Chef A pekar på en konsekvens av de många ansvarsområden hans chefsroll innefattar; det fungerar enligt honom inte att jobba schemalagt som läkare samtidigt eftersom ledningen kan kalla till stora möten med många involverade när som helst.

Satsning på cheferna

Samtliga av de intervjuade vittnar om den satsning som görs på dem som chefer på Vårdföretaget. De berättar att Vårdföretaget ordnar mycket för sina chefer och ledare, bland annat mycket utbildning, kurser och träffar med andra områdeschefer. Chef NS berättar att *"De [Vårdföretaget] är jätteduktiga på att ta hand om sina ledare."* Även Medicinsk Chef B håller med om denna bild. Vårdföretaget satsar på hög läkarbemannning jämfört med andra organisationer och det finns en långsiktighet i satsningarna och satsning på kompetens. Detta gör Vårdföretaget till en attraktiv arbetsplats. Medicinsk Chef B säger att hon känner sig utvald för jobbet och att rekryteringsförfarandet skiljer sig mycket från det i landstinget. Hennes förväntningar är överträffade. Enligt Verksamhetschef B är ledarskapet inom företaget i hög utsträckning påverkat av den högsta ledningen. Det som ledningen signalerar sprider sig i organisationen och dessa frågor fokuseras. På så sätt är högsta ledarskapet framgångsrikt.

Nya problemställningar

De nya chefsrollerna innebär nya utmaningar och problemställningar för cheferna på Vårdföretaget. För Verksamhetschef B, som är den enda verksamhetschefen inom verksamhetsområdet utan medicinsk bakgrund, har en stor utmaning varit att leda människor med en helt annan yrkesbakgrund än den egna. En av de första frågorna hon fick var hur hon hade tänkt arbeta när hon inte kan verksamheten, det vill säga utan att kunna den medicinska biten. Detta innebär för henne att hon måste jobba mycket genom andra. Då hon inte är läkare är allt det medicinska ansvaret delegerat till de medicinska cheferna, som har regionalt ansvar. *"Jag fyller en ledarfunktion. (...) De medicinska frågorna är läkarnas."* I början och även idag handlar det mycket om att känna sig fram. Hon menar att leda framförallt läkare inte alltid är lätt då dessa har en naturlig ledarposition. Det är en balans att inte vara alltför beroende eller alltför dominerande. Vid frågan om varför ansvaret för läkarna inte ligger under driftschefen svarar hon att detta har med gammal tradition att göra. *"Läkarna har varit ett eget kollektiv och övrig personal ett eget kollektiv."*

Områdeschef Öst berättar att hon i sin roll som områdeschef stött på problem som inte upplevt tidigare. Hon berättar att det var lättare att få med folk på det landstingsdrivna sjukhuset som chefssjuksköterska och som bemanningschef på Vårdföretaget än i den roll hon innehar nu. *"Personalen tror att jag styrs ifrån högre ort."* I nuläget jobbar hon inte alls på golvet. Å andra sidan tror hon att hon fungerar bra i chefsrollen då hon kan och känner verksamheten väl. Hon anser sig ha en tydlig ledarprofil och kan förklara så att folk följer med. Men det är något hon inte vill påstå sig ha lyckats med på Vårdföretaget. Områdeschef Öst ser ett hinder i att hon i sin nuvarande roll inte har personalansvar för läkarna. I nuläget är det kritiskt att tillsätta vakanta läkartjänster som behövs för att hon ska nå sina produktionsmål. *"Just nu har vi vakanser på läkarsidan, och det är ju egentligen inte mitt ansvar. Men det blir ju ändå så (...) att jag behöver de här tillsätta tjänsterna för att jag ska kunna hålla produktionen uppe eftersom produktionen är mitt ansvar."*

Tidigare Medicinsk Chef Öst sticker inte under stol med att han kände att han förlorade makt som läkare och chef i sin roll på Vårdföretaget. Makten hamnade hos områdeschefen, som var sjuksköterska, vilket skedde på bekostnad av läkarna. Den person som var områdeschef på

Vårdföretaget var den som tidigare varit chefssjuksköterska på samma avdelning som honom på det landstingsdrivna sjukhuset. Som medicinsk chef kände han att han fick mer listfifflarens roll. *"Min roll skulle bli mer som listfifflarens och verksamhetsrollen skulle hamna på områdeschefen. (...) Jag skulle ju inte längre hålla i mötesklubban ... det skulle [områdeschefen], då var det omvända roller på oss två."* Under sin tid som läkarchef på Vårdföretaget upplevde han en tydlig marginalisering av läkarna: *"Det är en marginalisering av läkare och de får inget inflytande ... det är något nytt i svensk sjukvård... för vi är vana att (...) högst upp står det läkare (...) Om inte läkarna liksom tar tag i det här, då blir de fränkörda och då kanske det blir läkarbolag och så här i framtiden."* Tidigare Medicinsk Chef Öst menar att sjuksköterskorna också, inte bara läkarna, har det traditionella synsättet på roller. De får mer ansvar från ledningen och ibland ansvar som de egentligen inte kan ta på grund av att de inte är en auktoritet för läkarna. Han menar att de har en utsatt position och inte vågar sig nej till ledningen när deras ansvarsområde utökas.

Otydlighet i den nya rollen

Flera av de intervjuade antyder att den nya organisationen och de nya chefsrollerna lett till osäkerhet och otydlighet. Enligt Medicinsk Chef A är ansvarsområden i de olika chefsrollerna inte *"solklara i alla sammanhang"*. Det finns idag brister och en otydlighet när det gäller befattningar. Befattningsbeskrivningarna är dock inte klara även om de börjar bli det, de är mitt uppe i detta arbete just nu. *"Vi jobbar mycket i den här nya organisationen med att ta fram befattningsbeskrivningar för att synliggöra vem som ska göra vad ... vi håller på att försöka bitta de nya rollerna för det är inte riktigt tydligt vem som ska göra vad."* Han tycker att de kommit en bra bit med det arbetet. Anställda och yrkesgrupper har många synpunkter, exempelvis finns den traditionella synen på verksamhetschefen som läkare. *"Vi har kvar en hel del i ledarskapet och det finns väldigt mycket synpunkter från olika grupper inom Vårdföretagets anställda på hur ledarstrukturen ser ut och det finns olika åsikter kring hur den borde se ut. Det är ingen hemlighet. (...) Traditionellt sett så finns ju en önskan från läkaren att läkaren ska vara verksamhetschef. Och det är ju inte så i Vårdföretaget och det är inte så på många ställen i landstinget heller."* Områdeschef Öst menar att en stor utmaning för hela företaget är att få organisationen att sätta sig och de olika rollerna ska bli tydligare.

Medicinsk Chef A säger att han själv har en delvis otydlig roll då han både är medicinsk chef för Verksamhetsområde A och samtidigt läkarchef för Region Väst. Han går mer och mer mot den rollen som det är tänkt, den medicinske chefen. Områdeschef Öst har en liknande erfarenhet. Hon berättar att hon egentligen påbörjade den roll hon har nu i januari 2006, trots att hon haft den sen 2005. *"Jag satt på flera roller, det kan också ha skapat en del otydlighet framöver."* Områdeschef Öst håller med Medicinsk Chef A och säger att det finns viss förvirring vad gäller de olika chefsbegreppen och vilka ansvar som egentligen innefattas i vilken roll. En verksamhetschef betyder enligt Socialstyrelsen en sak och denna beskrivning verkar mer stämma med hur det ser ut i landstinget. Verksamhetschefen ska vara den ytterst ansvariga för verksamheten till vilken patienter, allmänhet, media med flera kan vända sig med frågor angående verksamheten. I landstinget innehas denna roll normalt av en läkare. I nuläget är det Sverigechefen som är verksamhetschef på för Verksamhetsområde A, en titel hon enligt Områdeschef Öst inte vill inneha framöver. Istället är tanken, enligt Områdeschef Öst, att hennes titel ska försvinna och att

hon ska bli verksamhetschef. *"Vissa tycker att man bara ändrar titel, men jag personligen tycker att man ändrar arbetsinnehållet och ansvaret."*

Att det där med ansvarsområden är otydligt framkommer även från Medicinsk Chef B. Hon är osäker på vilket ekonomiskt ansvar hon egentligen har. *"... jag jobbar ju med budget och min chef uttrycker det som att jag är ansvarig för budgeten men, faktiskt, den som är den som trycker på okej knappen är (...) verksamhetscheferna."*

4.2.5 Säljarbetet

Ansvar för säljarbetet

Ledningen har, enligt Sverigechefen tydliggjort var säljansvaret ligger; kontakter med kunder på den lokala marknaden ligger lokalt. Detta innebär att det ingår i områdeschefer/verksamhetschefer och driftschefer ansvar att sköta kundrelationer och arbeta med försäljning. Men flera chefer är enligt Sverigechefen osäkra på vad det innebär att sälja och hon tycker inte att säljarbetet fungerar tillfredsställande idag. Säljansvaret är inget nytt men det har tydligaregjorts den senaste tiden. Personalchefen tycker i likhet med Sverigechefen att man inte nått dit man vill men att utvecklingen går i rätt riktning.

För att underlätta och klargöra försäljningsansvaret har flera förändringar skett nyligen. Bland annat har en customer relations befattning med nationellt ansvar utvecklats. Denna person ska ha ett uttalat ansvar för merförsäljning och kundvård, det vill säga ska rikta in sig på befintliga vårdavtal, samt fungera som ett stöd till områdeschefer och driftschefer som idag inte riktigt hinner med. Ytterligare en ny förändring är tillsättningen av en marknadschef och utveckling av marknadsstaben. *"Det ska bli tydligare vad man ska göra."* Det kommer att bli en avlastning på lokal nivå då marknadsföring, lanseringar, sponsring mm läggs på staben. Vårdföretaget håller också på att utveckla en utbildning som syftar till att inte bara ge säljkunskap utan även skapa förståelse för komplexiteten och utveckla strategitänkandet. Vårdföretaget har sedan länge arbetat mycket med ledarskapsutvecklingsprogram där säljtänket utvecklas.

Enligt Personalchefen är kundfokus jätteviktigt för både verksamhetschefer och områdeschefer. Deras ansvar vid försäljning är stort och gäller upphandling och avtal; det är de *"som frontar"* i första hand tillsammans med marknadspersoner. Dessa chefer ska bearbeta både befintliga och nya kunder. Marknadschefen beskriver att försäljningen idag bedrivs genom att verksamhetscheferna och områdescheferna interagerar med *"sitt"* sjukhus. De besöker landsting och träffar nya kunder. VD för Vårdföretaget i sin tur interagerar med verksamhetscheferna i landstingsupphandlingar.

Vid rekryteringar kommuniceras tydligt att ett försäljningsansvar ingår i befattningen. Vidare görs löpande uppföljningar genom utvecklingssamtal en gång om året. Uppföljning (marknad, personal och ekonomi) för varje region görs en gång i månaden. Sverigechefen ställer även krav på månadsrapportering från de ansvariga. Det är således stramt fokus på verksamhetsuppföljning. Personalchefen berättar att Vårdföretaget tydligt kommunicerar att företaget har ett patient- och

kundfokus. Även i rekryteringssammanhang betonas vikten av kundfokus och vikten av att kunna driva förändringar. *"Det är verkligen något man verkligen kommer trimma kandidaterna med, så att säga, hur viktigt det är med kundfokus ... och det med att driva förändringar."*

Säljansvaret verkar dock inte lika tydligt för de berörda cheferna som för ledningen. Enligt Områdeschef Öst är detta en helt ny roll och en hon inte förstod att hon skulle få då hon rekryterades. *"På landstinget var det snarare tvärtom... Där hade man absolut inga kundrelationer, det var det snarare att säga nej."* Även för Medicinsk Chef B är säljuppgiften helt ny. *"Det [säljarbetet] tycker jag är jättespännande, det är något som är nytt för mig. (...) jag är van att sitta där ute, ombytt till andra kläder och titta på bakterieplattor, och alltså lukta på jobbet..."* Säljansvaret är något nytt också för Medicinsk Chef A som berättar att han aldrig har behövt sälja innan då han alltid haft fullt upp. Han menar att det skett en generell utveckling i denna riktning och att det nu är en ny värld.

Chef NS däremot bedömer inte att säljuppgiften är viktigare idag än tidigare. Hon har mycket kontakter inom området sitt specialistområde; *"alla känner apan"*. Hon har alltid jobbat på att upprätthålla kontakter och i nuläget har hon många såna kontakter sen tidigare. Hon upplever dock att det finns en hårdare press på att ta tag i externa relationer idag. Inte heller för Verksamhetschef B som har en bakgrund som konsult är säljrollen något nytt. Säljrollen har hon haft även tidigare och för henne är det tydligt att det är genom just kundrelationer som företaget bygger sin verksamhet. *"Det är helt naturligt att ha ett säljansvar (...) framför allt till kunder man har."*

Vem är kunden?

Det är inte självklart vem eller vilka som är ett sjukvårdsföretags kunder. Personalchefen berättar att Vårdföretaget inte har lagt ner tid på att försöka finna en definition: *"I Vårdföretaget har man sagt att kunden ser olika ut, den har olika ansikten."* Hon beskriver vidare att det i verkligheten finns det flera kunder, exempelvis patienter, remitterter², landsting och allmänheten. Marknadschefen använder en snävare beskrivning av Vårdföretagets kunder. Han säger att de egentliga kunderna är landstingen och privata kunder, närmare bestämt företagshälsovården.

Medicinsk Chef B ser på kundbegreppet ur två perspektiv. I första hand innefattar det de externa beställarna, det vill säga landstingen, och de interna beställarna, det vill säga beställare från Privatsjukhuset (det privatägda sjukhus som tillhör samma koncern som Vårdföretaget). I ett bredare perspektiv ser hon också patienterna som kunder, även om de tjänster som hennes verksamhetsområde erbjuder alltid når patienten genom dennes läkare. Det är en utmaning att ställa in siktet rätt och koncentrera sig på den kund som hon har i åtanke för tillfället: *"Kundperspektivet är väldigt mångfacetterat."* Verksamhetschef B ser att många av de chefer som representerar Vårdföretaget mot kund är ovana att se sin kontaktperson som en kund, utan ser snarare denne som en kollega: *"Det tror jag, om man tar var och en av alla medarbetare (...) så är ju det [försäljning och kundrelationer] en ganska ny fråga. Man tänker ju så klart att man har ett uppdrag att ge en service till sina kollegor på andra sidan korridoren (...) men man ser de nästan mer som kollegor än vad man ser det som att, okej jag måste vara lite skärpt här och måste tänka att jag kanske ska se om de vill köpa lite mer..."*

² En remitterter är en läkare som remitterar, det vill säga skickar, en patient vidare, exempelvis till Vårdföretaget.

Personalchefen beskriver att Vårdföretagets två verksamhetsområden stöter på olika stark konkurrens i olika delar av landet. Detta påverkar givetvis verksamheten i regionerna och även regionernas kundorientering. Enligt Chef NS pressas hennes verksamhet hårt av konkurrensen i en stad på grund av att de finns många alternativ för kunderna. I andra områden har verksamheten monopol på tjänsteutbudet.

Så säljer cheferna

De olika cheferna väljer att sälja på olika sätt. Medicinsk Chef A berättar att han profilerar företaget främst genom föreläsningar men att han träffar potentiella kunder mindre i den roll han har idag än tidigare. Daglig kontakt ger nöjda kunder och den bästa relationen enligt honom. Han menar att det är centralt att kontinuerligt gå ut till exempelvis vårdcentraler och tala om vad Vårdföretaget kan och gör – annars försvinner företagets verksamhet. Chef NS ger honom medhåll: *"Det är det [att underhålla kundrelationer] vi konkurrerar med."* Hon beskriver att hon har kontakt med landstingen och sluter avtal med dessa. Sedan informeras driftscheferna om att avtal har tecknats. Landstingen i sin tur rekommenderar "sina" läkare att skicka patienter till avtalspartnern. Ett aktuellt exempel är ett län där landstingen nu ska göra en sammanslagning av sjukvården och där digitalisering spelar en viktig roll för att få det hela att fungera. Här är frågan om Vårdföretaget kan erbjuda alla delar som landstinget efterfrågar och därmed få teckna avtal.

Precis som Medicinsk Chef A föreläser Chef NS mycket. Hon är även med i radioprogram och håller i kurser. Hon är också projektledare för ett projekt i Cancerfondens regi där många inom området bjuds in. Hon profilerar företaget genom att hon *"syns och hörs mycket (...)* [*Jag har] roffat åt sig platsen som kunnig inom området."* Från sin chefs håll får hon bra stöd när hon väljer att delta i aktiviteter och när hon själv tar initiativ. Chef NS har inga skriftliga krav på att hur eller i vilken omfattning hon ska sköta kundrelationer vet att det förväntas av henne från ledningshåll att hon gör det och *"säljer företaget"*. Hon ställer dessutom detta krav på sig själv. En gång i månaden har hon ett möte med sin närmsta chef, Sverigechefen, och en controller. Tillsammans går de igenom alla ansvarsområden; internt och externt kundrelationer, budgetuppföljning, personalproblem mm. Chef NS menar att profilering av Vårdföretaget är viktigare för Sverigechefen än för henne själv, *"det är hennes jobb"*. Det ingår i Sverigechefens jobb att pusha henne när det kommer till profilering. Hon tycker att hon står för det medicinska och tänker mer på verksamheten.

Områdeschef Öst berättar att den största kunden, Privatsjukhuset, är en enkel kundrelation som kan underhållas relativt enkelt genom uppföljningsmöten och rapporter. Rapporter skickas på samma sätt ut till de landsting man har som kunder. Representanter bjuds också in till seminarier på Privatsjukhuset. Att däremot hitta ut till nya kunder tycker hon är jättesvårt och detta fungerar inte så bra i nuläget. Det görs en del utskick och sätts ut annonser i nya landsting. Områdeschef Öst menar att hon är dålig på att vårda kundrelationer. Att förhandla avtal och upphandlingar borde ingå i hennes roll men det gör det inte i nuläget. Hennes uppgift är att ligga på driftscheferna. Att vårda kundrelationer ligger i hennes ansvarsområde men att söka upp nya

kunder tror hon är ett heltidsarbete. *"Vårda kundrelationer tror jag behöver ligga i mitt [ansvarsområde] men att få in nya skulle jag nog önska att någon annan jobbade på..."*

Även Medicinsk Chef B lägger tyngd på befintliga kunder och menar att vård av existerande relationer är mycket viktigt. Detta sköts lokalt, verksamhetschefen på plats tar ansvar för detta. Medicinsk Chefs B arbete med säljarbete startar antingen i att hon får en inbjudan från sin chef att delta där hennes kompetens är efterfrågad eller så påverkar hon själv sin chef om hon ser en potentiell kund. De befintliga kundrelationerna tycker hon sköts bäst lokalt men påpekar att det är viktigt att hon är tydlig med vad som förväntas. Från marknadsavdelningen får hon hjälp med olika pratiska, grundläggande saker såsom presentationsmaterial och utskick. Hon berättar att ambitionen från ledningsnivå med marknadsavdelningen är att någon tar det övergripande ansvaret för marknadsföring av Vårdföretaget. Tanken är att avdelningen ska använda personer som henne i detta arbete men detta har i dagsläget precis rullat igång. Medicinsk Chef B vet inte vilka konkreta krav som ställs på henne när det kommer till kundrelationer, däremot känner hon själv att hon vill göra saker, exempelvis sprida goda exempel och uppmärksamma att det är viktigt att prioritera tid med kunder.

Verksamhetschef B berättar om sitt säljarbete: *"Jag träffar dem [landstinget] hela, hela tiden."* De hon träffar främst är då de administrativa cheferna. Genom att träffas mycket kan relationen göras mindre komplicerad och hennes mål är att ha en så informell kundrelation som möjligt. Kontakt med vissa kliniker och i specifika frågor sköts framförallt av driftschefer och medicinska chefer. Hon själv jobbar ofta med att hålla ihop relationerna. Att jobba med kundrelationer är speciellt viktigt då Vårdföretaget har långa kontrakt. Försäljning handlar enligt Verksamhetschef B inte om att kränga utan om att bygga långsiktiga relationer. Relationerna är många gånger väldigt nära och ibland är det nästan som att man är del av kundens organisation. *"Det är en viktig roll att som verksamhetschef se till att man sprider i sin organisation att trots att vi ett sånt kontrakt som är långt så måste vi varje dag jobba på kundrelationen. Och man kan göra det på massa olika sätt."* Att strukturera kundrelationer med landstinget samordnas av VD. Verksamhetschef B ser detta som VD:s uppgift då det är viktigt att företaget enas genom en röst. Till skillnad från flera av de andra intervjuade upplever Verksamhetschef B att det är tydlig information uppifrån vad gäller arbetet med kundrelationer. Det finns tydliga, både kvantitativa mål och icke-kvantitativa mål.

Säljarbetets vikt relativt andra arbetsuppgifter

Sverigechefen är av uppfattningen att Vårdföretagets chefer prioriterar säljarbetet lågt i jämförelse med andra arbetsuppgifter. Hon är medveten om att Vårdföretagets chefer har mycket att göra men menar att det handlar om att prioritera och planera: *"De underskattar betydelsen [av säljarbetet] och det interna arbetet tar överhanden och personalfrågor tar överhanden."* Marknadschefen tror att det finns mycket att jobba på när det kommer till säljarbete på Vårdföretaget. Han ser orsakerna till detta i att företaget har en bakgrund i landstinget där säljaktiviteter inte var aktuella. Personalchefen menar att det finns en förståelse för att säljarbete är viktigt för företaget men att cheferna sätter professionen och behandling i första hand.

Majoriteten av chefer säger att säljarbetet är *"jätteviktigt"*. Men Medicinsk Chef A berättar att han i dagsläget arbetar mycket mot leverantörer och med medicinska frågor, och mindre mot kunder. Så här beskriver han hur han spenderar sin arbetstid: *"Jag säger 80-20 [20 % sälj, 80 % övrigt], det borde vara tvärtom"*. Även Områdeschef Öst säger att säljarbetet är en nedprioriterad aktivitet. Hon tillägger dock att relationen till kunden Privatsjukhuset står högt på dagordningen och att mycket av hennes tid går till kontakter med personer där.

Verksamhetschef B menar att en bra kundrelation är förutsättningen för hennes arbete, fungerar inte den blir allt annat hon försöker uppnå svårt. Hon anser att den viktigaste kontakten är den hon har med existerande kunder eftersom hennes verksamhetsområde arbetar med långa kontrakt. Hon sammanfattar vikten av säljarbete och arbete med kundrelationer: *"Det är DEN viktigaste frågan, tycker jag."* Även Chef NS tycker att säljarbetet är centralt eftersom det inte finns ett företag om det inte finns kunder. Hon menar att Vårdföretaget måste ge kunderna det de vill ha annars går de någon annanstans. Medicinsk Chef B anser att mycket av hennes arbete indirekt har en kund- och försäljningsaspekt.

Vad är viktigast?

Chef NS menar att god kvalitet är av största vikt när det kommer till att sälja Vårdföretagets tjänster. Hon vill att Vårdföretaget ska stå för allra högsta kvalitet var än i landet kunderna befinner sig. Kunderna ska helt enkelt veta vad de får levererat. Områdeschef Öst resonerar på samma vis; hög vårdkvalitet är det som är allra viktigast för Vårdföretaget när det ska profilera sig mot kund. Chef NS är även inne på att företaget genom att visa upp sin forskningsverksamhet utåt, kan vinna legitimitet och förtroende. God ekonomi följer sedermera kvalitet och satsningar på forskning.

Områdeschef Öst framhåller att den medicinska kompetensen är viktig och att Vårdföretaget måste kommunicera att företaget erbjuder detta. Relationen till kund är avgörande för att få fram budskapet: *"Det handlar om personlig kontakt och tillit."* Detta är genomgående hos flera av de intervjuade. Verksamhetschef B arbetar med försäljning genom att träffa kund så mycket som möjligt för att göra relationen mindre komplicerad. Chef NS är inne på samma bana; en personlig relation är det viktigaste för att skaffa uppdrag. I och med att kunden ser olika ut menar hon att det är centralt att anpassa informationen till den enskilde kunden; vad är det denne vill ha? Hon arbetar mycket med kundrelationerna över telefon och åtar sig ofta att ta över ansvaret för helheten *"Skicka hit dem [patienterna] så sköter vi det."*

Medicinsk Chef B önskar att hon hade mer tid till arbetet med kunder. Hon menar att hon då skulle kunna skapa bättre förståelse för vad Vårdföretaget kan göra. Detta skulle betyda mer försäljning eftersom hon kan visa upp ett högkvalitativt erbjudande. Chef NS säger att det är viktigt att aldrig pratat pengar i samband med att hon diskuterar diagnoser och olika tillvägagångssätt med en kund, exempelvis en läkare som remitterar patienter. Det är viktigt att visa på att Vårdföretaget inte är ute efter att tjäna pengar utan har en större agenda. Detta synsätt märks också hos Medicinsk Chef B som anser att det är viktigt att inte sälja tjänster när det inte är

nödvändigt. Balansen mellan att gasa och bromsa är viktig: *"Jag har ju inte ett uppdrag; att vi ska försöka köra med överdiagnostik på Vårdföretaget för att det ger pengar"*.

Svårigheter

Enligt Sverigechef är ett problem med säljarbetet att cheferna inte har fått tillräckligt verktyg och stöd. *"Vi har inte haft det ... och det är det som har varit problemet..."* De ansvariga har fått lite säljträning och de har marknadsstaben som bistår dem med material. Men det har inte fungerat varför kundansvarig-rollen nu har skapats vilken kommer att verka som ett stöd. Denna bild bekräftas av Medicinsk Chef A och Områdeschef Öst som båda upplever att information och kommunikation från ledningens håll gällande kundrelationer varit otydlig. Områdeschef Öst efterfrågar presentationsmaterial som hon kan skicka ut eller ha med sig vid kundmöten. Medicinsk Chef A säger att han saknar marknadsföringsmetoder men menar att han själv också måste vara tydlig med vad han behöver. *"Det har vi talat jättemycket om och jag känner varje gång att det är min egen jäkla anamma och uppfinna hjulet själv som har hjälpt. Jag skulle vilja ha haft, men då måste jag vara tydlig mot dem med vad jag behöver."*

Det krävs enligt Medicinsk Chef A en tydlig struktur och tydlig branding – vad är Vårdföretaget – vilket inte finns idag. *"Det står fortfarande Göteborgs sjukvård på våra rockar..."* Han skulle vilja titta mer på hur försäljning går till i läkemedelsindustrin där det finns schemalagda kundmöten och där man är tydligare ute och säljer. Kunder behöver bli bearbetade och kartlagda regelbundet så att de känner sig viktiga och prioriterade. Verksamhetsområde B är jätteduktiga på detta inom Vårdföretaget men Verksamhetsområde A har mycket kvar att lära enligt honom. Man behöver inte vara läkare för att ha hand om denna uppgift men man kan vara läkare. Medicinsk Chef A tror att det är viktigt att läkare får svar på medicinska frågor av andra läkare. Chef NS menar att ett stort problem i säljarbetet är att hon saknar tid till att ta tag i dessa bitar då det tar mycket tid att förbereda sig. Det är svårt att få till i hennes nuvarande arbetssituation som hon beskriver som splittrad.

5. ANALYS

I detta avsnitt vill vi utifrån det presenterade teoretiska ramverket analysera vårt empiriska material. Vi börjar med en inledande analys som ligger till grund för den analys som syftar till att besvara de valda frågeställningarna.

5.1 Inledande analys - olika logiker framträder

Marknadslogiken stark hos ledningen

Ledningen för Vårdföretaget menar att företaget är en aktör på marknaden som har en uppgift att fylla; att driva utvecklingen på marknaden och att effektivisera och förbättra värden så att större social och ekonomisk välfärd kan uppnås. Detta går i linje med Vrangbæcks (1999) beskrivning av grunden i den marknadsbaserade logiken. Att ledningen ser Vårdföretaget som en kund med krav och drivkrafter som tvingar leverantörer att tänka om och pressar ner deras marginaler anser vi vara ett tecken på att ledningen anser att ledningsarbete i sjukvården inte skiljer sig principiellt från andra organisationer, i linje med Vrangbæcks (1999) resonemang. Denna bild, att det inte är någon större skillnad på att driva ett sjukvårdsföretag från något annat företag, förstärks ytterligare av att Marknadschefen lägger stor tyngd vid vikten av företagets varumärke, kundnytta och att kommunicera företagets budskap.

Vi kan konstatera att ledningen föredrar en marknadsstyrd vård. Detta exemplifieras av ledningens åsikt att de större privata vårdföretagen har möjlighet att genomföra förändringar så att det blir bättre för patienter. Det är tydligt att ledningen har en föreställning om den effektiva marknaden står i motsats till ineffektiva, tröga offentliga organisationer vilket stämmer in på Vrangbæcks (1999) beskrivning av tankesättet i marknadslogiken där offentliga organisationer ses som dominerade av professionerna. Av våra intervjuer framgår att ledningen anser att utvecklingen i näringslivet ligger steget före i utvecklingen: *"... där man är idag inom sjukvården var man kanske inom näringslivet för 20-30 år sedan."* Denna bild förstärks av att samtliga personer i ledningen ser sina erfarenheter från näringslivet som viktiga för Vårdföretaget.

Vi kan således konstatera att ledningen ger uttryck för åsikter som överensstämmer med den marknadsbaserade logiken. Denna ståndpunkt tydliggörs ytterligare då ledningen beskriver de viktigaste kompetenserna som krävs för att arbeta inom Vårdföretaget. Under intervjuerna framkom det att samtliga i ledningen såg ett marknads- och kundfokus samt ett affärsmässigt tänk som några av de viktigaste kompetenserna. Detta exemplifieras allra tydligast genom Marknadschefens uttalande att han sätter marknadsföringskompetens före medicinsk kompetens.

Chefernas tankesätt präglas av medicinska logiken...

En av grundpelarna i den medicinska logiken är enligt Vrangbæck (1999) att läkaren är patientens företrädare och att fokus för läkaren alltid ligger på att behandla patienten. Av intervjuerna framgår det att läkarna alltid sätter patientens hälsa i första rum. Detta uttrycks till exempel genom en chefs uttalande om att det medicinska ansvaret som individuell läkare är så självklart att det *"ligger i modersmjölken"*. En annan grundpelare i den medicinska logiken som återfinns hos intervjupersonerna är tanken om att de vetenskapliga framstegen bör prioriteras och nya

behandlingsmetoder tas i bruk så fort det är möjligt (Kragh Jespersen 1999). Det framgår att det är det medicinska arbetet och forskningsverksamheten som de intervjuade cheferna brinner för. Genom forskningen kan de garantera att kvaliteten på vården är hög. Det blir på så vis tydligt i det empiriska materialet att cheferna tar den vetenskapliga objektiviteten i forskningen för given precis som Vrangbaeck (1999) beskriver. I linje med den teori vi studerat ser vi sålunda att cheferna representerar den medicinska logiken och att deras utgångspunkt skiljer sig från ledningens.

... men även av marknadslogiken

Vår empiri visar dock att cheferna och deras föreställningsvärld är mer komplex än så. Vi kan konstatera att cheferna på Vårdföretaget är mycket positiva till att bedriva sjukvård genom privata företag. Majoriteten av dem uttrycker att det är värdefullt att bedriva vård i ett privat företag då verksamheten har möjlighet att generera ett överskott som kan användas till att höja kvaliteten och att utveckla sjukvården. På denna nivå i Vårdföretaget ser vi således, i enlighet med Sahlin-Anderssons (2001) resonemang, att organisationen har tagit till sig nya synsätt och har nya mål i sikte. Cheferna lyfter fram det positiva med företaget som driftsform och sätter detta i kontrast till hur det fungerar i landstinget. En chef liknar landstingets ekonomi vid planhushållning och en annan menar att ekonomin visserligen fått ökad betydelse i landstingen men att uppföljningen inte fungerar tillfredsställande.

Utifrån respondenternas berättelser kan vi konstatera att cheferna ser fördelar i att kombinera den medicinska och den marknadsbaserade logiken. Flera av de intervjuade uttrycker till exempel att god ekonomi är en förutsättning för att kunna erbjuda hög vårdkvalitet. Detta framgår av uttalandet om att god ekonomi är av högsta vikt för medicinsk utveckling: *"Att finnas i ett företag som går runt, eller lite plus, är otroligt mycket lättare för att hålla eller höja kvaliteten framöver"*. En annan chef uttrycker att god ekonomi är en förutsättning för den medicinska kvaliteten och för att kunna syssla med mycket forskning.

I överensstämmelse med den studerade teorin representerar cheferna den medicinska logiken. Detta förklaras av att denna logik varit den dominerande i sjukvårdssektorn där de har sin bakgrund. Men intressant nog, och i motsättning till teorin, ser vi också att cheferna i hög utsträckning har tagit till sig av den marknadsbaserade logiken. Ledningen representerar den marknadsbaserade logiken på ett tydligare sätt än cheferna representerar den medicinska logiken.

Med ett ben i varje logik

Vi konstatera att läkarna verkar kunna leva med parallella tankesätt i hög utsträckning. Det framstår inte som om en skarp konflikt mellan den marknadsbaserade och den medicinska logiken är nödvändig vilket fler av teorierna implicerar. Denna förmåga hos läkarna, att inkorporera två logiker, verkar förstärkas ju längre tid man är på Vårdföretaget. Att cheferna inte lika tydligt står för den medicinska logiken som vi ser att ledningen står för den marknadsbaserade menar vi beror på den balansgång som cheferna hela tiden måste gå. De måste balansera mellan de olika tankesätten för att kunna tillfredsställa både ledningen, som står för den marknadsbaserade logiken, och medarbetarna i organisationen, där den medicinska logiken verkar

dominera. Till skillnad från cheferna bli inte ledningen ifrågasatt på samma direkta sätt. Ovanför sig har ledningen Vårdföretagets ledningsgrupp, som är dominerad av ett marknadsbaserat tankesätt, och nedanför de chefer som balanserar mellan olika logiker.

Att cheferna verkar ha relativt lätt att ta till sig marknadslogiken anser vi kan förklaras av att de medvetet valt att jobba för Vårdföretaget och inte för landstinget, där visserligen det ekonomiska tänkandet kommit in men där den medicinska logiken i större utsträckning fortfarande styr arbetet. Detta exemplifieras tydligt av den som aktivt valt bort att arbeta i en organisation där man *"måste bli professor för att bli chef"*. Chefsrollerna där tilldelas med andra ord till de läkare som forskat och disputerat i linje med den medicinska etiken (Kragh Jespersen, 1999). En annan chef valde bort att arbeta i landstinget då det inte fanns plats för entreprenörer där.

Av respondenternas berättelser har det framkommit att ledningen har insikt i att de tänker annorlunda än chefer och medarbetare ute i organisationen. Detta framkommer bland annat av Marknadschefens åsikt att många medarbetare inom Vårdföretaget tillhandahåller vård snarare än marknadsför den och genom Personalchefens uttalande om att: *som medarbetare kan man ju tycka att de bara pratar ekonomi och pengar, siffror...*. Vi kan konstatera att även cheferna är medvetna om att det existerar olika tankesätt. De problematiserar själva det faktum att de tänker annorlunda och att de delvis måste tänka om. De ser även att medarbetarna ute i organisationen har svårt att ta till sig ledningens tankesätt. Vi kan sålunda dra slutsatsen att både ledningen och cheferna är medvetna om att de representerar olika logiker och att detta påverkar hur de agerar i sina respektive roller.

Omvårdnadslogiken som underordnad medicinska logiken

Områdeschef Öst är sjuksköterska i botten. Hon har gjort karriär inom sjukvården genom att bli chefsjuksköterska, bemanningschef och nu alltså områdeschef. Förutom ansvar förknippade med omvårdnad har andra ansvar kommit in i hennes arbete såsom personalansvar, budgetsansvar och produktionsansvar. Genom att ta till sig den marknadsbaserade logiken har en sjuksköterska kunnat avancera på företaget men ett faktum kvarstår fortfarande. Hon eller han kan få produktionsansvar verksamheten men inte för en mycket viktig del i denna, nämligen för läkargruppen. Ledningen har uppenbarligen inte förändrat chefsrollerna så till den grad att ansvaret för läkarna har *"lagts ner på en syrra"*. Vi ser här att den medicinska logiken har en stor betydelse vilket även ledningen ser och agerar utifrån. Det framkommer således att det finns en medicinsk logik och en omvårdnadslogik på Vårdföretaget samt att den senare är underordnad i förhållande till det förstnämnda (Blomgren 1999).

Omvårdnadslogikens underordning gentemot den medicinska logiken ser vi inte i förhållandet marknadsbaserad logik och medicinsk logik. Verksamhetschef B har en bakgrund som ekonom och har idag både ett verksamhetsansvar och ett personalansvar för läkarna. Hon uttrycker visserligen att det kan vara svårt att vara chef över läkarna men att hon kan lösa svårigheterna genom delegering och genom att hon styr genom andra. Makthierarkin mellan de olika yrkesgrupperna inom vården verkar alltså vara tydligare än den mellan yrkesgrupper som traditionellt funnits i vården och de som kommit in i sektorn på senare tid.

5.2 Konflikter då olika logikerna möts?

Konflikter uppstår då olika logiker krockar...

Det framgår att ledningen är medveten om läkargruppens starka ställning och de ser att det finns problem med att styra denna grupp. Detta uttrycks i Sverigechefens yttrande om att hennes största utmaning är att styra läkargruppen som *"med olika maktmedel vägrar att förstå de spelregler och den kultur vi försöker att skapa"*. Ledningens bild stämmer med Kragh Jespersens (1999) resonemang att läkargruppen är känd för att vara svårstyr.

Det framgår att flera av cheferna ser att ekonomiska faktorer får allt större betydelse i sjukvården och att detta i vissa fall påverkar det medicinska arbetet. Detta exemplifieras genom en chefs uttalande om att läkarna inte längre får ta de beslut som är bäst för patienten utan att *"ekonomin kommit in vid sidan av"*. Enligt Kragh Jespersen (1999) behandlas etiska frågor utifrån ett cost-benefit perspektiv i den marknadsbaserade logiken. Detta står i skarp kontrast till i sjukvården där etiken är att alltid sätta patientens liv främst. Av intervjuerna framkommer att det på Vårdföretaget pågår vissa konflikter mellan den medicinska och den marknadsbaserade logiken. Ett exempel är det som Chef NS tar upp där forskare i Lund kommit upp med en ny medicin inom hennes specialistområde som fungerar effektivt mot en viss cancertyp men som är för dyr och därför inte används. Det framkommer i intervjuerna att det ekonomiska fokuset kan störa det medicinska arbetet som enligt läkarna alltid bör prioriteras främst: *[läkarna] drömmer om den gamla tiden, där det var dom som satte upp de medicinska målen, där det inte var ekonomin som styrde*. Att de olika logikerna kan leda till konflikter exemplifieras tydligast genom den chef som lämnade företaget efter en relativt kort period då han inte i tillräcklig utsträckning tog till sig ledningens logik. I denna chef ser vi tydligast den konflikt mellan logikerna som Kragh Jespersen (1999) förutspår.

... men är inte så stora som förutspås

Det framstod dock efter våra intervjuer att den konfliktfyllda situation som enligt teorin borde uppstå då två logiker ställs mot varandra finns men inte är så framträdande. Vi ser att cheferna på flera sätt lyckas att integrera de två logikerna. Till skillnad från vad Kragh Jespersen (1999) föreslår ger cheferna inte intryck av att se ledningens reform som ett angrepp på sin yrkesroll, utan ser att denna snarare innebär nya möjligheter. Kragh Jespersen (1999) menar att perioder utan konflikter finns och att de uppstår i tider då organisationen inte utsätts för ekonomisk press och politiskt tryck. Vi tycker oss dock kunna finna en relativt rofylld situation på Vårdföretaget trots att cheferna här har större ekonomisk press på sig, i form av vinst- och lönsamhetskrav, än i landstinget. Förklaringen finner vi i att cheferna har tagit till sig marknadslogikens argument.

Som diskuterat ovan, ser vi att cheferna utan större problem kan ta till sig det marknadsbaserade tänk som ledningen efterfrågar och menar att detta är en anledning till att vi inte ser så stora konflikter på Vårdföretaget. Enligt Sahlin-Andersson (1999) kan verksamhetschefer vinna legitimitet och därmed makt genom att anpassa sig efter marknadslogiken. På Vårdföretaget har cheferna, genom att de har tagit till sig ledningens tankesätt, stort förtroende från ledningens sida

och förväntas driva på utvecklingen av företagets verksamhet. De har med andra ord viktiga maktpositioner i företaget.

Förutom det faktum att cheferna har tagit till sig den marknadsbaserade logiken menar vi att det sätt på vilket reformen har genomförts har bidragit till att konflikten inte tagit sig så starka uttryck. Vi finner alltså stöd för Sahlin-Anderssons (1999) resonemang att sättet som reformen genomförts på har påverkat utfallet av den. Både ledning och chefer beskriver de omfattande kompetens- och utbildningssatsningarna som gjorts för cheferna. Cheferna har genom dessa fått vara delaktiga i företagets utveckling och deras engagemang tycks ha påverkats positivt av detta, vilket överensstämmer med vad Aidemark (2005) funnit i sin studie om chefers kostnadsmedvetenhet och engagemang. Vårdföretaget uppfyller alltså vissa av de kriterier som LeTourneau (2004) funnit viktiga för att underlätta framförallt läkargruppens situation i tid av förändring. Insatserna har genererat intresse och givit cheferna viss utbildning. Det verkar dock som om Vårdföretaget och ledningen lyckats mindre bra med att kontinuerligt lyssna till cheferna och ta till sig synpunkter, och inom ansvarsområdet försäljning skulle ytterligare utbildning behövas. Vi ser exempelvis att cheferna saknar stöd och verktyg för att bedriva försäljning, vilket vi återkommer till senare i analysen.

5.3 De nya chefsrollernas innebörd

Arbetsfördelning

Det framgår att man från ledningens håll efterfrågar chefer som representerar ledningsperspektivet, det vill säga den marknadsbaserade logiken. Ledningen söker sålunda chefer som kan se helheten; de söker andra typer av personer är de som traditionellt varit chefer i vården. En anledning till detta är att ledningen ser att det kan vara svårt att kombinera den generalistkompetens man måste ha för att kunna vara ledare med den specialistkompetens som finns (hos framförallt läkare) och som traditionellt belönats i sjukvården. En följd av detta blir att arbetsfördelningen förändras och att läkarna får mer specialiserade uppgifter: *"[Man vill] använda doktorer till det de är bra på (...) så att de är trogna sin profession så att säga, vi använder doktorerna till doktorsuppgifter."* Ledningen väljer att utnyttja respektive kompetens där den bäst behövs. De som når chefspositioner är personer som visat sig inneha ledaregenskaper och förmåga att se helheten. Det framstår sålunda som om ledningen ser management eller ledarskap som ett eget kompetensområde vilket vi ser leder till en förskjutning av inflytande mellan olika grupper inom sjukvården. Vissa grupper får mindre inflytande, andra mer och helt andra grupper kommer också in och konkurrerar om att få vara med och leda arbetet.

Vissa grupper får mindre inflytande i ledarskapet...

Enligt flera av cheferna på Vårdföretaget har det under de senaste åren skett en förändring i hierarkin mellan yrkesgrupperna i vården. *"Det har skett ju en väldigt stor attitydförändring mellan olika yrkesgrupper, från läkaren gud eller gud läkaren ner till att det är en medlem i ett team."* Det uttrycks vidare att ingen längre *"fick vara chef eller säga till den ena eller den andra"*. Då Vårdföretaget valt att i större utsträckning än i landstinget bryta med de traditionella chefsrollerna i sjukvården ser vi att det på Vårdföretaget skett en ytterligare maktförskjutning i ledarskapet mellan olika yrkesgrupper.

Vi ser att en maktförflyttning i ledarskapet mellan läkare och sjuksköterskor skett på Vårdföretaget. Detta exemplifieras genom den läkare som lämnade företaget och som vi anser tydligast står för den medicinska logiken: *"Min roll skulle bli mer som listfjällarens och verksamhetsrollen skulle hamna på områdeschefen. (...) Jag skulle ju inte längre hålla i mötesklubban ... det skulle [områdeschefen], då var det omvända roller på oss två."* Det sker en förflyttning av inflytande till läkargruppens nackdel då sjuksköterskorna får möjlighet att ta över chefsroller som tidigare varit reserverade för läkargruppen. Denna förflyttning bryter med den medicinska logiken i enlighet med vilken sjuksköterskor är inte är lämpade att ta chefsansvar i sjukvården då de inte har den medicinska kunskapen. Det framgår av den chef som lämnade organisationen att han ser sjuksköterskornas underordning gentemot läkarna som självklar, precis som Blomgren (1999) berättar. Detta tydliggörs ytterligare genom att han menar att även sjuksköterskorna, inte bara läkarna, har det traditionella synsättet på roller.

Och andra mer...

Som framgår av stycket ovan tillhör sjuksköterskor den grupp som genom de nya chefsrollerna kan öka sitt inflytande. Detta exemplifieras genom den chef som tidigare arbetat som chefsjuksköterska inom landstinget och som nu är områdeschef; från att tidigare varit chefssjuksköterska inom landstinget är hon nu områdeschef vilket innebär betydligt mer inflytande. Hon ser i likhet med chefen som lämnade företaget att hierarkin i vården förändrats men visar i övrigt inga tecken på att hon i linje med den medicinska logiken helst skulle se läkare som chefer. Tvärtom innebär de nya chefsrollerna att sjuksköterskor och andra grupper inom vården kan hitta en alternativ karriärväg genom ledarskapet.

Även om Vårdföretagets ledning poängterar det positiva med att ha chefer som har *"en fot i verksamheten"* väljer de även att rekrytera personer med annan utbildningsbakgrund. Ett exempel är Verksamhetschef B som har en bakgrund som ekonom. Läkarnas minskade inflytande över ledarskapet har alltså ersatts dels av andra yrkesgrupper från vårdsektorn och dels av nya yrkesgrupper utifrån.

Legitimitetsproblem

Områdeschef Öst problematiserar sin nya roll och menar att hon hade betydligt lättare att få med sig folk som chefssjuksköterska eller som bemanningschef än i den roll hon har nu.. Hon upplever att *"personalen tror att jag styrs ifrån högre ort"*. Chefen med sjuksköterskebakgrund har sålunda betydligt större legitimitetsproblem i sin chefsroll än vad hennes kollegor som är läkare har. Detta ser vi bero på att medarbetarna ute i organisationen fortfarande tänker i linje med den medicinska logiken och upplever problem med att ha en sjuksköterska och inte en läkare som chef. Det förändrade inflytandet över ledarskapet kan således föra med sig vissa legitimitetsproblem för chefer med till exempel sjuksköterskebakgrund. Vi anser att områdeschefens legitimitet undermineras av att hon inte har personalansvar för läkarna. Detta är något hon också själv problematiserar. Det är problematiskt att hon ansvarar för läkarnas produktion men att det inte är hon som har personalansvaret för denna grupp. Flera av de intervjuade uttrycker att det finns historiska förklaringar till att sjuksköterskor inte är chef över

läkarna. *"Så långt har vi inte kommit, för det är klassiskt alltså... det är ju det, man måste kunna vara lite jämspelt i kontakten."* Det framstår sålunda som om hierarkierna inom vårdgrupperna fortfarande kvarstår då Vårdföretaget består till största del av medarbetare med bakgrund i landstinget.

Men bara i vissa grupper?

Områdeschefer Öst chefskollegor på Vårdföretaget, som vi ovan beskrivit har tagit till sig mycket av ledningens tankesätt, verkar inte se några legitimitetsproblem med att vissa chefer har en bakgrund annan än den medicinska. Tvärtom poängteras det positiva med ett förskjutande av inflytandet till fler yrkesgrupper i vården. En förklaring till detta menar vi är att dessa chefer samarbetar nära med ledningen som står för ett annat synsätt. Det är å andra sidan intressant att Vårdföretaget, som vill ändra chefsrollerna och utveckla sjukvården, inte vågar gå hela vägen och göra sjuksköterskor till chefer över läkare. Att ledningen handlar på detta vis tolkar vi som att de i detta fall väljer att anpassa sig till den medicinska logiken. Införandet av reformen med nya chefsroller innebär en osäker situation för ledningen och detta leder till att de översätter reformen i alla fall till viss del för att passa det tankesätt som traditionellt dominerat branschen (se Sahlin-Andersson 2001). En tolkning av ovanstående situation blir således att cheferna lärt sig att ta till sig ledningens tankesätt och att ledningen i viss mån anpassat sig till det traditionellt dominerande tankesättet i den medicinska världen.

Till skillnad från sjuksköterskor finns ekonomer som chefer över läkargruppen i Vårdföretaget. De har personalansvar över läkargruppen men delegerar det medicinska ansvaret till läkarna och detta verkar fungera utan problem. Detta kan vi se i chefen med ekonombakgrund som menar att hon fyller en ledarfunktion och lämnar de medicinska frågorna till läkarna. Ledningen har valt att ge henne personalansvar över läkarna vilket vi tolkar som att de anser ekonomer och läkare att befinna sig på samma nivå medan de delvis anpassar sig till de hierarkier som traditionellt finns i vården.

Lojalitet med ledningens tankesätt belönas

På Vårdföretaget premieras det inte att endast vara medicinskt kunnig för att få bli verksamhets- eller områdeschef. Det man efterfrågar främst är ledaregenskaper och att man vågar representera ledningen ute i organisationen. Enligt ledningen har chefer i vården *"svårt att förstå vad det är att vara en del av en ledning (...)* och det har också medarbetarna *svårt att förstå, och det har också läkarna svårt att förstå för de har alltid varit lojala mot sin grupp."* Vi ser att de chefer som flyttar sin lojalitet från den egna yrkesgruppen till ledningen belönas. Det vill säga de som överger den medicinska logiken och tar till sig mer av den marknadsbaserade. Detta stämmer överens med Sahlin-Andersson (1999) resonemang att man som chef får mer legitimitet som chef om man tar till sig den ekonomiska logiken. En följd av detta blir en flytt av lojalitet från den egna yrkesgruppen till ledningen och till företaget som enhet.

Nya möjligheter

Vi har konstaterat att det sker förändringar mellan de olika grupperna på Vårdföretaget. Det finns dock en förändring som är en gemensam för samtliga. I och med att ledningen har nya krav på cheferna och delvis efterfrågar andra kompetenser, får cheferna möjlighet att utveckla sidor i sin

yrkesroll som de tidigare inte haft. Flera av cheferna på Vårdföretaget upplever att de nu förväntas agera och leverera på ett sätt som överensstämmer deras egna förväntningar på sig själva. Vidare finns det möjlighet att vara entreprenör i Vårdföretaget vilket en chef saknat tidigare. Vi återkommer här till det resonemang vi förde i det inledande analysavsnittet. Det finns en vilja hos cheferna att ta till sig nya tankesätt och det verkar vara möjligt att åtminstone delvis utgå från mer en logik.

5.4 Försäljning – ett självklart ansvarsområde?

"Jätteviktigt" är ordet som flera av cheferna spontant använder för att beskriva hur de ser på säljarbete. En chef uttrycker att *"utan kunder finns det inget företag."* Det är vidare tydligt att det är en helt ny situation som cheferna ställs inför; att jaga kunder istället för att behöva sig nej till dem. Detta ses som positivt då det ger möjlighet att hitta ny arbetssätt som möjliggör att fler patienter kan få vård i stället för att slussa dem vidare. Genom att cheferna har tagit till sig detta synsätt vill vi hävda att de tagit till sig ytterligare ett karaktärsdrag från traditionella privata företag och tillämpar denna på sjukvården. I likhet med Sahlin-Anderssons (2001) resonemang menar vi att de imiterar ett element från en driftsform som de finner mer framgångsrik och legitim än den som de tidigare arbetat i.

Försäljning översätts enligt medicinsk logik

Det framgår dock tydligt att ledningen anser att försäljningsarbetet inte fungerar tillfredsställande i nuläget. Enligt Personalchefen saknas till viss del det affärsmässiga "tänket" och Marknadschefen menar att det idag inte finns de rätta "säljtyperna" i organisationen. Införandet av säljansvaret i chefernas vardag och tydliggörandet av detta ansvar har inte inneburit att cheferna i ledningens ögon nu är de säljare som efterfrågas. Men cheferna uttrycker tydligt att de anser att försäljning är viktigt och att de vill sälja. Flertalet av dem efterfrågar ytterligare verktyg och stöd för att kunna sälja bättre. Reformen kan därmed sägas ha verkat identitetspåverkande på cheferna i linje med Sahlin-Anderssons (1999) tankar, även om den inte gett de effekter som ledningen hade önskat. Från att i landstinget tagit flödet av patienter som självklart är cheferna nu beredda att locka fler kunder.

Säljansvaret har medfört en stor otydlighet i chefernas arbete. Det är ett nytt ansvarsområde för dem, och de stöd och verktyg de har fått för att utföra uppgiften är enligt dem inte tillräckliga. Cheferna ger dessutom uttryck för att det de krav de har på sig från sina chefer är otydliga. Det finns i dagsläget inte heller någon direkt uppföljning på försäljningen. En chef säger till och med att hon inte var medveten om att detta ansvar ingick i hennes befattning då hon rekryterades. En annan är också mycket osäker på vad som ingår i hennes ekonomiska ansvar. Här kan vi se en brist i hur ledningen har genomfört reformen. Sättet på vilket reformen genomförts menar vi likhet med Aidemark (2005) med flera har bidragit negativt till utfallet. En del görs i dagsläget för att komma till rätta med detta Tydliga befattningsbeskrivningar som klargör vem som gör håller på att tas fram. Vårdföretaget *"börjar hitta en form nu som tidigare inte varit självklar"*.

Cheferna hanterar otydligheten kring hur de ska sälja och vilka krav de har på sig genom att, i enlighet med Sahlin-Anderssons (2001) terminologi, översätta säljansvaret till något de känner till sedan tidigare. Detta innebär att de översätter säljansvaret något som är linje med den egna logiken. Flera chefer menar att en viktig försäljningsaktivitet som de ägnar en hel del tid åt är föreläsningar inom respektive specialiteter. De medicinska cheferna föreläser då ofta om medicinska frågor och Chef NS deltar även i olika välgörenhetsprojekt. Kontinuerlig kontakt med kunder menar de vidare är mycket viktigt och de som de framförallt har kontakt med är personer hos kunden som också har en medicinsk bakgrund. Försäljning för cheferna innebär att kommunicera medicinska frågor och vetenskapliga framsteg.

Försäljning i praktiken stöter på motstånd

Vi har hittills konstaterat att cheferna ser säljarbetet som viktigt och att de anpassar ansvaret till den logik som dominerar deras synsätt. Ur ledningens perspektiv fungerar dock det nuvarande säljarbetet inte tillfredsställande. Sverigechef menar att cheferna undskattar betydelsen av säljarbetet och prioriterar annat framför denna uppgift. Även cheferna medger detta. En chef säger att säljarbetet är viktigt men att hon också nedprioriterar detta område, en annan verkar se sälj som en delvis integrerad del av hennes arbete snarare än som ett eget område. En tredje chef berättar att han i nuläget lägger 20 % av sin arbetstid på sälj och resten på övrigt, men att det vore önskvärt om förhållandet var det omvända. Uttryckt i prat är försäljning viktigt men uttryckt i handling ser det annorlunda ut. Detta går att tolka som att cheferna i praktiken, förutom översättning översätta säljansvaret, bjuder på visst motstånd mot reformen. Motståndet består framförallt i att prioritera annat före säljarbetet. Brunsson och Olsen (1997) menar att det är svårt att ändra symboler i en organisation men att det är ännu svårare att förändra människors beteende. Detta är tydligt i Vårdföretaget, cheferna accepterar och håller med om att säljansvaret är ett viktigt ansvarsområde för dem. Samtidigt har de bara delvis ändrat sitt beteende. En chef berättar att hon arbetar på samma sätt som hon alltid gjort, och andra säger att de sätter säljarbete långt ner på "att göra-listan". Orsakerna till detta finner vi i att reformen inte är i linje med den medicinska logiken som fortfarande mycket starkt påverkar cheferna. Även om den marknadsbaserade logiken fått utrymme hos cheferna är det ändå personalfrågor och medicinska frågor som får gå före försäljningen och kundrelationerna. Det tillvägagångssätt i säljarbetet som ledningen förespråkar överensstämmer inte helt med det sätt cheferna anser att de bör sälja på, vilket grundar sig på deras praktiska erfarenhet (se Brunsson och Olsen 1997).

Ett intressant faktum är att chefen med ekonomi- och konsultbakgrund delvis ger en annan bild av försäljningsarbetet i praktiken än sina kollegor. Hon ser säljarbetet som den viktigaste uppgiften och som grundläggande för allt annat arbetet hon gör. Säljansvar är naturligt för henne då det är i linje med den logik som hon står för, nämligen marknadslogiken.

Vi ser också avsaknaden av säljkompetens och stöd i försäljningsarbetet som en förklaring till nedprioriteringen av detta område. Ledningen medger att detta har varit och fortfarande är ett problem. Det verkar vidare som om ledningen inte är helt på det klara med hur de vill att cheferna ska sälja. De har åtminstone inte kommunicerat tillräckligt entydigt hur de vill ha det.

6. SLUTSATSER

Efter den inledande analysen kan vi dra slutsatsen att ledningen representerar den marknadsbaserade logiken på ett mycket tydligt sätt. Cheferna å sin sida representerar den medicinska logiken men visar både i tanke och handling att de påverkats av den marknadsbaserade logiken. En slutsats vi drar är att cheferna har ett ben i varje logik; ett i den medicinska logiken och ett i den marknadsbaserade.

Anledningarna till att cheferna kan hantera att leva och agera utifrån parallella tankesätt och logiker är flera. Att cheferna befinner sig i en mellanposition mellan ledningen och medarbetarna ute i företaget gör att de tvingas balansera mellan olika krav och logiker. En annan förklaring till att de lyckas stå med ett ben i vardera logik är att de ser de båda logiker som viktiga vilket tydliggörs genom att de medvetet valt att arbeta på Vårdföretaget. En sista anledning till att cheferna lyckas balansera mellan olika tankesätt är att deras medvetenhet om att de delvis representerar en annan logik än ledningen. Denna medvetenhet finns även hos ledningen vilket är positivt för kommunikationen grupperna emellan.

På Vårdföretaget uppstår vissa konflikter mellan den medicinska och den marknadsbaserade logiken vilket har sin grund i de motsättningar som traditionellt finns mellan de två logikerna. Konflikterna som uppstår är dock inte så stora som teorierna implicerar. Detta har flera förklaringar. Av stor vikt är att cheferna i hög utsträckning tagit till sig av den marknadsbaserade logikens tankesätt. En annan förklaring är att cheferna får ökad legitimitet då de anpassar sig till den marknadsbaserade logiken. Vi kan också dra slutsatsen att potentiella konflikter hindrats av det sätt på vilket ledningen valt att genomföra reformen, till exempel genom de satsningar man gjort på cheferna i form av mentorskapsprogram och ledarskapsprogram.

Vad innebär de nya chefsrollerna på Vårdföretaget för cheferna?

Då delvis andra kompetenser efterfrågas i chefsrollerna ser vi att det sker en maktförskjutning i ledarskapet. Läkargruppen får mindre makt i ledarskapet medan sjuksköterskor får mer. Chefer som tillhör läkarprofessionen måste nu ha andra kompetenser än traditionellt för att inte förlora inflytande. Det kommer även in nya yrkesgrupper, bland annat ekonomer och managementutbildade, som får ökat inflytande över ledarskapet.

Det framgår att den medicinska logiken är stark hos medarbetarna i organisationen vilket leder till legitimitetsproblem för vissa av cheferna som inte har läkarbakgrund. Intressant är att Vårdföretaget inte vågar gå hela vägen och göra sjuksköterskor till chefer över läkargruppen, utan faller till föga för läkarprofessionens traditionellt starka ställning. Professionernas påverkan på sjukvårdens arbetsfördelning spelar fortfarande stor roll. Legitimitetsproblem existerar inte i samma utsträckning för chefer med ekonomisk bakgrund vilket förklaras av att det inte finns en under- respektive överordning mellan den medicinska och den marknadsbaserade logiken.

De nya chefsrollerna innebär att chefers lojalitet med ledningen premieras. Vi kan också dra slutsatsen att de nya chefsrollerna innebär nya möjligheter för cheferna då de får chans till vidareutbildning både inom sitt specialistfält och framförallt på ledarskapsområdet.

Hur hanterar chefer med hälso- och sjukvårdsbakgrund det nya ansvarsområdet försäljning som tillkommer i den nya chefsrollen?

Cheferna har tagit till sig av den marknadsbaserade logiken och imiterar den driftsform som de ser som mer effektiv än landstinget. Det framgår med tydlighet att cheferna både är medvetna och övertygade om vikten av försäljning. Vi kan konkludera att reformen verkat identitetspåverkande.

Då de nya chefsrollerna på Vårdföretaget innebär en otydlighet i chefernas arbetssituation går det att ifrågasätta hur tydligt ledningen kommunicerat det nya ansvaret till cheferna. Cheferna upplever att de inte har tillräckligt med stöd och verktyg för att ta tag i denna uppgift och översätter därför ansvaret enligt det som tidigare är känt för dem, nämligen den medicinska logiken. Översättningen beror dels på att de är påverkade av den egna logiken och dels på den otydlighet som finns i säljansvaret vilket cheferna måste hantera. Förutom översättning ser vi även att cheferna gör motstånd mot säljansvaret genom nedprioritering av dessa arbetsuppgifter. Även om cheferna talar om vikten av försäljning har de inte så särskilt stor utsträckning ändrat sitt beteende.

Avslutningsvis vill vi klargöra att vi drar slutsatsen att den medicinska logiken inte nödvändigtvis dominerar på den nivå i företaget där vi rört oss. Tvärtom är både den medicinska och den marknadsbaserade logiken högst närvarande.

7. AVSLUTANDE DISKUSSION

Denna uppsats hade sin utgångspunkt i vårt intresse dels för sjukvården och dels för förändringsarbete i organisationer. Vi läste teorier och tidningar för att få en bred förståelse för sektorn och aktuella möjligheter och problem. Under uppsatsarbetet har vi, i likhet med andra studenter som skriver en examensuppsats, tvingast smalna av arbetet till att täcka ett väldigt begränsat område. Under arbetets gång har många tankar och funderingar dykt upp som inte riktigt ligger inom ramen för vår uppsats men som vi ändå skulle vilja belysa. I diskussionen nedan vill vi sålunda passa på att bredda perspektivet igen

Något vi både i teorier och under arbetets gång sett tendenser mot är att vi på sikt kommer att få se mer av andra yrkesgrupper på chefspositioner i vården. Det finns anledning att tro att andelen ekonomer, administratörer och managementkonsulter kommer att öka och dessa yrkesgruppers närvaro kommer att bidra med nya synsätt och tankesätt kring hur sjukvården leds. Flera nya frågeställningar dyker upp: Kommer andra grupper öka närvaro i sjukvården att öka förståelsen för olika tankesätt vilket vi ser är tendensen idag? Eller kommer det snarare att vända igen så att vi på sikt får se fler krockar och konflikter? En annan intressant fråga är vad som kommer att hända med hierarkin i sjukvården, som vi funnit fortfarande är stark. Kommer denna att förändras på sikt?

Givet att hierarkin kommer att fortsätta förändras i den riktning vi ser idag, där till exempel sjuksköterskegruppen får ökat inflytande, kan man ställa sig frågan om ledarskap i sjukvården kommer att utvecklas till ett eget kompetensområde på sikt. Detta skulle kunna leda till alternativa karriärvägar och möjligheter för samtliga yrkesgrupper i vården och framförallt för de grupper som traditionellt varit underordnade. En följd skulle kunna bli att vi i framtiden kommer att få ledarskapsinslagen som betydligt viktigare på vårdutbildningarna. Alternativt går utvecklingen i motsatt riktning och antalet generalister i chefspositioner ökar samtidigt som man kan se en ökad specialisering i arbetsuppgifter i vårdarbetet.

Om man lyckas hålla hög kvalitet i de privata vårdföretagen i Sverige så tror vi att vi kommer att få se fler privata alternativ framöver. Ju fler sjukhus och andra vårdenheter som styrs av privata företag desto intensivare kommer med största sannolikhet diskussionen kring ekonomiska, etiska och kvalitetskrav att bli. Ökad konkurrens tror vi kan leda till en intensivare och mer kvalificerad debatt kring den svenska sjukvården.

7.1 Avslutande reflektion kring uppsatsarbetet

Vi har tidigare konstaterat att det inom ramen för denna uppsats inte är möjligt att dra på för stora växlar eller i särskilt stor utsträckning generalisera om sjukvården i stort. Vi vill avslutningsvis också ta upp det faktum att vi i uppsatsen har gjort vissa val som påverkat vår analys och våra slutsatser. Vi har till exempel valt att se på de nya chefsrollerna som en reform, valt en teoretisk referensram som är relativt fokuserad, valt att titta på chefer som delvis men inte till hundra procent har samma roller samt flera gånger vridit och vänt på våra frågeställningar.

Dessa val har vuxit fram under tiden i och med att vår förståelse för och insikten i sjukvårdssektorn och i Vårdföretaget har ökat. De har inte varit självklara val och det är möjligt att uppsatsen hade fått en annorlunda utformning om vi hade börjat arbeta med den idag när vi har den kunskap vi har.

7.2 Vidare forskning

En förändring i säljledet innebär också en förändring i köpledet. Det vore intressant att se hur köparna, det vill säga landstingen, remitterter med flera, har reagerat när det kommit in fler privata aktörerna på marknaden. Har deras ställning som köpare av vårdtjänster förändrats? Vilka omställningar har de stått inför och hur har de hanterat dessa? Vidare skulle en jämförelse mellan chefer i privat sjukvård och offentlig sjukvård kunna belysa hur föreställningsramar och logiker skiljer däri sig åt. Även internt på Vårdföretaget eller andra privata sjukvårdsföretag finns mycket att titta närmre på. De driftschefer som finns på en operativ nivå under de chefer som vi har studerat har även dem säljansvar. Hur ser det ut på denna nivå? Finns det skillnader eller likheter jämfört med de chefer som vi har studerat?

KÄLLFÖRTECKNING

REFERENSER

Andersen, I. (1998), *Den uppenbara verkligheten – Val av samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Blomgren, M. (1999), *Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. (1999), *Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Brunsson, N. och Olsen, J.P. (1997), *The Reforming Organization*, Bergen, Norge: Fagbokforlaget.

Engquist, A. (1996), *Om konsten att samtala*, Stockholm: Rabén Prisma.

Furusten, S. (1999), *Popular Management Books: how they are made and what they mean for organizations*, Cambridge, UK: Routledge.

Kragh Jespersen, P. (1999), *New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Lindholm, C. (1999), *Reform utan förändring och förändring utan reform – ekonomistyrnings som instrument och logik*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Lundeberg, M. (1993), *Handling Change Processes. A Systems Approach*. Lund: Studentlitteratur.

Magne Holme, I. och Krohn Solvang, B. (1997), *Forskningsmetodik – Om kvalitative og kvantitative metoder*, Lund: Studentlitteratur.

Mårtensson, P. (2001), *Management Processes. An Information Perspective On Managerial Work*. Stockholm: The Economic Research Institute.

Sahlin-Andersson, K., (1999), *I mötet mellan reform och praktik*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Sjöstrand, S-E., et al, (1999), *Osynlig företagsledning*, Lund: Studentlitteratur.

Vrangbæk, K. (1999), *New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser*, i Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdóttir, G. & Sahlin-Andersson, K. (red.), *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

Yin, R.K. (2003), *Case Study Research – Design and Methods*, Thousand Oaks, London, New Dehli: SAGE Publications Inc.

Zeuthen Bentsen, E., Borum, F., Erlingsdottir, G. och Sahlin-Andersson, K. (1999), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.

ARTIKLAR

Aidemark, L-G. (2005), *Ekonomistyrning i sjukvården – En jämförelse mellan sjukhusbolag och förvaltningsjukhus*, Nordiske Organisasjons- Studier 2005; 5.

Axelsson, R. (2000), *The Organizational Pendulum: Healthcare management in Sweden 1865-1998*, Scand J Public Health 2000; 28: 47-53

Borum, F. (2005), *Sygehuset – en omstridt institution*, Nordiske Organisasjons- Studier 2005; 5.

LeTourneau, B. (2004), *Communicate for change*. Journal of Health Management, Nov/Dec, Vol.49, Nr 6, p. 354.

Sahlin-Andersson, K. (2001), *Imitating and Editing Success – public agencies shifting orgnizational field*, Ekonomiska Forskningsinstitutet (EFI), Handelshögskolan i Stockholm. Research paper 6455

ÖVRIGT KÄLLMATERIAL

DN Debatt (2006-07-04). "Vinstdrivande vård krävs för att rädda välfärden", Bengt Westerberg och Kjell-Olof Feldt. <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?a=557108>. Tillgänglig 2006-12-04.

DN Debatt (2006-12-04). *"Vi anskaffar stopplagen i hälso- och sjukvården"*, Göran Hägglund.
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?a=594138>. Tillgänglig 2006-12-05.

Hälso- och Sjukvårdsorganisationens informationsmaterial

Rapport från Socialstyrelsen (2005-12-13). *Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – en nyckelroll för patientsäkerheten? Rapport från ett projekt i sydöstra och västra tillsynsregionerna.*
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8999/Sammanfattning.htm>. Tillgänglig 2006-10-19.

SOSFS 1997:8 (M). Socialstyrelsens författningssamling:
http://www.sos.se/sosfs/1997_8/1997_8.htm. Tillgänglig 2006-10-19.

Vårdföretagets Handbok 2004

MUNTliga KÄLLOR

Sverigechef för verksamhetsområde A (**Sverigechef**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-30

Marknadschef (**Marknadschef**)
Intervju via telefon 2006-10-23

Operativ personalchef (**Personalchef**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-17

Medicinsk chef verksamhetsområde A (**Medicinsk Chef A**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-20

Områdeschef och medicinsk chef Nationell Specialitet (**Chef NS**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-09

Områdeschef region Öst (**Områdeschef Öst**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-19

Före detta läkarchef och medicinsk chef region Öst (**Förre Medicinsk Chef Öst**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-18

Medicinsk chef verksamhets- område B (**Medicinsk Chef B**)
Intervju på Vårdföretaget 2006-10-13

Verksamhetschef verksamhetsområde B (**Verksamhetschef B**)

Intervju på café 2006-11-01

APPENDIX

Intervjuguide

Inledning

- Vad heter du och vad är dina arbetsuppgifter?
- Vilken befattning har du?
- När och hur började du arbeta för Vårdföretaget?
- Din bakgrund?
- Vilka områden är dina ansvarsområden?
- Arbetsbelastning?
- Vari ligger din kärnkompetens?
- Vad ser du som största utmaningen i din nuvarande roll?

Omställningen från offentligt till privat

- Hur ser du på omställningen från att arbeta på ditt tidigare arbete till att arbeta på Vårdföretaget?
- Likheter och skillnader?
- Hur skiljer sig dina ansvarsområden idag från de du hade tidigare?
- Om man ser på sjukvården i ett längre perspektiv, hur ser du att den har förändrats?

Ledarskap

- Hur ser du på ledarskap i Vårdföretaget?
- Vad anser du vara den viktigaste kompetensen för att vara en bra ledare på Vårdföretaget?
- Hur ser du på din egen chefsroll och ledningens?
- Har det genomförts några förändringar sedan du började arbeta för Vårdföretaget?
- Om ja, hur upplevde du dessa förändringar och resultatet av dem?

Kundrelationsfokus och försäljning

Som vi förstått ingår det i chefsrollen att ha ansvar för kundrelationer och försäljning:

- Hur ser du på denna uppgift?
- Innebär detta en ny roll för dig?
- Hur fungerar kundrelationerna idag?
- Vad gör du konkret för att profilera företagets tjänster till kunder/remittenter?
- Vilka verktyg och vilket stöd har du att tillgå när det kommer till att profilera Vårdföretaget inför kund?
- Vilka verktyg och vilket stöd skulle du vilja ha?
- Mer generellt, vad behövs för att Vårdföretaget bättre ska kunna profilera sig mot remittenter och patienter?
- Upplever du att information och kommunikation från ledningens håll gällande kundrelationer är tydlig?
- Vad gör de/vad borde de göra när det kommer till profilering?

- Om det var upp till dig att bestämma hur kundrelationer skulle se ut, hur skulle du då vilja organisera detta?
- Hur viktigt är ditt arbete med kundrelationer i förhållande till dina andra arbetsuppgifter för Vårdföretaget?