



**LUNDS**  
**UNIVERSITET**  
Socialhögskolan

# Från Patient till Kund

En kvalitativ studie av kundbegreppet med  
fokus på sjukhus som bolag

Victoria Anderberg

Kandidatuppsats SOPA 63  
VT 2019  
Handledare: David Hoff

## Abstract

Author: Victoria Anderberg

Title: From Patient to Customer - a qualitative study of the customer concept with a focus on hospitals as a company

Supervisor: David Hoff

Assessor: Tove Harnett

The comprising reform of the public sector has led to businesses increasingly been identified and considered as organizations. Organizations are characterized by being bounded to the current business environment, can be measured with quantitative and qualitative measures against other organizations and controlled strategies against set targets.

Research has since the mid 90's studied the New Public Management and other implementations of governance forms that have emerged from our welfare. What happens at the pre-management-controlled organizations in the welfare sector, which come under the Corporate Governance? My paper will deal with the customer concept in health care with a focus on the period when Helsingborg Hospital was operated as a company and how the chiefs of the staff coped to identify their values during this period of time. The paper is also based on findings of previous studies and the theory of organization identity.

The thesis is a qualitative study based on the interviewees' own experiences and thoughts from that time. The purpose of my study was to investigate whether the organization, as part of the welfare state, looked at their clients depending on whether they were named as patients or customers, and how it was controlled from an organizational identity perspective. With other words, is the view on how the workplace's organizational structure changed if it is controlled based on an economic issue? The result shows that the organization went into a different identical phase during the years as a corporation. They implemented a financial and corporative approach with great reservations for the customer concept since it was considered by many to be too far from the organization's base core.

Keywords: customer, organization theory, welfare sector, healthcare, New Public Management

## Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 Problemformulering .....	4
1.2 Syfte & frågeställningar .....	5
<b>2 KUNSKAPSLÄGET</b> .....	<b>5</b>
2.1 Bakgrund .....	5
2.2 Tidigare forskning .....	5
2.3 New Public Management .....	6
2.3.1 Historik .....	6
2.3.2 NPM idag .....	8
2.3.3. Service Management .....	9
2.3.4 Terminologi .....	9
2.3.5 Patient eller kund .....	10
2.4 Sjukvård i Sverige .....	11
2.4.1 Styrning och organisation .....	12
2.4.2 Helsingborgs Lasarett .....	13
2.4.3 Sjukhus som bolag .....	14
<b>3 TEORI</b> .....	<b>14</b>
3.1 Organisationsidentitet .....	14
3.1.1. Social identitet .....	15
3.1.2 Företagskultur .....	15
<b>4 METOD</b> .....	<b>16</b>
4.1 Val av metod .....	16
4.1.1 Tillvägagångssätt .....	17
4.2 Metodens förtjänster och begränsningar .....	18
4.3 Urval .....	19
4.4 Metodens tillförlitlighet .....	19
4.5 Etiska överväganden .....	21
<b>5 RESULTAT &amp; ANALYS</b> .....	<b>21</b>
5.1 Sjukhusets identitet .....	22
5.2 Effektivitet .....	23
5.3 Kundbegreppet .....	24
5.4 Värderingar och kultur .....	25
<b>6 AVSLUTANDE DISKUSSION</b> .....	<b>27</b>
<b>Referenslista</b> .....	<b>31</b>
Bilaga 1. Intervjuguide .....	33
Bilaga 2. Inledande mail till intervjupersonerna .....	35

# 1. INLEDNING

## 1.1 Problemformulering

Mycket ofta diskuteras och debatteras det i dagens samhälle hur verksamheter måste effektivisera sitt arbete. I en tid där ekonomin inte blir starkare talas det istället om att jobba smartare (Dellve, Eriksson, Fredman & Kullén Engström 2013). Inom många verksamheter blir det allt vanligare att effektivisera arbetet, inte minst inom den offentliga sektorn. Det är idag vanligt förekommande att denna effektivisering sker genom arbetsmetoden NPM, New public management (Zaremba 2013). NPM är ett samlingsbegrepp på införandet av marknadsorienterade idéer från näringslivet till den offentliga sektorn (Skålén 2004). Offentliga organisationer där sådana modeller varit populära är inom socialtjänsten men också inom hälso- och sjukvård. Införandet av NPM inom sjukvården är bara ett exempel på när marknadsstyrda idéer appliceras inom välfärdssektorn. Liknande exempel går att hitta inom både socialtjänst, skola och utbildning (Mol 2011). Dessa är samtliga arenor för det sociala arbetet och där socionomer är verksamma på olika sätt.

Min uppsats tar utgångspunkt från början på 2000-talet då Helsingborgs Lasarett ändrade driftsformen för sjukhuset, när det blev ett aktiebolag. Almqvist (2006) beskriver att som en del i överföringen av logiker från den privata sfären har synen på samhällsmedlemmarnas förhållande till offentliga förvaltningar förändrats och de har allt mer setts som kunder istället för medborgare. Detta väcker frågor huruvida Helsingborgs Lasarett också ställdes inför detta dilemma om medborgarna, patienterna, skulle benämnas som kunder? Kan kapitalistiska termer tagna ur privat sektor översättas till mjuka värden inom offentlig sektor och är det i så fall något negativt? Vad händer med värdegrunden för det omvårdande yrket när ett sjukhus blir ett bolag? Jag vill i min uppsats undersöka om något händer med människosynen om patienter övergår till kunder, utifrån att termen kund är grundat i ett marknadslogiskt perspektiv. Medför detta ett förändrat förhållningssätt för chefer inom organisationen och hur de identifierar sig själva.

### 1.3 Syfte & Frågeställningar

Syftet är att undersöka huruvida Helsingborgs Lasarett, under tiden det drevs som bolag, ändrade synen på de vårdsökande beroende på hur de benämndes, patienter kontra kunder. Samt om bolagiseringen av organisationen förändrade hur chefer identifierade sig.

- Ω Hur hanterade man begreppet kund inom Helsingborgs Lasarett när det bedrevs som bolag? Såg chefer annorlunda på den vårdsökande beroende på om de benämndes som kund eller patient?
- Ω Upplevde chefer på Helsingborgs Lasarett att ombildningen av organisationen medförde att grundvärderingar och professionsidentiteten förändrades?

## 2 Kunskapsläget

### 2.1 Bakgrund

I denna del presenteras en beskrivning av främst styrningsmodellen New Public Management (NPM) men även vad som sprungit ur den, Service Management, samt en beskrivning kring processen när Helsingborgs Lasarett ändrade driftsform. Syftet med att beskriva NPM och ovannämnda marknadsmodeller är inte att ge läsaren en helomfattande bild av metoden utan att ge läsaren en bakgrundförståelse av NPM samt en översikt av de centrala principerna och målen med modellen. Även när det kommer till beskrivning rörande driftsformen för Helsingborgs lasarett som bolagsform är syftet att ge läsaren en övergripande bild om vad som var centralt inom den processen.

### 2.2 Tidigare forskning

Den tidigare forskning handlar främst om vinster inom välfärden, organisationsuppbyggnad samt dokument från tiden då Helsingborgs Lasarett drevs i bolagsform. En rad olika sökmotorer har använts men framförallt Lovisa med sökningar i SocIndex. Nyckelord som använts på har varit; ”välfärd” ”new public management” ”vinst” ”bolagisering” ”welfare state” m.m. Inom statsvetenskapen har det gjorts en del undersökningar av begreppet kund i offentlig sektor (Andersson, Hult & Svensson 2005). Det finns även forskning presenterad kring New Public Management och Service Management i förhållande till sjukvård som varit relevant för min uppsats. Jag har även tagit del av den bok som skrevs av Lindkvist och Aidemark (2005) där de beskrivit vad som hände när Helsingborgs Lasarett blev ett bolag.

## 2.3 New Public Management

### 2.3.1 Historik

I slutet av 1960-talet beskriver Lindqvist (1998) hur tilltron till staten minskade bland flera grupper i samhället och allt oftare kritiserades den regelstyrda statsapparaten och den så kallade klassiska förvaltningsmodellen. Den ansågs vara för stel, känslig och svårstyrd. Den fick några av sina viktigaste kritiker från bl.a. public choice-teoretikerna vars utgångspunkt var att framväxten av ett nytt samhälle kan och bör utgå från individens frihet, och att fria individer kan ha helt olika uppfattningar och idéer om det goda samhället. Nyliberalismen klev in i det tomrum som uppstod i slutet av västvärldens långvariga högkonjunktur, vilket skedde i början på 1970-talet. Receptet bestod av tanken utifrån; största möjliga marknad, minsta möjliga stat och en tydlig åtskillnad däremellan. Det är en moderniserad form av de idéer som formulerades av nationalekonomins fader Adam Smith i slutet på 1700-talet. Samhället och marknaden är ett. Samhällsutvecklingen drivs av konkurrens och avreglering och konkurrensutsättningen är receptet vare sig det handlar om sjukvård, missbruksvård eller valutahandel. Med nyliberala ögon är offentligt drivna verksamheter per definition ineffektiva och lösningen på det är privatisering. Sverige fick dock inte den vändning i en mer marknadsvänlig riktning i jämförelse med vad som skedde i andra länder. De kommunala och landstingsdrivna välfärdsverksamheterna fortsatte som de tidigare gjort. Först under 1990-talet när andra krafter haft påverkan och att man inte längre talade om systemskifte utan valfrihetsrevolution skedde en förändring i Sverige.

Mattsson (2014) beskriver hur New Public Management, NPM, blev samlingsnamnet på de olika styrnings- och ledningssystem, tekniker och modeller som utvecklades för att sätta nyliberal prägel på den offentliga sektorn och välfärdsarbetet. Grundtanken är att företag ska gå med vinst, vilket skapar en press som tvingar fram effektiviseringar och smarta lösningar. Om samma mekanismer och krav införs i offentlig sektor så kommer exempelvis sjukvården också bli effektivare och fungera smartare. Konkurrensen kommer att höja kvaliteten i välfärdstjänsterna eftersom kunderna söker sig till de bästa vårdcentralerna, sjukhusen etc. Svaret på hur den offentliga sektorn skulle bli mer effektiv blev alltså kundval av vårdcentraler och äldreboenden i kombination med privatiseringar och konkurrens. Att skilja på beställare och utförare av tjänster är centralt inom NPM. Beställaren måste neutralt och utifrån förutbestämda kriterier kunna ta ställning till vilken av de intresserade utförarna som ska få uppdraget och sedan följa upp resultatet. Då måste beställaren stå fri från de blivande utförarna av välfärdstjänster. En tydlig styrning från toppen är ett annat fundament i NPM och den genomförs med hjälp av heltäckande system eller metoder som alla anställda ska följa.

Ledningen bestämmer och förvaltningen eller myndigheten ses som ett företag, som kräver trohet och lojalitet av de anställda.

NPM har strömningar från många olika håll och man brukar dela in det i två undergrupper. Företagisering som handlade om dess företagsliknande komponenter. Marknadisering som handlade om att skapa marknadslänkande förhållanden mellan offentliga organisationer, företag och medborgare där begreppen "kund" behandlades. Vad gäller företagisering har denna del fokuserat på att offentliga organisationer internt bör bli mer företagslika genom tydlig ledning, indelning av verksamheter i resultatenheter, tillskapande av interndebiteringssystem och stort resultatfokus. Vad gäller marknadisering så har den offentliga sektorns monopol som serviceproducent utsatts för konkurrens och lämnat utrymme för även privata utförare. Den del av NPM som handlar om marknadisering (upphandling, privatisering, avreglering, valfrihet m.m.) är den del som varit uppe till diskussion i den allmänna debatten. Däremot har företagiseringen, den interna förändringsprocessen skett mer i det tysta (Ahlbäck Ö & Widmalm 2013).

NPM har använts för att bygga om hela välfärdssektorn under de senaste 25 åren. Mattsson (2014) menar att det är en gigantisk seger för ett starkt systemtänkande, men också ett svar på hur samhället har förändrats. Kring millennieskiftet ökade kraven på att staten skulle behandla alla lika. Förr, när samhället var mer lokalt baserat, var det få som var medvetna om att överlevnadschanserna efter en exempelvis stroke berodde på vilket landsting/region personen tillhörde. För att den transparens som gör jämförelser möjliga ska kunna förverkligas måste det finnas rapporteringar, dokumentation och öppna jämförelser. EU-medlemskapet driver dessutom en linje för standardisering, mätning och förenkling av siffror. EU-direktivet som givit oss lagen om offentlig upphandling (LOU) tvingar upphandlare i kommuner, landsting/regioner och myndigheter att följa flertalet lagar och paragrafer (Mattsson 2014). Vidare beskriver Mattsson (2014) att när välfärdsjobben förenklas, styckas upp och de anställda avkrävs redovisning av varenda kvart av sin arbetstid, kommer inspirationen ofta från callcenterbranschen. Den här typen av företag blir också alltmer integrerade i det offentliga när de tar över tjänster som tidigare hörde till ett exempelvis sjukhus. Detta kallas outsourcing och är ett sätt att försöka göra tjänster billigare genom att renodla och förenkla dem. I botten ligger idén och människosynen som säger att kontroll och enkla belöningar är vad som krävs för en effektiv arbetsledning. Mats Alvesson, professor i företagsekonomi, kallar den här utvecklingen för en industrialisering av tjänster, en samhällets McDonaldisering. Kalkyler, standardisering och rutiner är inkorporerade i denna modell men det har även tillkommit delar och det är kundens värdering, ofta i form av

svar på utvärderingsblanketter och klagomål.

### 2.3.2 NPM idag

Ekonomisk inriktning, resultatfördelning, organisation och styrning med behandlingsriktlinjer är idag en del av så kallade evidensbaserad medicinen och omvårdnad. Synsätten sammanflätas med varandra och blir dessutom en del av politiska förhållningssätt till hälso- och sjukvården (Mol 2011). Medborgarna ska få större makt genom sitt inflytande som ”kund”, vilken kan välja mellan olika utbudsalternativ. Almqvist (2006) beskriver att motstridigheten om kundbegreppet inom NPM främst handlar om; var finns och vem är kunden? Kundbegreppet är centralt inom NPM-diskursen men studeras den lite närmre är det svårt att fastställa vem som är själva kunden. Ibland är det den enskilde individen, ibland är det politiker i form av beställare. Frågan blir ännu mer komplex när ett ägarperspektiv inom offentlig sektor adderas då det paradoxalt nog är ägarna som också blir kunderna.

Berlin & Carlström (2012) menar att det inte tyder på att den professionella autonomin lättvindigt ersätts av NPM-inspirerade organisationsformer. Istället förefaller utvecklingen gå mot hybrida organisations- och ledarskapsmodeller. Dessa utgörs av blandningar av professionsstyre och NPM influerade organisations- och styrningslösningar. Hybriderna har delvis gjort att andra effekter uppstått än de som från början var avsedda. Bortsett från att vissa verksamheter sålts ut och övergått i privata bolag har det även blivit vanligare att vård och omsorg bedrivs i olika former av personalkooperativ. Det har också uppstått mellanformer mellan privat och offentligt.

Berlin & Carlström (2012) skriver att priset på vården är svårt att fastställa vilket står helt i paradox med New Public Management. Den verkliga marknaden utsätts för svängande valutakurser och andra parametrar när priser sätts. På statens och landstingens/regionernas låtsasmarknad gäller det omvända. Det heter att priserna justeras för att hela tiden göra vården bättre. Politikerna hjälper läkarna att prioritera. Vidare beskriver Berlin & Carlström (2012) hur den norske sociologen Rune Slagstad kallar New Public Management för en revolution då det, enligt honom, är första gången i historien som lekmän tar sig rätten att tala om för de professionella, i detta fall läkarna, vilka patienter som är viktigare än andra, hur doktorerna skall bruka sin tid och vilka diagnoser som är mest välkomna.

I upproret ”Låt patienterna bestämma och vården vårda” protesterade läkare mot det fenomen att de under besökstiden skulle samla uppgifter om svenskarnas livsstil. Svaren med personnummer skulle levereras till landstinget/regionen. Det fanns inget tvång men vid utebliven rapport bestraffades mottagningen ekonomiskt. De medicinska registren uppfyller



inte samma funktion som de tidigare hade då det som hamnar i dem inte är de mest relevanta uppgifterna, utan de diagnoser och åtgärder som sjukvården får betalt för (Zaremba 2013).

### *2.3.3 Service Management*

Grundtanken inom Service Management, som är en gren inom NPM, är att kunder inte köper varor och tjänster, de köper det värde varorna och tjänsterna erbjuder. Ett möte mellan en kund och producent innehåller element på vilka en relation mellan kunden och producenten byggs upp. Att fokusera på relationer är ett marknadsföringsparadigm som uppstått och återuppstått på senare år. Att fokusera på relationer har blivit ett alternativ till att fokusera på transaktioner och utbyten av varor och tjänster mot pengar (Grönroos 2008).

Användningen av termen ”service management” pekar på marknadsföringens tvärfunktionella beskaffenhet på tjänsteområdet. Marknadsföring är inte en separat funktion utan kundernas intressen måste tas i beaktning i ledningen och hanteringen av alla affärsfunktioner, det vill säga alla funktioner måste ha kundfokus. Kunderna deltar som medproducenter i serviceprocessen och på så sätt påverkar både processens utveckling och resultat. Leverantörens initierade bidrag till produktiviteten hade på exempelvis ett sjukhus kunnat vara läkarens yrkeskunskaper och kommunikationsfärdigheter, tillgänglig tid, den utrustning och de fysiska produkter som används i processen samt värdehöjande tjänster och varor (Grönroos 2008).

### *2.3.4 Terminologi*

Marknadsföring som term syftar på en funktion och är därför mindre lämplig när man beskriver situationer där kundhantering är en process till vilken större delen av organisationen bidrar. I de flesta företag är marknadsföring, för den del av personalen som jobbar utanför marknadsavdelningen, någonting problematiskt som man hyser blandade känslor inför. Ändå är ”marknadsföring” den term som fortfarande används för att beskriva hanteringen av kundrelationerna i situationer där denna inte längre utgör en funktion utan en kontinuerlig process (Grönroos 2008). Grönroos beskriver vidare att kvalitetsförbättring ofta nämns på listan över interna mål utan att någonting egentligen sägs om vad som menas med tjänstekvalitet. Att tala om kvalitetsförbättringar utan att samtidigt definiera vad kvalitet är, hur kunderna upplever det och hur kvaliteten kan förbättras, är av begränsat värde. En tjänsteleverantör vars strategi är att vara bäst på marknaden och att betjäna kunder som kräver utomordentlig kvalitet, bör först skapa sådana förväntningar hos sina potentiella kunder och sedan tillhandahålla en tjänstekvalitet som upplevs som enastående. Ett annat företag kanske

väljer en strategi som går ut på att en mindre krävande målgrupp önskar tjänster av lägre kvalitet, till ett lägre pris men de förväntningar man ingjuter i kunderna bör inte avvika från den verkliga kvalitetsnivån. Om erfarenheterna motsvarar förväntningarna i denna situation, är den upplevda kvalitén fortfarande god (Grönroos 2008).

### *2.3.5 Patient eller kund*

I transaktionsperspektivet på marknadsföring betraktas kunden som kund när han eller hon utgör måltavla för marknadsförings- och försäljningsinsatser. I relationsperspektivet på marknadsföring är situationen annorlunda. En relation är en pågående process. När en relation väl etablerats är kunderna kunder hela tiden och de ska behandlas som sådana oavsett om de vid en given tidpunkt gör inköp eller ej. Ett företags kunder är således även kunder när de inte köper och konsumerar eller använder de tjänster eller varor företaget marknadsför och bör av företaget värdesättas (Grönroos 2008). När marknadsspråket mobiliseras kallas patienterna ”kunder”. De köper sin vård för pengar. Med marknadsspråket blir det möjligt att säga att patienterna har rätt att få valuta för pengarna, och att sjukvården ska följa patientefterfrågan i stället för att vara utbudsstyrd. Tanken är att kunden ska vara aktiv snarare än passiv (Mol 2011).

Under tiden som bolag ville VD:n på Helsingborgs Lasarett förverkliga den positiva synen som patienten som kund. Det ledde till att sjukhuset genomförde ”hotellenkäter”, inte patientenkäter, för att få klarhet i hur kunden upplevde mötet med sjukhuset. Allt handlade om att verksamheten var tvungen att utgå från att det var kunden som betalar och därmed göra kunden nöjd (Lindkvist & Aidemark 2005).

En anledning till den ökade inriktningen på de som nyttjar vården eller tjänsterna är den marknadsorientering som utgör ett genomgående tema i organisationsförändringarna inom den offentliga sektorn. Det kanske mest ideologiskt laddade element i de marknadsinriktade reformerna är de så kallade kundvalssystemen. Idén är att ”kunderna” med en ”peng” i handen fritt ska kunna välja serviceproducent och servicenivå utan mellanhänder (Lindqvist 1998). Med större kunskap, rikare tillgång till information och en utveckling där andra vårdfilosofier får större uppmärksamhet ändras patientens och vårdtagarens roll. Med en tidigare passiv undertoning inför den medicinska professionen står nu allt oftare en patient eller anhörig med tydligare egna idéer om hur vårdinsatserna skall göras. Hälso- och sjukvården skall också möta människors behov med stor respekt för deras integritet. Det finns samtidigt inbyggda risker med att större och tydligare artikulerade krav tar i anspråk vårdens resurser på bekostnad av de, ofta äldre, som inte har samma tradition eller förmåga att hävda sina behov

(Vårdens ägarformer 2002).

Från 1990-talet och framåt har också en rad åtgärder vidtagits för att stärka patientens rättigheter. En är att etablera medborgaren i en position som kund i vården. Att utnämna medborgaren som kund kan exempelvis innebära att medborgaren förväntas ha kunskap och kännedom avseende kvalitet samt åt egenvård som kan handla om att ta över arbetsuppgifter som tidigare sköttes av vårdpersonal. Inom ramen för kundvalsmodellen kan politikerna därmed förväntas använda en skapad kund för att uppnå politiska mål om att effektivisera vården och göra den bättre anpassad till medborgarnas behov. Även inom sjukvården finns det en strävan mot att göra patienten produktiv och satsa på egenvård. Det har sedan länge funnits en strävan mot förebyggande vård vilket innebär hälsovård istället för sjukvård. Teknologier har blivit en viktig del i denna satsning (Forssell & Norén 2013).

## 2.4 Sjukvård i Sverige

Med sjukvård avses tjänster som utförs i enlighet med beprövad medicinsk kunskap i syfte att förbättra någons hälsa. I praktiken betyder detta att sjukvård är en verksamhet som främst utförs av, eller i ledning under, legitimerad personal med kunskap baserat på medicinsk vetenskap. Ett annat utmärkande drag för sjukvårdstjänster är att de sällan produceras på en fri marknad. Inom de flesta länder har sjukvård ansetts vara en speciell sorts tjänst, som det bör vara en rättighet att få tillgång till vid behov, oberoende av ekonomisk ställning. I Sverige organiseras sjukförsäkringen genom statens försorg. Medborgarna garanteras automatisk tillgång till sjukvård vid behov genom sitt medborgarskap som finansieras via skattemedel. Svensk sjukvård finansieras till övervägande del av skattemedel där huvuddelen, cirka 75 procent, kommer från lokal nivå det vill säga landstingens/regionens egen inkomstbeskattning. Resterande finansiering kommer i huvudsak från patientavgifter. Genom att finansieringen av den svenska sjukvården i så stor utsträckning baseras på statlig och lokal inkomstskatt finns också ett stort mått av direkt politisk kontroll över resursfördelningen inom systemet. Även produktionen utmärks av hög grad statlig inblandning.

Fram till 1990-talet producerades nästan alla sjukvårdstjänster i Sverige direkt av landstinget/regionerna själva. Frågan om privata vårdgivares roll inom sjukvården aktualiserades som ett led i strävan att få ökad effektivitet i vårdproduktionen kom vissa experter, främst ekonomer, att förespråka ett ökat inslag av konkurrens i vårdproduktionen. Den formella regleringen av svensk sjukvård sker endast i begränsad utsträckning genom lagstiftning. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en så kallad ramlag och består av ganska

allmänt hållna politiska målsättningar, ofta utan specificering hur dessa skall uppnås (Blomqvist 2007).

Politiska idéer om hur sjukvården skall organiseras kan uppfattas som en bieffekt av andra förändringsprocesser, exempelvis minskade ekonomiska resurser. Det finns idag en ständig, snabb nyproduktion av idéer om styrning och organisation inom offentlig verksamhet och en del av den är riktad mot sjukvården. Den offentliga sektorns snabba tillväxt och viljan bland politiker att öka kontrollen över denna är sannolikt bidragande effekter. De ekonomiskt inriktade idéerna om styrning har dominerat föreställningarna om en ”god” organisation inom sjukvården de senaste decennierna (Qvarsell 2007). En kritisk betraktare av landstingsinterna organisatoriska förändringar under senare tid kan snabbt notera den förhållandevis korta överlevnadstiden för nya modeller och idéer om hur verksamheten skall organiseras och styras. Det finns en ständig jakt på ”nya” modeller som skall lösa grundläggande problem med hur resurser används på bästa sätt. Men eftersom modellerna, när de väl införts, sällan är så bra som utlovats fortsätter sökandet efter nya lösningar (Blomqvist 2007).

#### *2.4.1 Styrning och organisation*

Den övervägande andelen av hälso- och sjukvården bedrivs av kommuner och landsting/regioner i egen regi, det vill säga i förvaltningsform. Regering och riksdag har uttalat att det för utvecklingen av hälso- och sjukvården är önskvärt att mångfalden av vårdgivare ökar genom fler privata, kooperativa och ideella vårdgivare ges möjlighet att sluta avtal med sjukhushuvudmännen (Vårdens ägarformer 2002).

Förändring av och i organisationer är sällan någon lustfylld upplevelse. Berlin och Carlström (2012) hävdar att organisationer inte är designade för förändring, de strävar efter stabilitet. Även i organisationer som förväntas vara framåtsyftande, adaptiva och nyorienterande finns beteenden som med tiden tenderar att bilda väl inarbetade rutiner och traditioner. Dessa beteenden kan utgöra ett hinder för verksamhetens utveckling och effektivitet. Inom hälso- och sjukvården har väl inarbetade beteenden kunnat urskiljas under lång tid. Svensk hälso- och sjukvård har långa anor och traditioner som utvecklats långsamt. Siverbo (2007) menar att ett skäl att sjukvården inte uppfattas som effektiv i medborgarnas ögon är att nya organisationsmodeller i sig skapar förväntningar om ökade effektivitet – förväntningar som vanligen inte kan uppfyllas. Upplevd effektivitetsbrist kan bero på att verkligheten jämförs med idealmål när modellerna jämförs med andra modellers teoretiska principer.

Insikten hur viktigt det är att personalen på lägre organisationsnivåer är införstådda

med motiven bakom föreslagna reformer har understrukits av forskaren Michael Lipsky. I sin bok *Street-Level Bureaucrats* visar han att det, särskilt i organisationer där det finns specialutbildade professioner med ett stort mått av självbestämmande, är viktigt att de som berörs förstår innehållet i föreslagna reformer och själva vill förändra sitt arbetssätt (Lipsky 1980).

Garpenby & Carlsson (2007) menar att en maktförskjutning till befolkningen och patienterna genom att de i första hand får välja sin primärvård i ett listningssystem där pengarna följer individens val skulle bli en stor förändring. Både för den medicinske professionen, som genom åren haft stort inflytande över den organisation de jobbat inom, samt för landstingen/regionerna. Hälso- och sjukvården måste vara beredda på en större flexibilitet och då inte minst i primärvården.

#### 2.4.2 *Helsingborgs Lasarett*

Lindkvist & Aidemark (2005) beskriver att från 2000 till 2003 drevs Helsingborgs Lasarett som helägt aktiebolag av Region Skåne. Förslaget drevs av de borgerliga partierna med Moderata Samlingspartiet som främsta förespråkare. Den överenskommelse som träffades mellan partierna inkluderade intentioner att skilja mellan politikernas uppgifter och verksamhetsansvar. Sjukhusstyrelsen skulle bemannas med en ledning som inte direkt representerade de politiska partierna och näringslivsrepresentanter skulle finnas i styrelsen. Ett avtal mellan den nya politiska ledningen i Region Skåne och de tillträdande bolagsstyrelserna skulle säkra fem års verksamhetstid. Under det första verksamhetsåret hände mycket. Utvecklingen drevs framåt med hjälp av en vision som löd: *Helsingborgs Lasarett AB – Det självklara valet i Öresundsregionen* kombinerat med en logotype i form av initialerna H och L och en lysande sol. En ny organisation med en VD med en tillhörande stab samt åtta affärsområden och dess chefer. Den nya organisationsstrukturen innebar att gamla kliniker slogs samman till affärsområden för att skapa bättre förutsättningar för funktion, logistik och miljö.

Begreppet affärsområde valde ledningen för att skapa en ökad kostnadsmedvetenhet ute i organisationen och för att medarbetarna skulle förstå att kostnader måste hållas inom de ramar som intäkterna medgav. Helsingborgs Lasarett AB utvecklade ett målkort där verksamheten sågs ur fem perspektiv: ett finansiellt perspektiv, ett medarbetarperspektiv, ett kundperspektiv, ett processperspektiv och ett utvecklingsperspektiv. Inom dessa perspektiv underströks de övergripande målsättningarna ambitionerna att utveckla vårdkvaliteten vid sjukhuset med kompetenta och stolta medarbetare. I Helsingborg satsade man hårt på att framhäva sin

unikhet och uppbyggandet av lokal identitet genom att isolera sig från de övriga skånska sjukhusen.

2003 avskaffades privatiseringen av Helsingborgs Lasarett där motivet angavs var att de totala kostnaderna ökat kraftigt, bland annat beroende på ökad produktion. Denna ökade produktion hade inte Region Skåne råd att bekosta inom befintliga resurser. Vidare kunde lagen om offentlig upphandling medföra att sjukhusen kunde bli tvingade att övergå till privata entreprenörer vid förnyad upphandling (Lindkvist & Aidemark 2005).

#### *2.4.3 Sjukhus som bolag*

Sett till teoretiska argument för och emot privata aktörer i vården är det viktigt att skilja mellan privat finansiering respektive privat produktion. Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) köpte landstingen och regionerna år 2009 hälso- och sjukvård från privata företag motsvarande drygt 18 miljarder kronor. Det är mer än en dubbling på tio år då siffran låg på 7,7 miljarder kronor. Det är fortfarande en liten andel av de totala nettokostnaderna, drygt 10 procent (Hartman 2011).

Inom sjukhusvården genomfördes flera uppmärksammade bolagiseringar och därtill några privatiseringar under senare delen av 1990-talet. Särskilt privatiseringar genom upphandling av driftansvar för hela sjukhus som byggts upp i offentlig regi gav upphov till en ideologiskt laddad debatt kring vinster i välfärden. År 2000 ökade andelen anställda i vinstsyftande företag och offentligt ägda aktiebolag. Bolagiseringar av bland annat Danderyd, Huddinge och Helsingborg låg bakom denna förändring. Bland politiskt ansvariga i Region Skåne fanns planer på privatisering av driften vid ytterligare sjukhus denna privatisering hann dock aldrig realiseras då Socialdemokraterna åter bildade regering år 2000. Några av de sjukhus som tidigare bolagiserats återgick också i förvaltningsform (Anell 2011).

## 3 Teori

### 3.1 Organisationsidentitet

Offentliga organisationer fick under 1990-talet en identitet som formella organisationer, självständiga sammanhållna enheter med tydlig gräns mot omvärlden. Offentliga enheter blev alltmer fullständiga organisationer och innefattades av stor identitet. Med identitet menas att ha viss självständighet i förhållande till omgivningen och ha en ”vi”-känsla gentemot ”de andra”. Organisatorisk identitet handlar om organisationernas självuppfattning och dessa uppfattningar skapas i interaktion med andra och kan ses som en social konstruktion,

resultatet av en förhandlingsprocess mellan den enskilda organisationen och organisationer i dess omgivning. Dess självuppfattning utformas till stor del utifrån hur omgivningen uppfattar den. Skillnaden mellan identitetsfrågor, exempelvis vem är vi, och imagefrågor, exempelvis hur vi vill att andra ska se oss, bör enligt Alvesson (2015) inte vara alltför stor då omgivningen ofta kopplar ihop de båda begreppen. Enligt Heide (2005) är organisationsidentitet ett av de mest komplicerade områdena inom samhällsvetenskaplig forskning. Anledningen till komplexiteten i begreppet beror på att en mängd olika variabler ingår i det. Organisationsidentiteten tillhör organisationens personlighet där summan av kultur, handlingar, positionering och värderingar utgör grunden för identiteten.

### *3.1.1 Social identitet*

Alvesson (2015) menar att i organisationer är det ofta sociala, snarare än individuella, identiteter som är av störst relevans. Den unika individen är förhållandevis begränsad i det kollektiva projekt som organisationer utgör, undantag är främst vissa mindre kunskapsföretag och organisationer. Ofta när vi tänker på vilka vi är använder vi oss av sociala kategorier och grupper för att definiera oss själva, t.ex ingenjör, svensk, chef. Dessa kategorier är standardiserade och gemensamma för en större eller mindre grupp individer men särskiljande från en annan grupp. Organisationsidentitet överlappar ibland social identitet. Organisationsidentitet handlar om organisationens särart, distinkthet etc. Social identitet handlar om hur individerna verksamma i organisationen definierar sig själva. Alvesson (2015) belyser att det är viktigt att särskilja begreppet social identitet från exempelvis anammande av värderingar och normer och engagemang i en viss fråga. Social identitet refererar till självkategorisering som en utgångspunkt för hur man tänker eller relaterar, men det implicerar inte nödvändigtvis en viss värdeorientering. Social identitet är en central aspekt av hur vi fungerar och en stark bidragande orsak till gemenskap, sammanhållning och villighet att göra något för andra.

### *3.1.2 Företagskultur*

Begreppet företagskultur används för att beskriva en uppsättning gemensamma normer och värderingar som delas av företagets anställda. Kultur i detta sammanhang är ett övergripande begrepp som förklarar varför människor i samma organisation ofta tänker och agerar på snarlika sätt – en form av regler för handlandet inom organisationen. Det representerar värderingar som inte alltid är synliga men ständigt närvarande. När de anställda identifierar sig med organisationens värderingar blir de mindre benägna att sluta, samtidigt som kunderna

verkar bli mer nöjda med den service de erhåller. När personalomsättningen är låg förmedlas dessutom serviceinriktade värderingar och positiva attityder till service på ett mer effektivt sätt till nya medarbetare. Det är emellertid inte alltid som en stark kultur är någonting positivt. I situationer där omvärlden förändrats och där det krävs nya tankesätt, kan en stark kultur utgöra ett allvarligt hinder för förändring (Grönroos 2008).

## 4 Metod

### 4.1 Val av metod

Uppsatsen är byggd på en kvalitativ studie, med utvalda intervjupersoner, där tyngden läggs på hur individer uppfattar och tolkar sin verklighet samt rymmer en bild av den sociala verkligheten som en ständig föränderlig egenskap (Bryman 2011). Tillvägagångssättet var intervjuer med fem intervjupersoner, samtliga verksamma personer på Helsingborgs Lasarett, där fokus låg på deras egna upplevelser och kunskaper då de arbetade i verksamheten på Helsingborgs Lasarett under bolagsåren.

Svårigheterna med kvalitativa undersökningar är att de ofta genererar en stor mängd data som skall analyseras (Bryman 2011). Jag gjorde avgränsningen att utföra min undersökning på ett sjukhus med fem yrkesverksamma personer, därav blev det deras reflektioner och åsikter som låg till grund för analysen och nedbrytningen av materialet. För att få tillgång till hur personerna som var verksamma under bolagstiden uppfattade situationen och organisationen valde jag att genomföra intervjuer. May (2001) beskriver att metoderna för att etablera och utveckla samtal med människor om specifika ämnen och forskarnas tolkningar av de data som framkommer genom dessa samtal, utgörs av intervjuer. Intervjuerna ger en god inblick i människornas upplevelser, erfarenheter, åsikter, attityder och känslor. Intervjuerna bestod av semistrukturerade intervjuer med specificerade frågor, men där jag som intervjuare hade betydligt större frihet att fördjupa svaren på ett sätt som kraven på standardisering och jämförbarhet inte tillåter. Tanken med detta var att kunna vara flexibel inför den situation och information jag ställdes inför. Det avgörande under mina intervjuer var att frågorna gjorde det möjligt att få information om intervjupersonernas upplevelser. Trost (2007) poängterar att som samhällsvetenskaplig forskare måste man alltid förhålla sig till språkets roll i kvalitativ forskning. Det är genom språket frågorna ställs och svar ges men språket kan beroende på hur det yttras bli av egen kraft fokus för intresse. Vid utformningen av frågorna för intervjuerna var det viktigt att se över om det exempelvis fanns med värdeladdade ord, krångliga ord, känsliga frågor etc. för att inte vikta materialet i någon riktning.



#### 4.1.1 Tillvägagångssätt

Samtliga intervjuer ägde fysiskt rum på Helsingborgs lasarett under hösten 2013. En fördel för mig var att jag kände en person som jobbade på lasarettet som kunde förmedla kontakt med en chef som visste vilka personer som jobbat på sjukhuset med chefsbefattning under bolagstiden och fortfarande arbetare kvar. Intervjupersonerna valde själva rum på lasarettet för intervjun, en del tillhandahöll egna rum där vi satt ostört under intervjun medan andra bokade större konferensrum som vi kunde sitta i. För mig var det av vikt att intervjupersonerna själv fick välja plats och rum för var intervjun skulle äga rum. Samtliga intervjuer ägde rum på olika dagar och tider, intervjupersonerna var inte medvetna om vilka andra som deltog i studien för att innehållet ej skulle påverkas av varandras åsikter kring bolagiseringens för- och nackdelar. Varje intervju tog mellan 30-40 minuter i anspråk. Jag var i samtliga fall öppen med avsikten med intervjuerna och uppsatsarbetet i stort och erbjöd även intervjupersonerna att ta del av den slutgiltiga produkten.

De fem personer som deltog i studien arbetade samtliga på lasarettet när intervjuerna ägde rum 2013 och jobbade även där under bolagstiden 2000-2003 (se mer under avsnitt 4.3). Samtliga intervjupersoner var informerade innan intervjun att jag kom att spela in intervjuerna vilket samtliga gett tillåtelse till. En MiniDisc-spelare användes som hjälpmedel vilket fick lånas på Socialhögskolans expedition. Intervjuerna genomfördes i enlighet med min intervjuguide (se bilaga 1). Detta innebar att majoriteten av frågorna var förformulerade, men att det fanns plats för att ställa följdfrågor.

Efter att samtliga intervjuer ägt rum transkriberades alla fem intervjuerna. Intervjuerna skrevs ut ord för ord. Detta genomfördes i form av att jag lyssnade på materialet från inspelningarna och skrev vad de sa.

Jag använde mig av kvalitativ innehållsanalys som är en metod där skriven eller verbal kommunikation analyseras stegvis med fokus på olikheter och likheter (Troost 2010). Tolkningsprocessen kan resultera i ett eller flera teman i mitt fall flera som presenteras i analysavsnittet. Efter att intervjuerna transkriberats lästes hela materialet igenom och relevanta teman noterades med hjälp av färgpennor. Teman som blev aktuella i kodningen utöver patient kontra kund var de intervjuades syn på identitet, effektivitet samt värderingar utifrån yrkesrollen. Efter kodning av teman fördes samtliga citat in under respektive rubrik i ett separat dokument för att ge en överblick och se olika intervjupersoners reflektioner och tankar kring samma teman. Nästa steg i bearbetningen var att sortera bort det som låg utanför intervjuguidens teman och som inte var relevant för den här studien. Intressanta och lämpliga

organisationsteoretiska aspekter av intervjupersonernas uppfattningar kring ovanstående teman noterades kontinuerligt i analysens process.

#### 4.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Vid genomförandet av kvalitativa intervjuer är det viktigt att det människor säger ”situeras” dvs. placeras in i sitt rätta sammanhang. Slutsatserna kan i allmänhet inte generaliseras till andra fall inom kvalitativ forskning, men kan ge upphov till hypoteser vars generella giltighet kan verifieras för ett stort antal fall med kvantitativ metod (Ahrne & Svensson 2011). En förtjänst var att jag fick reda på de intervjuades uppfattningar och erfarenheter i förhållande till mina frågeställningar. En av de kvalitativa metodernas största styrkor är att det som framkommer är människors insikter och erfarenheter, vilket ger ny förståelse och nya sätt att se på forskningsfrågan. Diskussionen om den optimala forskningsmetoden kommer troligtvis alltid stå i motstrid med varandra eftersom det finns en lång historia kring hur de två metoderna bottnar i två olika vetenskaper. Det kvalitativa metodvalet fann jag lämpligast för min studie. Det finns för- nackdelar med metodvalet men det viktigaste är att vara medveten om dessa och kunna använda den valda metoden på bästa sätt. Den semistrukturerade, riktat öppna intervjuform som användes gav mig fördelen att ge stora datamängder från de relativt få intervjupersoner jag samlat in data från. Genom denna intervjuform var förhoppningen att nå en individualiserad kunskap från intervjupersonerna, samtidigt som jag i varje individuell intervju kunde tolka hur intervjupersonerna uttryckte sig i förhållande till dels mig som intervjuare och dels till de frågor jag ställde till dem.

I mitt fall använde jag mig av en låg grad av standardisering. Visserligen var frågeformuläret detsamma till alla intervjupersoner men ordningsföljden av frågorna var olika, följdfrågor formulerades beroende på tidigare svar och jag formulerade mig annorlunda efter intervjupersonens språkbruk. Jag använde jag mig av en hög grad av strukturering<sup>1</sup> i intervjuerna då de alla följde samma ämnesområde och alla frågorna var inom detta område relevanta, däremot öppna men utan angivna svarsalternativ (Trost 2010).

Jag var tvungen att vara uppmärksam på under mina intervjuer var att en del av mina frågor var av retrospektiv karaktär. Det innebar att intervjupersonen ombads att tänka tillbaka och berätta om hur han/hon uppfattade saker för en tid tillbaka. Målet var att få svar på hur intervjupersonen ansåg att det var vid den tidpunkten frågan handlade om, inte hur intervjupersonen vid tillfället ser på hur det var då. Glömska, förenklingar och omtolkningar

---

<sup>1</sup> Strukturering handlar i detta avseende om beteckningen för datainsamling

är viktiga element i våra liv och de gäller inte enbart för känsliga frågeområden. Många studier har gjorts som visar på ett synnerligen svagt samband mellan vad en person gjorde vid ett givet tillfälle och hur personen senare ser på samma beteende (Troost 2010). Detta är en av svagheterna i min studie där man får titta på resultatet och ha med det retrospektiva perspektivet i åtanke.

### 4.3 Urval

Det kan i den kvalitativa metoden finnas vissa urvalsproblem när man ska genomföra intervjuerna, därför är det viktigt att man tänker över hur man väljer ut dem man vill intervjua (Ahrne & Svensson 2011). Intervjupersonerna jag valde hade alla en chefsposition när Helsingborgs lasarett bedrevs som bolag och som arbetade kvar på lasarettet vid intervjutillfället. Anledningen till att urvalet föll på personer med chefsbefattning var att jag önskade ha intervjupersoner med samma befattningsnivå för att kunna se skillnader och likheter kring det jag ville undersöka avseende kundbegreppet och organisationsidentitet. Beträffande urval vid en kvalitativ studie innebär det att välja ut vilken grupp som forskningen ska innefatta, till exempel individer, organisationer, dokument etc. med hänvisning till den valda frågeställningen (Bryman 2011). Deras yrkestitel och vad de arbetade med 2003 kontra 2013 var i en del fall oförändrad medan vissa tagit i ett karriärsteg i annan inriktning, dock jobbade samtliga kvar på Helsingborgs Lasarett när intervjuerna ägde rum. Två av mina intervjupersoner arbetade kvar med samma arbetsuppgifter 2003 som 2013, där hens titel var enhetschef. Två av mina intervjupersoner var verksamma som områdeschefer under bolagstiden där den ena, 2013, gått över till lokalsamordnare och den andre med ett uppdrag inom HR. Min femte intervjuperson arbetade under bolagstiden som affärsområdeschef och hade 2013 titeln divisionschef men förtydligade att det var samma arbetsuppgifter. Ett ytterligare komplement hade kunnat vara att intervjua personer som varit mottagare av vård, både när lasarettet bedrevs privat men också efter det att lasarettet gick tillbaka inom regionens drift. Jag fann det ej genomförbart under den tidsperiod det fanns tillgång till samt att det skulle ställa mycket höga krav utifrån etiska frågeställningar utifrån vårdtagarna.

### 4.4 Metodens tillförlitlighet

Syftet med ett projekt måste vara avgörande för vilket metodval man väljer att använda sig av. Tradition eller normen för ett visst ämnesområde skall inte vara avgörande, ändå betraktas

inte sällan en kvantitativ studie som mer riktiga och mer tillförlitliga än kvalitativ studie. Det som går att räkna och mäta anses vara mer riktigt och mindre spekulativt. Att genomföra en kvalitativ studie kan även vara svårt då dagens samhälle genomsyras av kvantiteter. En stor del av den samhällsvetenskapliga forskningen ser på social struktur och sociala processer som summan av enskilda människors personliga egenskaper. Dessa egenskaper bör ses som enheter dvs. vilka människan har eller äger som enskild individ. Varje egenskap betraktas som en analysenhet och alla individer slås samman för analysen. De summerade egenskaperna blir till sociala kategorier (Trost 2010). Min studie fokusera istället på mönster som framträdde inom ämnesområdet. Det kvantitativa angreppssättet analyserar relationer mellan variabler och inte mellan människor.

Inom kvalitativ forskning pågår en debatt kring hur väl begreppen reliabilitet och validitet stämmer överens med tillvägagångssättet. Ett sätt att undersöka det är att assimilera begreppen reliabilitet och validitet i den kvalitativa forskningen utan att ändra begreppens betydelse men däremot lägga mindre vikt på frågor som rör mätning (Bryman 2011). Tillförlitlighetskraven avgör i stor mån trovärdigheten för studiens resultat. Om det finns många olika beskrivningar av en social verklighet är det i slutändan trovärdigheten, i den beskrivning forskaren kommer fram till, som avgör hur pass acceptabel den är i andras ögon. Djupintervjuerna i mitt arbete inleds med en kort redogörelse av uppsatsens bakgrund. Intervjuerna följer därefter intervjumallen som generellt syftar till att stimulera djupare diskussion kring undersökningens problem och syfte. Genom att ställa öppna diskussionsfrågor minimeras risken att ställa ledande frågor och därmed undviks eventuella missuppfattningar. Ovanstående gör att intervjuerna mäter det som avses att mätas och därmed anser jag att validiteten i denna uppsats är god. Att skapa en tillförlitlighet i resultatet inbegriper både att man säkerställt att undersökningen utförts i enlighet med de regler som finns och att man rapporterar resultaten till de personer som är en del av den sociala verklighet som studerats. För att åstadkomma bästa möjliga reliabilitet så görs en fullständig redogörelse av samtliga faser i forskningsprocessen (Bryman 2011). Jag har lagt stor vikt vid att formulera tydliga frågor och ett syfte och en grundlig analys av materialet samt att hålla en transparent forskningsprocess som i detta avseende kan bidra till att höja uppsatsens tillförlitlighet.

Reliabilitet eller tillförlitlighet betyder att mätningen av data har skett stabilt och utan inflytande av främmande faktorer (Trost 2010). Utifrån mina intervjuer är det intervjupersonernas svar jag har analyserat och satt i sammanhang. Trovärdigheten i studien ska ses ur sitt sammanhang där det inte är en generell förklaringsmodell eller en sanning utan en analys utifrån de kvalitativa intervjuerna som genomfört.

## 4.5 Etiska överväganden

Forskningskravet innebär att samhället har ett berättigat krav att all forskning som bedrivs genomförs och inriktas på väsentliga frågor som håller kvalité. Samhällets medlemmar har emellertid samtidigt ett berättigat krav på skydd mot otillbörlig insyn. Detta individskyddskrav omfattar även skydd mot skada, kränkning eller förödmjukelse (Vetenskapsrådet). Dessa två krav, forsknings- och individskyddskravet, har jag i min uppsats bejakat med ytterst aktsamhet. Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra underliggande krav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Alla intervjupersoner som deltagit i min studie informerades om syftet med forskningen samt att de närsomhelst kunde avbryta deltagandet om så önskades. Deltagarna i undersökningen hade rätt att själva bestämma över sin medverkan och samtycke inhämtades från alla deltagare. Alla personer i undersökningen innefattades av konfidentialitet i form av att deras identitet ej kan röjas. All information som inhämtas under denna studie kommer endast att användas i detta forskningsprojekt. Som forskare är det viktigt att förstå förhållandet i det asymmetriska mötet mellan sig själv och den intervjuade då bara den ena parten söker information av den andre parten. Även om jag använde mig av öppna frågor fanns det ändå begränsningar i frågorna och detta påverkade intervjupersonen både genom att stimulera berättandet men också genom att hämma och begränsa det (Meeuwisse et al. 2008). De som intervjuas har rätt till sin egen integritet och sin egen värdighet. Det gäller inte bara i samband med datainsamlingen, dvs. vid första kontakten, vid själva intervjuerna och vid förvaringen av materialet (Trost 2010).

## 5 Resultat & Analys

Det som intresserade mig var att undersöka på om chefer på Helsingborgs Lasarett ändrade synen på de vårdsökande beroende på hur de benämndes, patienter kontra kunder, och om bolagiseringen av organisationen förändrade hur personalen identifierade sig. Det finns olika minnesbilderna från denna tid och en variation utifrån hur de olika intervjupersonerna uppfattade det och främst hur det upplevde att det påverkade dem både utifrån att sjukhuset bedrevs som bolag samt hur intervjupersonerna såg på sin egen roll kopplat utifrån teorin om organisationsidentitet.

## 5.1 Sjukhusets identitet

En samstämmig ton bland cheferna var deras upplevelse att sjukhuset fick en ny mer utpräglad identitet och att den genomsyrade hela sjukhuset och innefattade alla som arbetade där. Identiteten skapades genom klassiska attribut som kläder med logotyper, sammanhållning och ett ”vi” genom aktiviteter i form av fester samt att sjukhuset skapade ett varumärke kring sig. Tre intervjupersoner uttalade sig kring förändringen under bolagstiden;

”vi hade egna kläder, fick en egen identitet och det var ju heller inte klart populärt i regionen att vi hade en egen identitet. Vi hade snygga blå och vita kläder med loggan på. De fick plockas bort när vi gick in i regionen igen” –  
Intervjuperson 2

”vi hade fantastiska personalfester och där var en tävling att göra en logotype till lasarettets egna personalkläder. Vi hade en liten affär i källaren som sålde profilprodukter. VD:n hade på personalfesten en specialbeställd kostym med den vinnande logotypen över hela kavajen” - Intervjuperson 1

”våldigt mycket varumärkesstolthet – här kommer vi” – Intervjuperson 5

Bolagsbildningen betydde att sjukhusets ledning kunde fatta beslut utan att de först skulle förankra eller likrikta inom regionen. Bolagsbildningen var basen för en mer utpräglad identitet som på sjukhuset utvecklades och förstärktes. I allmänhet slöt cheferna upp kring sjukhusets identitet. Processen att skapa en identitet genomfördes medvetet: logo, kläder, fester, annonser och informationsmöten bidrog (Alvesson 2015). Sjukhusets identitet inriktades mot att vara ett effektivt, serviceinriktat sjukhus med korta väntetider och hög produktivitet.

Blomqvist (1996) talar om en lämplighetens logik, vilket innebär att identiteten begränsar handlingsutrymmet. Utgångspunkten för avgörandet av vad som är lämpliga handlingar är identiteten hos aktören i fråga. Därför är det sjukhusbolagens syn på den egna identiteten och omvärldens uppfattning av denna som avgör lämpligt agerande hos bolagen. Både ledning och personal lyfter fram den förändrade organisationsidentiteten som en viktig konsekvens av bolagiseringsförändringen. Alvesson (2015) menar att den sociala identiteten bland personalen blir starkare ju mer distinkt den framträder, ju mer kollektiva processer som förekommer och ju mer framgångsrik den upplevs vara.

”när vi kom tillbaka in i ”familjen” fick vi lägga ner de system vi byggt upp för dom passade inte in i regionens. Det var väldigt synd eftersom våra system var mycket bättre än de vi är tvungna att använda oss av idag” –

Intervjuperson 3

”det blev en större anknytning till samhället i övrigt; som jag ibland tycker att vi har problem med, vi ska vara skyddade från det som händer i samhället för att vi har vår anställningstrygghet. Därför kan du se sådana insändare i tidningen där man klankar ner på sin egen arbetsplats. Det är inte okey att vara illojal om du jobbar på IKEA” – Intervjuperson 1

”Lasarettet kom på kant med övriga regionen” – Intervjuperson 4

Alvesson (2015) beskriver också hur social identitet är en central aspekt av hur vi fungerar och en stark bidragande orsak till gemenskap, sammanhållning och villighet att göra något för andra. Samtliga respondenter beskrev att under tiden när lasarettet bedrevs som bolagsform fanns det en helt annan ”vi-känsla” och samhörighet. Inte minst genom yttre attribut som flertalet reflekterar påverkade dem att känna tillhörighet till sin arbetsplats men också att det skapade avstånd till övriga sjukhus och att förändringen organisationen gjort fick backning när den skulle återinföras i regional tappning.

## 5.2 Effektivitet

Ett gemensamt drag hos flertalet organisationsmodeller som använts inom den svenska sjukvården är att de alla bygger på idéer om effektivitet, antingen genom att ge förutsättningar för resurssnålare sjukvård eller högre kvalitet, allra helst båda delarna. Chefer på lasarettet beskrev under bolagsåren ett annat sätt att prata om effektivitet.

”det var en helt ny tanke för oss, att det handlade om vår överlevnad – vårt uppdrag. Det gick att göra den förändringen i att tänka så, tillslut var personalen positiva när vi fick in nya patienter istället för att tycka det var positivt med tomma sängar” – Intervjuperson 2

”Vi pratade mycket om förändringen i tanken, detta var vårt uppdrag att ha en hög produktion istället för förvaltningstiden där det gällde att ha så låg produktion som möjligt” – Intervjuperson 1

Almqvist (2006) beskriver att det inträffar att idéer, teorier och modeller också i praktiken fungerar som det var tänkt. Således har vissa delar av NPM påverkat praktiken på just det sätt som förespråkas i den bakomliggande teorin. Citaten ovan ger exempel på hur implementeringen av NPM på lasarettet fick cheferna att se de positiva effekterna av effektiviseringen där sjukhuset nyttjade sin maximala kapacitet på ett produktivare sätt.

Två av de jag intervjuade var också kritiska mot hur sjukhuset organiserats och styrts efter att det gick tillbaka till förvaltningsform.

”Som i alla år handlar sjukvården om kostnader, det är en tärande verksamhet där vi inmatas med att hålla kostnaderna nere – paradoxen är att ju fler kunder vi har desto fler kunder få vi – ju fler vi räddar till livet desto fler blir sjuka i framtiden” – Intervjuperson 5

”idag vill vi inte ha så mycket kunder för det kostar pengar, när vi var bolag handlade det om att vi skulle ha så mycket kunder som möjligt – så mycket patienter som möjligt” – Intervjuperson 1

### 5.3 Kundbegreppet

Intressant i min studie var att oavsett hur många attribut man kunde implementera och hämta inspiration från exempelvis, New Public Management, Service Management etc. genom varumärkesprofilering på olika sätt så var det just tilltalet kund istället för patient som de flesta intervjuade reagerade på.

”Patienten som kund, det var ett begrepp vi hade svårt för. Patienten har ju inte en valfrihet på det sättet – de patienter som inte är akut sjuka eller gamla kan kanske välja lite grann men inte de andra” – Intervjuperson 3

”Tycker egentligen att man har valfrihet som patient även om man inte är kund. Det är falsk varudeklaration att kalla patient för kund för de finns inte de möjligheterna att välja på det sättet” – Intervjuperson 2

”Kan inte komma ihåg att vi pratade kunder men förhållningssättet var mer åt kund. Vi var angelägna om att patienterna skulle komma hit. Fanns mer ett kundperspektiv ett öppet och mottagande perspektiv”  
– Intervjuperson 5

”man ville att patienterna skulle benämnas som kunder och också annat militärsnack som STAB och divisioner – det var man inte van vid”  
– Intervjuperson 5



”de blir inte riktigt kund - i så fall konsument, vi skulle behöva bli bättre på vårt uppdrag att vi jobbar för våra medborgare, ibland glöms det bort”  
– Intervjuperson 2

Alvesson (2015) beskriver svårigheten med att fånga företagets marknadsorientering och kundorientering och att många hamnar i relativt ytliga och glättande beskrivningar. Standardiserade slagord om att vara ”kvalitetsorienterad”, ”marknadsstyrd” eller fokuserad på ”kundens behov” säger inte särskilt mycket. En intervjuperson reflekterar över sjukhusets slogan ”Helsingborgs lasarett – det självklara valet” och en annan kring begreppet kund.

” ibland ”hajade” jag till när jag såg loggan på papper och dokument och slogs av taken vad löjligt med en slogan för ett sjukhus” – Intervjuperson 2

” jag har alltid haft svårt att förlika mig med att en patient är en kund – vad har de för valmöjligheter egentligen?” – Intervjuperson 5

Under de senaste åren har det tillkommit så kallade valfrihetssystem inom den offentligt finansierade sjukvården. Grundprincipen i sådana är att vårdgivare, såväl privata som offentligt drivna, efter auktorisation får erbjuda vård till individer och ersätts av ansvarigt landsting beroende på i vilken mån individerna väljer just dem. Patienter är i ett sådant system att likna vid ”kunder” som väljer ”leverantörer” (Mol 2001). Två av mina intervjupersoner uttalade sig kring den ekonomiska aspekten av att driva sjukhus som bolag.

”Vi kostade pengar när vi var effektiva” – Intervjuperson 5

”det är bristen på kvalitet som gör att man läcker pengar. Jag pratade med en överläkare på st. Görans sjukhus i Stockholm som ägs av Capio, han pratade bara kvalité ingen ekonomi. Jag sa till honom att jag både var imponerad och förvånad. Då sa han att man ska prestera så bra att kunderna väljer dig, då löser sig allt” – Intervjuperson 2

#### 5.4 Värderingar och Kultur

I alla intervjuerna framhävde intervjupersonerna att de förmåner som kännetecknade bolagsåren, uppskattades. De bidrog till en positiv inställning till bolaget och till en uppslutning kring organisationens mål. Däremot uttryckte en av mina intervjupersoner ett

problem och det är det retroaktiva perspektivet som har en förmåga att göra att vi kommer ihåg mest av det vi minns som var bra.

”jag har kommit på att jag nog förskönade lite hur det var under den tiden. För när jag skulle flytta senast hittade jag en massa papper och då har jag gjort en minnesanteckning när jag var så förbannad på VD:n för att vi bara skulle få lov att anställa vikarier på två månader i taget. Sånt märker jag att jag glömt, kommer bara ihåg nybyggarandan” – Intervjuperson 2

Det är spännande att se att personalen kunde ta till sig både annan organisation, styrning, språkbruk och klädseln men just själva patientbegreppet ligger det så mycket mer värderingar i. Patientbegreppet berör på ett djupare plan och att benämna patienten som kund var för många, även inom högre positioner i organisationen, svårt att förknippa verksamheten med. En intervjuperson mindes att han/hon kände oro inför organisationsförändringen. Farhågan bestod av innehöll att genuina värderingar och kultur skulle försvinna. Att denna både i sin arbetsroll och som yrkesval skulle åsidosätta sina grundvärderingar.

”jag kände mig orolig när jag fick informationen om ombildningen, en del av min osäkerhet tror jag byggde på att jag som person valt detta yrke utifrån mina värderingar och jag har alltid haft stor tillit till sjukhuset som arbetsplats” – Intervjuperson 1

De anställda inom vård, skola och omsorg motiverar ofta sina yrkesval med att själva jobbet är meningsfullt. Självständighet, respekt och tillit från samhället i övrigt finns också med intill den ideella inre drivkraften hos de anställda som skapar grunden i välfärdstjänsternas kvalitet. Däremot kan man fundera över välfärdsarbetets villkor där en maktkamp uppenbarar sig, där politiker slåss om kontrollen över välfärden mot dem som är anställda inom professionerna. De lever också ibland i skyddade verksamheter som kan bli ett hinder för nytänkande, utveckling och samtidsrelevans samt effektiva försvarsorganisationer för gamla privilegier och hierarkier. Både politiker, byråkrater och högstatusprofessioner behöver utmanas i sin tolkning av vad som är samhällets bästa (Mattsson 2014). Vidare belyser Alvesson (2015) vikten av särskiljandet mellan social identitet från anammandet av värderingar och normer. Detta går i flertalet intervjuer att urskilja där merparten av intervjupersonerna talade om organisationen och dess ledord men att chefernas egna engagemang och värderingar fanns kvar i grunduppdraget.

## 6 Avslutande diskussion

Min bild är att granskningssamhället är här för att stanna tills nästa stora samhällsomvandlingsvåg sveper över oss. Vi har alla blivit mer individualistiska, det är en process som inte går att förhindra. Kraven på likabehandling och transparens hänger ihop med individualiseringen. Budgetarbete sätter fokus på de resultat man vill uppnå och vad patienter och kunder efterfrågar. Allt detta kommer även i fortsättningen kräva kontroll, uppföljning och dokumentation. Förespråkare för NPM vill gärna sprida en aura av vetenskaplighet över allt mätande, granskande och systembyggande. Frågan är om mål- och resultatstyrning någonsin fungerat eller kan fungera. Enligt mig är välfärdens mål och uppgifter alltför motstridiga, skiftande och komplexa för detta ändamål.

I framtiden finns det ett behov av forskning kring om vad som händer i förhållandet om patienter samt brukare blir kunder inom alla offentliga organisationer. Det behövs empirisk forskning om bolagiseringens och privatiseringens betydelse och konsekvenser för ledning och organisering av svensk välfärd.

Som framgått av både internationell och svensk forskning är konsekvenserna av fler privata alternativ inte givna. Utfallet beror på villkoren för konkurrens och hur vårdgivare ersätts. Ett viktigt syfte med olika studier blir därför att ge stat och landsting underlag så att man kan förbättra sin styrning och konkurrensen på de vårdmarknader som nu etablerats. Att på samhälls nivå organisera produktionen av sjukvård handlar alltså om politisk styrning och vilja att forma samhällets institutioner. Ytterst handlar det om demokratins möjligheter att skapa det samhälle medborgarna genom sina val uttryckt att de vill ha.

Likt det Alvesson (2015) beskriver kring organisationsidentitet och social identitet, att man definierar sig utifrån profession, status etc. finner jag det intressant att intervjupersonerna jag talat med inte omidentifierade verksamhetens eller sin egen identitet när formen för driften var annorlunda. Avseende verksamhetschefer på ett sjukhus och deras grundvärderingar utgår jag ifrån att de flesta, precis som många yrkesverksamma inom socialt arbete, valt utbildningen och yrket utifrån att det är ett människobehandlade yrke. Jag ser det som en svårighet när människobehandlade yrken, inom sjukvård, skola och socialtjänst går in med ett marknadsstyrt tänk med fokus på resultat, effektivisering och synen på patienten/brukaren etc. I resultatet av min uppsats går det ej att dra en slutsats utifrån om cheferna på sjukhuset förändrade sin inställning till de vårdsökande beroende på hur verksamheten bedrevs. Jag har en tilltro att vi som människor påverkas mer än vad vi tror utifrån hur vi benämner något där

ordets betydelse är stark. Det väcker frågan om cheferna, trots att de hade svårt att förhålla sig till kundbegreppet ändå influerades av dess betydelse.

Jag finner det intressant att det fanns ett motstånd till kundbegreppet bland cheferna på Helsingborgs Lasarett trots att minnesbilden från bolagstiden i stort var övervägande positiv. Jag tycker att det visar att cheferna la stor vikt vid själva begreppet i stället för att fokusera på dess innebörd och att det saknas en riktig förståelse för vad kundbegreppet egentligen innebär. Anledningen till detta går utifrån mitt material inte att göra en fullständig slutsats från men en gemensam nämnare var att cheferna var positiva till bolagiseringens innebörd men negativt gentemot dess verbala förändringar ex; kund, valfrihet, STAB, slogan m.m. Med utgångspunkt i chefernas definition av kundbegreppet går det att utläsa att det ligger mer än bara ekonomiska aspekter i dess innebörd. Att bli betraktad som kund måste inte alltid innebära att kunden får vad den betalar för och ett kundbegrepp behöver inte leda till en ojämlig vård där ekonomiska förutsättningar styr.

Att med marknadsekonomiska termer och glasögon titta på offentliga verksamheter och dra slutsatser som att de organisationerna är ogynnsamma och ineffektiva anser jag vara en förenkling av verkligheten. Effektivisering och mätning mot mål och budget kan visa på resultat och positiva siffror men säger mindre om hur verksamheten mår och hur de som tar del av tjänsten uppfattar den. Flera samhällsfunktioner inom välfärdssverige har på något sätt kommit i kontakt med NPM. Somliga har tagit fasta på flertalet delar av NPM där man idag också kan se att det tenderar att gå mot ett annat håll där man numera introduceras exempelvis tillitsbaserad styrning inom socialtjänsten. Denna modell förespråkar större bestämmanderätt för den som är verksam inom sitt område men i min mening svår att implementera utifrån att välfärden, både kommunalt och regionalt styrs av våra politiker. När man idag omnämmer NPM avfärdas begreppet utifrån att det visat sig inte kunna koopereras in på ett bra sätt i den offentliga sektorn. Utifrån min studie finns det dock vissa element där intervjupersonerna, som tagit del av båda världarna, lyfter som positiva under privatiseringen. De flesta av synpunkterna som framgick ur intervjuerna går att härleda till social identitet, image och företagskultur, alla centrala begrepp inom organisationsidentitet. Kan detta vara ett recept för en lyckad välfärdsstat i framtiden? Kan organisationer finna balans mellan att identifiera sig utifrån sina grundvärderingar och ändå inspireras av marknadstänk i form av effektivitet, utan att fokusera på resultat ifrån endast siffror och hårda värden.

Att ständigt söka nya modeller för organisering av vår välfärd är ofrånkomlig, utifrån att de flesta sådana verksamheter idag ger minusresultat. Det finns dock risker med ständiga organisationsförändringar, risker värda att ta på allvar. Att komma för långt ifrån sina grundvärderingar kan skapa instabilitet, osäkerhet inför uppdraget och i värsta fall personalflykt där kompetens riskerar att gå förlorad. Att ständigt jaga den bästa modellen för organisationen gör också att fokus hamnar på processer med risk att tappa fokus på den som ska ta emot tjänsten vilket är förödande inom välfärden.

I mina intervjuer var ordet kund något de flesta hade svårt att förhålla sig till och ville minnas att man kallade dem patienter. Det intressanta med detta var att samma intervjupersoner inte hade problem med att kalla lasarettet för bolag, ledningen för stab eller bära tydliga slogans på sina arbetskläder. Dock när det kom att sätta en ekonomiskt grundad term på patienterna och kalla dem kunder var detta svårare att ta sig till och förhålla sig till. Det var som att ”hit men inte längre”. Kan det vara att ordet kund ligger så pass långt ifrån grundvärderingen av yrkesidentifikationen att det inte går att förhålla sig till det?

Trots att NPM idag inte längre är en modell som anses lika aktuell inom välfärdssektorn finns det delar från den som fortfarande anses aktuella. Mätinstrument inspirerade från NPM används inom offentliga organisationer, exempelvis att mäta medborgarnas delaktighet, nöjdhet och hur de ansetts blivit bemötta. Det saknas dock diskussion över vad som anses är nöjdhet när man arbetar inom människobehandlade yrken, så som vård och socialt arbete, där det många gånger ställs antingen höga krav från medborgaren alternativt att de ej önskar hjälp över huvud taget. Ytterligare en fråga för diskussion är hur man hanterar de människor som inte tillhandhåller samma kompetens och möjlighet att göra sin röst hörd som andra medborgare. Är det den kund som ställer högst krav som ska berättigas bäst insatser eller vård? Utifrån marknadstänk sägs ofta att kunden alltid har rätt, men hur rymmer det inom vården och socialt arbete där utbudet oftast inte är valbart på samma sätt som på den fria marknaden.

Det finns de som menar att New Public Management har delat upp sjukvården i låtsasföretag och att integriteten för yrket hotas och blir ett föremål för prissättning och aggressiv handel. Kan det finnas ekonomiska incitament att inte hålla en patient vid liv för att det skulle vara gynnsammare om fallet fick en annan utväg? Då gör man det som ger mest betalt och ser till att utgifterna för remisser och läkemedel belastar någon annan. Att ta ansvar för patienten är direkt olönsamt och kanske därför inte tillåtet. I min undersökning ser jag en

utmaning med NPM är att mät- och styrmetoder från industrin inte kan fånga upp kvaliteter som inte översätts i kvantiteter.

Utifrån resultatet av mitt material uppstår tankar hos mig varför endast ett fåtal av intervjupersonerna ifrågasatte delar av organisationsförändringen, som min uppsats härleder till NPM, utifrån att den ej var anpassade till en människobehandlande organisation. Det kan tilläggas funderingar kring varför inte fler av de intervjuade uttalat sig kritiskt till den organisationsförändring som skedde. Mina resultat pekar på att det till största del krävs en anpassning till en människobehandlande organisation som sjukvården, då det föreslagna konceptet härstammar från den privata sektorn. I NPMs anda kring effektiviteten och flöde beskrev flera av mina intervjupersoner att effektiviteten ökade, i form av fyllda sängar på sjukhuset och att det var något positivt när det drevs som bolag men ett problem när det drevs på regional nivå. Det väcker frågor hos mig varav den med störst tyngd blir om vi har råd att effektivisera vård och socialt arbete i den mån att det skulle vara ett ständigt flöde. Finns det medel att bekosta en sådan apparat? För vem blir det effektivt; ”kunden” eller organisationen? Detta är en intressant fråga för vidare studier. För vidare forskning och utveckling av studien hade det varit intressant att observera och analysera intervjupersonernas uttryck och reaktioner mer ingående. Att undersöka om skillnaden i åsikter mellan olika yrkestitlar (sjuksköterskor, undersköterskor och läkare), ålder och tid i yrket hade också kunnat tillföra studien ett intressant perspektiv då de arbetar närmre patienterna än vad cheferna gjorde.

## Referenslista

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber
- Ahlbäck, S Ö. & Widmalm S. (2013) "NPM på svenska". I *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler
- Almqvist, R. M. (2006). *New public management: NPM : om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Alvesson, M. (2015) "Organisationskultur och ledning". I Arvidsson, G & Lind, R. (red) *Ledning av företag och förvaltningar*. Stockholm: SNS Förlag
- Andersson, B. & Hult, C. & Svensson, A. (2005): *Kund eller patient? Till kritik mot en marknadsanpassning av patientbemötandet*. Magisteruppsats på Ekonomihögskolan i Lund
- Anell, A. (2011) "Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi". I Hartman, L (red.) *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd*. 2. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Berlin, J. & Carlström, E. (2012). "Trender som utmanar traditioner: En hälso- och sjukvård i metamorfos". Offentlig förvaltning. *Scandinavian journal of public administration*. 16:2, s. 3-23
- Blom, B. & Morén, S. & Nygren, L. (red.) (2013). *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. 2., omarb. utg. Stockholm: Natur & kultur
- Blomqvist, C. (1996) *I marknadens namn. Mångtydiga reformer i svenska kommuner*. Stockholm: Nerenius & Satérus förlag
- Blomqvist, P. (red.) (2007). *Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Dellve, L, Eriksson, A, Fredman, M & Kullén Engström A (2013) "Lean i Hälso- och sjukvården." I Sederblad, Per. (red.) *Lean i Arbetslive*. Stockholm: Liber AB
- Forssell, A. & Norén, L. (2013). Kunden i kundvalsmodellen. Om konstitueringen av en kund i primärvården. Offentlig förvaltning. *Scandinavian Journal of Public Administration*. 16:2, s. 25-43
- Garpenby, P. & Carlsson, P. (2007). "Organisationsförändringar och prioriteringar i svensk sjukvård". I Blomqvist, P. (red.): *Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Grönroos, C. (2008). *Service management och marknadsföring: kundorienterat ledarskap i servicekonkurrensen*. 2. uppl. Malmö: Liber
- Hartman, L. (red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd*. 2. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Heide, M. Johansson, C. & Simonsson, C., (2005). *Kommunikation & Organisation*. (1. uppl.) Malmö: Liber
- Lindkvist, L. & Aidemark, LG. (2005). *Sjukhus som bolag. Om legitimitet och identitet*. Stockholm: SNS förlag
- Lindqvist, R. (red.) (1998). *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur

- Lipsky, M. (1980), *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York : Russel Sage Fundation.
- Mattsson, K. (2014). *Välfärdsfabriken: om arbetets mening och gränslös kontroll*. Stockholm: Leopard
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Meeuwisse, A. & Swärd, H. & Eliasson-Lappalainen, R. & Jacobsson, K. (red) (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. Natur och Kultur
- Mol, A. (2011). *Omsorgens logik: aktiva patienter och valfrihetens gränser*. Lund: Arkiv
- Qvarsell, R. (2007). "Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv". I Blomqvist, P. (red.): *Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Siverbo, Sven (2007). "Drivkrafter bakom nya organisationsmodeller inom sjukvården". I Blomqvist, P. (red.): *Vem styr vården?: organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Skålén, Per (2004) "New public management reform and the construction of organizational identities". *International Journal of Public Sector Management*, 17(3): 251-263.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., [omarb.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
- Vårdens ägarformer - vinst och demokrati (2002). *Vinst för vården: idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer - vinst och demokrati*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- Zaremba, M. (2013). *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler



- 1.) Hur ser Din yrkesroll ut idag?
  - 1.2.) Hur länge har du jobbat på lasarettet?
  - 1.3.) Vad har du för utbildning?
  - 1.4.) Vad ingår i dina arbetsuppgifter?
  
- 2.) Hur såg Din yrkesroll ut när Helsingborgslasarett drevs som bolag?
  - 2.1.) Hur såg den ut innan det drevs som bolag?

.....
  
- 3.) Vad hände med Helsingborgslasarett när det drevs som bolag?
  
- 4.) Hur uppfattade Du att den förändrade driftsformen påverkade ditt samarbete med:
  - 4.1.) ägare och politiker?
  - 4.2.) sjukhusledningen?
  - 4.3.) fackliga organisationer?
  - 4.4.) medarbetarna?
  
- 5.) Vad fanns det för bakomliggande tankar att lasarettet skulle drivas som bolag?
  - 5.1.) Hur kände Du inför denna förändring?
  
- 6.) Vad fungerade bra under denna tid?
  
- 7.) Vad fungerade mindre bra?
  
- 8.) Bolaget lades ner innan tidsfristen löpt ut, vad var dina känslor när det skedde?

.....
  
- 9.) Var patienterna, patienter eller kunder under bolagstiden?
  - 9.1.) Hur benämns dem idag?
  
- 10.) Vad inrymdes under kundbegreppet?

11.) Tycker Du att människor som arbetar på lasarettet såg annorlunda på sina patienter beroende på hur de titulerades?

11.1.) Såg man annorlunda på patienterna under bolagstiden, och i så fall på vilket sätt?

11.2.) Hur påverkade detta patienterna?

11.3.) Hur påverkade detta personalen?

11.4.) Hur påverkade det Dig?

.....

12.) Hade din avdelning en högre eller lägre effektivitet under bolagstiden?

12.1.) Tror du att de hade att göra med att det bedrevs i privat regi eller fanns det andra faktorer som spelade in?

13.) Finns det erfarenheter från bolagstiden som Du valt att implementera i ditt arbete idag?

13.1. Vilka?

14.) Finns det negativa erfarenheter från bolagstiden som du undviker i ditt arbete idag?

14.1.) Vilka?

Tack för att Du har valt att i min kvalitativa undersökning,

Jag studerar den 6:e terminen på Socionomprogrammet på Lunds Universitet, Campus Helsingborg och har precis påbörjat att skriva min C-uppsats och har valt att skriva om förhållandet mellan en offentlig och privat/alternativ driftform av verksamhet inom välfärdssektorn ”*Från Patient till Kund - en kvalitativ studie av kundbegreppet inom välfärdssektorn med fokus på sjukhus som bolag*”.

Du är kontaktad då du arbetade som områdes/verksamhetschef när Helsingborgs lasarett bedrevs som bolag. Intervjun kommer att bota i dina erfarenheter från den tiden då lasarettet bedrevs som bolag samt hur det bedrivs nu. Syftet med min studie är att jag vill undersöka huruvida organisationer, inom välfärdsstaten, ser annorlunda på sina klienter beroende på om de benämns som patienter eller kunder. Det vill säga ändras synen beroende på hur arbetsplatsens organisatoriska uppbyggnad är styrd utifrån en ekonomisk fråga.

Intervjun kommer att ta ca 1h i anspråk och spelas in, detta då det ger mig hjälp vid transkribering av intervjun. Om Du har invändningar på detta avbryts inspelningen. Kontaktinformation och bandupptagningarna kommer att förstöras efter transkribering. Du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande i min undersökning. Min uppsats bygger på etiska åtagande från min sida vilket innebär att alla personer i undersökningen kommer innefattas av konfidentialitet i form av att deras identitet ej kan röjas. All information som inhämtas under denna studie kommer endast att användas i detta forskningsprojekt. Alla berörda i studien kommer erbjudas att få ta del av uppsatsen samt även godkänna sina utsagor innan publicering vid fall av etiskt känsliga avsnitt eller kontroversiella tolkningar.

Tveka inte att kontakta mig vid eventuella frågor eller liknande.

Victoria Anderberg