Konkurrenssättningens påverkan på primärvårdsenheterna och deras verksamhetsledning

Författare: Lollo Olausson
Health Management

Stellan Thelin
Health Management

Handledare: Olle Duhlin

Examinator: Mikael Lundgren

Ämne: Organisation C

Nivå och termin: C-nivå HT-09

Linnéuniversitetet
Ekonomihögskolan

Innehåll

1 Inledning 5
1.1 Bakgrund 5
1.2 Problemdiskussion 7
1.3 Problemformulering 7
1.4 Syfte 8
1.5 Avgränsning 8
1.6 Begreppsförklaringar 9
2. Metod 10
2.1 Forskningsansats 10
2.2 Kvalitativ strategi 11
2.3 Fallstudiedesign 13
2.4 Datainsamling 14
2.5 Urval 16
2.6 Validitet och reliabilitet 17
3. Teorier 19
3.1 Om primärvården 19
3.2 Skillnader mellan privat och offentlig styrning 22
3.3 Ledarskapsteorier 24
3.4 Politisk och ekonomisk auktoritet 27
3.4.1 Påverkan av auktoritet 28
3.4.2 Förhandlingsmöjligheter i toppstyrda organisationer 29
3.5 Koordinering i strukturer 30

3.6 Konkurrens 33

4. Empiri 36

4.1 Bakgrund 36

4.2 Presentation av respondenterna 36

4.3 Verksamhetsstyrning 37

4.3.1 Sammanfattning verksamhetsstyrning 39

4.4 Ledarroller 40

4.4.1 Sammanfattning ledarroller 41

4.5 Konkurrens 41

4.5.1 Sammanfattning konkurrens 43

5. Analys intervjuer 44

5.1 Analys Verksamhetsstyrning 44

5.2 Analys Ledarroller 50

5.3 Analys Konkurrensens effekter 53

6. Slutsatser 57

Källförteckning 59

Tryckta källor 59

Internet 61

Bilagor 66-85

Abstract

The purpose of this study is to enhance our knowledge and understanding of leadership and what affects it within organizations. We have tried to do so by investigating how public and private healthcare centres in Sweden have been affected when healthcare clients now have the freedom to choose any healthcare centre they want, and that private clinics can start to compete with the public centres on equal terms. We want to address the leadership question further by interviewing health care centre managers and ask them how they are affected by the corporate form, the competition among healthcare centers and how they perceive their role within the organization. With help of relevant theories we have broaded our knowledge around this study. The study results show that the corporate form affects the manager in the terms of flexibility to take action and that the leadership must adapt to new situations that arise to make the organization survive. And could one corporate form have the edge over the other in the competition between healthcare centers depending on the healthcare manager's actions.

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att skapa en djupare förståelse för verksamhetsstyrning och vad som påverkar primärvårdsverksamheter. Detta har vi gjort genom att undersöka offentliga och privata vårdcentraler med syfte att se om bolagsformen påverkat möjligheten att anpassa sig till den nya konkurrenssituationen som uppstått primärvårdsenheter emellan. Vi har även lagt en tyngd på ledarrollen för att se om den skiljer sig åt mellan verksamhetscheferna. Studien som genomförts är en kvalitativ studie med teoriavsnitt som bygger på relevanta organisations- och ledarskapsteorier. Studiens empiriska del är grundat på intervjuer som gjorts på privata och offentliga verksamhetschefer inom primärvården. Genom att sätta vår teori och empiri i relation ska vi försöka finna likheter och skillnader mellan verksamhetsstyrningen inom primärvårdenheterna, dess bolagsform och anpassningsförmåga till en ny konkurrenssituation. Vår studie visar att verksamhetsstyrningen påverkas av bolagsformen på olika sätt, på grund utav olika effekter av antingen en politisk eller ekonomisk styrning.

Förord

Vi vill framföra ett stort tack till dem som tagit sig tid att svara på de frågor vi ställt under våra intervjuer och genom detta bidragit med värdefull information för vår undersökning. Utan er hjälp skulle studien aldrig varit möjlig.

Ett hjärtligt tack till vår handledare Olle Duhlin samt vår examinator Mikael Lundgren vid Ekonomihögskolan, Linnéuniversitetet.

Lollo Olausson **Stellan Thelin**

1 Inledning

I det första kapitlet introduceras ämnesområdet och förklaringen till varför studien utförs. I inledningen presenteras även en förklarande bild av varför primärvården undersöks. Det här följs av en mer specificerande problemdiskussion och därefter beskrivs vår problemformulering. I kapitlet beskrivs bland annat uppsatsens syfte och avgränsningar.

1.1 Bakgrund

I Sverige är vården en av de mest grundläggande delarna av ett fungerande samhälle. Den finns som stöd för att upprätthålla och säkerställa invånarnas hälsa. Det är däremot ett fält som är utsatt för många debatter eftersom det berör hela samhället. Att sitta på en hög position i den här sektorn innebär ett stort ansvar och genom allmänhetens intresse blir det även en pressad roll. För att det ska fungera måste den ansvariga ha möjlighet att kunna påverka och styra en verksamhet på det sätt som krävs för att uppfylla vårdkundernas behov, intressenternas krav men samtidigt i ett syfte som för verksamheten framåt.

Primärvården är ofta vårdkunders första möte med sjukvården för att sedan slussas vidare inom sjukvårdsfältet. En primärvårdsverksamhets effektivitet är därför essentiell för att kunna hjälpa så många som möjligt till rätt vård. För vårdcentralen som enskild verksamhet inom primärvårdsområdet är verksamhetschefen den som har det övergripande ansvaret för att få verksamheten att fungera på ett bra sätt. Verksamhetscheferna blir också tvungna att hantera nya beslut från exempelvis regeringens lag om valfrihetssystem.

Vården befinner sig ofta i en politisk hetluft. Vissa anser att verksamheten ska förbli inom den offentliga sektorn medan andra anser att den ska privatiseras. Det finns många olika åsikter över huruvida den friare marknaden är bra eller inte för kunden. Styrningen av offentliga verksamheter debatteras ständigt eftersom det ligger i både tiden, samhällets och den enskildes intresse att sjukvården och dess ledning fungerar. Att förstå dels verksamhetschefens roll dels dess förutsättningar att driva verksamheten är därför väsentligt för att kunna förstå sig på organisationen. Detta visar att styrningen av vården är ett hett debattämne som är satt under hård medial granskning.

Den politiska debatten som språkar för eller emot privata eller statligt ägda verksamheter är inte något som vi ska gå vidare in på. Däremot är effekten av bolagsformerna något som är intressant ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Detta vill vi visa med ett exempel där SamHall, som då var en statligt styrd stiftelse, ändrade bolagsform till aktiebolag. Denna händelse beskrivs som en utvecklingsexplosion för verksamheten. Förändringen medförde tydligare arbetsrollsfördelning och nya möjligheter att samordna verksamheten. Bolagsstyrelsen fick nya förutsättningar att göra förändringar. Organisationsförändringen blev ett medel i utvecklingen. Innan bolagsformen förändrades ansåg styrelsen sig arbeta i organisatorisk motvind. Små organisatoriska ändringar krävde riskdagsbeslut medan det i den nya bolagsformen skedde i en explosiv fart. Mängder med idéer och förslag hade chansen att realiseras. Vid bolagiseringen överlämnades skötseln av koncernen till ett självständigt moderbolag. De anser att deras starkaste drivmotorer var matrisorganisation, bolagisering och decentralisering. Dessa hjälpte utvecklingen framåt. Decentralisering som fundament, matrisorganisationen som ökade dynamiken inom organisationen och bolagisering som hävarm för en stärkt utveckling (Larsson; 1996).

Primärvården är idag inne i ett paradigmskifte där öppningen på marknaden, för privata organisationer med samma förutsättningar som de offentliga verksamheterna, medför både möjligheter och svårigheter i och med den nyskapade konkurrenssituationen.
Konkurrensen som skapats genom Lagen om valfrihetssystem gör att verksamheterna konkurrerar genom ökad kvalitet och genom en ökad profilering av mottagningarnas varumärke och rykte. Syftet finns i att flytta makten från politiker till medborgare i och med en mångfald av utförare. Primärvårdsenheterna i sig garanteras inte några vårdkunder via något kvoteringssystem. Således måste de verka rekryterande och ha en hög kvalitet för att vårdkunderna ska välja dem samt stanna kvar (SoU 2008:15).

Beslutet om valfrihetssystem har öppnat upp för att privatisera en del primärvårdsenheter eller att vissa landstingsstyrda enheter har brutit sig loss, som vi menar troligen får en lite friare styrning.

En verksamhetschef inom primärvården har helt enkelt en del ställningstaganden att ta. Verksamhetsutvecklingen är påverkad av yttre faktorer som verkar skapa nya interna förutsättningar som måste hanteras av verksamhetschefen. Att se hur möjligheterna skiljer sig mellan privat och offentlig styrningen blir då ett intressant studieobjekt.

1.2 Problemdiskussion

I Sverige organiseras sjukvården via skattemedel och har länge drivits av staten. Således är verksamheten mål för politisk styrning och reglerad av snäva regelramar och nationella mål. Verksamheterna måste kunna ta emot en viss geografisk grupp av vårdkunder. Trots att de står för dessa ramar och finansieras av en statlig ersättningsmodell som är samma för alla vårdenheter, betyder det inte att vården måste produceras i offentlig regi (lio.se[1]). Primärvården är en essentiell del av det säkerhetsnät som finns för att säkra befolkningens hälsa. För detta krävs en fungerande primärvårdsverksamhet där verksamhetschefer har det övergripande ansvaret för ekonomi, personal, beslutsfrågor etcetera men hur påverkas styrningen egentligen? Kan det vara så att verksamhetsstyrningen på samma typ av verksamhet inom samma fält har olika förutsättningar om det är skild bolagsform?

För att få en verksamhet att arbeta effektivt krävs det att ledningen fungerar. Det gör även att ledarrollen och dess möjligheter och begränsningar blir intressant att studera i en verksamhet. Man diskuterar inom organisationsteorin att det finns många olika typer av ledarroller och hur situationen påverkar ledarskapet.
I ett försök att få klarhet i vad som kan påverka ledarskapet undersöker vi verksamheter med samma förutsättningar men med olika bolagsform. Vi tror att bolagsformen påverkar organisationen i sig och även hur verksamhetschefen kan utföra sitt jobb.

1.3 Problemformulering

Vårt intresse ligger i att skapa en djupare förståelse i hur organisationens bolagsform kan påverka en verksamhetschef och dess roll i en enskild verksamhet och ställer oss därför huvudfrågan.

Huvudfråga: Påverkas en verksamhet och dess verksamhetschef av bolagsformen?

Men för att komma fram till vår huvudfråga ställer vi oss tre delfrågor. Vi undersöker närmare genom att studera privata och offentliga verksamheter i primärvården. Först vill vi se hur verksamheten och verksamhetschefen påverkas och ställer då frågorna.

Delfråga 1: *Hur påverkas de Landstingsägda kontra de privata verksamheterna av den nya konkurrenssituationen?*

Delfråga 2**:** *Skiljer sig ledarrollen inom den privata kontra den offentliga verksamheten?*

Delfråga 3: *Hur påverkas verksamhetsstyrningen inom primärvården av dess bolagsform?*

1.4 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka effekterna av bolagsformen inom primärvården på verksamhetscheferna. Vi vill även undersöka verksamhetsstyrningen och se om den kan få ledarrollen att skilja sig mellan en privat och offentlig verksamhet samt hur verksamheternas förutsättningar påverkas av konkurrensen de får genom vårdvalet.
Studien syftar till att skapa närmare förståelse för vad bolagsformen har för påverkan på verksamhetscheferna.

Vårt ämne är intressant även för andra eftersom ledarskap på så många sätt påverkar organisationer och en förståelse för ämnet gör att man bättre också kan förstå bolagsformens effekter och vad som händer när verksamheterna byter bolagsform eller utsätts för helt nya förutsättningar, exempelvis en konkurrenssättning. Genom det vi anser vara relevanta teorier och resultaten ifrån våra intervjuer kan vi undersöka detta ämne och presentera slutsatser som resultatet av vår studie.

1.5 Avgränsning

Vi har avgränsat vår studie till att lyfta fram skillnader och likheter mellan verksamhetsstyrningen hos privat och offentlig primärvård. Skillnaderna ska hjälpa oss förstå vad som påverka verksamhetschefer och även organisationen i sig. Detta avgränsas genom att vi enbart studerar verksamhetschefer inom primärvården.

1.6 Begreppsförklaringar

Primärvård

Med primärvård menas vård- och hälsocentraler inom hälsosektorn. Primärvården kan idag drivas av både offentliga och privata vårdleverantörer, där samma villkor råder oavsett bolagsform (lio.se[2])

Bolagsform

Med bolagsform menar vi den typ av ägandeskap som bolaget är verksam under. Detta kan vara aktiebolag, privat verksamhet, offentligt ägda bolag eller ekonomiska föreningar.

Lagen om Valfrihetssystem

Lagen om valfrihetssystem inrättades 2009. Lagen grundades för att gynna mångfald, små verksamheter och valmöjligheter. Detta har gjort att flera verksamheter har brutit sig loss från den offentliga regin, eller att nya företag inom vårdsektorn blommat upp. Detta har i sin tur inneburit en ny konkurrenssituation vårdverksamheterna emellan (SoU 2008:15).

2. Metod

I metodkapitlet redogörs för teorier kring forskningsmetoder och även vilka vi har använt och varför.
Vi valde att göra en fallstudie kring primärvården i samband med införande av vårdvalet som trädde i kraft 2010, där vi särskilt studerat hur dess bolagsform har påverkat verksamhetschefer inom primärvården.
Vad vi dock upptäckte var att problemet inte låg i vårdvalet som är det patienterna ser. Vi tog då ett steg tillbaka och kom fram till att det som påverkade verksamheterna i sig var Lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft redan 2009, ett år innan vårdvalet trädde i kraft. Det är lagen som gör det möjligt att ha både landstingsägd och privatägda verksamheter inom vården. Något som i Sverige tidigare inte var möjligt. Vi har därefter studerat konsekvenserna som Lagen har på fört verksamheterna och främst verksamhetscheferna.

2.1 Forskningsansats

Bryman och Bell (2003) menar att ansatsen till forskning är sättet att relatera mellan empiri och teori. Metoderna att bearbeta detta kallas deduktion samt induktion. Inom deduktiv teori är den vanligaste uppfattningen att man relaterar mellan teori och empiri där forskaren väljer att granska en teori mot en empirisk undersökning. Med induktiv ansats så blir teorin resultatet av forskningen tack vare att man drar allmänna slutsatser kring sin empiri. Utöver dessa finns ett tredje sätt att relatera teori till empiri som kallas abduktion som Patel och Davidsson (2003) menar är en kombination av induktiv och deduktiv ansats.

Vi har använt oss utav en abduktiv ansats. Ett abduktivt tillvägagångssätt innebär att forskaren utifrån ett enskilt fall skapar ett hypotetiskt mönster som närmare kan förklara fallet. Det sker genom en teoretisk djupgående struktur som ringar in fallet. Första steget kan kännetecknas som induktivt, nästa steg innebär att forskaren tolkar nya data eller fall där man omprövar teorierna och ser om det finns möjlighet för utveckling. Risken med abduktiv ansats kan vara att forskaren kan tänkas vara mer utsatt för sin egen värdering vid insamlandet av data, vilket kan färga utfallet av arbetet (Patel & Davidson, 2003).

Vår studie har sin grund i att vi i initieringsskedet skapar en teoretisk ram för att kunna skapa en förståelse och finna infallsvinklar som kan hjälpa oss att bryta ner och förklara vårt forskningsproblem. Teorierna har utgjort ett underlag för den datainsamling som vi genomfört till vår empiri. Den empiri vi sedan tagit fram har gett stöd för att kunna vidareutveckla de teorier som vi använt oss utav, genom att finna fler infallsvinklar till forskningsproblemet.
Vår strävan har varit att pröva en abduktiv forskningsansats med de data vi samlat in, för att framställa analys och slutsats. Genom att nya infallsvinklar från våra respondenter framkommit i empirin har vi utvecklat vårt teoriavsnitts innehåll genom borttagning av överflödiga teorier och infogat nya relevanta teorier. I analysen kopplar vi samman det empiriska underlag vi fått ut från intervjuerna med vår valda teori. Vi har under tre områdeskategorier samlat dessa analyser.

Vi anser att den abduktiva ansatsen lämpade sig för framtagandet av vår studie då vi genom skapandet av en teoretisk referensram fått en djupare förståelse kring ämnet och kunnat fortskrida med insamlingen av primärdata. Denna gav oss ett annat perspektiv kring studien och fick oss att gå tillbaka och granska våra teorier för att sedan knyta samman allt i analysen. Vid framtagning av teorier och empiri har vi försökt att inte vara påverkade av våra egna värderingar kring ämnet primärvård. Vi har båda varit i kontakt med primärvård tidigare och har därför tänkt på att vara objektiva i vår datainsamling. Risken att arbeta abduktivt är att forskaren kan blir påverkad av egna värderingar.

2.2 Kvalitativ strategi

Bryman och Bell (2003) tar upp två strategier inom forskning som används vid undersökning och insamling av data, nämligen kvantitativ och kvalitativ metod. Vad som spelar roll för valet av metodstrategi är vilken roll den insamlade teorin spelar för studien samt den kunskapssyn forskaren har kring den. Forskaren bör också granska vad den innehåller och vilka ontologiska ställningsstaganden som medföljer teorin. Med det menas antaganden och värderingar som forskaren kan tänkas ha som skiljer sig från andra personers tankar kring teori och objekt.

I den kvantitativa metoden fokuserar man på mängden data vid insamling och analys. Den kvantitativa metodens forskning byggs på t.ex. enkäter där frågorna oftast är väldigt standardiserade. I intervjuer med respondent innebär standardiserade frågor att man ska kunna urskilja ett mönster ur insamlad data. Forskning som baseras på enkäter kan distansera forskaren från respondenten då de vanligtvis kanske inte träffas (Bryman & Bell; 2003).

I den kvalitativa metoden är det en låg nivå på standardisering av frågor, i motsats till graden av standardiserade frågor i en kvantitativ metod. Kvalitativa undersökningar syftar till att skaffa en djupare kunskap än de data som erhålls när forskare använder den kvantitativa metoden. Den kvalitativa forskaren utformar ofta egna varianter och tolkningar av strategin. Det finns därför sällan utformade ramar att använda sig utav. Eftersom de kvalitativa metoderna skiljer sig åt på olika sätt så blir varje studie till viss del unik (Patel & Davidson; 2003).

Alvesson och Sköldberg (1994) tar upp att den kvalitativa metoden utgår från studiesubjektens perspektiv och att kvalitativ metod inte kan ställas teoretiskt utan måste relateras till ett forskningsproblem och objekt. Bryman och Bell (2003) menar här att forskaren strävar efter att få ett djup i forskningen till skillnad från den kvantitativa som fokuserar mer på bredd. Starrin och Svensson (1994) instämmer att skillnaden mellan de olika forskningsstrategierna är att data som ger en grövre bas är kvantitativa medan data som ger en mer precis skattning är kvalitativa.

De data vi samlat in till vår studie har bearbetats kvalitativt och då gett oss en djupare insikt i vår studies problemformulering. Insamlingen av primärdata har genomförts via personliga intervjuer, eller intervjuer per telefon. De som har medverkat i intervjuerna har vi valt att kalla respondenter och vi har även valt att hålla dessa anonyma. Från början har vi även använt oss utav enkäter som en kompletterande källa till de data från intervjuerna vi samlat in. Detta gjordes för att det varit svårt att få intervjuer med verksamhetschefer. Detta har dock tagits bort då det blev en viss problematik att blanda enkäter och intervjuer. Vid intervjuerna har semistrukturerade frågor använts. De frågor vi har använt är framtagna av oss och baseras på den teoriram vi har använt oss av för att skapa djupare förståelse kring ämnet. För att få fram nödvändiga data för studien lades stor vikt vid formuleringen av frågeställningarna.
Urvalet av respondenter till studien inriktade sig mot personer inom primärvården i ansvarspositioner. Detta urval gjordes för att få fram relevant empiri till studien då vi anser att t.ex. verksamhetschefer inom primärvård kunde vara dem som kunde ge oss den mest

relevanta data till studien. Våra respondenter var aktiva inom både privat och offentlig primärvård och vi anser dem ha god trovärdighet i att kunna besvara våra frågor. Vi valde att samla in alla data innan vi gick vidare med sammanställning av empirin. De tankar som vi har fått efter att samtalat med våra respondenter har hjälpt oss att plocka fram teorier som passar vår studie. Våra respondenter har gett oss nya perspektiv som fört uppsatsen framåt och varit ett stöd i bearbetningen av resultaten i studien.
Vi sammanställde därefter allt i vår empiri och analyserade utifrån teoriavsnittet. Resultaten presenteras i det sjätte kapitlet och genom att vi har använt den kvalitativa strategin anser vi att vi lyckats gå djupare in i vår studies problemformulering. I vår studie har vi genom sammanställda primärdata tagit fram våra respondenters åsikter som blivit kärnfulla insikter och skapar en mer informativ text för läsaren.

2.3 Fallstudiedesign

Bryman och Bell (2003) tar upp bland annat två olika typer av undersökningsdesign som är det tillvägagångssätt en forskare väljer att se närmare på sin studies natur och komplexitet. De två formerna av undersökningsdesign vi tar upp är tvärsnittsdesign och fallstudie.

En fallstudie innebär ofta att man gör en ingående studie av t.ex. en arbetsmiljö eller en unik situation där man vill belysa områden inom ämnet som t.ex. kultur på en speciell plats exempelvis, arbetsplats eller organisation. Det som skiljer fallstudier från andra tillvägagångssätt är forskarens val att ta fram och belysa unika drag för sitt fall. Fallstudier passar bra tillsammans med kvalitativa studier om man väljer att använda sig av t.ex. en ostrukturerad intervjuguide. Den ostrukturerade intervjuguiden är ett sätt att djupare gräva sig in i sitt fall då respondenten får möjlighet att öppet svara kring en fråga och utveckla sina svar.

Tvärsnittsdesign är enligt Bryman och Bell (2003) ofta synonymt med surveydesign. Surveydesign som ofta är förknippad med datainsamling via enkäter och standardiserade frågor från flera med syfte att ta fram kvantitativa data i form av variabler som i sin tur analyseras och uppvisar sambandsmönster.

I vår studie så var undersökningsdesignen ett stort frågetecken. Vi har valt att se ett enskilt fall som vi haft intresse för att fördjupa oss i nämligen primärvården. Men vi har närmare haft intresse för att fördjupa och belysa flera relationer inom primärvården som t.ex. hur verksamhetscheferna påverkas av bolagsform, valfrihetssystemet och ledning inom organisationen. Det innebär att vi måste se på flera verksamheter för att få så många tankar och åsikter om ämnet som möjligt, vilket vi anser överensstämma med tvärsnittstudie.
Vi har tagit in data från våra respondenter och från flera verksamheter inom primärvårdsfältet men använt oss av semistrukturerade frågor. Vi har lagt stor vikt vid att de ska få uttrycka sina tankar kring våra frågor och då låta oss som är mindre insatta i ämnet få en djupare inblick inom primärvården och påverkan av bolagsformen. Detta anser vi att vår undersökningsdesign blir en fallstudie och inte en tvärsnittsstudie.

2.4 Datainsamling

Patel och Davidsson (2003) beskriver datainsamling som informationsgivande källor men vi väljer att använda ordet data i nedanstående text för att beskriva vår datainsamling.
Insamlad data delas upp i primär- och sekundärdata. Skillnaden mellan primärdata och sekundärdata är vilken typ av data de är och vilken närhet de har till forskaren. Primärdata är information forskaren har en direkt kroppslig närhet till. Primärdata kan då bestå av t.ex. ögonvittnesskildringar och intervjuer. Sekundärdata är t.ex. dokument, litteratur.

Primärdata är den information som forskare samlar in genom utvalda datainsamlingsmetoder som t.ex. enkäter, formulär eller intervjuer. Insamling av primärdata kan vara resurs- och tidskrävande. T.ex. för kan de respondent och respondenter som forskaren söker vara svåra att få tag i, eller att hitta beroende på diverse påverkande faktorer. Respondent och respondenter kan t.ex. ha tidsbrist eller en motvilja att låta sig bli intervjuad av forskaren. En utmaning är att finna respondent och respondenter som kan bidra med pålitlig och relevant information för studien. Primärdata som samlas in via intervjuer ger mer specifika och fylligare data när den information man får från respondenten berör den personligen, t.ex. sakkunniga inom företag som verksamhetsansvariga om man söker information om verksamheten (Patel och Davidsson 2003). Detta är något som vi kan instämma i. Vårt problem under uppsatsskrivandet har varit att hitta respondenter och att få dem att lägga tid på att svara på våra frågor. En

verksamhetschef är svår att få tag i och ofta upptagen med möten, eller i detta fall även vårdkunder. Vi hade dessutom problemet att tiden för uppsatsen låg samtida med influensatider.

Utförande av kvalitativa intervjuer enligt Bryman och Bell (2003) går enligt två varianter; ostrukturerade och semistrukturerade. En forskare som intervjuar använder sig ofta av en intervjuguide som är en lista med frågor som rör studien. När forskaren använder intervjuguiden innebär det olika beroende på vilken variant av intervju man väljer.
Den ostrukturerade intervjun innebär att forskaren använder sig av lösa anteckningar kring teman i studien som stöd vid intervjun. Det här innebär för den intervjuade att den fritt förklarar kring det ämne som tas upp. Forskaren leder intervjun med uppföljande frågor när det uppkommer information som kan vara värd att vidare få förklarad.
Forskaren som använder den semistrukturerade intervjun använder en lista av teman som rör studien. Men respondenten har fri tolkning av frågorna (Bryman och Bell 2003).

Vår insamling av primärdata till empirin bestod av semistrukturerade intervjuer där vi lade tyngd på att få fram respondenternas tankar, åsikter och tolkning kring ämnet bolagsform och dess påverkan inom primärvården. Det var viktigt att finna sakkunniga kring ämnet som var villiga att öppet diskutera detta med oss. Våra främsta respondenter vi har sökt har varit verksamhetsansvariga inom primärvården och sakkunniga inom ämnet. Vi har samlat in data genom att spela in intervjuerna på mobiltelefon och sedan transkriberat dem innan vi har bearbetat dem till empirin. Med transkribering menar vi att vi ifrån våra inspelningar skrivit ner våra intervjuer till textform. Denna text återfinns som bilagor i slutet av vår rapport med väsentlig text.

Respondentvalidering enligt Bryman och Bell (2003) innebär att man till alla deltagare i undersökningen ger en redogörelse över hur man tolkat deras information. Deltagarna får då kommentera om informationen är korrekt eller om det finns något som inte överensstämmer med deras intervju.
Vi har använt oss av anonyma intervjuer för att våra respondenter och respondenter ska kunna uttrycka sig fritt. Vi har därför inte heller haft någon som bett om att få godkänna deras intervju, däremot har deltagarna varit intresserade i att ta del av slutsatserna.

Bryman och Bell (2003) menar att sekundärdata är data som en annan forskare samlat in för en annan studie inom samma fält. Sekundärdata består av t.ex. litteratur och artiklar. Fördelarna är att författarna till studien använder deras data och sparar därigenom tid och ansträngningar samt skaffar sig data av kvalitativ data som kompletterar den egna datainsamlingen. En mängd paralleller och analyser kan göras och studeras utifrån en egen problemformulering. Nackdelen kan vara den komplexitet som den sekundärdata är sammanställd i samt att det forskningsämne forskaren studerar kanske inte har studerats innan och därför finns en avsaknad av data för forskaren att finna. Sekundärdata passar för studenters undersökande uppsatser, men också för andra intressenter när man genomför t.ex. mindre projekt och vill ha fakta med hög kvalité.

I studien har vi fokuserat oss på att samla in relevant data som bearbetar områdena administration, bolagsform, ledarskap och studier kring arbetsrelaterad miljö. Vi anser att de primärdata vi tagit med är tillförlitliga och möjliggör en större objektivitet till ämnet då datamängden ökat. Genom sekundärdata har vi fördjupat oss inom privat och offentlig primärvård där avgränsningen har varit valfrihetssystemet, verksamhetsstyrningen och ledarrollen.

2.5 Urval

Utifrån studiens syfte, metod och frågeställningar har vi valt att fokusera vårt urval till att samla primärdata från relevanta respondenter inom privata och offentliga primärvårdsverksamheter. Kontakt togs genom personliga möten och telefonmöten. Respondenterna bestod av personer i en administrativ eller verksamhetschefsposition inom primärvården.

Vi har sökt nya intervjuer via vidareförmedling till nya kontakter från våra respondent i ett snöbollsurval. Snöbollsurval innebär att forskaren har en grundkontakt med ett visst antal individer som är relevanta för undersökningens frågeställning, för att sedan genom deras yrkesnätverk få kontakt med respondent som är intressanta för studien. Urvalet här är viktigt då respondent och respondenter med för grunda kunskaper inom sakområdet hade gett primärdata med en eventuell felaktig eller för grund analys i jämförelse med vår problemformulering (Bryman och Bell; 2003).

Vi har genomfört sammanlagt tio intervjuer. Vi känner att intervjusvaren har fått en mättnad och att fler respondenter möjligen kunna bidra med mer insikter i vår studie. Men mättnaden är uppnådd i den grad att våra resultat i studien inte skulle påverkas i någon större utsträckning om vi hade haft fler svaranden. Däremot har vi eftersökt att ha en balans mellan offentliga och privata respondent och respondenter. Men verkligheten är den att i dag finns det fler offentliga verksamheter än privata inom primärvården. Det här i samband med att de personer vi sökt har haft avsaknad av tid eller ingen lust att delta i studien, så känner vi att ett visst bortfall bland sökta respondent och respondenter finns.

Studien har varit uppbyggd med semistrukturerade frågeställningar där respondent ska kunna beskriva utifrån sin egen erfarenhet, uppfattning och tankar, samt ge oss relevanta fakta för skapandet av arbetet. Vi har undvikit att antyda eller att föreslå svar, då den adresserades tankar till del ligger till grund för den empiriska och teoriska referensramen. Genom att använda frågor enligt en intervjuguide så kan vi följa upp svar och analysera utifrån våra teorier. Frågorna i intervjuguiden är framtagna och formade av oss för att kunna ge oss de svar som krävs för att besvara våra problemformuleringar.
Termen ”intervjuguide” innebär en kort minneslista för intervjuarna att följa. Den ska innehålla frågeställningarna som ska täcka problemformuleringen. Den refereras vanligtvis till som en lista med frågor som kan varieras i ordningsföljd och följdfrågor utifrån svaren, detta har vi tidigare beskrivit som Semistrukturerade frågor (Bryman och Bell; 2003).

2.6 Validitet och reliabilitet

Validitet och reliabilitet är enligt Bryman och Bell (2003) viktiga begrepp i kvantitativ och kvalitativ forskning. Vi kommer utöver dessa två begrepp ta upp alternativa mått för att bedöma en kvalitativ studie. Med validitet menas att det som undersöks verkligen ger en klar bild av ämnet. Reliabilitet avser att mäta studiens tillförlitlighet till de resultat som kommit fram och hur sannolikt det är att forskningen skulle kunna upprepas med liknande eller samma resultat.
I denna uppsats har vi valt att i mindre utsträckning utgå från frågor kring mätning och istället diskutera kring fyra kategorier som tas upp som alternativa kriterier för bedömning av kvalitativa undersökningar.

Dessa fyra kategorier finner en motsvarighet i kvantitativ forskning men kan användas för att bedöma kvalitén i den kvalitativa forskningen. De fyra kategorierna är *Tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och en möjlighet att *styrka och bekräfta* (Bryman och Bell; 2003).

Tillförlitlighet avser för forskaren en säkerhet till studiens resultat. Det ska vidare knytas till forskarens egen uppfattning som dokumenteras genom att respondenter bekräftar det resultat som man får fram för att bekräfta att forskaren uppfattat data på riktigt sätt. Det här kallas också med andra ord respondentvalidering.
Överförbarhet innebär för forskaren att man uppmanas att skapa en tydlig grund av de data man samlat in och se om de resultat man tagit fram är överförbara till en annan miljö. *Pålitlighet* innebär att den forskning som gjorts ska vara öppen och tillgänglig med en komplett genomgång av forskningsprocessens alla delar.
Den sista kategorin *styrka och bekräfta* innebär att forskningen har skett i god tro till sanningsenliga data och inte tillåtit att egna värderingar har påverkat utförande och resultat (Bryman och Bell 2003).

I uppsatsen anser vi ha tillförlitlighet i våra antaganden. Detta då vi har använt oss verksamhetschefer från både offentlig och privat verksamhet, kvinnor som män och har dessutom kompletterat detta med intervjuer från ansvarig inom landstingsstyrelsen.

3. Teorier

Teorikapitlet utgör en grund av väsentlig information för uppsatsens studiefält. Detta utgör sedan underlag för analys tillsammans med innehållet i empirikapitlet.

3.1 Om primärvården

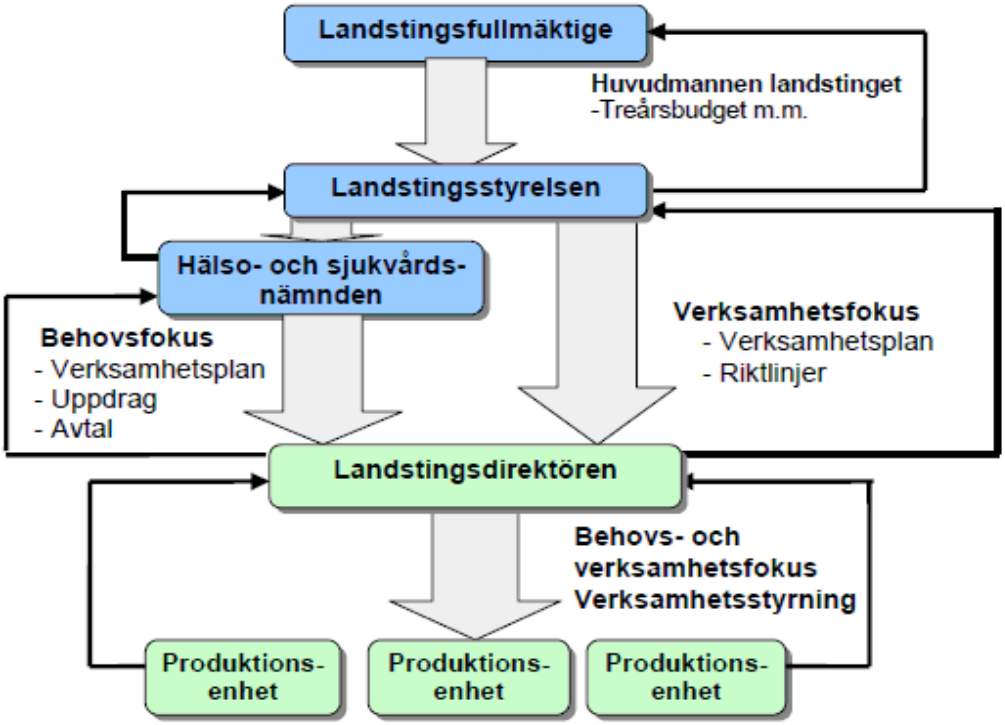
Med primärvård menas vårdcentraler samt små och stora verksamheter inom hälsosektorn. Landstingsfinansierad primärvård drivs av både offentliga och privata leverantörer och samma villkor ställs på verksamheterna oavsett om de är privatägda eller inte (lio.se[1]). Dessa krav och villkor handlar ofta om tillgänglighet, kundfokus och hälsopromotiva insatser. Detta skapar likvärdiga villkor för primärvårdsaktörerna samt att det ger en grund för att vårdens kvalité ska upprätthållas för vårdkundernas del (lio.se[2]).

Lagen om Valfrihetssystem (LOV) inrättades redan 2009. Därför kan vi nu konstatera dess eventuella konsekvenser. För invånarna innebär det att man utan begränsningar fritt kan välja vårdcentral, för näringsidkarna betyder det att den tidigare stabila verksamheten nu påverkas av konkurrerande verksamheter som hotar att ta över dess kunder (skl.se[1]).

Valfrihetssystemets vision är att gynna mångfald, små verksamheter, kooperativ samt även att kvinnor som utgör majoriteten av vårdpersonalen ska ges möjligheter att starta eget. Privata verksamheter omfattas dock inte av samma kompetensbegränsningar som kommun och landsting och kan således öka driftsfördelar eller skapa tilläggstjänster som passar.
I motsats till landstingsfinansierade verksamheter kan privatägda verksamheter konkurssättas. Valfrihetssystemet bygger på att kommunen inbjuder privata ägare att konkurrera på lika villkor.
För att uppnå en likvärdig konkurrens är transparens viktig i verksamheterna. Eftersom verksamheterna inte kan påverka priserna i ersättningsmodellen för tjänsterna uppstår istället en kvalitetskonkurrens. Genom att stärka sig genom kvalitet och profilering får de vårdkunderna att välja dem. Eftersom verksamheterna heller inte garanteras några vårdkunder har de ett behov av att verka rekryterande (lio.se[1])

För verksamhetscheferna innebär detta en kundbaserad verksamhet. Antalet vårdkunder som vårdcentralen tar emot, oavsett privat eller offentlig bolagsform, avgör storleken på den ersättning som enheten får. Alla uppdrag leverantörerna utför styrs av regler framtagna av de landsting som de är operativa inom. Vårdcentraler har samma auktorisationskrav och resurstillgänglighet från landstinget oberoende om de är privata eller offentligt ägda. Varje primärvårdsverksamhet ska till exempel kunna tillgodose en geografisk grupp av människor. Tillgången till vård i området ska anses vara balanserad, alltså inte inneha för många eller för få verksamheter för att tillgodose sjukvårdsbehovet. Vårdcentralernas ersättning består av tre delar: grundersättning, rörlig ersättning och ersättning för listade personer, även kallat vårdpengen. Ersättningsmodellen är utformad för att uppmuntra vårdcentralerna till en helhetssyn, ansvarstagande och för att belöna förbättringsarbete inom relevanta hälsofrämjande områden. Vårdcentralen måste uppvisa god ekonomisk stabilitet för att kunna fullgöra sina uppdrag. Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag till de auktoriserade vårdcentralerna innehåller grundläggande principer som att vården ska vara av god medicinsk kvalitet, ha hög tillgänglighet och ta hänsyn till helhetsbilden av patienten (lio.se[1]).

De offentliga primärvårdsenheterna är tekniskt sätt alltid delar av den komplexa landstingsmodulen. Vi ser här under en övergripande modell över hur maktstrukturen ser ut inom ett landsting. Exemplet kommer från Östergötlands landsting.



(Modell över koordinering i offentlig primärvård Östergötland (Lindell et al; 2009)

Bilden visar att landstingsfullmäktige är högsta beslutande organet med landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden under. Bilden visar produktionsenheter, vilket är våra primärvårdsenheter (Lindell et al; 2009).

Landstingsfullmäktige är ett politiskt organ som tillsätts via val, där dess roll är att besluta i frågor som exempelvis budget, landstingsskatt, visioner och strategier. Landstingsstyrelsen har bland annat uppdraget att kontrollera att primärvårdsverksamheterna kännetecknas av god produktivitet, effektivitet samt arbetar för invånarnas behov av god hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Hälso- och sjukvårdsnämnden huvudansvar ligger i att kontrollera att invånarnas behov av hälso- och sjukvård uppfylls på bästa möjliga sätt, inom de ekonomiska ramar som landstingsfullmäktige beslutar om. Däremot genom verksamhetsplaner och olika ålagda uppdrag styr de produktionsenheterna. Verksamhetsplaner och uppdrag baseras på att tillgodose just befolkningens behov. Vidare utövas genom att Hälso- och sjukvårdsnämnden en behovsstyrning där beställare av vård sluter avtal med privata vårdgivare, detta följs upp via delårsrapporter och årsredovisningar (Lindell et al; 2009).

3.2 Skillnader mellan privat och offentlig styrning

För att kunna förstå vad en förändrad bolagsform kan innebära för ledningen i en verksamhet ska vi närmre gå in på skillnaderna mellan privata och offentligt styrda verksamheter. Boyne (2002) tar upp hypoteser kring skillnaderna mellan privata och offentliga verksamheter. Han förklarar dessa skillnader med att verksamheterna skiljer sig stort både organisatoriskt och strukturmässigt efter att ha studerat mål, omgivning, riktlinjer och värderingar.

Organisationens omgivning: Offentliga verksamheter har många intressenter i form av exempelvis statliga organisationer och dess medborgare. Styrningen från staten skapar krav och begränsar ledningens möjligheter att påverka olika mål för verksamheten. Ledningen inom verksamheterna måste snabbt kunna hantera förändringar i sin omgivning skapade genom politisk påverkan. Verksamhetschefen måste kunna arbeta med olika kortsiktiga beslut för sin verksamhet för att klara nya inriktningsbesluten. Krav på snabba resultat kan komma eftersom politikerna utsätts för olika krav från samhället som de företräder och skapar förändringarna för att erhålla legitimitet. Eftersom de offentliga organisationerna i större grad styrs av politiker så blir de alltså mer benägna att påverkas av allmänhetens värderingar och krav (Boyne; 2002).

Målsättning: Den offentliga verksamheten har tydliga riktlinjer kring rättvisa och ett samhällsansvar som den privata verksamheten saknar. Den statliga styrningen av de offentliga vårdcentralerna verkar skapad för att kontrollera organisationerna och dess medarbetare för att nå ett bra statligt resultat. Offentliga ledningar arbetar mot ett flertal olika målsättningar som krävs att de följer. Den privata sektorns verksamhetschefer har ofta endast ett enskilt mål att uppnå vilket är gå med vinst. Den offentliga verksamhetens otydliga, mångfacetterade krav gör att de måste balansera mellan fler kort- och långsiktiga krav som ställs på dem. Enligt Boyne finns det en skillnad i att den offentliga verksamhetens mål är mer oklara i hur de ska utföras medan de privata verksamheternas mål anses vara mer tydliga i deras utförande (ibid).

Struktur: De offentliga verksamheterna är mer styrda av olika byråkratiska processer som gör att beslutsfattandet blir formellt och mindre flexibelt för ledningen. Besluten blir också mindre riskfyllda för den offentliga verksamhetschefen eftersom besluten ligger på en högre nivå i jämförelse med de privata motparterna, de ställs således inte till ansvar på samma sätt. De byråkratiska beslutsprocesserna inom offentlig verksamhet fokuserar mer på regler och

tillvägagångssätt än resultat. Offentliga ledningar har således mindre frihet att agera och anpassa sin verksamhet som de själva känner är passande för de omständigheter de möter. De privata enheternas ledningar har en större möjlighet att besluta exempelvis angående strategiska beslut eftersom de till en större utsträckning kontrollerar en mindre hierarkisk struktur. Den offentliga strukturen gör att verksamhetschefen hamnar i situation där de har mindre makt att påverka, de får mindre makt att kunna kontrollera anställning, belöning och avskedning. De offentligt anställda känner därför en större trygghet i deras anställning då beslutsprocessen kring uppsägning och straffande åtgärder tar längre tid att genomföra eftersom flera parter behöver få sitt sagt i besluten (Boyne; 2002). Verksamhetschefer som är närvarande bland anställda och uppskattar feedback som de får, verkar vara mer framgångsrika när det gäller att genomföra förändringar. Synlighet, tillmötesgående och chefer som för dialog ökade motivationen hos de anställda. Omstruktureringar i organisationer har däremot en tendens att öka risken för uppsägningar (Tomey; 2004).

Värderingar och engagemang: Boyne (2002) menar att mellan offentliga och privata organisationer visar studier att det finns skillnader gällande attityder och strävanden från personal, det här gäller både arbetsetik samt det personliga livet i allmänhet. De offentliga ledningarna och medarbetarna tycks generellt vara mindre vinstdrivna än sina privata motparter och är därför mindre benägna att bli motiverade av finansiella belöningar. Därför är policys gällande effektivitetsbelöningar, bonusar och liknande motivationsmedel mindre sannolika att höja den offentliga personalens engagemang och öka verksamhetens produktivitet. Enligt Boyne (2002) har ledningen inom offentlig sektor en starkare vilja att arbeta för allmänhetens bästa. Intresset att tjäna allmänhetens bästa kan jämföras med att den privata sektorn fokuserar på kraven från den enskilde kunden. Vidare blir den här jämförelsen ett sätt att se hur verksamheterna väljer att grunda sina beslut.

Den offentliga sektorns verksamhetsbeslut härstammar från att beslutet ska kunna tjäna en större grupp av personer vid förändringar i dess service, medan besluten inom de privata verksamheterna är marknadsdrivna. Professioner som läkare och sjuksköterskor arbetar inom både offentlig och privat verksamhet och drivs av en stark etisk kod att tjäna sitt yrke. Engagemanget hos den offentligt anställde tros däremot vara lägre. Det här på grund av att det finns en hel del mindre flexibla processer i verksamheten. Inom den offentliga verksamheten tros det inte finnas en stark koppling mellan arbete och belöning för arbetaren. Orsaken till varför ledningen i det offentliga har svårt att skapa engagemang hos personalen kan bero på

att det är svårt att få en anställd att se hur deras arbete bidrar till verksamhetens framgång. Det beror också på att offentliga verksamheter generellt inte har något vinstintresse samt att offentliga organisationer tenderar att ha större verksamheter som arbetar mot ett gemensamt mål (Boyne; 2002.).

3.3 Ledarskapsteorier

Om man ser till ledarskap ur en klassisk synvinkel är ledarskap en hård typ av styrstil med en chef som är klart överordnad de anställda. Fayol's ledarskapsteorier radar exempelvis upp specialisering av arbetsuppgifter, auktoritet, centralisering, lydnad och enhetligt ledarskap och mål (Fayol; 1916/2007).

Den klassiska ledarstilen har utvecklats ifrån ett tydligt ledarskap med fysiska karaktärsdrag till att gå mot ett mer coachliknande håll där ledarskapet ska vara mindre synligt och att chefernas funktion tenderar att mer finnas där som ett stöd för medarbetarna och nätverka med omgivningen istället för att ge de anställda tydliga direktiv (Palmer och Hardy; 2006).

"Med begreppet ledarskap avser man vanligen förmågan att optimalt utnyttja tillgängliga materiella och personliga resurser, och få de underordnade medarbetarna att utföra goda prestationer inom ramen för organisationens syfte och mål (Rubenowitz genom Nilsson et al 1984/1999 s.120)

Mintzberg (1973) har skapat rolltermer av en uppsättning organiserande beteenden som i sin tur kan identifiera en ledarposition. Individuella egenskaper kan påverka *hur* en roll utövas men inte *att* den utövas. Ledare utövar således förutbestämda roller som tolkas på olika sätt. Avgränsningen och sammansättningen av dessa roller är ett sätt att godtyckligt kategorisera ledarnas aktiviteter i olika grupper.

Vi har valt att titta närmare på Mintzberg’s teori om ledarroller. Mintzbergs tio ledarroller utgår ifrån ledarens formella position som ger denne status och legitimitet. Anledningen till att vi tar upp denna modell av Mintzberg är att vi vill försöka förstå ledarna och deras roller i företagen. Frågan är om dessa skillnader i roller och speciellt skillnader mellan den bolagiserade styrningen och den offentliga aktören återfinns även i intervjuerna som finns i nästa kapitel?

Ledarskapsutövanden kan delas upp i tre grupper: de som berör interpersonella förhållanden, de som främst överför information och de som huvudsakligen involverar beslutsutövande. Mest troligt kommer alla tio roller att användas inom verksamheterna, men vissa roller kommer att vara mer eller mindre framträdande (Mintzberg; 1973).

Interpersonella roller: Grundar sig på ledarnas status och auktoritet och samspelet mellan människorna i organisationen. Eftersom ledarna har en organisatorisk högre rang och därmed större befogenheter och kräver återkoppling på de direktiv denne har sänt ut, kan detta tolkas som ett kontrollverktyg.

Frontfigur: är den enklaste av rollerna att förstå. På grund av formell auktoritet är ledaren en symbol som utför vissa åtaganden. Dessa sysslor är ofta av vardaglig eller inspirerande karaktär, men inga av dem involverar informationsöverföring eller beslutsfattade. Detta kan vara möten eller att vara tillgänglig för att personalen ska kunna komma till denne.

Ledarroll: En guidande och motiverande ledare som förmedlar vision och energi. I formella grupper måste ledaren grunda sig i den legala makten som har instiftats i hans arbete, till skillnad från de informella gruppledarna där karisma och fysisk makt är förknippad med ledarna. Dessa sysslor kan vara anställande, uppmuntrande, konstruktiv kritik, rådgivande eller medlande mellan grupper.

Förbindelseled: Genom att skapa nätverk av relationer med individer och grupper utanför organisationen skapar denne utbytesrelationer av värde för företaget i form av information och olika tjänster. Rollen knyter samman organisationen med sin omvärld. Denna samordnar organisationen med externa funktioner och intressenter (ibid).

Informationsroller: En stor del av att inneha en chefsposition innebär idag att vara mottagare, tolkare och sändare av information. Arbetslivet bygger på en dialog mellan medarbetarna för att få organisationen att fungera. Därför är denna roll viktig.

Monitor: Ledaren söker information som får denne att förstå vad som händer inom organisationen och dess omgivning. Detta för att kunna upptäcka problem, möjligheter och bygga upp kunskap.

S*pridare*: Ledaren har möjlighet och bör sprida information av lämplig karaktär inom företaget, detta gäller främst extern information som ska slussas in i företaget. Informationen bör vara av brukarna väsentlig fakta (ibid).

Förespråkare: Denna för information ut ur företaget och in i sin omgivning. Som förespråkare talar man för sin organisation och lobbar för sin verksamhet.

Beslutsroller: Beslutsfattande roller är kanske den mest betydande delen av en ledares roll. Beslutsfattandet ger ledaren legitimitet. Rollen involverar strategier av olika slag.

Entreprenör: Entreprenören är ledaren som är initiativtagare och tar fram kontrollerade förändringar i organisationen. Denna leder utveckling av organisationen på ett innovativt sätt och metoderna inom denna.

Krislösare: Ledaren hanterar olika problem som måste lösas som är för stora för att ignorera. Dessa situationer gör att ledaren måste skapa nya beslut.

Resursfördelare: En stor strategisk punkt i organisationers ledning är att fördela fysiska och ekonomiska resurser samt ekonomisk planering. Genom att man finner vissa beslut väsentliga fördelas pengar utefter nyttjandegrad och kontrollerar denna genom olika mätningar.

Förhandlare: Förhandling är en central roll inom och utanför organisationer. Ledaren legitimerar dessa förhandlingar genom att delta (Mintzberg; 1973).

Hansen et al (2008) säger att arbetskrav skiljer sig inom verksamheter med olika bolagsform. På de sjukhus som undersöktes så visade det sig att arbetsbördan var lägre hos den offentligt styrda i jämförelse med de privata resultatdrivna. Det fanns tecken att det privatstyrda företagets anställda kände att deras anställning var tryggare än de som arbetade i det offentligt styrda. Sjukhusen skiljde sig inte när det gällde målsättning, perspektiv, arbetsgrupper och återkoppling, men sjuksköterskorna på det offentliga sjukhuset angav att de kände mer arbetsautonomi men mindre handledningsstöd än deras kollegor som arbetade på de privata sjukhusen. Ledarskapet på privata, resultatdrivande sjukhus var mer stödjande för de anställda. Vilket kan indikera att privata sjukhus är mindre byråkratiska och mer effektiva (Hansen et al; 2008).

Enligt Axelsson (2000) så finns det i offentliga organisationer tre olika grupper av ledare: politiska, administrativa och verksamhetsansvariga. Gemensamt för grupperna är att de utöver sina beredande, verkställande och uppföljande uppgifter ska agera förebild för sina medarbetare. Ledarskapet handlar således om en slags coachning där ledaren ska inspirera och uppmuntra sina medarbetare

I en artikel från 2009 talar Alvesson om synen på ledarskap med vad vi anser vara en kritisk ton. Ledarskap behandlas med en slags övertro där ledarskapets betydelse har glorifierats. Vad som står som arbetsbeskrivning och vad som görs av en verksamhetsansvarig stämmer ofta inte överrens. Ofta framhävs strategier, vision och företagskultur som det som upptar ledarnas tid, men rent konkret handlar det om att vara något som Alvesson kallar sammanträdesarbetare, vilket syftar till just att planera inför, hålla och utvärdera möten. Om ledarskapet är särskilt auktoritärt tenderar de anställda att bli andrahandsfigurer och på grund av att de förväntar sig att ledaren driver allt blir de kontraproduktiva och att innovationen och kreativitet därmed stryps (Alvesson genom Askman, 2009).

3.4 Politisk och ekonomisk auktoritet

Inom en verksamhet finns alltid auktoriteter som bidrar till hur styrning av dagliga funktioner och planeringar utförs. Organisationer har ofta blandningar mellan ekonomisk och politisk auktoritet som indirekt påverkar olika beslutsprocesser. Beslutsprocesserna kan exempelvis handla om förändringar, förhandlingar eller vardagliga beslut. Däremot är graden av de två auktoriteterna varierande. Graden av auktoritärt inslag motsvaras av en organisations utnyttjande eller beroende av den situation som beslutsprocessen kräver. Auktoriteten kan då ses i vilken typ av förändring, krav etc. som påverkar organisationen (Johansson; 1991).

De politiskt auktoritära organisationerna har i sin verksamhet orienterat sig mot frågor som myndighetsutövning, säkerhet och sociala behov. Målen är oftast politiskt formulerade och blir påverkade av den omgivning som finns kring organisationen. Problemområdet för de politiskt påverkade verksamheterna är att den politiska auktoriteten skapar klyftor mellan beslutet och verkställandet. Skillnaden mellan beslut och verkställande anses inte ha samma betydelse i en privat organisation. Den offentliga organisationen verkar vara mer svårstyrd och konfliktfylld på grund av steget mellan politiskt beslut och verkställandet (Johansson; 1991).

Den ekonomiska auktoriteten bygger på äganderätt. Där en avgörande skillnad mellan offentlig och privat organisation främst är att det inom privat organisation är möjligt att överlåta ägandet eller ägandeandelar till andra aktörer. Överlåtelsen innebär att man har möjlighet att låta delar av verksamheten skötas av olika aktörer som kan underlätta och stödja

den nuvarande verksamheten. Med ägandet och överlåtelsemöjligheten följer också ett antagande att ett mer kreativt beteendemönster finns hos enskilda individer inom organisationer. Det här kan ge möjligheten att ha en centraliserad och snabb beslutsprocess då de inte är påverkade av en tredjepartsstyrning som avgränsar deras möjligheter att påverka beslut. Organisationer med en stark koppling till ekonomisk auktoritet riktar sig mot marknaden och har en målsättning som oftast innebär vinster eller avkastning på det insatta kapitalet (Johansson 1991).

3.4.1 Påverkan av auktoritet

I organisationer är individer påverkade av den miljö som skapas av politisk och ekonomisk auktoritet. Ser man till verksamheter som har privatiserats så kopplas den stärkta ekonomiska auktoriteten samman med att man kan urskilja en viss ökad kreativitet och handlingsförmåga hos personalen som upplever ett större handlingsutrymme. I offentliga organisationer tenderar det att finnas en större öppenhet mot omgivningen än det privata. Personerna i den offentliga sektorn styrs däremot av regelverk som bestämmer graden av insyn till verksamheten samt rättsäkerhet för invånare. Ledningen i en offentlig organisation behöver därför hantera tillämpning av dessa regler i sina verksamheter samt att kontrollera att de sköts efter de riktlinjer som ställs. Det ställs alltså krav på att ledningen i offentliga verksamheter ska kunna hantera den information som kommer från styrelser och politiker. En offentlig ledare blir utsatt för mer uppgifter än sin privata motpart och måste kunna hantera steget mellan politisk målsättning och verkställande. Beslut tagna för den offentliga sektorn kommer oftast från en grupp med liknande bakgrund till exempel politiska församlingar. Det anses då finnas en större chans att konflikter uppstår mellan grupperna inom en offentlig verksamhet på grund av steget mellan politiskt beslut och verkställande. Grunden till detta ligger i att intressen från olika professionsgrupper möts eftersom de agerar på olika nivåer inom organisationen och ledaren i den offentliga organisationen får därför hantera en intresseavvägning mellan grupperna. En ekonomisk auktoritet i en organisation är svår att definiera eftersom möjligheterna att påverka skiljer sig från den politiskt påverkade organisationen och ses oftast i den privata sektorn. Den ansvariga intar rollen att hantera de finansiella aspekter som innebär ekonomiska förmåner och vinster som verkar utgöra grunden i en ekonomisk auktoritet. Med de kortare beslutsvägarna gör att en ledarroll framträder som mer

entreprenöraktig, däremot är det svagare stöd för detta i organisationsstudier (Johansson; 1991).

3.4.2 Förhandlingsmöjligheter i toppstyrda organisationer

Den offentliga verksamhetens förhandlingsfrihet mot andra aktörer och uppdragsgivare anses hämmas av olika politiska beslut och krav som kommer från styrande organ. Handlingarna utsätts också för större insyn som till exempel påverkan från offentlighetsprincipen i jämförelse med privat sektor och handlar i större utsträckning av att till exempel tillgodose sociala behov. Förhandlare har mindre chans att säga nej i en politiskt auktoritär organisation tack vare att de kan utsättas för lagligt tvång och måste acceptera vad de styrande organen beslutar. Förhandlingar inom en offentlig organisation har också tendensen att handla om frågor som har större betydelse för samhällets medlemmar till exempel finanspolitiska beslut eller infrastruktursfrågor. De politiska påverkningarna gör att förhandlingar kan behöva inta en viss försiktighet i sina möten med andra aktörer tack vare de krav som ställs och den insyn som omgivningen har (Johansson; 1991).

Förändringar i organisationsstrukturer påverkar såklart styrning såväl som personal. Praktiska förändringar såsom att byta skiftschema eller genomföra nya ekonomisystem sker kontinuerligt i arbetslivet. Förändringarna skapas ofta utifrån lokala förhållanden.

När större förändringar sker samtidigt i ett organisationsfält bildas nya förutsättningar för verksamhetsstyrningen inom det fältet. Det blir då snarare en fråga om institutionell transformation hos flera organisationer. Aktörers roller i organisationen anpassas genom förändringarna och påverkar även de på styrelsenivå. Budgetar och ansvarsförhållanden samt kvantitativa mått och nyckeltal påverkar styrningen men kan också på ett mer indirekt sätt förändra de anställdas handlingsmönster och verksamhetens relevanta ställningstaganden externt och internt. Styrningen utgör därför ett andra skikt av ramar som påverkar det konkreta vardagliga arbetet. Ledningen styr genom att förändra de förhållningssätt som finns inom organisationen. Ledningen hålls däremot samman av en logisk tanke att de är medvetet accepterade av organisationens individer som tillåter förändringarna (Hasselblad et al; 2008).

Enligt en undersökning av SOU (1993:48) är bakgrunden till att många kommunala förvaltningar har ändrat bolagsform till exempelvis aktiebolag bristen på effektivitet. Detta med åtanke till effektivisering samt ökad kostnadseffektivitet. Kommunala bolag har vinstperspektiv som mål utan den nytta som verksamheten gör. Motiv som finns för att

bolagisera är enligt rapporten kortare beslutsvägar, eget ekonomiskt ansvar, i somliga fall konkurrens och en större frihet i olika policyfrågor exempelvis personalfrågor. Bolagsformen kan såldes vara en avgörande fråga för utveckling, ägandeskap, graden av inflytande och effektivitet. Även en fungerande och professionell ledning är en viktig stor anledning frångå den offentliga regimen och bilda bolagsform.

3.5 Koordinering i strukturer

Mintzberg (1993) menar att hälso- och sjukvården är en blandning av professionell byråkrati och adhocrati, där hierarkier inom olika professioner bildas och därmed har ett behov av samordning.

Yrkesgrupperna inom sjukvården som ofta är specialiserade har stora krav på utbildning för att kunna samordnas och få en enhetlighet. Detta gör styrningen av hälso- och sjukvården blir komplicerad. Samordningen inom den professionella byråkratin byggs genom standardisering av uppgifterna och kunskaperna. Inom den operativa kärnan arbetar främst specialister, vilket ger dem stor kontroll över hur de ska utföra sina arbetsuppgifter. Med detta menas att den professionella arbetar självständigt oberoende av kollegor men nära patienten. All träning som de olika yrkeskategorierna utsätts för inom vårdyrkena har som mål att standardisera de arbetssysslor de utför, med andra ord är organisationerna huvudsakligt byråkratiska. Till skillnad från maskinbyråkratier som förankrar auktoriteten i en hierarkisk struktur byggs auktoriteten inom de professionella byråkratierna på kraften av kunskap och expertis. Den professionella byråkratin har en decentraliserad struktur men där läkarkåren ofta agerar över de administrativa nivåerna eller till och med har sina egna medlemmar som tagit över de administrativa och beslutande posterna. Vad vi kan utläsa av detta är att vårdpersonalen i hög grad själva styr sin verksamhet Den svenska sjukvården kan även således uppfattas som en organisation präglad starkt av professionalism och en komplex struktur samt byråkrati.

Adhocratier är organiska strukturer med starkt specialiserade yrken, med få formaliserade beteenden. Till skillnad från den professionella byråkratin så förlitar sig inte adhocratin på standardiserade kunskaper för att kunna få samordning eftersom innovation då tenderar att försvinna. De använder istället kunskaperna som en grund som går att utveckla. Adhocratier

finns främst inom matrisorganisationer där personalen grupperas i olika projekt- och funktionsenheter (Mintzberg; 1993).

Auktoriteten kring vårdbranschen kan genom sin teknokratiska styrning porträtteras som politiskt auktoriserande. Med teknokrati menar man styrning som baseras på kunskap alltså kunskapsauktoritet. Henry Mintzberg (1983/1993) kallade sjukhus för professionella byråkratier vars produktion bygger på standardisering av professionell kunskap vilket vi bedömer vara politisk auktoritet och riktar sig mot offentlig styrning. De svenska landstingen som agerar som en tredjepartstyrning av sjukhus kan ses som byråkratiska organisationer med många hierarkiska nivåer. Med tredjepartsstyrning menar vi att politikerna formellt styr i organisationens topp, den administrativa ledningen som styr den medicinska professionen och personalen där. Den professionella expertisen som läkare ger status och auktoritet och bidrar till styrning av den medicinska verksamheten. Kunskapsauktoriteten styr därmed på operationell nivå men inom offentlig styrning begränsas deras handlingsfrihet av tredjepartsstyrningen.

Inom sjukvården idag finns en uppdelning på profession, administration och politik. Dessa tre grupper skiljer sig mycket ifrån varandra på grund av verksamheten i sig. Hälso- och sjukvården har en starkt hierarkisk karaktär med läkarna i spetsen. Professioner baseras på en systematisk teori, stark auktoritet inom sina områden, legitimerade av samhället att utföra sina uppgifter, en egen yrkeskår och att ha etiska regler. Inte bara läkarprofessionen stämmer in på detta, utan även andra vårdgrupper såsom sjuksköterskor administratörer m.fl. men läkarna har totalansvar för besluten som tas inom verksamheten eftersom andra yrkesgrupper nekas inträde till insyn inom vissa områden. Läkarna monopoliserar sina yrkesområden och detta förstärker särkopplingen yrkesområdena emellan, vilket för att olika grupper har olika stort inflytande i beslut som rör budgetprocesser och medicinska beslut (Blomquist et al; 1998).

Komplexiteten i sjukvården gör att med de skiftande omständigheter som de utsätts för så finns det inte en bästa struktur som passar bäst till sjukvård. Strukturen ska hjälpa att hantera resurser så att man uppnår de verksamhetsmål man har. För ägandeform innebär det här att den som snabbast kan anpassa sig till att hantera resursförändringar har störst chans att överleva. Det essentiella i att differentiera sig är ju att samtidigt kunna vara annorlunda för att locka kunder. Men det innebär också att den som har minst krav på sig och flexibilitet kan ha större chans för anpassning (Tomey; 2009).

Läkarprofessionens förhållningssätt till framväxten av en förändrad styrning inom svensk sjukvård är starkt grundad. Professionen omfattas i Sverige rent historiskt som framvuxen, samsynen de delar på statligt kontrollerade projekt och har alltsedan den blev en profession varit statsnyttans tjänare. Men trots detta har svenska läkare, liksom andra professionella grupper ändå haft en professionell autonomi i sitt dagliga i sitt dagliga yrkesvärv. Men denna autonomi har visat sig vara bräcklig. Läkarna har inte lyckats formulera offentligt gångbara motiveringar för sin professionella autonomi. Läkarprofessionen har sannolikt bedömt den förändrade styrning som förenlig med de professionella förutsättningar och handlingsmönster. (Hasselblad, 2008)

Mintzberg (1983) menar att organisationer skapar strukturer för att finna ett sätt att definiera de interna relationer som finns mellan organisationens olika parter. Utöver det så söker organisationen ett sätt att finna kommunikationsflöden mellan de olika delarna av organisationen. Mintzberg skriver vidare att en organisationsstruktur kan delas upp i fem delar. Delarna som kan finnas i organisationer är Strategisk topp, mellan linje, Teknostruktur, support enheter och operationell kärna. Vilka delar som är framträdande hos en organisation skiljer sig beroende på organisationens storlek, område och produktion/tjänst. Delarna har olika sätt att koordinera sig både internt och externt genom användandet av olika variationer av koordineringsmekanismer beroende på vilken situation organisationen är i. Vi går närmare in på vad de olika delarna innebär och vilka koordineringsmekanismer som kan finnas i en organisation samt hur de samspelar.

Ur ett strukturellt perspektiv så blir den professionella byråkratin en decentraliserad struktur från både ett vertikalt och horisontellt plan. Kontrollen hamnar i botten av strukturen hos de anställda inom den operationella kärnan. Detta beror på att arbetet är så komplext att det är svårt för ledningen att ha kontroll över utförandet av arbetet. Maktflödet inom strukturen sker hos dem som utför det administrativa arbetet men är beroende av att den professionella kåren stöder det administrativa arbetet (Mintzberg; 1983).

3.6 Konkurrens

Porter (2004) menar att marknadens utveckling, inom de flesta industriella fält, drivs fram genom konkurrens mellan aktörerna på marknaden. Effekten av konkurrens är en ökning i det värde tjänst eller produkt kunderna erhåller vid köp. För verksamheter innebär konkurrens en konkursrisk om de inte kan erbjuda tjänster eller produkter som kunderna. Effekten av konkurrens ur ett teoretiskt perspektiv innebär att man ser intäkterna sjunka då andra aktörer kan erbjuda bättre erbjudanden. I en hälsosamt konkurrerande marknad skapas ett incitament hos verksamheter att vilja förbättra sig. De ständiga förbättringarna sker inom processer och metoder som tvingar ner kostnaderna på produkt och service. Förbättringar kan leda till innovationer som leder till nya och bättre tillvägagångssätt inom tjänst och produktion. Sprids de nya lösningarna vidare och distribueras snabbt så sker en förbättring på en bred front inom marknaden som i längden är positivt för kunden. De organisationer som inte kan anpassa sig till konkurrensen blir omsprungna och måste antingen gå igenom en strukturförändring eller riskera att gå i konkurs (ibid.).

Porter (2004) argumenterar att hälsovård särskiljer sig från normala konkurrensfenomen då fältet är komplext. Sjukvården har unika egenskaper per patient och stor komplexitet som genomgående karaktärsdrag mellan alla verksamheter. Sjukvårdssystemet kan enligt Porter i teorin åstadkomma stora förbättringar inom både kvalité och effektivitet om de får rätt förutsättningar för att göra det. Kunderna bör vara den drivande kraften till förändring. Konkurrens inom hälsovård bör finnas för att kunna förbättra prevention, diagnos och behandling av den individuelles hälsa. Det mål man ska rikta in sig på enligt Porter är att förbättra kvalitén per spenderad krona. Om man applicerar det här på svensk primärvård skulle det innebära att de ska kunna locka patienter med högre kvalité och säkerhet men inte till ett billigare pris på grund av att vi i Sverige betalar genom vårdpengen och skatter. Däremot har hälsoverksamheterna möjlighet att differentiera sig från andra aktörer. Skillnaden blir att för samma mängd pengar utföra en bättre tjänst som möjligt. Verksamhetsansvariga får alltså hantera en konkurrensmarknad och deras möjligheter ligger i att påverka deras interna struktur för att förbättra sina tjänster. Ett sätt för att locka till sig kunder är då att differentiera sin verksamhet (Porter; 2004). Med differentiering menas att positionera sin verksamhet och då gäller det att identifiera, utveckla och kommunicera den särskiljande fördel verksamheten har. Det gäller att få tjänsten att framstå som passande och fördelaktig för den kundgrupp man söker (Echeverri; 2002).

Porter skriver i sin artikel att det amerikanska sjukvårdssystemet har rapporterat en otillfredsställande produktivitet både i kostnad som kvalité över en lång tidsperiod. Det här anser Porter att man kan förvänta sig av en statligt kontrollerad sektor. Vi anser däremot att hans uttalande om statlig sektor är baserat på hans egna referenser från den amerikanska marknaden och kan inte appliceras på den svenska sjukvården. Porter anser att just det är otänkbart i en konkurrensdriven marknad och speciellt i Amerika där den fria marknadskraften aktas högt. Sjukvårdssystemet i Amerika är överlag privatägd och utsatt för en kompetativ marknad i högre utsträckning än de flesta marknader i världen. I en hälsosamt kompetativ marknad anser han att det ger en grund ett incitament till ständiga förbättringar inom processer och metoder som tvingar ner kostnaderna på produkt och service som annars ökar ständigt. Innovationer leder till nya och bättre tillvägagångssätt som sprids och distribueras snabbt. De som inte är kompetativa producenter måste antingen bli omstrukturerade eller riskera att gå i konkurs. Porter tror att den nuvarande konkurrensen är roten till problemet i den amerikanske sjukvårdens produktivitet. Men det gör inte att om de skulle bli statligt kontrollerade eller om ett enskilt betalsystem skulle börja användas så skulle problemen försvinna. Enskilt betalsystem innebär att vårdtagaren står för kostnaderna. Denna förändring skulle orsaka mer skada än nytta enligt Porter. Till och med tvärtom för sjukvården, konkurrensen kan vara lösningen, men inte den konkurrensmiljö som finns. Sättet de konkurrerar på måste förändras. Med förändring innebär det att nuvarande synsätt och lösningar som finns måste omstruktureras.

För verksamhetsansvariga innebär det här att man måste anpassa sig till nya situationer och i den här studien så fokuserar vi på att plocka ut de element som t.ex. kostnader, arbetsprocesser etc. kan bli påverkade av förändringen. Sjukvårdssystemet kan enligt Porter i teorin åstadkomma stora förbättringar inom kvalité och effektivitet om de får rätt förutsättningar för att göra det. Kunderna, alltså den stora mängden av patienter inom sjukvårdssystemet ska vara den drivande kraften till förändring. Kopplar vi samman till vårdvalet så kan patienternas val och ställningstaganden leda till en förändring inom den svenska primärvården då den sätter mer press på verksamhetsansvarige att ha en sådan kvalité att patienter stannar och nya söker sig till verksamheten.

Porter anser att det måste göras ett skifte mellan konkurrens sätten för att det ska fungera optimalt. I debatten kring sjukvårdsreformer finns en förståelse av den roll konkurrensen spelar i att driva kvalitén, säkerheten och effektiviteten framåt och den typ av konkurrens som

bäst åstadkommer detta. Det rätta målet man ska rikta in sig på enligt Porter är att förbättra kvalitén per spenderad krona. Om man applicerar det här på svensk primärvård skulle det innebära att de ska kunna locka patienter med högre kvalité och säkerhet men inte för billigare pris. Vår primärvård är finansierad av staten och har därför inga incitament för att förbättra dessa processer. Däremot finns det möjlighet att differentiera sig och för samma mängd pengar utföra den bästa tjänsten som är möjlig. Verksamhetsansvariga blir alltså utsatta för en konkurrensmarknad som påverkar hur de strukturerar internt (Porter; 2004).

4. Empiri

Empiridelen består av insamlat material som kommer ifrån intervjuer och enkäter. Här återger vi enbart det som respondenter säger utan att lägga i våra egna värderingar. Svaren som finns i empirin återfinns i bilagorna.

4.1 Bakgrund

Vi har intervjuat verksamhetschefer för primärvården som arbetar antingen inom privatägda enheter eller som är landstingsägda. Vi har även sänt ut enkäter till dem som ville hjälpa oss men inte hade tid för intervju. Totalt består empirin av intervjuer med fyra verksamhetsansvariga inom offentlig regi, tre inom privat regi samt tre personer som sitter på stabsfunktioner över verksamhetscheferna inom den offentliga regin. Respondenterna kommer från hela Sverige, och vi har valt att hålla personerna i intervjuerna anonyma.

Här kommer vi presentera resultaten av genomförda intervjuer som ligger till grund för studien.

4.2 Presentation av respondenterna

Respondent A är verksamhetschef för en landstingsägd vårdcentral. Denna person har en bakgrund som sjuksköterska och har efter detta gått en ettårig ledarutbildning på högskolenivå. Respondenten har erfarenhet av verksamhetsstyrning då denne suttit som chef för andra enheter inom landstinget tidigare (Bilaga 1).

Respondent B är en verksamhetschef för en privatägd vårdcentral i en mindre koncern. Respondenten har en bakgrund som distriktssköterska, men har även tagit en del ledarskapskurser (Bilaga 2).

Respondent C är verksamhetschef för en landstingsägd vårdcentral. Verksamhetschefen har en bakgrund som sjuksköterska men har även gått ett kandidatprogram inom personalekonomi och är 20 % verksam som sjuksköterska utöver sitt verksamhetschefsuppdrag (Bilaga 3).

Respondent D är verksamhetschef för en landstingsägd vårdcentral och har en bakgrund som distriktssköterska och har efter detta gått en ettårig ledarskapsutbildning på högskolenivå (Bilaga 4).

Respondent E är verksamhetschef för offentlig primärvård och är utbildad jurist (Bilaga 5).

Respondent F är verksamhetschef och medicinskt verksamhetschef inom en privat ägd vårdcentral och har en kandidatexamen inom sociologi samt är doktorand inom ekonomi (Bilaga 6).

Respondent G är verksamhetschef för en privatägd vårdcentral. Denna person har ett förflutet inom den offentliga regin innan personen valde att frångå detta för att starta en egen klinik (Bilaga 7)

Respondent H är upphandlings och avtalsansvarig för privata vårdgivare inom landstinget. Med andra ord är de huvudsakliga uppgifterna att kontrollera och undersöka privata vårdcentraler kontra de offentligt ägda vårdcentralerna (Bilaga 8)

Respondent I är personalkonsult inom landstinget och arbetar med personal och ledningsfrågor. I grund finns en kandidatexamen inom personalledning (Bilaga 9).

Respondent J är landstingsansvarig för offentlig vård. Respondenten har en bakgrund budgetchef och planeringschef (Bilaga 10).

4.3 Verksamhetsstyrning

Det framkommer att det finns många krav på vårdcentralerna från såväl politiker såsom central administration. Ofta kan även dessa krav stå i direkt motsats till varandra, vilket gör det svårt för verksamhetscheferna att agera och uppnå sina olika verksamhetsmål. (Bilaga 1). Många frågor behandlas av beställarenheten, nämligen politikerna. Det finns möjlighet att påverka för verksamhetscheferna, men de tyngre besluten tas i landstingsfullmäktige. Här

påverkar de partipolitiska ledamöterna inte alltid till verksamhetens bästa utan låter partipolitiken råda (Bilaga 10).

Verksamhetscheferna inom offentlig sektor styrs hårt av politiker och central administration. I privata sektorer styrs verksamheten av vinstintresse eftersom pengarna då stannar inom verksamheten. Större koncerner tenderar att likna Landstinget och då försvinner skillnaderna ägandeform till trots, då de tenderar att styras av överordnade på ett annat vis (Bilaga 3, 8, 10).

Privata vårdcentraler har kortare beslutsvägar inom organisationen och således har de lättare att anpassa sig till förändringar. Detta för att de privata enheterna oftast är mindre än de offentligt drivna primärvårdsenheterna. De Landstingsdrivna enheterna har en mer centraliserad struktur, vilket gör att cheferna har andra förutsättningar att leda, och fler omgivande faktorer att ta hänsyn till då de till större del måste rätta sig efter politiska, fackliga och ekonomiska faktorer (Bilaga 2, 5, 9).

Tre av de intervjuade säger att det ska vara samma förutsättningar för verksamheterna oavsett bolagsform, men att det inte är det trots exempelvis samma ersättningsnivåer (Bilaga 3,4, 6). Respondent J tror att det är en väldigt liten skillnad på offentligt och privat styre (Bilaga 10).

*"Landstingsägda har en tyngre ryggsäck att bära även om förutsättningarna borde vara densamma (*Bilaga 3 s.5)".

Vidare framkommer det att det som skiljer sig är ett slags affärsmässigt ansvar, där det på andra sätt går att leda och utveckla verksamheterna. Däremot finns det alltid kompetensstöd ifrån andra enheter i de offentliga verksamheterna där man kan finna stöd i exempelvis andra ekonomienheter (Bilaga 6). Flexibilitet i form av semester och andra ledigheter är även större i de offentliga verksamheterna. De blir mindre frånvarokänsliga (Bilaga 5).

Respondent G har erfarenhet från chefskap inom både offentlig och privat vårdverksamhet och säger om den offentliga sektorn ”*Att inte få använda alla strängar på sin lyra stympar jobbet (Bilaga 7, s.11)”*. Förståelse för olika funktioner i organisationen skapar även en ömsesidig förståelse inom organisationen, vilket saknas inom den offentliga verksamheten *(ibid)* Det finns en större entreprenöriell anda bland privatföretagarna. De arbetar lite hårdare och har ofta lite innovativa idéer. De driver utvecklingen framåt och tvingar de offentliga verksamheterna att följa efter (Bilaga 6, 8).

Denna verksamhetschefens personal har ingen större insyn i verksamhetens ekonomi. Politiker, ledning samt verksamhetens personal drar alla i chefens trådar, vilket upplevs starkt stressframkallande då dessa krav och inriktningsbeslut ofta strider mot varandra (Bilaga 1).

Detta står i kontrast till vad respondent B anser, då denne säger att verksamheten styrs av de mål som satts inom Landstinget, och att det är målen och inte de politiska tjänstemännen som styr. Målen sätts sedan upp internt av verksamhetschefen. Politikerna ställer kraven, men hur de internt sköter detta är upp till dem själva (Bilaga 2).

Respondent C hamnar i ett mellanläge då denne säger att det är de som sitter över i hierarkin styr hårt över verksamhetschefen, oavsett om det är aktieägare eller politiker. Politikerna styr frågan vad som ska göras med pengarna och tillsammans med personalen väljer de hur detta ska uppfyllas (Bilaga 3).

Respondent E anser att som ledare i en offentlig verksamhet är politiskt styrd på ett annat sätt än verksamhetschefer inom privat sektor och därför måste ta mer hänsyn till folk över i hierarkin. Fler politiska och fackliga ledningsmekanismer finns runt en verksamhetschef inom den offentliga regin (Bilaga 5).

Nästa verksamhetschef påverkas främst av personer under denne i hierarkin och berörs inte av annat än regler som finns i vårdverksamheter. Inte politiska politiker. Verksamhetschefer inom den offentliga regin behöver besvara fler krav och beslut från ledningspersoner än en privat verksamhet. Verksamhetschefer inom privata verksamheter står ensamma medans de offentliga har stöd uppifrån och från andra horisontella led (Bilaga 6).

Handlingsutrymmet är större för privatverksamhetscheferna, men Landstinget försöker styra även de privata enheterna hårt och detaljstyrningen måste lätta. (Bilaga 9).

4.3.1 Sammanfattning verksamhetsstyrning

När det gäller verksamhetsstyrning säger respondenterna från de offentliga regierna att det är svårare för de offentliga verksamhetscheferna att fatta beslut eftersom de är hårt styrda av politiker och andra personer. Det är svårt att prioritera vilka beslut som ska verkställas först eftersom de måste ta hänsyn till både sina överordnade och sin personal. Två respondenter inom den offentliga sektorn säger vidare att personer inom den privata sektorn blir entreprenörer för sin verksamhet, vilket stimuleras av en mer flexibel miljö. Personer inom

den privata sektorn verkar vara mer innovativa. De flesta tycker vidare att verksamhetsstyrningen skiljer stort. Både respondenter ur den privata och offentliga sektorn pratar om att det formellt är samma ansvar för verksamhetscheferna och verksamheterna, men att de privata verksamheterna främjas av kortare beslutsvägar, större flexibilitet och innovation. I en mindre organisation kommer personalen närmare sin chef men kräver ett större engagemang av dem. De offentliga verksamheterna främjas av att de har fler stödfunktioner inom avdelningar inom landstinget. De har hela tiden stöd inom till exempel ekonomi och personalenheter, där står de privata verksamhetscheferna ensamma med ett fullständigt ansvar för verksamheten.

Personalen inom den offentliga verksamheten har växlande insyn verksamhetens ekonomi. De offentliga verksamhetscheferna känner sig styrda av politikerna. De måste ha mer hänsyn till personer över dem i hierarkin. Det är många som drar i trådarna, både över- och underifrån vilket de menar skapar stress.

Verksamhetscheferna i den privata sektorn styrs av regler satta för vårdsektorn, men inte av personer. De påverkas främst av personalen i sina verksamheter. En av respondenterna inom den privata regin säger att chefer inom den offentliga sektorn måste ställa sig under fler personer och regler än privata verksamhetschefer. Däremot har de mer stöd.

4.4 Ledarroller

Fyra av respondenten anser att den främsta uppgiften är att ha en beslutande och samordnande roll. Det huvudsakliga ansvaret innefattar operativt arbete och ansvar såväl personalmässigt som ekonomiskt och utvecklingsmässigt (Bilaga 1, 4, 5, 6).

Vidare anser respondenten A att verksamhetschefen måste agera spindeln i nätet och finnas nära verksamheten med olika frågorna rörande vardagen, strategi för att nå framtida mål och att delge visioner av verksamheten internt och externt. Således blir rollen en spindel i nätet för att foga ihop kraven från såväl personal som politiker (Bilaga 1). Två av dessa säger vidare att de arbetar med att distribuera information (Bilaga 1,4).

Respondent B anser sig ha en beslutsfattande och ledande roll. Det är inte personer som styr över verksamhetschefen, men det är ett flertal mål att rätta sig efter. (Bilaga 2). Vidare framkommer att verksamheterna granskas hårt. Speciellt chefsrollen (Bilaga 3).

En av verksamhetscheferna framhåller att de främsta egenskaperna som verksamhetschefen bör se till att följa är att se till att verksamheten håller en hög medicinsk nivå, personal- och ekonomiskt ansvar. Således är det en beslutsfattande roll (Bilaga 3).

Respondent G anser sig ha en stöttande roll där kollegornas trivsel och en ömsesidighet på arbetet är fokus tillsammans med kunderna och i andrahand verksamhetsstyrningen. Tanken är en större kundkontakt med egna ansvarsområden och att mindre tid ska läggas på möten och administrativa, komplexa processer (Bilaga 7).

4.4.1 Sammanfattning ledarroller

De offentliga verksamhetscheferna ser sig ha beslutsfattande och samordnande roller. Två av dem nämner dessutom att de styrs mer av regler, personer och politik än en privat verksamhet gör. Privata enheter präglas av större handlingsutrymme för personal, en effekt av den kortare beslutsvägen. Respondenterna i den privata sektorn säger även de ha en beslutsfattande roll, men att landstingsägda har större hjälp av stödfunktioner.

4.5 Konkurrens

Det kan finnas aspekter som påverkar till den privata sektorns fördel om den ställs emot offentlig regi. De privata verksamheterna har lättare att konkurrera med de offentliga genom att de inte är lika hårt styrda av överordnades krav. Möjligheterna för att marknadsföra sig är bättre. De Landstingsstyrda vårdcentralerna inom länet delar på en och samma marknadsföringspott. De är således mer handlingsflexibla (Bilaga 1).

Primärvårdsverksamheterna påverkas idag negativt eftersom den ekonomiska ersättningen är för låg för utfört arbete. Respondent B anser att det är lättare att anpassa verksamheten efter omgivningens krav då beslutsvägar inom den privata sektorn är kortare (Bilaga 2).

Enligt respondent C finns det nackdelar med vårdvalet och valfrihetssystemet. I och med det fria valet för kunden att välja sin vårdcentral kan det innebära stora överbelastningar för de populära centrala vårdcentralerna, vilket i sin tur avspeglar sig som köer för kunderna. Detta gynnar vare sig kunder eller enheter eftersom lokaler och personalstyrka är anpassad till en viss mängd (Bilaga 3). Valfrihetssystemet är inte anpassat för de mindre orterna. Kunder finns överallt men det är inte lika populärt att öppna en vårdcentral längre ifrån städerna (Bilaga 10).

Att även vården utsätts för konkurrens anser nästa respondent i det långa loppet är positivt. Däremot går det inte att planera verksamheten vilket är ett stort problem. Många vårdcentraler kommer gå i konkurs innan ersättningsnivåerna för vården har ändrats (Bilaga 4). Detta håller Respondent E med om. Denne säger att konsekvenser efter vårdvalets inskaffande är att flera enheter har påverkats negativt, där kostnaderna överskrider intäkterna, och att enheterna som konsekvens kommer läggas ner. Generellt ser de ett mönster i att de privata har ökat sin omsättning medan det går sämre för de offentliga (Bilaga 5).

Respondent F anser att privata enheter ofta behöver konkurrera för att ta över den del av kunderna som förut funnits inom de offentliga enheterna, vilka har en stabil kundbas sedan innan. Således försvinner en hel del kunder ifrån de traditionella organisationerna till de privatas fördel. De privata organisationerna leder enligt respondenten utvecklingen av enheterna framåt och tvingar med de landstingsägda enheterna, vilka har svårigheter att hänga med då de har en snäv byråkratisk och politisk ram att arbeta inom. Det gäller att tillgodose sina kunders och personals intressen, en enkel sak som kvällsöppet är ett sätt att visa organisationen mer flexibel för sina kunder (Bilaga 6). I bemötande och service är de privatägda centralerna bättre (Bilaga 10).

Respondenten anser att detaljstyrningen är för stor. Konkurrensiden är bra både för organisationerna som tvingas till nytänkande samt för kunderna som kan välja vem de vill gå till (Bilaga 7).

Konkurrensen gör att alla parter inblandade i verksamheten blir mer angelägna att göra ett bra jobb, vilket gör att verksamheten kan utvecklas mot något för kunderna positivt. Vidare framgår att verksamheterna inte skiljer sig oavsett bolagsform men säger även att de privata verksamheterna har lättare att utveckla verksamheterna då de oftare är mindre och därigenom flexiblare. Då syftas enbart till privata mindre enheter och inte de större privatägda kedjorna. Möjligheterna utnyttjas sällan utan verksamheterna tenderar att gå i samma gamla hjulspår

(Bilaga 8). Detta håller Respondent I med om då alla vårdverksamheter har behövt rationalisera och effektivisera för att överleva (Bilaga 9).

4.5.1 Sammanfattning konkurrens

Vårdvalet har inneburit svåra överbelastningar för de mer populära vårdcentralerna och man kan redan se en tendens att de offentliga vårdcentralerna på mindre orter börjar läggas ner. Det gör även att vårdköerna ökar hos de populära vårdcentralerna. Det är svårt att långsiktigt planera verksamheterna och därmed kontrollera sina kostnader.

Både de offentliga och privata verksamhetscheferna säger att de privata verksamheterna har lättare att konkurrera ut de offentliga verksamheterna. De har lättare att marknadsföra sig då de inte behöver dela på en marknadsföringspott som de offentliga verksamheterna har behövt göra. De är heller inte lika hårt styrda vilket är en fördel, vilket gör dem flexiblare och gör att de lättare kan anpassa sig efter omgivningens krav.

De offentliga vårdcentralerna jobbar dock efter en stabil bas av kunder vilket de privata måste slå sig in på och anstränga sig för att få kunder. Det skiljer stort att svara för en konsumentförsäljning och jobba mot kunderna än att enbart ta emot dem och vara en produktionsenhet. De privata är entreprenörer som driver verksamhetens utveckling. Där måste den offentliga sektorn anpassa sig till de nya kraven och följa efter för att överleva som organisation. I helhet så kommer det att få verksamheterna att anstränga sig för att ta väl hand om kunderna och därför finnas kvar. Kundfokuset har ökat inom hela primärvårdsfältet.

5. Analys intervjuer

I det här kapitlet presenterar vi de resultat som framkommit när vi satt empiri och teori i relation till varandra. Vi har gjort analyser på de data våra respondenter gett oss, dessa presenteras i detta kapitel under valda överskrifter.

5.1 Analys Verksamhetsstyrning

Skillnaden i bolagsformen syns i två faktorer hos offentliga och privata verksamheter. För det första är offentliga aktörer i jämförelse med de privata verksamheterna finansierade genom skatter istället för betalande kunder. För det andra så är offentliga sektorer i större utsträckning kontrollerade av politiska krafter. Den privata sektorn styrs alltså till större del av marknadskrafter där betalande kunder är grunden till överlevnad. De privata verksamheterna måste därför bättre anpassa sig till kunder för att tillgodose deras behov och drivs även av ett ekonomiskt vinstintresse (Boyne; 2002).

Målen som styr den offentliga organisationen är som mer oklara än deras privata motparter. Oklarheten kan mycket väl bero på att det är ett flertal personer som ger påtryckningar åt vilket håll verksamheten ska styras, då de t.ex. är tredjepartsstyrda. Besluten som påverkar den offentliga verksamhetsstyrningen påverkas av den politiska processen som innebär att många intressenter ska ha sin mening sagt på den politiska arenan. Detta kan ställas i kontrast till de privatägda mottagningarna där verksamhetschefen kan skapa sina mål utifrån vad som finns närmast vårdcentralen. Vilket innebär att den offentliga verksamheten styrs mer av politiska övergripande mål än de privatas mer internt satta verksamhetsmål. Det här visar en distinkt skillnad mellan privata och offentliga organisationer, konsekvensen kan vara att offentliga verksamhetsansvariga får ett svårare jobb att strategiskt utföra sina uppgifter (Johansson; 1991)

Likheter mellan offentliga och privata vårdcentraler finner man i ställda auktorisationskrav. Auktorisationskraven innebär att en enskild verksamhet ska ha en personalkompetens med utbildning inom allmänmedicinsk profil. Vårdcentralerna får också på likartat sätt sin ekonomiska ersättning för det arbete de utför genom till exempel vårdpengen (lio.se[2]).

Auktorisationskraven för en vårdcentral stämmer närmast överens med vad Mintzberg (1983) beskriver som en professionell byråkrati som innebär att de som utför själva tjänsten/produktionen i företaget har kontroll över det arbete de utför. De är därför mindre benägna att behöva styrning från ledningen. Ledningens uppgift faller då på att hantera faktorer som uppkommer kring själva arbetet (ibid). Exempel kan vara budget, verksamhetsbeslut, riktlinjer och policys. De offentliga vårdcentralerna är starkt styrda av politiska krafter som t.ex. landstingsfullmäktige och de organ som fullmäktige påverkar (Lindell et al; 2009).

En skillnad vi kan se i hur verksamhetsstyrningen påverkar ledarrollen beskrivs av Boyne (2002) där han säger att de offentliga verksamheterna är mer styrda av byråkratiska processer. Besluten som en verksamhetschef tar blir mindre riskfyllda eftersom de övergripande besluten tas på en högre nivå i jämförelse med deras privata motparter och minskar den offentliga verksamhetschefens. Detta bekräftas av respondent C som skriver att beslut som är övergripande inom offentlig primärvård tas på högre nivå, men mindre kan fattas på plats (Bilaga 3).

Alla vårdverksamheter har alltid krav på sig att ta emot alla som kräver tillfällig vård inom ramen för vårdenhetens möjlighet. Vårdkunderna får fritt och utan begränsningar välja vårdcentral och kan inte nekas vård. Om de inte aktivt väljer en vårdcentral står de listade kvar hos sin gamla vårdcentral eller får automatiskt en tilldelad i närheten. Vårdcentralen måste kunna ta emot en viss geografisk grupp och kunna ge tillgång till en viss mängd vård (lio.se[1]).

Kraven att verksamheterna ska kunna klara av en viss mängd av vårdkunder inom ett geografiskt område ställs enligt oss på sin spets när kunderna själva väljer vårdcentral och mest troligt rör sig utanför de geografiska grupperna. Vi anser att det kan bli svårigheter för verksamheterna att kunna ta emot vårdkunderna då de inte kan kontrollera antalet vårdkunder som listar sig vid vårdcentralen då verksamheten måste ta emot alla som vill lista sig vid den vårdcentralen inom två månader från dagen de registrerats vid vårdcentralen. Även om de har en två månaders buffert att justera storleken på sin personalstyrka är det svårt att hitta ny personal med rätt utbildning på kort tid. Detta verifieras av respondenterna C och F som säger att det är svårt att rekrytera personal med den kompetens som behövs inom verksamheten. Det tar både lång tid att anställa en person och att få denne uppsagd (Bilaga 3, 6).

Detta innebär för oss att ett stort administrativt arbete och det är mest troligt påfrestande för personalen att ha vetskap om en för stor kundgrupp som de får svårt att hjälpa och tvärtom då personalstyrkan blir för stor med en för liten kundgrupp. En stor risk kan även vara att vårdkunderna byter vårdcentral efter den nuvarande vårdkölängden och därför växlar mellan vårdcentralerna istället för att ha en fast.

Både respondenter ur den privata och offentliga sektorn anser att det formellt är samma ansvar för verksamhetscheferna och verksamheterna. De privata verksamheterna främjas av kortare beslutsvägar, större flexibilitet inom verksamheten, fler anpassningsmöjligheter, innovation och framtidsplanering. (Bilaga 1-8). I mindre organisationer, vilket det tenderar vara inom den privata sektorn, kommer personalen närmare sin chef men det krävs även ett större engagemang hos personalen (Bilaga 7, 8). Om man ser till modellen som Lindell et al (2009) har gjort över landstingsmodulen så ser man att det är långa beslutsprocesser inom organisationen innan de når verksamhetschefen. Detta visar på en inflexibilitet, och krångliga informationsled som inte gagnar primärvårdsenheterna.

Detta stämmer i enlighet med vad Boyne (2002) skriver om att engagemanget förmodligen är lägre inom den offentliga sektorn då flexibiliteten inte är lika stor inom verksamheten samt att kostnadsmedvetenheten gör verksamheten mer kostnadseffektiv då fokus ligger mot kund och resultat. De offentliga sektorerna kontrolleras av politiska system och inte av ett vinstintresse.

Vi tror att en större flexibilitet inom en verksamhet gör att verksamhetens överlevnadsmöjligheter ökar. Utvecklingen som de privata verksamheterna styr mot inom primärvårdsfältet gör att de offentliga vårdcentralerna måste följa efter. Den byråkratiska strukturen hos den offentliga sektorn stryper både flexibilitet och innovation hos personal i organisationerna.

Ett tecken på att den offentliga sektorn begränsar verksamhetschefen ser vi hos ett svar från respondent G som inte anser sig kunna arbeta efter sin egen förmåga (Bilaga 7). Respondent A återger att det i den offentliga verksamheten så kan mål skapas eller ändras oavsett om primärvårdsverksamheterna fungerar olika (Bilaga 1). Vilket indikerar att problemområdet för de politiskt påverkade verksamheterna är att den politiska auktoriteten gör att det dagliga arbetet mer svårstyrt och konfliktfyllt då verksamhetschefen ska verkställa nya politiska beslut. Problemet ligger i att det skapas ett komplicerat steg mellan politisk beslut och praktiskt genomförande som verksamhetschefen måste lösa (Johansson; 1991). Besluten tas

av en tredjepartsstyrning som saknar den direkta insynen i den dagliga verksamheten och då inte ser effekterna av besluten. Otydliga regler och direktiv ifrån tredjepartstyrningen gör att verksamhetschefens egen ledning blir otydlig. Det är också svårt att få resurser som motsvaras av förväntningarna på de krav som ställs.

Verksamhetscheferna blir heller inte motiverade av en eventuell vinst då den inte stannar inom verksamheten hos de offentligt styrda organisationerna. Inom de privata verksamheterna har verksamhetscheferna ett annat monetärt incitament och de kommer på ett annat sätt att övervaka, informera och kontrollera de anställda. Arbetsuppgifters utförande och belöningar är satta inom snäva ramar och enligt oss är det mest troligt så att den större flexibiliteten tillsammans med ett vinstintresse motiverar både personal och verksamhetschefen att få ett bättre resultat. Det kan dock likaväl bli ett negativt stressmoment för dem inom privat verksamhet.

Johansson (1991) skriver att verksamheter alltid en blandning av en ekonomisk och politisk auktoritet men att graden av dessa varierar. Med den ekonomiska styrningen följer ett mer kreativt beteendemönster i verksamheterna med en centraliserad, snabb beslutsfattning som leder till förändring då de inte är påverkade av en tredjepartsstyrning. Larsson (1996) skriver att organisationer med politiskt hård styrning kan anses arbeta i organisatorisk motvind. Det kan krävas riksdagsbeslut för att få igenom mindre beslut inom verksamheten medans förändringar utförs i en jämförelsevis explosionsartad fart i privata verksamheter.

Enligt Boyne (2002) så är de offentliga aktörerna kontrollerade av politiska krafter som i första hand företräder medlemmar i samhället och inte marknadskraften. En del av incitamentet för verksamheten blir alltså att uppfylla politiska mål. De privata aktörerna styrs till större del av entreprenörer eller delägare som drivs av ett ekonomiskt vinstintresse.

Vi tolkar respondenternas svar som att de arbetar i en organisatorisk motvind då reglerna och besluten som tas över deras huvuden ställer för många motstridande krav på verksamheten. De lägger därför mer vikt på de överordnade besluten än sina internt satta mål och mycket av verksamhetschefens tid går ut på att tolka och implementera styrelsernas beslut efter satta regler. Detta tar enligt oss troligen mycket av verksamhetschefernas tid och gör att deras vardagliga frågor får ställas åt sidan och minskar tillgängligheten för personalen (Bilaga 1, 3, 5, 7). Detta stöds av det Tomey (2009) skriver angående att en bristande kommunikation mellan ledning och anställda begränsar personalens utvecklingsmöjligheter och kan leda till

missnöje. Vi tolkar respondenternas svar angående tredjepartsstyrningen som att de känner sig hindrade i deras egentliga beslutsfattande arbete och heller inte hinner samverka med personalen i den utsträckning de behöver. Verksamhetens dagliga problem och utmaningar ersätts till stort del av att hantera Landstingsstyrelsen beslut. Dessa problem till trots har de Landstinget i ryggen som stöd och står inte ensamma i sitt beslutsfattande. Olika verksamheters problem kan diskuteras på ledningsmöten vilket de andra verksamheterna kan ta lärdom av då de har stöd av andra verksamhetschefer och stödfunktioner inom Landstinget.

När det gäller verksamhetsstyrning säger respondenterna från den offentliga sektorn att det är svårare för landstingsägda kliniker att styra sin verksamhet effektivt eftersom de är hårt styrda av politiker och andra personer. Det finns många och otydliga beslut vilket gör det svårt att prioritera vilka beslut som ska genomföras först eftersom verksamhetscheferna inom den offentliga sektorn måste ta hänsyn till både sina överordnade och sin personal (Bilaga 1, 3, 5). Verksamhetscheferna i den privata sektorn styrs mer av regler satta för vårdsektorn, men inte direkt av personer. Personal och verksamhetschef inom de offentliga organisationerna främjas av att de har tillgång till fler stödfunktioner från andra personer och avdelningar inom landstinget. Där står de privata verksamhetscheferna ensamma med ett fullständigt verksamhetsansvar (Bilaga 2, 3, 5, 6). Enligt Hansen (2006) är ledarskapet på privata, resultatdrivande sjukhus mer stödjande för de anställda som kände sig mer trygga. Detta kan indikera att privata sjukhus är mindre byråkratiska och mer effektiva.

Enligt Johansson (1991) är en effekt av den ekonomiska styrningen ett mer kreativt beteendemönster hos enskilda individer, t.ex. möjligheten att vid behov av förändring ha en centraliserad snabb beslutsordning då de inte är påverkade av en tredjepartsstyrning.

Den ekonomiska styrningen i privat sektor riktar sig mot en marknad där målsättningen oftast tecknas i termer av vinster eller avkastning på insatt kapital. Den politiska auktoriteten hos de offentliga verksamheterna är enligt oss verksamheten till last, då den försvårar många beslut. Förmågan att anpassa sig till omvärlden på grund av strukturens inflexibilitet minskar. Det är dock enklare för verksamhetschefen att få stöd i sin arbetsroll hos Landstinget. Den ekonomiska styrningen skapar i sig ett större intresse för verksamhetens överlevnad då vinstintresset hela tiden pressar dem, men den kan även skapa en negativ stress hos de anställda.

Både de offentliga och privata verksamhetscheferna säger att de privata verksamheterna har lättare att konkurrera ut de offentliga verksamheterna. De har lättare att marknadsföra sig då de inte behöver dela på en viss gemensam marknadsföringsbudget som offentliga verksamheter behöver göra. Däremot har de offentliga verksamheterna en stabil kundkrets att utgå ifrån (Bilaga 1-8).

När primärvårdsenheterna konkurrerar om vårdkunderna gäller det att ha fördelar gentemot sina konkurrenter för att kunna differentiera sig. Enligt Porter (2004) kan man på hälsosamt konkurrerande marknader ständigt finna förbättringar för processer och metoder som tvingar ner kostnader och samtidigt ökar kvalitén. Detta förutsätter dock att verksamheterna lätt kan anpassa sig till omgivningens ständigt förändrande krav.

Incitamenten i de två ägandeformerna skiljer sig således enligt oss eftersom privata aktörer är resurshanterare då de arbetar i ett vinstdrivande syfte och deras offentliga motparter arbetar utifrån en satt budgetram som är politiskt styrd, vilket gör att de privata verksamheterna måste arbeta hårdare eftersom ett negativt ekonomiskt resultat inte backas upp av Landstinget. Detta gör att de alltid måste vara ett steg före de offentliga verksamheterna.

Skillnaderna vi anser finnas mellan privat och offentlig verksamhetsstyrning ligger således till stor del i de beslut och krav som Landstinget stället på de offentliga verksamheterna och som verksamhetscheferna måste rätta sig efter. De offentliga verksamhetscheferna verkar ha ett mycket begränsat handlingsutrymme och möjlighet att påverka verksamheten i den riktning de vill.

5.2 Analys Ledarroller

Inledning till analys av ledarrollerna: När vi analyserar ledarrollerna hos verksamhetscheferna så studerar vi vad de säger om verksamheten och deras roller. Antaganden kring ledarrollerna grundar sig på Mintzbergs (1973) teorier.

Mintzberg (1983) menar att organisationens struktur är ett sätt att definiera interna relationer mellan organisationens olika delar. Den strategiska toppen i en organisation har som uppgift att få samspelet att fungera mellan organisationens olika nivåer och delar. Samspelets kontrolleras genom att den strategiska toppen utövar kontroll genom att till exempel hantera resurser och arbetsfördelning. Samt genom att ledningen i den strategiska toppen har som uppgift att hantera yttre faktorer som kan komma att påverka verksamheten. Ledningen måste också i sitt arbete ta hänsyn till de krav som organisationens intressegrupper ställer. Dessa krav kan komma att påverka organisationen och i en offentlig organisation komma från politiska partier eller i den privata regin från ägare eller ägarna (ibid). Respondent 7 hävdar att politiska beslut ofta är diffusa och är utformade att passa alla verksamheter, men som inte behövs (Bilaga 7). Till exempel handlingar i en offentlig organisation är utsatta för stor insyn som är reglerad av offentlighetsprincipen. I förhandlingar kan den offentliga ledarrollen också bli utsatt för tvång då beslutande organ har möjlighet att lagligt tvinga igenom nya beslut. Den här påverkan kan också ses i verksamheter som blir påverkade av styrande organ alltså utsatta för en politisk auktoritet (Johansson; 1991).

Ledningen i en verksamhet fungerar ofta med koordineringsmekanismen ömsesidig justering då den ska bestämma nya beslut. Utöver detta så fungerar också den strategiska toppens ledning som konflikthanterare (Mintzberg; 1983).

Ledarrollen i en verksamhet är alltså beroende av var den strategiska toppen ligger och hur den fungerar. Ledarrollen skiftar även om den innehar samma position i en verksamhet beroende på var beslut kommer ifrån och om den måste utföra kontroll åt andra organ till motsatsen att hantera ömsesidig justering i sina beslutstaganden om verksamheten är oberoende en större organisation. (Mintzberg; 1983). Verksamhetschefer kan inte alltid använda sig av sina förutsättningar och resurser. När respondenten bytte från offentlig till privat bolagsform så kände sig denne inte till lika stor grad styrd av politiker. En mindre

Vi anser att en primärvårdsverksamhet kännetecknar en professionell byråkrati och har därför ett mindre behov av att ledarrollen utövar en direkt kontroll på de anställda eftersom de är indoktrinerade i sitt arbete sedan deras utbildning (Mintzberg; 1983). Kontrollen som verksamhetschef utövar i sin ledarroll handlar därför i större grad till att sköta verksamhetsbeslut och till en mindre del att hantera samspelet mellan chef och anställd.

Likheter: Vi anser att samtliga respondenter inom *beslutsrollen* är *resursfördelare* och *krislösare* samt inom de *interpersonella rollerna* står för *frontfigur* och *ledarrollen.* Detta grundar vi på att det som är gemensamt för samtliga verksamhetschefer är att alla anser sig ha ett formellt huvudsakligt verksamhetsansvar med operationellt-, personalmässigt-, budgetmässigt- och utvecklingsmässigt ansvar (Bilaga 1-7,). Samtliga är även *resursfördelare* då en av huvuduppgifterna för en verksamhetschef är att fördela fysiska och ekonomiska resurser efter nyttjandegrad.

Att resursfördelare skulle vara lika för både en offentliga och privata verksamheten stöds i en studie av Hansen (2006). Han att det inte fanns några belägg för att resurshantering skiljer sig beroende på ägandeform.

Krislösare blir de automatiskt då samtliga verksamheter präglas av problem som dagligen måste lösas. Däremot kan detta vara svårare för de offentliga verksamhetscheferna att lösa då de styrs av en snävare regelram.

Frontfiguren inom de *interpersonella rollerna* innebär att verksamhetschefen genom en formell auktoritet utför standardåtaganden av vardaglig och inspirerande karaktär. Oftast är detta i form av möten eller där det gäller att vara tillgänglig för personalen. Något som vi anser upptar större delen av verksamhetschefernas tid. Genom att förmedla verksamhetens vision och vara en motivator och medlare för personalen präglas de starkt av *ledarrollen*.

Skillnader: Det vi kan se som skiljer verksamhetscheferna åt är *informationsrollen* hos de offentliga verksamhetscheferna. På grund av den politiska styrningen och kraven från den centrala ledningen hamnar verksamhetscheferna i den offentliga sektorn i kläm mellan besluten som tas över huvudet på dem och personalens krav, önskemål och värderingar. På grund av en politisk styrning kläms verksamhetscheferna mellan central administration, politiska beslut och sin verksamhets personal. De tenderar således att bli *informations-mottagare och spridare*. Intervjusvaren visar på att kraven från den högre ledningen mest

troligt har en högre prioriteringsgrad än de internt satta målen som personalen övergripande ska låta genomsyra sitt arbete.

Detta verifieras av respondent A och E som anser sig främst agera som spindeln i nätet för verksamheten med vardagliga frågor och utveckling. Respondenterna känner sig klämd mellan krav som ställs både från politiker som underställd personal, vilket skapar en negativ stress (Bilaga 1). Respondent C verifierar att det är en hård styrning från dem som sitter högre upp i den hierarkiska trappan. Politikerna avgör hur pengarna ska jobba i verksamheten (Bilaga 3).

De mångfacetterade verksamhetskraven kommer oftast från den politiska auktoriteten samt en centrala administrationen. Respondenterna A, C, D och E har således en *spridande informationsroll*, där information ifrån övre delar av hierarkin ska spridas ner till personalen och användas inom verksamheten för att försöka uppnå kraven (Bilaga 1, 3, 4, 5).

Vi anser även att de offentliga verksamhetscheferna i detta bevisar sig vara f*örhandlare*, där beslutens prioriteringsordning, internt och externt för verksamheten sätts. Den förhandlande beslutsrollen skiljer de offentliga och privata verksamhetscheferna åt. De offentliga verksamhetscheferna tenderar även att dra sig åt informationsrollen då de agerar som länk mellan den politiska styrningen och sin personal.

Detta verifieras av verksamhetscheferna B, F, G från den privata sektorn (Bilaga 2, 6, 7). Respondent B som är verksamhetschef inom den privata regin anser sig inte påverkas av personer utan enbart regler och påvisar i detta att de inte har en politisk styrnig i samma grad som i de offentliga verksamheterna (Bilaga 2). Respondent F anger att de Landstingsägda verksamheterna arbetar inom en snäv politisk och byråkratisk ram som styrs av mycket regler, där en privat verksamhet är friare och inte påverkas av personer annat än under sig i hierarkin (Bilaga 6). Respondent G slutade till och med arbeta för Landstinget för att slippa all snäv byråkrati och således kunna utnyttja sin tid bättre (Bilaga 7). De behöver således inte vara *förhandlare*. Däremot är de *entreprenörer* eftersom de står på egna ben och därför påverkar verksamhetens förutsättningar i stor utsträckning och precis som det sagts innan i studien därför leder verksamhetsutvecklingen framåt.

5.3 Analys Konkurrensens effekter

De effekter vi kan se beror i mångt och mycket på hur verksamheten fungerar ur ett konkurrensperspektiv. Ur detta kan vi se om verksamhetschefen påverkas. Verksamhetschefen behöver nämligen inte bara hantera interna organisatoriska faktorer såsom struktur, styrning och arbetsfördelning. Denne behöver även kunna hantera de externa faktorer som konkurrenssättning innebär. Detta gör att lagen om valfrihetssystem och dess förändring blir ett mycket intressant diskussionsämne.

Enligt Boyne (2002) befinner sig de offentliga verksamhetscheferna i en mer komplex miljö då toppstyrningen är mer påtaglig och påverkas även mer av sin omgivning då miljön tenderar att vara mindre stabil. De offentliga verksamhetscheferna ställs däremot inför en mindre konkurrensmässig miljö. Målen för en offentlig verksamhet är ofta tydligt formulerade men svåra att utföra, där verksamhetschefen utsätts för en mängd delmål som ska uppfyllas. De offentliga verksamheterna är mer byråkratiskt styrda där verksamhetscheferna har mindre frihet att påverka sin organisation och sina egna beslut. I den offentliga sektorn är de ansvariga mindre drivna av monetära belöningar samt att motivationen att tjäna allmänheten är större, engagemanget gentemot verksamheten är däremot inte lika påtagligt (ibid).

Tanken bakom valfrihetssystemet är att vårdkunden utan begränsningar ska kunna välja den vårdgivare de vill ha. Ersättningen som vårdcentralen får beror helt på hur mycket vård de utför och hur många kunder de har listade hos sig. Vårdcentralerna styrs av regler och resurstillgänglighet oavsett bolagsform och ska kunna ta emot alla som kräver tillfällig vård oavsett verksamhetens möjligheter. Alla invånare har en vårdpeng som följer personen in i den vårdcentral som de väljer och tanken med dagens ersättningsmodell är utformad för att uppmuntra vårdcentralerna till en helhetssyn och belöning för utveckling och förändringsarbeten (lio.se[1]).

Konkurrens tack vare valfrihetssystemet uppkommer och är en effekt som uppstår mellan vårdcentralerna och bör finnas där för att kunna förbättra vårcentralernas arbete med prevention, diagnos och behandling av den individuelles hälsa. Ersättningen till vårdcentralen för utförd vård är idag vad de flesta respondenter refererar till som låg och därför måste verksamheten rikta in sig på att förbättra vad Porter et al (2004) beskriver som kvalitén per spenderad krona för kunden. Kvalité per krona blir en effekt som måste hanteras av

verksamhetschefen i utvecklandet av verksamheten eftersom vårdpengen är densamma för alla.

Vissa effekter har redan kunnat ses av konkurrenssättandet. Till exempel har de privata vårdverksamheterna fördelar såsom att de inte är lika hårt styrda som de offentliga verksamheterna. De har även lättare att marknadsföra sig, vilket de offentliga vårdcentralerna inte har möjlighet till, samt att de är mer flexibla i sitt handlingsutrymme (Bilaga 1).

Verksamhetschefen inom den privata sektorn har enligt oss lättare att differentiera sin verksamhet. Däremot är de tvungna att göra det, vilket inte de offentliga verksamheterna behöver göra i samma utsträckning, då de redan har en stabil kundbas. Detta skulle enligt oss kunna betyda att de privata verksamheterna har det svårare att nå ut med sitt budskap till sina blivande vårdkunder, vilket gör det svårare för dem i startskedet, men att de successivt ökar sin kundbas och tar marknadsandelar. Eftersom de privata verksamheterna väljer vart de geografiskt ska förlägga sin verksamhet kan de rikta in sig på de kundtätaste områdena och konkurrera ut de offentliga verksamheterna med hjälp av målinriktad marknadsföring. Detta får verksamhetens tjänster, nämligen vården, att framstå som fördelaktiga gentemot sina offentliga konkurrenter. Respondent C säger att det visat sig att de centrala vårdcentralerna får flest kunder (Bilaga 3). Det är där de privata vårdverksamheterna väljer att starta sin verksamhet, vilket kan få till konsekvens att glesbygdens vårdcentraler kan läggas ner.

Porter et al (2004) skriver att man kan förvänta sig en otillfredsställande produktivitet i kostnad och kvalitet av statligt kontrollerade verksamheter. Han anser vidare att en konkurrerande marknad ger grund till förbättringar inom det fält verksamheten är verksam inom. Detta ökar produktion och service samt leder till innovation och nya tillvägagångssätt. De verksamheter som inte kan vara konkurrerande i sina tjänster kommer att omstruktureras eller att gå i konkurs.

Effekterna av valfrihetssystemet har enligt oss varit hårda för de offentliga verksamheterna eftersom de i stor utsträckning konkurreras ut av de privata verksamheterna. Både på grund utav de större differentieringsmöjligheterna som de privata verksamheterna har samt det friare handlingsutrymmet, vilket är svårt för de offentliga verksamheterna att efterlikna. Den privata vårdcentralen kan aldrig ha ett negativt pengaflöde då det skulle innebära konkurs. Vilket sätts i jämförelse med de offentliga verksamheterna som kan få ekonomiskt stöd från

landstinget. Det här anser vi påverkar verksamhetschefen med ett starkt incitament för att använda sina möjligheter att differentiera sig i jämförelse med sina privata motparter.

Detta bekräftas av respondent E som säger att de offentliga verksamheterna har drabbats av ekonomiska problem och hotar att lägga ner. De privata konkurrerar ut de offentliga verksamheterna och en del landstingsägda verksamheter kommer att läggas ner (Bilaga 5).

Respondent F säger att det skiljer stort att som verksamhet jobba ut mot kunderna istället för att enbart agera produktionsenhet. De privata enheterna kan ses som entreprenörer som driver primärvårdsfältets utveckling. Där måste de offentliga verksamheterna anpassa sig till de nya kraven som ställs och följa efter de privata verksamheternas utveckling för att överleva som organisation. Resultatet blir att verksamheterna får anstränga sig för att ta väl hand om kunderna och därför finnas kvar. Kundfokuset har ökat inom hela primärvårdsfältet (Bilaga 6). Enligt Tomey (2009) innebär det att de som snabbast hanterar resursförändringar har störst chans att överleva. Det essentiella i att differentiera sig är att sticka ut från mängden för att kunna locka kunder. Det innebär också att den som har minst krav på sig och störst flexibilitet kan ha större chans för att kunna anpassa sig i och med de kortare beslutsvägarna inom den privata sektorn.

Vi tror att de privata verksamheterna har möjlighet att locka till sig kunderna från de offentliga verksamheterna för att de har möjligheten att differentiera sig och i större utsträckning nischa sin verksamhet, kanske genom en bättre kvalitet eller en trevligare inredd mottagning. Vi är tveksamma till att innovation och utvecklingen enbart drivs från den privata sektorn inom primärvården, däremot tror vi att merparten av utvecklingsinitiativen tas inom innovativa, mindre, privata vårdverksamheter. Genom att sticka ut, vilket de kan göra med hjälp av marknadsföring särskiljer de sig dock ifrån de offentliga primärvårdsenheterna och kan således lättare ta över vårdkunderna ifrån de offentliga verksamheterna.

I samband med effekterna av vårdvalet som låter verksamheterna konkurrera med varandra så kommer vissa vårdcentraler att bli vinnare i kampen om vårdkunderna. Detta kommer precis som respondent C och F säger innebära att de mer populära vårdcentralerna blir överbelastade samt att verksamheter på mindre orter i större utsträckning kanske kommer att läggas ner (Bilaga 3, 6). Detta gör det svårt, kanske till och med omöjligt för verksamheten att planera sin verksamhet (Bilaga 4). En mindre och flexiblare verksamhet har lättare att anpassa sig till

omgivningens krav. De offentliga verksamheterna har en stabil bas av kunder till skillnad från de privata verksamheterna som får slå sig in på marknaden inom de flesta län (Bilaga 5).

6. Slutsatser

Hur påverkas de Landstingsägda kontra de privata verksamheterna av den nya konkurrenssituationen.

Den privata sektorn har lättare att differentiera och marknadsföra sig. Detta måste de göra både för att locka till sig nya kunder och behålla dem de har. För att locka kunderna måste privata verksamhetschefer hitta en nisch som får deras verksamhet att sticka ut. Nya privata verksamheter har även en möjlighet att välja den geografiska placering de vill ha och kan då välja de mer kundtäta områdena. Att den geografiska placeringen är så viktig för nya vårdverksamheter var något som vi inte förväntade oss skulle komma fram i vår undersökning. Detta är något som gynnar de privata vårdgivarna då de själva kan välja sin placering för nystartade verksamheter.

En brist som finns inom båda verksamheterna är att kunna hantera skiftande kundmängder. De offentliga verksamheterna har en större möjlighet att hantera en skiftande kundmängd eftersom de lättare kan hyra in personal från någon annan primärvårdsenhet då de har tillgång till en stor vikariebank. Båda verksamheterna har svårigheter att hitta kompetent personal samt problemet att det tar lång tid att både fastanställa och säga upp personal. Det är både svårt och dyrt att med kort varsel hyra in extern personal, eller att ha dem overksamma. Här finns dock en stor fördel för de offentliga primärvårdsverksamheterna som har ett större skyddsnät i form av både kapital och personalpooler.

Skiljer sig ledarrollen inom den privata kontra den offentliga verksamheten?

Det vi kan se som skiljer verksamhetscheferna åt är *informationsrollen* inom det offentliga. Den offentliga verksamhetschefen hamnar i kläm mellan den politiska styrningen och personalen. De tenderar således att vara *informationsmottagare* och *spridare*.

Information och beslut från den politiska styrningen genomsyrar verksamhetens interna mål på ett annat sätt än det gör hos de privata verksamheterna. Verksamhetschefen inom en privat verksamhet behöver enbart rätta sig till de statliga krav som satts för verksamheten och inte personer ovanför i hierarkin. De kan även lättare ta beslut, vilket en offentlig verksamhetschef

oftast inte kan göra själv utan ledningsbeslut. De blir genom detta även *förhandlare* där beslutens prioriteringsordning avgörs med fokus antingen till politiskt satta mål eller internt satta.

De privata verksamhetscheferna tenderar att ha en utvecklad *entreprenörsroll* och påverkar sin egen verksamhet och fältets förutsättningar i stor utsträckning lättare än verksamhetschefer inom landstingsägda organisationer.

Hur påverkas verksamhetsstyrningen inom primärvården av dess bolagsform?

Vinstintresse skapar engagemang men även stress. Eventuella negativa ekonomiska resultat backas inte upp av Landstinget för de fristående, privata verksamheterna som måste stå på egna ben. Detta gör att de alltid måste vara ett steg före de offentliga verksamheterna.

Tredjepartsstyrning försvårar beslutsfattande arbete på grund utav motstridande krav och satta regelramar. Förmågan att anpassa sig till omvärlden ökar hos de verksamheter som har en enklare organisatorisk struktur och snabbare beslutsvägar. Motstridande krav inom offentliga verksamheter tar upp mycket av verksamhetschefens tid. Mycket tid går ut på att tolka och implementera styrelsernas beslut efter satta regler vilket gör att andra aktuella frågor åsidosätts. Det minskar även tillgängligheten till verksamhetschefen för personalen.

En större flexibilitet inom verksamhetens struktur gör att verksamhetens överlevnadsmöjligheter ökar. Utvecklingen som de privata verksamheterna styr inom primärvårdsfältet gör att de offentliga vårdcentralerna tvingas följa efter.

Verksamhetschefen verkar inte vara så påverkad av vilken typ av styrning bolagsformen har utan verka skifta sig beroende på förutsättningarna som organisationen ger. Många krav från ledningen verkar göra att ledarrollen hanterar information och kontroll.

Motpolen till detta blir att en verksamhetschef som inte har så mycket styrning från ledning. Denne verkar i större utsträckning bli en entreprenör och tar mer hänsyn till medbestämmande från personalen sida. Det här leder till en verksamhetschef som har en ökad flexibilitet i sin vardag.

Källförteckning

Tryckta källor

Alvesson, M och Sköldberg, K (1994). ”*Tolkning och Reflektion”*, Studentlitteratur Lund.

Alvesson. M genom Askman.T (2009) " *Det finns ingen framgångsformel*" Civilekonomen 10/2009

Axelsson. L (2000) "*Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning*”. Elanders Gotab, Stockholm

Blomquist, T. & Packendorff, J. (1998) ”*Ekonomisk styrning för förändring: En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården.*” Umeå Universitet, Studier i företagsekonomi Serie B, nr 40.

Boyne. G (2002) *"Public and private management: Whats the difference?"* Journal of management studies 39:1

Bryman, A och Bell, E (2003) ”*Företagsekonomiska forskningsmetoder*”. Liber AB, Malmö

Echeverri, P (2002) "*Marknadsföring i tjänsteekonomin*" Studentlitteratur, Lund

Fayol.H (1916/2007) ”*General principles of management*” Pugh, D.S. “*Organization theory-Selected readings*” (5e upplagan); Penguin books, London.

Hallin, B (2003)”*Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*”Studentlitteratur Lund

Hansen M. Sverke M, Naswall K (2008) "*Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey*" Pergamon

Hasselblad, Bejerot, Gustafsson 2008 "*Bortom New Public Management*" Academia Adacta, Halmstad

Johansson (1991)"*Offentlig och privat i regionalpolitiken*" Studentlitteratur, Lund

Johansson, L-G. (2003). *Introduktion till Vetenskapsteorin.* Bokförlaget Thales, Stockholm

Larsson. G (1996) "*Arbetets läkande kraft*" Kristianstads Boktryckeri AB

Lindell,C. Wärnberg Gerdin, E (2009) *En hälsoorienterad hälso- och sjukvård - förutsättningar för utveckling;* Folkhälsovetenskapligt Centrum i Östergötland

Mintzberg. H (1973) "*The nature of managerial work*" . HarperCollins Publishers, New York

Mintzberg. H (1993) " *Structure in fives - Designing effective organizations*". Prentice-Hall, New Jersey

Palmer, I & Hardy, C. (2006). "*Thinking about managemen*t", SAGE Publications, London

Patel, R och Bo, Davidson. (2003) *"Forskningsmetodikens grunder"* Studentlitteratur, Lund

Porter. M.E, Olmsted Teisberg. E (2004) " *Refining competition in health care*" Harvard Business Review, Juni 2004

Rubenowitz genom Nilsson. E, Norén-Winsell.E; Djärv.S (1999) "*Administration och arbetsledning i vård och omsorg*".Studentlitteratur, Lund

Starrin, P och Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Studentlitteratur. Lund.

SOU 1993:48. Boethis. M "*Kommunala verksamheter i egen förvaltning och kommunala aktiebolag*", Allmänna förlaget, Stockholm

SOU 2008:15. Ankarberg Johansson, Acko. Frittvalutredningen ”*LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem”,* Edita Sverige AB

Tomey, A (2009) *"Nursing Leadership and management effects work enviroments",* Journal of Nursing Management.

Internet

http://www.lio.se/templates/PageWithColumn.aspx?id=46936 [1] Senast tillgänglig: 2009-11-22

http://www.lio.se/For-privata-vardgivare/For-vardleverantorer/Bakgrund-och-beslut-om-Vardval-primarvard-i-Ostergotland/ [2] Senast tillgänglig: 2011-05-12

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation_1/valfrihet/valfrihetuppdrag/lag_om_valfrihetssystem [1] Senast tillgånglig: 2011-05-10

Bilagor

Bilaga 1, Respondent A

Telefonintervju med verksamhetschef driven i offentligt i landstingets regi.

- *Den huvudsakliga formella rollen verksamhetschefen har inom verksamheten*:

Respondenten har det huvudsakliga verksamhetschefsansvaret som innebär att man har det operativa, personalmässiga, budgetmässiga och utvecklingsmässiga ansvaret för verksamheten. Det totala ansvaret för vårdcentralen.

-*Den huvudsakliga positionen i verksamheten*:

Den informella positionen är att agera spindeln i nätet, som fungerar nära verksamheten med det vardagliga operativa frågorna och sedan det formella utvecklande arbetet att delge en visionell bild av verksamheten och kraven om central administration och ledarskap som landstinget ställer.

-*En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll*?

Främst ser respondenten sig som en person som ska främja samspelet mellan personal, samverkan och coacha människor, sen finns den formella beslutsfattande rollen där, men främst den underlättande rollen för samverkan.

- *Landstinget som påverkan på verksamhetsansvarig*

Det finns många och mångfacetterade krav på vårdcentraler från den centrala administrationen och ledningen, rent politiskt. Eftersom det händer mycket inom primärvården kan det vara svårt att prioritera vilka av kraven man ska verkställa. Det är en omöjlighet att jobba för att alla kraven ska uppfyllas, även för att vissa är motstridiga varandra.

-Tankar kring vårdvalet. Kunder har idag möjlighet att byta vårdcentral och med det uppstår en konkurrens.

I Stockholms läns landsting så har vårdvalet varit igång sedan september månad. De kan se vissa effekter av vårdvalet: Just nu styrs verksamheten av ett vårdvalsavtal där verksamheterna måste godkänna att de ska uppfylla vissa formella krav som ställs på verksamheten (de är samma för enheterna oavsett om det är privat eller offentlig regi). Det finns vissa mätresultat i form av telefontillgänglighet och antal besök och redovisas som patientenkäter, vilket vi kan vägleda patienterna med sina aktiva val av vårdcentral. Vårdcentralen har egentligen inga bra siffror vare sig på sina patientenkäter eller på tillgänglighet via telefon pga låg bemanning, men de har många patienter som valt dem aktivt trots det. Vårdcentralen är belägen i ett studenttätt område med en hög omflyttningsfrekvens där. Därför tror respondenten att det finns parametrar som kan påverka vårdvalen privat och offentlig i privatas fördel som inte landstingsledningen tänkt på. De privata har till viss del större möjligheter än de offentliga eftersom de inte är lika styrda som de offentliga vårdcentralerna att kunna locka till sig fler kunder. Till exempel kan de marknadsföra sig på ett annat sätt, vilket är en begränsad del om vårdcentralerna är landstingsstyrda. De privata har en större flexibilitet i sitt handlande.

- *Hur mycket insyn har personalen i budgeten*?

Inte mer än information om hur det ser ut om det är större avvikelser inom någon del. De har inte något direkt ekonomiskt ansvar eller insikt, mer än det man gör i ditt dagliga arbete, iallafall som läkare.

- *Hur påverkar över- och underordnade verksamhetschefen inom organisationen*.

Verksamhetschefen känner att många drar i dennes trådar både från personal och överordnade, vilket bidrar till stress eftersom man blir beklämd. De dagliga frustrationerna bidrar till stress och att det är mångfacetterade krav med flera fokus.

Bilaga 2, Respondent B

Telefonintervju med verksamhetschef för privat del i vårdcentral

- *Den huvudsakliga formella rollen inom verksamheten*:

Deltidsarbete som verksamhetschef och resterande del som distriktssköterska. Arbetsledande roll som verksamhetschef med ansvar för budget, personal och resterande ansvar för verksamheten.

-*Tankar kring vårdvalet*

Det har inte påverkat verksamheten alls eftersom verksamheten har ett avtal med regionen som inte löper ut förrän juni 2011, de verksamheter som redan är inne i detta har påverkats ekonomiskt negativt både privat och offentligt, och justeringar i ersättningsnivån till verksamheterna kommer att göras under 2010.

-*Hur privata och offentliga verksamheter anpassar sig till valfrihetssystemet*

- Eftersom privata enheter oftast är mindre än de offentliga har de kortare beslutsvägar och har därmed mest troligt lättare att anpassa sig till omgivningens krav

-*Hur mkt insyn har personal i verksamheten och dess budget*

Personalen har god insyn i ekonomin, som delas med de anställda vid alla personalmöten.

-*Hur påverkas du av överordnade, underställda*?

Den ekonomiska biten är viktig, då det utan vinst inte kan finnas något företag. Sen arbetar vårdcentralen mycket med kvalitet, uppföljningar av hur personalen trivs och hur patienterna upplever vård och bemötande. Mål, värderingar i koncernen genomsyrar verksamheten, men de sätter interna mål utifrån de övergripande målen. Respondenten erfar att de styrs av dessa mål men inte av personer som är överordnade.

- *Om kraven skiljer sig från offentlig och privat regi*

Ja. Inom landstinget finns fler stödfunktioner eftersom verksamheten är större, där det finns personal-, ekonomiavdelningar och andra kringresurser som kan hjälpa verksamhetschefer, nu faller detta på de privata verksamheternas bord.

-En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll?

Det är en beslutsfattande roll.

Bilaga 3 Respondent C

Telefonintervju med verksamhetschef inom offentlig sektor

-Tankar kring vårdvalet

En del ändringar gjordes innan vårdvalet trädde i kraft. Telefonkösystemet togs bort och istället bemannar flera sköterskor telefonen för att kunna hjälpa vårdpatienterna bättre och snabbare. Det är dessutom lättare för äldre som har svårt att knappa in på en knapptelefon. Det som gjorts är en anpassning till de listade kunderna och dess krav. Även mottagningen är öppen då patienterna inte behöver gå genom en hord sköterskor utan kan direkt träffa en läkare efter anmälan i receptionen varje vardagsförmiddag. Verksamheten har även förhandlat in en kvällsmottagning. Det är inte vårdvalet som gjort att de har valt detta, utan det handlar om att serva kunderna. Att kunna erbjuda tider och lyssna är viktigt. ”Det som man som vårdenhet måste komma ihåg är - Hur vill man själv bli bemött så man söker vård, våra ledord blir följaktligen att vara flexibel och öppen”. Självklart går det inte att lösa alla problem, och det finns vårdkunder som inte är nöjda. Det är inte en beställningscentral och därför kan man inte lägga önskemål om undersökningar som är onödiga. Det är många som har valt vårdcentralen aktivt i vårdvalet.

I vårdvalet har vårdcentralen blivit vinnare då de inte följer alla traditionella regler. Det är dock inte alltid bra då det är för många som listar sig hos vårdcentralen, vilket gör att väntetiden blir ungefär två veckor för denna vårdcentral. Detta gynnar med andra ord varken patienter eller enhet. Centrala vårdcentraler får många vårdkunder, det har visats tydligt i vårdvalet. Denna vårdcentral har anpassade lokaler, anpassad personal men just nu är det trångbott. Det tar ca 6 månader att få personal fast anställda och då är det svårt att anpassa inflödet om personalresurserna inte finns där. En privat etablering öppnar snart i närheten av verksamheten, vilket välkomnas då det kan hjälpa vårdcentralen genom att avlasta verksamheten då för många patienter finns.

-Fördelar och nackdelar inom offentlig och privata vårdcentraler.

"Landstingsägda har en tyngre ryggsäck att bära även om förutsättningarna borde vara densamma"

Det är en hård styrning från de som sitter över i hierarkin. De i privata sektorer styrs av bolagsformen där de måste generera vinst i och med att det är aktiebolag" Hade det varit

ekonomiska föreningar hade skillnaden varit större då vinsten stannar. Större koncerner som Carema drivs likt landstinget och då försvinner nog skillnaderna ägandeformen till trots.

-En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll?

Det samlade verksamhetsansvaret. Se till att verksamheten håller en hög medicinsk standard, personalansvar och ekonomiskt ansvar, så det är en beslutsfattande roll. Sedan kontrolleras detta. Chefsskapet idag är satt under lupp.

-Påverkan främst över eller underifrån

Politikerna lägger upp frågan *Vad* som ska göras för pengarna och *Hur*-frågan löses med personalen. De som inte delar den samlade visionen bör se sig om efter annat arbete.

Bilaga 4, Respondent D

Telefonintervju med en verksamhetschef inom offentlig regi.

- Den huvudsakliga rollen inom verksamheten.

Respondenten ser sig som strateg, chef och ledare där denne har ett sammantaget ansvar för mottagningarna.

-Tankar kring skillnader mellan privat och offentlig bolagsform

Ur ett beställarperspektiv så ska det vara samma förutsättningar. Det är en knapp ekonomi vilket avspeglar samhället i stort. Ersättningsnivåerna är för låga, men kommer att utvecklas under 2011. Respondenten hade inte tagit positionen som verksamhetschef om denne inte trott att det varit möjligt att beskriva, utveckla och planera verksamheten.

-Tankar kring vårdvalet

Vårdvalet innebär konkurrens, vilket i förlängning är positivt. Det negativa är att vårdvalet för kunden är fritt, vilket är bra för kunden men gör att det inte går att långsiktigt planera verksamheten.

-En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll?

Samtliga roller. Som strateg skall man se framåt och leda och planera verksamheten, som chef tar man beslut och som ledare ska man samverka för och mellan personalen. Det viktiga är att fokusera på nuet i årsbasis.

Bilaga 5, Respondent E

Telefonintervju med stabschef för offentlig regi.

- Den huvudsakliga rollen inom verksamheten

Ansvar inom olika administrativa stödprocesser för verksamheten och driften av den.

-Tankar kring skillnader för vårdcentraler inom privat och offentlig regi.

För verksamhetschefer inom de privata verksamheterna ges det en större frihet och flexibilitet att organisera sig och möta patienternas behov. Den offentliga verksamheten är mer styrd av offentliga regler och rutiner. Ledare inom den privata regin har en större frihetsgrad att leda och fördela arbetet inom sin verksamhet och har dessutom snabbare beslutsvägar. Detta eftersom de inom den offentliga regin har möjligheten att anpassa sig till situationer på ett annat sätt.

Absolut finns det skillnader mellan verksamhetsstyrningen. Inom privat regi är det mer decentraliserat, mycket för att enheterna ofta är mindre. Den offentliga är större enheter och större områden som chefen måste greppa, vilket i sig ger ett annorlunda sätt att leda. Cheferna har då mer kringfaktorer att ta hänsyn till och är politiskt styrd på ett annat sätt än de privata enheterna är.

Det är fler som drar i ens trådar i de offentliga enheterna och fler kringfaktorer och parametrar som påverkar en. Inom en privat verksamhet är det nog friare. Det är tuffa ekonomiska parametrar men det finns fler ledningsmekanismer, politiskt och fackligt som en chef inom landstinget måste ta hand om. Fördelen med offentliga enheter är flexibiliteten när det gäller att exempelvis ta ut semester eftersom det är mindre frånvarokänsligt, men däremot är det längre till cheferna. Det är mer känsligt om en veckas extra semester ska tas ut i de privata enheterna då det inte finns personal att disponera. Man kommer närmare sin chef i ett mindre organisation, det är mindre och det blir tajtare och kräver ett större engagemang.

-Tankar kring valfrihetssystemet

Inom vissa län ser man ekonomiska problem för flera enheter där kostnaderna överskrider intäkterna och där därför enheter kommer läggas ner. De landstingsdrivna och de privata konkurrerar. De privatas resultat har ökat medans det går sämre för de offentliga. En del landstingsägda vårdcentraler kommer mest troligt att läggas ner.

Bilaga 6, Respondent F

Telefonintervju med vd och medicinsk verksamhetschef, föreningsägd verksamhet

-Den huvudsakliga rollen inom verksamheten

Respondenten är vd med allt normalt ansvar vilket omfattar personal, budget, verksamhetsansvar, medicinsk säkerhet.

-En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll?

Respondenten anser sig ha en beslutsroll. Sedan finns det områdesansvariga, medicinska ansvaret hos en läkare, sköterskeansvaret. Respondenten påverkas mycket av de som är under denne i hierarkin eftersom verksamheten är starkt personal och kunskapsintensiv där alla är experter inom sina egna områden. Som chef arbetar chefen enbart på en konsultativ bas eftersom denne inte har expertkunskaper såsom läkare och sköterskor, dvs. bygger verksamheten på medarbetarnas bedömningar. Med andra ord har medarbetarna ett väldigt stort inflytande på respondenten som chef, verksamheten och dess innehåll. Detta kräver att ledaren är flexibel i sin beslutsroll och en enkelhet att kunna förändra sin verksamhetsstruktur utifrån förändrade omgivningsmöjligheter inom en given ram.

Det finns en hög kvalitet inom verksamheten, och ett högt vårdkunder antal anslutna till vårdenheten med en i hög grad flexibel organisation och struktur. Man flyttar inte på personal, och tar bort denne vid lågintensiva perioder utan man har kvar denna istället för att omanställa personen, speciellt eftersom resurstillgången är så låg då sverige idag saknar 2000 primärvårdsläkare. Kompetensbasen är svår att rekrytera till. Man har även kvar läkarna för att skapa stabilitet i veksamheten. Från ena månaden kan man inte kräva att ha 1.5 tjänst, medans man månaden efter behöver 2.5 tjänster. Det finns dessutom långa anställningstider på flera år för att patientbasen ska kunna läras ut. Genom kompetensramen är verksamheten flexibel i hög grad, men att göra kompetensomflyttningar är svårt.

Kraven på verksamhetschefer till skillnad från offentlig regi är formellt sett samma med budgetansvar och verksamhetsansvar, men inom offentlig regi finns det inget affärsmässigt/företagsmässigt ansvar. Den affärsmässiga ansvaret ställer andra krav på att hantera olika ansvar, vilket inte behövs inom en offentlig verksamhet, när det gäller personal-informationsstruktur, då det finns stabsfunktioner inom en central styrning, med olika

ekonomiavdelningar osv. Med andra ord finns kompetensstöd från andra delar av landstinget, medan de inom privata enheter sitter ensamma på ansvaret för detta. Det är med andra ord ett fullständigt ansvar för alla funktioner som verksamhetschef inom en privat enhet, precis som ett mindre företag.

-Tankar kring vårdvalet

Informellt, när det handlar om marknadskoppling, konkurrens på grund av vårdvalet, behöver de privata verksamheterna ta vårdkunder, medan de landstingsägda jobbar utifrån en bas som de haft traditionellt sett länge. Konsumentförsäljningen skiljer. De landstingsägda enheterna upplever således att de tappar kunder till vår fördel i och med vårdvalet när kunderna omfördelas fritt. Det är skillnad att driva en konsumentförsäljning gentemot en produktionsverksamhet, vilket de offentligt styrda ter sig vara. De privata entreprenörerna, de privata verksamheterna driver utvecklingen och nya angreppssätt och försöker och göra något liknande förhållningssätt inom primärvården, de landstingsägda måste följa efter för att överleva. De landstingsägda jobbar även inom en politisk och byråkratisk ram som är väldigt snäv och uppstyrd med olika regler, vilket begränsar dem. De privata enheterna är mer öppna och ställer krav på en öppenhet, vilket görs för överlevnad. Enkla saker som kvällsöppet och seminarier för sina vårdkunder eller på nya sätt arbetar med personalstrukturer. Det är mer flexibelt mot kundgrupperna.

Det finns olika förutsättningar i olika län. Exempelvis i ett närliggande län där kunderna delas till olika enheter, medan de privata enheterna inom andra län, måste arbeta upp en kundgrupp från noll och därmed ta vårdkunder ifrån de offentliga enheterna. Därmed finns det inget samarbete inom primärvårdens privata och offentliga delar inom Kronoberg, utan alla ses som konkurrenter. De offentliga aktörerna är inte villiga att samarbeta med de privata. Utåt sett hade respondenten velat se att de konkurrerar om patienterna men att de bakom fasaden samarbetar för att i medborgaransvar hitta kundernas bästa lösning, med gemensamma kvalitetsramar och arbetssätt

Bilaga 7, Respondent G

Telefonintervju med verksamhetschef för privat vårdcentral

Skillnaden privat och offentlig verksamhet.

Startade eget för att slippa undan all byråkrati inom Landstingets verksamhet och att som läkare inte får ha sina egna patienter, göra blixtutryckningar men framför allt att man inte får lära känna sina patienter. Såldes finns det heller inte någon kontroll på vem som gör vad och hur patienterna följs upp. Respondenten anser sig ha ett mycket större handlingsutrymme i den privata regin. Detta skapar självklart en trygghet för patienten. Som verksamhetschef tillika läkare så kan respondenten även disponera sin tid bättre och till skillnad från inom en landstingsägd verksamhet lägga mer tid på patienterna och patientkontakt och mindre tid på möten och andra liknande administrativa procedurer. Det finns större utrymme att vara sig själv i en privat enhet, således mår man även bättre som människa och man kan sätta en personlig prägel på läkekonsten. Intervju personen säger följande ”*Att inte få använda alla strängar på sin lyra stympar jobbet.*” Respondenten anser vidare att man känner en större tillhörighet till den privata enheten för att man har ett större personligt ansvar och den egna rösten lättare gör sig hörd. Ömsesidig förståelse inom organisationen är a och o, något som anses saknas inom de större landstingsdrivna enheterna. Det är även en högre påverkansmöjlighet på de ekonomiska faktorerna för personalen och även patienterna. Ibland kommer patienterna med en trisslott som betalning och det är helt okey när man vet att de inte har det så bra ställt, även om man inte får göra så. Enligt respondenten är det fler patientbesök som tas emot på den privata vårdcentralen eftersom tid för möten och personaldagar i större utsträckning försvinner samt att det är kortare beslutsvägar och mindre kötid. De privata verksamheterna är helt enkelt effektivare.

Skillnaden på en verksamhetschef inom en privat och offentlig verksamhet

Som verksamhetschef på en privat enhet är man mer personlig. Ekonomin påverkar chefen och verksamheten till en större grad. Landstinget kommer aldrig ekonomiskt att gå omkull eftersom de har stöd av staten, de har också personaluppbackning genom olika vikariepooler. Detta ökar motivationen att skapa vinst och sköta verksamheten på ett bra sätt. Man ser även mer kostnadseffektivt på inköp till verksamheten etcetera och om det gav verksamheten något.

De skillnader som vårdvalet gjort på verksamheten

Respondenten anser att det inte varit bra då detaljstyrningen på verksamheten är för stor. Tanken med vårdvalet är bra och möjligheten för fler vårdgivare att öppna verksamheter men Landstinget styr för hårt. Konkurrensverket arbetar för närvarande med att få Landstingets detaljstyrning att lätta.

Hur personal påverkar verksamhetschefen

Det påverkar i den grad att om personalen mår dåligt eller inte trivs antingen på arbetsplatsen eller i hemmet. Man hjälper, stöttar och hugger i tillsammans på en mindre arbetsplats. Specialavtal, undantag eller regler kan inte ruckas på i en offentlig verksamhet och chefen är mer distanserad från sina medarbetare. Det handlar om ömsesidigt ge och ta i en mindre privat verksamhet. Respondenten anser att problem tas om hand om direkt. Politiskt beslut är ofta diffusa och är kollektivt utformade att passa alla verksamheter sådana interna strukturer behövs inte i en nära verksamhet.

Bilaga 8, Respondent H

Telefonintervju med ansvarig för upphandling och avtalsansvarig för privata vårdgivare

-Hur vårdvalet påverkar konkurrensen verksamheterna

- Konkurrens gör att alla blir mer intresserade av sin verksamhet och att göra ett bra jobb. Den fria marknaden kan hjälpa till att utveckla verksamheten. Respondenten tror inte att de offentliga marknaderna har så mkt större möjligheter än de privata och tror inte att någon av sjukvårdsverksamheterna utnyttjar sina möjligheter utan enbart går i sina gamla spår. Bra öppettider, vänligt mottagande och en trevlig vårdcentral är något som kunderna kan bedöma, men den medicinska kvaliteten måste kontrolleras via uppföljningar av landstinget. Privata verksamheter blir entreprenör för att man vill lite mer och har lite annorlunda idéer och därmed är flexibel, vilket även miljön gagnar. De får inte bara bättre lön inom privat regi, de har även kortare beslutsvägar och man kan påverka mer inom organisationen. Det finns även stora koncerner som Carema och Capio, som är mindre än landstinget, men där de är lika styrda av överordnade som i offentliga enheter.

Bilaga 9. Respondent I

Intervju med personalkonsult för personalchefer inom Landstinget

-Synen på vårdvalet

Vårdvalet har varit bra för verksamheterna. Konkurrensen gör att verksamheterna har skärpt till sig och ökat sin kundfokusering. Verksamheterna har börjat utveckla sig mer. Verksamheterna har även fått striktare budgetar och har därför behövt göra sig av med personal, och de som är kvar efter nedskärningarna har behövt arbeta mer effektivt.

-Hur klarar sig offentliga verksamheter jämfört med de privata?

De privata ser väldigt olika ut då vissa ingår i koncerner och andra är små privata enheter. Det finns nog stora likheter mellan privata koncerner och landstingsägda enheter. De mindre enheterna har fördelar såsom kortare beslutsvägar, större påverkansmöjligheter men ersättningsavtalen är samma för alla vilket har gjort att alla fått rationalisera och effektivisera då ersättningen idag för vården är för dålig.

Bilaga 10. Respondent J

Intervju med landstingsansvarig för offentlig primärvård

- Finns det några tankar som legat till grund för Lagen om valfrihetssystem?

Efter att ha läst en del kring lagen kan man i grunden se att det finns en ideologisk tanke om att konkurrens främjar utveckling och kvalité som leder till en utveckling av verksamheten i alla perspektiv.

- Hur mycket av dessa tankar tror du kommer från just politiska idéer?

En del. Det mesta kommer från den borgerliga sidan.

- Har det bildats konkurrens mellan privat och offentlig primärvård?

Konkurrensen är nog inte större nu än tidigare. Respondenten anser också att den nya lagstiftningen blir mindre lämplig desto längre från storstäderna man kommer. Kunder finns i och för sig överallt. Men ersättningssystemet som används måste vara korrekt anpassat för situationen. För detta krävs löpande uppföljningar för att se om det system som finns idag är rätt eller inte. Vidare tycker respondenten att det ska vara lika enkelt att slå sig ner i mindre orter såväl som stora orter om ersättningssystemet är korrekt.

- Verksamhetschefernas roll i verksamheten. Vad kan du se för skillnad mellan privata och offentliga verksamheter?

De offentligt drivna primärvårdsverksamheterna har i nuvarande situation ett större krav på sig att vara delaktiga i övergripande processer. Från det perspektivet blir det ett högra på chefen. De flesta privata ägarna anser han mest vara heltidsarbetande doktorer, vilket gör att de inte är chefer på samma sätt. Ett dilemma som respondenten kan tänka sig är vem som skall vara ansvarig för den vård som inte är pengaskapande. Men som är viktig för primärvården.

- Vad krävs av en verksamhetschef inom offentlig och privat styrning?

Vad som krävs beror på vilken enhet det gäller inom primärvården. Det finns grundläggande krav för att vara verksamhetschef. Dessa är landstingets regler och värdegrunder. Det är situationsanpassat. På vissa ställen kanske det krävs en chef som är väldigt tydlig och rak, på andra ställen kanske det behövs en chef som är demokratisk och diplomatisk. Men från

landstingsförvaltningens sida söks chefer med olika professionell bakgrund. Idag finns chefer som är läkare i botten eller distriktssjuksköterskor, psykologer samt sjukgymnaster. Vilket enligt respondenten kan vara en framgångsfaktor för vidareutveckling. Däremot spelar bakgrunden hos verksamhetschefen en stor roll för sättet att tänka sig in i situationen.

- *Hur stor chans har verksamhetschefen att påverka i beslut på landstingsnivå?*

En verksamhetschef har stor möjlighet att påverka. Men alla tunga frågor tas i chefsgruppen. Politikerna fastställer uppdraget. Det finns en primärvårdsdelegation som sitter i fullmäktige som har som uppdrag att verka för primärvårdsförvaltningens bästa och jobba med konkurrens etc.

I den gruppen sitter det politiker som har med sig sina ideologier från sina egna partier. Exempelvis att det ska bli en större andel privatdriven vård. Här kan det bli en konflikt då de sitter där för att stärka konkurrenskraften för den offentliga vården. När beslut tas försöker vi att ha en sådan bred förankring som möjligt.

- *Hur mycket tror du att politikerna påverkar dagliga arbetet för en primärvårdsverksamhet?*

Lite

- *När en förändring inträffar, kommer det att påverka strukturen eller kommunikationen inom själva verksamheten?*

Ja, delvis har det väl gjort det. Det har varit hälsoval nu sen september. Det har blivit en del förändringar i grunden. Sen har det inte varit någon speciell förändring i förhållande till tidigare. Det har jobbats en del mer med kommunikation mot befolkningen. Men om det pratas organisationsstruktur, finns det en väldigt markant förändring med den när lagstiftningen införs. Politik, ledning och omgivning, så har primärvårdförvaltningen fått samma uppdrag som t.ex. Sensia. En markant förändring är att många frågor måste behandlas av beställarenheterna för primärvården.

- *Har det förts någon dialog hur det kan påverka organisationerna. Tror du att det skiljer sig mellan privat och offentlig verksamhet?*

På verksamhetsnivå har väldigt lite hänt. Förändringen ligger hos de privata vårdgivarna, då de måste ha en bredare verksamhet än tidigare. Det finns de grundläggande skillnaderna. Om du t.ex. går till din husläkare på en offentlig eller på en privat verksamhet, ska du få en vård

som är enligt det beställda uppdraget. Därmed kan det finnas en bäring som kanske inte har sin grund i hälsoval. Offentlig primärvård måste fundera ännu tydligare på bemötande och servicefrågor. För där har privatvård haft en högre svansföring i det personliga. För där tar man kanske lite mer ansvar för sitt egna.

- *För en verksamhetschef, vad kan det tänkas bli för konsekvens med tanke på de skillnader som finns.*

Den blir inte så stor. Det har varit en prestationsbaserad ersättning sen tidigare. Så det har funnits en tanke bakom att prestera efter de pengar man tjänat ihop sedan tidigare. Sen är den stora förändringen i och med lagstiftningen att det blir skarpare ekonomiska gränser.

- *Kan de offentliga verksamheterna fatta beslut direkt på plats, och hur mycket mandat har de att göra det?*

90 % av besluten tas av chefen, väldigt få beslut tas av ledningen. Så länge verksamhetschefen håller sig inom de utsatta ramarna. Det går t.ex. inte att anställa tre läkare till för att göra arbetsmiljön bättre, för då går ju inte ekonomin ihop. Sen beror det på hur detaljstyrd ramen är. Men inom ramen har de all form av möjlighet.

Intervjuguide verksamhetsansvarig

- Den huvudsakliga formella rollen verksamhetschefen har inom verksamheten:

-Den huvudsakliga positionen i verksamheten:

-En roll som främst hjälper till med samspelet mellan personalen, distribuera information eller att ha en beslutsfattande roll?

- Landstinget som påverkan på verksamhetsansvarig

-Tankar kring vårdvalet. Kunder har idag möjlighet att byta vårdcentral och med det uppstår en konkurrens.

- Hur mycket insyn har personalen i budgeten?

- Hur påverkar över- och underordnade verksamhetschefen inom organisationen.

Intervjuguide ledning

- Finns det några tankar som legat till grund för Lagen om valfrihetssystem?

- Hur mycket av dessa tankar tror du kommer från just politiska idéer?

- Har det bildats konkurrens mellan privat och offentlig primärvård?

- Verksamhetschefernas roll i verksamheten. Vad kan du se för skillnad mellan privata och offentliga verksamheter?

- Vad krävs av en verksamhetschef inom offentlig och privat styrning?

- Hur mycket tror du att politikerna påverkar dagliga arbetet för en primärvårdsverksamhet?

- När en förändring inträffar, kommer det att påverka strukturen eller kommunikationen inom själva verksamheten?

- Har det förts någon dialog hur det kan påverka organisationerna. Tror du att det skiljer sig mellan privat och offentlig verksamhet?

- För en verksamhetschef, vad kan det tänkas bli för konsekvens med tanke på de skillnader som finns?

- Kan de offentliga verksamheterna fatta beslut direkt på plats, och hur mycket mandat har de att göra det?

Linnéuniversitet – kvalitet och kompetens i fokus

Den 1 januari 2010 gick Växjö universitet och Högskolan i Kalmar samman och bildade Linnéuniversitetet. Linnéuniversitetet är resultatet av en vilja att öka kvalitet, attraktionskraft och utvecklingspotential för utbildning och forskning, och spela en framträdande roll i samverkan med det omgivande samhället. Linnéuniversitetet erbjuder en attraktiv kunskapsmiljö med hög kvalitet och konkurrenskraftig kompetens.

Linnéuniversitetet är ett modernt internationellt universitet som betonar nyfikenhet, nytänkande och nyttiggörande. För oss är närhet till studenterna, världen och framtiden i fokus.

Lnu.se

Linnéuniversitetet

391 82 Kalmar/351 95 Växjö

Telefon 0772-28 80 00