



EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet

Kandidatuppsats
Juni 2005

Sjuksköterskors upplevelse av arbetsituationen

**- en jämförande studie av privata och
offentliga primärvårdsinrättningar**

Handledare:
Caroline Hellström
Anna Thomasson

Författare:
Emma Henriksson 801204-4122
Rebecca Lindroth 780409-3982

Sammanfattning

Uppsatsens titel:	Sjuksköterskors upplevelse av sin arbetssituation- en jämförande studie av privata och offentliga primärvårdsinrättningar
Seminariedatum:	31 maj, 2005
Kurs:	FEK 582 Kandidatuppsats 10 p
Författare:	Emma Henriksson, Rebecca Lindroth
Handledare:	Caroline Hellström, Anna Thomasson
Fallföretag:	Capio Cityklinken i Lund, Vårdcentralerna Måsen och S:t Lars i Lund
Nyckelord:	HRM, HSO, primärvård, arbetssituation, privat/offentligt
Syfte:	Huvudsyftet med vår uppsats är att jämföra huruvida den upplevda arbetssituationen skiljer sig om arbetsplatsen drivs i privat eller offentlig regi. För att kunna utröna huvudsyftet kommer vi även som delsyfte undersöka om det finns några organisatoriska skillnader eller likheter arbetsplatserna emellan och om dessa faktorer kan leda till att arbetssituationen uppfattas annorlunda
Metod:	Uppsatsen är en kvalitativ jämförande studie med abduktiv ansats. Teorin har samlats in till stor del genom en bred teorisökning vilket ledde till en kedjesökning. Empirin har samlats in genom öppna respondentintervjuer, personliga såväl som via telefon.
Teoretiska perspektiv:	Vi har först och främst använt HRM-teorier och kompletterat med teori om Human serviceorganisationer (HSO).
Empiri:	Vi har genomfört intervjuer med sjuksköterskor, chefer och administrativ personal inom Region Skåne. Intervjuerna har genomförts gruppvis såväl som individuellt.
Slutsatser:	Uppsatsens generella slutsats är att ägandeformen har betydelse för hur sjuksköterskorna upplever sin arbetssituation. Ägandeskapet spelar dock mindre roll när det kommer till huruvida arbetsupplevelsen är positiv eller ej. Det är arbetsplatsen, inte ägandeformen, som är viktigast för att skapa positiva upplevelser inom yrket för sjuksköterskorna

Abstract

- Title:** The nurses' perception of their working situation – a comparative study of private and public primary care
- Seminar date:** 31 May, 2005
- Course:** Bachelor thesis in business administration, 10 Swedish Credits (15 ECTS)
- Authors:** Emma Henriksson, Rebecca Lindroth
- Advisors:** Caroline Hellström, Anna Thomasson
- Key words:** HRM, HSO, primary care, working situation, private/public
- Purpose:** The main purpose of our thesis is to find out, using a comparative study, whether the perceived working situation differs based on if the working place is run privately or publicly. In order to be able to find out the main purpose, we will also as secondary purpose examine if there are any organisational differences or similarities between the working places and see if these can lead to a different perception of the working situation.
- Methodology:** The thesis is a qualitative comparative study with an abductive approach. The empirical material has been gathered through open responding interviews, face to face as well as via telephone.
- Theoretical perspectives:** The theories used are foremost HRM-theories, complemented with theories about Human service organisations (HSO).
- Empirical foundation:** Interviews have been performed with nurses, managers and administrative staff within *Region Skåne*. The interviews have been performed both in group and individually
- Conclusions:** The general conclusion of the thesis is that the form of ownership is not totally irrelevant regarding how nurses perceive their working situation. The ownership is, despite this, not relevant in whether the perception of the working situation is positive or not. In the end it is the working place and not the form of ownership that is the most significant factor when it comes to creating a positive professional experience for the nurses.

Förord

Vi vill först och främst tacka sjuksköterskor, enhetschefer och klinikchefer på vårdcentralen Måsen, vårdcentralen S:t Lars samt Caphio Citykliniken i Lund. De har alla varit tillmötesgående och vi är tacksamma för den hjälpsamhet ni visat genom att medverka på de intervjuer som ägt rum.

Vidare skulle vi vilja rikta ett stort tack till våra handledare Caroline Hellström och Anna Thomasson för den inspiration, vägledning och de konstruktiva förslag som vi fått under uppsatsens gång. Därutöver vill vi uppmärksamma de som läst och kommenterat vår uppsats i slutfasen, er hjälp har varit ovärderlig.

Lund, juni 2005

Emma Henriksson och Rebecca Lindroth

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	7
1.1 BAKGRUND.....	7
1.2 DISKUSSION.....	9
1.3 PROBLEMSTÄLLNING	10
1.4 SYFTE	10
1.5 AVGRÄNSNINGAR	10
1.6 CENTRALA BEGREPP	11
1.7 DISPOSITION AV UPPSATSEN	11
2. METOD	12
2.1. TILLVÄGAGÅNGSSÄTT FÖR VAL AV ÄMNE	12
2.2. VAL AV TEORETISKA RAMAR	12
2.2.1. HRM modell.....	12
2.3. HUR VÅRA TEORETISKA VAL SKA ANVÄNDAS I ANALYSEN	13
2.4. VÅRA ANSATSER OCH FORSKNINGSMETOD	13
2.4.1. Ansatsen.....	14
2.4.2. Forskningsmetod.....	14
2.4.2.1. Urvalsmetod	14
2.4.3. Sammanfattning av vår ansats och metod.....	15
2.5. DATAINSAMLINGENS TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	15
2.5.1. Respondentintervjuer	15
2.5.2. Informantintervjuer.....	16
2.5.3. Redogörelse för intervjuerna	16
2.5.3.1. Måsens vårdcentral.....	16
2.5.3.2. S: t Lars vårdcentral.....	17
2.5.3.3. Citykliniken	17
2.5.3.4. Övriga intervjuer	17
2.5.4. Bearbetning av insamlad data	17
2.5.5. Analysmetod.....	17
2.6. KÄLLKRITIK	18
2.6.1. Validitet och reliabilitet	18
2.6.2. Alternativa metodval.....	19
3. TEORI	20
3.1 INDIVIDNIVÅ.....	21
3.1.1 Motivation.....	22
3.1.1.1 Varför är motivation viktigt?.....	23
3.1.2 Självförtroende och självförverkligande	23
3.1.2.1 Varför är självförtroende och självförverkligande viktigt?.....	23
3.1.3 Delaktighet.....	24
3.1.3.1 Varför är delaktighet viktigt?.....	24
3.2 ORGANISATORISK NIVÅ	25
3.2.1 Tydliga mål och visioner.....	25
3.2.1.1 Varför är tydliga mål och visioner viktigt?.....	26
3.2.2 Ledarskap, makt och kommunikation.....	27
3.2.2.1 Varför är ledarskap, makt och kommunikation viktigt?	28
3.2.3 Feedback och Belöningssystem.....	28
3.2.3.1 Varför är belöningssystem och feedback viktigt?.....	29
4. EMPIRI	31
4.1 ORGANISATIONS BESKRIVNING	31
4.1.1 Kort om vården i Sverige	31
4.1.2 Beskrivning av Region Skåne.....	31
4.2 DEN OFFENTLIGA PRIMÄRVÅRDEN.....	32
4.2.1 Kort om primärvården	32
4.2.2 Primärvårdens storsystem.....	33
4.2.3 Intervjusvar	34
4.2.3.1 Motivation	34
4.2.3.2 Självförtroende och självuppfattning	35

4.2.3.3 Delaktighet	35
4.2.3.4 Tydliga mål och visioner	36
4.2.3.5 Ledarskap och samarbete.....	37
4.2.3.6 Feedback och belöningssystem.....	37
4.3 DEN PRIVATA PRIMÄRVÅRDEN	38
4.3.1 Kort om Capio Citykliniken	39
4.3.2 Capio Citykliniken styrsystem	39
4.3.3 Intervjusvar.....	40
4.3.3.1 Motivation	40
4.3.3.2 Självförtroende och självförverkligande.....	40
4.3.3.3 Delaktighet	41
4.3.3.4 Tydliga mål och visioner	41
4.3.3.5 Ledarskap och samarbete.....	42
4.3.3.6 Feedback och belöningssystem.....	42
5. ANALYS.....	43
5.1. DEN ANSTÄLLEDDES UPPLEVELSE AV SIN ARBETSSITUATION	43
5.1.1 Offentligt anställdas upplevelser av arbetsituationen	43
5.1.2 Privat anställdas upplevelser av arbetsituationen.....	45
5.2 SKILLNADER OCH LIKHETER I UPPLEVELSERNA	47
5.3 ORGANISATORISKA SKILLNADER OCH LIKHETER	48
6. DISKUSSION.....	50
6.1 SLUTSATSER	50
6.2 FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING	51
7. KÄLLFÖRTECKNING	52
7.1 PUBLICERADE KÄLLOR	52
7.1.1 Litteratur.....	52
7.1.2 Publikationer	53
7.1.3 Artiklar.....	54
7.2 FÖRETAGSINTERNA KÄLLOR.....	54
7.3 ELEKTRONISKA KÄLLOR	54
7.4 MUNTliga KÄLLOR	56
BILAGOR	57

1. Inledning

I detta första kapitel kommer en bakgrund ges till det valda ämnesområdet. Efter detta följer en problemdiskussion där vi redogör för de frågeställningar som vi i uppsatsen avser att besvara. Vår problemdiskussion kommer sedan att mynna ut i en egen komponerad modell som tydliggör vår studies syfte. I detta kapitel definieras även de avgränsningar och centrala begrepp som vi har valt att använda oss av.

1.1 Bakgrund

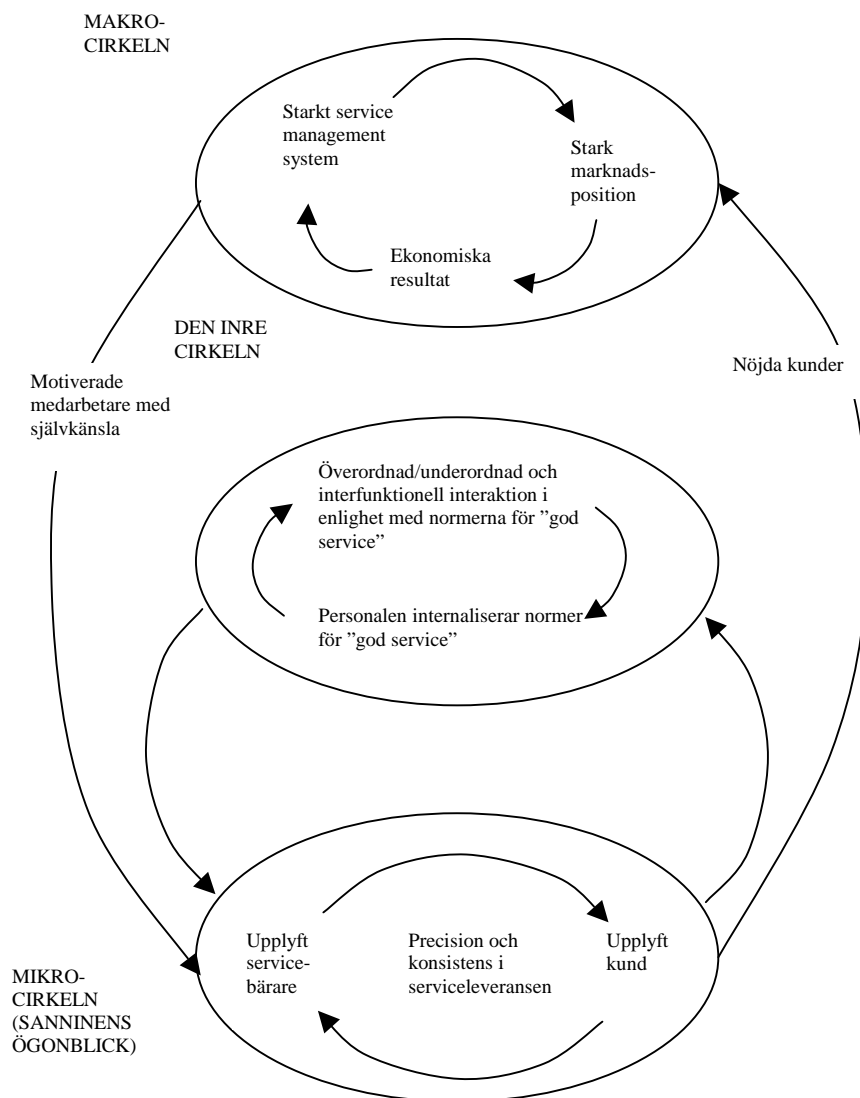
Åsikterna kring offentligt och privat drivna vårdalternativ är många och debatten som förs är högaktuell. Dagligen debatteras olika vårdfrågor i svensk media och vård är tillsammans med skola och omsorg de stora frågorna vid varje riksdagsval. Det finns de som menar att vård driven i privat regi skapar gräddfiler, orättvisa behandlingsformer där vinstintresset går före vårdkvaliteten och att vi redan har god vård i Sverige utan att tillåta vård i privat regi. Exempelvis debatterar Ilmar Reepalu (s) och Lars Isaksson, ordförande för Kommunförbundet respektive Landstingsförbundet i DN Debatt att de:

...”är villiga att gå långt för att försvara den svenska sjukvårdsmodellen som är utvecklad för att ge alla medborgare tillgång till vård och där de medicinska behoven styr. Särskilt som det alltså visar sig att en vård enligt vår modell, solidariskt skattefinansierad och med landsting och kommuner som ansvariga, faktiskt är effektivare än i stort sett all annan vård i världen.”
(Reepalu; Isaksson 050428)

Deras motpart hävdar det motsatta. Vården blir bättre om den konkurrensutsätts och medborgarna i Sverige får större tillgång till vård, då den marknadsanpassas. Per-Olof Jönsson, Mats Ellingsen och Björn Sjöberg- alla medlemmar i Medicoops (ett nätverk för samverkan inom vård och omsorg) styrelse menar att en utveckling av privat driven vård ska främjas och menar att det behövs... *”en ny princip inom hälso- och sjukvården, en vård på lika villkor mellan företagsformer som kan främja en nödvändig utveckling och tillväxt för att öka tillgång till och rättvisa i vården.”* (Jönsson; Ellingsen; Sjöberg, 2005)

Även regeringen är splittrad i frågan om vem som kan producera god vård. Ylva Johansson, vård- och äldreomsorgsminister, påstår att det inte finns någon skillnad mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler. Hon säger att bägge alternativen kan vara bra, likaså mångfald inom vården och uttrycker... *”att det kan bidra till utveckling och till initiativkraft, inte minst inom primärvården och omsorgen”* (Helte; Andersson, 2004 s.14-15). Folkhälsoministern Morgan Johansson skrev i Aftonbladet 2002 att det finns en fara med att konkurrensutsätta vården då marknadslösningar varken leder till kvalitetsförbättringar eller mer kostnadseffektiv verksamhet. Han menar vidare att inom Sverige idag leder privatisering av vård inte till en bättre vårdssituation då sjukvården inte kan marknadsstyras på grund av en rad marknadsmisslyckanden. Exempel på dessa marknadsmisslyckanden är: ett för litet antal vårdgivare, kunderna (patienterna) har dåligt underlag för att göra rationella och upplysta val och att vården inte finansieras av brukaren utan av försäkringsbolag eller skattebetalarna. Morgan Johansson menar vidare att *”Erfarenheter visar att när sjukhusen i ökad grad drivs av privata aktörer med tydliga vinstintressen, förstärks drivkrafterna för att släppa in privata vårdförsäkringar som komplement till skattefinansieringen.”* (Johansson; Persson; Persson, 2002)

Debatten som förs är i huvudsak ideologisk eller med ett brukarperspektiv. Sällan uppmärksammas de anställdas situation inom de båda vårdgivaralternativen och vi började fundera över varför detta perspektiv så många gånger negligeras i debatten. Vi anser att de anställdas syn på sin arbetssituation borde ha betydelse för hur patienterna uppfattar den vård de mottager. Tankarna gick till Richard Normanns teorier om Service Management och hans modeller kring vad som skapar bra kundupplevelser och framgångsrika serviceföretag med nöjd personal. Normann menar i sin modell ”Service företagens goda cirklar” (se fig. 1.) att de normer som råder inom företaget eller organisationen, hur överordnad personal bemöter underordnad, överensstämmer med de normer som personalen uppvisar i sin kontakt med kunder. En anställd klarar inte av att hantera flera olika normsystem för hur de bör uppföra sig, utan gradvis antas de företagsinternaliserade normerna även i kundrelationen. Mötet med kunden kallar Normann för ”sanningens ögonblick”. Det är i mötet mellan företaget och kunden som den kvalitet kunden erfar skapas. Känslan av god kvalitet uppkommer då både kunden och företagsrepresentanten känner sig upplyfta av mötet dem emellan. Ett gott kundbemötande ger trevliga kunder vilket sedan leder till att personalen blir gladare och därmed bemöter även nästa kund på ett trevligt sätt (Normann, 2000).



Figur 1. Service Företagens goda cirklar. Normann, 2000

Många undersökningar har visat att det finns ett mönster i personalens attityd gentemot arbetet. Christian Jacobsson menar i *Managing Human Service Organizations* att personalens attityd till sitt arbete är en funktion av organisationens och arbetsuppgifternas karaktäristika.(Jacobsson, 2001a)

Yehekel Hasenfeld (1983 s. 198) skriver vidare att:

”When staff feel positively toward their work, have a sense of control over it, and feel able to express themselves through it, they are more likely to impart these attitudes to their clients who constitute the most important component of the job. When staff members feel alienated from their work, they are also likely to feel alienated from their clients and to regard relationships with them as unrewarding.”

Mot denna bakgrund påbörjade vi vårt uppsatsarbete.

1.2 Diskussion

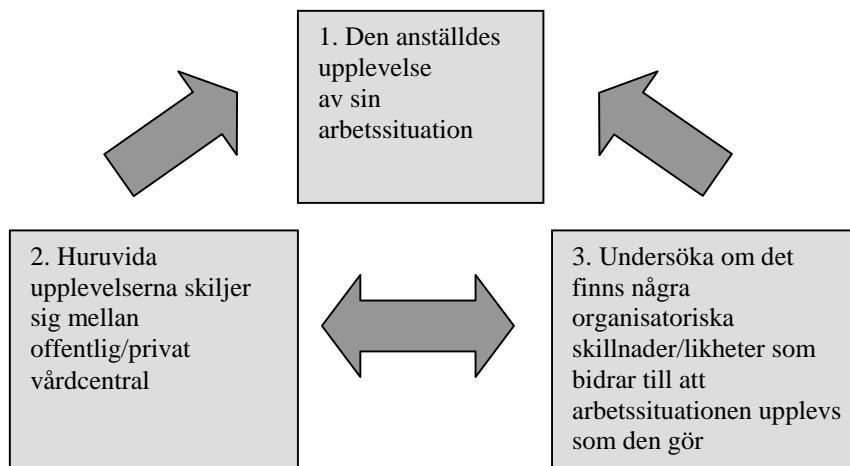
Vi tycker att en stor del av den debatt som förs bortser från en viktig aspekt då den först och främst koncentreras på ideologiska grunder eller med ett patientperspektiv. Det är också av intresse att jämföra privata vårdgivare med offentligt drivna sådana, eftersom det i dagens debatt framstår som det är stora skillnader mellan vårdalternativen. Vi undrar om gapet emellan vårdgivarorganisationerna verkligen är så stort ur den anställdes perspektiv som debatten vill låta påskina. Det faktum att vård ges och tas emot i ett intrikat samspel mellan patient och vårdpersonal gör att vi tycker det är fel att bortse från den ena parten. Vi anser att det finns en lucka inom den pågående debatten då patientperspektivet inte berikas med ett personalperspektiv. Denna lucka upplever vi även går att återfinna inom forskningen i Sverige idag. Personalens åsikter om vårdens ägandeformer och hur de upplever skillnaden mellan privata arbetsgivare och offentliga arbetsgivare har inte belysts i många akademiska arbeten.

För att vårdpersonal ska kunna ge god vård måste de vara tillfreds med sin arbetssituation. Det är upp till varje arbetsgivare att skapa organisationer där personalen trivs och kan utföra ett gott och tillfredsställande arbete. Arbetsprestationen hos vårdsektorns medarbetare beror till stor del på den anställdes motivation och hur villiga de är att koncentrera sig på och ägna sig åt sitt arbete. De anställdas motivation påverkas av reformer som utförs inom vårdsektorn, vilka kan beröra kulturen, strukturen och HRM-arbetet inom organisationen såväl som relationen till patienterna och samhället (Franco; Bennett; Kanfer, 2002).

Kvar står det faktum att sjukvård, oavsett om den bedrivs i privat eller offentlig regi, bedrivs utav människor i det möte som inträffar med andra människor. Visserligen är teknik, resurser och vilka metoder som används viktiga men när en sjukvård håller hög klass är det på grund utav de människor som utför den. Därför menar vi att det är viktigt att skapa en arbetssituation som stimulerar, utvecklar, stöttar och motiverar de anställda. Finns det någon skillnad mellan hur privat drivna och offentligt drivna vårdinstitutioner skapar en miljö där medarbetarna motiveras och därmed uppfattar sin arbetssituation på olika sätt? Är det ägande- och driftsformen som påverkar vårdpersonalens upplevelser av arbetet eller är det andra faktorer som spelar in?

1.3 Problemställning

Vi kommer i vår uppsats huvudsakligen besvara huruvida det finns någon skillnad i upplevelse av sin arbetssituation för den anställda mellan primärvård i privat och offentlig regi. Detta tydliggörs i ruta ett i figuren nedan. Vi avser att besvara denna fråga med hjälp av en jämförelse vårdalternativen emellan, både de organisatoriska skillnaderna/likheterna och sjuksköterskornas upplevelser (ruta två och tre i figuren) kommer att undersökas.



Figur 2. Förtydligande av uppsatsens syfte och problemställning - egenkomponerad modell

1.4 Syfte

Huvudsyftet med vår uppsats är att jämföra huruvida den upplevda arbetssituationen skiljer sig om arbetsplatsen drivs i privat eller offentlig regi. För att kunna utröna huvudsyftet kommer vi även som delsyfte undersöka om det finns några organisatoriska skillnader eller likheter arbetsplatserna emellan och om dessa faktorer kan leda till att arbetssituationen uppfattas annorlunda.

1.5 Avgränsningar

- *Geografiskt:* Valet av Caphio Citykliniken, vårdcentralen Måsen samt vårdcentralen S: t Lars har gjorts utifrån att vi anser att en sjuksköterskas arbetssituation påverkas av vilka patienterna är. Till exempel om det i upptagningsområdet finns många äldre, socialbidragstagare, utlandsfödda etc. menar vi att arbetet blir tyngre. Därför har vi valt att undersöka Caphio Citykliniken, vårdcentralen Måsen och vårdcentralen S: t Lars som alla är belägna i Lunds centrum och på så vis tar hand om jämförbara patientgrupper.
- *Sektor:* För att enklast kunna jämföra offentlig och privat vård väljer vi att undersöka primärvården närmre eftersom vi anser att det är en vårdform som bör fylla en liknande samhällsfunktion oavsett om den bedrivs privat eller statligt, en jämförelse av personalens uppfattning av sin arbetssituation underlättas på så sätt.

- *Grupp*: Vi väljer att inte undersöka patienternas upplevelser och synpunkter på de olika vårdenheter utan vi koncentrerar oss helt på att lyfta fram likheter och olikheter i de upplevda arbetssituationerna. Vi avgränsar oss också till yrkesgruppen sjuksköterskor då deras arbetsuppgifter och befogenheter oftast är likartade. Likaså är sjuksköterskor intressanta som grupp då de har personal både över sig (läkare) och under sig (undersköterskor och vårdbiträden) inom organisationens hierarki.

1.6 Centrala begrepp

Privat vård/ privat vårdgivare: Vi kommer använda dessa båda uttryck som synonymer för vård driven i privat regi men med vårdavtal med Region Skåne och därmed till del finansierade av offentliga medel.

Offentlig vård/ Offentlig vårdgivare: I uppsatsen menas vårdcentraler drivna i offentlig regi, helt och hållet finansierade av offentliga medel.

1.7 Disposition av uppsatsen

Nedan följer en översikt över uppsatsens fortsatta upplägg.

Kapitel 2 Metod:

I vårt metodkapitel redogör vi för våra vetenskapliga ansatser och hur vi har gått till väga vid insamlingen av vårt empiriska material samt användningen av vår teori. Vi avslutar kapitlet genom att kritiskt förhålla oss till de teorier som valts och argumenterar för den genomförda studiens validitet och reliabilitet.

Kapitel 3 Teori:

Efter en tids arbete kunde vi urskilja sex faktorer som vi anser påverkar hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. En modell konstruerades utifrån dessa faktorer och en indelning av individ- och organisationsnivå gjordes. Under varje faktor redogör vi adekvat teori för faktorn och varför vi tycker den är av betydelse för hur sjuksköterskorna upplever sin arbetssituation.

Kapitel 4 Empiri:

I detta kapitel beskriver vi den skånska sjukvården för att sedan kortfattat klargöra skillnaderna och likheterna mellan den offentliga respektive den privata primärvården. En genomgång av vårt insamlade empiriska material, som kommit att följa våra sex faktorer, sker också här.

Kapitel 5 Analys:

Här relaterar vi vårt empiriska material till vår teori samt gör egna tolkningar av resultatet. För att återkoppla till studiens syfte sker analysen enligt figur 2: s disposition. Huvudsyftet, ruta ett, besvaras med hjälp utav rutorna nedanför. Även det faktum att de nedre rutorna påverkar varandra är något som redovisas i detta kapitel.

Kapitel 6 Slutsatser:

Vi avslutar uppsatsen med att diskutera de slutsatser vi kommit fram till, nämner personliga reflektioner samt ger förslag till framtida forskning.

2. Metod

Vår ambition med detta avsnitt är att redogöra för hur vi tänker gå tillväga med vår jämförande studie och samtidigt även visa hur vi förhåller oss till eventuella svagheter i vår metod.

2.1. Tillvägagångssätt för val av ämne

Som framgår i vår problemformulering finner vi det intressant att studera en privat och en offentlig vårdcentral utifrån hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. I vårt val av ämne har vi utgått ifrån att det faktiskt föreligger skillnader och likheter mellan en privat och en offentlig verksamhet. Detta är inget vi på förhand vet, utan vi vill få en inblick i förhållandet mellan verksamheterna. Om det finns skillnader respektive likheter så tycker vi att det utifrån ett vetenskapligt perspektiv finns intresse för att identifiera dessa, jämföra och analysera med lämplig teori och till sist dra slutsatser. Våra resultat kan leda till en möjlighet för offentliga och privata vårdenheter att studera varandra. Vår metod syftar dock till att i första hand analysera våra empiriska resultat med våra teorier. Vi utgår således ifrån att det finns skillnader respektive likheter i hur arbetsplatserna upplevs och att detta är tillräckligt intressant och relevant för att genomföra denna studie.

2.2. Val av teoretiska ramar

För att hitta den relevanta teoretiska ramen har vi valt att göra en bred sökning. Utifrån våra egna kunskaper inom flera företagsekonomiska områden har vi bildat oss en uppfattning om vilka teoretiska områden som är relevanta, det vill säga teorier som på olika sätt beskriver hur individer upplever sin arbetsmiljö, vad som motiverar människor, trivsel och andra relevanta ämnesområden. Därefter har vi med så kallad kedjesökning (Rienecker; Jörgensen, 2004) fördjupat oss genom att läsa kursboks litteratur, funnit referenser inom vårt område och därifrån fattat beslut om vilka teorier vi i huvudsak ska använda oss av. Med en kedjesökning underlättas vårt arbete att förstå inom vilka teoretiska fält vi ska befinna oss. En metodanvändning ska vara möjlig att replikera (Backman, 1998). Vår målsättning är att de teorier vi använder oss av ska vara relevanta så att metoden även kan användas för en liknande undersökning.

2.2.1. HRM modell

Vi konstaterar att det mest relevanta teoretiska områdena täcks nästan helt inom Human Resource Management (HRM) och därför utgör detta ämne grunden för våra teorier. Vi har systematiskt utvärderat den för oss mest relevanta teorin och denna utvärdering har utmynnat i en modell som vi presenterar närmare i teorikapitlet. I modellen fokuserar vi på de delar av HRM som kan betecknas som ”mjuka”, det vill säga de segment som huvudsakligen behandlar mer känslomässiga aspekter, till exempel individers behov, motivation, självuppfattning, samarbete, arbetsmiljö. Denna modell utgör vår teoribas och utifrån den sker ytterligare teoretiska fördjupningar. En närmare beskrivning av HRM och de teorier vi har valt finns i teoridelen.

2.3. Hur våra teoretiska val ska användas i analysen

De teoridelar som är relevanta för vår problemformulering utgör en grund till de frågor vi söker svar på utifrån syftet med uppsatsen. Enligt Rienecker och Jörgensen (2004) ska utvalda teorier användas i analysen och slutsatsen och det är på detta sätt vi använder vår teorimodell:

- Komponera relevanta frågeställningar
- Tolka vår empiri
- Analysera och dra slutsatser

Genom att utgå ifrån och följa samma teoretiska struktur genom hela uppsatsen så menar vi att vår studie är överskådlig och tillräckligt relevant. Med överskådlig menar vi att läsaren ska kunna följa vårt resonemang och själv förhålla sig till om vår metod är tillräckligt bärkraftig för att utföra vad syftet utlovar (Backman, 1998). Med relevant menar vi att det framgår tydligt hur vi förhåller oss till vår studie som helhet och att denna tillför något i forskningssyfte (Rienecker; Jörgensen, 2004).

2.4. Våra ansatser och forskningsmetod

Vår problemställning utgör grunden för de frågor som vi ställer till våra respondenter som i sin tur präglas av deras självupplevda värderingar och subjektiva bedömningar. Tonvikten i vår studie läggs på individens upplevda verklighet och då bör enligt Backman (1998) ett kvalitativt perspektiv antas. Backman (1998) menar att när vi studerar hur en individ upplever och tolkar sin verklighet är det mest lämpligt att använda sig av en kvalitativ undersökning (Backman, 1998). Anledningen är svårigheten med att klassificera och sätta värden på hur en individ tycker sig uppleva sin arbetsplats. En kvalitativ ansats är vanligt förekommande då en explorativ forskning ska genomföras (Rosengren; Arvidson, 2002) vilket gäller för vår studie.

I de fall ett fenomen eller en företeelse skall undersökas i sin realistiska miljö eller kontext finns risk för att det är svårt att avgöra vad som är fenomenet och vad som är en del av kontexten (Backman, 1998). Metoden innebär att forskaren ska betrakta fenomenet genom den undersöktes perspektiv och på så sätt studera fenomenet inifrån (Holme; Solvang, 2000). Insamlad data är mer svårtolkad än vid mer traditionella forskningsansatser eftersom det finns många inslag av subjektiva tolkningar (Holme; Solvang, 2000). Fördelen är att insamlad data ger större möjligheter till nya upptäckter (Rosengren; Arvidson 2002). Vi tycker således att en kvalitativ studie ger oss djupare förståelse och uppfyller därför möjligheten att ge svar på vår frågeställning.

En kvalitativ ansats är subjektiv till sin natur. Det är upp till oss såsom användare av metoden att förhålla oss objektiva när vi ska tolka och väga olika data mot varandra (Rosengren; Arvidson, 2002). Utifrån vad som har beskrivits ovan är en kvalitativ ansats det metodval som passar studien bäst. Eftersom vi inser att vår tolkning av data till viss del påverkas av vår personliga natur och tillhörande subjektiva värderingar, tycker vi oss vara kapabla att förhålla oss så objektiva som möjligt i våra analyser och resultat.

2.4.1. Ansatsen

När vi inledde vår studie tog vi avstamp utifrån en empirisk problemställning. Vi intresserar oss för skillnader och likheter mellan offentlig och privat verksamhet utifrån individens perspektiv. Under vårt arbete med att söka lämpliga teorier har vi pendlat mellan att vilja utgå från den empiriska data vi samlat in, för att emellanåt övergå till att utgå ifrån olika teoretiska resonemang. Genom att ta avstamp i empirisk data och sedan växelvis utgå ifrån teoretiska bildningar ökar vi vår kunskap om det vi studerar (Alvesson; Sköldberg, 1994). I början var vår studie induktiv för att senare övergå till en deduktiv ansats eftersom vi angriper empirin med vår teoretiska modell (Alvesson; Sköldberg, 1994). Vår metod får därför anses vara abduktiv vilket innebär att studien tar avstamp i empirin för att sedan byggas på med den teoretiska modell vi själv har komponerat (Alvesson; Sköldberg, 1994).

Eftersom vi under studiens fortskridande skiftar utgångspunkt mellan empiri och teori tycker vi det bidrar till att öka vår förmåga att tolka empirisk data. Samtidigt inser vi att vår förmåga att förhålla oss objektiva vid insamlingen av data försämras eftersom vi färgas av teorin (Alvesson; Sköldberg, 1994). Men vi anser inte att vår teoretiska bas i någon större utsträckning skulle förändra våra ursprungliga frågeställningar och tillräcklig objektivitet uppnås därför.

2.4.2. Forskningsmetod

Vi bestämde oss tidigt för en fallstudie med djupgående intervjuer. Detta arbetssätt är både flexibelt och djupgående (Holme; Solvang, 2000) vid insamlandet av empirisk data. Fallstudie väljer vi eftersom vi betraktar offentlig och privat verksamhet som två olika fall vars skillnader och likheter ska bearbetas av oss. Djupgående intervjuer anser vi vara det bästa sättet att få den typ av data vår problemställning kräver. Genom att inta respondentens perspektiv och ställa öppna frågor menar vi att det ger respondenten störst möjlighet att beskriva sin upplevelse (Holme; Solvang, 2000). Våra frågor utgår från vår egenkomponerade teoretiska modell och vi styr respondenten efter den. Faran med att vi som intervjuare på olika sätt påverkar svaren är större ju mer vi styr frågorna (Rosengren; Arvidson, 2002). Vi undviker denna fara genom att ställa breda frågor och följdfrågor som har anknytning till vår modell (Holme; Solvang, 2000). Därmed ges respondenten stor frihet att själv diskutera och framföra sina synpunkter.

2.4.2.1. Urvalsmetod

Kvalitativa intervjuer innebär att vårt urval inte behöver uppfylla statistiska generaliseringar eller utgöra någon form av objektiv representativitet för populationen (Holme; Solvang, 2000). Syftet med kvalitativa intervjuer är enligt Holme och Solvang (2000) att de ska öka informationsvärdet och mer djupgående och fullständigt förbättra kunskaperna om de fenomen vi studerar. Samtidigt menar Holme och Solvang (2000) att urvalsförfarandet ändå är viktigt eftersom urvalet på bästa sätt ska anpassas efter studiens problemställning och syfte.

Vår urvalsmetod syftar till att välja intervjuer med personer med samma befattning från två enheter som har likheter i form av struktur och funktion. När vi sedan använder våra olika teorier på två jämförbara enheter ökar vår möjlighet att identifiera skillnader och likheter (Rienecker; Jörgensen, 2004).

2.4.3. Sammanfattning av vår ansats och metod

Utifrån vårt resonemang har vi valt att använda en kvalitativ metod med utgångspunkt från både teori och empiri som kan beskrivas som abduktiv. Studien har utgått från en induktiv ansats och sedan kompletterats med en teoretisk modell innehållande teoribildningar som är relevanta för oss. Vi genomför en studie i explorativt syfte med personliga och djupgående intervjuer, med öppna frågeställningar som i sin tur har anknytning till den teori vi utgår ifrån.

2.5. Datasamlingens tillvägagångssätt

Som framgått hittills är kravet vi ställer på metoden att den ska kunna genomföras på vilken offentlig eller privat verksamhet som helst, under förutsättning att dessa liknar varandra strukturellt och funktionellt. Vi har därför valt att studera offentliga primärvårdsenheter, i vårt fall Måsen och S:t Lars i Lund samt en privat vårdinrättning, Caphio Citykliniken, också den i Lund.

Vi anser inte att det spelar någon roll vilken ort i Sverige vi väljer utan det viktiga är likheterna mellan enheterna. De offentliga primärvårdsenheterna behandlar enligt vår mening samma patienter som Citykliniken och därför är patientstrukturen densamma.

Vidare väljer vi att intervjua sjuksköterskor eftersom de arbetar aktivt i den miljö vi vill studera. Vårt fokus ligger på hur anställda inom respektive verksamhet upplever sin arbetssituation och intervjuerna genomförs därför lämpligen med de som dagligen ”upplever” den.

2.5.1. Respondentintervjuer

En respondentintervju är, enligt Holme och Solvang (2000), de intervjuer som utförs med personer som själva är delaktiga i företeelsen som vi studerar. I vårt fall är detta sjuksköterskorna.

Från början var vår ansats att intervjua sammanlagt tio stycken sjuksköterskor, fem inom offentlig vård och fem inom privat vård. Vi ansåg att tio individuella intervjuer skulle ge oss tillräckligt med empiriskt data för att uppfylla vårt syfte. Alltför mycket material tenderar att bli svårt att tolka och bearbeta (Backman, 1998). Det har dock visat sig svårt att i praktiken få tillgång till sjuksköterskorna individuellt varför vi även har genomfört gruppintervjuer. Det är viktigt för oss att intervjuerna sker i den arbetsmiljö som sjuksköterskorna jobbar i. Eftersom det ingår i vårt uppdrag att även tolka andra signaler än bara det som muntligen omtalas under intervjun (Holme; Solvang, 2000). För att kunna genomföra intervjuerna i deras rätta arbetsmiljö har vi blivit tvungna att anpassa oss efter sjuksköterskornas möjligheter att ge intervjuer. Vi ser dock inget problem i att, i vårt fall, blanda gruppintervjuer med individuella eftersom vi tycker oss observera att respondenterna sanningsenligt och trovärdigt delar med sig av sina åsikter i båda fallen. Vi är under intervjuögonblicket medvetna om att gruppintervjuer kan medföra ömsesidig påverkan mellan respondenterna, sociala samspel kan uppstå och grupstryck kan påverka svaren (Holme; Solvang, 2000). Bearbetning och behandling av empirisk data från individuella respektive gruppintervjuer behöver inte ske på olika sätt, utan informationen kan i princip alltid bearbetas likvärdigt (Holme; Solvang, 2000) vilket sker i vårt fall.

Våra frågor är öppna och medför därför att vi interagerar med respondenterna (Rosengren; Arvidson, 2002). Interaktionen leder till att en viss grad av intervjuareffekt uppstår och vi är i intervjuögonblicket medvetna om denna effekts verkningar. Intervjuareffekten innebär att intervjuare och respondenter i olika grad påverkar varandra, förstärker varandras förväntningar på motpartens beteenden och reaktioner och svaren blir därför snedvridna (Rosengren; Arvidson, 2002). Detta kallas för selektiv perception och uppstår alltid i ett socialt samspel som en intervju med öppna frågor medför (Rosengren; Arvidson, 2002). Sjuksköterskornas svar påverkas bland annat av deras förväntan kring vad de tror eller upplever att vi ska skriva om. Genom att vara medvetna om intervjuareffektens påverkan anser vi oss kunna hantera materialet korrekt om vi skulle uppleva risk för snedvridna svar.

Telefonintervjuer riskerar att avge sämre kvalitet på de svar som erhålls i jämförelse med personliga intervjuer (Rosengren; Arvidson, 2002). Kvalitetsförsämringen kan uppstå genom att intervjuarna inte kan samla alla intryck från intervjuögonblicket. En viss "svarströtthet" kan uppstå om respondenten uttrycker sig "hafsigt" på grund av exempelvis stress (Rosengren; Arvidson, 2002). Vi har endast genomfört telefonintervjuer med sakkunniga inom sjukvården som syftat till att informera oss om företeelser och formella system som berör vårt arbete. Inga telefonintervjuer har genomförts med sjuksköterskor och vi anser därför att den information vi har fått inte har försämrats på grund av detta.

2.5.2. Informantintervjuer

En informantintervju är, enligt Holme och Solvang (2000), de intervjuer som utförs med personer som kan anses stå utanför företeelsen vi studerar. I vårt fall är det personliga- och telefonintervjuer gjorda med sjuksköterskornas chefer samt anställda inom Region Skåne. Detta kompletterar vår studie med formell information om t ex styrsystem, verksamhetsplan och belöningsystem. Våra telefonintervjuer med sakkunniga inom Region Skåne syftar till att förse oss med relevant information om verksamheterna för att återge detta i vår studie.

2.5.3. Redogörelse för intervjuerna

Intervjuerna genomfördes som öppna intervjuer, där vi endast hade ledsagande frågor förberedda (se bilaga 1). Vi strävade efter att låta intervjuerna fortgå som öppna samtal mellan oss och personalen, men även där så var möjligt, personalen emellan. Vi fann att en lös struktur gav oss mesta möjliga information, då ämnet krävde både reflektion och spontanitet från respondenternas sida.

2.5.3.1. Måsens vårdcentral

Intervjun skedde i form av en gruppintervju bestående av sex sjuksköterskor under 45 minuter och tre intervjuare antecknade svaren. Efter intervjun sammanställdes vår data omedelbart. Intervjun återges i empirikapitlet.

Kompletterande telefonintervju genomfördes med klinikchefen. Erhållen information kompletterar verksamhetsbeskrivningarna i empirikapitlet.

2.5.3.2. S:t Lars vårdcentral

Intervjun genomfördes med två stycken sjuksköterskor samtidigt under 45 minuter. Tre intervjuare antecknade svaren. Efter intervjun sammanställdes vår data omedelbart. Intervjun återges i empirikapitlet.

2.5.3.3. Capio Citykliniken

Intervjuerna genomfördes individuellt med fem stycken sjuksköterskor. Tiden för intervjuerna varierade mellan tjugo och fyrtio minuter. Efter intervjun sammanställdes vår data omedelbart. Intervjun återges i empirikapitlet.

Kompletterande intervju genomfördes med en av klinikcheferna. Erhållen information kompletterar verksamhetsbeskrivningarna i empirikapitlet.

2.5.3.4. Övriga intervjuer

Vi har genomfört intervjuer med personer inom Region Skåne för att komplettera vår beskrivning av verksamheterna, samt för att delvis tydliggöra en del av informationen från intervjuerna med sjuksköterskorna.

2.5.4. Bearbetning av insamlad data

Vår teorimodell utgör grunden för vårt systematiska tillvägagångssätt att bearbeta och tolka vår empiriska data. En första tolkning genomförs redan i intervjuögonblicket (Holme; Solvang, 2000). Efter varje genomförd intervju sammanställs våra noteringar och våra observationer. Därefter genomför vi en övergripande systematisering av empirin och vi identifierar den mest intressanta och relevanta fakta som sedan lyfts fram och bearbetas i vår analys. Vår övergripande systematisering syftar till att utifrån vår egen kunskap och förmåga överblicka hela vår empiri och i processen kategorisera och utvärdera materialet (Alvesson; Sköldberg, 1994).

Analysarbetet har redan börjat under denna process och enligt Alvesson och Sköldberg (1994) är det lämpligt att göra så. Vi anser inte att vårt empirimaterial är så omfattande utan att det går att bearbeta alltihop.

2.5.5. Analysmetod

Reflexivt tolkande innebär att vi måste vara systematiska och försöka överblicka hela vårt material och inte använda oss av "svampplockningsteknik" (Alvesson; Sköldberg, 1994), vilket innebär att man gör djupdykningar inom vissa områden som upplevs som mer intressanta och därför utelämnar analysarbete av andra områden. Alvesson och Sköldberg (1994) menar att eftersom det inte finns något standardiserat bearbetningssätt att användas som mall krävs det mycket av de personer som ska arbeta med analysen. Det krävs att dessa personer har en stor och bred kunskap kring både det empiriska ämnet och inom teoribildningen (Alvesson; Sköldberg, 1994).

Vår analys genomförs genom att vi diskuterar oss fram till hur olika data ska behandlas och hur kategoriseringen ska ske samt hur materialet ska analyseras med våra teorier. Vi försöker

hela tiden reflektera över vad vi gör och vilka konsekvenser våra olika ställningstagande och beslut får för våra tolkningar. Vi inser vikten av att förstå hur konsekvenserna kan påverka vår analys och våra resultat (Alvesson; Sköldbberg, 1994, sid. 366).

2.6. Källkritik

Backman (1998) menar att de som utför en undersökningen aldrig är helt nollställd inför en kvalitativ studie utan alltid har med sig fördomar, förutfattade meningar och sin egen ”verklighet” och undersökarna kommer därför att tolka utifrån detta (Backman, 1998).

Vi är medvetna om risken för att vi i egenskap av undersökningspersoner kan påverka datainsamlandet och tolkningarna av densamma genom att vi likaledes är subjektiva.

En kvalitativ undersökningsansats ger en stor mängd data och en djupare insikt i den företeelse man studerar jämfört med en traditionell undersökning (Backman, 1998). Samtidigt medför alltför stor datamängd att svårigheter uppstår i bearbetningens alla moment (Rienecker; Jörgensen, 2004). Eftersom vi strukturerar vår empiri utefter vår teorimodell så tycker vi att en tillräckligt hög grad av viktig data fångas upp och bearbetas korrekt. Vi är medvetna om att denna undersökning mycket väl skulle kunna resultera i något förändrade resultat om den genomfördes av andra än oss.

Vi använder oss av Hasenfelds teoribildningar inom Human Service Organizations, HSO (se teorikapitlet). Dessa teorier introducerades i början av 1980-talet och drygt 20 år har gått sedan Hasenfelds bok ”Human Service Organizations” publicerades. Vi väljer att använda Hasenfelds teorier trots att de är relativt gamla, eftersom de på ett bra sätt beskriver de organisationer som vi undersöker i vår studie. Vi väljer därför att komplettera med Jacobssons doktorsavhandling från 2001 för att ge teorin en mer samtida vinkel. (Se teorikapitlet).

Vi har valt Human Resource Management (HRM) som vår teoretiska ram. Vi är medvetna om att HRM är ett mycket omfattande ämne och att många av våra valda teorier är tagna ur sitt sammanhang. Detta kan medföra att genomförd analys påverkas. Inga teorier är ryckta ur sitt sammanhang utan att vi har tagit del av teoriernas syften, en noggrann selektering har skett.

2.6.1. Validitet och reliabilitet

Graden av validitet bestäms av hur väl vår studie mäter det vi avser att mäta (Rosengren; Arvidson, 2002). Validitet i kvalitativa studier bedöms först och främst efter hur väl forskarens upplevelse av fenomenet eller företeelsen kan betraktas som korrekt eller felaktig (Holme; Solvang, 2000). Vi som genomför denna studie är pålästa i ämnet och har även arbetslivserfarenheter, vissa av oss inom vår yrket men även inom andra yrken. Vår teoretiska ram hjälper oss att ställa rätt frågor och att förhålla oss tillräckligt objektivt till svaren.

Vi medger att vi säkerligen vid några tillfällen har misstolkat något svar eller missat någon poäng under intervjuerna men eftersom vi har varit två personer som genomfört dessa så är risken ändå förhållandevis liten. Vi anser därför att validiteten i vår studie är hög och att vi mäter det vi utlovar att mäta.

Vi inser att reliabiliteten skulle förbättrats om vårt urval omfattat fler respondenter på fler arbetsplatser. Dock anser vi att det skulle bli svårt att nå tillräckligt djup i undersökningen på det sättet. Enligt Holme och Solvang (2000) är reliabiliteten inte lika viktig för oss eftersom den statistiska representativiteten inte är så relevant i en enbart kvalitativ undersökning. Dessutom anser vi att vår metod genererar tillräckligt mycket djupgående empirisk data för att säkerställa genomförandet av studien.

2.6.2. Alternativa metodval

En alternativ metod till den vi använder och tidigare har beskrivit, är att försöka nå ut till fler respondenter på fler arbetsplatser och på så sätt öka reliabiliteten. Genom att inte ställa alltför djupa frågor finns möjlighet att genomföra studien via telefonintervjuer eller enkäter. Med denna metod skulle ett större antal respondenter kunna ingå i studien. En sådan undersökning skulle kräva en annan sorts bearbetning och skulle säkert även den resultera i spännande insikter. Vi anser ändå att vår metod lämpar sig bäst för att utföra studiens syfte, eftersom personliga intervjuer bör passa bättre för att få svar på hur en arbetssituation upplevs.

3. Teori

I detta kapitel kommer vi att presentera ett antal olika teorier som senare ligger till grund för vår analys. Vi har valt att använda oss av just dessa teorier för vi tycker att de är av relevans för uppsatsens syfte samtidigt som de bidrar med att uppfylla de mål vi har valt att ställa upp. För att tydliggöra för läsaren vilka teorier som har varit grunden för vår teoriram, har en modell konstruerats. Detta är en indelning som vi i vår uppsats även i empirin kommer att använda oss av.

Vid uppsatsens start skrev vi i gruppen en lista över olika faktorer som vi trodde skulle kunna påverka hur en sjuksköterska upplever sin arbetsituation. Denna lista har sedan efter erfarenhet, observationer och bättre förståelse för vårt uppsatsämne reviderats. Efter att ytterligare satt oss in i tidigare relevant forskning, kursmaterial, böcker och artiklar har vi kunnat urskilja ett mönster av faktorer som vi kunnat ana hos olika skolor och författare. Genom att sedan ställa upp teoriernas huvudståndpunkter mot varandra, klarnade ett mönster och slutligen kunde sex faktorer urskiljas. De har alla sin speciella karaktär, även om flera av dem är tätt sammanknutna och påverkar varandra. Vissa faktorer upplever vi är mer abstrakta än andra, vissa faktorer är mer av de ”mjukare delarna” av företagsekonomi än andra. Vi anser att de tillsammans utgör en lämplig grund att utgå ifrån när en undersökning av hur en sjuksköterska upplever sin arbetsituation ska ske.

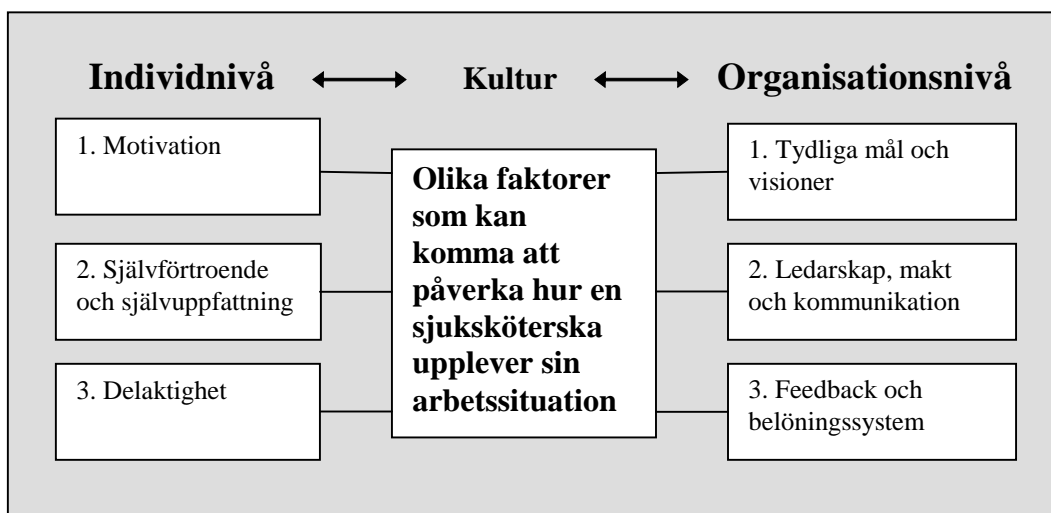
Lewins tankesätt att en individs beteende påverkas både av individen själv som av situationen, är något som vi har tagit hänsyn till vid utformningen av vår modell. En indelning av individnivå resp. organisationsnivå har gjorts. Exempel på förhållanden inom individen som påverkar beteendet menar Lewin är bl. a självuppfattning och självförtroende, behov, attityder och värderingar, kunskaper och färdigheter samt känslor. Exempel på förhållanden utanför individen (situationen) som påverkar beteendet är arbetsgruppen, arbetsuppgifterna, organisationen och andra speciella omständigheter (Bruzelius; Skärvad, 2000).

I inledningskapitlet nämnde vi att Richard Normanns teorier kring service management och hans modell över serviceföretagens goda cirklar påverkat oss vid valet av uppsatsens syfte. Detta synsätt har även påverkat utformningen av vår modell då vi, liksom Normann, valt att lägga ”Kultur” likt en bakgrund vilken binder samman de övriga komponenterna. Det är här organisationens grundläggande värderingar finns samtidigt som den är avgörande för organisationens effektivitet. En effektiv kultur gör att de anställda inom organisationen upplever sig själva och organisationen som något unikt. En ”Vi-känsla” skapas i organisationen vilket skapar trivsel samtidigt som det verkar motiverande för de anställda (Tollgert-Andersson, 1989).

Inom HRM-skolan, en skola som kommit att genomsyra vårt arbete, finns en genre som grundaren Yeheskel Hasenfeld (1983) valt att kalla Human Serviceorganisationer (HSO). En human serviceorganisation är en organisation som definieras av begreppet ...”*organizations whose principal function is to protect, maintain, or enhance the personal well-being of individuals...*” (Hasenfeld, Yeheskel 1983 s. 1) Vi menar att primärvården i Sverige till stor del är igenkännande i det som Hasenfeld benämner HSO. Därför väljer vi att låta detta synsätt få ett betydande inflytande när vi med hjälp utav teorier söker svar på uppsatsens syfte. HSO är organisationer som på olika sätt arbetar i nära kontakt med, och involverar andra människor och där individen är viktig.

Human Serviceorganisationer karaktäriseras av att det kan vara svårt att definiera mål eftersom de allt som oftast styrs av politiska mål, vilka ofta är vaga och övergripande (Jönsson, 2004). Andra utmärkande drag är att det kan vara svårt att utvärdera och mäta arbetet. I Sverige är de oftast finansierade av allmänna medel, vilket i sin tur leder till att resurserna är starkt begränsade samt att det finns många intressenter. Ofta drivs också arbetet inom HSO på moraliska såväl som penningmässiga och servicemässiga grunder (Hasenfeld, 1983).

Nedan följer de sex faktorer som vi anser är av störst vikt när en analys av hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation ska göras. En genomgång av varje faktor kommer att göras, varför vi anser att var och en av dem är viktig i arbetet att analysera en sjuksköterskas upplevelse. Vår process att ta fram de sex faktorerna har utgått ifrån de befintliga teorier och studier som finns men påverkades samtidigt av vårt eget sunda förnuft. Vi hävdar därför att våra sex faktorer inte är det enda sättet att undersöka upplevelsen av en arbetssituation, utan endast ska ses som en möjlig väg att använda. Våra valda faktorer tydliggörs i figuren nedan:



Figur 3. Faktorer som påverkar arbetsupplevelsen - egenkomponerad modell

3.1 Individnivå

För att kunna undersöka och jämföra hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation behövs en rad teorier som behandlar vad en individ behöver för att kunna känna tillfredsställelse med sin arbetssituation samt vad en organisation kan göra för att möjliggöra detta. En individs behov, motivation, självförtroende, självuppfattning samt graden av delaktighet är faktorer som vi anser kan påverka hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. Indelningen nedan följer således dessa faktorer. En beskrivning av de teorier vi väljer att använda oss av, möjliggör en analys av vårt empiriska material samtidigt som några ev. slutsatser kan komma att dras.

3.1.1 Motivation

Utgångspunkten för många teorier och modeller om individens drivkrafter har hämtat sin inspiration från Maslows behovshierarki (Maslow, 1954). Enligt Maslow kan en individs behov beskrivas utifrån fem olika behovsnivåer som är hierarkiskt ordnade från "lägre" till "högre" behov. Nerifrån och upp är fysiologiska behov (sömn, mat, dryck); trygghetsbehov (stabilitet, säkerhet); sociala behov (umgänge, kärlek, acceptans); behov av uppskattning (erkännande, godkännande) samt självförverkligande.

De lägre nivåerna av behov måste vara tillfredsställda innan en högre nivå av behov kan uppnås. Trots genomslagskraften av Maslows behovspyramid är många forskare skeptiska till dess relevans och hierarkiska indelning. Vi antar dock att det finns någon form av rangordning och att alla nivåer, på ett eller ett annat sätt, måste uppfyllas för att en organisation ska kunna skapa en bra arbetssituation för den anställda.

En viktig slutsats från Maslows behovsteori menar Wolvén (2000) är att en organisation bör använda sig av olika faktorer för att motivera individer eftersom dessa ofta befinner sig på olika nivåer i behovshierarkin (Wolvén, 2000).

Motivation definieras enligt Jacobsen och Thorsvik (1998) som ... *"en inre psykologisk process som får oss att handla, och som ger handlingen riktning, upprätthåller och förstärker den"* (Jakobsen; Thorsvik, 1998 sid. 222). En individ som är tillfredställd med sina arbetsuppgifter och har en viss frihet att bestämma vad som ska göras och hur det ska göras, kan komma att uppnå en hög tillfredsställelse. Att det finns möjligheter för en individ till självförverkligande är också viktigt för motivationen, därför måste det i en organisation finnas utrymme för allt detta (Jakobsen; Thorsvik, 1998).

En individs arbetsmotivation påverkas i hög grad av hur arbetet är utformat menar Hackman och Oldham i *Work Redesign* (1979). För att arbetet ska innehålla en hög motivationspotential bör enligt Hackman och Oldham arbetet innehålla en hög grad av följande fem dimensioner:

1. *Variation*, individen bör få tillfälle att använda så många färdigheter som möjligt
2. *Helhet*, individen bör arbeta med arbetsuppgifter där det finns en tydlig början och ett tydligt slut samtidigt som helheten i de arbetsuppgifter som individen är med och utför är tydlig
3. *Betydelsefullhet*, att de arbetsuppgifter som individen utför upplevs som viktiga
4. *Frihet*, individen bör kunna påverka sina arbetsuppgifter
5. *Feedback*, individen bör få reflektioner av sitt arbete för att kunna förbättra sig

(Hackman; Oldham, 1979)

Studien "Liv och lust i vården" som genomförts under ledning av arbetslivsforskaren Lotte Alsterdal vid Arbetslivsinstitutet och doktoranden Lotta Victor Tillberg vid enheten för yrkeskunnande och teknologi vid KTH, handlar om hur 20 vårdarbetare (undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och mentalskötare) runt om i Sverige ser på sin arbetssituation, och vilka områden som de anser kan förbättras. En sak som tas upp i studien är hur vårdarbetarnas motivation och drivkraft för att göra ett bra jobb för patienten kan utvecklas. Ett hinder för ökad motivation är enligt studien stela strukturer som begränsar det vardagliga arbetet samtidigt som känslan av att ens kunnande inte utnyttjas fullt ut infinner sig.

Christina Norlin Mistander vid Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets arbetsgivarpolitiska avdelning hävdar i studien att betydelsen av formella gränsdragningar måste minska och att det behövs en ökad handlingsfrihet över yrkesgränserna. Chefer måste också ha ett ökat förtroende för sina medarbetares kompetens menar Mistander (Alsterdal; Tillberg 2004).

3.1.1.1 Varför är motivation viktigt?

Vi menar att hur individens behov ser ut och till vilken grad motivationen tillfredställs påverkar uppfattningen av en arbetssituation. Är det arbete som utförs till exempel utformat enligt Hackman och Oldhams fem dimensioner är upplevelsen av sin arbetssituation positiv. Det är organisationens uppgift att göra att de anställda känner sig motiverade att gå till sitt arbete samtidigt som organisationens utformande även bör ta hänsyn till att individer är i olika stadium av behov. Om en medarbetare är omotiverad i sitt arbete har forskning visat att medarbetaren är frånvarande från sitt arbete i betydligt högre grad än de anställda som är motiverade att utföra sitt arbete är (Gerhart, 1990). Möjligheten att tillskansa sig yrkesskicklighet, växa som människa och skapa tillfredsställande relationer med andra människor är de viktigaste faktorerna för att känna motivation. Dessa faktorer är många gånger viktigare än monetära belöningar och spelar därför en stor roll i upplevelsen av arbetssituationen (Passer; Smith, 2001).

3.1.2 Självförtroende och självförverkligande

Bruzelius och Skärvad påpekar i *Integrerad organisationslära* att ...”en god självuppfattning och ett gott självförtroende ger en känsla av trygghet, kontroll och styrka och är ofta en förutsättning för goda prestationer” (Bruzelius; Skärvad, 2000). Detta håller Bosse Angelöw, författaren till *Friskare arbetsplatser - att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats* med om. Angelöw (2002) refererar till en rad undersökningar där ett klart samband mellan självförtroende och prestationsförmåga har visats sig. Angelöw påpekar vidare att genom att öka självinsikten och utveckla sig själv, ändras förutsättningarna för att skapa ett välbefinnande i sin arbetssituation (Angelöw, 2002). Bruzelius och Skärvad menar vidare att en individs självförtroende är en del av personligheten men kan samtidigt komma att påverkas av erfarenheter, situationer och andra individer. Att utveckla en individs självförtroende är därför, menar Bruzelius och Skärvad en viktig uppgift för ledningen i en organisation (Bruzelius; Skärvad, 2000).

3.1.2.1 Varför är självförtroende och självförverkligande viktigt?

Individens självförtroende och självuppfattning menar vi är viktigt i betydelsen av hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. Ett utrymme att bygga upp en individs självförtroende, till exempel med ökat ansvarstagande, större frihet och ytterligare befogenheter, är en framgångsfaktor för en organisation. Personer med gott självförtroende är inte lika mottagliga för socialt (grupp) tryck, de har inte lika mycket problem i sina relationer med andra människor och när de företar sig någonting åstadkommer de mer och bättre än andra människor (Passer; Smith, 2001). Detta är drag som varje organisation, särskilt organisationer inom vården, borde anse vara viktiga hos sina medarbetare. Att en sjuksköterska till exempel ska ha så lite problem med att skapa goda relationer med människor i sin omgivning är självklart något som underlättar i dennes arbetsroll. Personer med dåligt självförtroende och en dålig självbild har lättare för att utveckla psykologiska problem såsom ångest och depression, men även fysiska sjukdomar.

De har oftare sämre relationer med människor i sin omgivning och presterar överlag sämre när de ska ta sig an en uppgift av något slag (Passer; Smith, 2001). Både fysiskt och psykiskt välbefinnande bidrar till att upplevelsen av livs - och arbetssituation ses som positiv. Därför bör denna faktor spela en stor roll i hur sjuksköterskorna uppfattar sitt dagliga arbete.

3.1.3 Delaktighet

Att vara delaktig i organisationens arbete och se helheten i det arbete som utförs är något som bidrar till att individen ser positivt på sin arbetssituation. En bättre inblick i hur den egna rollen passar in i ett större sammanhang menar Thelander (2003) skapar medarbetare som känner sig mer delaktiga och därmed får ut mer av sitt jobb.

Thelander definierar vidare delaktighet som något som ... *”innebär att allas kunskande och erfarenheter tillvaratas och att de är en tillgång för både organisationen och individen”* (Thelander, 2003 sid. 54).

Delaktighet uppnås genom att organisationen skapar rutiner för samtal, dialog och återkoppling mellan ledning och anställda. Andra viktiga aspekter som krävs för att skapa delaktighet är fysiska lokaler där dialoger kan föras och tillåta kunskapsbildning personalen emellan (Thelander, 2003).

Södersjukhusets akutklinik i Stockholm har fått en rad utmärkelser för sitt hälsofrämjande arbete där ökad delaktighet är en väsentlig del. Trots att akutkliniken är norra Europas största och årligen tar emot över 92 000 patienter trivs personalen bättre än på många andra arbetsplatser¹. En viktig framgångsfaktor är den s.k. ”SÖS-andan”, där demokratiska beslutsprocesser är en av nyckelfaktorerna. I stort sätt alla beslut fattas tillsammans med medarbetarna. Detta har lett till att den hierarki som tidigare fanns i organisationen inte existerar längre samtidigt som olika personalgrupper har kommit varandra närmre. Den enskilde individens delaktighet har ökat markant vilket Södersjukhuset menar har lett till framgång för organisationen (Angelöw, 2002).

3.1.3.1 Varför är delaktighet viktigt?

Att vara delaktig påverkar uppfattningen av arbetssituationen. Delaktighet innebär som vi nämnt ovan att alla medarbetarnas kunskap och erfarenheter ska tas tillvara inom organisationen och ses som en tillgång. Om detta är fallet kommer varken de anställda eller organisationerna betrakta sig som offer när förändringar genomförs på arbetsplatsen (Thelander, 2003).

Vi anser att det är viktigt att en anställd känner delaktighet i de beslut och förändringar som sker, detta menar vi skapar en positiv bild av arbetssituationen samtidigt som motivationen höjs. Detta håller Thelander (2003) med om och påpekar att uppfattningen av arbetssituationen är helt beroende av graden av delaktighet.

Med delaktighet menar Thelander att alla medarbetarnas kunskap och erfarenhet ska tas tillvara inom organisationen och ses som en tillgång. Om detta är fallet kommer varken de

¹ www.hjart-lungfonden.se, hämtad 050511

anställda eller organisationerna betrakta sig som offer när förändringar genomförs på arbetsplatsen (Thelander, 2003).

Att låta de anställda delta aktivt i organisationens förbättringsarbete menar vi också främjar kreativiteten. Rollof framhåller att *”Styrkan i organisationer bygger just på den samlade kraften hos ett antal individer som arbetar mot ett gemensamt mål.”* (Rollof, 2002, sid. 14). För att möjliggöra denna styrka anser vi det krävs en känsla av delaktighet hos de anställda.

3.2 Organisatorisk nivå

Hur en organisation fungerar och är uppbyggd tror vi är av betydelse för hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. Att en organisation har tydliga mål och en klar vision anser vi är av betydelse samtidigt som ledarskap, samarbete, feedback, belöningsystem, företagskultur samt arbetsmiljön påverkar uppfattningen av en arbetssituation.

3.2.1 Tydliga mål och visioner

De mål som finns inom human serviceorganisationerna är ofta karaktäriserade av att de är breda, ovissa och många gånger motsägelsefulla. De är ofta uppsatta på basis av ideologisk uppfattning eller övertygelse kring vad välfärd och moral innebär. Hasenfeld delar upp human serviceorganisationernas mål i två grupper. De officiella målen och de operativa målen. De officiella målen utgörs ofta av lagar eller andra politiska processer, medan de operativa målen ofta rör frågor om resursallokering inom organisationen (Hasenfeld, 1983).

Ett stort problem för denna typ av organisationer är att deras övergripande, officiella, mål oftast är väldigt vaga. De övergripande målen ställs upp av de styrande politikerna och görs medvetet vaga, för att så många intressegrupper som möjligt ska kunna attraheras av dem (Hasenfeld, 1983). Denna vaghet och generaliserbarhet hos de politiskt uppsatta målen kan dock vara till hjälp för personalen inom organisationen då de måste försvara de val som de dagligen gör och beslut de tar kring vilka patienter som ska få viss hjälp och vilka som inte får det.

De operativa målen delar Hasenfeld, influerad av Lawrence B Mohr, upp i två delar, transitiva och reflexiva. De transitiva målen styr den inverkan organisationen vill ha på samhället kring sig (Mohr, 1973). De reflexiva målen hänvisar till hur organisationen ska handla för att säkra sin egen överlevnad och hur den ska utvecklas (Mohr, 1973).

Transitiva mål härleds ur de program organisationen skapar (till exempel rökavvänjningsklinik eller diabetesmottagning). Varje program av detta slag producerar en särskild service som påverkar omgivningen organisationen verkar i. Därmed kan en och samma organisation ha flera olika transitiva mål, genom att ha flera olika program, vilka alla, på olika sätt ska påverka samhället (Hasenfeld, 1983). Ett exempel på en organisation som har flera olika transitiva mål är en vårdcentral. De har oftast en mottagning för patienter med diverse åkommor, en mottagning för barn (BVC), en för blivande mödrar (MVC), en för ungdomar och många gånger även någon specialinriktning som till exempel alkoholmottagning eller diabetesmottagning. Alla dessa olika avdelningar kan ha olika mål uppställda för sin verksamhet, även om de är inordnade i samma organisation.

Reflexiva mål ska enligt Mohr (1973) med olika medel framkalla tillfredsställande medverkan från organisationens alla medlemmar. Det betyder att organisationen måste ställa upp mål för att allokera resurserna på ett sådant sätt så att alla medarbetare kan och vill göra sitt bästa för organisationens väl (Hasenfeld, 1983).

Målen inom en human serviceorganisation har dock inte bara som syfte att guida personalen på rätt väg i sitt dagliga arbete utan fungerar även som utvärderingsverktyg. Omgivningen bedömer och övervakar organisationens servicearbete utifrån hur väl den uppfyller sina mål.

Alla dessa, i vissa fall motstridiga målen, ska samlas till någon form av enhet för att kunna vägleda personalen inom organisationen. De tjänar många olika syften och ska uppfylla många olika personer och intressegruppers intressen. Samtidigt ska de vara organisationen till hjälp för att kunna förmedla bästa möjliga service till sina klienter och stödja sitt eget berättigande för överlevnad. Ett stort problem med alla dessa mål är att de måste tydas och tolkas av alla berörda parter för att kunna konkretiseras och användas i det dagliga arbetet. Ett annat problem med alla dessa mål är just att de är så många och att de kan se så olika ut. Detta kan leda till splittring istället för att verka som en samlande punkt dit både organisationens strategier såväl som den enskilde anställdes dagliga arbete ska peka. Dessa faktorer leder till att det blir svårt att mäta graden av måluppfyllelse och resultatet av arbetet. Eftersom stora delar av arbetet inom human serviceorganisationer karaktäriseras av att det är kvalitetsorienterat kan utvärderingar och mätningar av måluppfyllelsen inte baseras på kvantitativa storheter, något som många gånger skapar svårigheter (Jönsson, 2004).

Enligt Barney och Griffin (Jönsson, 2004) ger mål vägledning och en enad riktning för organisationen att arbeta efter. Målen underlättar också planering, utvärdering och kontroll, samtidigt som det motiverar de anställda.

För att mål och visioner ska komma att verka motiverande för en individ menar Bosse Angelöw (2002) att målen måste brytas ned till en individuell nivå. Angelöw menar att människor ofta tror att de är överens men bär på olika målbilder som endast kan avhjälpas med en öppen och ärlig kommunikation (Angelöw, 2002).

Med vision menar vi att organisationen kortfattat bör sammanfatta vart organisationen strävar och varför. Utan en vision kan det för individen skapas förvirring och irritation samtidigt som organisationen och dess medarbetare kan gå i en för organisationen felaktig riktning. En väl utarbetad vision kan däremot komma att inspirera och motivera en individ. En bra vision menar Kotter (1995) skall kunna förklaras inom fem minuter för att vara användbar, väcka intresse och samtidigt förståelse hos den som lyssnar (Kotter, 1995). Det är ledningen i organisationens uppgift att ställa upp mål och visioner och att förmedla dessa till organisationens medlemmar.

3.2.1.1 Varför är tydliga mål och visioner viktigt?

Vi menar att de mål och visioner som organisationen sätter upp, måste förstås och följas av varje anställd för att på så sätt komma att genomsyra hela organisationen och föra den i samma riktning. Att som individ känna delaktighet vid måluppfyllelse och tillsammans med de andra medarbetarna sträva efter en vision, anser vi påverkar en sjuksköterska positivt i sin arbetssituation. En tydlig målsättning och strategi för att uppnå målen är motiverande för de anställda. Som vi tidigare nämnt är motivation grundläggande för att en person ska trivas med

sin arbetssituation (Passer; Smith, 2001). Brist på riktning kan resultera i att ingenting händer på arbetsplatsen och att det skapas förvirring och irritation över uppgifterna (Kotter, 1995).

3.2.2 Ledarskap, makt och kommunikation

”Ledarskap handlar om att få alla medarbetare att med beslutsamhet och entusiasm sträva mot samma mål. Ledare blir du genom ditt sätt att vara och hur du påverkar andra. Ditt ledarskap formas i dina relationer till, framförallt dina medarbetare.” (Definition av ledarskap i praktiken enligt Sveriges chefsorganisation²)

Enligt de studier som Thelander (2003) har genomfört bör ledarskap i hållbara organisationer jämföras med en regissör. Cheferna ska kunna lyfta fram olikheter och konflikter, ge stöd åt anställda, samt kunna utnyttja de anställdas kompetens på rätt sätt. Cheferna bör också underlätta för kommunikation och lärande. Thylefors (1991) menar att kommunikation och dialog mellan chefer och anställda krävs för att kunskapen om mål, värderingar och förhållningssätt blir en naturlig del av det dagliga arbetet.

Human serviceorganisationer är många gånger löst sammansatta organisationer. De har därför karaktäristika och problem som inte återfinns i mer konventionella organisationsstrukturer. Denna skillnad i struktur uppkommer då organisationens aktiviteter grundar sig på mötet mellan servicegivare (läkare, sjuksköterska) och klient (patient). Det lösa sambandet mellan organisationens olika delar leder till att det uppstår många maktcentra, snarare än en stark hierarkisk struktur. Individer och enheter har hög självständighet och är relativt isolerade från varandra, särskilt från dem som har den formella makten över dem. Likaså kan personalen vara föremål för en rad olika chefer, med olika och ofta motsägande direktiv, ett exempel på detta är sjuksköterskor som leds både av översjuksköterskan och läkare i sitt dagliga arbete (Hasenfeld, 1983).

Makten inom human serviceorganisationer kan härledas till vilka resurser de besitter och har kontroll över. Resurserna i fråga kan vara allt från pengar, behörighet (till exempel en läkares legitimation), tillgång till klienter eller expertisområden. Organisationens behov av respektive resurs styr sedan vem eller vilka personer inom organisationen som besitter makt. Behoven kan ändras och variera med tiden och då kommer även maktfördelningen inom organisationen förändras (Hasenfeld, 1983). Formell auktoritet kan också vara en källa till makt. Exempel på formalisering är att vissa yrken kräver särskild behörighet för att få utövas, ett exempel på det är att det krävs legitimation för att utöva läkar- eller sjuksköterskeyrket, dock ej för att vara undersköterska eller vårdbiträde (Hasenfeld, 1983). Ett annat exempel på en källa till makt är professionalisering. Detta innebär att makten kan härledas till ett yrke, som ofta kräver legitimation, men som också anses vara prestigefullt, har gott rykte (hög status i samhället) och som genom sitt yrke har tillgång till kunskap som inte kan ersättas på ett enkelt sätt (Hasenfeld, 1983).

I slutänden kan man dock summera human serviceorganisationer till något som Lipsky (1980) kallar för ”gatubyråkrati” (street-level bureaucrats). Det innebär att det ofta är personalen i de lägre delarna av organisationen som tar sig an större delen av det dagliga arbetet med klienter. De har stor handlingsfrihet eftersom arbetssituationen inte går att skapa rutiner kring, detta på grund av att varje klients fall är unikt och många gånger är arbetet de utför komplext. Denna

² <http://www.ledarna.se/portal/guide.nsf/0/9419017E201558E7C1256EAC003DBC8A?OpenDocument>

arbetsituation ger varje medarbetare makt, något som också förstärks av deras kunskaper och utbildning.

Den kommunikation och interaktion som sker mellan individer på en arbetsplats är några av de viktigaste faktorerna för att främja kreativitet, produktivitet och kunskapsspridning i en organisation. Dessa faktorer hävdar Becker (2001) är de som möjliggör informationsspridningen i organisationen vilket i sin tur skapar nya tankesätt och idéer. Huvudsyftet med dessa interaktioner menar Becker är av informell karaktär, vilket innebär att de uppstår i avslappnade, sociala situationer som inte är relaterade till en arbetsprestation. En arbetsplats bör ses som en social mötesplats där individens möjlighet till inspiration och stimulering är hög (Becker, 2001).

3.2.2.1 Varför är ledarskap, makt och kommunikation viktigt?

Alla arbetsplatser påverkas av det ledarskap och den makt som utövas över dem. En chef ska kunna planera verksamheten, organisera den, leda den och kontrollera den (Thylefors 1991). Alla dessa funktioner påverkar både organisationen i stort, men även den enskilde medarbetaren. Makt är något som de flesta i en human serviceorganisation utövar. Om de inte befäster sin makt inom organisationen gör de det i förhållande till sina klienter, där de genom sin kunskap och professionalisering kan verka auktoritärt (Thylefors, 1991 och Hasenfeld, 1983). Makt och ledarskap är därför något som i allra högsta grad är centralt för hur sjuksköterskor uppfattar sin arbetsituation.

Ledarskap bör vara inriktat på att underlätta kommunikation och lärande inom organisationen. Kommunikation och dialog är de viktigaste redskapen för en chef för att kunna skapa ett arbetsklimat som skapar delaktighet och därmed kan drivas på ett sätt som bäst tar tillvara de resurser som finns inom organisationen (Thelander, 2003).

3.2.3 Feedback och Belöningsystem

Med feedback antar vi Emelie Nilssons (2004) definition som lyder: *"Feedback är en arbetsmetod där man öppet och under ansvar uttrycker sina uppfattningar i syfte att skapa mer ändamålsenliga handlingar framåt i relation till mål och vision."* (Nilsson, 2004). Nilsson påpekar vidare att när feedback är som bäst gör den organisationen mer effektiv och "lyfter" människor genom att ge självkänsla, arbetsglädje och hopp inför framtiden. Feedback bör alltså ses som en metod för ledare att höja effektiviteten och kvalitén och samtidigt vara en förankrad och accepterad utvecklingsmetod för att ge maximalt utbyte (Nilsson, 2004).

För HSO- medarbetare är både positiv och negativ feedback något som påverkar deras uppfattning av sin arbetsituation och deras engagemang i organisationen (Jacobsson, 2001). Det är inte lätt för chefer inom human serviceorganisationer att ge tillfredsställande feedback, eftersom mycket av det arbete som genomförs oftast är utan chefernas medverkan. Med tanke på hur arbetet i human serviceorganisationer går till, kommer huvudkällan för feedback alltid att finnas i den enskilde medarbetarens relation till klienten. Den anställde måste därför förstärka sitt eget omdöme och sina egna observationer för att kunna öka mängden feedback. Den här typen av *egenfeedback* skiljer sig från annan feedback då den inte ges av någon yttre part, varken inom organisationen eller utanför den. Mycket vilar på den enskilde medarbetarens förmåga att observera och jämföra sina observationer med ett ramverk av referenser, både personliga och professionella. För att öka chansen till att egenfeedbacksystemet ska fungera väl inom en organisation måste det finnas en klar och

tydlig koppling mellan individens arbetsuppgifter och organisationens mål (Jacobsson, 2001b).

Ledningen kan också hjälpa till genom att göra det lättare för klienterna att delta i utvärderingsarbetet som en del i att öka möjligheten för de anställda att utvärdera sitt arbete (Jacobsson, 2001b).

Negativ feedback är något man bör undvika. Negativ kritik kan ifrågasätta inarbetade arbetsmetoder och därmed inspirera till nya idéer för hur man bäst genomför arbetet. En viktig del av feedbacken är i sådana fall tydliga guidelinjer för hur man ska kunna förändra arbetet till det bättre. Ett bra arbetsklimat ska vara öppet även för negativ kritik genom god och öppen kommunikation. Balansen mellan positiv och negativ feedback bör dock alltid luta åt den positiva (Jacobsson, 2001b).

Feedback inom en human serviceorganisation inte är heller något som bara rör organisationen internt. Även samhället som nyttjar organisationens tjänster, klienter, familjer och andra intressenter bör ta del i utvärderingsarbetet (Jacobsson, 2001b).

Belöningsystem är en viktig del för de flesta organisationer eftersom systemen ska hjälpa till att styra och kontrollera personal (anställda och chefer) så att deras agerande överensstämmer med vad organisationen vill uppnå (Karlöf, 2002). I praktiken ska belöningen fungera som en morot och öka personalens motivation vilket ska leda till ökad arbetsprestation (Liukkonen, 2000). För att belöningsystem inte ska bli för kostsamma är det viktigt med ett effektivt system (Grant, 2004). Med effektivt menar Grant (2004) att systemet ska vara väl förankrat i strategi och målsättningar, upplevas som en morot av personalen och detta till en så liten kostnad för organisationen som möjligt. Inom service- och tjänstebranscherna är det ofta svårare att bygga upp rättvisa och effektiva belöningsystem eftersom, till skillnad från industri- och tillverkningsbranscher, produktens input och output inte låter sig mätas så enkelt (Grant, 2004). Svårigheten att styra och mäta en verksamhet som till exempel sjukvård medför att det därför är mer effektivt att i detta fallet belöna gruppvis och inte individuellt eftersom sjukvårdsarbete kretsar mycket kring teamarbete (Ouchi, 1979).

En belöning kan bestå av allt från monetär ersättning till status, befattning, erkännande, uppmärksamhet, småting och ledighet (Hallström, 1987). Belöning och lön är inte samma sak eftersom lön utgår efter utfört arbete och motiverar inte på längre sikt, medan den tänkta effekten med belöning är att den ska vara något att sträva efter (Hallström, 1987). Ingen belöning ger en motivationshöjande effekt om personerna i systemet inte upplever en konkret koppling mellan deras prestation och utfall i form av belöning. Detta gäller både individuellt och för en grupp eller team (Liukkonen, 2000).

3.2.3.1 Varför är belöningsystem och feedback viktigt?

Grunden i feedbackarbete är att inse att feedback relaterar till visioner och mål. Därför blir formuleringen och förankringen av visioner och mål avgörande för det kommande arbetet (Nilsson, 2004). Att få något för framtiden genom att se bakåt och lära av vad man har gjort anser vi är viktigt för att utvecklas som individ, trivas bättre på sin arbetsplats samtidigt som förbättringar på arbetsplatsen möjliggörs. För att servicen som organisationerna tillhandahåller ska kunna hålla hög kvalitet och levereras av nöjda och engagerade anställda spelar feedback en viktig roll, positiv såväl som negativ (Jacobsson, 2001b).

Att en individ känner sig motiverad i sitt arbete anser vi påverka upplevelsen av arbetssituationen och att ha ett utarbetat feedbacksystem i organisationen menar vi bidrar till detta. Merchant (1982) menar att feedback är fördelaktigt att använda då en jämförelse mellan utfall och mål kan öka en individs motivation då denne vet om att resultatet granskas. En annan fördel som Merchant nämner, och som även vi anser viktig, är att med feedback kan en förståelse och insikt i vilka aktiviteter och processer som bidrar till att resultatet ser ut som det gör inträffa (Merchant, 1982).

I vår uppsats tar vi fasta på att en hög grad av motivation är nära förknippad med trivseln på arbetsplatsen. Därför tycker vi att Liukkonen (2000), på ett bra sätt beskriver hur viktig kopplingen är mellan belöning, motivation och upplevd arbetssituation.

4. Empiri

I detta kapitel kommer vi redogöra för den information som vi har samlat in. Vi kommer att beskriva vår skånska sjukvård för att sedan kortfattat klargöra skillnaderna och likheterna mellan den offentliga respektive den privata primärvården. Detta har vi valt att förtydliga genom intervjuer med sjuksköterskor från de båda primärvårdsinrättningarna. Vår avsikt är att detta kapitel tillsammans med vårt teorikapitel ska ligga till grund för den kommande analysen.

4.1 Organisationsbeskrivning

Under våra intervjuer med sjuksköterskorna inom privat och offentlig vård har det framkommit att det finns formella styrsystem, kvalitetssystem och belöningsystem i organisationerna. Eftersom dessa formella system på olika sätt påverkar sjuksköterskornas arbetssituation är det relevant för oss att beskriva dem. Vidare tycker vi det är viktigt att läsaren får insikt i hur sjukvården i Sverige är uppbyggd, inte minst tycker vi det krävs en beskrivning av de verksamheter vi undersökt.

Nedan följer därför en kort redogörelse över sjukvården i Sverige. Därefter följer en beskrivning av Region Skåne, en beskrivning av primärvården och avslutningsvis Capio Citykliniken. För varje vårdenhet redogör vi kortfattat för de formella system som berör sjuksköterskornas arbetssituation samt redovisar det empiriska material som insamlats under intervjuerna.

4.1.1 Kort om vården i Sverige

I Sverige delas ansvaret för vården upp mellan stat, landsting (regioner) och kommun och det är staten som stiftar lagar inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger hur sjukvården inom landstingen och kommunerna ska skötas men ger samtidigt relativt stor frihet för både landsting och kommuner att själva organisera och sköta sitt vårdarbete³.

I princip all av Sveriges sjukvård bedrivs av våra 19 landsting (inklusive en landstingskommun) och 2 regioner vilka i huvudsak finansieras via landstingskatten⁴. Landstingen bedriver även andra verksamheter än sjukvård men då dessa inte är relevant för vår uppsats syfte redogör vi inte dessa utan konstaterar bara att 89 procent av landstingens budget fördelas till hälso- och sjukvård samt till tandvård⁵. 1992 års ”ädelreform” innebar att landstingen överlät till kommunerna att sköta viss vård, till exempel äldrevården (Rosdahl, telefonintervju, 050513).

4.1.2 Beskrivning av Region Skåne

1997 slogs Malmöhus län och Kristianstad län samman och bildade Skåne län med Malmö som residensstad. Samtidigt beslutades det att under en försöksperiod mellan år 1999 till år 2006 skulle införas ett antal regioner i Sverige som på sikt skulle komma att överta

³ <http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=armHL2Mlh24b>, hämtad 050509

⁴ <http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=armHL2Mlh24b>, hämtad 050509

⁵ <http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=armHL2Mlh24b>, hämtad 050509

landstingens roll. Som ett led i den reformen grundades Region Skåne år 1999⁶.

Region Skåne är i praktiken en motsvarighet till det tidigare landstinget men med ett utökat ansvar för regionala utvecklingsfrågor och hälso- sjuk- och tandvård. Regionen är indelad i en politisk organisation och en tjänstemannaorganisation⁷. (Se bilaga.3).

Hälso- och sjukvårdsnämnden har det övergripande ansvaret att utveckla sjukvården för hela regionen och de ska också bereda ärenden som regionstyrelsen och regionfullmäktige ska besluta om. Nämndens uppgift är även att formulera uppdrag för distriktsnämnderna, besluta om huruvida donationer till sjukvården inom regionen ska tas emot eller inte, samt stödja viss idrottsverksamhet inom regionen⁸.

Distriktsnämnderna har till ansvar att tillgodose vårdbehovet inom sitt geografiska område, tillsammans täcker de hela Skåne. Privata vårdgivare tecknar vårdavtal med den distriktsnämnd som de faller under (Persson, telefonintervju, 050509). Vidare ska distriktsnämnderna även verka för en effektiv resursfördelning, utgöra ett forum för dialog mellan Region Skåne och invånarna i vårdfrågor samt utveckla samarbete mellan kommuner, organisationer, lokala föreningar och myndigheter⁹. Lund ingår i det distrikt som heter Mellersta Distriktsnämnden (Persson, telefonintervju, 050509).

Tjänstemannaorganisationen är uppdelad i ett antal delar som vi inte närmare kommer beskriva. Som både samordnare och ledare i koncernledningen sitter regiondirektören. Koncernledningen har det övergripande ansvaret för ledningen av alla verksamheter inom regionen och det är under den som hälso- och sjukvårdsledningen sorterar. Hälso- och sjukvårdsledningens arbete är i huvudsak inriktat mot frågor som rör strategiska beslut, styrning- och ersättningsmodeller, kompetensbehov och uppföljning av vårdens resultat. De ställer också upp de generella målen och prioriteringarna för vården inom regionen¹⁰.

4.2 Den offentliga primärvården

4.2.1 Kort om primärvården

Primärvården är en övergripande benämning för den vård som i första hand ska erbjudas alla invånare i distriktet (Rosdahl, telefonintervju 050506). Under primärvården finns våra vårdcentraler men även mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Det finns 93 vårdcentraler inom Region Skåne¹¹.

Primärvårdens generella mål är att utgöra den första kontakten med patienten och att erbjuda hög tillgänglighet, både för besök och via telefon. Som ett komplement till primärvården tecknar varje distriktsnämnd vårdavtal med privata vårdgivare anpassat efter bedömt behov¹².

Varje primärvårdsenhet måste rätta sig efter de generella riktlinjer och mål som

⁶ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=1988>, hämtad 050516

⁷ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=1853>, hämtad 050516

⁸ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33317> hämtat 050428

⁹ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=15123>, hämtat 050425

¹⁰ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42823>, hämtat 050428

¹¹ <http://www.skane.se/templates/Application.aspx?id=102667>, hämtat 050425

¹² <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=27645> hämtat 050425

sjukvårdsledningen anger¹³. I övrigt finns stor frihet för varje enskild primärvårdsenhet att på egen hand organisera och styra verksamheten (Rosdahl, telefonintervju, 050511). Varje primärvårdsenhet har sin egen verksamhetsplan som i praktiken anger vad som ska göras och hur det ska ske. Vad som ska ingå i verksamhetsplanen och dess utseende beslutas i samråd mellan chefer och personal (Rosdahl, telefonintervju, 050511). Som utgångspunkt för de gemensamma besluten finns i Region Skåne ett balanserat styrkort (Balanced Scorecard, BSC) som tillgodoser primärvårdsenheterna med information om just deras verksamhet.

4.2.2 Primärvårdens styrsystem

Alla primärvårdsenheter i Region Skåne ingår i ett BSC styrsystem (Karlsson, telefonintervju, 050513). Detta styrsystem, eller styrkort som det också kallas, finns för närvarande endast för primärvården och ska förse dessa med information som används för att utveckla varje enhets verksamhetsplan. Det finns enligt Karlsson (telefonintervju, 050513) tre huvudsyften med styrkortet:

- Styrkortet ska ge en bra verksamhetsuppföljning.
- Budgetarbetet ska underlättas och förbättras.
- Kvaliteten i alla sammanhang ska höjas och förbättras.

Notera att det inte finns något belöningsystem kopplat till styrsystemet, varken för individuella arbetsprestationer eller för enheterna. Belöningsystem saknas helt inom offentlig vård (Rosdahl, telefonintervju, 050506).

Styrkortet är uppbyggt på ett sådant sätt att en primärvårdsenhet kan jämföra sina resultat och siffror inom de olika perspektiven (se nedan) med andra enheter. Däremot är siffrorna sekretessbelagda så tillvida att primärvårdsenheter inte vet vem som har genererat de olika utfallen. De kan alltså inte jämföra sig med andra enheter utan bara se vilka siffror och värden de andra har genererat (Karlsson, telefonintervju, 050513).

Styrkortet består av fyra huvudperspektiv som alla både kompletterar och balanserar varandra (Karlsson, telefonintervju, 050513).

- **Medborgarperspektiv**

Med årliga patientenkäter mäts hur nöjda patienterna är med sin primärvård inom en rad områden.

- **Verksamhetsperspektiv**

Genom att sammanställa olika patienttypers värden ges ett mått på hur bra behandling de får. En patienttyp är exempelvis diabetiker vars ”insulinvärde” (HBA 1C) är ett mått på hur patienterna mår. Andra mått är till exempel hur stor andel av patienterna som är rökare, hur hög remissfrekvensen är och vilken typ av remisser som atteras.

- **Medarbetarperspektiv**

Årligen genomförs en personalattitydsundersökning där det framgår vad personalen är nöjda

¹³ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42823>, hämtat 050428

med eller inte nöjda med. Stressnivå, chefer och organisationen är några kriterier som bedöms av personalen.

- **Ekonomiperspektiv**

Vissa kostnader är desamma för alla enheter och lätta att jämföra, till exempel labbkostnader. Även utskrivning av alltför dyrbara läkemedel (lägsta pris -principen på identiska läkemedel) och antal patientbesök.

(Balanserat styrkort, Primärvården i Skåne)

De kvantifierade värden som är utvalda att utgöra en måttstock är inte alltid rättvisande eller de mest lämpliga. Det förs en ständig diskussion om vilka nyckeltal som ska tillämpas och en viktig aspekt kring styrsystemet är att det inte får medföra höga kostnader för att ta fram nyckeltal. Därför väljer man hellre ett nyckeltal, exempelvis hur bra diabetespatienter mår, som redan finns i systemet men som kanske inte är helt rättvisande för verksamheten eller relevant i ett mätsammanhang (Karlsson, telefonintervju, 050513).

Varje primärvårdsenhet får på egen hand avläsa och tolka siffrorna för sin verksamhet och identifiera styrkor och svagheter. Detta utmynnar senare i den verksamhetsplan som alla inom enheten ska känna till. Nödvändiga förändringar och förbättringsåtgärder diskuteras och förankras i personalen (Rosdahl, telefonintervju, 050513).

4.2.3 Intervjusvar

Vi har valt att intervjua åtta sjuksköterskor som arbetar inom den offentliga primärvården samt fem sjuksköterskor som arbetar inom den privata primärvården. Då vi i våra intervjuer utgått från vår egenkomponerade modell (Se figur 3) kommer även presentationen av vårt insamlade empiriska material fortsättningsvis följa den konstruktionen. Under varje underrubrik presenteras först våra intervjusvar från vårdcentralen Måsen och därefter från vårdcentralen S:t Lars. Vi har valt att redovisa de intervjuerna tillsammans då vi i den kommande analysen kommer att jämföra dem med Caphio Citykliniken. Efter presentationen av våra intervjuer med sjuksköterskor på vårdcentralen Måsen samt vårdcentralen S: t Lars, följer en presentation av våra intervjuer från Caphio Citykliniken

4.2.3.1 Motivation

På vårdcentralen Måsen var de sex sjuksköterskor vi intervjuade överens om att de inte motiverades genom att de hade ett "kall" utan motiverades snarare av att få hjälpa människor, att kunna vägleda. De betraktade sitt jobb som ett yrke vilket som helst och en sjuksköterska uttryckte det som att ... *"det är nöjda patienter som skapar hög motivation"* (intervju, 050503). Lönen är inte det som motiverar personalen på vårdcentralen Måsen.

De tycker alla att de förtjänar högre lön. Samtidigt påpekade de att den upplevda trivseln är så pass hög att denna överskuggar en eventuell bättre betalning de kanske skulle kunna få någon annanstans (intervju, 050503).

Eftersom sjuksköterskorna på Måsen arbetar i ett för oss välfungerande team, som bygger på att täcka upp för varandra på olika sätt, fick vi uppfattning av att de även motiveras av att

bidra till en god stämning inom enheten. Vi upplevde också att de fann sin största motivation i den dagliga kontakten med patienterna och med varandra.

För sjuksköterskorna på S:t Lars vårdcentral är den dagliga kontakten med patienterna den högsta motivationsfaktorn. De tycker sig "få" så mycket ur denna kontakt att stora delar av deras personliga behov tillgodoses. Hur kontakten sköts av vårdpersonalen anser de ibland vara direkt kopplat till hur väl patienten svarar på botgöringen, därför är det viktigt att känna sig motiverad i sitt arbete för att skapa en bra kontakt med patienten. De årliga lönesamtalen menar en sjuksköterska sedan upplevs vara åtminstone en aning motivationshöjande. De menar vidare att de är missnöjda med lönen men skulle inte byta till annat jobb för högre lön, trivseln på arbetsplatsen är viktigare än lönen.

En gång per år åker de anställda på vårdcentralen S: t Lars iväg några dagar. Under dessa dagar förs gemensamma diskussioner, de anställda pratar om arbetssituationen och vad som till exempel skulle kunna förbättras (intervju, 050509).

Vår uppfattning vid intervjun var att dessa dagar var motivationshöjande för de anställda och något som ansågs positivt. Vi upplevde också att det dagliga arbetet med patientmötet är den stora drivkraften tillsammans med en hög grad av självförverkligande i form av utbildning och utvecklingsmöjligheter. Det är varken lönen eller andra belöningar som motiverar dem utan det är psykosociala kontakten med patienterna och relationen med arbetskamraterna/cheferna.

4.2.3.2 Självförtroende och självuppfattning

På vårdcentralen Måsen deltar alla medarbetare i kurser och möjligheten att utbilda sig kontinuerligt finns. En del specialiserar sig inom något område och tillför enheten spetskompetens, vilket en sjuksköterska påpekar skapar självförtroende. Sjuksköterskorna diskuterar vidare att de tycker sig ha en hög självständighet men fann inte hur jobbet skulle ge dem bättre självförtroende och personutveckling. En sköterska beskrev att hon tyckte att vårdcentralen Måsen som arbetsplats passade henne i hennes nuvarande ålder och livssituation. Den action som yngre människor utan familj är ute efter och som i sig skapar självförtroende, menade hon inte fanns på Måsen (intervju, 050503).

Självförtroendet förstärks menar en sjuksköterska på S:t Lars vårdcentral genom att de kan påverka både sitt dagliga arbete och sin utbildning/utveckling. En hög grad av självbestämmande över vilka utbildningar en anställd vill gå skapar också ... *"en självuppfattning av att man klarar av det man sätter sig för"*, säger en sjuksköterska på vårdcentralen S:t Lars (intervju, 050509). Vilka utbildningar en sjuksköterska vill delta i diskuteras och bestäms vid de årliga medarbetarsamtalen, det är det egna intresset som styr valet av fortbildning (intervju, 050509).

4.2.3.3 Delaktighet

Sjuksköterskorna på vårdcentralen Måsen tycker sig ha god möjlighet att själv styra sina arbetstider och även förhållandevis stor möjlighet att påverka beslut. De upplever att de får tillräcklig information från sina chefer både vid stora och små förändringar och menar samtidigt att cheferna lyssnar och beaktar deras åsikter. De påpekar vidare att de tycker att beslutsvägarna är korta, resonemang som *"så här har vi alltid gjort"* existerar inte. Vårdcentralen Måsen har avdelningsmöte var fjortonde dag och även mindre möten någon

gång i veckan. Varje år genomförs också ”uppföljningsdagar” vilket upplevs som positivt. På uppföljningsdagarna medverkar alla anställda och meningen är att man ska lära av varandra, komma med förslag till förbättringar/förändringar samtidigt som uppföljning och utvärdering av tidigare genomförda åtgärder/beslut analyseras (intervju, 050503).

På S:t Lars vårdcentral kan sjuksköterskorna i hög grad påverka sin egen arbetssituation och sina arbetstider. Ett exempel som en av sjuksköterskorna nämnde var att de anställda på vårdcentralen föreslog slopandet av en öppen mottagning, något som de ansåg vara mycket stressande. Efter en tid infördes endast tidsbokning och delaktigheten i detta beslut var därmed stor.

S:t Lars vårdcentral har även arbetsplatsträffar en gång i veckan där verksamhetschefen informerar, här får alla säga sin åsikt och vi upplever i intervjun att känslan av delaktighet i verksamhetens olika beslut hos sjuksköterskorna är hög (intervju, 050509).

4.2.3.4 Tydliga mål och visioner

På vårdcentralen Måsen har de sjuksköterskor som vi intervjuat insikt i varför verksamheten finns till, sin egen roll i det stora hela och vilken funktion de fyller. Organisationens vision *...”står nedpräntat någonstans men är inget vi arbetet efter”*, uttrycker en sjuksköterska (intervju, 050503). Det finns inga uppsatta mål på vårdcentralen Måsen i form av hur mycket tid som varje patient ska få eller annan detaljstyrning i patientmötet. Andra uppsatta kvantifierade mål existerar inte heller. *”Våra mål ligger i någon låda någonstans”*, uttrycker en sjuksköterska det (intervju, 050503). Vid medarbetarsamtalen som äger rum varje år sätts de ”mjuka målen” upp, till exempel vidareutbildning och specialisering (intervju, 050503).

Målet att varje patient inte ska få vänta i mer än tre minuter i telefon innan någon svarar berättar verksamhetschefen Agneta Rosdahl om. Men Rosdahl påpekar vidare att nästan ingen lever upp till det i dagsläget och menar att målet därmed inte har någon verkan. Även de mål och restriktioner för att hålla budgeten i organisationen påpekar Rosdahl inte heller efterlevs. Det sker inga sanktioner eller liknande om en budget skulle spräckas berättar Rosdahl vidare (Rosdahl, intervju, 050513).

Verksamheten har övergripande mål men de flesta mål är oskrivna för sjuksköterskorna på S:t Lars vårdcentral. För vissa behandlingar, till exempel inom BVC, finns detaljerade arbetsbeskrivningar som är gemensamma för hela landet, men några mål direkt riktade mot vad en sjuksköterska ska göra finns inte. Kvantitetsmål menar sjuksköterskorna under intervjun inte är av betydelse utan påpekar att det är kvaliteten som är av betydelse. En viss form av kvalitetssäkring görs i organisationen.

Vid de medarbetarsamtal som utförs framkommer vad som behöver förbättras och hur man som anställd vill fortsätta att utveckla sig, t. ex med fortbildning (intervju, 050509). Detta upplever vi är så nära individuella mål organisationen kommer.

Organisationens verksamhetsplan utgör delvis visionen för sjuksköterskorna på vårdcentralen men enheten har mycket stor frihet att själva lägga upp bland annat riktlinjer och arbetsmetoder (intervju, 050509).

4.2.3.5 Ledarskap och samarbete

Sjuksköterskorna på vårdcentralen Måsen upplever ett bra ledarskap. De menar att det inte är hierarkiskt i någon form utan att de lyssnar på varandra, både chefer och anställda. Sjuksköterskorna tycker sig också uppleva att deras chefer litar på dem och att ledningen har stort förtroende för dem. Detta menar de bidrar till den upplevda friheten att påverka sitt arbete och för trivselsn som helhet. Stödet från cheferna då problem med patienter uppstår finns vilket upplevs som mycket positivt. Någon generell uppskattning uppifrån upplevdes inte och detta anses som negativt (intervju, 050503).

De styrsystem som finns är verksamhetsplanen och budgeten. Verksamhetsplanen har initierats av Region Skåne och beskriver Vårdcentralen Måsen, och andra primärvårdsenheters, uppdrag. Uppdraget är att göra sig tillgängliga för patienterna i upptagningsområdet, primärvården ska utföra den första vårdinsatsen (Rosdahl, intervju 050513).

Under intervjun upplevde vi att en stor hänsyn till varandra togs. Alla fick säga det de hade att säga utan att bli avbruten eller överröstad Detta menar vi tyder på ett bra samarbete där de anställda respekterar varandra.

Sjuksköterskorna på S:t Lars är mycket positiva till sina chefer, de ... ”*finns där och stöttar oss i vårt arbete och vi kan alltid gå till chefen och prata om det skulle vara något*” uttrycker en sjuksköterska (intervju, 050509). Vidare har sjuksköterskorna högt förtroende för sina chefer och känner att de har chefens stöd i alla lägen. Även trivselsn mellan medarbetarna anses vara hög och samarbetet inom enheten fungerar bra.

På S:t Lars vårdcentral hålls enhetsmöte en gång i veckan där alla får chansen att prata och där information från cheferna förmedlas. Dessa möten upplevs som positiva och de genomförs i ett öppet klimat. På enhetsmötena utvärderas även alla förändringar som genomförts i organisationen. En sjuksköterska menar att allt följs upp på ett bra sätt (intervju, 050509).

Vi upplevde under intervjun att samarbetet inom enheten och med cheferna fungerar mycket bra och att det samtidigt råder en stor frihet.

4.2.3.6 Feedback och belöningsystem

Feedback från organisationen menar de sjuksköterskor vi intervjuat på vårdcentralen Måsen fungerar mycket dåligt. De påpekar att de inte blir uppmärksammade av arbetsgivaren för individuella prestationer vilket de känner att de saknar.

Till viss grad uppmuntrar och berömmar de varandra men de tycker själva att de borde bli bättre på detta. Den omedelbara feedbacken erhålls via interaktionen med patienter och denna upplevs av alla som mycket positiv. Viss feedback i form av den egna individens styrkor fås årligen vid medarbetarsamtalet men i alldeles för låg grad. Även under de utvecklingsresor som sker varje år sker en viss form av återkoppling (intervju, 050503).

På vårdcentralen Måsen finns det inga belöningsystem. Dock menar några sjuksköterskor att de får belöning från patienter som t. ex väljer att gå till Måsen fast de egentligen tillhör en

annan vårdcentral. Högre lön eller en positiv kommentar menar en sjuksköterska är något de hade velat få som belöning (intervju, 050503).

Verksamhetschefen Agneta Rosdahl berättar att i framtiden ska enheter göras om till resultatenheter. Intäkterna vårdcentralen Måsen får kommer att vara knutet till antalet patienter. Om enheten visar positivt resultat skall detta till viss del tillfalla personalen i form av belöningsystem. Detta är dock inte färdigt ännu (Rosdahl, Intervju, 050513).

Trots starkt stöd och förtroende från cheferna upplever de sjuksköterskor vi intervjuat på S: t Lars vårdcentral att de inte får någon direkt feedback i det dagliga arbetet. Viss feedback menar de fås vid medarbetarsamtal och andra gemensamma möten men inte i så stor omfattning som de hade velat. Däremot känner de sig "sedda" av sina chefer och upplever att cheferna har koll på om de utför något bra eller om de har det jobbigt socialt. Att kunna avläsa patienters reaktion är dock något som sjuksköterskorna spontant berättar att de har blivit bättre på, dessa reaktioner får stå som grund för huruvida de utför ett bra arbete eller ej.

Belöningsystem och andra incitament att prestera mer saknas helt på S: t Lars vårdcentral och endast något högre lön erbjuds om en anställd väljer att specialisera sig inom något arbetsområde (intervju, 050509). Dock ser sjuksköterskorna den årliga "utvecklingsresan" de blir bjudna på som en typ av belöning.

4.3 Den privata primärvården

För att en privat vårdgivare ska kunna bedriva sin verksamhet med samma patientavgifter som förekommer inom offentlig vård, krävs ett vårdavtal. Privata vårdgivare inom varje distrikt, som till exempel läkare och sjukgymnaster, tecknar vårdavtal med den distriktsnämnd de tillhör¹⁴. Med ett vårdavtal får verksamheten patientbidrag och tack vare detta blir patientavgiften densamma oavsett om patienten väljer privat eller offentlig vårdenhet.

Vårdavtal beviljas av distriktsnämnden för två år plus ett års förlängning. Efter avtalets utgång måste den privata verksamheten ansöka om ett nytt vårdavtal och en ny behovsprövning genomförs. Enligt Persson (telefonintervju, 050509) kommer vårdavtal inom kort att omfatta fem år plus ett års förlängning vilket anses vara nödvändigt för att ge privata vårdalternativ bättre förutsättningar.

Det finns privata verksamheter som har vårdavtal i form av ett etableringstillstånd. Denna typ av vårdavtal är mer eller mindre permanent och omförhandlas inte (Persson, telefonintervju, 050509). En privat verksamhet med denna typ av vårdavtal får behålla detsamma även om verksamheten flyttar. Vårdavtal med etableringstillstånd slutade att beviljas 1998 då den nuvarande och tidsbegränsade formen av vårdavtal infördes.

Alla vårdavtal får självklart sägas upp om den privata vårdgivaren inte uppfyller uppsatta krav på kvalitet, etik etc. Dessa krav måste självklart uppfyllas även då ett vårdavtal ska beviljas (Persson, telefonintervju, 050509).

Tilldelning av vårdavtal till privata aktörer sker utefter vilket behov distriktsnämnden anser sig ha av en viss verksamhet i ett visst område. Finns det till exempel alltför många sjukgymnaster så skrivs vårdavtal med de som distriktsnämnden lite godtyckligt anser vara

¹⁴ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33318> hämtat 050425

bäst och som ligger bäst till geografiskt i förhållande till andra liknade verksamheter (Persson, telefonintervju, 050509). Tilldelningen syftar i första hand att tillgodose regionens behov samt att vårdavtalen ska anpassas efter befintligt utbud (Persson, telefonintervju, 050509). Distriktsnämnderna tar inte någon större hänsyn till vilka följder det kan få för privata aktörer som blir utan vårdavtal genom att de till exempel blir nedlagda eller måste flytta (Persson, telefonintervju, 050509).

4.3.1 Kort om Capio Citykliniken

Citykliniken startade 1982 som en husläkarjour i Skanör och Falsterbo på initiativ av dr. Olle Zelmerlöw och dr. Göran Lindquist. Kort därefter startade verksamheten även i Landskrona. Till en början gjorde läkarna bara hembesök på kvällar och helger, men för att öka patienttillgängligheten öppnades 1986 en drop-in-klinik i Helsingborg. Några månader senare öppnades ytterligare en klinik i Malmö och 1989 öppnades kliniken i Lund. Idag finns Capio Citykliniken på sex platser runt om i Skåne och Halland¹⁵.

1998 köptes Citykliniken upp av Capio som äger en stor mängd kliniker över hela Europa. I samband med detta döptes verksamheten om till Capio Citykliniken. Enligt intervju med klinikchefen Anne Thelander (050511) medförde Capios uppköp att alla kliniker hela tiden pressas av alltifrån detaljstyrda riktlinjer uppifrån till större effektiviseringskrav respektive besparingskrav.

Capio Citykliniken vill erbjuda sina patienter högkvalitativ vård samtidigt som de vill uppfylla både sina patienter och anställdas behov och förväntningar. På alla kliniker finns allmänmedicinsk kompetens och många kliniker erbjuder även någon form av specialistsjukvård. Capio Citykliniken har slutit vårdavtal med Region Skåne och Landstinget i Halland¹⁶. Capio Cityklinikerna följer därmed de patientavgifter som Region Skåne och Landstinget i Halland har fastställt.

De anställda på Capio Citykliniken i Lund ingår i ett vinstandelssystem och liknande system finns även på de andra klinikerna i Sverige (Thelander, intervju, 050511). En del av årets vinst fördelas till de anställda utefter graden av sysselsättning, vilket organisationen avser vara en extra morot och belöning för de anställda (Thelander, intervju, 050511).

Capio Citykliniken i Lund har inget permanent vårdavtal utan ansöker om ett nytt varje gång det gamla förfaller. Det finns dock i princip ingen risk att de skulle få avslag på sin ansökan eftersom de har en etablerad position med många patienter och utgör därmed en viktig del av vårdutbudet inom distriktet (Persson, telefonintervju, 050509).

4.3.2 Capio Cityklinikens styrsystem

Som en följd av Capios uppköp av Citykliniken infördes ett kvalitetssystem, Total Quality Management (TQM). Detta system omfattar hela Capiokoncernen men ett närmare samarbete sker först och främst med andra kliniker i Sverige (Thelander, intervju, 050511). Det innebär att alla medarbetare och alla delar i verksamheten finns med i kvalitetsarbetet. TQM genomsyrar hela Capio Cityklinikens organisation och de menar själv att det är viktigt att alla deras medarbetare förstår vikten av att arbetets utförande präglas av kvalitet. Detta har lett till

¹⁵ <http://www.citykliniken.se/Omoss/Historik/>, hämtad 050428

¹⁶ <http://www.citykliniken.se/Omoss/>, hämtat 050428

att kvalitetstänkandet har blivit en del av företagskulturen och att kvalitetsarbetet ständigt pågår¹⁷. Capio Citykliniken menar att kvalitetsarbetet hjälper till och bidrar till att effektiviseringar och förbättringar kan ske i en så hög takt att Capios ständigt pressande riktlinjer kan uppfyllas (Thelander, intervju, 050511). Vidare menar Citykliniken att den höga graden av kvalitetsmedvetenhet starkt bidrar till att alla i organisationen har en hög servicegrad mot patienterna. Kvalitetssystemet bidrar till att sätta kunden i fokus (Thelander, intervju, 050511).

1999 fick Capio Citykliniken i Lund en utmärkelse av Landstingsförbundet för sin höga kvalitet. VD:n för Capio Citykliniken hävdar att utmärkelsen var ett bevis för att offentlig vård driven i privat regi lever upp till och många gånger överträffar de höga kvalitetskrav som patienter, medarbetare och huvudmän ställer upp¹⁸.

4.3.3 Intervjusvar

4.3.3.1 Motivation

Under de fem enskilda intervjuer med sjuksköterskor på Capio Citykliniken vi gjort upplevde vi att den största motivationsfaktorn var kamratskapet mellan de anställda, följt av hur man trivdes med arbetsuppgifterna och därefter interaktionen med patienterna. En sjuksköterska menar att det är Capio Citykliniken kvalitetsarbete i alla sammanhang som motiverar och hon tycker sig ha incitament för att i alla sammanhang tänka på kvaliteten, från kundmötet till att slösa mindre på förbrukningsartiklar (intervju, 050511).

Att Citykliniken arbetssätt ger nöjda kunder är något som vi upplever motiverar många. Patientmötet är i fokus och alla sjuksköterskor, upplever vi, vet hur viktigt det är för organisationen att kunden är nöjd. En sjuksköterska menar att hon tilltalas av att kunden är i fokus och att hela organisationen förefaller utgå ifrån kunden och dennes förväntningar. Detta motiverar henne att på egen hand försöka göra förbättringar eller komma med nya förslag (intervju, 050511).

Det arrangeras årligen konferensresor, fester och andra gemensamma aktiviteter på Capio Citykliniken vilket alla vi har varit i kontakt med menar bidrar starkt till att ökad motivation. Det finns även ett vinstandelssystem på Capio Citykliniken vilket vi upplever motiverar de anställda även om det inte verkar vara något som det fokuseras på i det dagliga arbetet. Något vi även under intervjuernas gång noterar är att sjuksköterskorna benämner patienterna för kund (intervju, 050511).

4.3.3.2 Självförtroende och självförverkligande

På Capio Citykliniken upplever sjuksköterskorna stora möjligheter till självförverkligande genom att de på olika sätt kan välja att specialisera sig. En extra arbetsuppgift samt vidareutbildning ger på sikt lite mer i lön på Capio Citykliniken. En sjuksköterska menar att genom att i så hög grad arbeta med kvalitetsarbete som Capio Citykliniken gör, identifieras hela tiden nya typer av kurser och utbildningar. Detta hävdar hon skapar utrymme för självförverkligande (intervju, 050511).

¹⁷ <http://www.citykliniken.se/Omoss/Kvalitetsutveckling/>, hämtat 050428

¹⁸ <http://www.citykliniken.se/Omoss/Kvalitetsutveckling/> hämtat 050428

En annan sjuksköterska, som har erfarenhet från både privata och offentliga vårdarbetsplatser, påpekar att han upplever en högre stimulans på Capio Citykliniken än hos de flesta andra arbetsplatser. Anledningen menar han är närheten till och stödet från cheferna tillsammans med de kundmöten som inträffar. Att patientkontaktarna är mer positivt laddade på Capio Citykliniken än på andra sjukhusenheter ska även tas i beaktande hävdar sjuksköterskan (intervju, 050511).

Under en av intervjuerna påpekar en sjuksköterska att det är det arbetssätt som en mindre klinik medför och att hon känner sig uppmärksam i det dagliga jobbet som bidrar till en känsla av självförverkligande (intervju, 050511).

4.3.3.3 Delaktighet

Möjligheten att påverka sitt jobb och inflytande över arbetsplatsen upplever de sjuksköterskor vi intervjuat att de har. En gång i månaden arrangeras ”Systemmöten” där t. ex förändringsarbeten diskuteras, vilket upplevs som positivt (intervju, 050511). Dock har varje befattning eller funktion sina egna möten vilket vi menar, åtminstone i en liten utsträckning, skapar en ”vi och dem känsla”. En sjuksköterska nämner att vara inblandad i organisationens kvalitetsarbete ökar känslan av delaktighet (intervju, 050511).

Capio Citykliniken använder sig även av ”Tvättstugeschema” vilket innebär att medarbetarna själva får bestämma när de ska arbeta i mycket högre utsträckning. Det upplevs som positivt att ha möjlighet att påverka sina arbetstider.

Varje år får de anställda på Capio Citykliniken fylla i en anonym personalenkät. En sjuksköterska menar att hon tycker det går att förbättra sådant som fungerar lite sämre med hjälp av denna och vi upplever att just att personalenkäten är anonym gör att de anställda kan vara öppna i en allt högre utsträckning (intervju, 050511).

Sjuksköterskorna fungerar ... ”likt assistenter åt läkarna” vilket framkom under intervjuerna (050511). Dock upplever sjuksköterskorna en tillfredsställande stor frihet i sina arbetsuppgifter samtidigt som de känner förtroende och tillit från både läkare och chefer. Detta upplever vi under de intervjuer som genomförts skapar en känsla av delaktighet.

4.3.3.4 Tydliga mål och visioner

Under de intervjuer som vi har genomfört med sjuksköterskor på Capio Citykliniken upplever vi en tydlig anda av att sätta kunden i fokus och att kundens upplevelse och synpunkter är viktiga. Detta menar vi är ett mål i sig som verkar vara väl förankrat ute i organisationen.

En sjuksköterska uttrycker under en av intervjuerna att hon upplever en tydlighet i hur hon ska agera mot kunder, men att sjuksköterskorna som yrkesgrupp inte har några uppsatta mål (intervju, 050511).

Det finns ett kvalitetssystem som Capio Citykliniken arbetar utefter vilket innebär att en kvalitetsgrupp ska få avsatt tid för att jobba med kvalitetsfrågor, miljöförbättringar, samordning och effektivisering, kartläggning av processer, patientintervjuer om bemötande personalenkät en gång per år etc. Detta är alla delar i vad vi upplever vägen till organisationens målfyllelse.

Capio Citykliniken har vi under intervjuernas gång hört många definitioner på. Begrepp som återkommer är dock ”snabb kundhantering”, ”bra och högkvalitativ service”, ”kunden i centrum” samt en ”effektiv vård med kort väntan för patienterna som följd.” (intervju, 050511).

4.3.3.5 Ledarskap och samarbete

Sjuksköterskorna på Capio Citykliniken upplever att ledarskapet inom organisationen är bra. Närheten till cheferna upplevs som en faktor, korta beslutsvägar, samt starkt stöd andra. En sjuksköterska, som arbetat både i privat och offentlig vård, tycker att man uppskattas bättre efter förtjänst inom det privata. Detta menar hon även gäller kundmötet, kollegor emellan men också i uppskattningen från chefen (intervju, 050511).

Cheferna anses även duktiga på att lyssna och snappa upp förslag från anställda men uppföljningen däremot anses dålig. ”En del beslut hänger i luften”, uttrycker en sjuksköterska det (intervju, 050511). Utvärdering av förändringar är något vi upplever som sjuksköterskorna tycker sköts i alltför liten grad. När personalbemanningen är låg och det är mycket patienter upplever några av sjuksköterskorna att cheferna har en tendens att glida undan och synas mindre, vilket också anses som negativt.

Samarbetet med andra funktioner anses också fungera bra även om integrationen kunde varit bättre (intervju, 050511). Samarbetet mellan olika funktioner upplever vi inte stimuleras av då månadsmöten omfattar endast dem som har liknande befattning/arbetsuppgifter och inte med hela arbetsplatsen.

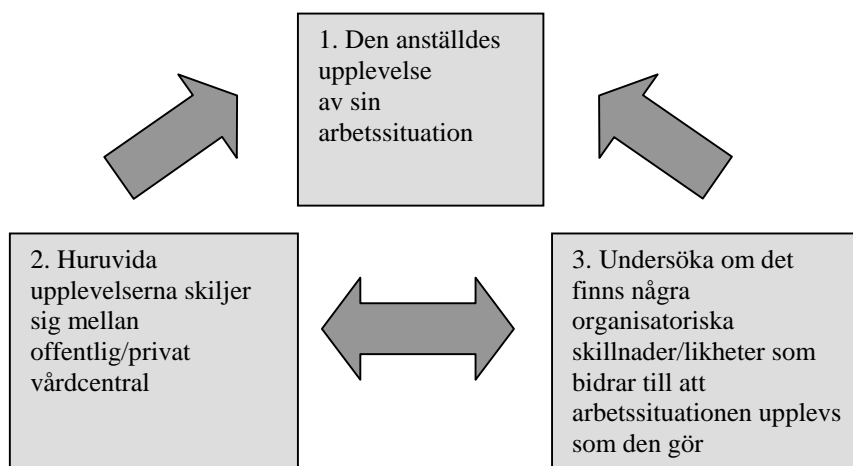
4.3.3.6 Feedback och belöningssystem

Vi upplever under intervjuerna att feedbacken från cheferna fungerar tillfredsställande men kunde vara bättre. Sjuksköterskorna motiveras mer av positiv respons och feedback från kunderna samtidigt som feedback och uppmuntran kollegor emellan fungerar bättre. En ny tillsatt personalchef hoppas några sjuksköterskor ska leda till förbättring, bl. a när det gäller feedback för detta är något de upplever saknas. Feedbacken som finns idag består i huvudsak av uppmuntrande ord.

Det vinstandelssystem som tidigare nämnts är det enda belöningssystem som Capio Citykliniken har. Detta anses positivt men inget vi upplever har någon påverkan i det dagliga arbetet. Dock är detta något som kommit att inspirera och motivera sjuksköterskorna i det vardagliga arbetet. Varje år betalas belöningen ut till sjuksköterskorna vilka ser det som ”en trettonde lön” (intervju, 050511).

5. Analys

I detta kapitel kommer vi genom att återknyta till syftet analysera den insamlade empirin med hjälp av vår teori. Vi inleder kapitlet med vår modell från inledningskapitlet. Analysen kommer att genomföras i modellens tre steg.



5.1. Den anställdes upplevelse av sin arbetssituation

5.1.1 Offentligt anställdas upplevelser av arbetssituationen

De sjuksköterskor som vi intervjuat upplever sin största motivationskälla i kontakten med patienterna. Detta nämner Hackman och Oldham (1979) i sin teori om de ”fem dimensionerna.” Att känna sig betydelsefull är en dimension vilket sjuksköterskorna känner när de hjälper patienter till bättre välmående. I kontakten med patienterna upplever sjuksköterskorna också den helhet och variation som Hackman och Oldham diskuterar. Arbetsuppgifterna har en tydlig början och ett tydligt slut då sjuksköterskan deltar genom patientens olika stadier, från första telefonkontakt till behandlingens avslutande. Samtidigt är varje patient unik, vilket ger sjuksköterskorna en enorm bredd och variation i sina arbetsuppgifter. Även den frihet att påverka sina arbetsuppgifter och arbetstider menar sjuksköterskorna liksom Hackman och Oldham gör upplevelsen av arbetssituationen till något positivt och motiverande.

De stela strukturer som Alsterdal och Tillberg (2004) nämner i sin studie som ett hinder för ökad motivation har sjuksköterskorna på vårdcentralerna Måsen och S:t Lars upplevt under sina yrkesår. Några exempel är den så kallade ädelreformen då arbetsuppgifternas variation minskade i och med hemvården av äldre överläts på kommunen och det allt växande kravet på utökad telefontillgänglighet. Dessa förändringar upplever dock inte sjuksköterskorna som något enbart negativt då de även skapar utrymmer för specialisering och vidareutbildning.

Behovet av feedback, Hackman och Oldhams femte dimension, ska ge individen möjlighet att förbättra och reflektera över sitt arbete. Inom human serviceorganisationer menar Jacobsson (2001b) att det inte är lätt för chefer att ge tillfredställande feedback. Sjuksköterskorna medger att det inte finns något utarbetat system eller rutiner för feedback vare sig från patienter eller inom organisationen. Detta upplevs många gånger som frustrerande och därför har en utveckling av *egenfeedback* uppkommit. Sjuksköterskorna önskar mer feedback inte bara från personer inom organisationen utan även av andra intressenter såsom patienter och samhället i stort. Nilsson (2004) menar att organisationerna skulle bli mer effektiva genom att ge arbetsglädje och högre självförtroende som ett resultat av ett utvecklat feedbacksystem.

Feedback ökar de anställdas självförtroende genom att öka självinsikten (Angelöw, 2002). Ett bra självförtroende leder till att sjuksköterskorna presterar bättre i sitt dagliga arbete. Bruzelius och Skärvad (2000) påpekar att det är viktigt för ledningen i en organisation att utveckla varje anställds självförtroende. Vårdcentralerna Måsen och S:t Lars ledningar erbjuder varje anställd möjlighet till vidareutbildning för att på så sätt erhålla spetskompetens inom diverse specialistområden. Denna åtgärd påstår sjuksköterskorna höjer deras självförtroende samtidigt som arbetsplatsen upplevs mer positiv. Valfriheten och det förtroende ledningen visar sjuksköterskorna, både i det dagliga arbetet samt vid det individuella valet av utbildning leder till att sjuksköterskorna känner att de klarar av vad de sätter sig för, något de påstår skapar bättre självförtroende.

Sjuksköterskorna på de offentliga vårdcentralerna vittnar om en platt organisation utan tydlig hierarki. De veckovisa enhetsmötena, där cheferna medverkar, leder till att avståndet mellan sköterskorna och cheferna krymper. Det öppnar också upp möjligheterna för kommunikation mellan ledare och övrig personal, något som Becker (2001) hävdar främjar kreativitet, produktivitet och kunskapsspridning. Sjuksköterskorna säger också att deras chefer är bra på att stödja dem och tillvarata deras kompetens genom att ge dem en hög grad av frihet och tillit. Detta hävdar Thelander (2003) är drag som bör finnas hos ledare inom organisationer som strävar efter hållbarhet.

Den stora grad av frihet som sjuksköterskorna upplever gör att vårdcentralerna kan liknas vid vad Lipsky (1980) kallar för gatubyråkratier. Sjuksköterskorna och deras enhet har hög självständighet och är relativt isolerade från andra enheter inom samma organisation, särskilt från dem som har den formella makten över dem, vilket i detta fall är de styrande personerna inom Region Skåne. Detta menar Hasenfeld (1983) är karktäriskt för denna typ av organisation som vårdcentralerna utgör.

Vårdcentralen Måsen och vårdcentralen S:t Lars visar tydligt på Hasenfeldts splittrade målbild. Det finns både officiella och operativa mål, både reflexiva och transitiva, men de utgör ingen ram och vägledning i det dagliga arbetet, då graden av måluppfyllelse varken är knuten till belöningar eller sanktioner. Mål och vision har inte brytits ned till individnivå i organisationerna vilket Angelöw (2002) menar hade motiverat personalen. På medarbetarsamtalen som äger rum en gång varje år diskuteras individens önskan om vidareutbildning, detta är så nära individuella mål organisationerna kommer.

Kravet på att alla intressenter måste tolka betydelsen i de uppställda målen och vagheten i dessa mål gör att det blir svårt att mäta huruvida målen uppfylls eller ej. Att målen ...”*ligger i någon låda någonstans*”, underlättar inte mätningen av måluppfyllelsen (intervju, 050503).

Det är kvalitetsmål istället för kvantitetsmål som eftersträvas av sjuksköterskorna vilket även det försvårar mätningen av hur väl målen har uppfyllts.

Sjuksköterskorna på de båda vårdcentralerna känner sig högst delaktiga i beslutsfattande kring det dagliga arbetet. De upplever också att det finns rutiner för dialog och återkoppling mellan sjuksköterskorna och deras chefer, vilket Thelander (2003) hävdar är grundläggande för att delaktighet inom en organisation ska uppnås. Det är under de veckovisa avdelningsmötena, de årliga medarbetarsamtalen och den öppna kultur som råder där sjuksköterskorna kan uttrycka sina åsikter och tankar samt komma med förslag till förbättringar och rutinförändringar. Återkopplingen sker bland annat under de utvecklingsresor som äger rum varje år.

Även om de övergripande besluten om mål och organisatoriska förändringar många gånger fattas utan sjuksköterskornas direkta deltagande, uppmuntras deras delaktighet i beslutstagandeprocessen. Ett exempel är när beslutet om ökad telefontillgänglighet fattades. Beslutet fattades på hög nivå inom organisationen men sjuksköterskorna hade sedan friheten att utforma de nya arbetsrutinerna efter hur det passade dem bäst. Denna demokratiska beslutprocess uppskattas mycket av de sjuksköterskor vi intervjuat.

Det finns inget utarbetat belöningsystem på de bägge vårdcentralerna. En anledning till detta kan vara att eftersom det är svårt att mäta måluppfyllnad och veta exakt vem som gjort vad i organisationen blir det svårt att belöna individuellt (Ouchi, 1979). Däremot anser sjuksköterskorna att den årliga ”utvecklingsresan” de blir bjudna på fungerar som en typ av belöning. Samtidigt menar Liukkonen (2000) att det måste finnas en koppling mellan utförd prestation och belöning annars förlorar belöningen sin motivationshöjande effekt. Sjuksköterskorna uttrycker en klar önskan om att fanns den möjlighet till ett bättre belöningsystem. Tyvärr ligger det i arbetsuppgifternas natur att endast kollektiva belöningar kan utfästas.

5.1.2 Privat anställdas upplevelser av arbetssituationen

Passer och Smith (2001) hävdar att en av de viktigaste faktorerna för att känna motivation är möjligheten att kunna skapa tillfredsställande relationer med människor i sin omgivning. Detta speglas på Capio Citykliniken då den största motivationskällan hos sjuksköterskorna är just sammanhållningen och gemenskapen med arbetskamraterna. Under de intervjuer som vi genomfört framgick det att det är efter relationerna med arbetskamraterna som variationen av arbetsuppgifter och interaktionen med patienterna uppkommer som viktiga faktorer för arbetsmotivationen.

Det välutvecklade kvalitetsarbetet som genomsyrar hela organisationen är också en viktig motivationskälla. Möjligheten för den anställde att se helheten, varför varje kund är viktig för organisationen, är något som Hackman och Oldham (1979) nämner i de ”*fem dimensionerna*” som en variabel vilken skapar motiverade medarbetare.

Den fasta strukturen som begränsar handlingsfriheten hos de sjuksköterskor vi intervjuat kan dock utgöra ett hinder för ökad motivation enligt Mistander (Alsterdal; Tillberg, 2004) men detta var inget som personalen uttryckte som ett problem.

Organisationens hierarkiliknande struktur kan även komma att begränsa utrymmet för den individuella självutvecklingen och självförverkligandet. Något som enligt personalen motverkar fenomenet ovan är möjligheten till specialisering och vidareutbildning samt närheten till cheferna, som någon sjuksköterska uttrycker det.

Sjuksköterskorna anser att de endast har en tillfredsställande stor frihet och begränsade arbetsområden. En utökning av frihet och ansvar menar Passer och Smith (2001) skulle kunna öka självförtroendet hos en anställd.

Capio Citykliniken har till skillnad mot andra human serviceorganisationer väl uttalade och förankrade mål och visioner. Även om organisationens mål är många och kommer från olika intressenter, har ledningen för organisationen lyckats utarbeta en klar målbild som alla inom Capio Citykliniken följer. Under så gott som alla de intervjuer som genomförts nämndes det kvalitetsarbete som organisationen utför likt en ledstjärna för sjuksköterskornas arbete. Även vikten av att kundens upplevelse ska vara positiv är ett tydligt mål. Dessa lättförståeliga mål och visioner stämmer väl överens med vad Kotter (1995) anser vara eftersträvansvärt. Ledningens tydlighet angående hur sjuksköterskorna ska agera gentemot kunder har dock inte lett till att sjuksköterskorna som yrkesgrupp har några egna uttalade mål.

För att kunna mäta graden av måluppfyllelse görs varje år både kund- och personalenkäter i organisationen. Dessa enkättillfällen uppfyller två stora funktioner. Dels fungerar enkäterna som ett tillfälle att förmedla de tankar och åsikter sjuksköterskorna har samtidigt som de ökar känslan av delaktighet. Att sjuksköterskorna på ett tydligt sätt uppfattar vilken roll de har i organisationen och att den rollen är viktig skapar en delaktighet vilken gör att de får mer ut av sina arbeten (Thelander, 2003). De ”systemmöten” som äger rum varje månad bidrar till en högre delaktighet genom att skapa ett forum för samtal och dialog. Dock sker dessa ”systemmöten” yrkessvis vilket gör att insynen i varandras arbeten och möjligheten till kunskapsbildning personalen emellan minskar, något som Thelander (2003) anser vara viktigt.

Sjuksköterskorna anser att deras egen delaktighet är mindre viktig än det stora förtroende de hyser för cheferna. Detta kan ses som ett resultat av den hierarkiska strukturen, en struktur som enligt Angelöw (2002) leder till ökade gap mellan personalgrupperna och därmed ännu mindre delaktighet.

Dels fungerar de ovan nämnda enkäterna som en del i feedbacksystemet. Sjuksköterskorna uppskattar den feedback som kommer från kunderna och den som sker arbetskamraterna emellan. Dock önskar de att det fanns bättre rutiner för både feedback från cheferna, såväl som utvärderingsarbete och återkoppling vid organisatoriska förändringar. Precis som Jacobsson (2001b) beskriver så är det upp till varje individ att förse sig själv med den feedback som behövs. Egenfeedback har stora chanser att fungera väl inom Capio Citykliniken då de tydliga målen gör det lättare för sjuksköterskorna att se kopplingen mellan god måluppfyllelse och arbetsuppgifter (Jacobsson, 2001b).

Sköterskorna på Capio Citykliniken tycker att deras chefer är duktiga på att lyssna och visar uppskattning, drag som Thelander (2003) framhäver som viktiga. En bra ledare ska också få organisationen att sträva efter ett och samma mål enligt Sveriges Chefsorganisation. Detta har cheferna på Capio Citykliniken lyckats väldigt väl med. För att kunna förmedla mål till personalen måste cheferna kunna kommunicera väl och föra en dialog med sjuksköterskorna, något som görs under ”systemmötena” och den årliga utbildningsresan (Thylefors, 1991).

Det belöningsssystem som finns på Catio Citykliniken uppfattas av sjuksköterskorna som något positivt, men det har ingen effekt på deras dagliga arbete. Detta kan bero på att kopplingen mellan belöningen och deras prestation är svag, då belöningen baseras på företagets lönsamhet och inte på varje anställds individuella prestation.

Enligt Liukkonen (2000) skulle belöningen vara mer effektiv om kopplingen mellan individ och belöning förstärktes.

Många av sjuksköterskorna ansåg att belöningen betalades ut ”*som en trettonde lön*”. Hallström (1987) menar dock att det är stor skillnad på belöning och lön, då lön utgår från utfört arbete och motiverar därför inte på längre sikt, medan belöningar ska vara något som personalen ska sträva efter att uppnå. Om belöningen uppfattas som en lön och inte som en extra uppskattning för gott arbete, mister den sin tänkta motivationshöjande effekt (Luikkonen, 2000).

5.2 Skillnader och likheter i upplevelserna

Den mest grundläggande skillnaden i upplevelsen av arbetssituationen hos sjuksköterskorna i de olika vårdinrättningarna är vad som motiverar dem i deras vardag på arbetet. De offentligt anställda hävdar alla att det är i mötet med patienterna de finner sin motivation medan Catio Citykliniken sjuksköterskor säger att de mest inspirerande och motiverande är relationerna till arbetskamraterna. Det välutvecklade kvalitetsarbetet var något som Catio Citykliniken anställda fann gav dem mycket motivation. Någon motsvarighet till detta finns inte inom de offentliga vårdcentralerna.

Uppfattningen om vad helhetssyn innebär skiljer sig mellan de olika vårdorganisationerna. Catio Citykliniken anställda ser sin egen rollprestation gentemot varje kund som en del av helheten i organisationen, där varje kund upplevs som viktig. På de offentliga vårdcentralerna ser sjuksköterskorna helheten ur ett annat perspektiv. Där utgår helhetssynen från att en sjuksköterska får följa en patient genom olika livsstadium eller sjukdomsförlopp.

På S:t Lars och Måsens vårdcentraler poängterade sjuksköterskorna att de fann stor motivation i den frihet under ansvar som de har. Friheten att utforma sin egen arbetsroll, att få välja vidareutbildningar och planera sina arbetsdagar var ett centralt tema under intervjuerna. Denna aspekt berördes inte alls under de intervjuer som genomfördes på Catio Citykliniken.

På arbetsplatserna uppskattas den arbetsmässiga variationsrikedomen. Alla sjuksköterskor fann det motiverande att en dag aldrig var den andra riktigt lik. Detta på grund av att de arbetar tätt tillsammans med sina patienter/kunder, men inom den offentliga organisationen omfattar denna variation även arbetsuppgifternas bredd då de ansvarar för allt från tidsbokning till omhändertagande av patienter, utan att vara bunden till läkarna.

Synen på vad det innebär att vara delaktig i beslutsprocessen skiljer sig mellan vårdcentralerna och Catio Citykliniken. På Catio Citykliniken läggs stor vikt vid att ha hög tilltro till att cheferna tar rätt beslut medan på vårdcentralerna uppskattas den demokratiska beslutsprocessen där alla sjuksköterskor får delta. Båda typerna av arbetsplats håller möten för sjuksköterskorna med jämna mellanrum för att öka möjligheterna för kommunikation och delaktighet.

Trots att synen på vad delaktighet innebär skiljer sig mellan de bägge organisationerna är de överens om att uppföljning, återkoppling och feedback kunde ha varit bättre. Alla sjuksköterskor uttrycker en önskan om att få mer feedback, inte bara från patienter/kunder men även från andra inom sjuksköterskegruppen såväl som chefer. Ingen tycker att egenfeedback är tillräckligt. Missnöjet med dålig uppföljning av beslut och förändringsförslag var större på Capio Citykliniken än inom den offentliga vården, trots att uppföljningsdagar sker varje år inom organisationerna.

En stor skillnad mellan Capio Citykliniken och vårdcentralerna är att de anställda varje år får ta del av en kundenkät som organisationen genomför. Denna enkät ger sjuksköterskorna direkt feedback från kunderna vilket de uppskattar. Något liknande system finns inte på vårdcentralerna, där den enda direkta patientfeedbacken är den som sker vid mötet mellan sjuksköterska och patient.

Den största skillnaden i målbild är att Capio Citykliniken använder de uppsatta målen i det dagliga arbetet. Målen genomsyrar hela organisationens tänkande och alla sjuksköterskorna är medvetna om och styrda av dessa mål. På vårdcentralerna är målen mer vaga och inte kopplade till arbetet. Här kunde ingen av sjuksköterskorna berätta vilka mål som fanns för organisationen. Ingen sjuksköterska, vare sig inom det privata eller offentliga alternativet kunde relatera till individuellt nedbrutna mål. Ingen av organisationerna har utarbetat sådana målbilder.

Skillnaden i målbilder organisationerna emellan, visar sig även i personalens syn på sin egen roll på arbetsplatsen. På Capio Citykliniken var sjuksköterskorna väldigt medvetna om att den egna arbetsinsatsen hade stor betydelse för organisationen och att det fanns en koppling mellan deras prestation och företagets resultat. På vårdcentralerna låg tyngden istället på den betydelsefulla roll som sjuksköterskorna spelar för den enskilda patienten.

Alla sjuksköterskor vi har intervjuat har varit nöjda med de insatser som görs för att erbjuda dem vidareutbildning. De känner även att deras kompetens tas tillvara av chefer och ledning. Detta är viktigt för sjuksköterskornas självförtroende och självförverkligande och ger dem möjlighet att växa i sina yrkesroller, något som vi har uppfattat att båda organisationstyperna har tagit hänsyn till.

5.3 Organisatoriska skillnader och likheter

Den mest grundläggande skillnaden mellan de organisationerna i vår studie som undersökts är att den ena är privatägd medan den andra är offentlig och styrs av Region Skåne. Denna skillnad leder till att Capio Citykliniken styrs först och främst av ett vinstintresse medan vårdcentralerna styrs för att hålla sig inom den uppsatta budgetens ramar. De olika ägarformerna har också lett till en skillnad i synen på klienterna. Capio Citykliniken kallar sina klienter för kunder, samma grupp människor kallas av vårdcentralerna för patienter. Capio Citykliniken val att se sina klienter för kunder istället för patienter leder till att sjuksköterskorna ser på klienterna på ett helt annat sätt än vad de offentligt anställda sjuksköterskorna gör. Kundupplevelse och nöjda kunder är centrala teman för de anställda på Capio Citykliniken, där kvalitet och ständigt återkommande kunder är viktigt. Denna märkbara kund- och kvalitetsorientering är förankrad i hela organisationen och följs upp varje år av extensiva kundundersökningar. Även den offentliga vården har patientenkäter och personalattitydsundersökningar, men dessa har inte haft någon genomslagskraft hos

sjuksköterskorna vi har intervjuat. Dessa enkäter nämns inte under intervjutillfällena, något som indikerar att sjuksköterskorna varken använder sig av eller ens läser dem.

Organisationernas struktur är även de olika. Vårdcentralerna styrs av ledare och instanser som inte är involverade i det dagliga arbetet.

Styrinstanserna förändras också allt efter hur skåningarna röstar i de allmänna valen, något som leder till vaga målbilder och stora hänsynstagandet till de olika intressenterna. På själva vårdcentralerna är organisationen relativt platt. Sjuksköterskorna har stor frihet och de kan till stor del sköta sin avdelning utan läkarnas överinseende. Många av de arbetsuppgifter sjuksköterskorna har är helt frikopplade från läkares medverkan till skillnad från Capio Citykliniken där sjuksköterskorna alltid jobbar i team med minst en läkare. På Capio Citykliniken är organisationen mer hierarkisk. Sjuksköterskornas arbetsuppgifter är starkt knutna till läkarna och läkarna fungerar som inofficiella maktbaser, vilka till stor del planerar och styr sjuksköterskornas dagliga arbete. Bägge arbetsplatstyperna poängterar att de känner en stor närhet till sina chefer och överordnade. De organisatoriska skillnaderna leder inte till motsvarande skillnader i möjligheten att kommunicera med cheferna enligt vad sjuksköterskorna berättar vid intervjutillfällena.

Formulering av mål och implementeringen av dessa i organisationerna skiljer sig stort åt. Vårdcentralerna har inga tydliga verksamhetsmål som har fått fäste hos personalen. Det finns inga mål som styr eller influerar det dagliga arbetet, inte heller några långsiktiga mål eller visioner som sjuksköterskorna är medvetna om. Inom Capio Citykliniken är målen tydliga och ledningen har varit effektiv med att kommunicera dem till alla anställda. Målen har blivit uppskattade slagord som samlar personalen och leder den i samma riktning, mot god kvalitet och bra kundupplevelser.

Organisationerna använder sig av två olika typer av styrsystem. Region Skåne, och i förlängningen även vårdcentralerna, har en typ av Balanced scorecard för att underlätta budgetarbete, mätning av kvaliteten samt ge en bra verksamhetsuppföljning. Ett problem med detta styrsystem är dock att det endast mäter kvantitativa mått, vilka lätt kan göras om till nyckeltal, när det inom human serviceorganisationer istället bör fokuseras på kvalitativa aspekter. De kvalitativa sidorna ska enligt styrkortet mätas, men samtidigt ska kostnaderna för nyckeltalsframställning hållas nere, vilket har lett till att det i slutändan ändå är de kvantitativa måtten som mäts och analyseras.

Capio Citykliniken har genom att använda sig av Total Quality Management (TQM) valt att lägga större vikt vid de kvalitativa aspekterna på styrningen. Detta kvalitetsstyrda tänkande har mottagits väl inom hela företaget och kommit att inspirera det dagliga arbetet hos sjuksköterskorna. TQM har enligt företaget lett till effektivisering och förbättring när det gäller att följa de pressade riktlinjerna för ekonomin, samtidigt som det ger nöjdare kunder. Region Skånes balanserade styrkort fokuserar inte på att skapa vinst, vilket TQM på Capio Citykliniken gör, istället ska det hjälpa regionen att hålla sig inom sina budgetramar.

Belöningsystem är något som inte existerar inom den offentliga vården, varken för individen eller gruppen. På Capio Citykliniken däremot ingår de anställda inom vad organisationen benämner ett vinstandelssystem. Varje år delas en viss procent av organisationens vinst, utifrån individens sysselsättningsgrad, ut till de anställda. Detta system av årliga belöningar anser företagsledningen har en motivationshöjande effekt.

6. Diskussion

Kan man utifrån våra resultat dra några slutsatser att en sjuksköterskas upplevelse av sin arbetssituation kan härledas till huruvida hon eller han jobbar på en privat klinik eller inom den offentliga primärvården? Har det ena alternativet fler sjuksköterskor med positiva upplevelser än det andra? Vilken annan forskning skulle vara intressant inom detta område? Detta är alla frågor som vi avser att besvara i kapitel sex.

6.1 Slutsatser

Vi har uppfattningen att de sjuksköterskor vi intervjuat, aktivt har valt att arbeta antingen inom privat eller offentligt drivna arbetsplatser. Det aktiva valet menar vi grundar sig på en mängd faktorer. En förklaring anser vi är att sjuksköterskorna är väl insatta i skillnader mellan de olika vårdorganisationerna. Vi upplever att de är medvetna om till exempel vilken kultur och vilka arbetsuppgifter de väljer bort när de föredrar det ena alternativet framför det andra. Detta klargörs i det faktum att alla sjuksköterskor på Capio Citykliniken tidigare jobbat inom den offentligt drivna vården, men sökt sig bort från denna. Likaså ville sjuksköterskorna på de bägge vårdcentralerna inte jobba inom den privat drivna vården, då de bland annat tyckte att arbetsuppgifterna där inte var tillräckligt utmanande.

Det aktiva valet, tolkar vi det, återspeglar sig i hur en sjuksköterska upplever sin arbetssituation. En faktor vid det aktiva valet kan vara vad individen anser motivationshöjande. Är det ett arbete med hög självständighet och mycket ansvar som är motiverande borde arbetet på vårdcentralerna framstå som det bästa alternativet. Motiveras man istället av den gemenskap som råder på arbetsplatsen eller att tydligare se att den egna prestationen påverkar organisationens resultat skulle Capio Citykliniken vara arbetsplatsen att föredra. Vi anser att lönen för sjuksköterskorna inte nämnvärt verkar motivationshöjande. Under de intervjuer som genomförts ställde vi en hypotetisk fråga huruvida sjuksköterskorna skulle vara villiga att byta arbetsplats om de erbjöds ett par tusen kronor mer i lön varje månad. Inte en enda sköterska antog förslaget. Vi har därför tolkat det som att lönen är en sekundär drivkraft. Vi bör också understryka att lönebildningen på Capio Citykliniken och de båda vårdcentralerna ser mer eller mindre likadan ut och bör därför inte leda till några direkta skillnader i hur upplevelsen av arbetet formats.

Vi tror också att livssituationen, var i livet man befinner sig (till exempel ålder eller hemmavarande barn) och vad som anses viktigt (arbetsuppgifter, professionella utmaningar) påverkar valet av arbetsplats och följaktligen upplevelsen av arbetssituationen. Är yrkeserfarenheten lång menar vi att individen söker sig till en arbetsplats med högre ansvar där självständig beslutförmåga och kunnande nyttjas till fullo. Värt att notera i detta sammanhang är att medelåldern bland de sjuksköterskor vi intervjuade på Capio Citykliniken var vad vi kunde urskilja något lägre än bland vårdcentralernas sjuksköterskor.

En annan tolkningsmöjlighet är att sjuksköterskor utifrån ideologiska perspektiv väljer den ena arbetsplatsen framför den andra. Anses privatiseringsprocessen av den svenska vården som mindre bra, är sannolikheten större att man först och främst söker sig till offentligt drivna vårdcentraler.

Organisatoriska skillnader bidrar också till att arbetssituationen är olika mellan privat och offentligt drivna vårdorganisationer. Dessa organisatoriska skillnader, såsom

medbestämmande, belöningsystem, kvalitets- och styrsystem och organisationsuppbyggnad (platt eller hierarkisk), bidrar stort till att upplevelserna för sjuksköterskorna skiljer sig åt. En annan organisatorisk skillnad, som vi anser påverkar hur den anställda upplever sin arbetssituation, är att Capio Citykliniken benämner patienterna för kunder. Det utpräglade ekonomiska tänkandet som Capio Citykliniken genomsyras av, anser vi skapar en arbetssituation som markant skiljer sig från den patientorienterade synen som finns på vårdcentralerna. Sjuksköterskornas vetskap om att deras beteende gentemot kunderna direkt påverkar företagets framgång borde skapa en arbetssituation där sjuksköterskorna ständigt måste och vill prestera sitt yttersta. Skillnaderna i målbild organisationerna emellan menar vi är också en starkt bidragande faktor till att sköterskornas upplevelser skiljer sig åt. Att arbeta efter tydligt uppsatta mål förenklar det dagliga arbetet och borde enligt oss fungera likt en kompass för varje enskild sköterska.

Vi får inte glömma att de sjuksköterskor vi intervjuat är individer och upplevelsen av sin arbetssituation till stor del beror på den egna livssituationen och den personliga synen på livet. Att påstå att det endast är yttre faktorer som påverkar hur en individs (i detta fallet en sjuksköterskas) yrkesmässiga upplevelser formas vore att begå ett stort misstag. Självklart påverkar de individuella skillnaderna, privatlivets utformning och den personliga lyckan hur bra eller dåligt man uppfattar sitt yrkesliv.

Upplevelserna av sin arbetssituation skiljer sig mellan de sjuksköterskor som arbetar inom den privat drivna vården och de som jobbar på vårdcentralerna. Denna skillnad i upplevelse beror på en mängd faktorer, vilka vi tagit upp tidigare i kapitlet. Även då upplevelserna de facto skiljer sig arbetsplatserna emellan, är alla sjuksköterskor nöjda med sina upplevelser och detta beror, enligt oss, på att de gjort upplysta val när de sökt arbete. Ingen sköterska har av slumpen "hamnat" i den organisation eller på den arbetsplats där de arbetar och vi upplevde under de intervjuer som gjorts att alla sjuksköterskor, oavsett arbetsplats eller organisationstyp, trivts mycket bra med sina arbeten. Inte någon gång har det framkommit några antydningar till missnöje eller frustration inför vare sig arbetssituation eller arbetsuppgifter.

I slutändan är det ändå inte ägandeformen som är av störst betydelse för sjuksköterskornas upplevda arbetssituation. Det är faktorer som tillfredställande arbetsuppgifter, hög trivsel och att känna motivation inför det arbete som utförs som är det väsentliga för hur upplevelsen utformas, vare sig upplevelsen utspelar sig inom den privat eller offentligt drivna primärvården.

6.2 Förslag till framtida forskning

Vi tror att resultatet hade varit annorlunda om en kvantitativ undersökning gjorts. Vi tycker det skulle vara intressant med större bredd för möjligheten att dra mer generella slutsatser. Till exempel skulle man kunna vidga forskningsområdet till fler geografiska platser och till fler vårdcentraler och privata kliniker. Även en fokusering på andra vårdinstanser än primärvård hade varit intressant, såväl som att undersöka andra yrkesgruppers upplevelser.

Även forskning kring huruvida patientens upplevelser av skillnaden mellan offentligt och privat drivna primärvårdsenheter hade kompletterat vår forskning med ett intressant perspektiv.

7. Källförteckning

7.1 Publicerade källor

7.1.1 Litteratur

Alvesson, Mats; Sköldberg, Kaj (1994): *Tolkning och reflektion*. Studentlitteratur

Angelöw, Bosse (2002): *Friskare arbetsplatser - att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*, Studentlitteratur

Anthony, Robert N; Govindarajan, Vijay (2003): *Management control systems, The McGraw-Hill companies*

Backman, Jarl (1998): *Rapporter och uppsatser*, Studentlitteratur

Bruzelius, Lars H.; Skärvad, Per-Hugo, (2000): *Integrerad Organisationslära*, Studentlitteratur

Driver, Michael J.; Brousseau, Kenneth R.; Hunsaker, Phillip L. (1992) *The dynamic decision-maker*, Harper & Row

Egger, Richard (1999): *Filosofisk verktygslåda*, Svenska förlaget

Grant, Robert M. (2004): *Contemporary strategy analysis*, Blackwell publishing

Hackman J.R; Oldham G.R. (1979): *Work Redesign*, Addison Wesley

Hallström, Arne (1987): *Medarbetaren i centrum*, Studentlitteratur

Hasenfeld, Yeheskel (1983): *Human Service Organizations*, Prentice-Hall, Inc.

Holme, Idar Magne; Solvang, Bernt Krohn (2002): *Forskningsmetodik*. Studentlitteratur

Jacobsson, Christian (2001a): *Managing Human Service Organizations*, Avhandling Göteborg Universitet

Jacobsson, Christian (2001b): The role of feedback in Swedish human service organizations, *Managing Human Service Organizations Bilaga IV*, Avhandling Göteborg Universitet

Jakobsen, Dag Ingvar; Thorsvik, Jan (1998): *Hur organisationer fungerar*, Studentlitteratur

Karlöf, Bengt (2002): *Strategins processer och verktyg*, Ekerlids förlag

Lipsky, Michael (1980): *Street-level byreacracy – dilemmas of the individual in public services*, Russel Sage Foundation

Liukkonen, Paula (2000): *Verksamhetsuppföljning med inriktning på personalen, ekonomin och organisationen*, Oskar media

Maslow A. (1954): *Motivation and Personality*, Harper & Row

Molander, Christopher (1996): *Human Resource at work. Strategic Human Resource management: Analysis and prospects*, Studentlitteratur

Nilsson, Emelie (2004): *Feedback- varför, hur och till vad?*, Fälth och Hessler

Norrman, Richard (2000): *Service Management, ledning och strategi i tjänsteproduktion*, Liber

Passer, Michael W; Smith, Ronald E (2001): *Psychology Frontiers and Applications*, The McGraw-Hill Companies

Pettersson, Gertrud (1997): *Att skriva rapporter Om formen och dess betydelse för innehållet*, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet

Rienecker, Lotte; Jörgensen, Peter Stray (2004): *Att skriva en bra uppsats*, Liber

Rollof, J. (2002): *7 falska sanningar om kreativitet*, Wahlström och Widstrand

Rosengren, Karl Erik; Arvidson, Peter (2002): *Sociologisk metodik*, Liber

Rubenowitz, Sigvard (1994): *Organisationspsykologi och ledarskap*, Akademiförlaget

Smither R. D. (1998): *The Psychology Of Work and Human Performance*, Longman

Thelander, Eva (2003): *Delaktighet och dialog – på väg mot hållbara arbetsplatser*, Arbetslivsinstitutet

Thylefors, Ingela (1992): *Ledarskap I vård, omsorg och utbildning*, Natur och Kultur

Tichy, Noel M; Fombrun, Charles J; Devanna, Mary Anne (1982): *Strategic Human Resource Management*, John Wiley & Sons Inc

Tollgert-Andersson, I (1989): *Ledarskapsteorier, företagsklimat & bedömningsmetoder*

Wolvén, Lars (2000): *Att utveckla mänskliga resurser I organisationer*, Studentlitteratur

7.1.2 Publikationer

Alsterdal, Lotte; Tillberg, Lotta Victor (2004): *Liv och lust i vården*, Landstingsförbundet

Hane, Monica; Wennberg, Bengt-Åke (2002): *Vi vet att vi gör ett bra jobb*, Landstingsförbundet

Jönsson, Sandra (2004:4): *Framgång och misslyckande i human serviceverksamheter. Hur konstrueras upplevelsen av framgång och misslyckande i klient- och chefsarbete? Arbete och Hälsa*, Arbetslivsinstitutet

7.1.3 Artiklar

Becker F. (2001): *Organisational dilemmas and workplace solutions*, Journal of corporate real estate, April pp. 129-149

Franco, Lynne Miller; Bennett, Sara; Kanfer, Ruth. (2002:54 sid. 1255-1266): *Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework*, Social Science & Medicine

Gerhart, B. (1990: October): *Voluntary turnover and alternative job opportunities*, Journal of Applied Psychology

Helte, Stefan; Andersson, Mats (2004:37 sid.14-15): *Ministern öppnar dörren för privat vård*, Dagens Medicin

Johansson, Morgan; Persson, Cathrine; Persson, Christer (020109): *För få sjuka för privat vård*, Aftonbladet

Jönsson, Per-Olof; Ellingsen, Mats; Sjöberg, Björn (050126. s. 4): *Kasta stopplagen i papperskorgen och satsa på utveckling av vården*, Dagens Medicin

Kotter, John P (1995): *Leading Change, Why Transformation Efforts Fail*, Harvard Business Review

Merchant, Kenneth A (1982, Summer sid. 43-45): *The control function of management*, Sloan Management Review,

Mohr, L (1973:67, sid. 470-481): *The Concept of Organizational Goal*, American Political Science Review

Ouchi, William G. (1979, sid. 833-847.): *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms*, Management science

Reepalu, Ilmar; Isaksson Lars (050428): *Svensk sjukvård i toppklass i ny internationell jämförelse*, Dagens Nyheter

7.2 Företagsinterna källor

Balanserat styrkort, Primärvården i Skåne

7.3 Elektroniska källor

Capio Citykliniken

<http://www.citykliniken.se/Omoss/Historik/>, hämtad 050428

<http://www.citykliniken.se/Omoss/>, hämtat 050428

<http://www.citykliniken.se/Omoss/Kvalitetsutveckling/>, hämtat 050428

Hjärt-lungfonden

www.hjart-lungfonden.se

Region Skåne

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=1988>, hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=1853>, hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33317>, hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Application.aspx?id=102667>, (sök sida) hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=27645> hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33318> hämtat 050425

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42823>, hämtat 050428

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33317> hämtat 050428

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42823>, hämtat 050428

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=1988>, hämtat 050513

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42817>, hämtat 050515

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33240>, hämtat 050515

Regeringen

<http://www.regeringen.se/sb/d/2717/a/15105;jsessionid=armHL2Mlh24b>, hämtad 050509

Sveriges Chefsorganisation

<http://www.ledarna.se/portal/guide.nsf/0/9419017E201558E7C1256EAC003DBC8A?OpenDocument>, hämtat 050428

Väntetider i vården

http://sas.lf.se/vivprod/cgi/broker.exe?_service=viv_p&_program=viv_pgm.websida.sas&mal1=frameset.html, hämtad 050504

7.4 Muntliga källor

Intervjuer:

- 1: Gruppintervju med sex sjuksköterskor på vårdcentralen Måsen, 050503
- 2: Rosdahl, Agneta. Klinikchef vårdcentralen Måsen. Telefonintervju, 050506
- 3: Parintervju med två sjuksköterskor på vårdcentralen S:t Lars, 050509
- 4: Zander- Schale, Marita. Mellersta Distriktnämnden, Region Skåne. Telefonintervju 050509
- 5: Persson, Mats. arbetar för Folkpartiets regionsråd Marita Zander-Schale i Mellersta Distriktnämnden. Telefonintervju 050509
- 6: Individuella intervjuer med fem sjuksköterskor på Caphio Citykliniken, 050511
- 7: Thelander, Anne. Klinikchef Caphio Citykliniken Lund, 050511
- 8: Karlsson, Anette. Chefssekreterare nordvästra distriktnämnden inom Region Skåne och involverad i arbetet med primärvårdens BSC. Telefonintervju 050513
9. Rosdahl, Agneta. Klinikchef vårdcentralen Måsen. Telefonintervju, 050513

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide för öppna intervjuer

1. Inledande frågor

- 1.1 Hur länge har du arbetat här?
- 1.2 Hur hamnade du just här?
- 1.3 Var har du arbetat tidigare? Skillnad privat/offentlig?
- 1.4 Varför blev du just sjuksköterska?

2. Behov och motivation

- 2.1 Vad motiverar dig i ditt arbete?
- 2.2 Gör organisationen något för att öka din motivation?
- 2.3 Verkar lönen som en motivationshöjande faktor? Skulle du byta arbete om du fick ett par tusen kronor mer i lön varje månad?

3. Självförtroende och självförverkligande

- 3.1 Ger ditt arbete dig ett ökat självförtroende?
- 3.2 Gör dina chefer något för att öka ditt självförtroende?

4. Deltagande

- 4.1 Hur mycket kan du påverka det dagliga arbetet?
- 4.2 Känner du att dina chefer uppmuntrar dig att delta i beslutsprocesser och förändringsarbete?

5. Mål och visioner

- 5.1 Vilka mål/visioner har organisationen?
- 5.2 Är dessa mål/visioner något du arbetar efter i det dagliga arbetet?

6. Ledarskap, makt och kommunikation

- 6.1 Hur fungerar ledarskapet i organisationen? Vad hade kunnat vara bättre?
- 6.2 Hur fungerar samarbetet med andra anställda?
- 6.3 Känner du att du kan tala öppet med din chef om personliga och yrkesmässiga problem?
- 6.4 Känner du att du har din chefs stöd i alla lägen? Särskilt om det uppstår konflikter med patienter/kunder?

7. Feedback och belöningssystem

- 7.1 Får du feedback på det arbete du utför, i tillräckligt hög grad?
- 7.2 Vem får du feedbacken ifrån, hur?
- 7.3 Finns det någon typ av belöningssystem?
- 7.4 Hade ett individuellt belöningssystem motiverat dig att prestera mer i ditt arbete?

Bilaga 2: Intervjurespondenter

Vårdcentralen Måsen

Gruppintervju med sex sjuksköterskor, 050503

Alla hade många år inom vårddyrket och just på vårdcentralen Måsen hade de varit anställda mellan 3-10 år. Ingen hade jobbat inom privat vårdverksamhet och de har ringa erfarenhet av andra typer av jobb.

Telefonintervju med Agneta Rosdahl, verksamhetschef,

Vårdcentralen S: t Lars

Parintervju med två sjuksköterskor, 050509

Sjuksköterska 1. Har arbetat på vårdcentralen S: t Lars i elva år, aldrig arbetat inom den privata vården

Sjuksköterska 2. Har arbetat på vårdcentralen S: t Lars i 18 år, aldrig arbetat inom den privata vården

Capio Citykliniken

Enskilda intervjuer med fem sjuksköterskor, 050511

Sjuksköterska 1. Har arbetat både inom privat och offentlig vård. Började 1976 inom offentlig vård, tidvis mammaledig och 1986 gick hon över till privat vård. 1987 började hon på Citykliniken och har varit där sedan dess.

Sjuksköterska 2. Har jobbat både inom offentlig vård och privat vård. På citykliniken har hon varit anställd i sju år.

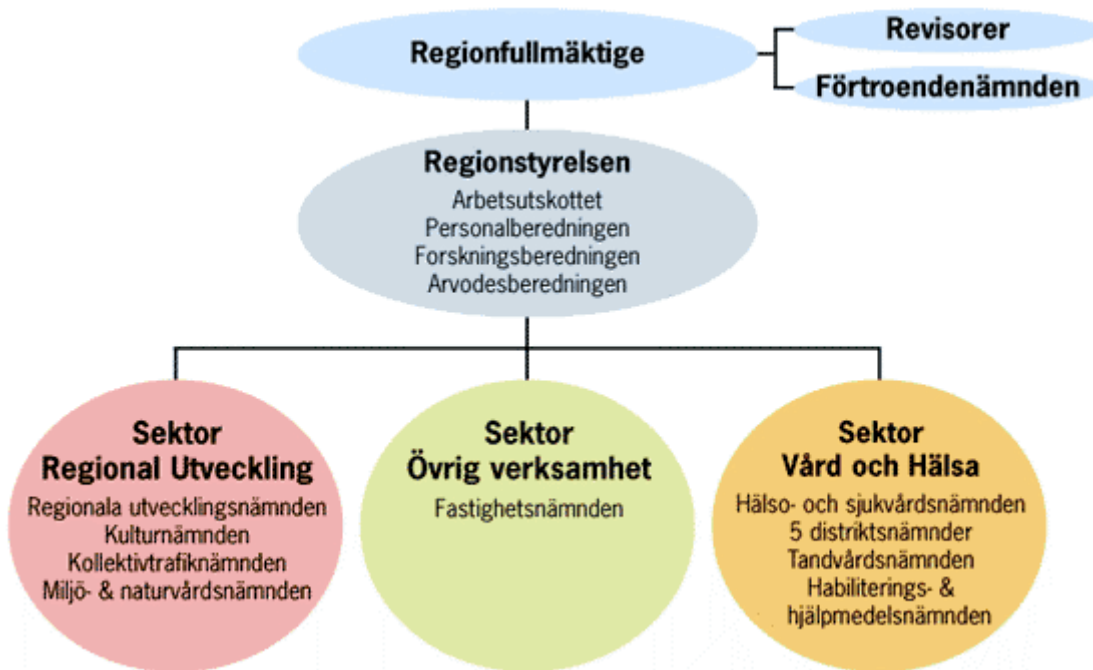
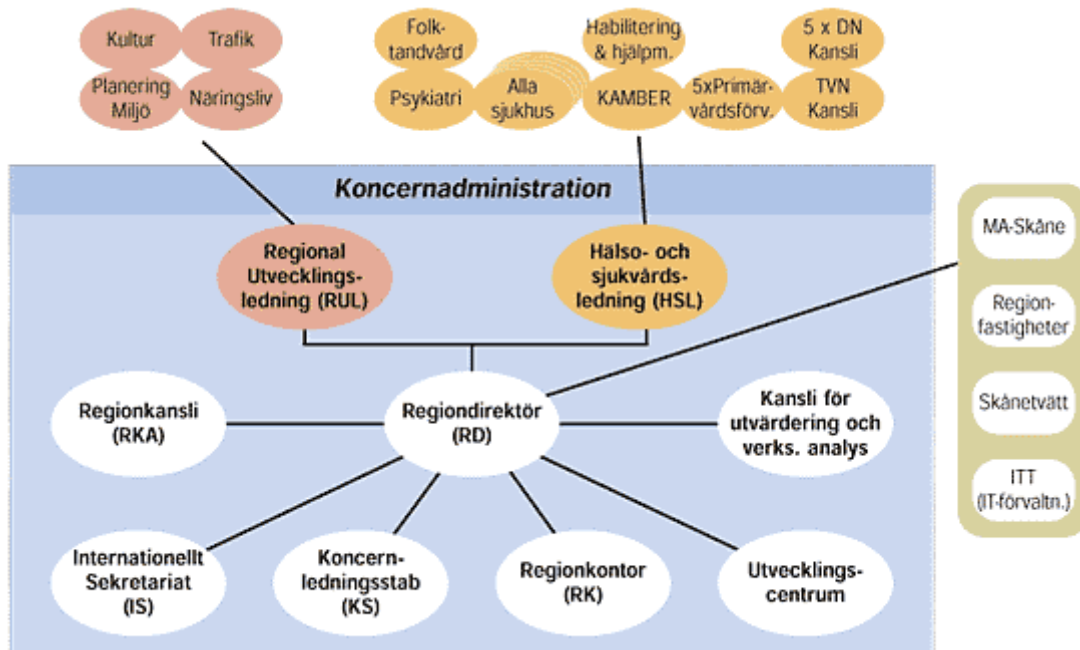
Sjuksköterska 3. Är utbildad sjuksköterska sedan sex år. Började arbeta inom offentlig vård men gick över och arbetade för ett privat bemanningsföretag. Har jobbat på Citykliniken i fyra månader

Sjuksköterska 4. Har arbetat både inom offentlig och privat vård och just på citykliniken har hon varit anställd i fyra år.

Sjuksköterska 5. Har arbetat i fem år på medicinsk avdelning på sjukhuset men har sedan sex år tillbaka arbetat på Citykliniken.

Enskild intervju med Anne Thelander, klinikchef Capio Citykliniken i Lund, 050511

Bilaga 3: Region Skånes tjänstemanna- och politiska organisation



Källa: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=42817>, <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=33240>
 Hämtad, 050515