



Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården

Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser

Agneta Kullén Engström

Doktorsavhandling Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Göteborg, Sverige, 2009



NHV
Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap

Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården

Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser

Agneta Kullén Engström



NHV
Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap

Doktorsavhandling Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, Sverige, 2009.

Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården

Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser

Agneta Kullén Engström, 2009

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg

Box 121 33

SE-402 42 Göteborg

Sverige

www.nhv.se

ISBN 978-91-85721-66-5

ISSN 0283-1961

Omslags illustration M.C. Escher

Print Intellecta Infolog AB, Göteborg, Sweden

Abstrakt

Bakgrund och syfte

Inom hälso- och sjukvården har krav på ökad effektivitet, tillgänglighet och höjd kvalitet, samt en minskad ekonomisk ram, krävt förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet. Ett syfte med denna avhandling är att utifrån professionellas upplevelser och erfarenheter belysa den praktiska innebörden av begreppet effektivitet i hälso- och sjukvården. Ett annat syfte är att utifrån olika perspektiv belysa ledarskap och medarbetarskap i samband med strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården.

Metod

Avhandlingen bygger på fyra delstudier (I – IV) genomförda med hjälp av en kvalitativ forskningsansats. Delstudie I bygger på intervjuer kring begreppet effektivitet med strategiskt utvalda representanter för en organisations tre beslutsnivåer. Delstudie II och III bygger på intervjuer med medarbetare från olika professioner som deltagit i två olika sjukhussammanslagningar. I delstudie IV intervjuades medarbetare om sina upplevelser i anslutning till privatisering av en hälso- och sjukvårdsorganisation.

Resultat

Då en gemensam definition av begreppet effektivitet saknas i en organisation ges olika aktörer utrymme att göra sin egen tolkning, vilket kan påverka målpuppfyllelsen på ett negativt sätt. Vid strukturförändringar är det viktigt att medarbetare ges möjlighet till såväl delaktighet som att kunna balansera sina åtagande i processen. Det är även av vikt att medarbetare i en förändringsprocess har tillit till ledningen och organisationen. Strukturförändringar kan samtidigt innebära spännande utmaningar och nya möjligheter till utveckling.

Slutsatser

Strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården, i syfte att effektivisera, är komplexa och mångfacetterade. Samtidigt är begreppet effektivitet mångtydigt och svårutvärderat. Det påverkas av såväl struktur och ledarskap som medarbetarskap. En förändringsprocess påverkar både ledarskap och medarbetarskap. Framgångsfaktorer är medarbetarnas möjlighet till delaktighet och balans, samt deras tillit till såväl struktur som ledarskap.

Nyckelord: hälso- och sjukvård, effektivitet, sammanslagningar, privatisering, grounded theory.

Abstract

Background and purpose

Within health and medical care, demands on increased efficiency, availability and increased quality, as well as a reduced financial framework, have required changes in the health and medical care system. One aim of this thesis is to illustrate the practical significance of the concept of efficiency in health and medical care on the basis of the experience of professionals. Another aim, on the basis of different perspectives, is to illustrate leadership and employeehip in connection with structural changes within health and medical care.

Method

The thesis builds on four studies (I – IV) carried out with the help of a qualitative research approach. Study I builds upon interviews on the concept of efficiency with strategically selected representatives for an organisation's three decision levels. Studies II and III builds upon interviews with employees from different professions who have participated in two different hospital mergers. In study IV employees were interviewed about their experiences in connection with the privatisation of a health and medical care organisation.

Outcome

When there is no definition of the concept of efficiency in an organisation, different players are allowed scope to make their own interpretation, which can negatively affect fulfilment of objectives. During structural changes it is important that employees are given the opportunity to participate and to be able to balance their commitments in the process. It is also important that employees, in a process of change, have trust in the management and organisation. At the same time, structural changes can involve exciting challenges and new possibilities for development.

Conclusions

Structural changes within health and medical care, with the purpose of streamlining, are complex and multifaceted. At the same time the concept of efficiency is ambiguous and difficult to evaluate. It is influenced by structure and leadership as well as employeehip. A process of change affects both leadership and employeehip. Success factors are the employees' prospects for participation and balance, and their trust in both structure and leadership.

Key words: health and medical care, efficiency, mergers, privatisation, grounded theory.

Till Cecilia och Åsa

FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen är baserad på följande artiklar:

Artikel I

Axelsson L. & Kullén Engström A. (2001). The concept of effectiveness – a blind alley? A study of different interpretations in a Swedish county council. *International Journal of Health Planning and Management*, **16**, 61-71.

Artikel II

Rosengren K., Kullén Engström A. & Axelsson L. (1999). The staff's experience of structural changes in the health and medical service in Western Sweden. *Journal of Nursing Management*, **7**, 289-298.

Artikel III

Kullén Engström A., Rosengren K. & Hallberg L. (2002). Balancing involvement: employees' experience of merging hospitals in Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, **38** (1), 11-18.

Artikel IV

Kullén Engström A. & Axelsson R. The double spiral of change - experiences of privatisation in a Swedish hospital. Accepterad för publicering i *International Journal of Health Planning and Management* 2009.

Artiklarna återges med tillstånd från respektive tidskrift.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

FÖRORD

INTRODUKTION	1
--------------------	---

KONCEPTUELL RAM	5
-----------------------	---

Organisation.....	6
Kultur.....	8
Effektivitet	10
Förändring.....	11
Ledarskap.....	13
Medarbetarskap	14
Sammanfattning	16

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	17
----------------------------------	----

Övergripande syfte.....	17
Specifika syften och forskningsfrågor.....	17
Författarens bidrag i de olika studierna.....	18

TIDIGARE FORSKNING PÅ OMRÅDET	19
-------------------------------------	----

Effektivitetsbegreppet	19
Sammanslagningar.....	20
Privatisering.....	22

FORSKNINGSDESIGN.....	23
-----------------------	----

Metodologiska utgångspunkter	23
Grounded theory	24
Studiepopulation och datainsamling.....	25
Dataanalys.....	28
Validitet och trovärdighet	29
Etiska överväganden.....	31

RESULTAT	32
Studie I	32
Studie II	34
Studie III	35
Studie IV	36
 DISKUSSION	 37
Organisation och kultur	38
Effektivitet och effektivisering	41
Förändringsarbete	42
Ledarskap och medarbetarskap	44
 METODOLOGISKA BEGRÄNSNINGAR	 47
 SLUTSATSER	 48
 FRAMTIDA FORSKNING	 50
 TACK	 52
 REFERENSER	 54
 APPENDIX	
Original artiklar I-IV	
NHV-rapporter	

FÖRORD

I många år har jag varit verksam inom svensk hälso- och sjukvård. Under dessa år har flera förändringar skett inom vården avseende såväl dess organisation som synen på ledarskap och medarbetarskap. Pendeln har svängt mellan centralisering och decentralisering, mellan chefskap och ledarskap, samtidigt som synen på medarbetarna har skiftat över tiden.

Under hela mitt yrkesverksamma liv har jag fascinerats av hur vårdens organisation påverkar såväl den så kallade effektiviteten, ledarskapet, medarbetarskapet som förändringsbetingelserna. Idag etableras dessutom i ökande grad nya aktörer på marknaden, framför allt i form av privata vårdgivare, vilket innebär att konkurrensen om arbetskraften ökar och såväl ledarskapet som medarbetarskapet ställs inför nya utmaningar. Utifrån en nyfikenhet på och fundering över hur dessa faktorer relaterar till och påverkar varandra har min avhandling kommit till.

Jag har också haft förmånen att under några år ingå i det så kallade strukturprojektet vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). Projektet syftade till att beskriva och analysera personalens upplevelser av genomförda strukturförändringar inom den svenska hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta projekt skrevs två av artiklarna som ingår i denna avhandling, artikel II och III.

INTRODUKTION

Dagens organisationer är utsatta för ett starkt förändringstryck relaterat till en högre grad av komplexitet, en ökad konkurrens, förändrade behov och förändrade politiska strukturer. Den ökade globaliseringen har också inneburit en fri rörelse av såväl kapital som kunskap. De institutioner som tidigare ansetts hålla samman samhället kan nu upplevas vara i stark förändring (Ramsdal & Skorstad 2004, Härenstam *et al* 2006, Jonsson *et al* 2006, Källemark Sporrong 2007). Samtidigt har nya managementkoncept lett till nya sätt att organisera arbete, dock i allmänhet utan djupare reflektioner över konsekvenserna för enskilda verksamheter. Även om kraven på rationalitet och flexibilitet har ökat tycks tiden för beslutsfattande ha krympt. Resultat presenteras och efterfrågas inte bara årsvis utan även månadsvis, vilket kan ha medfört negativa konsekvenser för såväl arbetsförhållanden som arbetsmiljö (Björkman 2003, Håkansson & Isidorsson 2006).

Hälso- och sjukvårdens organisationer är idag sårbara då flera av dem genomgått strukturella förändringar i form av sammanslagningar, förändrade driftsformer och/eller ägarförhållanden. Detta gäller inte bara i Sverige utan även i många andra länder (Knox & Gharrity 2002, Dent 2003). Kunskapsutvecklingen inom medicin och teknologi samt den demografiska utvecklingen med allt flera äldre har också medfört krav på ökad effektivitet, ökad tillgänglighet och bättre kvalitet i hälso- och sjukvården samtidigt som de ekonomiska ramarna har krympt. Parallellt har i Sverige på senare år initierats vårdgarantier, valfrihet samt konkurrensutsättning och uppföljning av kvalitets- och samverkansindikatorer vilket i sin tur ställer krav på såväl inre som yttre effektivitet inom hälso- och sjukvården (Hallin & Siverbo 2003).

I Sverige har ett rättvisetänkande talat för att hälso- och sjukvården ska drivas huvudsakligen i offentlig regi. I rättvisetänkandet ingår krav på lika tillgång på vård, lika behandling, lika och genomgående hög kvalitet, solidaritet och social integration. Idag tolereras privata inrättningar inom offentlig verksamhet, men endast under

förutsättningar att rättvisepincipen efterlevs (Forsell & Jansson 2000, SOU 2002).

Samtidigt har antalet privata aktörer nästan tredubblats från 5016 år 1993 till 14176 år 2007 (Konkurrensverket 2009).

Den svenska hälso- och sjukvårdens huvudmannaskap regleras i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982). Samtidigt ger kommunallagen, SFS 1991, landsting och regioner rätten att fritt bestämma om sin organisation och verksamheternas driftsformer. På nationell nivå är det regering och riksdag som formar den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, medan landstingen, regionerna och kommunerna beslutar om verksamhetens innehåll och form. Eftersom landstingen, regionerna och kommunerna själva via skatteintäkter finansierar den största delen av verksamheten har regering och riksdag ett ganska begränsat inflytande över hälso- och sjukvården. Detta innebär en långtgående decentralisering som är unik, både i ett nordiskt och internationellt perspektiv (Saltman *et al* 2007).

På regional och lokal nivå fattar valda politiker beslut som administratörer och professionella grupper sedan ansvarar för att verkställa. Denna klara rollfördelning har dock i praktiken varit svår att upprätthålla inom hälso- och sjukvården, då den politiska ledningen ofta hamnat i underläge i förhållande till olika professioner, exempelvis läkare. Detta brukar leda till frågan om vem som egentligen styr förändringar i verksamheten, politikerna eller professionerna (Petersson 1990). För att politikerna ska kunna leva upp till den roll som lagstiftningen ger dem krävs att de tar ett större ansvar för styrningen, vilket i sin tur kräver en ökad verksamhetskompetens (Axelsson 1998, McKee & Healy 2002, Sahlberg 2002, Anjou 2008).

Samtidigt existerar dagens hälso- och sjukvårdsorganisationer inte i ett vakuum, utan de måste vara öppna för förändringar och kunna möta nya utmaningar med ett allt mindre tillskott av pengar (Kumar *et al* 2002, Tjosvold 1991). Från början av 1990-talet har New Public Management fått ett starkt genomslag inom offentlig förvaltning (Hood 1989, 1995, Pollit 1990). Det handlar bland annat om att öka den offentliga verksamhetens effektivitet och produktivitet, samt att öppna upp för konkurrens och marknadsliknande styrmekanismer, till exempel i form av beställar- utförarmodeller

(Axelsson 2000, Jonsson *et al* 2006). Introduktion av sådana mer eller mindre artificiella marknader har för politiker inneburit ett nytt sätt att försöka styra hälso- och sjukvården. Dessa kan då fokusera på att vara företrädare för medborgarna även om de också har ansvar för hur systemet fungerar och dess kvalitet (Berlin 2007).

Marknadens roll i hälso- och sjukvården har ökat och kommer troligen att fortsätta att öka och ibland hävdas till och med att utan konkurrens saknas initiativ till att utveckla välfärden. Den offentliga hälso- och sjukvården har i den politiska debatten anklagats för att vara alltför stor och ineffektiv (Ekstedt & Sundin 2006). Konkurrens i vården har ansetts driva den medicinska utvecklingen framåt och genom att utmana hälso- och sjukvårdsmonopolet skulle en förbättrad hälsa och en ökad effektivitet kunna uppnås (Cherry 2005, Petratos 2005).

Den svenska hälso- och sjukvården har länge varit nästan helt undantagen från konkurrens och enbart haft offentliga ägare. Även om rätten att etablera och organisera privata sjukhus och sjukvårdsinrättningar är reglerad i lagstiftning så tycks trenden nu vara att alltmer öppna upp olika vårdverksamheter för alternativa driftsformer. Det har blivit allt vanligare att delar av verksamheter som tidigare bedrivits av en offentlig förvaltning läggs ut på entreprenad eller intraprenad i syfte att öka effektiviteten och minska kostnaderna (Hallin & Siverbo 2003). Alternativet att stänga en verksamhet, exempelvis ett mindre sjukhus, för att spara pengar eller effektivisera verksamheten är sällan en välkommen lösning och kräver starka politiker med ett brett stöd bakom sig. Samtidigt ställs också krav på att producera mer hälso- och sjukvård till en reducerad kostnad (Weil 2003).

År 1997 bildades Region Skåne genom sammanslagning av två landsting och en kommunal sjukvårdshuvudman. En av drivkrafterna bakom regionbildningen var möjligheten att kunna rationalisera, effektivisera och samordna viss högspecialiserad verksamhet. Detta har dock varit svårt att åstadkomma på grund av protester från medarbetarna. År 1999 bildades Västra Götalandsregionen med motiven att öka det demokratiska inflytandet, nå en ändamålsenlig sjukhusstruktur och undanröja ineffektiva administrativa gränser. Uppfattningarna om vad som är en ändamålsenlig

sjukhusstruktur skiftar dock och det tycks ha varit svårt att genomföra genomgripande strukturförändringar. En förklaring till svårigheterna att genomföra strukturbeslut inom båda regionerna kan vara att idéer och förväntningar från omgivningen påverkat politikerna att fatta beslut om förändringar utan att frågan om hur förändringen bidrar till mer ändamålsenlig verksamhet har klarlagts. När sedan besluten möter aktörer i förvaltningarna tolkas verksamhetens krav på ett annat sätt och besluten möter motstånd (Anjou 2008).

Hälso- och sjukvården är ett komplicerat kluster av relationer, kunskap, politik, pengar och förväntningar. Här finns höga och låga motiv sida vid sida medhängivna arbetsprestationer, vanlig allmänsklig lathet och ett utpräglat revirtänkande (Andersson 2002). Hälso- och sjukvården har dessutom många intressenter med olika behov att ta hänsyn till i sin verksamhet. Förutom förpliktelser mot patienterna är det viktigt att balansera kraven på effektivitet och ett rationellt resursutnyttjande mot medarbetarnas krav på arbetslivskvalitet (Forsell & Jansson 2000, Docherty 2003).

Lågkonjunkturen under 1990-talet ledde till omfattande neddragningar av antalet anställda inom i stort sett alla sektorer i samhället med en ökad arbetsbelastning för de kvarvarande medarbetarna. Neddragningarna syftade till att öka effektiviteten genom att pressa luft ur systemen och arbetsplatserna. Samtidigt har det inom den offentliga sektorn strävats efter plattare organisationer och många medarbetare har upplevt att ansvar och arbetsuppgifter delegerats utan motsvarande tillskott av resurser och befogenheter (Palm 2000, Socialstyrelsen 2003). Detta gäller även inom hälso- och sjukvården.

Medarbetarna i hälso- och sjukvården blir i genomsnitt äldre samtidigt som det kan förutses att arbetsbördan kommer att öka (Landstingsförbundet 2001). Detta kan medföra att anställda inom vården kommer att välja att arbeta deltid för att orka med (Jenkins-Clarke & Carr-Hill 2001). Det är ett folkhälsopolitiskt mål att skapa ett hälsosamt arbetsliv med låg sjukfrånvaro men från slutet av 1990-talet fram till 2003 ökade sjukfrånvaron i snabb takt i Sverige. Det var främst de långa sjukskrivningarna som ökade och kostnaderna för sjukpenning, rehabilitering samt aktivitets- och

sjukersättning steg (Astvik *et al* 2006, Gatu 2006). Sedan 2005 har dock trenden brutits och inom alla sektorer minskar sjukfrånvaron (Sveriges kommuner och landsting 2008).

Det finns mycket som talar för att de strukturella förändringarna inom hälso- och sjukvården som genomförts för att öka effektiviteten i verksamheten, samtidigt har inneburit en ökad stress för medarbetarna med negativa konsekvenser för deras motivation, hälsa och arbetsprestationer (Glasberg *et al* 2007, Jansson von Vultée *et al* 2007). Detta gäller såväl vid organisatoriska förändringar och sammanslagningar som vid förändrade driftsformer eller ägarförhållanden.

Det övergripande syftet med denna avhandling är att belysa hur både ledarskap och medarbetarskap fungerar i samband med olika strukturella förändringar inom hälso- och sjukvårdens organisation. Detta syfte kommer längre fram att preciseras i form av ett antal konkreta forskningsfrågor, men först är det nödvändigt att placera avhandlingen i en konceptuell ram, vilken vuxit fram i samband med de empiriska studierna.

KONCEPTUELL RAM

Utgångspunkten för denna avhandling är att hälso- och sjukvård alltid står inför stora utmaningar relaterat till den tekniska och medicinska utvecklingen, ökade behov, och krav på tillgänglighet samt begränsade resurser. Olika modeller att organisera, styra, redovisa och kontrollera verksamheten har prövats. Pendeln har över tiden svängt mellan småskalighet och storskalighet, centralisering och decentralisering, professionsstyrd och medborgarstyrd vård (Axelsson 2000). Olika ledarskapsstilar har varit på modet och synen på medarbetarskapet har skiftat över åren. Även om repertoaren för vad som kan göras är begränsad verkar variationerna vara oändliga. Samtidigt tycks dock vissa grundelement alltid finnas i form av organisation, kultur, ledarskap och medarbetarskap, samt krav på effektivitet och förändring vilka ömsesidigt torde påverka varandra. Nedan definieras och resoneras kring dessa

begrepp som identifierats i samband med de empiriska studierna som ingår i denna avhandling.

Organisation

Alla organisationer bemannas och leds av människor och utan människor kan de inte existera. Det finns belägg för att det existerar en stark koppling mellan hur organisationer styr sina medarbetare och de ekonomiska resultaten för organisationen (Cascio 2003). En organisation brukar definieras som en samling av individer och grupper som medvetet, planerat, och avsiktligt samarbetar för att uppnå något eller några mål (Daft 1995). När en organisation beskrivs som en struktur handlar det om mönster av relationer, stabilitet och ordning. Å andra sidan, när en organisation beskrivs utifrån processer, ligger fokus på dynamiken, förändringar, drivkrafter, konflikter och spänningar (Härenstam *et al* 2006).

Alla organisationer har ett antal intressenter med olika behov att ta hänsyn till i sin verksamhet. Bland intressenterna återfinns oftast kunder, ägare och medarbetare. Samtidigt torde det vara viktigt att balansera ägarnas krav på effektivitet och rationell resurshantering mot medarbetarnas krav på hälsa, välbefinnande och personlig utveckling i arbetslivet (Forsell & Jansson 2000, Docherty 2003). Det går även mode i organisationsformer och ingen organisation torde vilja framstå som omodern (Anjou 2008).

Enligt Mintzberg (1983) finns sex grundläggande former av organisationsstrukturer. Hälso- och sjukvården har strukturen av en professionell byråkrati, vilken kännetecknas av att medarbetarna är välutbildade och både kräver och kan utföra sitt arbete utan direkt övervakning. Inom den traditionella byråkratiska organisationen sköts samordning och styrning genom att all information går upp till toppen av pyramiden och sedan ner igen till den operativa nivån. I en professionell byråkrati finns samtidigt de professionella kulturerna med sin yrkesstolthet, känsla av gemenskap och ansvar för verksamheten. Men det finns också inslag i form av rivalitet mellan yrkesgrupper som utgör starka professionella hierarkier baserade på utbildning

och ställning i organisationen vilket kan vara till nackdel för medarbetarnas självständighet och engagemang (Mintzberg 1979, 1983).

Inom hälso- och sjukvården har de professionella kulturerna och de byråkratiska organisationsidealen medfört en problematisk relation mellan politiker, medborgare och medarbetare (Forsell & Jansson 2000, Wallenberg 2003a). Ett annat problem i professionella byråkratier är att administratörer ofta har sin förankring och lojalitet i organisationen medan de professionella oftast har sin förankring och lojalitet i den egna professionen oavsett organisationstillhörighet (Axelsson 1998). Kännetecknande för flertalet tjänsteproducerande organisationer så som hälso- och sjukvården är också att arbetet sker i en relation till mottagaren av tjänsten. Kvaliteten på relationen är delvis beroende av personalens arbetsförhållande. Om den negativa stressen i arbetet ökar är det rimligt att anta att det kommer att påverka kvaliteten i verksamheten på ett negativt sätt (Bäckman 2001).

Ägarformen kan också ses som en viktig del av organisationsstrukturen (Pugh & Hickson 1976). Den offentliga sektorns organisationer har vissa egenskaper som skiljer dem från organisationer inom den privata sektorn. Åsikterna om vilka skillnaderna är och vilka de bör vara går ofta isär utifrån olika politiska ideologier (Ekstedt & Sundin 2006). Kritiken mot privatisering har inriktats på risken för att vinstdrivande företag inte avsätter tillräckliga resurser till verksamheten, vilket i förlängningen skulle drabba klienterna eller patienterna (Bergström & Lund 2003, Blomqvist & Rothstein 2000). Förespråkare hävdar att privatisering fungerar som en väckarklocka och förebild även för kvarvarande offentliga organisationer (Svedberg Nilsson 1999, Springdal 2001). En lyckad privatisering anses även kunna bidra till en ökad effektivitet genom snabbt införandet av ny teknik och nytt ledarskap. Ytterligare en fördel med privatisering anses vara medarbetarnas ökade möjlighet att välja arbetsgivare och därmed kunna påverka sin arbetsmiljö (Gunnarsson 2003).

Kultur

Organisationskultur är en uppsättning av delade värderingar och normer som styr interaktionen mellan såväl olika medarbetare i organisationen, som med individer utanför organisationen (Schein 2004). Kulturen skapas av individerna i organisationen, av de rättigheter som ledningen ger medarbetarna samt av organisationens struktur och etik. Organisationskulturen påverkar sedan beteendet i organisationen, hur medarbetare och ledare reagerar på situationer och hur de tolkar omgivningen (Jones 2007).

Kulturen i en organisation är osynlig för ögat men avgörande i att skapa arbetsplatsens karaktäristika. Kulturen hjälper människor att skapa mening av sin del av världen. På samma sätt som organisationer väljer människor, så väljer människor arbeten och organisationer som passar deras personlighet och mål samt i vilka de kan tillfredsställa de behov som är viktiga för dem (Cascio 2003). Kulturen är kittet som håller en organisation samman, skapar lojalitet och motivation och kan ses som en av nycklarna till framgång. Kulturen utgör också ett viktigt ledningsinstrument eftersom den innebär möjlighet att skapa och sprida mening samt påverka medarbetarnas bild av verkligheten. Ledare har en viktig roll i detta sammanhang genom att inte bara definiera meningar åt sig själva utan också att övertyga andra om att acceptera dessa meningar (Salzer-Mörling 1998, Arnold & Pulich 2003, Schein 2001).

Organisationskulturen utgör en form av informell organisation som underlättar arbetet med organisationens struktur och är en viktig determinant för hur medarbetare ser på sin roll och uppgift (Jones 2007). Samtidigt innehåller begreppet olika dimensioner som speglar såväl det individuella som det sociala perspektivet. I de komplexa relationerna mellan dessa perspektiv finns även en historisk dimension som omfattar det sociala arvet, traditioner och vanor (Welter 2005). Kulturen kan ses som organisationens DNA (Schein 2004). I organisationer som går från byråkrati och hierarki till en plattare och decentraliserad organisation kan medarbetarnas värderingar och attityder behöva ändras för att nå framgång. Det är viktigt att odla och underhålla

relationen mellan ledare och medarbetare för att behålla en organisationskultur med ömsesidig tillit (Nilsson 2006).

Sammanslagningar av organisationer genomförs ofta utan hänsyn till kulturen i organisationerna och det kan därför uppstå kulturkrockar. Det troliga är att en av de rådande kulturerna kommer att dominera och gradvis sudda ut den andra. Alternativet är att de båda kulturerna lever sida vid sida trots en sammanhållen organisation. Det tredje alternativet är att blanda kulturerna och plocka det bästa från båda och försöka skapa en gemensam kultur (McConnell 2000, Schein 2004).

Främjandet av en god organisationskultur innebär en förstärkning av faktorer som sannolikt har en positiv betydelse för verksamheten. Detta är särskilt viktigt i personalintensiva och relationsorienterade branscher (Wallenberg 2003a). Kulturen kan också medverka till att skapa och upprätthålla tilliten till organisationen och dess ledare. Tilliten kan utgöra en maktfaktor och även en konkurrensfördel för en organisation. Tillit innebär för medarbetaren att känna sig psykologiskt tryggt och säkert, vilket är viktigt för relationen till andra (Lane & Bachmann 1998). Tillit kan även definieras som det kognitiva filter genom vilket en motparts agerande tolkas och värderas (Nilsson 2006). Den kommer inte med automatik utan kräver arbete för att uppnå och samtidigt kan den snabbt raderas (Bibb & Kourdi 2004, Hardin 2006, Möllering 2006).

Ett dilemma för en ledare kan vara att hantera olika subkulturer för att inom dessa skapa en lojalitet med organisationen som helhet (Tichy 1983). Under senare delen av 1990-talet har i dessa sammanhang nämnts såväl visionärt, karismatiskt som transformativt ledarskap (Bass 1998). Tankarna bakom dessa strömningar har till stor del handlat om hur ledningen kan förändra kulturen i organisationen i syfte att uppnå organisationens mål och värderingar samt att göra medarbetarna hängivna och lojala (Trollestad 2000, Javidan & Carl 2004). Men samtidigt som en stark kultur kan vara avgörande för organisationens framgång kan den också vara farlig i händerna på en ledare som saknar moral och etik (Jones 2007).

Effektivitet

Det är viktigt att skilja på effektivitet och produktivitet. Effektivitet är överordnat produktivitet och avser hur väl en verksamhet klarar att nå sina mål i relation till insatta resurser. Produktivitet är ett snävare begrepp och speglar förhållandet mellan hur mycket som produceras och hur mycket resurser som används för denna produktion (Cascio 2003). Begreppet effektivitet har minst två dimensioner, yttre respektive inre. Den yttre effektiviteten handlar om huruvida organisationen sysslar med rätt saker, vilket påverkas av strategiska beslut (Hallin & Siverbo 2003). Yttre effektivitet har dessutom såväl en lönsamhets- som en konkurrensaspekt (Docherty 2003). Inre effektivitet handlar om huruvida verksamheten utförs på rätt sätt, vilket i huvudsak påverkas av vad som händer på taktisk och operativ nivå (Hallin & Siverbo 2003).

För organisationers långsiktiga överlevnad krävs såväl kostnadseffektivitet, processreliabilitet som goda relationer mellan ledning och medarbetare. Det gäller även att kunna utveckla arbetsprocesserna, införa ny teknik samt samordna för att undvika dubbelarbete (SOU 2007). Ledarskapets effektivitet brukar mätas i termer av i vilken grad ledaren bidrar till kvaliteten i grupprocessen så som det uppfattas av medarbetarna. I ledarens roll ligger ansvaret för hur organisationen fungerar och således bör ledaren motivera och inspirera sina medarbetare till att uppfylla uppsatta mål. Även medarbetarnas attityder till ledning och ledare anses vara en indikator på ledarskapets effektivitet (Yukl 2006).

Hälsoekonomer har påtalat att effektiviteten inom hälso- och sjukvården bör bedömas utifrån många olika aspekter: systemeffektivitet som värderar vården generellt, behandlingseffektivitet som värderar vårdinsatsen, klinikeffektivitet som värderar vården som produktionsenhet, processeffektivitet som värderar vårdkedjan samt struktureffektivitet som värderar den organisatoriska uppbyggnaden och den geografiska fördelningen (Ackerby *et al* 2006). Idag mäts dock vårdens prestationer ofta med produktionsmått utan koppling till effekterna av insatta åtgärder (Cascio 2003).

Olika former av belöningssystem anses kunna motivera anställda till att samarbeta för att bli effektivare och öka produktionen. Vinstdelning – där de anställda får del av företagets ekonomiska resultat i form av aktier, optioner eller kontanter – är den vanligaste formen av finansiellt deltagande. Men även vinster i form av bättre input i företaget kan belönas (Smitt *et al.* 2002). Ökad kvalitet, bättre leveranssäkerhet och förbättrad kundservice är exempel på bättre input. Fördelen med den typen av belöning är att företaget kan rikta fokus på nyckelfaktorer som stärker konkurrenskraften. Det är också faktorer som den enskilde individen själv kan påverka. Även företagets produktivitetsökning kan ge upphov till belöning. Forskning har visat att olika former av finansiellt deltagande kan ha en positiv inverkan på de anställdas produktivitet (Latham & Ernst 2006, Anthony & Govindarajan 2007). Även medarbetarnas värderingar och attityder har betydelse för möjligheten att utföra ett högkvalitativt arbete. Detta gäller inte minst inom professionella organisationer som hälso- och sjukvården, där medarbetarnas inställning är avgörande för möjligheterna att nå effektivitet i verksamheten (Arnold & Pulich 2003).

Förändring

En organisatorisk förändring är en process där en organisation rör sig från ett nuvarande tillstånd till ett önskat framtida tillstånd (Jones 2007). Det kan vara frågan om mindre omorganisationer eller större strukturella förändringar i form av sammanslagningar, förändrade driftsformer och/eller ägarformer. Sådana förändringar genomförs ofta för att stärka ekonomin och öka effektiviteten i en organisation (McConnell 2000, Bazzoli *et al.* 2002). Samtidigt har studier visat att varken organisationer eller beslutsfattare agerar på ett rationellt sätt i samband med organisationsförändringar i den mening att de ställer upp mål som rangordnas, att kalkyler görs utifrån olika strategier för att nå målen och att det därefter sker ett val av en optimal strategi. Istället tycks beslut om förändringar ofta vara grundade på känslor och värderingar (Anjou 2008).

Med den allt snabbare samhällsutvecklingen står många organisationer inför omfattande förändringar, varför förmågan att hantera förändring har blivit allt mer av en organisatorisk kärnkompetens (Korunka *et al* 2003, Burnes 2005).

Förändringskompetens kan beskrivas som förmågan att hantera förändringar i en organisation, dess omgivning samt förmågan att välja en lämplig förändringsstrategi. Ett sätt att uppnå en sådan kompetens kan vara att delta i ett förändringsarbete som utgör en interaktion mellan organisationens historia, nuvarande situation och framtidsvisionen (Nonås 2005). Det uppstår ofta motstånd hos medarbetarna mot strukturella förändringar, vilket kan bero på rädsla för det okända. I samband med sammanslagningar av organisationer kan skillnader i kultur och värderingar dessutom leda till misstroende och samarbetsproblem (Rovio-Johansson 2006).

Det är därför en viktig uppgift för ledningen i en organisation att hantera motstånd och svårigheter vid förändringar (Yukl 2006). En effektiv förändringsprocess beskrivs ofta i termer av ett antal olika faser där det först gäller att skapa en känsla av nödvändighet, formulera en vision för det nya och att sätta samman ett starkt team för att driva förändringsprocessen. Visionen måste sedan kommuniceras i alla led i organisationen samtidigt som medarbetarna måste ges mandat att agera för att nå visionen. Därefter bör kortsiktiga resultat tas fram för att ge trovärdighet till processen och avvärja motståndarna. Slutligen gäller det att permanenta förändringen genom att förankra den i organisationskulturen (Kotter 1999).

Den största oron vid en organisationsförändring tycks vara kring vad som kommer att hända med den enskilde medarbetaren. Rädsla, som kan vara ett tecken på stress eller en känsla av hög arbetsbelastning är ett illavarslande tecken på hur medarbetarna mår i förändringen (Schein 2001). En viktig aspekt är den anställdes handlingsutrymme, som påverkas av ledningens kontroll- och styrningsstruktur. För att medarbetare ska känna sig motiverade för förändringar behöver de känna sig trygga på arbetsplatsen (Börnfelt 2006). Tillit till ledningen och organisationen utgör grunden för att kunna fullgöra genomgripande förändringar i hur verksamheten bedrivs. Saknas tillit och respekten för ledningen motiv och syften kommer troligen alla försök att få tillstånd förändringar att mötas av massivt motstånd och aktivt motarbetas (Avolio 1994, Ylander 2008).

Ledarskap

Ledarskap har tidigare berörts i samband med både kultur och förändring. Det är också två av de viktigaste områdena för en ledare att ägna sin uppmärksamhet åt. I litteraturen om organisation och ledarskap görs det en viktig distinktion mellan chefer och ledare (Daft 1999). Chefskap verkar via hierarkier och system medan ledarskap fungerar via människor och kultur. Båda sidorna behövs då ett starkt ledarskap utan chefskap kan skapa kaos medan ett starkt chefskap utan ledarskap kan resultera i en stenhård byråkrati. Ledarskap ersätter inte chefskap utan kompletterar det, men samtidigt kan ett starkt ledarskap splittra effektiviteten och ett starkt chefskap kan motverka kreativiteten i en organisation (Kotter 1990, 1999). Den fortsatta framställningen kommer att fokusera på ledarskap även om gränsdragningen gentemot chefskap ibland kan vara något oklar.

Som tidigare beskrivits kan ledarskapet utgöra en viktig framgångsfaktor vid organisatoriska förändringar (Forsberg *et al* 2004). Ledarskap kan utövas på olika sätt, till exempel genom att styra och kontrollera, genom manipulation, eller genom medledarskap. I ett medledarskap har ledaren överblicken och långsiktigheten men är samtidigt medveten om att planerna aldrig kommer att följas fullt ut. Inom hälso- och sjukvården ställs ledare dessutom inför utmaningen att kunna kombinera kraven på effektivitet med medmänsklighet. För att klara detta torde krävas ett ”caritativt” ledarskap, som innebär att ledaren har en genuin förståelse för och kunskap om verksamheten och skapar en värdebaserad organisationskultur (Bondas 2003). Ledaren kan dessutom utgöra en modell för medarbetarna genom att motivera och inspirera dem samt agera som mentor eller coach (Bass 1998, Luthans 2002, Bondas 2006).

Ledarskap skapas och behålls till stor del genom samspel och kommunikation mellan ledare och medarbetare (Simonsson 2002). Ledare med hög kommunikativ kompetens förmedlar mycket information till medarbetarna. På så sätt minimeras risken av ryktesspridning som tenderar att uppstå när regelrätt information saknas (Anderson & Pulich 2002). Effektiv kommunikation omfattar förmågan att både sända och ta emot

information likaväl som att överföra och förstå tankar, känslor och attityder. Ledare som engagerar sig i att kommunicera och plädera för sitt budskap upplevs ofta som karismatiska. Den negativa sidan av ett karismatiskt ledarskap är att ledaren kan förefalla manipulativ och emotionellt krävande (Bass 1998, Ashkanasy & Daus 2002).

Ledarskapsrollen utvecklas kontinuerligt eftersom ledare ständigt ställs inför nya utmaningar där de bör vara effektiva beslutsfattare, kunna möta förändringar och veta hur resurser bäst ska kunna utnyttjas. I moderna organisationer torde det dock inte räcka med de traditionella uppgifterna att planera, organisera, leda och kontrollera verksamheten (Tichy 1997, Anderson & Pulich 2002, Javidan & Carl 2004). Det är också nödvändigt för ledningen att kunna förstå omgivningen och hur förändringar i omvärlden kan komma att påverka deras organisationer (Kumar *et al* 2002).

Samtidigt är det viktigt att inse att förändringar kan upplevas stressande av både ledare och medarbetare (Jones 2007). Ett gott ledarskap kan göra att medarbetare i lägre grad upplever press och restriktioner i sitt arbete. Tillit är ett viktigt begrepp i detta sammanhang. Som tidigare nämnts innebär tillit en psykologisk trygghet som är viktig för relationerna i en organisation. Tillit till organisationen och dess ledning kan reducera negativ och främja positiv stress hos medarbetarna (Lane & Bachmann 1998). Det är därför en viktig uppgift för en ledare att försöka skapa sådan tillit (Bibb & Kourdi 2004, Hardin 2006, Möllering 2006).

Medarbetarskap

Medarbetarskap kan definieras som relationen såväl till det egna arbetet som till arbetsgivaren. Medarbetaren kan också i samspel med den formella ledaren ses som medskapare av organisationens ledarskap (Burnes 1996, Tengblad 2003). Enligt Jones (2007) anses idag medarbetarna vara en av organisationens värdefullaste resurser och avgörande för huruvida organisationen blir effektiv och framgångsrik eller inte.

Synen på medarbetarna har skiftat över tiden och även utifrån hur organisationsstrukturen utformats. McGregor (1960) formulerade utifrån två olika

synsätt på medarbetarna teorierna X respektive Y. I vissa organisationer återfinns ett synsätt på medarbetaren som överensstämmer med teori X. Enligt denna teori är människan till sin natur ovillig till arbete samt till att ta ansvar och måste därför kontrolleras och övervakas, vilket resulterar i byråkratiska organisationsstrukturer. Teori Y har däremot en syn på medarbetaren som ansvarstagande och hängiven, vilket leder till mera organiska strukturer (McGregor 1960, Burns & Stalker 1961).

Parallellt som arbetslivet har förändrats och blivit allt mer komplext och ansvarsfullt har också arbetstempot ökat, vilket kan bidra till känsla av otillräcklighet och stress hos medarbetarna (Arnold & Pulich 2003, Burke 2003, Wikman 2005). Den ökade sjukfrånvaron kan vara ett tecken på en obalans mellan kraven i arbetet och medarbetarnas arbetsförmåga. Det torde hos alla medarbetare finnas en förväntan på att det ska råda balans mellan organisationens respektive deras åtagande. Detta brukar också kallas för ett ”psykologiskt kontrakt” mellan organisationen och medarbetarna (Schein 1988).

Andra faktorer för att uppleva hälsa i arbetet kan handla om att ha möjlighet att känna sig delaktig i arbetssituationen samt att ha fungerade arbetsrelationer (Eriksson & Regnell 2007). Samtidigt som ledarskap anses vara en av nycklarna till effektivitet och lönsamhet i en organisation så påverkas resultaten av såväl medarbetarnas attityder som av hur arbetsgruppen fungerar. Ledare med fokus på effektivitets- och produktivitetsmål samt förändrade ekonomiska incitament kan också påverka såväl arbetsorganisation som arbetsmiljön (Hogan & Kaiser 2005, Ackroyd 2007). En ökad arbetsintensitet i kombination med ett resultatorienterat ledarskap i linje med New Public Management kan dock innebära mindre tid för reflektion och erfarenhetsutbyte med såväl kollegor som chefer och ledare. Detta kan vara en förklaring till den ökade stressen för medarbetarna inom hälso- och sjukvården med negativa konsekvenser för deras motivation, hälsa och arbetsprestationer (Glasberg *et al* 2007, Jansson von Vultée *et al* 2007).

De senaste årens strukturförändringar inom hälso- och sjukvården i form av bland annat sammanslagningar, privatiseringar och nedläggningar av verksamheter har lett

till en arbetsosäkerhet som har påverkat medarbetarnas arbetsförmåga negativt, vilket i många fall har lett till mer byråkrati och en hårdare kontroll av arbetsprocessen (Bolton 2004). Om två organisationer ska smälta samman till en ställs dessutom ofta den organisatoriska identiteten på spel (van Knippenberg *et al* 2002). Gemensamma kulturella värden är potenta underlättare för att nå samstämmighet i en organisation eftersom de utgör en gemensam referenspunkt och underlättar interaktionen. Medarbetare som delar organisationens vision och värderingar torde ha lättare att identifiera sig med den än övriga (Jones 2007).

Kommunikation tycks vara en viktig nyckel i förändringsarbete, då såväl ledarskap som medarbetarskap skapas och upprätthålls genom samspel mellan människor. Det är ett viktigt inslag i ledarskapet att hjälpa medarbetare tolka innebörden eller meningen med olika förändringar. Eller också är det så att när medarbetare är aktivt involverade i att lösa problem och fatta beslut finns risk för att det uppstår en inte önskvärd spiral där medarbetarna förväntar sig allt större inflytande för att känna sig engagerade (Paul *et al* 2000). Dock torde det vara klart att ledare kan behöva tränas i att skapa och hantera ett öppet klimat och goda relationer i organisationen på såväl individuell som kollektiv nivå (Bondas 2006, 2008). Detta är inte minst viktigt för att de tidigt ska kunna upptäcka och hantera signaler på att medarbetare fångats i en negativ förändringsspiral.

Sammanfattning

Förändringstrycket på dagens organisationer är högt och det gäller att kunna möta ökad globalisering och konkurrens. Samtidigt som ett folkhälsopolitiskt mål är att skapa ett hälsosamt arbetsliv utvecklas nya managementkoncept där effektivitet, resultat, flexibilitet och förändringskompetens efterfrågas. Begreppet effektivitet är dock inte entydigt utan tolkas olika av olika aktörer. Parallellt medför demografiska förändringar och kunskapsutveckling ökade krav på tillgänglighet och kvalitet, vilket kan leda till målkonflikter.

I jakten på mer vård för mindre pengar har hälso- och sjukvården öppnats upp för konkurrens och marknadsliknade mekanismer. Sammanslagningar av sjukhus och alternativa driftsformer har blivit populära lösningar. Dessa förändringsprocesser ställer stora krav på såväl ledarskap som medarbetarskap då inte sällan kulturkrockar och förändringsmotstånd uppstår. Saknas dessutom tillit till organisationen och dess ledning kanske varken ledare eller medarbetare kan förväntas agera rationellt i förändringsprocessen.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Övergripande syfte

Det övergripande syftet med avhandlingsarbetet är att utifrån medarbetares upplevelser och erfarenheter belysa den praktiska innebörden av begreppet effektivitet i hälso- och sjukvården, samt att utifrån olika perspektiv analysera ledarskap och medarbetarskap i samband med strukturella förändringar i syfte att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Förhoppningsvis ska resultaten kunna inspirera till åtgärder för att förbättra effektiviteten i hälso- och sjukvårdens organisation.

Specifika syften och forskningsfrågor

Utifrån det övergripande syftet har mera specifika syften och frågeställningar formulerats för de olika delstudierna:

- Studie I syftar till att beskriva och kartlägga den praktiska betydelsen av och innebörden i begreppet effektivitet inom en svensk hälso- och sjukvårdsorganisation. Frågeställningar: Hur tolkas begreppet effektivitet inom den svenska hälso- och sjukvården? Har begreppet samma innebörd för olika beslutsnivåer inom hälso- och sjukvården?
- Studie II syftar till att beskriva och analysera medarbetarnas upplevelse av en strukturförändring i form av sammanslagning av två akutsjukhus i västra

Sverige. Frågeställningar: Hur upplever medarbetarna sammanslagningen? Hur har beslutsgången varit?

- Studie III syftar till att beskriva och analysera medarbetarnas upplevelse av en sam- manslagning av två sjukhus i södra Sverige och bildande av ett gemensamt sjukvårdsdistrikt. Frågeställningar: Hur påverkas medarbetarna av strukturförändringen? Vilka möjligheter till inflytande har funnits?
- Studie IV syftar till att beskriva och öka förståelsen för hur en privatisering upplevs av medarbetarna i en hälso- och sjukvårdsorganisation i Mellansverige. Ytterligare ett syfte är att beskriva ledarskapets betydelse i förändringsprocessen. Frågeställningar: Vad innebär övergången till en privat entreprenör för medarbetarna? Hur uppfattas ledarskapet i förändringsprocessen?

Författarens bidrag i de olika studierna

Studie I initierades och planerades av Lilian Axelsson (LA), som också genomförde den första intervjuomgången. De två andra intervjuomgångarna genomfördes gemensamt av LA och författaren. Merparten av intervjuerna skrevs ut med hjälp av sekreterare och resterande skrevs ut av författaren. Analysförfarandet och artikelskrivandet genomfördes gemensamt av LA och författaren.

Studie II initierades och planerades av LA och författaren inom ramen för det så kallade Strukturprojektet vid NHV. Författaren genomförde och skrev ut hälften av intervjuerna i respektive studie, medan de resterande intervjuerna utfördes och skrevs ut av Kristina Rosengren (KR). Analysarbetet gjordes både individuellt och gemensamt av KR och författaren i syfte att uppnå en samstämmighet om kodning, begrepp och kärnkategorier. Artikeln skrevs av författaren och KR tillsammans med LA.

Studie III initierades och planerades av LA och författaren inom ramen för det så kallade Strukturprojektet vid NHV. Författaren genomförde och skrev ut hälften av intervjuerna i studien, medan de resterande intervjuerna utfördes och skrevs ut av Kristina Rosengren (KR). Analysarbetet gjordes både individuellt och gemensamt av KR och författaren i syfte att uppnå en samstämmighet om kodning, begrepp och kärnkategorier. Artikeln skrevs av författaren och KR tillsammans med Lillemor Hallberg, som också var handledare.

Studie IV initierades och planerades av författaren som också genomförde och skrev ut samtliga intervjuer. Analysarbetet genomfördes av författaren. Artikeln skrevs i samarbete med Runo Axelsson, som också var handledare.

TIDIGARE FORSKNING PÅ OMRÅDET

Tidigare forskning på området finns redovisad i de olika delstudierna, men eftersom dessa har gjorts under en längre tidsperiod kan det vara lämpligt att komplettera och uppdatera denna redovisning med forskning som bedrivits under de senaste tio åren. Det handlar om forskning med inriktning mot effektivitet, sammanslagningar och privatisering inom hälso- och sjukvården och andra i detta sammanhang relevanta verksamhetsområden.

Effektivitetsbegreppet

I samband med en fusion mellan två sjukhuskliniker genomförde Ragneklint (2002) en enkätstudie i avsikt att belysa effektivitetsbegreppets olika sidor. Enkäten riktade sig både till chefer och medarbetare. Av svaren framkom att det inte finns någon samstämmig definition av begreppet effektivitet. Däremot identifierades ett antal faktorer som hindrar ett effektivt arbete. Dessa faktorer var bland annat hög förändringstakt, bristande samverkan och otillräcklig information samt störningar i verksamheten (Ragneklint 2002).

I en amerikansk studie kom Arnold och Pulich (2003) fram till att belöningsystem kan motivera anställda till att samarbeta för att bli effektivare och öka produktionen. Även värderingar och attityder hos medarbetarna har betydelse för möjligheten att utföra ett högkvalitativt arbete vilket i sin tur påverkar hälso- och sjukvårdsorganisationens möjlighet att nå effektivitet i verksamheten och bli konkurrenskraftig (Arnold & Pulich 2003).

Efter en systematisk genomgång av studier med inriktning mot effektivitet inom finska hälso- och sjukvården konstaterade Konu och hennes kollegor (2009) att begreppet effektivitet sällan definieras utan ofta lämnas öppet för tolkning utifrån olika metod, mått och indikatorer. Det framkom också att effektivitet används både som ett resultatmått och ett processmått eller som en kombination av båda (Konu *et al* 2009).

Samma oklarhet beträffande effektivitetsbegreppet har konstaterats även på andra områden. I en studie av chefer inom Banverket konstaterade Huzell (2005) att begreppet effektivitet var huvudsakligen kopplat till ekonomi, det vill säga hur resurser används och kontrolleras. Ineffektivitet beskrevs i termer av överresurser, bristande ekonomisk helhetssyn och kostnadskontroll. Effektivitet innebar helt enkelt att något var bättre än tidigare exempelvis billigare och snabbare. Indirekt innebar detta synsätt en kritik mot hur verksamheten tidigare bedrivits och användes också som ett sätt att legitimera krav på förändringar i organisationen och hos medarbetarna (Huzell 2005).

Sammanslagningar

I en studie av en sammanslagning av tre sjukhus visade Decker och hans kollegor (2001) att medarbetarna upplevde att de påverkades negativt av förändringen genom en ökad stress och en minskad arbetstillfredsställelse. Samtidigt som de förstod att en besparing var nödvändig var de rädda för att förlora sin identitet genom sammanslagningen. De motsatte sig att besluten kom uppifrån utan att ha diskuterats med dem. För att underlätta förändringsprocessen infördes därför ett åtgärdsprogram för att stärka medarbetarnas identitet, få dem att känna sig värdefulla samt skapa bättre och effektivare kommunikation för att minska stressnivån (Decker *et al* 2001).

Liknande problem har identifierats av Roald och Edgren (2001) i en studie av medarbetarnas upplevelser av en politiskt beslutad sammanslagning mellan två ortopediska verksamheter i Norge. Trots att medarbetarna inbjöds att vara delaktiga i sammanslagningsprocessen möttes den av massivt motstånd. Problemen i processen kunde härledas bland annat till oklara mål och individuell osäkerhet. Studien visade på betydelsen av tydliga och uppnåeliga mål, att informationen anpassas till medarbetarna, att de ges en äkta delaktighet samt att det förmedlas en känsla av att det är nu eller aldrig, en fråga om överlevnad (Roald & Edgren 2001).

Fulop och hennes kollegor (2005) studerade fyra sammanslagningar av hälso- och sjukvårdsorganisationer i London, två till tre år efter respektive sammanslagning. Studien visade att de viktigaste drivkrafterna bakom sammanslagningarna var att spara pengar, att kunna behålla specialistenheter och servicenivån samt att säkerställa kvaliteten i verksamheten. Det framkom även att flera av sammanslagningarna upplevdes som styrda uppifrån och medarbetarna uppgav i intervjuer att de upplevde en ökad arbetsbelastning, stress och osäkerhet. Vid den treåriga uppföljningen konstaterades färre emotionella påfrestningar hos medarbetarna men att de fortfarande upplevde en hög arbetsbörda. Det fanns dock inte någon evidens för att de ekonomiska och kliniska mål som låg bakom sammanslagningarna hade uppnåtts (Fulop *et al* 2005).

Liknande resultat har framkommit i en utvärdering av sammanslagningen till Blekinge sjukhus, som Åhgren (2008) genomfört med hjälp av en enkät och kompletterande intervjuer. Det visade sig att merparten av informanterna uppfattat att drivkraften bakom sammanslagningen varit besparingar och rationaliseringar. Samtidigt som endast var tionde medarbetare ansåg att sammanslagningen haft den avsedda effekten påtalades att det var svårt att hänföra ekonomiska besparingar enbart till strukturella förändringar (Åhgren 2008).

Bazzoli och hennes kollegor (2004) har gjort en systematisk genomgång av litteratur rörande organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården under 1980- och 1990-talet. Genomgången visade en våg av omstruktureringar med bland annat

sammanslagningar, övertaganden och interna rekonstruktioner. Organisationerna satsade såväl tid som pengar på dessa förändringar, vilka framför allt syftade till att öka effektiviteten och förbättra ekonomin. Det visade sig dock att de ekonomiska effekterna och besparingarna vid sammanslagningar av sjukvårdsorganisationer i allmänhet har varit blygsamma. Det visade sig också att det var lättare att konsolidera och integrera administrativa tjänster medan det var svårare att åstadkomma en klinisk konsolidering och en total integration mellan två organisationer. En sammanslagning kunde underlättas dels genom att inrätta en central beslutsmässig grupp som spände över de berörda organisatoriska enheterna och dels genom att identifiera de värderingar som de olika parterna kunde ställa upp på (Bazzoli *et al* 2004).

Privatisering

I en genomgång av den svenska hälso- och sjukvårdens organisering och styrning konstaterade Hallin och Siverbo (2002) att det inte fanns något stöd för att marknadsreformer som privatisering, bolagisering eller införande av beställar-utförarmodeller hade haft någon positiv påverkan på verksamhetens effektivitet. De konstaterade också att även om det varit en ökad privatisering inom området så finansieras hälso- och sjukvården i de flesta OECD länder fortfarande huvudsakligen genom offentliga utgifter (Hallin & Siverbo 2002, 2003).

Vaillancourt Rosenau och Linder (2003) har gjort en systematisk genomgång av 149 studier som jämfört vinstsyftande respektive icke-vinstsyftande hälso- och sjukvårdsorganisationer i USA med avseende på bland annat tillgänglighet, kostnadseffektivitet och kvalitet. Genomgången visade att vinstsyftande organisationer inte är mer kostnadseffektiva och inte heller håller bättre kvalitet eller är mera tillgängliga än icke-vinstsyftande organisationer (Vaillancourt Rosenau & Linder 2003).

I en jämförande studie av kliniker som drivs i bolagsform och vårdcentraler i privat regi respektive landstingsdrivna kliniker och vårdcentraler konstaterade Wallenberg (2003b) att arbetsbelastningen på de privata inrättningarna hade minskat och intäktsmedvetenheten ökat, men att ledarskapet hos första linjens chefer hade

försämrats jämfört med de landstingsdrivna inrättningarna. Parallellt framkom också att bolagiseringen hade stärkt gemenskapen i organisationen samt att styrningen och chefsrollerna hade blivit tydligare med undantag för första linjens chefer på sjukhus. Enligt studien leder inte privatisering automatiskt till arbetslivsförbättringar även om det ger vissa positiva förutsättningar (Wallenberg 2003b).

Falkenberg och hennes kollegor (2008) har studerat två akutsjukhus, varav ett var aktuellt för privatisering. Data i form av enkäter samlades in vid båda sjukhusen vid två tillfällen, dels innan privatisering av det ena sjukhuset och dels två år efter dess genomförande. Studien visade att privatisering inte behöver vara något negativt för medarbetarna. I studien framkom att aspekter såsom arbetsattityder och ohälsa hos medarbetarna inte påverkats av privatiseringen. Samtidigt visade det sig att medarbetare som befinner sig på en hierarkisk mellannivå blir mest utsatta vid privatisering av verksamheten (Falkenberg *et al* 2008).

FORSKNINGSDESIGN

Metodologiska utgångspunkter

Intresset för kvalitativa data och kvalitativa analyser har vuxit de senaste decennierna bland forskare inom samhällsvetenskapliga discipliner som studerar komplexa organisationer (Eriksson 2005, Aytar 2007, Andersson-Felè 2008). Kvalitativa metoder tar sitt avstamp i vardagliga företeelser och/eller mönster i den empiriska verkligheten och det finns idag ett flertal olika metodologiska inriktningar i denna forskning (Miles & Huberman 1994).

I denna avhandling har valet av en kvalitativ ansats med djupintervjuer fallit sig naturligt utifrån forskningsfrågorna då syftet har varit att dels kartlägga den praktiska innebörden i begreppet effektivitet och dels att spegla medarbetarnas upplevelse av strukturförändringar som sammanslagningar och privatisering inom hälso- och

sjukvården. Det finns dock i den första delstudien även inslag av kvantitativa metoder och triangulering.

Den kvalitativa analysmetod som valts är Grounded theory. Det finns ingen bra svensk översättning av detta begrepp så därför används i fortsättningen endast den engelska beteckningen. Grounded theory har sina rötter inom Symbolisk interaktionism, vars ambition var att försöka överbrygga gapet mellan psykologi och sociologi (Mead 1934). Gapet bestod av meningsskillnaden mellan psykologerna, som på den tiden hävdade att vårt sociala beteende kunde förklaras av personligheten, och sociologerna, som hävdade att beteendet var ett resultat av hur individen präglats av sociala normer. Symbolisk interaktionism, som bygger på interaktion, mening och tolkning, fokuserar på vilken mening händelser har för individer och de symboler som förmedlar meningen. Genom språket, såväl verbalt som icke-verbalt, samt genom interaktion med andra i socialiseringsprocessen utvecklas, modifieras och delas denna mening (Blumer 1969).

I den symboliska interaktionismen lyfts aktörernas handlande på mikronivå fram, liksom sambandet mellan meningsskapande och handling. Individer handlar utifrån den innebörd och mening de ger omvärlden. Mänskliga handlingar ska därför inte ses som en reaktion utan som en konstruktion. Således är den sociala miljön viktig för hur människors meningsskapande utvecklas (Goulding 2002, Börnfelt 2006). Symbolisk interaktionism är både en teori om mänskligt beteende och ett närmande till att undersöka mänskligt beteende och beteende i grupper. En grundbult är att människor förstår gemensamma sociala definitioner genom socialisationsprocessen. I detta perspektiv återfinns även symboler och föreställningen om att socialt samspel uttrycks genom symboler (Blumer 1969, Goulding 2002).

Grounded theory

Grounded theory utvecklades i mitten på 1960-talet av de två amerikanska sociologerna Glaser och Strauss. Denna metod har som utgångspunkt att människan föds in i och påverkas av en komplex verklighet, den sociala världen samt att denna värld påverkas och förändras genom människors interaktion (Glaser & Strauss 1967,

Glaser 1978, 1992, Hartman 2001). Grounded theory syftar inte till att testa hypoteser baserade på befintlig teori, utan till att generera ny kunskap genom att fokusera på ett fenomenets olika kvaliteter, inte dess kvantiteter. Utifrån informanternas perspektiv ska forskaren med hjälp av ett systematiskt tillvägagångssätt försöka att fånga data, vilket kräver en öppenhet för att kunna förstå informantens verklighet. På så vis tillåts forskaren att påtala både vad som sker i processen och att generera teoretiska förklaringar (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990, Charmaz 2006).

Grounded theory metodologin har över tiden utvecklats och modifierats i olika riktningar utifrån Glaser, Strauss och Corbin samt Charmaz. Enligt Glaser (1978) finns verkligheten i det undersökta materialet och det är forskarens uppgift att upptäcka den. Strauss och Corbin (1990) har en mer relativistisk syn på verkligheten och menar att det visserligen finns en verklighet men att den alltid tolkas. Charmaz (2006) utgår ifrån att varken data eller teorier upptäcks utan att forskaren är en del av den värld som studeras och de data som samlas in och att grounded theory konstrueras genom interaktion. Skillnader mellan Glaser och Strauss och Corbin återfinns också i själva kodningsprocessen. Strauss och Corbin (1990) delar upp kodningsprocessen i tre steg – öppen, axial och selektiv kodning – medan Glaser (1992) delar upp processen i två steg – substantiv och teoretisk kodning. En annan skillnad är att Strauss och Corbin förordar inläsning av forskningsfältet innan intervjuer genomförs, medan Glaser hävdar att litteraturgenomgången ska ske först i slutfasen av arbetet (Hartman 2001). I denna avhandling har de fyra delstudierna i huvudsak analyserats utifrån Glaser (1978).

Studiepopulation och datainsamling

Den kvalitativa intervjun skiljer sig från det terapeutiska samtalet. Intervjun syftar inte till att påverka informantens känslor eller upplevelser, utan intentionen är att förstå innehållet och meningen i det som sägs. Intervjuaren ska kunna tolka vad som sägs, det vill säga det verbala, men även registrera det icke-verbala i form av tonfall, kroppsspråk med mera (Kvale 1997). I den kvalitativa intervjun är det viktigt att intervjun görs förutsättningslöst, samt att intervjuaren är följsam mot hur intervjun utvecklar sig och

öppen för nya oväntade riktningar. Samtidigt är det oundvikligt att intervjuaren påverkar sina informanter bara genom att ställa sina frågor och följa upp svaren. Intervjuns innehåll kanske utvecklas och berättas olika beroende på samspelet och interaktionen mellan den som berättar och den som lyssnar (Glaser 1992, Charmaz 2006).

I anslutning till intervjuerna bör, enligt Glaser (1998), fältanteckningar föras istället för att spela in intervjuerna på band. Han anser att det dels åtgår mycket tid för att skriva ut intervjumaterialet och dels att det blir en mängd irrelevanta och extra data att arbeta med. Å andra sidan finns det flera fördelar med att använda bandspelare i en intervjusituation. Intervjuaren kan då koncentrera sig på vad informanterna säger. Om anteckningar förs kan intervjuaren inte helt koncentrera sig på intervjun för att kunna fånga upp lösa trådar i svaren. Bandspelaren tar bara upp det som sägs, men intervjuaren kan parallellt observera kroppsspråk och annan icke-verbal kommunikation. Ännu en fördel med att använda bandspelare är att detta ger möjlighet till att kritiskt lyssna på intervjuerna samt att förbättra färdigheterna som intervjuare, vilket även påpekas av Kvale (1997).

En närhet till datamaterialet skapas när intervjuaren skriver ut intervjuerna. Det kan ses som en del av analysarbetet i och med att det ger möjlighet att återuppleva själva intervjusituationen även om det är tidskrävande. En genomgång av vad som tidigare publicerats inom området bör ske först i slutfasen av arbetet, så att forskaren kan närma sig forskningsområdet så förutsättningslöst som möjligt (Glaser 1998). Så har också skett i de studier som ingår i denna avhandling även om teorier och forskning presenterats tidigare i avhandlingen.

I samtliga delstudier har informanterna varit individer som på olika nivåer och på olika sätt är eller har varit involverade i hälso- och sjukvården. Idealt bör val av informanter ske genom att nästa informant väljs ut först efter utskrift och analys av den första intervjun. Denna process upprepas tills dess att informanterna inte bidrar med någon ytterligare information. Materialet anses då vara mättat. Dock genomförs sedan vanligtvis några ytterligare intervjuer för att säkerställa att mättnad verkligen har

uppnåts (Glaser & Strauss 1967). På grund av det geografiska avståndet mellan intervjuare och informanter har denna typ av urval inte varit möjligt i de olika delstudierna i denna avhandling. Urvalet och datainsamlingen i de olika delstudierna har istället gått till på följande sätt.

Studie I

I syfte att kartlägga den praktiska betydelsen av och innebörden i begreppet effektivitet genomfördes en intervjustudie inom en svensk hälso- och sjukvårdsorganisation.

Informanter var 28 strategiskt utvalda representanter för de tre beslutsnivåerna inom organisationen, fem politiker, åtta högre tjänstemän samt femton verksamhetsansvariga som bestod av fyra läkare i chefsställning och elva avdelningsföreståndare. Informanterna intervjuades en gång per år under tre års tid och totalt genomfördes 84 intervjuer inom ramen för denna studie. Samtliga intervjuer, spelades in på band och skrevs ut ord för ord. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide, som innehöll åtta till elva frågor kring begreppet effektivitet och dess innebörd för informanterna.

Studie II

Studien syftade till att beskriva och analysera medarbetarnas upplevelse av en sammanslagning av två sjukhus i västra Sverige. Urvalet av informanter var strategiskt och omfattade avdelningschefer, barnmorskor, barnskötare, biomedicinska analytiker, läkare, läkarsekreterare, paramedicinsk personal, servicepersonal, samt sjuksköterskor. Totalt genomfördes 31 intervjuer i denna studie, 15 vid det ena sjukhuset och 16 vid det andra. Samtliga intervjuer spelades in på band och skrevs sedan ut ord för ord. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide som innehöll frågor om arbetssituationen, informationen i anslutning till sammanslagningen, vilka förändringar som genomförts respektive förväntades genomföras, möjligheten till inflytande samt bilden av framtiden.

Studie III

Denna studie syftade till att beskriva och analysera medarbetarnas upplevelse av en sammanslagning av två sjukhus i södra Sverige och bildandet av ett gemensamt sjukvårdsdistrikt. Urvalet av informanter var strategiskt och omfattade olika yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor, barn- och undersköterskor, arbetsterapeuter, läkarsekreterare och servicepersonal. Totalt genomfördes 31 intervjuer i denna studie, 15 vid det ena sjukhuset och 16 vid det andra. Samtliga intervjuer spelades in på band och skrevs sedan ut ord för ord. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide som innehöll frågor om upplevelse av sammanslagningen, informationsvägar i anslutning till sammanslagningen, vilka förändringar som genomförts respektive förväntades genomföras, samt bilden av framtiden.

Studie IV

I syfte att beskriva hur en privatisering av en hälso- och sjukvårdsorganisation upplevs av medarbetarna genomfördes en intervjustudie vid ett mindre sjukhus i mellersta Sverige. Urvalet av informanter var strategiskt och skedde i två omgångar. Totalt intervjuades 14 medarbetare från olika yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, paramedicinsk personal och läkarsekreterare. Frågeområden vid intervjuerna var informanternas upplevelse av övergången till en privat entreprenör, hur vederbörande påverkats av förändringen, hur informations- och kommunikationsflödet upplevts, vad som skapar arbetsglädje samt informanternas syn på organisationens framtid.

Dataanalys

Analysen av datamaterialet enligt Grounded theory benämns kodning, vilket innebär att bryta ner materialet i distinkta meningsbärande enheter som etiketteras för att sedan generera begrepp. Först skrivs den bandinspelade intervjun ut ordagrant. Kodningen sker sedan i olika steg som öppen och selektiv kodning (Glaser & Strauss 1967). I praktiken görs analysen i de olika stegen parallellt.

I den öppna kodningen som ofta sker rad för rad eller mening för mening identifieras och definieras i datamaterialet olika fenomen och förhållanden i datamaterialet. Dessa fenomen och förhållanden jämförs med varandra och kodas i så kallade substantiva koder. De koder som på detta sätt växer fram betecknas med namn som ger en bild av dess karakteristiska egenskaper och ledtrådar till så kallade teoretiska koder. De substantiva koder som innehåller samma fenomen grupperas sedan till kategorier, vilka kan relateras till olika subkategorier. Dessa kategorier kan då namnges på en högre abstraktionsnivå (Glaser 1978, 1992).

I den fortsatta processen mot mer abstrakta kategorier sker en jämförelse av de substantiva koderna. Kategoriernas egenskaper och dimensioner beskrivs och likheter och skillnader eftersöks. Det handlar om mönster i datamaterialet som till exempel speglar orsak, verkan och sammanhang. I vilket sammanhang återfinns kategorin, vilka strategier används för att hantera den och vad leder den till? De mönster som växer fram kring kategorierna preciseras och genom dessa förbindelser och relationer mellan kategorierna och dess subkategorier förs data samman till en helhet.

I den selektiva kodningen identifieras sedan en kärnkategori. Denna kärnkategori ska vara central för datamaterialet och ha framkommit med hjälp av kodningen samt de teoretiska överväganden som har gjorts under analysprocessen. Ytterligare krav på kärnkategorin är att den lätt ska kunna relateras till de övriga kategorierna (Hartman 2001, Goulding 2002, Charmaz 2006). I samtliga fyra delstudier har analysen av data följt dessa steg.

Validitet och trovärdighet

Begreppet validitet kan i allmänna ordalag definieras som giltighet eller i vilken grad ett instrument mäter det som det avser att mäta (Nationalencyklopedin 2000). Inom kvalitativ forskning är dock begreppet inte så entydigt. Begreppet validitet inom kvalitativ forskning omfattar en kontroll av trovärdigheten, det vill säga huruvida rimliga tolkningar har gjorts och om det finns empiriska belägg för dessa. Kvale (1997) skiljer mellan kommunikativ och pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet

innebär att gjorda tolkningar kommuniceras och diskuteras med andra insatta i det område som studerats. Pragmatisk validitet innebär att ”övertyga” läsaren om trovärdigheten i analys och resultat.

Enligt Maxwell (1992) finns fyra olika former av validitet: beskrivande validitet, tolkande validitet, teoretisk validitet och generaliserbarhetsvaliditet. Samtliga kan appliceras inom kvalitativ forskning. Beskrivande validitet innebär att utsagor bekräftas genom exempelvis informantens kroppsspråk eller genom jämförelse med närståendes uppfattning och egna iakttagelser. Tolkande validitet innefattar i vilken grad det finns en överensstämmelse mellan intervjuarens tolkning och informanternas. Den teoretiska validiteten omfattar såväl trovärdighet i val av begrepp som trovärdighet i relationen mellan olika begrepp. I kvalitativ forskning betyder generaliserbarhetsvaliditet att den ur data utvecklade teorin jämförs med vad som publicerats av andra forskare inom det aktuella fältet.

I studie I, II och III läste alla intervjuarna var för sig igenom samtliga intervjuer flera gånger och antecknade fortlöpande ”memos” med reflektioner, tankar och associationer. Intervjuerna kodades sedan, oberoende av varandra och varje intervju för sig. Koderna noterades i högermarginalen av intervjuutskriften. Trots att den öppna kodningen gjordes av intervjuarna var för sig förelåg en hög grad av samstämmighet i analysresultatet, vilket tyder på en hög kommunikativ validitet (Kvale 1997). Resultaten är också i överensstämmelse med vad många andra forskare funnit inom forskningsfältet, vilket tyder på en hög generaliserbarhetsvaliditet (Maxwell 1992). I studie I ombads dessutom informanterna att besvara en arbetsdiagnostisk enkät (Woodcock & Francis 1989). Därutöver har i studie I validering av resultaten skett med hjälp av feedback från informanterna.

I studie IV lästes, kodades och analyserades intervjuerna på samma sätt, men endast av intervjuaren. Även dessa resultat är i överensstämmelse med vad andra forskare inom forskningsfältet funnit, vilket tyder på en hög generaliserbarhetsvaliditet (Maxwell 1992).

Etiska överväganden

I anslutning till empirisk forskning där data samlas in från enskilda individer kan fyra grundläggande etiska krav ställas. Informationskravet innebär att information ska ges om syftet med undersökningen, hur den genomförs och om möjligt hur resultaten kommer att offentliggöras. Information ska även ges om att deltagandet i undersökningen är frivilligt.

Kravet på samtycke innebär att de individer som deltar i en undersökning själva ska kunna bestämma om, på vilket sätt och under vilka villkor de ska medverka. De ska också informeras om rätten att avbryta sin medverkan när de så önskar. Det får inte förekomma någon form av påtryckning. Inte heller bör det finnas någon form av beroendeförhållande. Konfidentialitetskravet, innebär att alla uppgifter om deltagarna ska förvaras så att ingen obehörig kan ta del av dem. Avrapportering ska ske på så sätt att ingen utomstående kan identifiera enskilda deltagare. Nyttjandekravet, innebär att de uppgifter som samlats in under en studie endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet 2002).

Inför varje studie har nyttan kontra risken för negativa konsekvenser för informanterna beaktats. Under intervjuerna kan möjligtvis de frågor som informanterna besvarade ha rört upp känslor hos dem och de kanske i efterhand kunde känna en rädsla för att bli utpekade. Nyttan med studierna är, förutom resultaten, att informanterna fått komma till tals. Då deltagandet i intervjuerna var frivilligt och genomfördes med medarbetare kompetenta att ta ställning till ett eventuellt deltagande i en intervju har inte någon ansökan om etiskt tillstånd gjorts. Inte heller har det funnits något beroendeförhållande mellan intervjuare och informanterna. Själva intervjuerna skedde med informanternas godkännande i anslutning till, eller i närheten av, deras arbetsplatser.

I samtliga förfrågningar om att delta i intervjustudierna försäkrades informanterna om att materialet skulle komma att behandlas konfidentiellt, det vill säga så att inte någon enskild persons uttalande eller uppfattning skulle kunna utläsas eller identifieras i intervjuresultaten. De informerades också om att de hade full frihet att, närhelst de så

önskade, avbryta intervjun. Innan samtliga intervjuerna påbörjades informerades informanterna återigen om syftet med dessa. De försäkrades att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Dessutom upprepades deras fulla rätt och frihet att när helst, om de så önskade, avbryta intervjun (Kvale 1997, Berg 2001). Samtliga informanter valde dock att fullfölja intervjuerna.

RESULTAT

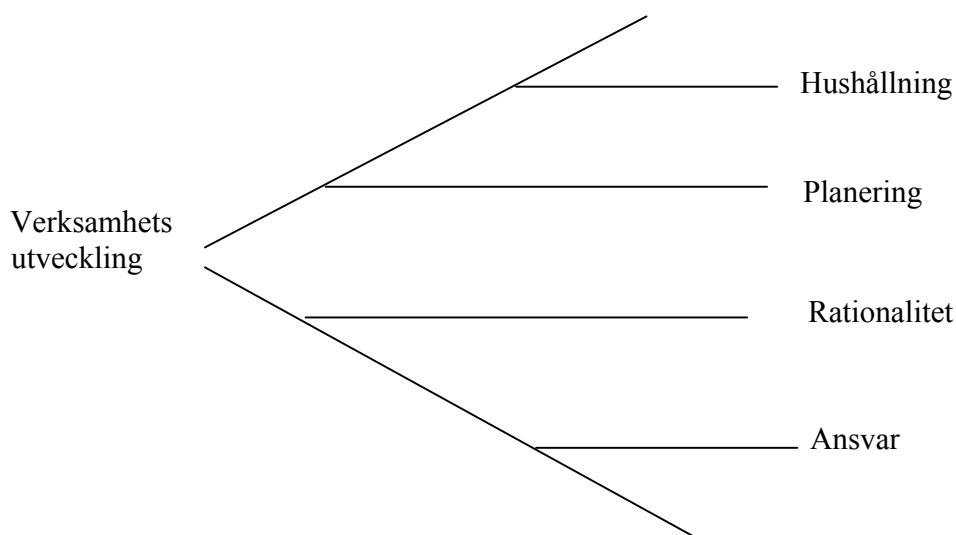
De fyra delstudierna har genomförts med olika informanter och vid olika tidpunkter under en längre period vilket innebär att resultaten måste ses i sin kontext. Studie I genomfördes under åren 1992-94 i en landstingsorganisation med ett 1000-tal slutenvårdsplatser som tjänade cirka 275 000 medborgare. Organisationen hade tre beslutsnivåer och befann sig i en förändringsprocess i riktning mot en decentraliserad struktur. Material till studie II samlades in år 1996 inom ett kommunalförbund i Västra Sverige, som bildats genom en sammanslagning av två sjukhus, med uppgift att samordna och utveckla aktiviteter inom den slutna vården. Intentionerna bakom sammanslagningen var att behålla två fullvärdiga akutsjukhus under en gemensam ledning. Studie III genomfördes 1996 i ett gemensamt sjukvårdsdistrikt bildat genom en sammanslagning av två sjukhus i södra Sverige över tidigare huvudmannagränser. Det fanns en klar uppgiftsfördelning med akutkirurgi vid ett av sjukhusen och dagkirurgisk verksamhet vid det andra. Studie IV genomfördes 2005 i en tidigare landstingsdriven organisation som lagts ut på entreprenad till ett privat vårdföretag. I den valrörelse som föregick privatiseringen utlovades bland annat tillgänglighet till en närakut på orten.

Studie I

The concept of effectiveness – a blind alley? A study of different interpretations in a Swedish county council.

I intervjuerna kring den praktiska innebörden av begreppet effektivitet utkristalliserade sig kärnkategorin verksamhetsutveckling i form av kostnadsreducering. Relaterat till denna kärnkategori identifierades kategorierna hushållning av resurser, planering, rationalisering och ansvar. Informanterna använde begreppet verksamhetsutveckling

synonymt med produktivitet, rationalisering och såväl inre som yttre effektivitet. De påtalade samtidigt att verksamhetsutveckling kräver förändring, planering och resurser, samt att det kan resultera i ett budgetöverskridande. Betydelsen av kommunikation, samarbete och ansvarstagande för att nå effektivitet poängterades. Rationalisering förknippades av informanterna med en ökad produktivitet, en hög grad av flexibilitet och en krympande ekonomisk ram. De lyfte fram ansvaret för att i linje med politiska intentioner skapa förutsättningar för en effektiv vård.



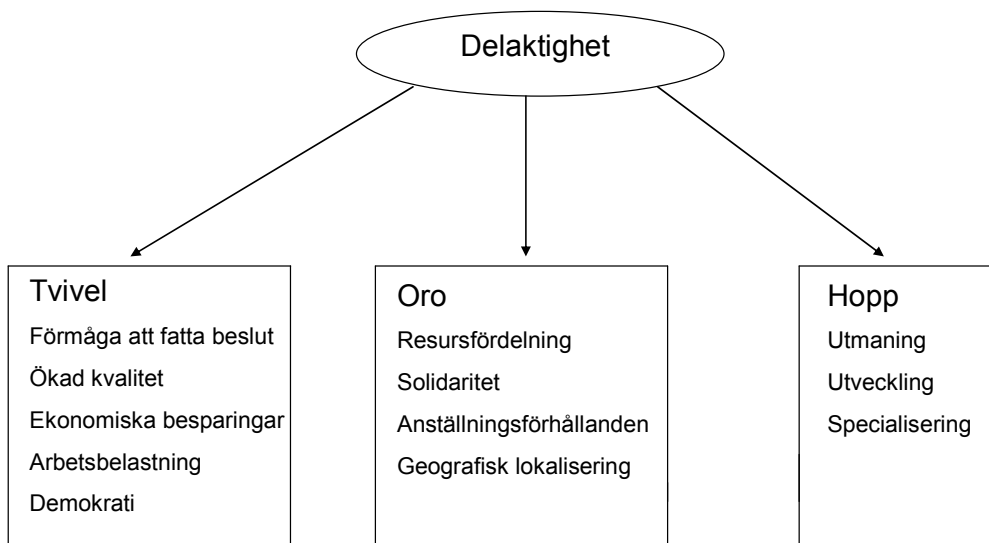
Figur 1: En schematisk bild över informanternas uppfattning om begreppet effektivitet.

Figur 1 sammanfattar resultaten av studien och visar hur hushållning med resurser, planering men även rationalisering och ansvar uppfattas bidra till effektivitet i betydelsen utveckling av verksamheten. Samtidigt visas i modellen att det finns ett gap där ytterlinjerna inte går ihop. Det upplevdes att grundsynen på verksamhetsutveckling och den rådande ekonomiska situationen inte överensstämde.

Studie II

The staff's experience of structural changes in the health and medical service in Western Sweden.

I analysen av datamaterialet kring sammanslagningen av två sjukhus i västra Sverige framträdde de fyra kategorierna delaktighet, tvivel, oro och hopp. Då delaktigheten visade sig påverka graden av tvivel, oro och hopp hos informanterna identifierades denna kategori som övergripande kärnkategori. Informanterna lyfte fram betydelsen av information från såväl politiker som olika ledningsnivåer för att kunna känna delaktighet vid en strukturförändring. Informanterna uppgav också att de tvivlade på ledningen och dess beslutsförmåga. Dessutom framkom att de arbetsgrupper som tillsattes inför strukturförändringen i realiteten saknat inflytande eftersom beslut om förändringens inriktning redan hade fattats. I datamaterialet framkom dessutom en oro för vad strukturförändringen skulle kunna innebära för medarbetarna i form av förändrad arbetsort med nya arbetskamrater och en ökad arbetsbelastning. Samtidigt uppgavs emellertid också att sammanslagningen hade öppnat upp för nya möjligheter och en utveckling av verksamheten.



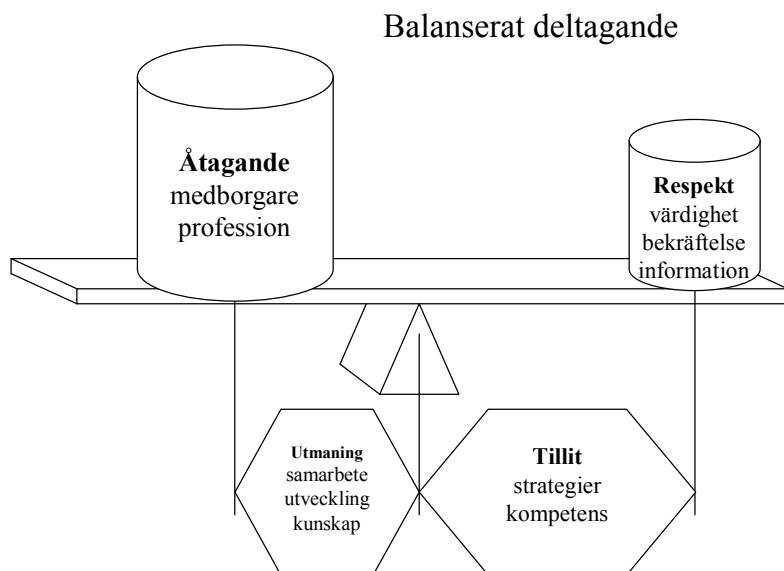
Figur 2: Bild över relationen mellan kärnkategorin delaktighet och kategorierna tvivel, oro och hopp.

Figur 2 sammanfattar resultaten och visar hur känslan av delaktighet kan påverka medarbetarnas tvivel, oro samt hopp. Av modellen framgår att relationerna är enkelriktade, det vill säga att graden av delaktighet påverkas inte av tvivel, oro eller hopp utan torde relatera till andra faktorer som till exempel information, kommunikation och ledarskap.

Studie III

Balancing involvement: employees' experience of merging hospitals in Sweden.

I analysen av intervjuerna kring sammanslagning av två sjukhus i södra Sverige utkristalliserade sig kärnkategorin att balansera delaktighet, som relaterades till de övriga kategorierna förpliktelser, respekt, tillit och utmaning med tillhörande subkategorier. Kärnkategorin att balansera delaktighet innefattade medarbetarnas upplevelse av en brist på balans mellan de krav som ställdes på dem och de möjligheter som de fick i anslutning till sammanslagningen av de två sjukhusen. Informanterna uppgav dessutom att de i sitt arbete och även i sammanslagningsprocessen kände förpliktelser såväl mot medborgarna som mot sin egen profession. Samtidigt som de såg möjligheter i sammanslagningen upplevde de en bristande tillit till ledningens förmåga att hantera förändringsprocessen på ett framgångsrikt sätt. Studien visade att en sammanslagning innebär en utmaning som kräver såväl samarbete och utvecklingsmöjligheter som ökade kunskaper för att bli framgångsrik och för att ge medarbetarna möjlighet att finna en rimlig delaktighetsbalans.



Figur 3: Modell över faktorer av betydelse för balanserat deltagande i en förändringsprocess.

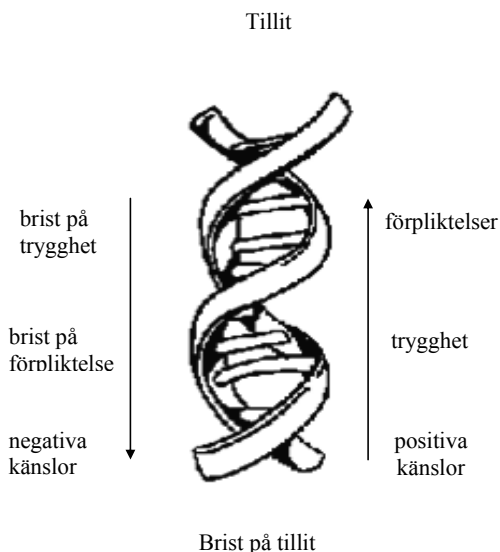
Figur 3 visar en modell som sammanfattar resultaten av studien. Modellen illustrerar dels relationen mellan de fyra kategorierna, dels betydelsen av att det råder jämvikt mellan dessa för att medarbetarna framgångsrikt ska kunna balansera sitt deltagande i förändringsprocessen.

Studie IV

The double spiral of change - experiences of privatisation in a Swedish hospital

I studien av en privatisering av ett sjukhus i Mellansverige framkom att tilliten till den privata entreprenören inte bara påverkat arbetssituationen utan hela tillvaron för medarbetarna. Inför övergången till en privat entreprenör fanns, enligt informanterna, förhoppningar om att sjukhuset skulle utvidga sin verksamhet och att de som medarbetare skulle kunna känna tillit och trygghet samt få en guldkant på tillvaron. Samtidigt uppgav informanterna att de upplevde ett bristande intresse från ledningens sida för att driva utvecklingen, vilket hade skapat frustration och en bristande tillit i organisationen. Informanterna tvivlade på att ledningen hade insett vilken förändring det i realiteten var att flytta samman olika verksamheter. De framhöll även att de inte

kände sig delaktiga i vad som hände eller planerades i verksamheterna. Dessutom påtalades vikten av att medarbetarnas erfarenheter och kompetens skulle tas tillvara vid utformningen av den nya organisationen, vilket skulle kunna utveckla verksamheten till något positivt för såväl medarbetare som befolkning.



Figur 4. Modell över faktorer som påverkar tilliten och hur den kan förändras i olika riktning (illustrationen hämtad från Watson & Crick, 1953).

Figur 4 visar en sammanfattande modell som konstruerats utifrån de identifierade kategorierna och deras inbördes relationer. Modellen visar spänningsfältet mellan upplevelsen av tillit och upplevelsen av brist på tillit, samt hur tätt sammanflätade de olika faktorerna som påverkar såväl tillit som brist på tillit till såväl ledarskapet som organisationen är.

DISKUSSION

Resultaten av studierna i denna avhandling visar på problematiken vid oklar definition av begreppet effektivitet i en organisation. Även om begreppet anses vara viktigt gör olika aktörer utifrån sitt uppdrag sin egen tolkning av innebörden, vilket får konsekvenser i praktiken och negativt påverkar följsamheten mot fattade beslut.

Resultaten visar på vikten av att vid strukturella förändringar i en verksamhet kommunicera syfte, önskvärda effekter och mål med förändringen. Resultaten visar också att medarbetare måste ges möjlighet att vara delaktiga i förändringsprocessen, men samtidigt också kunna balansera sina åtaganden, vilket ställer stora krav på såväl ledarskap som medarbetarskap. I studierna framkommer även vikten av förtroende för och tillit till såväl ledningens, organisationens som den egna förmågan att kunna hantera förändringsprocessen. Samtidigt påpekas också att strukturförändringarna inneburit spännande utmaningar och möjligheter till utveckling.

Utifrån jakten på effektivitet och det förändringstryck som dagens samhälle är utsatt för är det inte förvånande att många organisationer, privata såväl som offentliga, genomför eller har genomfört omfattande strukturella förändringar. Inom hälso- och sjukvården har det under senare år framför allt handlat om sammanslagningar av organisationer, förändrade driftsformer eller ägarförhållanden. Syftet med dessa förändringar har i allmänhet varit att försöka åstadkomma besparingar eller effektiviseringar av verksamheten. Samtidigt har studier av sammanslagningar inom olika områden visat att det ekonomiska utfallet av sådana förändringar kan ifrågasättas, då andelen misslyckade sammanslagningar tycks vara högre än andelen framgångsrika (Clegg & Walsh 2004). På samma sätt har studier visat att privatisering av offentlig hälso- och sjukvård ofta har inneburit en ökad administration och resulterat i ytterst små besparingar (Keane 2005).

Kanske det är så att grundproblemet egentligen är att efterfrågan alltid kommer att vara större än utbudet av hälso- och sjukvård, vilket varken sammanslagningar, privatisering eller marknadsstyrning kan lösa. I vilket fall som helst finns det mycket att diskutera i resultaten av de olika delstudierna. För att strukturera denna diskussion kan det därför vara lämpligt att återknyta till de olika begreppen i den konceptuella ramen.

Organisation och kultur

När två organisationer ska smälta samman till en kan kulturkrockar uppstå och den organisatoriska identiteten ställas på spel. I delstudierna II och III beskrevs hur

sammanslagningar inom hälso- och sjukvården genomförts utan att det tagits hänsyn till rådande kulturer i de sammanslagna organisationerna. Detta medför en risk för att skillnaderna i organisationskultur och värderingar kan komma att utgöra ett problem och leda till misstroende och samarbetsproblem av det slag som framkom i delstudie II, vilket även har belysts av McConnell (2000), Casio (2003) och Rovio-Johansson (2006).

En sammanslagning sker sällan mellan två jämbördiga organisationer. Så var inte heller fallet i de två studerade sammanslagningarna i studie II och III. Genom att avsätta den svagare organisationens ledning och dess nyckelpersoner gjordes ett försök att överföra kultur och identitet från den starkare till den svagare parten. Det blir en utmaning för den nya ledningen att hantera de olika subkulturer som oundvikligen uppstår i olika grupperingar och skapa en lojalitet mot den sammanslagna organisationen. Detta har bland annat belysts i en dansk avhandling (Holm-Petersen, 2007). Flera andra studier har också visat att en sammanslagning av två organisationer sällan går att genomföra helt friktionsfritt och att eventuella vinster torde dröja (Dranove & Lindrooth 2003, Fulop *et al* 2005, Neby 2008). Om det dessutom finns en för medarbetarna delvis dold agenda, så som informanterna i delstudie II upplevde att det bakom illusionen av delaktighet fanns politiska strukturbeslut, torde det vara ännu svårare att nå uppsatta mål med en sammanslagning.

En fråga som aktualiserats under senare år är om det finns stordriftsfördelar att uppnå genom att slå samman organisationer. Stordriftsfördelar har framförallt konstaterats i industriell produktion (Buffa 1983), men inte i professionella och människobehandlande verksamheter som hälso- och sjukvård. Det verkar inte finnas någon vetenskaplig evidens på att stordriftsfördelar går att uppnå inom hälso- och sjukvården. Ändå fortsätter sammanslagningar av sjukhus och andra sjukvårdsinrättningar både i Sverige och i andra länder. Det finns mycket som tyder på att sammanslagningar till större enheter har blivit en trend inom hälso- och sjukvården, trots att det inte finns så många exempel på lyckade eller lönsamma sammanslagningar (Hitt *et al* 2001, Sidorov 2003, Kjekshus & Hagen 2007).

En annan trend är privatisering av hälso- och sjukvård. Den politiska diskussionen om privatisering tycks aktualiseras när tillgängliga ekonomiska resurser minskar, vilket kanske kan bero på uppfattningen hos beslutsfattare att privat utbud av service kan ges till en lägre kostnad och samtidigt vara effektivare (Keane 2005, SOU 2007). För att något ska vara helt privatiserat krävs privat ägande, privat ledning, privat finansiering och privat utförande. Men för merparten av den hälso- och sjukvård i Sverige som sägs drivas i privat regi, eller produceras av privata vårdgivare, finns det upprättade avtal med landstingen som reglerar uppdraget. Det är alltså någon form av blandorganisation där någon dimension är privat, såsom i delstudie IV, men där ingen regelrätt privatisering egentligen har skett.

Den stora frågan är naturligtvis i vilken utsträckning offentlig verksamhet kan och bör utföras av privata producenter med vinstintresse. Det finns en oro för att möjligheten att göra vinst driver privata vårdgivare att plocka russinen ur kakan och låta den offentliga vården ta hand om de kroniskt och svårast sjuka patienterna, vilket framkommer i studie IV och även har belysts i flera andra studier (Bergström & Lund 2003, Blomqvist & Rothstein 2000). Användandet av privata entreprenörer i offentlig verksamhet ställer också höga krav på uppföljning för att säkerställa kvalitet och måluppfyllelse, samt att beställarna har kompetens att utvärdera resultaten.

Som tidigare nämnts är ägarformen en viktig del av organisationsstrukturen. Det finns också viktiga kulturella skillnader mellan privata och offentliga organisationer. Ofta framställs den privata sektorn som ett eftersträvanvärt föredöme på det sätt som framkommer i delstudie IV. En privatisering av verksamheten anses kunna ge en guldkant på tillvaron, medan den offentliga sektorn betraktas som den fula systemen. Dessutom anses offentligt anställda ofta som mindre effektiva och rentav mindre duktiga än privat verksamma. Denna nedklassning av den offentliga sektorn och dess anställda, som enligt Sundin (2006) har utmärkt många av förespråkarna för New Public Management, har säkert påverkat medarbetarnas syn på sig själva och den egna organisationen på ett negativt sätt.

Effektivitet och effektivisering

Delstudie I visade att effektivitetsbegreppet inte är entydigt inom hälso- och sjukvården, trots att de flesta strukturella förändringar motiveras av en önskan om ökad effektivitet. I de fall begreppet förknippas med verksamhetsutveckling, som i delstudie I, kan det handla både om besparingar och om produktivitetsökningar. I en så komplex verksamhet som hälso- och sjukvården vore det emellertid angeläget att skilja på effektivitet och produktivitet.

Som tidigare beskrivits är effektivitet överordnat produktivitet och avser måluppfyllelse i relation till insatta resurser, medan produktivitet är ett snävare begrepp som speglar förhållandet mellan hur mycket som produceras och resursåtgången (Cascio 2003). Möjligheterna att möta ökade kostnader med ökad produktivitet är dock begränsade inom hälso- och sjukvården, eftersom kostnaderna för vård tenderar att stiga snabbare än för varor oavsett om de produceras i offentlig eller privat regi (Nyberg 2003, Sveriges kommuner och landsting 2009). Frågan är om organisationer som är intäktsfinansierade har högre krav på ett effektivt resursutnyttjande än anslagsfinansierade organisationer, som inte på samma sätt är konkurrensutsatta.

I och med införandet av ett vårdvalssystem den 1 januari 2010 blir det fritt fram för alla vårdgivare som uppfyller vissa krav att etablera sig inom primärvården. Detta kommer troligen att leda till såväl strukturella förändringar och ökad konkurrens som fler privata aktörer på marknaden (Konkurrensverket 2009). Men om det är ett incitament för ökad effektivitet att patienten fritt kan välja vårdgivare då borde detta också kunna uppnås genom etablering av flera offentliga producenter. Å andra sidan kanske det är så att privatisering förordas utifrån tanken att en privat aktör, på annat sätt än en offentlig, kan koncentrera sig på kärnverksamheten och även ha en flexiblere bemanning av verksamheten. En flexiblere bemanning kan innebära en förmåga att snabbt ställa om personalbehovet utifrån förändringar i omvärlden, vilket oroad respondenterna i delstudie IV. Således måste medarbetarna snabbt kunna överföras till

annan verksamhet eller gå ut i arbetslöshet (Keane 2005). Privatiseringsförespråkarna hävdar också, enligt Øvretveit (2003), att detta kan vara ett sätt att få in privat kapital i hälso- och sjukvården.

I de fall begreppet effektivitet förknippas med verksamhetsutveckling, som i delstudie I, vore det olyckligt om organisationer, som behöver effektivisera genom att minska sina kostnader, frestas att dra ner på medarbetarnas kompetensutveckling. Istället kan det vara precis i den situation som de behöver öka utvecklingsinsatserna, då medarbetarna behöver träning för att kunna ta på sig mer omfattande och ansvarsfulla arbetsuppgifter. För att öka effektiviteten i en organisation torde dessutom krävas en relation såväl mellan de olika beslutsnivåerna som mellan ledning och medarbetare. Vid en strukturförändring ställs denna sistnämnda relation på prov samtidigt som det är ett ömsesidigt ansvar att få den att fungera. Såväl ledare som medarbetare bidrar till relationen och det krävs en balans för att få till ett ömsesidigt ansvar, vilket också framkommer i delstudie III. Samtidigt torde insatser för att skapa förutsättningar för förändringskompetens hos medarbetarna gagna alla parter.

Förändringsarbete

Samtidigt som neddragningar och sammanslagningar ibland kan vara nödvändiga för att nå ökad effektivitet visar delstudierna I, II och III att det troligen krävs även andra insatser. Det kan till exempel vara så att organisationens processer kan behöva ses över för att identifiera eventuella flaskhalsar. Det finns flera studier som pekar på att ett effektivt förändringsarbete bör fokusera på processerna, där de största vinsterna kan nås (Hammer & Stanton 1999). I jakten på effektivitet läggs dock ofta stor vikt på individuella insatser istället för att utveckla processerna, vilket i sin tur kan leda till ökad byråkrati och hårdare kontroll. En sådan utveckling har beskrivits bland annat av Anderson och Pulich (2002) samt Bolton (2004).

Förändringsarbete kan drivas på olika sätt, men resultaten från studie II, III och IV visar att det är viktigt att ha en aktiv kommunikation kring syftet med förändringen och en hög grad av deltagande från medarbetarna i hela förändringsprocessen. Andra

studier har också kommit till samma resultat (Gustavsen *et al*, 1996). Samtidigt kan det vara viktigt att komma ihåg att tillämpningen av en förändringsstrategi inte är allmängiltig utan att det handlar om en interaktion mellan organisationens historia, nuvarande situation och framtidsvisionen, vilket framgår av delstudierna II och IV.

Vid strukturförändringar och omorganisationer riskerar välfungerande team av medarbetare att slås sönder, vilket kan leda till oklarheter och konflikter i arbetet som i sin tur påverkar såväl produktiviteten som effektiviteten i organisationen. Därför kan utgångspunkten att alla medarbetare ska behandlas lika ställa till problem och frustration, vilket belyses i delstudierna III och IV. Istället torde det krävas att olikheter uppmärksammas, så att varje individs potential kan tas till vara och organisationen i sin tur ska kunna maximera sin effektivitet och på bästa sätt kunna ta tillvara resurserna för att främja såväl effektiviteten som produktiviteten. Tillit är något skört och tycks vara lättare att förstöra än att skapa, vilket bekräftas av delstudie IV. Det är väl känt att organisatoriska förändringar och sammanslagningar även i hög grad påverkar medarbetarna psykologiskt och det som överskuggar allt för såväl ledare som medarbetare kanske blir att överleva i den nya organisationen (Bass 1998).

Samtidigt kanske de grundläggande antaganden som utgör den organisatoriska kulturen ska ses som försvarsmekanismer vid en organisationsförändring, såväl för gruppen som för enskilda medarbetare, vilket styrks av delstudierna II, III och IV. Två av de nycklar som behövs för att förändra en kultur är dels att kunna hantera den oro som uppkommer och dels att kunna bedöma potentialen för nytt lärande (Schein 2004). Risken är emellertid att insatser avsedda att underlätta och effektivisera arbetet istället får motsatt effekt, vilket framkom i delstudie IV. Inom vården finns dessutom en trend att av läkarna kräva mera pappersarbete, av sköterskorna mer administration och av undersköterskorna mer städning etc. Detta har påtalats bland annat av Härenstam (2005). Dessutom anses troligen dessa arbetsuppgifter falla utanför den professionella kärnan och kan upplevas som mindre kvalificerade och stimulerande. Kanske det skulle vara både mer effektivt och kvalitativt bättre att professioner inom hälso- och sjukvården ges administrativt stöd för att kunna fokusera på kärnverksamheten, vilket styrks av delstudie IV.

Ledarskap och medarbetarskap

Även om det inte tycks finnas något generellt förändringskoncept som garanterar framgång visar delstudierna II, III och IV att både ledarskapet och medarbetarskapet har stor betydelse vid strukturella förändringar. En viktig komponent är att det finns kompetenta och engagerade medarbetare på samtliga nivåer som gemensamt strävar för att uppfylla verksamhetsmål. Detta kanske inte kräver en speciell ledarstil utan mer handlar om substansen i ledarskapet, det vill säga hur det utövas.

Delstudierna II, III och IV visar att strukturella förändringar kräver ledare som är villiga och har förmågan att kommunicera såväl vision, mål som resultat och ekonomisk information till medarbetarna. Om inte ledaren visar upp tilltro till och övertygelse om att visionen är den rätta torde inte heller medarbetarna ha tillit till och tro på den. Vid bristande tillit kan lätt rykten, skvaller och osäkerhet uppstå, vilket kan leda till energiläckage i organisationen på det sätt som framkom i delstudierna II och IV. Vikten av att ledaren är synlig i organisationen vid strukturförändringar understryks av informanterna i delstudierna III och IV. Andra studier har också visat att ju mindre medarbetarna ser av ledaren desto avlägsnare tycks vederbörande uppfattas, vilket innebär att tilliten till såväl ledare som strukturförändringen kan påverkas negativt (McConnell 2000).

Strukturförändringar och neddragningar har påverkat arbetssituationen för många medarbetare, inte bara inom hälso- och sjukvården. Att veta att det finns planer på förändringar och hot om uppsägningar kan utgöra en svår påfrestning i yrkeslivet. I delstudierna II och III framkom en oro för hur enskilda medarbetare kan komma att beröras av strukturförändringarna. Upplevelsen av ökad arbetsbelastning kan även kopplas till hur förändringen har genomförts avseende information och hur beslut har fattats, något som betonades av respondenterna i delstudie II och III. Samtidigt är det, som tidigare beskrivits, naturligt att organisatoriska förändringar stöter på motstånd även om de tycks vara bra och rationella. Merparten av arbetet i en organisation utförs på gruppnivå och vid en förändring kan det uppstå motstånd i dessa grupper, vilket har

påpekats även i andra studier (Jones 2007). Motståndet kan bero på att de berörda, kanske grundat på missuppfattningar, bristande information eller bristande tillit, tror att de personligen kommer att förlora på förändringar. Som tidigare nämnts kan även värderingarna och normerna i en organisation bidra till motståndet.

Hälso- och sjukvårdens organisation är ett komplext socialt system med en hög grad av interaktion mellan ledare och medarbetare. Kommunikation tycks därför vara en viktig nyckel i förändringsarbete, vilket framhålls av informanterna i delstudierna III och IV. Ett viktigt inslag i ledarskapet kan därför vara att hjälpa medarbetarna att tolka innebörden eller meningen med olika förändringar. Detta kan vara speciellt viktigt när förändringstakten är hög och förändringarna påverkar flera delar av medarbetarnas liv. Ett ledarskap som, enligt Bondas (2006, 2008), kombinerar omsorg om medarbetarna med administrativ effektivitet torde vara en framgångsfaktor i denna situation. Eller också kan det vara så att när medarbetare är aktivt involverade i att lösa problem och fatta beslut finns en risk för att det uppstår en inte önskvärd spiral där medarbetarna förväntar sig allt större inflytande för att känna sig engagerade. Andra forskare har påpekat att ledare kan behöva tränas i att skapa och hantera ett öppet klimat i organisationen på såväl individuell som kollektiv nivå. Detta är inte minst viktigt för att de tidigt ska kunna upptäcka och hantera signaler på att medarbetare fångats i en negativ förändringsspiral (Paul *et al* 2000).

Vikten av ett välfungerande ledarskap framkommer i resultaten av de olika delstudierna. Som tidigare beskrivits kan ledarskap definieras på många sätt, men de flesta definitioner omfattar ett processinflytande genom vilket en avsiktlig påverkan utövas av en person över andra personer för att leda, strukturera och underlätta aktiviteter och relationer i en grupp eller organisation. En viktig utgångspunkt i ledarskapet är relationen mellan ledare och medarbetare, vilket belyses i studie IV. Denna relation torde kunna utvecklas när ledaren står för öppenhet och är tillgänglig, men samtidigt tar ansvar för sitt ledarskap (Bondas 2006, 2008). Samtidigt ställs på dagens ledare krav på att de ska vara effektiva beslutsfattare, kunna möta förändringar och veta hur resurser bäst kan utnyttjas. Även Kotter (1990, 1999) har betonat att såväl chefskap som ledarskap behövs för en fungerande organisation. De kan ses som två

kompletterande men ändå svårförenliga sidor av samma mynt där ledarskapet utövas via människorna och kulturen medan chefskap verkar via hierarkier och system.

Som flera gånger påpekats är hälso- och sjukvårdens organisation ett komplext socialt system med en hög grad av interaktion mellan ledare och medarbetare. Kanske kärnan i det effektiva ledarskapet är att hjälpa medarbetare att tolka innebörden av och meningen med olika förändringar. Det är viktigt att medarbetarna är motiverade för att kunna få en effektivare organisation och kunna hantera förändringar framgångsrikt. Samtidigt är det också viktigt att ledningen ger dem ett genuint stöd under hela förändringsprocessen. Annars kan de, som informanterna i delstudie II, uppleva att ledningens intresse för dem bara är ett spel för gallerierna. Då arbetet för många tycks utgöra en viktig identitet och tillhörighet verkar den största oron vid en organisationsförändring vara kring vad som kommer att hända med medarbetarna som enskilda individer, vilket även andra studier har visat (Decker *et al* 2001, Arnold & Pulich 2003).

Resultaten av de olika delstudierna visar att medarbetarnas delaktighet, förmågan att kunna balansera denna delaktighet, samt tilliten till ledningen och dess förmåga tycks utgöra grundpelare för att kunna åstadkomma genomgripande förändringar, men även för att få den dagliga verksamheten att fungera effektivt. Om någon av dessa grundpelare saknas kommer troligen alla försök att få till stånd förändringar att mötas av motstånd, vilket påvisades i delstudierna II, III och IV men även har belysts av andra forskare (Avolio 1994, Bibb & Kourdi 2004, Six 2005).

Medarbetarnas engagemang kan ses som en tillgång för verksamhetens effektivitet och produktivitet, eftersom engagerade medarbetare vid strukturförändringar torde vara mera kreativa med uppslagsrika lösningar, ha lägre sjukfrånvaro och vara mindre benägna att söka sig till andra verksamheter eller ifrån arbetslivet (Wikman 2005). Samtidigt har troligen varje medarbetare ett personligt mål med sitt arbete, som inte med automatik överensstämmer med organisationens mål. Kanske det personliga målet tenderar att bli än viktigare vid strukturella verksamhetsförändringar. Dessutom kan det finnas en risk, så som framkommer i studie III och IV, att medarbetare som är

villiga att ställa upp för sina arbeten långt utöver vad som regleras i det formella arbetskontraktet inte får något gensvar från ledningen, vilket kan bidra till bristande tillit och negativt påverka organisationens effektivitet och produktivitet. Inom hälso- och sjukvården kan dessutom svåra etiska dilemman uppstå vid motstridiga intressen och krav, vilket har belysts även i andra studier (Kälvemark Sporrang 2007).

I delstudierna II och IV framkom att behovet av arenor för kommunikation och dialog ökar i anslutning till organisatoriska förändringar, vilket har påpekats även av Nilsson (2006). Brister i kommunikationen kan leda till bristande tillit, bristande följsamhet mot fattade beslut, samt ineffektivitet i organisationen. Ledare med hög kommunikativ kompetens förmedlar mycket information till medarbetarna. På så sätt torde risken för ryktesspridning, som tenderar att uppstå när regelrätt information saknas, minimeras. Dessutom upplevs ledare som engagerar sig i att kommunicera och plädera för sitt budskap av medarbetarna ofta som kompetenta, drivande och karismatiska. Ellström och Kock (2004) har emellertid visat att första linjens chefer har fått mindre tid för kommunikation och interaktion med medarbetarna på grund av ökad administrativ belastning.

METODOLOGISKA BEGRÄNSNINGAR

De fyra delstudierna har alla genomförts inom svenska hälso- och sjukvårdsorganisationer och resultaten kan därför endast anses giltiga i denna kontext. Samtliga delstudier har en kvalitativ ansats och bygger huvudsakligen på intervjuer. Då samtliga intervjuare haft en viss förförståelse utifrån erfarenheter av att arbeta inom hälso- och sjukvården kan intervjuernas genomförande ha påverkats, speciellt när det gäller vilka följdfrågor som ställts. Kanske intervjuerna hade genomförts på annat sätt av någon utan denna erfarenhet. Å andra sidan kanske en viss förförståelse är nödvändig för att kunna ställa relevanta följdfrågor.

Urvalet av informanter kan ha påverkat resultaten i de olika delstudierna. I delstudie I undersöktes begreppet effektivitet och dess innebörd för individer på olika beslutsnivåer inom hälso- och sjukvården. När informanterna valdes ut var ledstjärnan

att få en variation inom olika grupper så att begreppet skulle bli belyst utifrån flera perspektiv. Samtidigt som det kan ha inneburit att tolkningen av begreppet effektivitet blivit spretig kan det finnas ytterligare uppfattningar och åsikter som inte blivit belysta. I delstudie III kan det uppfattas som om ansvaret för urvalet lämnats över till en administratör med lokal kännedom. Även om vederbörande fått instruktioner om vilka kategorier som söktes, kanske endast de som uppfattades som positiva till sammangåendet kan ha tillfrågats om att delta i studien. Det går också bara att spekulera i om de informanter som tackade nej till att delta i delstudie IV genom sina upplevelser och uppfattningar skulle ha givit en annan bild av övergången till privat entreprenör.

Tidpunkten när studierna genomfördes kan också ha påverkat respondenternas upplevelser och därmed resultaten, vilket även diskuterats i delstudie III. I delstudie II genomfördes intervjuerna strax efter en strukturförändring, medan delstudie III genomfördes initialt i en förändringsprocess. Kanske att respondenterna hade gjort en annan värdering och tolkning av processen om längre tid hade förflutit mellan förändringen och intervjuerna.

Kvalitativa analysresultat styrks i allmänhet med hjälp av direktcitat från informanterna. Det är dock ett grannliga arbete att välja bland alla tänkbara belysande citat som återfinns i intervjumaterialet och andra författare hade kanske valt andra citat för att styrka resultaten.

SLUTSATSER

Det övergripande syftet med avhandlingen har varit att belysa den praktiska innebörden av begreppet effektivitet i hälso- och sjukvården, samt att utifrån olika perspektiv belysa ledarskap och medarbetarskap i samband med strukturella förändringar i syfte att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Utifrån detta syfte formulerades mera specifika syften för de olika delstudierna, vars slutsatser kan sammanfattas i följande punkter:

- I studie I, som syftade till att kartlägga den praktiska betydelsen och innebörden av begreppet effektivitet i en svensk hälso- och sjukvårdsorganisation, konstaterades att detta är ett mångtydigt och svårutvärderat begrepp. Det används flitigt utan att definieras, vilket i sin tur kan leda till missförstånd och felaktiga uppfattningar. Samtidigt verkar det helt klart att effektiviteten i den vida bemärkelse som begreppet används i hälso- och sjukvården påverkas av såväl struktur, ledarskap som medarbetarskap.

- I studierna II och III, som syftade till att beskriva och analysera medarbetarnas upplevelser av sammanslagningar av sjukhus i västra respektive södra Sverige, konstaterades att sådana förändringar genomförs utan att vara fullt ut kommunicerade med eller förankrade hos medarbetarna, vilket påverkar resultatet negativt. Medarbetarnas möjlighet till delaktighet i och tillit till såväl strukturen som ledarskapet tycks vara några av nycklarna till organisationens framgång. Kulturen i en organisation har sannolikt betydelse för hur såväl ledarskapet som medarbetarskapet utövas. Ett kommunikativt ledarskap som fokuserar på processerna kan vara en väg till att nå en ökad delaktighet och tillit hos medarbetarna. Samtidigt torde det vara avgörande för såväl ledare som medarbetare att ord och handling följs åt.

- I studie IV, som syftade till att beskriva och öka förståelsen för hur en privatisering upplevs av medarbetarna i en hälso- och sjukvårdsorganisation i Mellansverige, konstaterades att förändringsprocessen kan beskrivas som en dubbelspiral, med två olika sidor sammanflätade med varandra. Den ena sidan kännetecknas av förpliktelser, trygghet och positiva känslor medan den andra kännetecknas av negativa känslor, brist på förpliktelser och trygghet. Det visade sig vara en rörelse i spiralens olika riktningar såväl horisontellt som vertikalt.

Delstudiernas resultat, med stöd från olika teorier och andra forskningsresultat, visar hur komplexa och mångfasetterade strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården kan vara. Sådana förändringar engagerar inte bara de som ska genomdriva dem utan även de som möter dem som patienter eller medborgare. Det är därför viktigt

att varken ledare eller medarbetare ser sig som offer för omständigheterna och hemfaller till ett defensivt förhållningssätt till verksamheten och sin egen insats, utan aktivt arbetar för att förändringarna ska bli så genomtänkta och hållbara som möjligt.

Idag kan strukturella förändringar såsom sammanslagningar och privatisering, som sveper fram i jakten på effektivitet, liknas vid modetrender. Det innebär att de lärdomar som finns att dra från tidigare genomförda strukturella förändringar tenderar att ignoreras och redan gjorda misstag upprepas. Men kanske inte organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården längre kan baseras på populära trender, eller ideologiskt och emotionellt grundat tyckande. De kanske istället ska bygga på evidens och tidigare erfarenheter, samt ha en stark förankring hos såväl medarbetare som medborgare för att vara framgångsrika och hållbara.

FRAMTIDA FORSKNING

En av förutsättningarna för att kunna nå målet om en god hälsa för befolkningen torde vara att samtliga resurser inom hälso- och sjukvården används på ett optimalt sätt. En av studierna i denna avhandling belyser den praktiska betydelsen av och innebörden i begreppet effektivitet inom en svensk hälso- och sjukvårdsorganisation. Resultatet visar på att innebörden av begreppet spretar då det tolkas olika av olika aktörer i organisationen. Ett intressant forskningsområde vore att studera om samma tolkningsutrymme och begreppsoklarhet råder inom privata hälso- och sjukvårdorganisationer med vinstintresse respektive ideella organisationer utan vinstintresse.

Ett annat forskningsområde är att undersöka i vilken utsträckning olika aktörer inom hälso- och sjukvården upplever att genomförda strukturförändringar inom hälso- och sjukvården genomförts enligt plan, kvarstår och om förväntade effekter uppnåtts.

Ytterligare ett forskningsområde är att utforska olika aspekter på chefskap, ledarskap och medarbetarskap och relationen dem mellan. Ytterligare forskning om ledarskapets

och medarbetarskaps betydelse i förändringsprocesser i olika organisationer behövs. Är det skillnad på att som ledare ansvara för att driva förändringsprocesser i offentlig, privat eller ideell organisation?

TACK

Först och främst vill jag tacka alla respondenter som så generöst delgivit mig sina upplevelser och erfarenheter av såväl jakten på effektivitet som av strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.

Jag vill tacka Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap för möjligheten att genomföra forskarutbildningen. Jag vill samtidigt tacka alla kursledare och föreläsare som inspirerat och med intresse delgett mig sina kunskaper, samt doktorandgruppen, lektorer och professorer som granskat mina arbeten och givit värdefulla synpunkter.

Utan handledning hade jag inte klarat att genomföra doktorandutbildningen och avhandlingsarbetet. Professor Runo Axelsson har varit min huvudhandledare under resan från Master of Public Health fram till doktorsavhandlingen i folkhälsovetenskap. Stort tack för ditt tålamod, din konstruktiva kritik och dina ovärderliga råd under arbetets gång. Tack även till professor Lillemor Hallberg för professionell handledning inom Grounded theory. Jag skänker dessutom många tacksamma tankar till Lilian Axelsson, som introducerade mig till folkhälsovetenskap. Tyvärr finns inte Lilian längre med oss, men jag är tacksam över vårt samarbete och vår vänskap.

Utan uppbackning från min arbetsgivare Skaraborgs Sjukhus samt FoU-enheten hade avhandlingsarbetet inte kunnat fullföljas, tack för allt stöd. Ett speciellt tack till dig Sandra, som aldrig ifrågasatt mitt behov av studieledigt för att skriva ramberättelsen utan alltid uppmuntrat och stöttat. Arbetet med avhandlingen har krävt mycket tid för litteratursökning och jag vill tacka Erik, Katarina, Kristina och Kristina vid biblioteket, Skaraborgs sjukhus, för att ni alltid ställt upp och hjälpt mig med beställningar av artiklar och böcker.

Dessutom vill jag tacka Kristina Rosengren för vårt goda samarbete och givande diskussioner i anslutning till våra gemensamma studier.

Jag vill tacka min älskade make Kjell, våra underbara döttrar Cecilia och Åsa med respektive för oändlig förståelse och support. Sist men inte minst vill jag tacka vårt barnbarn Julius, prinsen i min tillvaro, som ständigt ger mig nya perspektiv på tillvaron.

REFERENSER

Ackerby S., Heurgren M., Bäckström L., Bylund J., Tjernström J. (2006) *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Anderson P., Pulich M. (2002) Managerial competencies necessary in today's dynamic health care environment. *Health Care Management*, **21**, (2), 1-11.

Andersson V. (2002) *Skrik, suckar och sidointriger. Om sjukvård, politik och företag*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

Andersson-Felé L. (2008) *Leda lagom många. Om struktur, kontrollspann och organisations-ideal*. Akademisk avhandling. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Anjou L. (2008) *Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion i egen regi. En fallstudie av sjukvård och äldreomsorg*. Akademisk avhandling. Göteborg: Handelshögskolan, Göteborg.

Anthony R.N., Govindarajan V. (2007) *Management control systems*. Boston, Mass.: McGraw- Hill.

Arnold E., Pulich M. (2003) Managing Effectively in the downsized organisation. *Health Care Manager*, **22**, (1), 56-62.

Ashkanasy N.M., Daus C.S. (2002) Emotion in the workplace: the new challenge for managers. *Academy of Management Executive*, **16**, (1), 76-86.

Astvik W., Mellner C., Aronsson G. (2006) *På väg*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet förlagstjänst.

Avolio B.J. (1994) The alliance of total quality and the full range of leadership. I Bass B.M. Avolio B.J. (eds) *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. London: Sage Publications.

Aytar O. (2007) *Mångfaldens organisering. Om integration, organisationer och interetniska relationer i Sverige*. Akademisk avhandling. Stockholm: Acta Universitatis Stockholmiensis.

Axelsson R. (1998) *Hälso- och sjukvårdsadministration i organisationsteoretisk belysning*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson R. (2000). The organisational pendulum: health care management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, **28**, 47-53.

Bass B.M. (1998) *Transformational leadership*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Bazzoli G.J., LoSasso A., Arnould R., Shalowitz M. (2002) Hospital reorganisation and restructuring achieved through merger. *Health Care Manager Review*, **27**, (1), 7-20.

Bazzoli G.J., Dynan L., Yap C. (2004) Two Decades of Organisational Change in Health Care: What Have We Learned. *Medical Care Research and Review*, **61**, (3), 247-331.

Berg B. (2001) *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston: Allyn and Bacon.

Bergström F., Lund J. (2003) *Vinstdrivna sjukhus: är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* Stockholm: Timbro Hälsa.

Berlin J. (2007) *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård – Om människor, marginaler och miljoner*. Göteborg: Förvaltningshögskolan.

Bibb S., Kourdi J. (2004) *Trust Matters*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Björkman T. (2003) Management – en modeindustri. I Sandberg Å. (red) *Ledning för alla? Perspektivbrytningar i arbetsliv och företagsledning*. Stockholm: SNS förlag.

Blomqvist P., Rothstein B. (2000) *Välfärdsstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora.

Blumer H. (1969) *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bolton S.C. (2004) A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management. *Journal of Management Studies*, **41**, (2), 317-333.

Bondas T. (2003) Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, **27**, (3), 249-253.

Bondas T. (2006) Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, **14**, 332-339.

Bondas T. (2008) Det caritative ledarskapet. *Vård I Focus*, **3**, 4-8.

Buffa E.S. (1983). *Modern production/operations management*. New York: Wiley.

Burke R.J. (2003) Hospital restructuring, workload and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manager*, **22**, (2), 99-107.

Burnes B. (1996) *Managing change. A strategic approach to organisational dynamics*. London: Pitman Publishing.

Burnes B. (2005) Complexity theories and organisational change. *International Journal of Management Reviews*, 7, (2), 73-90.

Burns T., Stalker G. (1961) *The management of innovation*. London: Tavistock.

Bäckman O. (2001) Med välfärdsstaten som arbetsgivare. I Szebehely M. (red) *Välfärdstjänster i omvandling: antologi från Kommittén välfärdsbokslut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Börnfeldt P-O. (2006) *Förändringskompetens på industrigolvet. Kontinuerligt förändringsarbete i gränslandet mellan lean production och socioteknisk arbetsorganisation*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Cascio W.F. (2003) *Managing human resources. Productivity, quality of work life, profits*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

Charmaz K. (2006) *Constructing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Cherry M.J. (2005) The market and medical innovation: human passions and medical advancement. *Journal of medicine and philosophy*, 30, 555-569.

Clegg C., Walsh S. (2004) Change management: Time for change! *European journal of work and organizational psychology*, 13, (2), 217-239.

Daft R.L. (1995) *Organization theory and design*. New York: West Publishing Company.

Daft RL (1999) *Leadership. Theory and practice*. London: Harcourt Brace.

Decker D., Wheeler G.E., Johnson J., Parson R.J. (2001) Effect of organisational change on the individual employee. *Health Care Management*, 19, (4), 1-12.

Dent M. (2003) *Remodelling hospitals and health professions in Europe. Medicine, nursing and the state*. Basingstoke: Pallgrave MacMillan.

Docherty P. (2003) Att balansera rationalisering och relationer i tjänsteutveckling. I Wilhelmson L. (red) *Förnyelser på svenska arbetsplatser. Balansakter och utvecklingsdynamik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Dranove D., Lindrooth R. (2003) Hospital consolidation and costs: another look at the evidence. *Journal of Health Economics*, **22**, (6), 983-997.

Ekstedt E., Sundin E. (2006) Den nya arbetsdelningen - dimensioner och perspektiv. I Ekstedt E., Sundin E. (red) *Den nya arbetsdelningen – arbets- och näringslivets organisatoriska omvandling i tid, rum och tal*. Arbetsliv i omvandling 2006:11. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Ellström P-E., Kock H. (2004) *Nya organisationsformer – nya krav på ledarskap?* Stockholm: Statens kvalitets- och kompetensråd.

Eriksson L., Regnell A. (2007) *Arbetshälsa en helhet*. Institutionen för folkhälsovetenskap. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Eriksson N. (2005) *Friska vindar i sjukvården. Stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer*. Akademisk avhandling. Göteborg: Förvaltningshögskolan Göteborg.

Falkenberg H., Näswall K., Sverke M. (2008) Personalens arbetsattityder och hälsa vid privatisering – en jämförelse mellan två akutsjukhus. *Arbetsmarknad och arbetsliv*, **14**, (1), 29-49.

Forsberg E., Axelsson R., Arnetz B. (2004) The relative importance of leadership and payment system. Effects on quality of care and work environment. *Health*, **96**, 73-82.

Forsell A., Jansson D. (2000) *Idéer som fångslar – recept för en offentlig reformation*. Malmö: Liber ekonomi.

Fulop N., Protopsaltis G., King A., Allen P., Hutchins A., Normand C. (2005) Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science & Medicine*, **60**, 119-130.

Gatu H. (2006) *Hållbara arbetsplatser: botemedel mot ett sjukt arbetsliv?* Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Glasberg AL., Eriksson S., Norberg A. (2007) Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personal. *Journal of Advanced Nursing*, **57**, (4), 392-403 (12).

Glaser B.G., Strauss A.L. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldeine de Gruyter.

Glaser B.G. (1978) *Advances in the Methodology and Grounded Theory – Theoretical Sensitivity*. San Francisco: The Sociology Press.

Glaser B.G. (1992) *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.

Glaser B.G. (1998) *Doing grounded theory: issues and discussions*. Mill Valley: Sociology Press.

Goulding C. (2002) *Grounded Theory. A practical guide for management, business and market researchers*. London: Sage publications.

Gunnarsson M. (2003) *Privatisering av sjukvård*. Meddelande 2003:1 Växjö: FoU Kronoberg.

Gustavsen B., Hofmeier B., Ekman P., Wikman A. (1996) *Concept-driven development and the organisation of change: an evolution of the swedish work fund*. Dialogues on work and innovation. Amsterdam: Benjamins.

Hallin B., Siverbo S. (2002) *Jakten på den goda styrningen*. CHSA rapport nr 3. Göteborg; Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.

Hallin B., Siverbo S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hammer M., Stanton S. (1999) How process enterprises really work. *Harvard Business Review*, **77**, (6), 108-18, 216.

Hardin R. (2006) *Trust*. Cambridge: Polity Press.

Hartman J. (2001) *Grundad teori: teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.

Hitt M.A., Harrison J.S., Ireland, R.D. (2001). *Mergers and Acquisitions; A Guide to Creating Value for Stakeholder*. New York: Oxford University Press.

Hogan R., Kaiser R. (2005) What we know about leadership. *Review of General Psychology*, **9**, 169-180.

Holm-Petersen C. (2007). *Stolthed og fordom – kultur og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*. Akademisk avhandling. København: Copenhagen Business School.

Hood C. (1989) "Public administration and public policy: intellectual challenges for the 1990s." *Australian Journal of Public Administration*, **48**, 346-358.

Hood C. (1995) The "new public management" in the 1980s: variation on the theme. *Accounting Organisations and Society*, **20**, 93-109.

Huzell H. (2005) *Management och motstånd. Offentlig sektor i omvandling – en fallstudie*. Akademisk avhandling. Karlstad: Karlstad University Studies.

Håkansson K., Isidorsson T. (2006) *Arbetsmiljöarbete och långsiktigt hållbara arbetsorganisationer*. Ett delprojekt inom Arbetslivsinstitutets tema Strategier, metoder och arbetssätt för fungerande arbetsmiljöarbete. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Härenstam A., the MOA research Group. (2005) Different development trends in working life and increasing occupational stress require new environment strategies. *Work*, **24**, 261-277.

Härenstam A., Marklund S., Berntson E., Bolin M., Ylander J. (2006) *Understanding the organisational impact on working conditions and health*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Jansson von Vultée P.J., Axelsson R., Arnetz B. (2007) The impact of organisational settings on physician well-being. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **20**, 506-515.

Javidan M., Carl D.E. (2004) East meets West: A cross-cultural comparison of charismatic leadership among Canadian and Iranian executives. *Journal of Management Studies*, **41**, 4, 665-691.

Jenkins-Clarke S., Carr-Hill R. (2001) Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future. *Journal of Advanced Nursing*, **34**, 6, 842-849.

Jones G.R. (2007) *Organizational theory, design and change*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Jonsson P., Agardh E., Bromels M. (2006) *Hälso- och sjukvårdens strukture reformer*. Stockholm: MMCcenter.

Keane C. (2005) The effects of managerial beliefs on service: privatization and discontinuation in local health departments. *Health Care Management Review*, **30**, (1), 52-61.

Kjekshus L., Hagen T. (2007) Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, **12**, (4), 230-235.

Knox S., Gharrity J. (2002) Transitions in american hospitals: the necessary reshaping is taking place. "Turnaround" processes in organizations. *Journal of nursing administration's, healthcare law, ethics and regulation*, **4**, (1), 13-17.

Konkurrensverket (2009) *Åtgärder för bättre konkurrens – konkurrensen i Sverige*. Konkurrensverkets rapportserie 2009:4. Stockholm: Konkurrensverket.

Konu A., Rissanen P., Ihantola M., Sund R. (2009) Effectiveness in Finnish healthcare studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, **37**, 64-74.

Korunka C., Scharitzer D., Carayon P., Sainfort F. (2003) Employee strain and job satisfaction related to an implementation of quality in a public service organisation: a longitudinal study. *Work & Stress*, **17**, (1), 52-72.

Kotter J.P. (1990) *A force for change: How leadership differs from management*. New York: Free Press.

Kotter J. P. (1999) *On what leaders really do*. Boston: Harvard business review book series.

Kvale S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kumar K., Subramanian R., Strandholm K. (2002) Market and efficiency-based strategic responses to environmental changes in the health care industry. *Health Care Management Review*, **27**, (3), 21-31.

Kälvemark Sporrang S. (2007) *Ethical competence and moral distress in health care sector. A prospective evaluation of ethical rounds*. Akademisk avhandling. Uppsala: Uppsala Universitet.

Landstingsförbundet (2001) *Det finns alltid behov av en till men* Stockholm: Landstingsförbundet.

Lane C., Bachmann R. (eds.) (1998) *Trust Within and Between Organizations: Conceptual Issues and Empirical Applications*. Oxford: Oxford University Press.

Latham G.P., Ernst C.T. (2006) Keys to motivating tomorrow's workforce. *Human Resource Management*, **16**, 181-198.

Luthans F. (2002) Positive organisational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, **18**, (1), 57-75.

Maxwell J.A. (1992) Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, **62**, 279-300.

McConnell C.R. (2000) The manager and the merger: Adaptation and survival in the blended organization. *Health Care Manager*, **19**, (1), 1-11.

McGregor D. (1960) *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill.

McKee M., Healy J. (2002) Investing in hospitals. I: McKee M., Healy J. (eds) *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Mead G.H. (1934) *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.

Miles M.B., Huberman M. (1994) *Qualitative dataanalysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications

Minzberg H. (1979) *The Structuring of Organizations*. Engelwood Cliffs: Prentice-Hall.

Mintzberg H. (1983) *Structures in Fives*. Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc.

Möllering G. (2006) *Trust: reason, routine, reflexivity*. Oxford: Elsevier.

Nationalencyklopedin. (2000) Malmö: Bra Böcker.

Neby S. (2008) *Institutional Reform and Governance in the Scandinavian Hospital Fields. The dynamics of and between change and control*. Akademisk avhandling. Bergen: Universitet i Bergen.

Nilsson T.S. (2006) *Tillit och psykologiskt kontrakt: inomorganisatoriska relationer, kommunikation och bussförarens inställning till arbetet*. Karlstad: Karlstads Universitet, Centrum för tjänsteforskning.

Nonås K. (2005) *Vision versus reality in organizational change*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

Nyberg A. (2003) Tillväxt i obalans om kvinnors och mäns sysselsättning, löner och hushållsarbete. I von Otter C. (red) *Ute och inne i svenskt arbetsliv*. Arbetsliv i omvandling 2003:8. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Palm I. (2000) Downsizing och den statliga sektorn. I Lennerlöf L. (red) *Magra organisationer i arbetslivet. Avveckla eller utveckla*. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Paul R.J., Niehoff B.P., Turnley W.H. (2000) Empowerment, expectations and the psychological contract – managing the dilemmas and gaining the advantages. *Journal of Socio-Economics*, **29**, 471-485.

Petersson H. (1990) *Vem styr förändringar inom sjukvården – politikerna eller de medicinska professionerna?* Stockholm: Kommunfakta.

Petratos P. (2005) Does the private finance initiative promote innovation in health care? The case of the British national health service. *Journal of Medicine and Philosophy*, **30**, 627-642.

Pollit C. (1990) *Managerialism and the Public Services: The Anglo-American Experience*. Oxford: Blackwell.

Pugh D.S., Hickson D.J. (1976) *Organizational structure in its context*. Westmead: Saxon House.

Ragneklint R. (2002) *Man kan bli bättre om man vet vad bättre är! En studie kring effektivitetsbegreppet som en samhällelig grundbult*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds Universitet.

Ramsdal H., Skorstad E.J. (2004) *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltning av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Roald J., Edgren L. (2001) Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, **16**, 311-324.

Rovio-Johansson A. (2006) Förtroende i dilemman – en studie av företagsuppköp. I Johansson I-L., Jönsson S., Solli R. (red) *Värdet av förtroende*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlberg P.A. (2002) *Vinst för vården. Ide betänkande från utredningen Vårdens ägandeformer - vinst och demokrati*. SOU:2002:31. Stockholm: Fritzes.

Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbæk K. (eds) (2007) *Decentralization in health care: strategies and outcome*. Maidenhead: Open University Press.

Salzer-Mörling M. (1998) *Företag som kulturella uttryck*. Lund: Academia Acta AB.

Schein E H (1988) *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Schein E.H. (2004) *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schein L. (2001) *Managing culture in mergers and acquisitions*. New York: The Board.

SFS (1982) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författnings samling 1982:763. Stockholm: Allmänna Förlaget.

SFS (1991) *Kommunallag*. Svensk författningssamling 1991:900. Stockholm: Finansdepartementet.

Sidorov J. (2003) Case study of a failed merger of hospital systems. *Managed Care Magazine*, **12**, (11), 56-60.

Simonsson C. (2002) *Den kommunikativa utmaningen*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.

Six F. (2005) *The trouble with trust. The dynamics of interpersonal trust building*. Cheltenham: Edward Elger.

Smitt R., Wiberg L., Olwig B., Riegnell G., Sjöstrand M. (2002) *Belöningssystem – Nyckeln till framgång*. Stockholm: Norstedts juridik AB.

Socialstyrelsen (2003) *Utmattningssyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa*. Stockholm: Bokförlaget Bjurner och Bruno AB.

SOU (2002) *Vinst för vården. Betänkande av vårdens ägarformer*. SOU 2002:31 Socialdepartementet, Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

SOU (2007) *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*. Betänkande SOU2007:37 Socialdepartementet, Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

Springdal K. (2001) *Privatisation of the IT Sector in Sweden*. Akademisk avhandling. Lund: Lund University.

Strauss A.L., Corbin J. (1990) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Sundin E. (2006) Den nya arbetsdelningen ur ett köns- genus perspektiv. I Ekstedt E., Sundin E. (red) *Den nya arbetsdelningen – arbets- och näringslivets organisatoriska omvandling i tid, rum och tal*. Arbetsliv i omvandling 2006:11. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Svedberg Nilsson K. (1999) *Effektiva företag? En studie av hur privatiserade organisationer konstrueras*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan.

Sveriges Kommuner & Landsting (2008). *Arbetsgivarperspektiv på kommuner och landsting*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner & Landsting (2009). *Ekonomirapporten. Om kommunernas och landstingens ekonomi – maj 2009*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Tengblad S. (2003) *Den myndige medarbetaren – Strategier för ett konstruktivt medarbetarskap*. Kristianstad: Liber.

Tichy N.M. (1983) *Managing strategic change: technical, political, and cultural dynamics*. New York: Wiley, cop.

Tichy N.M. (1997) *The leadership engine. How winning companies build leaders at every level*. New York: HarperBusiness.

Tjosvold D. (1991) *Team Organization. An enduring competitive advantage*. Chichester: Wiley, cop.

Trollestad C. (2000) *Etik och organisationskulturer – att skapa en gemensam värdegrund*. Stockholm: Svenska Förlaget.

Vaillancourt Rosenau P., Linder S.H. (2003) Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly*, **84**, (2), 219-241.

van Knippenberg D., van Knippenberg B., Monden L., de Lima F. (2002) Organizational identification after a merger: A social identity perspective. *British Journal of Social Psychology*, **41**, 233-252.

Watson J.D., Crick F.H.C. (1953) Molecular structure of nucleic acids: A structure for deoxyribose nucleic acid. *Nature*, **171**, 4356, 737-738.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wallenberg J. (2003a) Bättre arbetsliv och fördjupad demokrati. I Wilhelmson L. (red) *Förnyelser på svenska arbetsplatser. Balansakter och utvecklingsdynamik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Wallenberg J. (2003b) *Marknadsorientering i sjukvården. Konsekvenser för arbetslivet*. IKE 2003:121. Stockholm: Stockholms universitet Företagsekonomiska institutionen.

Weil T. P. (2003) Hospital downsizing and workforce reduction strategies: some inner workings. *Health Services Management Research*, **16**, 13-23.

Welter F (2005) Culture versus bransch? Looking ta trust and entrepreneurial behaviour from a cultural and sectoral perspective. I Höhnmann H-H., Welter F. (eds) *Trust and entrepreneurship*. Cheltenham: Edward Elgar.

Wikman A. (2005) *Om arbetsengagemang och andra motiv för arbetet än ekonomiska*. Arbetslivs i omvandling 2005:4. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Woodcock M., Francis D. (1989) *Clarifying Organizational Values*. Aldershot: Gower.

Ylander J. (2008) *Constructive management*. Akademisk avhandling. Göteborg: Handelshögskolan Göteborg.

Yukl G. (2006) *Leadership in organizations*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Åhgren B. (2008) Is it better to be big? *Health Policy*, **87**, (1), 92-99.

Øvretveit J. (2003) Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, **18**, 233-246.

Krav på ökad effektivitet, tillgänglighet och höjd kvalitet, samt minskad ekonomisk ram har krävt förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet. Denna avhandling syftar till att belysa den praktiska innebörden av begreppet effektivitet i hälso- och sjukvården, samt att utifrån olika perspektiv belysa ledarskap och medarbetarskap i samband med strukturella förändringar i syfte att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården.

Resultaten av studierna visar på problematiken vid oklar definition av begreppet effektivitet i en organisation. Även om begreppet anses vara viktigt gör olika aktörer utifrån sitt uppdrag sin egen tolkning av innebörden, vilket får konsekvenser i praktiken och negativt påverkar följsamheten mot fattade beslut.

Det framkommer också betydelsen av att vid strukturella förändringar i en verksamhet kommunicera syfte, önskvärda effekter och mål med förändringen. Medarbetare bör ges möjlighet att vara delaktiga i förändringsprocessen, men samtidigt också kunna balansera sina åtaganden, vilket ställer stora krav på såväl ledarskap som medarbetarskap.

Samtidigt som strukturförändringar kan innebära spännande utmaningar och möjligheter till utveckling för medarbetarna fordras ett förtroende för och en tillit till såväl ledningens, organisationens som den egna förmågan att kunna hantera förändringsprocessen.



norden

Nordiska ministerrådet