



LUNDS UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Institutionen för service management
och tjänstvetenskap

Examensarbete för kandidatexamen

Modern professionell dualitet

Hur chefer i hälso- och
sjukvårdsorganisationer jämför
verksamheternas arbete

Andreas Christensson

Emelie Gaidos

Grupp nr: 42

Handledare:

Johan Alvehus

Examensarbete

VT 2016

Förord

Vi vill tacka medverkande personer i studien vars deltagande och engagemang har möjliggjort denna uppsats samt nämna att detta examensarbete har till lika stora delar utförts och skrivits av båda författarna.

Vi vill speciellt tacka våra respondenter som vi intervjuat. Utan era öppna svar och er tid hade inte vår studie kunnat genomföras.

Vi vill även tacka vår handledare Johan Alvehus för stöd och konstruktiv kritik vilket varit värdefullt under hela studieprocessen.

Med det önskar vi trevlig läsning.

Andreas Christensson & Emelie Gaidos

SAMMANFATTNING

Författare: Andreas Christensson & Emelie Gaidos

Nivå: Kandidatuppsats i Service Management, VT 2016

Institution: Institutionen för Service Management, Lunds universitet, Campus Helsingborg

Handledare: Johan Alvehus

Titel: Modern professionell dualism - Hur chefer i hälso- och sjukvårdsorganisationer jämkar verksamheternas arbete

Syfte: Studiens syfte är att uppnå en ökad förståelse för problematiken gällande organisations- och styrmodeller inom professionella verksamheter utifrån verksamma chefers perspektiv.

Frågeställningar:

- Hur kombineras olika organisationsformer och olika organisationslogiker inom hälso- och sjukvård utifrån rådande förutsättningar?
- Hur jämkar verksamma chefer inom hälso- och sjukvård verksamheterna med hänsyn till organisationsformer och organisationslogiker?

I studien framgår det att i problematiken som organisations- och styrprinciper inom hälso- och sjukvården har skapat är det verksamma chefer som anpassar och styr verksamheterna för att hantera just denna problematik. Genom att utforma egna hybridorganisationer där de verksamma cheferna kombinerar olika organisationsformer skapar de en struktur anpassad enligt verksamhetens kontext. Samtidigt influeras de yrkesverksammas arbete utav flera olika logiker vilket även påverkar det arbete som de genomför. De verksamma cheferna anpassar arbetet enligt hur de anser logikerna bör kombineras vilket skapar en ny form av hybridroll för de yrkesverksamma. Studien visar även att hur hybridorganisationernas struktur och hur hybridrollens arbete anpassas varierar från verksamhet till verksamhet. Hälso- och sjukvårdsverksamheter är komplexa då struktur och arbete varierar från kontext till kontext. De som avgör hur anpassningen lämpligast genomförs är verksamma chefer med insikt i både praktisk verksamhet samt lednings- och styrningsdirektiv.

Nyckelord: *Organisationsformer, hybridorganisation, professionalism, New Public Management, organisationslogiker, hybridroll, verksam chef*

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Problembakgrund.....	1
1.2 Problemformulering.....	3
1.3 Syfte.....	4
1.4 Frågeställningar.....	4
1.5 Disposition.....	4
2. Metod.....	5
2.1 Studieobjekt och urval.....	5
2.2 Kvalitativ metod.....	6
2.3 Intervjuernas struktur.....	7
2.4 Analysens framväxt.....	9
3. Teori.....	10
3.1 Hälso- och sjukvård.....	10
3.2 Organisationsformer.....	11
3.2.1 Professionella byråkratin.....	11
3.2.2 Maskinbyråkratin.....	12
3.2.3 Hybridorganisation.....	13
3.3 Logiker.....	13
3.3.1 Professionalism.....	14
3.3.2 New Public Management.....	15
3.3.3 Utmaningar med New Public Management.....	16
3.3.4 Hybridroll.....	17
3.4 Sammanfattande teoridiskussion.....	18
4. Analys.....	19
4.1 Organisationsformer.....	19
4.1.1 Den kunskapsintensiva organisationen.....	19
4.1.2 Den strukturbaserade organisationen.....	20
4.1.3 Den organisatoriska dualiteten.....	21
4.2 Logiker.....	24
4.2.1 Kunskap som grundtanke.....	24
4.2.2 Organisation som grundtanke.....	26
4.2.3 Den professionella dualiteten.....	27
4.2.4 Nya förutsättningar för professionalism.....	28
4.3 Anpassning av dualitetens förutsättningar.....	30

4.3.1 Anpassning till tre aktörer	33
5. Diskussion.....	36
5.1 Hybridorganisation.....	36
5.2 Hybridroll.....	36
5.3 Chefens anpassning.....	37
5.4 Sammanfattande diskussion	38
6. Slutsats	39
7. Framtida forskning	39
Källförteckning.....	40
Tryckta källor.....	40
Elektroniska källor	42

1. Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige har under de senaste trettio åren befunnit sig under stor förändring (Saltman & Bergman 2005). Anledningen till detta är att det funnits en osäkerhet kring om den offentliga sektorn verkligen levererade de tjänster den skulle med tanke på den mängd resurser som krävdes. Många ställde sig frågandes kring styrprinciperna inom hälso- och sjukvården eftersom en del menade att fokus borde ligga på regler och på hur saker ska skötas, medan andra menade att fokus istället borde ligga på resultat och produktivitet. Det växte härmed fram ett annat förslag på organisering och styrning som inspirerades av tankar kring marknader och företagsformer. Denna förflyttning mot andra styrprinciper har kommit att benämnas New Public Management (som fortsättningsvis benämns NPM) (Berlin & Kastberg 2011, s. 29). Implementeringen av nya styrprinciper har lett till förändrade marknadslösningar inom offentlig sektor med exempelvis decentralisering av beslutanderätt, mätning av prestationer, målstyrning samt förändrad allokering av resurser (Hood 1995). Syftet med omorganisationerna i den offentliga sektorn har varit att förbättra och utveckla organisationer (ibid.) då landstingen i Sverige har strävat efter att försöka låta patienten själv välja läkar-, vårdcentral och sjukhus (Burström 2009; Saltman & Bergman 2005). Avsikten gällde även en bättre tillgång till sjukvården och högre effektivitet samt att ge fler och bättre tjänster för pengarna utifrån den rådande efterfrågan då meningen var att göra vården mer rättvis för befolkningen (Burström 2009). Omorganisationen har inneburit förändrade förutsättningar för samtliga parter inom hälso- och sjukvården vilket påverkar aktörernas arbete (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). I dagsläget finns det ingen konsensus bland berörda parter kring hur hälso- och sjukvård ska bedrivas och styras utifrån förändringen som skett.

1.1 Problembakgrund

Organisationer som fenomen har utvecklats under senaste tiden och är i dagsläget en central del av samhället. Mintzbergs (1981) organisationsteorier agerar grund för organisationers uppbyggnad vilket Planander och Westrup (2014) beskriver där de utifrån hälso- och sjukvården kartlägger organisationsmodellerna. Organisationsmodellerna innefattar bland annat olika aktörer som agerar inom organisationer där mellanchefen agerar mellan den operativa kärnan, det vill säga de verksamma, och ledningen (Mintzberg 1981). Forskningen förklarar hur standardmodellen för hälso- och sjukvård ses som den professionella byråkratin som karakteriseras och är uppbyggd av kunskapsintensitet, decentraliserat beslutsfattande samt

legitim auktoritet, kärnvärden som även Larsson (1977) lyfter upp som centrala aspekter för rollen som professionellt yrkesverksam.

En professionellt yrkesverksam person arbetar, enligt idealsynen med principerna att kunna kontrollera sin egen arbetsprocess, i en företagskultur influerad av kollegial auktoritet och gemensamma normer. Arbetet påverkas även av etiska värderingar med tron på kunskap och färdighet som ett resultat av inläring och erfarenhet (Evetts 2009). Gemensam företagskultur med delade värderingar och likartat tankesätt om arbetets genomförande beskrivs som en logik vilket finns inom organisationer (Pache & Santos 2013). Logiker påverkar arbetet som sker inom organisationen eftersom aktörerna agerar enligt dessa där chefer är de som påverkar logikernas inflytande. Planander och Westrup (2014, s. 150) menar att chefer i organisationer strukturerade enligt den professionella byråkratin måste arbeta med en legitimitet eftersom de ska sammanlänka olika drivkrafter. Detta i sin tur ser vi som att det ställs indirekta krav på chefen att arbeta med logiker för att få en fungerande verksamhet.

Det finns andra organisationsformer där, i exempelvis maskinbyråkratin, cheferna spelar en större roll då de styr och kontrollerar arbetet i större utsträckning och beslutsfattandet sker centralt av ledningen (Mintzberg 1981). Mellanchefernas uppgift blir att handskas med eventuella motstridigheter och konflikter även om det finns en tydlig uppdelning mellan olika funktioner och standardiserade arbetsuppgifter (Planander & Westrup 2014, s. 149). Inom hälso- och sjukvårdsverksamheter har chefer ansvar för att styra sina organisationer genom konkurrerande krav och förväntningar (Buchan 2004) vilket gör dem till den avgörande faktorn för verksamhetens funktionalitet. Inom hälso- och sjukvården blir således chefer betydelsefulla i helheten eftersom de ska agera i förhållande till resterande parter. Noordegraaf (2011) menar att det skapas en krock mellan olika organisationsformer vilket innebär nya förutsättningar för verksamheterna och de involverade aktörerna. I hälso- och sjukvårdsorganisationer uppstår en krock mellan den redan befintliga professionella byråkratin och maskinbyråkratin som infunnit sig till följd av omorganisationernas fokus på effektivitet, produktivitet och resursmaximering.

Diskussionen som sker på flera plan, bland annat på politisk- och samhällsnivå, belyser hur förändringen inom hälso- och sjukvården förändrat förutsättningarna för verksamheterna. Förändringen som skett har inneburit förändrade förutsättningar för de logiker som genomsyrar verksamheternas praktiska arbete (Pache & Santos 2013) samt förändrade förutsättningar för organisationsformer (Noordegraaf 2011). Problematiken som uppstått debatteras i en debattartikel i Dagens Nyheter (2016), skriven av en docent, en professor, och en doktorand vid Stockholms universitet som belyser problemet att organisations- och styrmodellerna i teorin

krockar med praktiken. De argumenterar för hur NPM-principer har skapat problem för professionella verksamheter. Svårigheterna ligger i att organisationer inom vård och omsorg som påverkas av förändrade organisationsmodeller och styrfunktioner utsätts för en problematik i sitt arbete (Liff & Andersson 2011). Förändringarna skapar konsekvenser för samtliga parter, såväl ledning som yrkesverksamma. Evetts (2011) menar att förändringen får som följd att ledningen och de yrkesverksammas arbete påverkas av ett förändrat syfte och mål med organisationen vilket kräver en anpassning från båda parter enligt de nya principerna. Anpassningen som nu blir ett krav för samtliga aktörer att förhålla sig till är ett resultat av den krock som sker mellan de olika faktorerna som skapar och underbygger organisationernas arbete. Uppsatsens syfte avser att genom analys grundad i hälso- och sjukvårdsorganisationer belysa problematiken och ge en ökad förståelse för dess sammanhang.

1.2 Problemformulering

Av ovanstående redogörelse konstateras att det finns en problematik gällande förändrade förutsättningar för organisationsformer och organisationslogiker inom hälso- och sjukvårdsverksamheter. De nya utmaningarna samt de förändrade förutsättningar som organisations- och styrmodeller medför (Östergren & Sahlin-Andersson 1998) kombinerat med krocken mellan olika organisationslogiker (Pache & Santos 2013) skapar en problematik för samtliga aktörer. Problematiken som förändringen medför tyder sig i vetenskaplig forskning som exempelvis Berlin och Kastberg (2011) och Noordegraaf (2011) vilka diskuterar problematiken kopplat till förändringen som skett. Problematiken gestaltar sig även i media (se Sydsvenskan 2016) och i samhällsdebatter ha en negativ inverkan på den verksamhet som bedrivs. Genom att det blir förändrade förutsättningar behöver även verksamheterna hantera sitt arbete utifrån det. Den ansvarsfördelning och auktoritetstillskrivning som finns inom verksamheterna hänvisas till verksamma chefer. Planander och Westrup (2014, s. 145-154) förklarar att organisationer inom hälso- och sjukvården har flera olika former med chefsnivåer som ansvarar för olika delar av verksamheterna. Inom hälso- och sjukvården har mellanchefer bland annat ansvar för den praktiska verksamheten. Vår studie undersöker hur problematiken för verksamma chefer gestaltar sig i praktiken och hur arbetet genomförs enligt den förändrade situationen. Genom att belysa hur problematiken gestaltar sig skapas en tydligare förståelse om hur hälso- och sjukvården fungerar. Studiens resultat kan jämföras med liknande studier om styrningsprinciper och chefsroller där vår studie blir ett tillskott till den vetenskapliga grunden.

1.3 Syfte

Studiens syfte är att uppnå en ökad förståelse för problematiken gällande organisations- och styrmodeller inom professionella verksamheter utifrån verksamma chefers perspektiv.

1.4 Frågeställningar

För att besvara syftet med studien utgår vi från följande frågeställningar:

- Hur kombineras olika organisationsformer och olika organisationslogiker inom hälso- och sjukvård utifrån rådande förutsättningar?
- Hur jämkar verksamma chefer inom hälso- och sjukvård verksamheterna med hänsyn till organisationsformer och organisationslogiker?

1.5 Disposition

Nedan följer en redogörelse av den metod vi använt i undersökningen där vi först presenterar hälso- och sjukvården i Region Skåne som studieobjekt för undersökningen. Därefter diskuteras den metod vi valt samt tillvägagångssättet för att samla in det empiriska materialet. I teorikapitlet introduceras en teoretisk referensram kring organisations- och styrmodeller, professionalism, organisationsformer och logiker, där tidigare forskning presenteras. I nästa del av uppsatsen analyserar vi studiens syfte och frågeställningar med hjälp av teorin genom att undersöka de teman vi identifierat. De teman vi arbetat med är organisation, styrsystem, professionalism, hälso- och sjukvård, ekonomi och politik. Därefter sammanställer vi uppsatsen genom en diskussion där även resultatet framförs. Här redogörs för hur arbetet i hälso- och sjukvårdsorganisationer hanteras baserat på de resonemang som förts fram under analysen. Avslutningsvis ger vi förslag på framtida forskning baserat på studiens resultat.

2. Metod

I följande kapitel presenterar vi vår metod för studiens genomförande, både beskrivning av urval och tillvägagångssätt. Kapitlets syfte är att tydliggöra genom argumentation och redogörelse för vår metod, styrka studiens kvalitet och tillförlitlighet, samt skapa förståelse för det empiriska materialets omfattning.

2.1 Studieobjekt och urval

I Region Skåne styrs hälso- och sjukvården av politiska beslut som både sker på nationell, regional och lokal nivå vilka påverkar hur verksamheterna ska bedrivas. Region Skåne beslutar om vården och samordnar den offentligt finansierade sjukvården som bedrivs av både offentliga och privata aktörer (Skane 2016). Nyligen genomfördes en omorganisation i hälso- och sjukvården i Region Skåne med avsikt att göra ett försök till att förbättra verksamheterna (Se SVT 2016). Denna uppsats avser att studera sjukvårdsorganisationen Region Skåne. För att försöka få en övergripande och bredare bild av hälso- och sjukvården har vi samlat in vårt empiriska material från både offentliga och privata verksamheter med varierande verksamhetsomfattning men med likartade befattningar på samtliga respondenter. Typen av verksamhet respondenterna ansvarar för varierar därmed, men de arbetar med samma huvudsyfte, att genomföra vård och arbeta för en bättre folkhälsa. Det grundat i tanken om att studera hälso- och sjukvård övergripande och inte genomföra en fallstudie av en enskild verksamhet.

Undersökningen gäller hälso- och sjukvården och är avgränsad till Region Skåne, därmed blev urvalet vi genomförde ett målinriktat urval. Målinriktat urval används i syfte att välja ut respondenter som forskarna anser är relevanta för studiens syfte (Bryman 2008, s. 434). I vårt målinriktade urval var yrkesverksamma chefer med ansvars- och ledarbefattning eftersom de har insyn i både den praktiska verksamheten samt i styrning från politik och ledning vilket placerar dem i en position som kan medla för båda parter. Inledningsvis i arbetsprocessen kontaktade vi personer som inkluderas inom vårt målinriktade urval. Somliga respondenter svarade att de inte kunde, andra svarade inte alls och somliga respondenter gav positivt svar där vi bestämde intervjutillfälle. Via några respondenter fick vi även kontaktuppgifter och blev hänvisade till andra personer vilka var relevanta för studien. På detta sätt skapade vi vår urvalsgrupp från olika delar av hälso- och sjukvården i Region Skåne. Respondenternas yrkesroll och typ av verksamhet de arbetar inom varierar men samtliga uppfyller de krav vi har

på urvalet gällande insyn, kunskap och förståelse. Respondenternas deltagande i studien ska vara anonymt för att värna om integritet. Följande tabell redogör för deltagande respondenter och dess yrkesroll:

Yrkesroll	Verksamhet
Verksamhetschef	Vårdcentral
Verksamhetschef	Sjukhus
Verksamhetschef	Vårdcentral
Verksamhetschef	Barnmorskemottagning
Verksamhetschef	Sjukhus
Verksamhetschef	Vårdcentral
Verksamhetschef	Vårdcentral
Enhetschef	Sjukhus
Undersköterska	Vårdcentral
Samordnare	Sjukhus
Regionchef	Förvaltning

Tabell 1. Sammanställning av genomförda intervjuer.

Respondenterna som arbetar som undersköterska och samordnare arbetar inte aktivt i en ledningsroll men har tidigare erfarenhet av ledande och ansvarsinnehavande befattningar och arbetar fortfarande aktivt i verksamheterna. Därmed anser vi att de har tillräcklig insyn i verksamheten för att uppfylla kraven för vårt målinriktade urval.

2.2 Kvalitativ metod

Vi konstaterade att kvalitativ intervju var det mest lämpliga för studiens syfte och genomförandet av analys. Det är en fördel om metoden väljs utifrån att den ska passa det som eftersträvas att ta reda på än att låta val av metod styra vad som ska undersökas (Silverman

2013, s. 11). Vi valde kvalitativt tillvägagångssätt då vi ansåg att relevant empiriskt material grundar sig i bakomliggande tankar och förståelse. Ryen (2004, s. 14-15) menar att genom kvalitativa intervjuer blir det enklare att tolka respondenternas svar samt att kvalitativ metod gör det enklare att få en djupare förståelse för studieområdet. Eftersom vi vill öka vår förståelse för studiens område ser vi till Jacobsen (2007) som menar att kvalitativa intervjuer i detta fall är det mest lämpliga för att kunna genomföra studien. Genom ett kvalitativt tillvägagångssätt kunde vi samla in empiriskt material för att genomföra en analys enligt de frågeställningar som vi avsåg att besvara. Med kvalitativ metod eftersträvar forskaren förklaringar till den problematik de ämnar att besvara genom insamling av empiri. Om det empiriska materialet inte visar på någon problematik behöver forskaren ändra studiens riktning för att komma fram till en slutsats (Bryman 2008, s. 512-513) vilket vi gjorde genom studiens gång. Vårt insamlade empiriska material skiljde sig jämfört med det vi från början avsåg att studera, därav anpassade vi studien för att på ett tydligare sätt belysa den problematik vi uppmärksammat.

Vi har använt ett abduktivt arbetssätt vilket enligt Alvesson och Skoldberg (2008, s. 55) innebär att den teoretiska referensramen omformas efter den insamlade empirin. Efter genomförda intervjuer reviderades och anpassades den teoretiska referensramen för att genom analysen besvara undersökningens syfte på ett tydligt vis. Abduktivt arbetssätt sker vanligtvis vid kvalitativa studier där det empiriska materialet styr eller leder till forskarnas val av teorier (ibid.). Nedan beskriver vi tydligare hur vi gick tillväga för att samla in vårt teoretiska och empiriska material som sedan låg till grund för vårt analysarbete.

2.3 Intervjuernas struktur

Innan vi genomförde intervjuerna utformade vi en intervjuguide med teman och frågor vi ville behandla i syfte att samla in relevant material till uppsatsen (Se bilaga 1). En intervjuguide möjliggör för öppna svar från respondenten och samtidigt kan forskarna få sina teman, frågeställningar och ämnesområden behandlade (Bryman 2008, s. 419). Alvehus (2013) och Patel och Davidson (2011) förklarar en intervjuguide som att forskaren på förhand gör upp en lista med specificerade ämnen men där respondenten i hög grad har möjlighet att påverka intervjuens innehåll. De teman och frågor som fungerade som utgångspunkter under intervjuerna utformades utifrån den teoretiska ramen vilket resulterade i fyra olika teman om organisation, styrsystem, professioner och hälso- och sjukvård. Intervjuguiden bestod av frågor inom de teman vi ville behandla men som var öppna för att respondenterna skulle kunna besvara dem utifrån sin egen uppfattning. Genom att vi ställde öppna frågor som respondenterna själva fick

tolka svaren på kunde vi anpassa dialogen under intervjuernas gång. Vid utformning av en intervjuguide är det viktigt att ta hänsyn till att frågorna bör formuleras med ett korrekt och förståeligt språk (Bryman 2008, s. 419). De frågor som ställs ska heller inte vara ledande och föregripna respondenternas svar (Bryman 2008, s. 422-423). När vi analyserade det insamlade materialet från intervjuerna har vi förhållit oss till att vissa följdfrågor som ställts har kunnat vara sämre formulerade i enlighet med hur intervjufrågor bör ställas.

Dagen innan vi skulle genomföra intervjuerna skickade vi via mail instruktioner om studiens syfte, tillvägagångssätt samt vilka teman som skulle beröras under intervjun. Vid första kontakten hade vi redan förklarat studiens syfte och att medverkan i studien skedde anonymt, vilket vi poängterade igen för att skapa en känsla av trygghet. Vi informerade även respondenterna varför vi kontaktat just dem och att vi avsåg att intervjua personer med deras yrkesbefattning, det för att skapa en god relation från början och undvika missförstånd eller liknande. Patel och Davidsson (2011, s. 75) menar att information inför intervjuer bör ske i flera steg och att respondenterna bör kontaktas innan intervjuens genomförande. Vi frågade även respondenterna om de vill ta del av studien när den är färdigställd vilket samtliga respondenter ville. Före intervjuerna frågade vi om respondenternas medgivande till att spela in intervjun vilket även Yin (2010) menar är viktigt för att det inte ska uppstå missförstånd i ett senare skede. Vi valde att spela in intervjuerna i syfte att möjliggöra transkribering vilket underlättar för analysering av det empiriska materialet. Inspelning av intervjun innebär att forskarna kan fokusera på intervjun, tolka respondentens svar och ställa lämpliga följdfrågor istället för att anteckna (Bryman 2008, s. 428 & Yin 2010). Inledningsvis informerade vi respondenterna om syftet med undersökningen samt att respondenten hade möjlighet att dra tillbaka intervjun om så önskades, vilket Ryen (2004, s. 76) menar är grundläggande för att respondenten ska uppleva trygghet.

Samtliga intervjuer där vi träffade respondenterna skedde i enskilda utrymmen vilket minimerade störande moment samt möjliggjorde för både oss och respondenterna att fokusera på intervjun. Under intervjun tog vi en passiv roll där vi lät tystnad och bekräftande ord ta plats för att låta respondenterna fundera och tala vidare. Alvehus (2013, s. 83) menar att intervjun inte ska fungera som ett förhör eller test av respondentens kunnande utan sträva efter ett mer givande samtal. Under intervjun är det en fördel om intervjuaren samtalar med intervjupersonen för att underlätta dialogen eftersom det kan göra att intervjupersonen känner sig mer bekväm (Patel & Davidsson 2011, s. 82).

Efter intervjuernas genomförande informerade vi intervjupersonerna om att ifall de önskade avsäga sig något från intervjun var detta möjligt. Det gällde såväl under intervjuerna som efter intervjuernas genomförande. Efter varje intervju reflekterade vi kring genomförandet, om och hur vi kunde ställt frågorna annorlunda samt vad vi skulle tänka på till nästkommande intervju. Det gjorde att desto fler intervjuer vi genomförde blev vi bättre på att avläsa respondenternas svar, tolka situationen och få våra ämnen behandlade.

2.4 Analysens framväxt

När vi hade samlat in vårt empiriska material inledde vi med att transkribera intervjuerna för att underlätta hanteringen av materialet samt tydligare förstå vad som faktiskt hade sagts under intervjuerna. Därefter påbörjade vi kodningen av det empiriska materialet utifrån de sex teman vi hade identifierat; organisation, styrsystem, professioner, hälso- och sjukvård, ekonomi och politik. Fyra av dessa teman hade vi som tidigare förklarat utformat utifrån studiens teoretiska referensram varav två teman, ekonomi och politik, visade sig vara genomgående teman i samtliga intervjuer. I intervjuguiden hade vi utformat en fråga som berörde styrning från externa parter vilket gjorde att politiken belystes till stor del. Temat ekonomi visade sig även vara ett ämne som engagerade samtliga respondenter då verksamheterna styrs hårt utifrån ekonomiska termer, vi ansåg därför att temat var viktigt att ha med i kodningen. Vi formulerade därmed två nya teman för att täcka in allt som diskuterades under samtliga intervjuer.

I nästa steg sammanfattade vi kodningen i listor för att göra materialet överskådligt och hanterbart inför analysen. Vid analys av insamlat material går det att kategorisera materialet i olika grupper och teman och därefter ställa upp det i listor för att underlätta hanteringen av materialet (Yin 2010). Därefter jämförde vi det empiriska materialet med den teoretiska referensramen för att se vilka teorier vi kunde använda för att analysera det empiriska materialet samt hur vi kunde underbygga och styrka analysdelen. I analysen har vi arbetet med citat för att belysa viktiga poänger och besvara studiens syfte. Vid användningen av citat har respondenterna benämnts från R1-R11 för att vidhålla deras anonymitet. Utgångspunkten för analysen ligger i de verksamma chefernas egna syn på arbetet de genomför. Därmed baseras analysen på vad de verksamma cheferna säger att de gör istället för att studera vad de faktiskt gör. Vi vill komma åt underliggande förändringar och tar därför hänsyn till detta i analysen genom att betona att det är respondenternas egna åsikter som vi för fram genom citat.

3. Teori

I följande kapitel kommer vi redovisa den teoretiska referensram som vi därefter använder för att analysera det empiriska materialet. Den teoretiska referensramen ger en grundläggande förståelse för hälso- och sjukvård samt förklarar begreppen organisationsformer, organisationslogiker, New Public Management och professioner. Begreppen kommer både presenteras och relevanta aspekter av teorierna kommer att lyftas fram för att förtydliga begreppens mening. Kapitlet avslutas med en sammanfattande teoridiskussion där den teoretiska referensramens användning diskuteras som analytiskt redskap.

3.1 Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvård har det historiskt sett alltid varit och är fortfarande kunskapsintensivt. I en kontext som ständigt utvecklas i en intensiv takt blir kunskap och kompetens en viktig aspekt i organisationernas arbete (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Utöver kunskapsintensitet kartlägger Berry och Bendapudi (2007) hur hälso- och sjukvård skiljer sig från resterande serviceverksamheter och organisationer. Det finns aspekter som är centrala att ha i åtanke i samband med förståelsen för vikten av kunskap och kompetenser. För att särskilja behövs en förståelse för likheter där Berry och Bendapudi (ibid.) menar att hälso- och sjukvården precis som andra tjänster är immateriell, kunskapsintensiv, kunden är närvarande samt att tjänster produceras och konsumeras samtidigt.

Vad som särskiljer hälso- och sjukvård är det som gör kontexten unik och svårhanterad med sjuka patienter, vilket gör att deras inställning, beteende eller fysiska funktion kan påverka tjänsten. Personalen är stressad vilket kan påverka arbetsförhållanden och därmed även tjänsten som genomförs (ibid.). Hälso- och sjukvården är en svårstyrd verksamhet med en unik och komplex miljö och bör därför ses och arbetas med försiktighet och noggrannhet med anledning av de speciella förhållanden som finns. Organisationen är unik i den bemärkelse att den är starkt präglad av traditioner, normer och krav, såväl formella som informella vilket påverkar arbetssituationen inom organisationen (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Hälso- och sjukvårdens komplexitet påverkas av den förändrade organisationssituationen som de nya organisations- och styrmodellerna medför (ibid.; Berlin & Kastberg 2011, s. 32).

3.2 Organisationsformer

Hälso- och sjukvårdssektorn består av olika organisationer där hur arbetet organiseras och styrs har en betydande roll för att organisationerna ska vara värdeskapande (Planander & Westrup 2014, s. 143). Organisationers kontext är den betydande rollen som avgör lämplighet av organisationsform där hälso- och sjukvårdens kontext är varierande och oförutsägbar (Berry & Bendapudi 2007). Kontextens betydelse beskriver Planander och Westrup (2014, s. 143-44) som den avgörande rollen för hälso- och sjukvårdsorganisationer som de grundar i Mintzbergs (1981) konfigurationsmodell. Mintzberg (1981) diskuterar olika organisationsformer enligt konfigurationsmodellen som innefattar flera idealtyper och menar att en organisation kan vara uppbyggd och styrd på olika sätt. Det finns sex idealtyper av organisationsformer och i denna uppsats belyser vi två av dessa; den professionella byråkratin och maskinbyråkratin. Detta dels för att de var för sig förklarar hur hälso- och sjukvården är uppbyggd och styrd, dels även för att de tillsammans visar på den problematik chefer inom hälso- och sjukvården möts av efter de omorganisationer som skett.

Mintzberg (ibid.) menar att det går att dela upp en organisation i fem delar; strategisk ledning i toppen, mellanchefer och under de finns den operativa kärnan. Utöver detta finns det en teknostruktur och stöd- och serviceenheter. Den operativa kärnan som befinner sig längst ner har ansvar för att genomföra arbetet för att organisationen ska nå sina mål. Mellancheferna har i sin tur huvudansvar för att övervaka och samordna produktion men de ska även förmedla information från den operativa kärnan upp till ledning och tvärtom. Den strategiska ledningen i toppen har det högsta administrativa ansvaret för hela organisationen. Vi kommer i denna uppsats fokusera på de ovannämnda tre delarna, det vill säga operativ kärna, mellanchefer och strategisk ledning, för att öka förståelsen för hur hälso- och sjukvårdsorganisationer i Region Skåne fungerar och är uppbyggda.

3.2.1 Professionella byråkratin

Genom historien har hälso- och sjukvårdsorganisationer alltid varit professionella organisationer (Östergren & Sahlin-Andersson 1998) och Planander och Westrup (2014) kartlägger hur hälso- och sjukvårdsorganisationer bör organiseras enligt Mintzbergs modell professionell byråkrati. Mintzberg (1981) förklarar att denna organisationsform passar bäst på exempelvis sjukhus och universitet då den karakteriseras av standardisering av färdigheter för att kunna koordinera arbetsuppgifterna. Dessa typer av organisationer är beroende av att de operativa verksamheterna hanteras av professionella människor som måste ges avsevärd

kontroll över det egna arbetet. Som resultat av detta framgår denna organisationsform som decentraliserad eftersom de professionella i den operativa kärnan ska fatta de strategiska besluten. Även Östergren och Sahlin-Andersson (1998) menar att den professionella byråkratin kännetecknas av decentraliserat beslutsfattande, hög grad av kunskap och kompetens. Planander och Westrup (2014, s. 150) beskriver även utifrån Mintzbergs teorier att personal med hög kompetens utgör den operativa kärnan.

Den operativa kärnans kunskapsintensiva personalstyrka är den bidragande faktorn till organisationens funktion och i den föränderliga kontext organisationerna är verksamma i finns behovet av en hög grad av kompetens (ibid., s. 143-157). Övriga bidragande faktorer till anpassningsmöjligheterna inom hälso- och sjukvården är den höga grad av autonomi och eget beslutsfattande för de professionella i den operativa kärnan (ibid.). Svårigheten med dessa organisationer är att det kan vara svårt att skapa en enhetlig känsla som konsekvens av de professionellas strävan efter självständighet i arbetet. För att hantera de olika professionernas drivkrafter blir mellancheferna de som måste överbygga dessa, och detta genom att ha en stark legitimitet (ibid., s. 151). Mintzbergs (1981) modell med den professionella byråkratin agerar därmed vanligtvis standard för hälso- och sjukvårdens organisationsform.

3.2.2 Maskinbyråkratin

Den professionella organisationsformen karakteriseras som tidigare förklarad av standardisering av kunskap för att kunna koordinera arbetsuppgifter vilket skiljer sig avsevärt från maskinbyråkratin. Mintzberg (1981) menar att maskinbyråkratin istället kännetecknas av standardisering av arbete för att koordinera arbetsuppgifter. Maskinbyråkratin arbetar för hög produktivitet och effektivitet genom stordriftsfördelar med lågutbildad personal (ibid.). Maskinbyråkratins koncept grundar sig i Taylors (2003) teorier om scientific management och tron på att allting är mätbart och genom vetenskapliga mätningar samt korrigeringar kan produktiviteten maximeras i alla organisationer. Mintzberg (1981) redogör för att maskinbyråkratins huvudsakliga fokus är resursmaximering och beslutsfattande som sker centralt i ledningsstrukturen som koordinerar ihop arbetet för att styra arbetsstyrkan utifrån angivna principer. Mellancheferna blir de som hanterar motstridigheter och konflikter som möjligen kan inträffa trots den tydliga fördelningen av standardiserade arbetsuppgifter (Planander & Westrup 2014, s. 149). Anpassningsmöjligheter och föränderliga situationer är därmed problematiskt eftersom autonomi och initiativtagande i den operativa kärnan är begränsat då det sker genom centralt beslutsfattande (Mintzberg 1981).

3.2.3 Hybridorganisation

Organisations- och styrmodellerna som implementerats under den senare tiden av 1900-talet är omfattande och har inneburit flertalet omstruktureringar, förändrade arbetspositioner och en större komplexitet för hälso- och sjukvårdssektorn (Berlin & Kastberg 2011). Komplexiteten har utvidgats genom en förändring från professionell dominans enligt den professionella byråkratins organisationsform där makt och beslutsfattande var centraliserat till kunskapsinnehavare. Istället har det förändrats till en mer administrativ dominans med decentraliserad makt och beslutsfattande. Resursallokering har skapat en större ekonomisk medvetenhet där det historiskt har strävats efter att minska komplexiteten men det har istället ökat helhetens komplexitet. Tankarna om att öka styrbarhet och mätbarhet i hälso- och sjukvården är en av många anledningar till den ökade komplexiteten (Noordegraaf 2011; Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Förändringarna har fokuserat på de monetära aspekterna men missat att ta icke-monetära faktorer i beaktande vilket även de varit en bidragande faktor till ovannämnda problematik (Noordegraaf 2011, s. 1350).

Förändringarna innebär att organisationer idag snarare är utformade utifrån vad som benämns som hybridorganisationer (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015; Noordegraaf 2011; Pache & Santos 2013). Hybridorganisationer skapas som en reaktion på de förändrade förutsättningarna där olika organisationsformer kombineras (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015). I hälso- och sjukvård som traditionellt är styrt enligt principer om professionell byråkrati växer hybridorganisationer fram genom implementering av principer från maskinbyråkratin (Noordegraaf 2011). Förändringarna innebär styrning enligt maskinbyråkratins principer om produktivitet och centralt beslutsfattande kombinerat med den professionella byråkratins principer om den operativa kärnans kompetensberoende och anpassningsbehovet i arbetet. Hybridorganisationer skapas och anpassas utifrån varje specifik kontext och är därmed svåra att generalisera (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015). Förändrade organisations- och styrmodeller medför även konsekvenser för arbetet i hälso- och sjukvården (Liff & Andersson 2011) då exempelvis de verksamma cheferna måste anpassa sitt arbete efter de olika krav som skapas i samband med den förändrade organisationen.

3.3 Logiker

För att se hybridorganisationer som mer än en kombination av organisationsformer belyser Pache och Santos (2013) att det existerar bakomliggande logiker i organisationsformerna vilka sammanfattar gemensamma tankar, värderingar och normer, och synsätt på organisationers

arbete. Logiker är tankestrukturer vilka förekommer i verksamheter genom att de präglar arbetet som genomförs och beskrivs som implicita eftersom de är uppbyggda av underliggande etiska värderingar. Vi kommer fortsättningsvis benämna logiker som organisationslogiker då de existerar i organisationer genom att de påverkar arbetet som utförs.

Inom hybridorganisationer kämpar aktörer mot varandra för att försöka bevara den egna logikens dominerande normer, faktorer och organisationsformer. Det skapas en komplexitet som inte på förhand kan definieras utan skapas naturligt inom organisationer. Det krävs därmed en förståelse för hur olika logiker fungerar och samverkar med varandra (Greenwood, Raynard, Kodeih, Micelotta & Lounsbury 2011). Logikerna samverkar inte felfritt med varandra utan är i ständig konflikt. I exempelvis hälso- och sjukvårdssektorn är komplexitet extra tydlig där kombinationen av den professionella och organisatoriska logiken förekommer (ibid.).

Det skapas ett skådespel som Pache och Santos (2013) förklarar som att de olika logikerna i hybridorganisationen symboliskt vidtar och anammar aspekter från den andra logiken men i konflikten mellan är fortvarande. Med symboliskt vidta och anamma aspekter menar Pache och Santos (ibid.) att de följer principer enligt den motsvarande logiken men det genomförs motvilligt och endast för syns skull utan att egentligen följa. Den typen av anpassningar är inte hållbara på längre sikt då konfliktsituationen troligtvis växer vilket gör problematiken mer omfattande (ibid., s. 974). Brunsson (2006) diskuterar hyckleri och menar att det är en praxis som går ut på att införliva olika organisatoriska strukturer, processer och ideologier. Chefer i hybridorganisationer agerar även enligt skådespelsprincipen och följer snarare sin valda logik än att anpassa sitt ledarskap enligt andra vilket innebär att auktoriteten inte är lika betydelsefull i praktiken (Pache & Santos 2013, s. 996).

3.3.1 Professionalism

Verksamheter inom hälso- och sjukvården är som vi tidigare förklarade uppbyggda av bland annat professionellt yrkesverksamma (se Planander & Westrup 2014). En professionellt yrkesverksam som begrepp är diffust med olika definitioner vilket är en aspekt som bidrar till hälso- och sjukvårdens komplexitet. Samtliga försök till definitioner har gemensamma nämnare gällande kunskap, färdighet och en marknad att använda kunskapen och färdigheterna på (Berlin & Kastberg 2011; Freidson 2001; Liff & Andersson 2011). Kunskapen och färdigheterna är till stor del implicit samt erfarenhets- och studiebaserad vilket ger de yrkesverksamma specialiserad kunskap som är kännetecknande för professionellt yrkesverksamma (Freidson 2001). Professionella yrkesgrupper har även gemensamma

värderingar, normer och etiska förhållningssätt vilket skapar en gemensam identitetskänsla. En identitetskänsla som utformas av gruppen genom de gemensamma faktorerna (Opdahl 2008, s. 35-47). Implicit kunskap och implicita värderingar är problematiskt att ifrågasätta (Larson 1977) eftersom det tolkas som att det är yrkesgruppens legitimitet som ifrågasätts (Berlin & Kastberg 2011; Opdahl 2008).

Specialiserad kunskap fördelas i olika kategorier baserat på kontext och teoretiskt perspektiv (Evetts 2009; Freidson 2001). Freidson (2001) fördelar det enligt principer om typ av kunskap genom inläring där professionell specialbaserad kunskap kännetecknas genom utbildad och praktisk kompetens som involverar implicit kunskap. Evetts (2009) kategoriserar professionell kunskap i ytterligare två kategorier. Dels organisationell kunskap vilket baseras på rationell-legala former av auktoritet och hierarkiska strukturer gällande ansvar och beslutsfattande. Den andra kategorin är yrkesbaserad kunskap vilken är diskursbaserad och strukturerad av de yrkesverksamma, involverar kollegial auktoritet och baseras på relationer mellan individerna i organisationen. Alvehus (2012, s. 51) diskuterar även dessa två perspektiv men benämner de istället som professionell och byråkratisk styrning. Det förekommer motstridiga intressen mellan dessa vilket innebär en förändring för de professionellt yrkesverksamma i professionella organisationer.

3.3.2 New Public Management

Som tidigare förklarat har det under senaste decennierna utvecklats och implementerats en rad styr- och organisationsmodeller i syfte att förbättra produktivitet och resursanvändning inom organisationer (Hood 1995). Organisations- och styrmodellerna sammankopplas med paraplybegreppet NPM (Berlin & Kastberg 2011; Liff & Andersson 2011) vilket innefattar två huvuddelar. Standardisering av modeller och arbetssätt samt fokus på ledning som huvudsakligt ursprung för beslut och struktur (Almqvist 2004; Evetts 2009; Hood 1991). Första huvudsakliga komponenten som berör standardisering av modeller och arbetssätt påminner om Taylors (2003) teorier om scientific management vilket förespråkar produktivitets- och resursmaximering. Standardiseringen utgår från principen ”one-size-fits-all” som förespråkar att det finns en lämplig modell som passar samtliga kontexter (Hood 1991). Nivån på standardiseringen kan och bör dock anpassas enligt kontexten på grund av dess svårförutsägbara miljö (Berlin & Kastberg 2011). Andra huvudkomponenten som förklarar hur ledningen är ursprunget för beslut och struktur förändrar situationen för yrkesverksamma i organisationer. Förändringarna innebär en förändrad arbetssituation genom exempelvis minskat

beslutsinflytande, förändrad makt över resursfördelning eller att det går emot de etiska normer och standards som gäller inom yrkesgruppen (Berlin & Kastberg 2011; Liff & Andersson 2011).

NPM som begrepp är diffust med anledning av dess funktion som paraplybegrepp. Begreppet samlar olika styrsystem som exempelvis Just-in-time eller Time-to-market (Almqvist 2004) eller målstyrningsfunktioner inom ekonomiska, organisatoriska eller prestationsmått (Rombach 1991). De gemensamma nämnarna för organisations- och styrmodellerna som NPM innefattar är effektivitet (Evetts 2009), produktivitet (Pollitt & Bouchaert 2011) och resursnytta (Hood 1991), som på något sätt behandlas mer eller mindre i samtliga organisations- och styrmodeller. Helheten som NPM skapar för en organisation består av flera olika beslut, system och komponenter som tillsammans i den specifika kontexten skapar helheten, vilket varierar från kontext till kontext (Almqvist 2004; Pollitt & Bouchaert 2011).

Hood (1995, s. 95-97) sammanfattar sju aspekter med NPM vilka är kännetecknande för paraply-begreppet och vad det innebär. Första aspekten berör att det skapas fler företagslika funktionsindelade enheter som fördelar och särskiljer enheter ifrån varandra. Konkurrensutsättning är andra aspekten som stimulerar verksamhetsutvecklingen och pressar kostnader. Tredje aspekten gäller resursutnyttjande vilket syftar till ökad anpassning och styrning. Redovisning av prestationer och tydligare uppföljning är fjärde aspekten. Femte berör resultat vilket påverkar prestationsstyrning i både monetära och icke-monetära termer. Sjätte aspekten fokuserar på mätbarhet och att samtliga aspekter i verksamheter ska vara mätbara. Sjunde och sista aspekten berör ledarskap och belyser vikten av tydligare ledarskap och mer byråkratiliknande styrningsform. Aspekterna som Hood beskriver påpekar Berlin och Kastberg (2011) bryter mot idealet om den professionella organisationen där de sju aspekterna snarare motverkar än gynnar organisationen.

3.3.3 Utmaningar med New Public Management

Reformerna som kan kopplas till NPM och som implementerats i organisationer har som grundtanke att förbättra verksamheterna. Det är lätt hänt att intentionerna med reformerna överdrivs samtidigt som det missas att ta hänsyn till hur de påverkar varandra och påverkas av kontexten. Reformerna i NPM påverkas av externa faktorer som exempelvis globalisering, politiska beslut eller nationalekonomiskt läge vilket kräver hänsyn när förändringsprocesser ska implementeras (Pollitt & Bouchaert 2011). Förändringsprocesserna är därmed svårimplementerade och har samtidigt stött på stark kritik för att de motarbetar det praktiska arbetet inom professionella organisationer. Processerna skapar snarare upplösningssproblem än

löser de eftersom de framhåller produktivitet och resursmaximering (Liff & Andersson 2011). Den professionella logiken bygger på etiska normer, ömsesidig auktoritet och kompetens (ibid.) vilket skapar problem vid en förändring mot administrativa styrmodeller (Berlin & Kastberg 2011). I målstyrning som ett resultat av en reform enligt NPM-principer, kan oklar målsättning, dålig ledningsstyrning eller ofullständig uppföljning vara problemskapande snarare än problemlösande (Rombach 1991). En av aktörerna i den praktiska verksamheten är den verksamma chefen som i sitt arbete möter de olika krav som uppstår. Dels från administrativa styrmodeller och dels från de professionellt yrkesverksamma i verksamheten. Tidigare teorier fokuserar på hur NPM-principer påverkar hela verksamheterna men ser inte till de enskilda aktörernas situation.

3.3.4 Hybridroll

I samband med förändringen mot nya organisations- och styrprinciper har även rollen som professionellt yrkesverksam förändrats (Berlin & Kastberg 2011; Liff & Andersson 2011). Den yrkesbaserade professionalismen ställs mot den organisatoriska professionalismen (Evetts 2009) och skapar en ny form av professionalism (Evetts 2011). De förändrade typerna av professionalism kopplas till de identifierade logiker som verkar i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Till skillnad mot vad Freidson (2001) kännetecknar som den ideala positionen av professionalism där kunskap och färdighet är de främsta aspekterna gällande styrning har det förändras enligt organisatoriska principer (Evetts 2011). Förändring av en professionell yrkeskategoris struktur och organisation påverkar organisationen i sin helhet och möter vanligtvis motstånd, men all förändring innebär att aspekter både förändras och bevaras (Brint 1994). Strävan efter att försöka standardisera kunskap och kunskapsbaserat arbete har utvecklats under modern tid (Larson 1977) vilket skapat olika förändringsaspekter. Förändringsaspekter innefattar ändrade styrningsprinciper, ledningsuppbyggnad och beslutsfattande, finansiell kontroll, standardisering av arbetsprocesser, och prestationsmätning (Evetts 2011). NPM-principerna förespråkar att de yrkesverksamma ska arbeta enligt organisatorisk professionalism vilket motsätter sig diskursen om yrkesbaserad professionalism (Evetts 2009). Arbete enligt organisatorisk professionalism innebär försämrade kvalitet till individuella klienter, ökat fokus på prestation, kapital och avkastning, samt förändrad inställning till värdet i den professionella rollen (Freidson 2001). Detta kopplar vi till den organisatoriska logiken då den har fått mer inflytande på senare tid vilket skapar en förändrad roll för de professionellt yrkesverksamma.

Evetts (2011) beskriver de bevarade aspekterna som auktoritetstillskrivning, legitimitet, kompetens och kunskap, identitet och arbetskultur, samt kollegiala relationer. Motstånd mot förändringen som Brint (1994) förklarar tar form genom att aspekter bevaras, förblir oförändrade eller genomgår minimal förändring. Genom att det både sker en förändring och samtidigt bevarande av aspekter och faktorer i organisationer skapas vad som av flera benämns som hybridorganisation och en hybrid professionalism (Evetts 2011; Liff & Andersson 2011; Opdahl 2008). Hybrid professionalism innebär en kontext där de yrkesverksamma dels måste anpassa sig enligt de nya förändrade principerna och samtidigt arbeta enligt de tidigare redan inrotade faktorerna (Opdahl 2008). Inom hälso- och sjukvård är miljön och arbetet väldigt kontextbaserat och arbetet bör därför präglas av ett anpassningsbart arbetssätt (Berlin & Kastberg 2011).

3.4 Sammanfattande teoridiskussion

Sammanfattningsvis kan vi se att det är svårt att få en klar och tydlig bild över hälso- och sjukvården i Region Skåne med tanke på den oerhörda komplexitet det innefattar. Teoriavsnittet visar vad tidigare forskning säger om den unika kontext den är uppbyggd i. Genom att förstå grundläggande organisations- och styrmodeller skapas en förståelse för hur hälso- och sjukvårdsorganisationer i Region Skåne är uppbyggda.

Konkurrerande logiker förklarar olika tankemönster och hur de motarbetar varandra vilket är väsentligt för att förstå hur organisationer, yrkesverksammars samt verksamma chefers arbete fungerar och utvecklas därefter. Pache & Santos (2013) beskrivning av de konkurrerande logikerna kan ses som nödvändig förståelse för att förstå verksamheter inom hälso- och sjukvården. Teorins referensram innebär att både de organisatoriska aspekterna och logikernas aspekter behöver beaktas för att få en förståelse för helhetens kontext vilket behövs för att förstå hur verksamheterna agerar och utvecklas.

4. Analys

I följande del ska vi analysera våra frågeställningar gällande problematiken med organisations- och styrmodeller inom hälso- och sjukvård genom att undersöka vårt insamlade empiriska material med hjälp av den teoretiska referensramen. Analysen kommer vara uppdelad i tre delar, där först konstruktionen av hybridorganisationens framväxt i kontexten analyseras. Därefter analyseras logikernas bakomliggande inverkan och skapandet av hybridrollen för att slutligen se till chefens roll ställt mot hybridorganisationen och hybridrollen. Genomgående i analysen kommer hälso- och sjukvårdens unika och komplexa kontext tas i beaktande.

4.1 Organisationsformer

Nedan kommer vi analysera hälso- och sjukvårdens uppbyggnad med fokus på Mintzbergs organisationsteorier. Samtliga organisationer som existerar gör det i syfte att uppfylla ett mål och är därmed organiserade på något sätt för att uppfylla det målet (Planander & Westrup 2014). Mintzbergs (1981) organisationsteorier grundar sig i den tanken och ger förslag på hur olika typer av organisationer är strukturerade och organiserade.

4.1.1 Den kunskapsintensiva organisationen

Av det empiriska materialet går det att se respondenternas syn på hur organisationens uppbyggnad gestaltar sig. För att exemplifiera ser vi i följande citat en beskrivning av organisationsformens struktur.

R6: Jag lyder under divisionschef. Hon är divisionschef för /.../ Den nya här organisationen som är i hela Region Skåne med tre förvaltningar är ju mer tvärt över flera sjukhus. /.../ Ja, sen har jag enhetschefer under mig. Jag har enhetschef i /.../ som är ansvarig för avdelning och mottagning där. Sen har jag en i /.../, jag har enhetschef som är likvärdig. Och här har jag också en som för avdelning och mottagning. /.../ Sen har jag ganska nyligen delat upp så jag har två enhetschefer för läkare. /.../ Vi har ungefär, kanske 40-tal läkare. Så det har varit en rätt stor grupp. /.../ Sen är jag inte läkare så då måste jag ha en medicinskt ansvarig läkare också.

Citatet visar på respondentens beskrivning av en komplexitet med flera olika chefsstrukturer och ansvarsfördelningar men majoriteten av verksamheten består av personal som utför kliniskt

arbete, bland annat läkare med olika specialiteter. Det finns en tydlig uppdelning med en stor operativ kärna, en chefsstruktur med ansvarsfördelning men där kompetens och kunskap finns bland den verksamma personalen, vilket är i enlighet med hur Planander och Westrup (2014, s. 149-150) beskriver den typiska professionella byråkratins uppbyggnad. Enligt praxis är hälso- och sjukvårdsorganisationer strukturerade och organiserade enligt den professionella byråkratins struktur (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Den professionella byråkratins struktur består till största delen av en kunskapsintensiv och kompetensbaserad operativ kärna (Mintzberg 1981) vilket vi även kan tyda i respondentens svar ovan då det förklaras att den operativa kärnan, det vill säga läkarna, är en väldigt stor grupp.

Resterande aspekter som mellanchefer, administrativa funktioner och högsta ledning är även en del av den professionella byråkratin (ibid.) vilka agerar i en ömsesidig relation till den operativa kärnan. Respondenten menar att verksamheten kännetecknas av decentraliserat styre genom delegering av ansvarsenheter till enhetschefer och andra liknande ansvarspositioner. Just den decentraliserade ansvarsfördelningen och förståelsen för personalens kompetens kopplar vi till Mintzbergs (1981) modell för professionell byråkrati. Inom professionella organisationer ses kunskapsintensitet, decentraliserat beslutsfattande samt legitim auktoritet som kärnvärden för att utföra verksamheternas arbete (Larson 1977) och respondenterna antyder att det tidigare såg ut på det viset men det har förändrats under modern tid. Utifrån ovanstående redogörelse ser vi att hälso- och sjukvården i Region Skåne är uppbyggd enligt den professionella byråkratin som organisationsform.

4.1.2 Den strukturbaserade organisationen

Förutom att det framgick av respondenternas svar att hälso- och sjukvården är uppbyggd i enlighet med den professionella organisationsformen där den operativa kärnan till stor del styr sitt egna arbetet, blev det även tydligt att verksamheterna är organiserade utifrån beslut som fattas av högre instanser i organisationen. R2 förklarar hur denne ser på organisationens struktur: *“Jag skulle nog säga att det är en vanlig klassisk top-down-organisation, en hierarkisk organisation. /.../ den är traditionellt hierarkisk”*. Citatet visar att organisationen är uppbyggd genom att det är någon i en hierarki ovanför som utfärdar order till de som ligger närmast under. Under intervjuerna kom det fram att varje verksamhet konsekvent måste arbeta efter de mål som satts upp av en högre instans, för att görs inte detta åtstramas resurserna då verksamheterna får ersättning utifrån genomförda uppdrag. Här kan vi se att hälso- och sjukvården delvis är

uppbyggd som en maskinbyråkrati som Mintzberg (1981) förklarar genom att det finns ett centralstyre som koordinerar ihop arbetet för att styra arbetsstyrkan utifrån angivna principer.

Vad som är utmärkande i respondenternas förklaringar om omorganisationen som skett där fokus på struktur, styrsystem och toppstyrning ökat, är att det bryter till viss del mot grundprinciperna i Mintzbergs (1981) professionella byråkrati. Svaren tyder på en förändring mot organisationsformen maskinbyråkrati. När vi frågade om respondenterna anser att det går att jämföra verksamheterna inom hälso- och sjukvården med andra serviceverksamheter nämnde en respondent själv Taylors teorier om scientific management i samband med att respondenten skulle förklara hur arbetet är upplagt samt har förändrats de senaste åren. R4: *“/.../ för vi jobbar enligt taylorismen, fortfarande här, i sjukvården/.../”*. Taylorismens teorier om scientific management vilket berör mätning och standardisering av arbetsuppgifter (Taylor 2003) är organisations- och styrmodeller som involveras i NPM. Taylorismen skapar ett annat sätt att se på verksamheter vilket härleds till maskinbyråkratin som organisationsform där fokus ligger på mätning och standardisering av arbete istället för standardisering av kunskap som den professionella byråkratin innebär.

Det framgår dock i intervjuerna att verksamheten i praktiken inte har förändrats då det fortfarande är den sjuka patienten som är i fokus för arbetet. Det innebär att det fortfarande är samma vård som genomförs men synen på organisationen och vilket perspektiv som tillämpas på arbetet som genomförs har förändrats. Syftet med en omorganisation enligt maskinbyråkratin principer är att öka produktionen och kvantiteten i arbetet som genomförs (Berlin & Kastberg 2011, s. 31-32) vilket även respondenterna menar har skett då de förklarar att de huvudsakliga anledningarna till omorganisationen var just dessa. Därmed kan organisationen ses som en maskinbyråkrati enligt principerna om produktionsstyrning, det trots att arbetet i praktiken inte har förändrats. Respondenternas svar tyder på att en central del i ledningens arbete och organisationsstyrning är de mätningar som genomförs och det fokus som finns på att minimera misstag och maximera resursutnyttjande. Arbetet enligt maskinbyråkratin principer resulterar i ökat produktionsfokus vilket är en del av den politiska och ledningens målsättning samtidigt som direktiven, visionen och de övergripande målsättningarna säger att organisationen ska leverera vård av bästa möjliga kvalitet.

4.1.3 Den organisatoriska dualiteten

Hittills i analysen har vi konstaterat att respondenternas svar beskriver att det föreligger två olika organisationsformer som tas i anspråk i hälso- och sjukvårdsverksamheter. Det är dels

organisationsformen maskinbyråkrati som talar för produktionstermer som skalfördelar, resursmaximering och centraliserad styrning (Mintzberg 1981; Planander & Westrup 2014). Det är likaså den professionella byråkratins organisationsform som förespråkar autonomi, kompetensbaserad operativ kärna och anpassningsbart arbete (ibid.). Utifrån respondenternas svar går det att tolka att det skett en övergång från professionell byråkrati mot anpassning enligt maskinbyråkratin, även om tidigare forskning förklarar hälso- och sjukvård som organiserad enligt professionell byråkrati (Planander & Westrup 2014). Respondenterna menar att verksamheterna dels är uppbyggda av de professionellt yrkesverksamma och dels en ledning som fattar alla beslut. Denna kombination av olika organisationsformer i en verksamhet benämns hybridorganisation (Noordegraaf 2011).

För att förtydliga hur de två olika organisationsformerna gestaltar sig i organisationerna kommer vi nedan framföra citat som visar på den kombination som sker mellan dem. Det framgår under ett flertal intervjuer att den nya organisationen har skapat möjligheter för medarbetarna att vara mer delaktiga i beslut och komma med egna initiativ.

R8: Det blir roligare att jobba och ett annat engagemang bland medarbetarna /.../
Vi har mycket större friheter att hitta på idéer för att förbättra verksamheterna. Vi har inte så mycket styrning så länge vi håller oss inom ramarna. Jag har fria händer att starta olika grupper om jag vill det. Det är inte jag utan det är medarbetarna som kommer med idéerna. Det är ett annat klimat att uppmuntra till ett eget tänk /---/.

Citatet visar att personalen är delaktiga i den dagliga verksamheten vilket i den professionella byråkratin utgör den operativa kärnan (Planander & Westrup 2014). Respondenten menar att de har frihet att ta beslut för att utveckla sin verksamhet men påpekar samtidigt att det endast gäller inom ramarna för direktiven. Samma respondent förklarar vidare hur det fungerar när de får direktiv från högre ledning:

R8: Hälsovalskontoret utfärdar varje år ackrediteringsvillkor. Då är det en hel bibba vi ska läsa igenom. Så här har jag ackreditering för att driva /.../. Här står allt i detalj vad vi /.../ måste leva upp till. Uppdraget, hur det måste vara bemannat. Vilka kompetenser vi måste ha, hur vi ska jobba, vilka läkemedel, de utbildningar för våra medarbetare, om listningen, om tystnadsplikt, lexmarier, lokaler, våra IT-system, och allt allt allt.

Samtidigt som respondenterna upplever en nivå av frihet menar de att de dagliga aktiviteterna är hårt styrda och kontrollerade. Av citatet ovan går det att utläsa att respondenten upplever

kraven som väldigt höga då det betonas att precis allt de gör ska kontrolleras. Samtliga respondenter menade att de måste följa de direktiv som ges för att verksamheten ska uppfylla de ekonomiska kraven. Detta är kännetecknande för organisationsformen maskinbyråkrati vilket enligt Mintzberg (1981) innebär att beslutsfattande sker centralt och fokus ligger på resursmaximering. Respondenterna menar att friheten att ta egna beslut begränsas av direktiv från högre ledning vilket illustreras med följande citat:

R10: Det är inte hållbart i längden. Personalen ska orka med för man vill ha kvalitet inte bara kvantitet. Vi vill ha kvalitet på det vi gör och jag har svårt att inte kunna göra det, jag vill göra det jag gör ordentligt och att patienterna blir nöjda. Nu är det så illa att vi mäts hela tiden hur fort vi svarar i telefon och vi måste komma upp en viss procentsats för att vi ska klara oss.

Av citatet ser vi att respondenterna upplever en problematisk paradox med krav på både kvantitet och kvalitet. Samtliga respondenter verkar ständigt komma tillbaka till ämnet, därmed blir paradoxen en central problematik för hälso- och sjukvårdsverksamheterna i Region Skåne. Det praktiska arbetet vill de genomföra enligt kvalitetsstyrning, autonomi och anpassning enligt den professionella byråkratin men de förändrade förutsättningarna förespråkar produktionseffektivitet och maximal resursnytta vilket grundar sig i ekonomiska och organisatoriska termer. Paradoxen blir även tydlig när respondenterna menar att det nya styrsystemet måste anpassas till sjukvårdens kontext vilket förtydligas i kommande citat.

R1: Asså jag tycker lean är ett bra verktyg men det som är svårt som jag sa innan till dig att när man anammar industriella principer och metodik så måste man också ta i beaktning att vissa saker måste man modifiera /.../. Vi har glömt bort att patienten också ska vara med i detta. Så där kan man se en stor nackdel, men jag tycker ju det är ett fantastiskt system att använda där man kan identifiera brister omedelbart /.../.

Citatet visar på vikten av kvalitet i deras arbete och att fokus ligger på patienten men att det samtidigt inte är en omöjlighet att tillämpa produktionsmodeller. Utgångspunkten för det nya styrsystemet är effektivitet av processerna men respondenterna betonar att de fortfarande vill fokusera på att ge patienten den vård den behöver, vilket blir svårt när processerna istället ska effektiviseras. Denna kombination visar bland annat på den komplexitet Planander och Westrup (2014) förklarar som utmärkande för hälso- och sjukvården. Respondenterna uttrycker dock att de i grunden är för det nya systemet eftersom det ger möjligheten att identifiera vad i

processerna som inte fungerar. Men de påpekar samtidigt att det måste anpassas till hälso- och sjukvården eftersom det inte går att arbeta enligt produktionstermer på samma sätt som i andra produktionsföretag då hälso- och sjukvårdens syfte är att ta hand om patienter. Inom professionella organisationer brukar förändringsprocesser vara svårimplementerade och stöter ofta på kritik för att det motarbetar det praktiska arbetet (Liff & Andersson 2011).

Ovan visas på den komplexitet som finns inom hälso- och sjukvården då det är många olika krafter som styr, dels principerna om effektivitet och dels principerna om kvalitet på vården.

Komplexiteten består när de olika organisationsformerna, professionell byråkrati och maskinbyråkrati, tar plats och används samtidigt i verksamheten vilket skapar vad Noordegraaf (2011) benämner som hybridorganisation. Hybridorganisationer skapas och utformas utifrån varje specifik kontext och verksamhets förutsättningar (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015) vilket den unika kontexten avgör. Vad som uppmärksammas är variationen i respondenternas svar vid beskrivning av deras verksamhet vilket tyder på en skillnad i uppfattning om organisationsformen. Hybridorganisationen fungerar inte att tillämpa som en standardmodell för hälso- och sjukvård eller som standardmodell för en specifik kombination av organisationsformer. Istället ser vi i nästa del hybridorganisationer likt Kirkpatrick och Noordegraaf (2015) som en tanke om att organisationsformer kan kombineras och utformas utifrån de förutsättningarna som finns i kontexten.

4.2 Logiker

Nedan analyserar vi hur logiker påverkar arbetet som genomförs i hälso- och sjukvårdsorganisationerna. Inom organisationerna finns det även olika logiker vilka styr tankesätt, värderingar och andra bakomliggande faktorer till arbetet som genomförs (Pache & Santos 2013). Logiker som kan härledas till och verkar i interaktionen med organisationsformen.

4.2.1 Kunskap som grundtanke

Den professionella byråkratins centrala del är just den operativa kärnan i organisationen (Planander & Westrup 2014). Den operativa kärnan inom hälso- och sjukvård består av de professionellt yrkesverksamma i organisationerna. Att definiera en professionellt yrkesverksam är problematiskt i både teori och praktik men Freidson (2001), Berlin och Kastbergs (2011) samt Liff och Andersson (2011) lyfter fram kännetecknande drag för en professionellt yrkesverksam. De utmärkande dragen för en professionellt yrkesverksam är specialiserad

kunskap och kompetens, samt en marknad eller organisation att använda kunskapen och kompetensen på. Kunskap och kompetenser som de yrkesverksamma får genom utbildning och erfarenhet är till största delen implicit (Freidson 2001) vilket följande respondent uttrycker:

R1: Sen det ingår också i deras utbildning att prioritera det medicinska först. Sen tror jag det stressar, det här ständiga pratet om att ta en patient, ja det vet jag ju för vi diskuterar det ju, men de hävdar ju sin medicinska rätt typ på något sätt och det ska de ju göra /.../.

Av citatet tolkar vi att i utbildningen innefattas just den kunskap och kompetens som är implicit och är därmed det som bygger upp de yrkesverksammans förmåga att genomföra sitt arbete. Den "medicinska rätt" respondenten uttrycker är beskrivande för vad hälso- och sjukvården är uppbyggd av, att arbetet och verksamheternas syfte är medicinskt och personalen agerar därefter. Vi uttyder att med den komplexa kontext som tidigare konstaterats är medicinsk kunskap den mest centrala aspekten för att hantera komplexiteten. Specialiserad kunskap och kompetens är mestadels erfarenhets- och studiebaserat menar Freidson (2001) vilket respondenten påpekar genom att de i utbildningen får med sig den medicinska kunskap som behövs för att genomföra sitt arbete. Där Freidson förklarar specialiserad kunskap och kompetens gör Evetts (2009) ytterligare en fördelning av professionell kunskap. Den ena delen är organisationell kunskap i vilket Evetts (ibid.) inkluderar rationell-legal auktoritet samt strukturer vilket innebär att professionell kunskap handlar om att arbeta med kompetens enligt specifika strukturer. Något som tyder sig i respondentens citat ovanför är att när de professionellt yrkesverksamma hävdar sin medicinska rätt innebär det att de motsätter sig något annat. Det skapar en aspekt där motsättning blir en del av problematiken mellan den professionellt yrkesverksammans syn på arbetet jämfört med det organisatoriska perspektivet.

Den medicinska rätten i fallet ovan ser vi som Evetts (ibid.) andra form av professionell kunskap, den yrkesbaserade kunskapen. Den är snarare diskursbaserad grundad i yrkesrollen och kollegial auktoritet (ibid.). Den medicinska rätten som personalen hävdar verkar snarare vara enligt principerna om yrkesbaserad professionalism där den medicinska diskursen är grundad i att de yrkesverksamma besitter en kunskap och kompetens som är nödvändig för arbetet som genomförs. Om en person inte besitter den implicita kunskapen som professionell yrkesbaserad kunskap innebär blir det problematiskt att ifrågasätta. All implicit kunskap är svår att ifrågasätta (Larsson 1977) och kan tolkas som att det istället är yrkesgruppens legitimitet som kritiserats (Opdahl 2008).

Respondenterna framhäver flera aspekter av den medicinska diskursen vilket vi konstaterat bland annat är utbildnings- och erfarenhetsbaserat. Ytterligare aspekter som påverkar diskursen är gemensamma etiska värderingar och normer vilket finns implementerade i organisationerna. Vad vi finner intressant är att ingen av respondenterna pratar i termer av värderingar eller normer utan det verkar snarare vara en naturlig del av arbetsgruppen. R7 uttrycker detta genom att säga att: *“Det är ju viktigt. Det är viktigt att man kan samarbeta och känner sig trygg att fråga om hjälp av sina kollegor. Annars får man det väldigt jobbigt”*.

Att just känna trygghet och kollegial auktoritet baserar vi på den identitetskänsla som Opdahl (2008, s. 35-47) beskriver som väsentligt för arbetet i en grupp. I identitetskänslan involveras just värderingar, etik och normer (ibid.) vilket vi tyder från respondentens uttalande är trygghetskänsla, kollegial auktoritet samt vikten av relationer med sina kollegor där de kan be om hjälp och få stöd. Respondenten betonar även problematiken när de upplever avsaknad av identitetskänslan då det istället blir jobbigt och det uppstår svårigheter att genomföra arbetet. De övriga respondenterna betonar likaså vikten av en god samhörighet, kollegial auktoritet och dess betydelse för verksamhetens arbete.

Således förespråkar den professionella logiken det som hälso- och sjukvårdsarbete genomsyras av, det vill säga medicinsk kunskap och erfarenhetsbaserad kompetens. Kunskap och kompetens kräver utbildning och erfarenhet för att förstå arbetet vilket bidrar till den komplexitet organisationer inom hälso- och sjukvård är verksamma inom (Freidson 2001). Utifrån respondenternas svar tyder vi att den professionella logiken utformas och tillämpas i arbetsgruppens gemenskap baserad på den medicinska diskursen som förespråkar yrkesbaserad professionalism med gemensamma värderingar och normer för hur hälso- och sjukvårdsarbete bör genomföras. Arbetsgruppen förespråkar att arbeta enligt yrkesbaserad professionalism vilket innebär att ansvarsinnehavande personer i verksamheterna behöver ta hänsyn till den aspekten för att möjliggöra ett korrekt genomfört arbete.

4.2.2 Organisation som grundtanke

Maskinbyråkratin som organisationsform, vilket vi tidigare identifierat att det finns kännetecknande drag från i verksamheterna, har även den en underliggande logik. Organisationslogik tyder snarare på att se på hälso- och sjukvårdsarbete som en systematisk verksamhet som kan styras, kontrolleras och mätas vilket både Almqvist (2004) och Evetts (2009) diskuterar. Forskarna lyfter fram aspekter som standardisering av modeller och centraliserat beslutsfattande som grundstenar i organisations- och styrmodeller som

organisationslogiken bygger på. Efter genomförda intervjuer framgår att verksamheterna styrs enligt dessa principer.

R1: Dels finns det ju mätetal som sitter med sina datamaskiner, har massa med databaser, vi pumpar ju in data varje dag genom vår verksamhet och då sitter de och plockar ut och ställer samman på olika sätt och på det sättet har de koll på oss /.../.

Respondenten gör en tydlig uppdelning mellan vi och dem vilket tyder på den särskilda inställningen till organisationslogiken och den professionella logiken. Särskiljningen uppstår mellan den eller de funktioner som står för beslutsfattande och de som arbetar i verksamheten. Det blir som att det skapas en hierarkisk inställning till auktoritet och beslutsfattande genom att respondenten förklarar att de är kontrollerade. Ett sätt att förklara organisatorisk logik är att se till Rombach (1991) som beskriver prestations- och ekonomiskt inriktade mått inverkan på organisationer. Rombachs teorier kopplat till de grunder för organisations- och styrmodeller som Hood (1991) beskriver menar vi visar på hur organisatorisk logik förespråkar just kontroll och standardisering av arbetsrutiner. Att styrmodeller finns i verksamheten ser vi genom att respondenterna förklarar hur de genom mätetal och annan kvantitativ data blir kontrollerade och styrda. Organisations- och styrmodellerna är implementerade i verksamheten med avsikt att organisera och styra enligt principer som grundar sig i organisationslogik, en logik som förespråkar produktivitet (Pollitt & Bouchaert 2011), effektivitet (Evetts 2009), och resursnyttan (Hood 1991) och ser på organisationer som kontrollerbara system (Hood 1995).

4.2.3 Den professionella dualiteten

Organisationslogiken som sedan tidigare finns inom andra typer av verksamheter uppfattar vi att samtliga respondenter påpekar har vuxit och fått mer inflytande i hälso- och sjukvården.

R3: Då kunde opererande kirurger komma på helgen för de ville ju själv se sin patient och se hur det gick, men det gör man ju inte idag utan man tar ju pappaledigt och det gjorde man inte på den tiden. Fyrtioåringarna tog inte pappaledigt /.../, men det är ju sunt. Det har ju förändrats väldigt mycket och man har ju liksom inte hunnit med sjukvården på det sättet.

Här kan vi se att det skett en förändring där organisationslogiken fått mer inflytande i verksamheten hos de yrkesverksamma utifrån faktorer som Pollitt och Bouchaert (2011) nämner som exempelvis samhällsförändringar, nationalekonomiska förändringar eller sociologiska förändringar. Det rör sig delvis om en generationsfråga där

generationsförändringen som respondenten påpekar skiljer sig eftersom den yngre generationen har anpassat sig till det föränderliga samhället och de nya förutsättningarna, vilket leder till att de inte genomför arbetet på samma vis som den tidigare generationen.

Utifrån vår tolkning har samhället anammat den organisatoriska logiken men sjukvården som den komplexa verksamhet den är har visat motstånd mot förändringen eller anpassningen. Liff och Andersson (2011) betonar just att förändringsprocesser inom professionella organisationer som hälso- och sjukvård är svårimplementerade och stöter på motstånd. Hälso- och sjukvård baseras till stor del på etik, värderingar och ömsesidiga normer vilket påverkar kontexten och verksamheternas arbete. Den organisatoriska logiken påverkar i sin tur helheten vilket då innebär förändrade förutsättningar för de etiska värderingarna och normerna som personerna i verksamheterna delar vilka fortfarande är viktiga beståndsdelar i organisationerna. Den förändrade inställningen till arbetet som respondenten lyfter fram tycker vi visar på att den organisatoriska logiken med de samhällsförändringar som tidigare nämnts har implementerats i hälso- och sjukvården vilket i sin tur påverkar arbetet som genomförs.

4.2.4 Nya förutsättningar för professionalism

De yrkesverksamma i hälso- och sjukvården som tidigare konstaterats är en del av den stora komplexiteten får i och med kombinationen av samtliga aspekter i hybridorganisationen en ny roll. Den nya rollen kräver anpassning enligt de olika logikerna som underbygger arbetet som genomförs (Pache & Santos 2013) vilket benämns som en form av hybrid professionalism (Opdahl 2008). Anpassningen de yrkesverksamma behöver göra handlar om att arbeta enligt nya förutsättningar.

R10: Det är inte hållbart i längden. Personalen ska orka med för man vill ha kvalitet inte bara kvantitet. Vi vill ha kvalitet på det vi gör och jag har svårt att inte kunna göra det, jag vill göra det jag gör ordentligt och att patienterna blir nöjda. Nu är det så illa att vi mäts hela tiden hur fort vi svarar i telefon och vi måste komma upp en viss procentsats för att vi ska klara oss.

För att återigen referera till R10 så illustrerar detta citat även hur de yrkesverksamma i sin hybridroll agerar enligt de olika principerna vilket är problematiskt. De behöver anpassa sig för att kunna genomföra arbetet rätt men respondenternas svar tyder på att anpassningsmöjligheterna till viss del är begränsade. Citatet belyser vad respondenterna antyder är ett överdrivet kvantitetsfokus vilket de yrkesverksamma i sin hybridroll behöver anpassas

enligt. Då kvantitet kopplas till den organisatoriska logiken om produktivitet och resursmaximering motsätts yrkesdiskursen om kvalitet och autonomi för de yrkesverksamma. Yrkesverksamma i hybridroller anpassar sig dels enligt nya förutsättningar men bevarar delar av den tidigare arbetsstyrande logiken (Opdahl 2008). Bevarade aspekter är de som Evetts (2011) exemplifierar med legitimitet, identitet eller arbetskultur vilket vi sett tidigare är väsentliga aspekter för att personalen ska kunna genomföra sitt arbete enligt den yrkesbaserade professionalismen som professionell logik bygger på. Krocken som då skapas mellan organisationslogiken och den professionella logiken innebär att personalen i hybridrollen behöver anpassa sig enligt de nya förutsättningarna som implementeringen av organisationslogiken innebär. När två olika perspektiv krockar eller det finns motstridiga intressen skapar det nya förutsättningar för de professionellt yrkesverksamma (Alvehus 2012, s. 51). Vi kan samtidigt se att personalen inte överger principerna om den professionella logiken, något som framgår i citatet nedan då respondenterna antyder att detta är problematiskt för de yrkesverksamma i verksamheterna.

R8: Tog lång tid att få medarbetarna att förstå produktion. Varför pratar vi om vårdproduktion inom vården? /.../ Man måste göra ett visst antal besök för att bära mig själv min kostnad. Det är ju nya termer inom sjukvården. Min roll som chef är att ha koll på det, inte att prata med medarbetarna om det varje dag. De är faktiskt här för att utföra en vård, enligt de normer och lagar vi måste följa, men ekonomin måste de någonstans veta om i bakhuvudet att det har en viss betydelse.

Att respondenterna ser den förändrade rollen som problematisk för arbetet och hur det är svårigenomförbart är tydligt. Det är en förändringsprocess som stött på motstånd från de yrkesverksamma i förändringen till hybridrollen. Förändringar i de professionellas yrkesstruktur och arbetsätt stöter ofta på motstånd från de som påverkas (Brint 1994), men samtidigt bevaras tidigare nämnda aspekter om legitimitet, identitet och arbetskultur vilket är nödvändigt för att genomföra arbetet. Respondenten påpekar att de yrkesverksammas huvudsakliga syfte är att utföra en vård enligt de principer som den professionella logiken bygger på. Samtidigt betonar respondenten vikten av att ta hänsyn till ekonomiska faktorer, vilket vi kopplar till den organisatoriska logiken, eftersom det påverkar arbetet. Den organisatoriska logiken implementeras genom ledningsbeslut samt politiska beslut vilket har en tyngre auktoritet än den professionella logiken.

Detta tyder sig i att respondenterna känner sig tvingade att arbeta enligt organisatoriska principer även om det finns ett starkt motstånd mot det. Brunsson (2006) benämner hyckleri

som en förklaring till att det finns olika logiker som verkar i organisationer där organisationen inte följer en utan agerar enligt båda logikerna. Risken finns då att de yrkesverksamma tillämpar vad Pache och Santos (2013) förklarar som ett skådespel. De som föredrar att följa den logik som är i underläge skapar ett skådespel där de symboliskt vidtar och arbetar enligt den dominerande logikens principer. Det är implementerat i praxis att agera enligt skådespeleri för att försöka få fördelar till den egna organisationen. Vi tolkar skådespelet som att det sker en anpassning vilket respondenterna anmärker på, även om det inte är något de själva uttalar. En sådan anpassning är inte hållbar på sikt då konfliktsituationen som uppstår mellan logikerna troligen växer till ett större och mer omfattande problem (ibid., s. 974). Problematiken i konflikten påverkar de yrkesverksamma negativt vilket synliggörs i respondentens svar nedan:

R10: Ja många känner sig oerhört stressade och mår dåligt, och chefen gör vad hon kan för att hon har press uppifrån att hon måste prestera och få verksamheten och ekonomin att gå ihop /.../ då hon är mellanled.

Respondenten påpekar hur chefen är en del av arbetsgruppen och behöver då i vad respondenten kallar mellanled förstå båda logikerna som verksamheten präglas av. För att förstå den komplexitet som blandningar av logiker skapar, behövs en förståelse för hur samtliga logiker fungerar och hur de samverkar med varandra (Greenwood et al. 2011). Utifrån det respondenten berättar ovan tolkar vi att de olika logikerna krockar med varandra genom att den organisatoriska logiken påverkar chefens arbetet på ett negativt vis. När de olika logikerna krockar med varandra upplever chefen höga krav uppifrån som gör det svårt och problematiskt att hantera den dagliga verksamheten.

En del av den negativa problematiken som uppstår är att logikerna motarbetar varandra vilket gör att samspelet inte fungerar. När olika logiker inte samverkar med varandra skapas ytterligare problematik för hela verksamheten (Pache & Santos 2013). I respondentens citat identifierar vi den problematik som sker vid krocken mellan organisationslogiken och den professionella logiken, vilket vi även kan identifiera av samtliga respondenters svar. Chefen blir således mellanledet som agerar dels i verksamheten men samtidigt har inflytande och kontakt med ledningsfunktioner.

4.3 Anpassning av dualitetens förutsättningar

Chefer som arbetar i verksamheten och som samtidigt har en inblick i, förståelse för och möjlighet att påverka ledningsdirektiv agerar inom en viss hierarkisk nivå. Verksamma chefer

agerar därmed organisatoriskt och strukturmässigt hierarkiskt där de lyder under beslutsfattande funktioner i den identifierade hybridorganisationen. De klassiska beslutsfattande funktionerna inom professionell byråkrati (se Mintzberg 1981) har förändrats till en hybridorganisation (se Noordegraaf 2011) där beslutsfattande både sker i den centrala ledningen men en viss grad av decentraliserat beslutsfattande ger en viss mandat till verksamheterna själva. Det innebär att de verksamma cheferna behöver ta hänsyn till förändrat arbetssätt och nya förutsättningar för hur deras arbete genomförs och hur de styr den verksamhet de agerar i. Hybridorganisationens struktur vidhåller mellanchefer som en koordinerande funktion mellan ledning och operativ kärna men förutsättningarna har förändrats. Uppfattningen kring hur de förändrade förutsättningarna hanteras verkar variera hos respondenterna.

R6: Man kanske skulle plattat organisationen lite, gett lite mer mandat tillbaka, lita lite mer på verksamheterna. Jag tror det blir lite det som många upplever att, vad har vi för mandat? Vi har stora verksamheter, vi roddar med hundratals miljoner i ekonomi, men vi får inte ta ansvar och bestämma om vi ska anställa någon, eller vad vi ska sätta för löner /.../. Låt oss ha lite mer egna mandat.

Utifrån detta citat samt övriga intervjuer ser vi att respondenterna upplever det som mycket svårt att lämna hybridorganisationen eller återgå till den professionella byråkratin som organisationsform. Det tror vi är på grund av att andra faktorer som exempelvis samhällsförändringar och politiskt inflytande numera har ett större inflytande i verksamheterna vilket medför att även det behöver förändras. Skapandet av hybridorganisationen, den nuvarande organisationsformen, karakteriseras av flera olika organisationsformer (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015) vilket chefers arbete behöver anpassas enligt. Önskemålet om att ge mer mandat till verksamheterna tyder på att respondenterna upplever det som ett decentraliserat styre med låg autonomi men samtidigt antyder ordet *mer* att de har en viss nivå av mandat redan. Organisationsformen förespråkar därmed att verksamheterna och de chefer som är verksamma där i önskar mer mandat, mer egenstyre och mer autonomi då de i dagsläget inte har önskvärd grad av de aspekterna till förfogande. Eftersom verksamheten inom hälso- och sjukvård karakteriseras av kunskapsintensitet och den operativa kärnan utgör verksamhetens centrala del (se Planander & Westrup 2014) agerar personalen enligt den professionella organisationsformen. Som vi identifierade tidigare finns det ett ständigt behov av att organisera enligt den professionella byråkratin för att genomföra hälso- och sjukvårdens huvudsakliga syfte, att vårda patienter och främja folkhälsa.

Samtidigt vill respondenten "platta organisationen lite", alltså förändra till mindre silostrukturerat men fortfarande behålla delar av den centraliserade toppstyrningen. Respondenterna menar därmed att det är en centraliserad styrningsform där beslutsfattande och direktiv tas i en central ledningsfunktion (se Mintzberg 1981). Verksamma chefer i de olika verksamheterna blir således de som agerar dels enligt den professionella byråkratins aspekt i hybridorganisationen som önskar mer mandat, mer autonomi och mer egenstyre. Samtidigt agerar de enligt maskinbyråkratins aspekter som förespråkar det centrala beslutsfattandet. Även om respondenten önskar en förändring arbetar de fortfarande enligt den övergripande strukturen i hybridorganisationen. Hybridorganisationer skapas och utformas utifrån varje specifik kontext och verksamhets förutsättningar (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015) vilket innebär att verksamma chefer som ansvarar för de delar av verksamheterna där de olika organisationsformerna krockar blir de som agerar i och anpassar verksamhetens hybridorganisation utifrån just de specifika förutsättningarna för just den egna verksamheten. Då verksamheternas förutsättningar varierar beroende på olika faktorer varierar även hur de verksamma cheferna hanterar problematiken som krocken skapar.

Som Kirkpatrick och Noordegraaf (2015) påpekar skapas hybridorganisationen i den komplexa kontext som de olika verksamheterna inom hälso- och sjukvård agerar inom. Respondenternas svar gällande liknande beskrivningar av de verksamheter de är aktiva inom kan variera och avskilja sig från varandra. Exempelvis påpekar de hur de tycker att yrkesverksamma i de olika verksamheterna har olika mycket inflytande. Samtliga respondenter anser att de är hårt styrda av ledningsdirektiv men graden av autonomi som respondenterna upplever att de yrkesverksamma har varierar. Även om kontexterna kan skilja sig åt mellan varandra finns det en vinning i att samarbeta och lära sig av varandra. En respondent uttrycker situationen följande:

R6: /.../ Var och en sitter och uppfinner sina egna hjul, tyvärr, men vi har försökt samverka kring viss utveckling men jag tror viss utveckling ska drivas tillsammans med medarbetare. Det var det vi var inne på innan med delaktigheter, lokala förbättringar, känslan av att kunna påverka, den diskussionen pågår överallt, det går att göra här.

Respondenten menar att inom den egna verksamhetens kontext går det att genomföra förändringsarbete och anpassning, införa delaktighet samt att göra det i samverkan med de inom den egna verksamheten. Vi tolkar att respondenten samtidigt påstår att det är problematiskt att genomföra förändringar i samverkan med andra verksamheter. Att uppfinna sina egna hjul kan

vara är en nödvändighet men det behövs en specifik kontextanpassning (Kirkpatrick & Noordegraaf 2015). För att förstå hur en kontextanpassning behöver göras krävs en förståelse för samtliga faktorer i verksamheten och hur de påverkar varandra (Greenwood, et al. 2011). De personer som respondenterna framhäver har den insikten är just verksamma chefer. De blir således personerna som förstår den specifika verksamhetens kontext i och med som tidigare nämnt den insikt de har i både lednings- och styrningsdirektiv samt förståelse för hur verksamheten fungerar. Hur respondenterna uppfattar verksamheternas kontext skiljer sig och beror snarare på att verksamheterna fungerar olika. Chefens uppgift blir därför som R1 benämner det *“Nämen jag är väl en koordinator, det ena är väl den klassiska chefsrollen att någonstans ska väl jag fatta beslutet till slut”*. Chefens roll blir att koordinera ihop verksamheten i den specifika kontext de är verksamma i. De verksamma cheferna avgör själva hur deras kontext påverkas av exempelvis olika faktorer, vilka aktörer som involveras och hur kommunikationskanaler fungerar. Därefter utformar de verksamma cheferna en struktur för organisationen och koordinerar ihop det utifrån vad de anser är bäst enligt verksamhetens kontext och dess förutsättningar.

4.3.1 Anpassning till tre aktörer

För att genomföra den anpassning som behövs utifrån organisationsformen som verksamhetens unika kontext skapat krävs det även att arbetet som bedrivs inom verksamheterna fungerar enligt de nya principerna. Följande citat beskriver arbetssituationen för verksamma chefer och vilka aspekter de bör ta hänsyn till i utformningen och anpassningen av verksamheten.

R3: Asså där är ju så att våra chefer är vad vi kalla trebenta, de har personalansvar, de har budgetansvar och så har de patientansvar. Så att jag skulle nog vilja säga att ansvarsfördelningen ligger väldigt långt ut i organisationen, och det ligger ju ute, börjar ju med våra första linjechefer och sen är det ju chefslager på chefslager sen har ju en ansvarsfördelning även hos legitimerade yrken, läkare har ju sin ansvarsfördelning och sjuksköterskorna har sitt men ur ett chefsperspektiv så är det ju delegerat ända ut till enhetscheferna.

De verksamma cheferna i de olika verksamheterna har en inflytelserik roll som beskrivs av flertalet respondenter liknande citatet ovan som trebenta. Att vara trebent menar respondenterna att chefen är ansvarig för tre aspekter i verksamheterna. Med personalansvar syftar de till att medarbetarna i organisationen har rätt förutsättningar att arbeta enligt. Arbetsförhållandena ska vara tillfredsställande och det behövs en identitetskänsla inom arbetsgruppen för att den ska

kunna genomföra arbetet inom de etiska värderingar och normer som gäller (Opdahl 2008). Chefen har därmed ett ansvar för att arbetsgruppen bevarar den identitetskänsla de behöver samt ansvarar för att skapa rätt förutsättningar för de yrkesverksamma att arbeta enligt de etiska värderingar och normer de anser är rätt. Då identitetskänslan som tidigare nämnt spelar en väsentlig roll i arbetet som genomförs ser vi det som en nödvändighet för chefen att ta hänsyn till den aspekten för att arbetet ska kunna genomföras med den kvalitet som resterande parter efterfrågar.

Chefen har även ett budgetansvar gentemot verksamheten där ekonomiska faktorer som främst berör kostnader spelar stor roll. *“/.../ och ekonomi och det kan handla om investeringar, att man ska titta på ny utrustning.”* beskriver R3 som exempel för kostnader medan R5 påpekar att: *“Den /.../ relativt största utgiften för oss är personal”*, vilket tydliggör bredden av det budgetansvar chefer har. De har ett krav att prestera enligt de ekonomiska direktiv som verksamheten får från ledningsfunktioner och chefens ansvarar för att det följs. Det tredje och sista ansvarsområdet är patientansvaret vilket inkluderar hälso- och sjukvårdens huvudsyfte att vårda patienter och främja folkhälsan. Det inom de juridiska regelment och krav som finns på hälso- och sjukvården.

De tre ansvarsområdena fördelas och delegeras ut mellan de olika chefslager i verksamheterna. Som respondenten antyder i citatet ovan sker delegeringen till chefer som är aktivt verksamma i de olika verksamheterna. Där finns det en form av hierarkisk organisering internt inom verksamheterna vilket påbörjas vid vad som respondenterna benämner som antingen verksamhetschefer, regionschef eller divisionschef. Oavsett vilken chefsnivå ansvarsfördelningen sker till har de gemensamt att samtliga har någon form av direktkontakt med den praktiska verksamheten. De som då agerar enligt samtliga tre ansvarsområden är främst verksamhetschefer som ansvarar för dels personal och patienter men även för verksamhetens ekonomi. Verksamhetscheferna blir således de som agerar enligt samtliga ansvarsområden och behöver anpassa både sitt arbete samt styra verksamheten därefter. Det blir då verksamhetscheferna själva som avgör hur verksamheterna ska styras. De tillämpar en form av anpassning av verksamheten enligt samtliga tre ansvarsområden vilket följande citat beskriver:

R4: Jag tycker som chef att det är mitt problem så jag lägger det inte på personalen utan jag skyddar dem. Jag vet att det finns enheter där man diskuterar ekonomin och det gör jag också till viss del men jag börjar liksom inte säga ååh nu går det dåligt, nu måste vi ta tag i detta, ni måste ha flera besök, och ni måste så. Utan jag

kan tala om så här att. Okej nu har vi ganska bra ekonomi, den går i balans i alla fall. Men, men, nä jag är mån om personalen. Att de ska må bra för jag tror att då gör de ett bra jobb.

Det ekonomiska ansvaret framstår tydligt i respondentens förklaring genom betoningen på just betydelsen av att det är ett ständigt närvarande ansvar att uppnå budgetmål och ekonomiska direktiv. Respondenten beskriver även hur kommunikationen anpassas till medarbetarna för att möjliggöra ett arbete enligt hur verksamhetschefen anser att de övriga två ansvarsområdena för personal och patient bör hanteras. De två aspekterna av verksamheten ses som lika viktiga för arbetet som genomförs. Avslutningsvis i citatet förklarar respondenten vad vi tror är huvudpoängen bakom all anpassning och verksamheternas ståndpunkt mot arbetet inom hälso- och sjukvården som verksamhetschefer gör. Det handlar inte om att uppfylla ekonomiska mål även om det är en väsentlig aspekt, utan det handlar om att genomföra det huvudsakliga syftet, nämligen att utföra god vård och främja folkhälsa på bästa möjliga sätt enligt varje verksamhets förutsättningar. Det är för den verksamma chefen fortfarande väsentligt att ta hänsyn till ekonomiska mål för att uppfylla det ansvaret jämt mot organisationernas huvudmän. Dock är det en nödvändighet att ta hänsyn till resterande ansvarsområden, personal och patient, för att uppfylla det huvudsakliga syftet.

Under intervjuerna uppmärksammade vi ett citat som belyser studiens frågeställning på ett bra sätt. R9 förklarade: *“Man kan ibland känna sig, som jag säger ibland, jag är en sandwich, jag är något som sitter mitt emellan som man tuggar i från alla håll och det måste man vara medveten om.”* En metafor där en sandwich beskriver rollen som en verksam chef inom hälso- och sjukvårdsorganisationer spelar. De agerar enligt olika principer och hamnar mellan direktiv enligt den organisatoriska logiken och påtryckningar och behov från den professionella logiken. De ska då leva upp till och arbeta enligt de tre ansvarsområdena för att verksamheten ska fungera. Som respondenten påpekar så *“tuggar man”* vilket är de två beskrivna logikerna från vars ett håll, och mitt emellan hamnar den verksamma chefen som behöver anpassa sitt arbete enligt påtryckningar från samtliga parter.

5. Diskussion

För att återknyta till uppsatsens syfte, vilket är att uppnå en ökad förståelse för problematiken gällande organisations- och styrmodeller inom professionella verksamheter utifrån verksamma chefers perspektiv, ger vår analys en bild över den komplexitet problematiken innebär. Resultaten som följer återkopplas till analysens tre olika delar där vi identifierat hybridorganisationens uppbyggnad inom hälso- och sjukvården, vilket vi i kommande diskussion kopplar vidare till vad det innebär för verksamheten. Därefter diskuterar vi hur olika organisationslogiker existerar och påverkar det praktiska arbetet i organisationerna. Slutligen diskuteras chefs roll i problematiken gällande anpassningen mellan olika organisationsformer och olika organisationslogiker.

5.1 Hybridorganisation

För att besvara den första frågeställningen analyserade vi inledningsvis organisationerna och dess verksamhets uppbyggnad där det framkommer att verksamheterna är organiserade enligt principer om hybridorganisationens uppbyggnad. Det innebär nya kombinerade organisationsformer vilket problematiserar verksamheternas arbete. Verksamheternas arbete är strukturerat enligt den professionella byråkratins struktur med en kunskapsintensiv operativ kärna men kontrolleras och styrs enligt principer om maskinbyråkratins centrala beslutsfattande och resursmaximering. Det skapar en strukturell paradox vilket är en central del i den problematik organisationsformen innebär. Respondenterna betonar den komplexitet som finns i hälso- och sjukvårdsorganisationer då den professionella organisationsformen har påverkats av maskinbyråkratiska principer. Hybridorganisationen blir därmed resultatet av kombinationen av organisationsformerna men den är samtidigt svår att definiera eftersom den varierar från kontext till kontext. Även om det är likartade verksamheter med liknande grundförutsättningar som studerats varierar resultatet vilket tyder på hur stor roll verksamheternas kontext samt de yrkesverksamma inom den spelar för helhetsstrukturen. Därmed är inte hybridorganisation som Noordegraaf (2011) beskriver en standardmodell för studiens urval utan agerar istället som en tanke om anpassning och struktur eftersom struktur och organisation i praktiken är kontextberoende.

5.2 Hybridroll

Nästa aspekt av verksamheternas arbete som vi har analyserat berör de existerande logiker som respondenterna antyder existerar inom hälso- och sjukvårdsorganisationer. Då logiker är

implicita och uppbyggda av underliggande etiska värderingar och normer är det svårdefinierat men möjligt att göra särskiljningar och se karaktärsdrag. I analysen har vi identifierat två logiker som skapar ytterligare en paradox än ovannämnd. Paradoxen gällande krockande logiker berör, till skillnad från tidigare slutsats om organisationsformen, tankestrukturer inom verksamheterna som präglar arbetet som genomförs.

Den professionella logiken formar arbetet som genomförs i praktiken där de yrkesverksamma anser att arbetet bör genomföras enligt principer om den implicita kompetens och kunskap som de yrkesverksamma besitter, grundat i tankar om professionalism. Samtidigt existerar den organisatoriska logiken i verksamheterna som betonar det systematiska och styrbara arbetet vilket grundar sig i tankar om NPM och styrmodeller.

Empirin har visat att båda logikerna präglar arbetet för de yrkesverksamma i verksamheterna vilka intar en hybridroll i sitt arbete eftersom de behöver arbeta enligt båda logikerna. Vad vi finner intressant är att det inte verkar finnas en tydlig förståelse för hur den motsatta logiken fungerar. De funktioner som förespråkar den organisatoriska logiken verkar inte förstå hur de professionellas arbete genomförs och vilka krav det ställer. Samtidigt upplever vi att de som arbetar enligt den professionella logiken inte förstår varför mer strukturerad styrning och arbete enligt principer om resursmaximering och produktion är nödvändigt för verksamheterna. Paradoxen är problematisk och som Greenwood et al. (2011) påpekar krävs det en förståelse för hur andra logiker fungerar för att kunna förstå hela verksamhetens funktion. En viktig konsekvens blir att hybridrollen innebär arbete enligt flera logiker men om det inte finns en förståelse bland de olika parterna i verksamheterna om hur rollen fungerar eller varför en anpassning behöver göras blir det snarare problematiskt än gynnsamt.

5.3 Chefens anpassning

För att återkoppla till studiens frågeställning gällande hur verksamma chefer jämkar verksamheterna med hänsyn till organisationsformer och organisationslogiker konstaterar vi att det är de verksamma cheferna som skapar hybridorganisationen och utformar förutsättningarna för hybridrollen. Det empiriska materialet visar hur de verksamma cheferna har ansvar för samtliga delar av verksamheterna med både personal och patientansvar samt ekonomiskt ansvar. Hur ansvaret delegeras eller fördelas kan variera beroende på verksamhetens storlek eller förutsättningar men det slutliga ansvaret ligger hos de verksamma cheferna. De ansvarar därmed för en organisation som är strukturerad med en hybridstruktur med blandad struktur från den professionella byråkratin och maskinbyråkratin. Grundprinciperna för varje struktur

synliggörs av respondenternas förklaringar men hur hybridstrukturen anpassas och utformas enligt varje verksamhets egen kontext är upp till ansvariga i varje verksamhet. Anpassningen avgör den verksamma chefen själv men med hänsyn till kontextens förutsättningar. Eftersom förutsättningarna är kontextberoende varierar anpassningen från verksamhet till verksamhet där den verksamma chefen blir den aktör med insikt i struktur och organisation som anpassar det utifrån hur denne anser det är lämpligast.

Inom hybridorganisationen finns det logiker som förespråkar olika sätt att se på arbetet som genomförs. Vi har identifierat att båda logikerna påverkar arbetet vilket leder till att en ny hybridroll konstrueras som verksamma chefer behöver ta hänsyn till. Hybridrollen för de yrkesverksamma innebär att de behöver arbeta enligt logiker om både yrkesbaserad professionalism och organisatorisk professionalism. De verksamma cheferna behöver anpassa arbetet utifrån hur stort inflytande de olika logikerna har i verksamheten. Det görs på samma sätt som verksamhetsstrukturen utifrån den specifika verksamhetens kontext och utifrån hur de verksamma cheferna anser det vara mest lämpligt för att uppfylla kraven de tre ansvarsområdena innebär. Just att de verksamma cheferna har ansvar mot samtliga tre aktörer som är en del av hälso- och sjukvården innebär att de behöver ta hänsyn till flera parter när de utformar hybridorganisationen och det arbete de yrkesverksamma i sin hybridroll genomför.

5.4 Sammanfattande diskussion

Studien har visat på den komplexitet som existerar inom hälso- och sjukvårdsorganisationer, men vad vi kan se utifrån empirin är att ingen av parterna verkar vara fullt medvetna om denna komplexitet. Det verkar snarare som att då problematiken utvecklats under en längre tidsperiod där det kontinuerligt funnits aspekter som behövs tas hänsyn till, har problematiken blivit en naturlig del av det dagliga arbetet. Därmed får de verksamma en annan syn på komplexiteten än utomstående. Det tyder på att det finns en förståelse för att det är flertalet aktörer med i processen och många krafter som påverkar arbetet men ingen djupgående förståelse för hur de samverkar med varandra. Det är en ofullständig förståelse för varför de olika parterna i kontexten agerar som de gör vilken blir en del av problematiken. Vi tror det saknas en tillräcklig förståelse för det praktiska arbetet bland politiker och ledningsfunktioner vilka har ett annat synsätt på organisationerna än vad de praktiskt yrkesverksamma har. Den bristande förståelsen innebär att de yrkesverksamma i verksamheterna uppfattar det som att de inte blir sedda eller tas hänsyn till, vilket vi tror ledningsfunktioner försöker, men den ofullständiga förståelsen för varandra skapar problem från båda parter. Mellan de båda aktörerna hamnar den

yrkesverksamma chefen som lyder order och direktiv från högre ledning men samtidigt påverkas deras egen uppfattning av hur de själva anser att arbetet ska genomföras. Därför tror vi att respondenternas svar varierar och kan ge olika syn på det praktiska arbetet även om deras roll förblir densamma.

6. Slutsats

Som vi tidigare nämnt visar empirin att de verksamma chefernas arbete är komplext och innebär anpassad styrning eftersom de spelar en avgörande roll för verksamhetens funktion. Vi menar att de verksamma chefernas arbete går ut på att anpassa arbetet efter de tre ansvarsområdena tillika aktörer som finns i verksamheten. Empirin har visat att det är dessa tre ansvarsområden som styr de verksamma chefernas arbete vilket leder till att chefen måste infinna sig mellan dessa och kontrollera sitt arbete utifrån det. En viktig konsekvens är att det är chefen som hanterar den problematik som uppstår när olika organisationsformer och logiker krockar och skapar kontextbaserade hybridkombinationer. Chefen gör att arbetet överhuvudtaget fungerar i verksamheterna, vilket gör det möjligt att styra från högre ledning samtidigt som personalen får möjlighet att arbeta enligt den logik de föredrar. Cheferna uppfyller ansvaret och strävar efter att anpassa verksamheternas arbete därefter. Det leder till att de vidmakthåller och upprätthåller hybridorganisationen. Det är de verksamma cheferna som faktiskt styr verksamheten och har förståelse för både personal- och ledningsperspektiv. Den verksamma chefen blir den aktör i helheten som utformar och anpassar verksamheterna till den hybridorganisation den anser som mest lämplig samt de yrkesverksammas arbete enligt samma princip gällande hybridrollen.

7. Framtida forskning

Avslutningsvis med bakgrund i diskussionen kan det vara aktuellt för framtida forskning att studera vidare gällande en vidareutveckling av teorier kring hybridorganisationer som begrepp. Exempelvis kan det vara angeläget att försöka identifiera faktorer som inverkar och skapa en förståelse för hur verksamheter anpassar sig utifrån den kontext den verkar i. Det finns således ett behov av fler studier liknande den vi gjort för att ytterligare öka förståelsen för hur hybridorganisationer skapas och hur arbetet inom dem hanteras. Att studera hur verksamma chefer praktiskt genomför arbetet skulle innebära ett annat perspektiv på helheten. Den roll en verksam chef har i den komplexa kontext hälso- och sjukvården innebär är svårdefinierad och kontextbaserad. Därmed skulle det vara intressant att studera om det finns avgörande faktorer för hur de hanterar problematiken.

Källförteckning

Tryckta källor

Almqvist, R. M. (2004). Icons of New Public Management. Four studies on competition, contracts and control. *Doctoral dissertation School of Business Stockholm University*.

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.

Alvehus, J. (2012). *4 myter om professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Berlin, J. & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber.

Berry, L. L. & Bendapudi, N. (2007). Health Care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10. (2), 111-122.

Brint, S. 1994. *In an Age of Experts: The Changing Role of Professionals in Politics and Public life*.

Brunsson, N. (2006). *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Malmö: Liber.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Buchan, J. (2004). What differences does (“good”) HRM make? *Human resources for health*, 2. (6), 1-7.

Burström, B. (2009). Market-Oriented, Demand-Driven Health Care Reforms and Equity in Health and Health Care Utilization in Sweden. *International Journal of Health Services*, 39. (2), 271–285.

Evetts, J. (2009). New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8, 247-266.

Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59. (4), 406-422.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Polity Press Cambridge UK.

- Greenwood, R., Raynard, M., Kodeih, F., Micelotta, E. R. & Lounsbury, M. (2011). Institutional Complexity and Organizational Responses. *The Academy of Management Annals*, 5. (1), 317-371.
- Hood, C. (1995). The “New Public Management” In the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20. (2/3), 93-109.
- Hood, C. (1991). “A Public Management for all Seasons.” *Public Administration*, 69 (1), 3–19.
- Jacobsen, D.I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkpatrick, I. & Noordegraaf, M. (2015). *Organizations and Occupations: Towards Hybrid Professionalism in Professional Service Firms?* I Hinings, R., Muzio, D., Broschak, J. & Empson, L. (Eds.). *The Oxford Handbook of Professional Service Firms*.
- Larson, M.S. (1977). *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Liff, R. & Andersson, T. (2011). Integrating or disintegrating effects of customised care: the role of professions beyond NPM. *Journal of Health Organization and Management*, 25. (6), 658-676.
- Mintzberg, H. (1981). Organization design: fashion or fit? *Harvard Business Review*, 59 (1), 103-116.
- Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal With Organizationl Issues. *Organization Studies*, 32. (10), 1349-1371.
- Opdahl, M.T. (2008). Doctors as managers: moving towards general management? The case of unitary management reform in Norwegian hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 22. (4), 400-415.
- Pache, A-C. & Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*, 56. (4), 972-1001.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

KSKK01 Service Management: Examensarbete för kandidatexamen
Andreas Christensson & Emelie Gaidos

Planander, A. & Westrup, U. (red.) Organisationsformer inom hälsosektorn (ss. 143- 163). I

Loodin, H. & Nordgren, L. (2014). *Health Management. Att leda hälsoverksamheter med service i fokus*. Latvia: Livonia Print.

Pollitt, C. & Bouchaert, G. (2011). *Public management reform: A Comparative Analysis*. *New Public Management. Governance. And the Ned-Weberian State*. Oxford University Press Inc: New York.

Rombach, B. (1991). *Det går inte att styra med mål*. Lund: Studentlitteratur

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju: Från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.

Saltman, R, B. & Bergman, S - E. (2005). Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30. (1-2), 253-270.

Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research*. SAGE Publications: London. Fourth Edition.

Taylor, F, W. (2003). *Scientific Management*. Routledge: New York USA.

Yin, R. K. (2010). *Qualitative Research from Start to Finish*. First Edition.

Östergren, K. & Sahlin-Andersson, K. (1998). *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Lund: Studentlitteratur.

Elektroniska källor

<http://www.dn.se/debatt/new-public-management-har-skapat-radda-organisationer/> DN

Debatt. *New Public Management har skapat rädda organisationer*. Publicerad 2013-11-27. Hämtad 2016-04-22

[http://www.svt.se/nyheter/lokalt/skane/fel-av-forre-rastad-att-omorganisera-halso-och-](http://www.svt.se/nyheter/lokalt/skane/fel-av-forre-rastad-att-omorganisera-halso-och-sjukvarden)

[sjukvarden](http://www.svt.se/nyheter/lokalt/skane/fel-av-forre-rastad-att-omorganisera-halso-och-sjukvarden). SVT Nyheter Lokalt. *Fel av Rastad att omorganisera hälso- och sjukvården*. Publicerad 2016-04-21. Hämtad 2016-05-22.

<http://www.sydsvenskan.se/2016-05-02/ingrid-runsten-sjukvard-i-kris-kraver-samarbete>.

Sydsvenskan Opinion. *Ingrid Runsten: Sjukvård i kris kräver samarbete*. Publicerad 2016-05-02. Hämtad 2016-05-22

Bilaga 1

Intervjuguide

Hur påverkar det förändrade syftet och målsättningen i vård och omsorgsorganisationer professionernas arbete?

Innan intervjun påbörjas:

- Presentation av oss
- Förklara studiens syfte
- Fråga om medgivande till inspelning
- Möjlighet att dra tillbaka intervjun om de vill
- Säg vem som talar och den andra antecknar
- Kom överens om tidsramen (45-60 min) styra genom att uppmuntra för det som de uppmuntrar för

Inledningsfas:

- Förklara yrkesroll
- Beskriv kort väg till aktuell position (yrkesroll och arbetsplats)
- Tidsperspektiv
- (Hur ser en vanlig arbetsvecka ut?)
- (Vad tillbringar du mest tid på? Professionell utövar eller....?)
- (Utbildning?)

Huvudfas:

Organisation/NPM

- Kort beskrivning av organisationen och dess uppbyggnad
 - Styrning från externa parter, politik etc?
 - Syfte?
 - Vision?
 - Kort/långsiktig målsättning?
- Hur har det utvecklats på senare tid? Kortsiktigt? Långsiktigt? Vad är din uppfattning kring detta?
- Fördelar med det styrsätt som ni har idag/er verksamhet? (Utifrån ett organisationsperspektiv?)

- Nackdelar med det styrsätt som ni har idag/er verksamhet? (Utifrån ett organisationsperspektiv?)
- Vad är hälso- och sjukvård för er?
- Om man ser på det som en tjänsteverksamhet? Tror du att man kan jämföra det med andra typer av tjänsteverksamheter som inte har med hälso- och sjukvård att göra?
- Är det något som särskiljer hälso- sjukvården mot andra serviceverksamheter?
- Måttsystem eller indikatorer på arbetet och organisationen?

Professionalism

- Kartlägg vilka professionsgrupper som finns, kan ni kategorisera?
- Hur ser ni på de yrkesverksammas inflytande i ledning och utveckling?
- Hur syns de yrkesverksamma i den dagliga verksamheten?
- Om tidigare yrkesverksam, påverkar det beslutsfattande?
- Ansvarsfördelning, decentraliserat eller centraliserat?
- Vikten av kompetens i verksamheten

Hybrid

- Kan man kombinera ledningsroll och kliniskt verksam-roll?
- På vilket sätt kan man integrera personalen i lednings och styrfrågor?
- Hur ser feedback/input processen ut mellan yrkesverksamma - ledning?
- Tror du att det finns motstånd mot förändring till hybrid?

Personligt riktade frågor

- Utmaningar
- Hade ni velat förändra/omstrukturera/utveckla något? (I sjukvården som helhet eller i er enskilda verksamhet?)
- Företrädare och efterträdare

Avslutningfas:

- Sammanfatta
- Vill du lägga till något? Något som du vill säga men inte fått sagt?