

Marianne Leffler
Ylva Mühlenbock
under medverkan av Björn Brorström

NU-sjukvården - sjukvård i förändring

En studie av fusionen mellan Uddevalla sjukhus och NÄL

KFi-rapport
nr 49

Innehåll

sid.

Inledning	1
NU-sjukvårdens verksamhetsidé och syfte	1
NU-projektet	1
NU-sjukvården i ett forskningsperspektiv	2
DEL I: Motiv för förändringen och förväntade effekter	4
Politikerperspektivet	4
Ny lösning på gamla problem	4
Ekonomi är ansträngd	5
Den tekniska utvecklingen kräver investeringar	5
Länsgränser försvinner	5
Den framtida sjukvårdskvaliteten måste säkerställas	6
Personalens kompetensutveckling kräver stora volymer	6
Patienterna sätts i centrum	6
Personalperspektivet - NU-sjukvården, ett besparingsprojekt	7
Personalens förväntningar på NU-sjukvården	7
Utgångspunkter för samverkan - politikernas perspektiv	8
Politisk styrning och struktur	8
Betydelsen av olika styrsystem	9
Den politiska rollen i NU-direktionen	10
Utgångspunkter för samverkan - personalens perspektiv	11
Inställning till den pågående processen samt märkbara effekter av sammanslagningen	11
Information om NU-sjukvården	12
Skillnader mellan yrkesgrupperna	12
Utanför arenan - de tre mindre sjukhusen	13
DEL II: Tolkning av förändringsarbetet inom NU-sjukvården	14
Det är skillnad mellan att organisera för samverkan inom sjukvården och att genomföra en sjukhusfusion	14
Olika "Sam-begrepps" betydelse	15
Otydliga begrepp skapar otydliga bilder	16
Processororientering eller strukturorientering vid förändringsarbete - olika synsätt i genomförandet av NU-projektet	17
Beskrivning av genomförandet i strukturplanen	17
Personalaspekter i NU-projektets genomförande	18
Att fokusera det konkreta och undvika det "mjuka" - Isbergsmetaforen	18
Förändringsarbete i professionella organisationer	19
Kritik från läkare	19
Genomförandet som en del i det strategiska NU-projektet	20
Förändringar inom Barn- och ungdomskliniken	20
Förberedelser och förväntningar före flytten	21
Den första tiden efter flytten - en situation med personalbrist och exponering av olikheter mellan personalgrupperna	21

Situationen under hösten 1997	23
Politikers syn på genomförandet	23
Att lära av erfarenheter	24
Det är svårt att fusionera två sjukhus	25
Tillhörighet och identitet bryts vid fusioner	25
Synsätt på organisation, kultur och förändring är av betydelse för fusionens framgång	26
Avslutande kommentar	27
DEL III: Villkor för effektivitet - reflektioner om profession, organisation och institution	30
Organisationens betydelse för en effektiv verksamhet	30
Organisations- och styrningsideal och dess effekter	30
Effektiv organisation - hantera konkurrerande värden	31
Goda institutioner och institutionell förändring	32
De professionella	32
Sökandet kan börja	33

Inledning

NU-sjukvårdens verksamhetsidé och syfte

Grundtanken med NU-sjukvården är att genom samverkan förbättra möjligheterna att bibehålla och utveckla en god länssjukvård i de norra delarna av Bohuslän och Älvsborg inom givna ekonomiska ramar. Ett syfte med NU-sjukvården är att utveckla ett nytt och bättre arbetssätt inom vården till gagn för patienterna. Här inkluderas även att samverka med den sjukvård som bedrivs av primärvården och i kommunerna. Ett annat syfte med NU-sjukvården är att rationalisera verksamheten. Båda dessa syften utgör en grund för den strukturomvandling som NU-sjukvården genomgår.

Bohuslandstinget och Landstinget i Älvsborg har bildat ett kommunalförbund gemensamt med uppgift att ansvara för länssjukvården i det aktuella geografiska området. Förbundet trädde i kraft den 1 januari 1996. NU-sjukvårdens övergripande verksamhetsidé är *"samverkan över gränser för patientens bästa"*. Det innebär att

"NU-sjukvården på alla områden skall sträva efter att utveckla samverkan mellan olika yrkesgrupper och verksamhetsområden, både inom och utanför sjukhuset." (ur *"Samverkan över gränser för patientens bästa - beslutsunderlag"*)

Bildandet av kommunalförbundet innebar att två större och tre mindre sjukhus fick en gemensam organisation under en sjukhuschef från 1996. En första åtgärd för att markera detta var att organisatoriskt och ansvarsmässigt slå samman kliniker från de olika sjukhusen till en klinik och med en verksamhetschef. Inom NU-sjukvården finns det t ex bara en kirurgklinik, men den är fysiskt lokaliserad till flera sjukhus.

Redan innan NU-sjukvården formellt trädde i kraft tillkom ett sparbetning för organisationen på 209 miljoner, vilket skulle klaras av inom en treårsperiod. För att klara sparbetningen förtydligades idén om sammanslagning genom att klinikerna skulle koncentrera huvuddelen av sin verksamhet till ett av sjukhusen NÄL eller Uddevalla. Ett omfattande arbete med strukturförändringen inom NU-sjukvården påbörjades och fick benämningen "NU-projektet".

NU-projektet

NU-projektet delades in i tre olika faser - struktur, dimensionering och genomförande. Det politiska uppdraget från ägarlandstingen till NU-sjukvårdens direktion anger att Uddevalla och NÄL båda skall bedriva akutsjukvård och vara två likvärdiga sjukhus. Detta utgör viktiga förutsättningar för NU-projektets första fas som innebar att beskriva samverkan och arbetsfördelning mellan sjukhusen. Den andra fasen innebar att göra konsekvensbeskrivningar av två alternativa sjukhusstrukturer. Direktionen gav ett uppdrag till sjukhusledningen att beskriva konsekvenserna av dels ett alternativ med en specialistenhet för i huvudsak planerad vård och en enhet för akutvård, dels ett alternativ med full akutberedskap inom medicin, kirurgi och ortopedi på båda enheterna men i övrigt en fördelning av slutenvården dem emellan.

Arbetet med NU-projektets första två faser bedrevs i en projektorganisation med sjukhusledningen som projektledningsgrupp. I denna ingick sjukhusdirektören (ordf), biträdande sjukhusdirektör, sjukhuschefsläkare, samtliga chefsöverläkare, specialisttandvårdschef och försörjningschef. Projektet engagerade också många anställda i tvärprofessionellt sammansatta arbetsgrupper där chefsöverläkarna fick rollen som projektledare. Totalt deltog ca 300 anställda i den första fasen och ca 500 anställda i den andra fasen. Fas ett och två genomfördes under våren 1996.

Fas 3, genomförandet av omstruktureringen, påbörjades hösten 1996. NU-direktionens beslut att genomföra omstruktureringen fattades i september månad och var startskottet till att genomförandet kunde påbörjas.

NU-sjukvården i ett forskningsperspektiv

Kommunforskning i Västsverige har följt NU-sjukvården genom ett antal delstudier. Två delstudier påbörjades under senhösten 1995, dvs redan innan NU-sjukvården formellt hade trätt i kraft. En av dem belyser den ekonomiska situationen på Uddevalla och NÄL innan sammanläggningen av de två sjukhusen sker. Syftet med studien är att ha den som jämförelsematerial vid en kommande utvärdering. Den andra studien bygger på intervjuer med avdelningschefer, chefsöverläkare och överläkare inom NÄL. Intervjuerna handlar om deras arbetssituation, om ansvar och samarbete, om decentralisering, och om deras uppfattningar om problem inom sjukvården. En motsvarande studie genomfördes på Uddevalla sjukhus våren 1994 i samband med en utvärdering av Bohuslandstingets styrmodell, Bohusmodellen. Syftet med den kompletterande studien på NÄL är att få en likvärdighet mellan de båda sjukhusen vad gäller kunskaper om förhållandena där innan NU-sjukvården etableras.

Under våren 1996 genomförde vi två intervjustudier om förväntningar om NU-sjukvården. Vi intervjuade dels politikerna i direktionens arbetsutskott och dels 10 personer ur vardera personalkategorierna undersköterskor, sjuksköterskor och underläkare. De intervjuade valdes ut från både Uddevalla och NÄL. En person från vardera Dalslands sjukhus, Lysekils sjukhus och Strömstads sjukhus intervjuades också.

Under hösten 1997 intervjuades politikerna igen. Denna gång handlade intervjuerna om en uppföljning av det pågående förändringsarbetet. Strax före sommaren hade de första kliniker fysiskt sett slagits samman. Det var Kvinnokliniken och Barn- och ungdomskliniker från Uddevalla som flyttade till NÄL och integrerades med motsvarande kliniker där. För att kunna följa genomförandet av NU-sjukvårdens sk strukturplan intervjuade vi den berörda personalen på Barn- och ungdomskliniken kort tid före flytten, kort tid efter flytten och dessutom vid ett tillfälle under hösten 1997, ca 5 månader efter flytten. Det var 6 personer som intervjuades vid tre olika tillfällen.

Sammantaget har dessa studier gett oss berättelser om NU-sjukvården vid olika tidpunkter. De har också gett oss bilder av NU-sjukvården baserade på de intervjuades upplevelser av en sjukvård i förändring och av ett praktiskt genomförande av en sjukhusfusion.

Typiska faser i en fusionsprocess är förberedelse, praktiskt genomförande och fusionens resultat, dvs den nya verksamheten. Vi har studerat förberedelsefasen genom att fånga de förväntningar som fanns inom NU-sjukvården i början av 1996. Det praktiska genomförandet har vi studerat genom återkommande intervjuer under den pågående processen. Vi har där fångat såväl personalens uppfattningar som politikernas bilder av skeendet. Ytterligare bilder av förberedelsefasen har då gjorts tydliga. Den nya verksamheten i ett mer långsiktigt perspektiv innefattas inte i denna studie.

Föreliggande rapport innehåller tre delar. Den första delen är en beskrivning av NU-sjukvården baserad på berättelser som de intervjuade politikerna och verksamhetsföreträdarna förmedlat i förväntningsintervjuerna. Vi lyfter där fram motiv till förändringen och förväntade effekter av den. Vidare belyser vi olikheter i organisationerna och betraktar dem som utgångspunkter i en samverkan. Rapportens andra del innehåller ett resonemang om vad förändringsarbetet har inneburit och hur förändringsarbetet har bedrivits. Det är teorier om förändringsarbete och KFi:s tidigare erfarenheter av förändringsarbeten inom sjukvården som ligger till grund för resonemanget. Forskare inom KFi genomförde under 1995-1996 flera studier i samband med Bohuslandstingets utvärdering av den så kallade "Bohusmodellen" (Brorström 1995, Leffler 1995). Det var en beställar/utförarmodell som syftade till att klargöra organisationens olika roller, stärka demokratin och förbättra produktiviteten. Det övergripande syftet med organisationsförändringar som Bohusmodellen och NU-sjukvården representerar är att utveckla en effektiv organisation, ett syfte som ligger till grund för de allra flesta organisationsförändringar som genomförs. Rapportens tredje del innehåller ett resonemang om den effektiva organisationens villkor. Det är Björn Brorström som har författat den delen.

DEL I: Motiv för förändringen och förväntade effekter

De båda "förväntningsstudierna" med arbetsutskottets politiker och med verksamhetens personal genomfördes i tiden parallellt med fas två, dvs innan konsekvensbeskrivningarna var gjorda för de två alternativa strukturförslagen. Politikernas förväntningar på NU-sjukvårdens innehåll och struktur är i det läget höga och de ser positivt på de förestående förändringarna. Personalens förväntningar är av ett annat slag. De uppfattar NU-sjukvården som en signal om förestående försämringar och är oroliga för sin egen och patienternas framtid. Nedan följer en redogörelse av politikernas respektive personalens beskrivningar av motiv till förändringen och förväntade effekter av den.

Politikerperspektivet

En samverkan mellan sjukhusen Uddevalla och NÄL är ingen ny fråga, utan samverkan har diskuterats tidigare och utifrån olika intressen. Under 70- och 80-talen var det t ex bristen på personal som väckte diskussioner om samverkan mellan landstingen. Idag är det huvudsakligen ekonomi och kompetens som står i fokus för intresset. Frågan har diskuterats och förbättrats under den förra mandatperioden med borgerlig majoritet men genomförts under nuvarande mandatperiod som leds av en socialdemokratisk majoritet. Politiker från de båda landstingen från såväl centern, moderaterna som socialdemokraterna tror att den socialdemokratiska majoriteten kan ha haft betydelse för att sammanslagningen blev av till slut. De uppger t ex att socialdemokraterna troligen har bättre kontakter med varandra över landstingsgränsen än vad andra partier har och att de har en gemensam syn på sjukvård och därigenom en starkare kraft att driva frågor och genomföra beslut. De socialdemokratiska landstingskommunalråden inom båda landstingen tillmäts stor betydelse för sammanslagningen. Utöver den politiska situationen finns det andra förklaringar till att det nu har blivit en sammanslagning mellan sjukhusen som t ex en ansträngd ekonomi, snabb teknisk utveckling och behov av kompetensutveckling.

Ny lösning på gamla problem

Som en övergripande förklaring framhåller politikerna att en förändring av sjukvårdens struktur är nödvändig för att lösa de problem som sjukvården har idag; kompetens, säkerhet, utveckling och ekonomi. NU-sjukvården anses vara en lösning på dessa problem. Genom den större volymen säkerställer man professionens kompetens - de blir duktigare på det de gör ofta. Kompetensen skapar också en grund för en säker sjukvård - patienten blir omhändertagen av rätt specialist och professionen begår färre misstag. Detta ökar kvaliteten i vården. Större enheter ökar också möjligheterna att tillvarata den tekniska utvecklingen på ett bättre sätt än tidigare. Strukturförändringen med koncentration av verksamheter anses i sig också vara en lösning på landstingens ekonomiska problem. Dubbleringar av såväl kliniker som administration försvinner.

Ekonomin är ansträngd

Båda landstingen befann sig i ett kärvt ekonomiskt läge när de respektive fullmäktigegrupperna beslutade om en sammanslagning av länssjukvården i norra Bohuslän och Älvsborg. Båda landstingen hade "osthyvlat" sina verksamheter under en följd av år och båda ansåg att det fortsättningsvis inte var en framkomlig väg. De intervjuade politikerna från Älvsborg anser att de hade kommit längre än bohuslänningarna vad gäller "osthyvling" medan politikerna i Bohuslän anser att de hade kommit längst i det avseendet.

Några politiker tycker att det är mycket olyckligt att besparingar inom NU-sjukvården kom precis när man skulle utveckla verksamheterna i riktning mot ett nytt arbetssätt. Andra hävdar dock bestämt att tankarna om NU-sjukvården aldrig hade blivit verkliga om inte ekonomin hade varit så kärv. De anser att NU-sjukvården är en produkt av det ekonomiska läget.

I diskussionerna som rör de båda landstingens ekonomi har några politiker också pekat på alternativen till strukturförändringen för att klara ekonomin. En minskad total vårdvolym med friställande av personal som följd, tillsammans med skattehöjningar, är de tänkbara alternativen. Flertalet politiker bedömer att vårdvolymen kommer att minska och personal friställas, dock inte i den omfattning som skulle varit nödvändig om man inte hade bildat NU-sjukvården.

Den tekniska utvecklingen kräver investeringar

En annan förklaring till förändringen är att resurserna inte är tillräckliga för att man skall kunna hänga med i den tekniska utvecklingen och investera i ny teknik och apparatur. Telemedicin och titthålskirurgi är exempel på teknik som i stort sett alla de intervjuade lyfter fram som viktiga för vårdens utveckling och omöjliga att säga nej till. Med ett sjukhus istället för två har man stora förhoppningar om att kunna koncentrera investeringarna och i de fallen också minska investeringskostnaderna. Flera politiker är dock mer tveksamma till om de totala investeringskostnaderna därmed kommer att minska. De anser det vara mer troligt att investeringsbehovet, till följd av den framtida teknikutvecklingen, kommer att öka och därmed också investeringskostnaderna.

Länsgränser försvinner

En förklaring till sammanslagningen som lyfts fram som mycket enkel och självklar är att de två större sjukhusen ligger på bara två mils avstånd från varandra. Det blir helt naturligt att slå samman enheter som ligger så nära varandra och flera politiker från såväl Bohuslän som Älvsborg anser att NÄL aldrig skulle ha byggts. Länsgränsen anses vara uråldrig och anges som den främsta förklaringen till att NÄL byggdes. Med dagens ekonomiska situation och med det behov av länssjukvård som råder hade NÄL aldrig byggts. Man anser att det finns en viss övertablering och att det är både sunt och nödvändigt att anpassa verksamheten inom länssjukvården till aktuellt behov och till gällande ekonomiska ramar.

Flera politiker ser också strukturförändringen inom NU-sjukvården som en förberedelse inför det nya storlandstinget i Västra Götalands län. En väl fungerande och konkurrenskraftig sjukvård i norra Bohuslän och Älvsborg ger invånarna en trygghet i att få behålla vården där. Göteborgsområdets sjukvårdsutbud skulle annars kunna bli ett alternativ för delar av NU-

sjukvårdens befolkningsunderlag, när produktionsresurser skall fördelas inom det framtida storlandstinget.

Den framtida sjukvårdskvaliteten måste säkerställas

Sammanläggningen av sjukhusen anses också vara nödvändig för att säkerställa den framtida sjukvårdskvaliteten i norra Bohuslän och norra Älvsborg. Politikerna utmålar ett scenario över att om inte resursanvändningen görs på bästa sätt så riskerar båda sjukhusen att stagnera i sin utveckling. En koncentration av likartade verksamheter inom NÄL och Uddevalla sjukhus anses vara nödvändig. Avståndet till storsjukhusen är inte så långt, att de inte utgör en konkurrens till sjukvården i norr. En stagnation i norr skulle kunna leda till att båda sjukhusen på sikt tvingas minimera sin verksamhet och i sämsta fall läggas ner.

NU-sjukvården ses som en garant för att klara den framtida sjukvårdskvaliteten för de norra länsdelarna i den konkurrenssituation som politikerna bedömer kommer att finnas när det västsvenska samarbetet är fullt utvecklat. En trolig utveckling i den västsvenska frågan anses vara ett regionfullmäktige av något slag som kommer att beställa sjukvård utifrån ekonomiska och kvalitetsmässiga aspekter. Man måste därför redan nu rusta sig så att NU-sjukvården kommer att framstå som det bästa länssjukvårdsalternativet för medborgarna i de norra länsdelarna.

Personalens kompetensutveckling kräver stora volymer

En fråga som hänger samman med kvaliteten på vården är personalens kompetens. Politikerna tror inte att det finns några svårigheter att rekrytera välutbildad och kompetent personal. Läkare inom barn- och ungdomspsykiatri nämns dock som undantag från detta av flera politiker. De anser vidare att det är väsentligt att upprätthålla kompetensen hos personalen och ständigt utveckla den. Politikerna anser att NU-sjukvården skapar en god grund för kompetensutveckling genom att man med ett större patientunderlag kan öka specialiseringen av personalen. De blir duktigare på behandlingar som de utför ofta jämfört med de behandlingar som de bara utför mer sällan.

Patienterna sätts i centrum

Utmärkande för NU-sjukvården är det man kallar logistik inom sjukvården. Detta innebär att patienten skall flöda genom sjukvårdens olika system på ett så friktionsfritt sätt som möjligt. Man skall göra saker vid rätt tillfälle och i rätt ordning utifrån patientens perspektiv. När politikerna talar om detta så poängterar de starkt att det är patienten som skall stå i fokus. Några citat från de intervjuade politikerna får belysa hur man ser på flödet;

"Resurserna som skall vara till patientens förfogande skall stå vid sidan av spåret och patienten skall ringla igenom."

"Logistiken innebär att sätta människor i fokus i flöden. För att få det effektivt så krävs det volymer och ett nytt sätt att tänka."

Det finns emellertid också ett organisatoriskt perspektiv som framkommer i diskussionen om logistik och flöden. Det finns en förhoppning om att klinikernas ställtider mellan patienter kan minskas med logistik och att man genom att studera företag med s k "lean production" kan öka sjukvårdens effektivitet ytterligare. Med något undantag är det ingen politiker som vill hävda att man med NU-sjukvården försöker rationalisera sjukvården med hjälp av stordrift, men de exempel som ges på tänkbara vinster av en bättre logistik (sett ur ett organisatoriskt perspektiv) visar att det är just stordrift man vill åstadkomma. Man kan således urskilja att politikerna jämte det uttalade patientsynsättet också har ett produktionssynsätt på NU-sjukvårdens omstrukturering.

Personalperspektivet - NU-sjukvården, ett besparingsprojekt

Det finns en enig uppfattning bland personalen om varför NU-sjukvården har kommit till. Avsikten, menar de, är att spara pengar. Skälet är ekonomiskt och i det rådande läget uppfattar de NU-sjukvården som ett stort besparingsprojekt. De (främst underläkarna) som har hållit sig informerade under projektets gång, påpekar att förespråkarna inledningsvis förde fram andra motiv än de rent ekonomiska. Då lanserades NU-sjukvården som ett projekt för att kunna bedriva kvalificerad sjukvård och behålla verksamheten i regionen. Argumenten tolkades redan då av respondenterna, som ett sätt att dölja nedskärningar.

Personalens förväntningar på NU-sjukvården

När personalen spekulerar över betydelsen av den framtida NU-sjukvården sker det utifrån flera perspektiv. Ett perspektiv är hur de personligen skall komma att påverkas. Ett annat perspektiv är att utgå från arbetsställets, det vill säga avdelningens eller sjukhusets perspektiv. Ett tredje är att belysa vad NU-sjukvården kan komma att betyda utifrån ett patientperspektiv.

Många utgår i diskussionen från sin egen, personliga situation. Som nämnts ovan betraktas NU-sjukvården som ett besparingsprojekt och slutsatsen som dras av detta är att det kommer att ske nedskärningar på personalsidan. Det finns en mycket stor oro, främst bland undersköterskorna, över att de kan komma att mista sina arbeten eller tvingas till att börja pendla. De som känner sig lite tryggare och ser en plats för sig själva i den framtida NU-sjukvården, främst underläkare, låter ana att de kan se utvecklingsmöjligheter för egen del.

När diskussionen förs utifrån avdelnings- eller sjukhusperspektivet är det struktur och lokalisering av kliniker som sätts i fokus. I de flesta intervjuerna inleds diskussionen med att den egna arbetsplatsens - avdelningens/sjukhusets - fördelar och nackdelar förs fram. Därefter sker en positionering i förhållande till det andra sjukhuset genom att man jämför med hur det är på den egna arbetsplatsen i förhållande till hur man tror att det är på den andra.

När patientperspektivet diskuteras handlar det oftast om befarade transportproblem och förlängda restider för patienter och deras anhöriga. Flera ställer sig också frågan hur de besparingar på 15 till 20 % som diskuteras, skall kunna ske utan att den framtida vården försämras.

Flera av de intervjuade ser NU-sjukvården som en möjlighet att utveckla sjukvården genom att specialistfunktionerna skall stärkas genom sammanslagningen. Enligt några skulle storskalighet, specialisering och ett större patientunderlag kunna gynna sjukvården i regionen.

Otvivelaktigt så är NU-sjukvården betydelsefull för personalen. De diskuterar den gärna och ingående och de är medvetna om att det pågår ett utredningsarbete om den framtida strukturen. Ur den aspekten märks NU-sjukvården, det är alltså ingen reform som pågår i tysthet. De flesta påpekar att det ju ännu inte är några beslut fattade och att de inte vet vad det skall bli av NU-sjukvården. De intervjuade anser att de framtida konsekvenserna av organisationsförändringen är viktiga men att de i detta inledande skede är mycket oklara.

Utgångspunkter för samverkan - politikernas perspektiv

Det övergripande ansvaret för NU-sjukvården vilar på NU-sjukvårdens kommunalförbund. De intervjuade politikernas roll i kommunalförbundets direktion är att samarbeta för att klara samverkan och samordning av sjukvården, men de tillhör i grunden olika landstingsorganisationer. De är ledamöter av NU-direktionen på uppdrag av sina respektive landsting. Flertalet av dem har också flera andra uppdrag i sina landsting. De sitter t ex som ledamöter i landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen, verksamhetsnämnd, sjukhusstyrelse eller i lokal hälso- och sjukvårdsnämnd. Flera av dem är dessutom ledamöter i kommunfullmäktige och i kommunala nämnder och styrelser. Politikerna sitter således på många olika stolar och ser därmed NU-sjukvården ur flera perspektiv. En viktig aspekt i deras förväntningar på NU-sjukvården är hur man skall kunna hantera de olikheter som föreligger i de två landstingen.

Politisk styrning och struktur

Bohuslandstinget och Älvsborgs landsting var inför NU-sjukvårdens bildande organiserade på olika sätt vad gäller övergripande politisk styrning. Bohuslandstinget har sedan 1992 en beställar/utförarmodell med intäktsfinansiering, medan Älvsborgs landsting har en traditionell anslagsfinansieringsmodell. Enligt politikerna så prövade man inom Älvsborgs landsting ett slags beställar/utförarmodell i det södra landstingsområdet under en tidigare period, men återgick till anslagsmodell igen.

Diskussionen om vilka intressen man som politiker skall företräda i NU-sjukvårdens direktion och arbetsutskott hänger samman med vilka politikerroller som finns i övrigt inom landstingen. Inom ramen för Bohuslandstingets beställar/utförarmodell kan man urskilja de lokala hälso- och sjukvårdsnämndernas företrädarroll och beställarroll. Politikerna förväntas ha goda kunskaper om befolkningens behov och önskemål och kunna företräda dem i beställningar av länssjukvård och primärvård. På produktionssidan finns det ingen politikergrupp att förhandla med och beställa av, utan det är tjänstemän som är ansvariga för produktionen. Under Bohusmodellens första år var det landstingsstyrelsen som var produktionens närmaste politiska enhet, men efter några år bildade man en verksamhetsnämnd direkt underställd landstingsstyrelsen för att hantera de frågor som berör produktionen inom länssjukvård och primärvård.

I Älvsborgs landsting har man en traditionell anslagsfinansierad modell där politikerna i de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna är såväl driftsansvariga som befolkningsföreträdare för primärvården. Befolkningsföreträdarrollen gäller även för länssjukvården men man har inte som i Bohuslän något system för beställningar av länssjukvård. Till skillnad från de lokala nämnderna i Bohuslän så finns det inte heller några resurser utlagda till de lokala nämnderna i Älvsborg för produktionen inom länssjukvården.

Landstingsfullmäktige har fastställt ett anslag för länssjukvården och en sjukhusstyrelse ansvarar för driften. Fram till NU-sjukvårdens införande var det en gemensam sjukhusstyrelse för samtliga länssjukvårdsenheter i Älvsborg. Genom NU-sjukvården gjordes en uppdelning där vissa av sjukhusstyrelsens ledamöter genom NU-direktionen har ansvaret för de norra enheterna tillsammans med politiker från Bohuslandstinget, medan sjukhusstyrelsen i sin helhet har ett fortsatt ansvar för de södra enheterna. De politiker från Bohuslandstinget som är ledamöter i NU-sjukvårdens direktion behöll i förändringen sina platser i Bohuslandstingets verksamhetsnämnd, men har inget direkt politiskt ansvar för Bohusläns södra strukturprojekt, det s k SISIS-projektet (som var ett avstamp för det senare bildade SU, Sahlgrenska Universitets-sjukhus).

Med NU-sjukvården följde att de lokala nämnderna i Bohuslän inte kunde påverka mängden resurser som skulle användas för länssjukvården i norra Bohuslän. Landstingsstyrelsen har fastställt ramarna för NU-sjukvården och resurserna hämtas från de lokala nämndernas budgetar. Tilläggas skall att de lokala nämnderna inte heller tidigare haft en reell och fullständig frihet att använda sina resurser. I de fall nämnderna har önskat minska sina beställningar till länssjukvården till förmån för t ex primärvården har en förhandling med landstingsstyrelsen varit vanligt förekommande. Utgången har oftast varit att produktionsvolymen inom läns-sjukvården legat fast.

Betydelsen av olika styrsystem

Politikernas uppfattning om huruvida det har någon betydelse att man inom NU-sjukvården representerar landsting med övergripande olika styrsystem varierar. De har också olika uppfattningar om vilket övergripande styrsystem som skall komma att gälla för NU-sjukvården. Inom Bohuslandstingets politikergrupp ser man NU-sjukvårdens anslagsfinansiering som ett tillfälligt avsteg från beställar/utförarmodellen och utgår från att de lokala nämnderna i framtiden kommer att beställa sjukvård igen. I intervjuerna framkommer dock en stor osäkerhet i hur det faktiskt är under våren 1996, om nämnderna har resurserna eller ej. Politikerna antyder, men på ett vagt sätt, att Älvsborgs landsting är på väg in i en beställar/utförarmodell. De hävdar att det därför finns mycket som talar för att det blir ett enhetligt system inom NU-sjukvården framöver. Olika i styrsystemen måste elimineras, men ingen av de intervjuade politikerna vet hur det skall gå till. Förklaringen till detta är att man säger sig inte ha kommit så långt i frågan.

Inom Älvsborgs politikergrupp finns det, under samma tidsperiod, ingen som nämner att man skall införa ett beställar/utförarsystem. Det är tvärtom flera politiker som uttrycker sitt bestämda motstånd till ett sådant system. Någon lösning på olikheterna i styrsystemen anges inte, utan problemen förväntas bli lösta på sikt och av någon annan än NU-direktionen. Osäkerheten om hur systemen hanteras framkommer på samma sätt som i Bohusläns politikergrupp. Politikerna förklarar sin osäkerhet med att man inte har diskuterat varandras nuvarande organisationer särskilt ingående.

Olikheterna i de båda landstingens styrsystem anses också bidra till att benägenheten att fatta beslut om den övergripande strukturen varierar. Såväl bohuspolitiker som älvsborgs-politiker beskriver att bohuspolitikerna tycks vara mer benägna att fatta sådana beslut än vad älvsborgspolitikerna är. Att besluta om strukturplanens alternativ med ett specialistsjukhus och ett akutsjukhus tas upp som ett exempel på detta. Bohuspolitikerna anser att de som politiker i kommunalförbundet har mandat att besluta i frågan. Älvsborgspolitikerna anser däremot att detta är en så viktig fråga att det är landstingens fullmäktige som skall besluta. Den demokratiska processen lyfts fram som avgörande argument för detta ställningstagande.

Man kan i detta tolka att politikerna från Bohuslän respektive Älvsborg har olika syn på kommunalförbundets mandat. Ett ytterligare uttryck för detta är att det pågår en diskussion bland Älvsborgs politiker om att ersätta kommunalförbundet med en nämnd för att öka det demokratiska inflytandet. Vid NU-sjukvårdens bildande fanns det ingen möjlighet att bilda en politisk nämnd över landstingsgränser, men senare har lagstiftaren gjort detta möjligt.

De båda landstingens tradition att fatta beslut diskuteras i intervjuerna som ett uttryck för den organisationskultur man har. Ett annan sådan skillnad som tas upp är hur man som politiker förhåller sig till produktionens ledning. Älvsborgspolitikerna markerar att det är mycket väsentligt att ha en bra dialog med cheferna inom produktionen och försöka nå en samsyn med dem. Politikerna från Bohuslän anses genom Bohusmodellens beställar/utförarsystem inte ha den dialogen. Olikheterna i förhållningssätt uppfattas försvåra det gemensamma arbetet med produktionens chefer.

Några politiker från vardera landstingen befarar också ett tufft arbetsmiljöklimat genom att klinikcheferna till viss del skall "basa" över en klinik från det andra landstinget. En politiker beskriver detta med att det finns en risk i att klinikerna från de respektive landstingen har kommit olika långt utvecklingsmässigt och att några kliniker därför kan komma att "behöva gå tillbaka i utvecklingen" och andra behöva "forceras fram alltför snabbt".

Den politiska rollen i NU-direktionen

De intervjuade politikernas uppfattningar om vilken politisk roll de skall inta som ledamöter i NU-sjukvårdens direktion och dess arbetsutskott varierar en del. Några anger att deras roll liknar den som en styrelse i näringslivet har, dvs att ha ett övergripande ansvar för strategier och verksamhetens utveckling. Några av dem poängterar dock att i det arbetet bör man hela tiden ha medborgarnas bästa för ögonen, så företrädarrollen finns med också. Någon politiker anser att det är medborgarna som skattebetalare som man skall ha i åtanke när man fattar beslut om övergripande frågor i direktionen, vilket till exempel innebär krav på att använda resurserna på bästa tänkbara sätt.

Många av de intervjuade beskriver sin roll som att huvudsakligen vara ett bollplank för produktionen. Flera av dem anser dock att det är svårt att vara på samma kunskapsnivå som produktionen och ifrågasätta dess utspel. I fråga om övergripande investeringar är det till exempel svårt att hävda att en viss teknisk utrustning inte behövs om produktionens företrädare hävdar detta. För att i viss mån komma bort från detaljerade diskussioner så anger de flesta att deras uppgift är att endast diskutera övergripande strategier och frågor med den allra högsta ledningen, sjukhuschefen. Vad som sedan sker inom olika enheter inom sjukhuset är inget som politikerna anses kunna ta ansvar för utan det är en delegationsfråga till sjukhuschefen. Politikerna framhåller vikten av att ha en chef som har respekt för politikernas roll.

Det finns i politikergruppen några få som har en förhoppning om att de strukturförändringar som sker inom NU-sjukvården, SIS och SISIS skapar förutsättningar för att styrelsepolitikerna skall få ett större inflytande över sjukvården. De anser dock att politikerna måste vara mer kunniga och duktiga på medicinska spörsmål än vad de är idag om man skall kunna matcha den starka professionen. Beskrivningar som görs av spelet mellan politiker och produktionen handlar om vem som skall ha makt över sjukvården. En större andel av de intervjuade politikerna ger emellertid uttryck för att politiker har mycket svårt att matcha professionen och att NU-sjukvården inte skapar några nya förutsättningar att klara denna svårighet bättre.

Utgångspunkter för samverkan - personalens perspektiv

När intervjuerna genomförs med personalen våren 1996 är kommunalförbundet bildat sedan några månader tillbaka. En förändringsprocess är igång bland personalen i den meningen att de har börjat att reflektera över vad som pågår och vad som skall komma att ske. Sammanhangen som de verkar i har förändrats. För personalen på Uddevalla sjukhus och NÄL är situationen sådan att det har tillkommit en ny part, ett annat sjukhus, som man tvingas relatera sig till. De som är anställda på Uddevalla sjukhus tvingas vidga sina referensramar till att också omfatta NÄL. Motsvarande förhållande råder på NÄL. Frågor som de tidigare inte haft anledning att fundera över, ställs i det här skedet. De handlar om vilka egenskaper som kännetecknar det egna respektive det andra sjukhuset. Sjukhusen jämförs med varandra och olikheter mellan dem konstateras.

Personalen förmedlar en tydlig bild av NU-sjukvården som en tvekamp mellan två sjukhus. Utifrån personalens perspektiv handlar den nya organisationen om vinnare och förlorare. De tankar och farhågor som finns kring NU-sjukvården och hur framtiden i den skall komma att gestaltas beskrivs i termer av NÄL - Uddevalla sjukhus, akutsjukhus - specialistsjukhus, X-sjukhus - Y-sjukhus, A-sjukhus - B-sjukhus och vi - dom. För personalens del är NU-sjukvården emellertid inte bara en fråga om hur verksamheten skall komma att struktureras. För den enskilde arbetstagaren är det minst lika angeläget att få veta om de har en plats i den nya organisationen och i så fall var platsen skall finnas.

Generellt så gäller att personalen inte har övertygats om fördelarna med sammanslagningen. Det som för NU-sjukvårdens ledning är "Samverkan över gränser för patientens bästa" är utifrån personalens perspektiv en signal om försämringar.

Inställning till den pågående processen samt märkbara effekter av sammanslagningen

Inställningen till processen NU-sjukvården är huvudsakligen negativ. Det finns en känsla av vanmakt och en uppfattning om att besluten om NU-sjukvårdens framtid kommer att fattas på en mycket hög nivå. En sammanfattning av de negativa synpunkter som finns är att planeringen och utredningsarbetet går alldeles för fort och personalen anser inte att de kan påverka skendet.

I det skede som processen NU-sjukvården befinner sig då intervjuerna genomförs ser personalen ännu inga direkta konsekvenser av den i det dagliga arbetet. Flera påpekar att patienterna nog inte har märkt så mycket av NU-sjukvården. Arbetet med patienterna har inte heller påverkats i det här skedet. En märkbar konsekvens av sammanslagningen är att det har tillsatts klinikchefer som är gemensamma för sjukhusen. Det pågår också planering inför den växelvisa sommarstängningen, vilken kommer att kräva ett samarbete i praktiken mellan personalen på NÄL och Uddevalla sjukhus.

Den pågående processen för med sig många möten kring NU-sjukvården. Många personer deltar i möten, det gäller t ex den personal som deltar i projektgrupperna. Mötena och personaldeltagandet i dem utgör en källa till irritation. När personal lämnar sin ordinarie arbetsplats för att delta i möten som rör NU-sjukvården uppstår personalbrist i verksamheterna. Patientbesök får ställas in och man befarar att köerna kommer att växa. En slutsats som några av de intervjuade drar är att mötena orsakar ett produktionsbortfall.

Information om NU-sjukvården

Som nämnts tidigare är processen i NU-sjukvården något som uppfattas som betydelsefullt och det talas mycket om utredningsarbetet i organisationen. Samtliga som vi intervjuar säger att de har fått information om NU-sjukvården och de pågående utredningarna. De allra flesta får både muntlig och skriftlig information. Den muntliga informationen erhåller man vid olika typer av personalmöten. Den skriftliga information som de tar del av är för det mesta "NU-brevet" - ett informationsbrev som regelbundet sänds ut till arbetsplatserna. En del personer följer också det som rapporteras i massmedia.

En vanlig kommentar är att informationsmängden är tillräcklig och att information finns tillgänglig för de som är intresserade. När det gäller innehållet i informationen så anser man däremot att den inte ger svar på det som för tillfället är viktigast, nämligen vilka beslut som kommer att fattas. Det anses också vara problematiskt att ta till sig innehållet i informationen. En orsak till detta som framförs av flera, är att det är svårt att ta sig den tid som krävs för att hålla sig informerad. Även om den skriftliga informationen finns samlad i en pärm på avdelningen så finns inte det tidsmässiga utrymmet att läsa igenom den inom ramen för arbetet.

Förutom den information som förs ut av ledningen så förekommer det också uppgifter och rykten av mer obestämt ursprung i organisationen. Ofta handlar dessa om "de andra", dvs om personalen och förhållandena på det av de två sjukhusen NÄL och Uddevalla, som man inte befinner sig på. Ryktena och uppgifterna går ut på att effektiviteten och kostnadsmedvetenheten på "det egna" sjukhuset är högre än på "det andra". Följande citat får belysa detta;

"Vi har intag varje dag och vi har kanske kortare vårdtider än vad de har på NÄL. Det är vad jag har hört i alla fall. Och det sparar ju pengar. Och det berättar vår chef också att det är lite svårt att sitta och diskutera hur mycket man skall kunna dra ner för att de är inte riktigt vana vid det- det snacket som vi håller på med om att spara."

Skillnader mellan yrkesgrupperna

Undersköterskorna upplever de förestående förändringarna inom NU-sjukvården som ett starkt hot och de är oroliga över att mista sina arbeten. De känner sig pressade och tärda av tidigare besparingar, därtill klämda mellan den egna viljan att göra ett bra arbete och känslan av att bara kosta pengar. Det är också de som tydligast utgår från patienternas perspektiv när de funderar över vilka konsekvenser NU-sjukvården kommer att ge upphov till.

Sjuksköterskorna ser också hotet att mista arbetet som reellt även om de resonerar mer kring lösningar som att pendla till det andra sjukhuset eller att byta arbetsplats inom sjukhuset. De reflekterar en hel del kring hur de själva skall kunna påverka situationen. När de diskuterar problem och möjligheter funderar de i termer av det egna sjukhusets position och vilka organisatoriska och verksamhetsmässiga fördelar som skall kunna uppnås med strukturförändringen.

Att oron är stor bland undersköterskor och sjuksköterskor bekräftar också flera av underläkarna. För egen del relaterar de däremot inte alls i samma utsträckning till sina personliga förhållanden eller hur livet utanför arbetet kan komma att påverkas av NU-sjukvården. Hotet att bli av med arbetet är inte framträdande. Inställningen kan karaktäriseras som att de ömsom är skeptiska och ömsom intar en nyfiken, avvaktande position inför det som skall hända. De diskuterar gärna och ingående de olika idéer som finns om NU-sjukvårdens framtida struktur och belyser de olika alternativens fördelar och nackdelar utifrån medicinska aspekter. Möjlig-

heten till medicinsk - och därmed egen - utveckling ser de som en fördel. Som yrkesgrupp betraktad är underläkarna öppna inför tanken om ett samarbete mellan sjukhusen. Några låter dock ana att när de träffas inom klinikerna, vilket innebär möten med deltagare från de bägge stora sjukhusen, förs både livliga och hårda diskussioner kring den framtida sjukvården.

Utanför arenan - de tre mindre sjukhusen

Hur är det då med de tre mindre sjukhusen inom NU-sjukvården; vilken roll har de i strukturförändringen? Utifrån de intervjuer som genomförts med personal där, är vårt intryck att diskussionen kring NU-sjukvården inte är lika livlig på de tre mindre sjukhusen som den är på de stora sjukhusen. När personalen på de två stora sjukhusen talar om NU-sjukvården involveras knappast de tre mindre sjukhusen i resonemangen. Allt ljus faller på NÄL och Uddevalla. Inställningen på de mindre sjukhusen kan tolkas som lite trött och resignerad, i alla fall på sjukhusen i Bohuslän som tidigare varit föremål för debatt och strukturförändringar. Även om arbetslöshet nämns som ett hot, så är förhållningssättet att distansera sig från händelsernas centrum och betrakta det som sker på arenan.

DEL II: Tolkning av förändringsarbetet inom NU-sjukvården

Förändringsarbete har under årtionden varit föremål för många studier och det finns en omfattande forskning om hur man bedriver förändringsarbete. Där görs t ex åtskillnad på stora och små förändringar, förändringar inom traditionell industri och inom professionella organisationer och mellan önskade och oönskade förändringar. Ett slags förändringsarbete som har rönt särskilt forskningsintresse sedan slutet av 70-talet är de stora förändringar som sker när två organisationer slås samman eller fusioneras. Under de senaste decennierna har fusioner av verksamheter förekommit i framförallt privata näringslivet, men erfarenheterna därifrån har också relevans för förändringar inom offentliga organisationer. Motiven till att köpa upp företag och fusionera organisationer kan variera men föreställningar om synergieffekter är troligen bland de viktigare. För att nå olika verksamheters synergier väljer man ofta att integrera verksamheterna. Erfarenheter från många håll visar att detta är en svår process och många forskare har ägnat mycken möda på att förstå varför det är svårt att integrera eller fusionera verksamheter (se t ex Alarik, 1982 och Trägårdh, 1997).

Det är skillnad mellan att organisera för samverkan inom sjukvården och att genomföra en sjukhusfusion

Merparten av den personal som vi har intervjuat beskriver NU-sjukvården som en *sammanslagning* av NÄL och Uddevalla eller sjukvården i Norra Älvsborg och Bohuslän. Det som tydligt har nått fram till personalen och den bild som har skapats när det gäller de formella förhållandena, är att sjukhusen har slagits samman. De förknippar däremot inte NU-sjukvården med en ökad samverkan mellan sjukhusens kliniker eller en ökad samverkan mellan länsjukvård, primärvård och kommuner.

De intervjuade politikernas beskrivningar av NU-sjukvården ger en mer splittrad och otydlig bild. I förväntningsintervjuerna beskriver de NU-sjukvården som

- planer på att lägga samman två sjukhus
- försök till att lägga samman två landsting
- länsjukvården skall läggas samman
- försök till att samordna verksamheten på två sjukhus
- sammanläggning av NÄL och Uddevalla
- ett sjukhus

I politikernas uttalanden används former av begreppet sammanläggning. Vad de egentligen avser med begreppet är dock oklart. När det är att lägga samman två sjukhus eller länsjukvården kan vi ana att det handlar om sammanslagning, men när det handlar om landstingen är det förmodligen en samverkan som avses.

I intervjuerna med politikerna ett år senare (vid tiden för omflyttning av de första klinikererna) är det tydligt fokus på att det är själva omstruktureringsarbetet som utgör NU-sjukvården för dem. Deras beskrivning av NU-sjukvården berör sammanslagningen av sjukhusens olika kliniker och den konkreta omflyttningen av verksamheterna. Först när strukturförändringen är klar anser politikerna det vara möjligt att inrikta arbetet på att utveckla en samverkan med primärvård och kommunerna. Det är också först när alla enheter är på plats

som man kan börja utveckla en utökad samverkan mellan klinikerna inom och mellan sjukhusen, enligt politikerna.

Olika ”sam-begrepps” betydelse

I våra intervjuer kan vi notera att begreppen samverkan och sammanslagning används på ett otydligt sätt i organisationen. Det finns en sammanblandning av begreppen i så motto att man talar om sammanslagning som en väg för att nå ökad samverkan. En vanligare och mer allmän tolkning av begreppen är att en sammanslagning kan betraktas som ett alternativ till samverkan mellan verksamheter. Begreppet fusion som är vedertaget för att beskriva två verksamheter som slås samman används bara undantagsvis av den intervjuade personalen och av de intervjuade politikerna. Begreppet finns inte heller med i strukturrapporten. Först i 1997 års årsredovisning finns begreppet med på något enstaka ställe. Att fusionera två organisationer medför att begreppen samordning och samarbete får hög relevans.

För att göra tydligt vad vi menar med de olika ”sam-begreppen”, och försöka förstå vad personer inom NU-sjukvården menar använder vi oss här av Storstadskommitténs definitioner (SOU 1995:142). *Samarbete* är det som sker mellan enskilda individer, alltså på individnivå. *Samverkan* är det som kan ske och sker mellan olika myndigheter, organisationer och förvaltningar på organisationsnivå, men även mellan enskilda individer och myndigheter, organisationer och förvaltningar. *Samordning* är när olika verksamheter organiseras genom ekonomiska principer för gemensamma syften.

Samarbete i NU-sjukvården

Inom NU-sjukvården sker samarbete mellan individer inom alla avdelningar och också mellan avdelningar. Begreppet är särskilt intressant att diskutera när det gäller de personalgrupper från Uddevalla och NÄL som har koncentrerats till ett av sjukhusen. De förväntas arbeta tillsammans på samma sätt som de tidigare var och en har gjort med kollegor inom sina respektive avdelningar. De finns på en och samma arbetsplats och utför där ett arbete gemensamt.

Samverkan i NU-sjukvården

I våra intervjuer framkommer tre olika nivåer inom NU-sjukvården, där samverkan sker. Dessa är

- samverkan mellan två landsting
- samverkan mellan sjukhusens verksamhetsområden
- samverkan mellan länssjukvård, primärvård och kommun

En viktig aspekt vid samverkan är att hitta gemensamhet, alternativt former för att hantera olikheter. Detta gäller inom många områden som t ex för värderingar, för organisationsstruktur med allt vad det innebär av externa och interna relationer, för regelsystem och för rutiner.

De olikheter som föreligger i dessa avseenden mellan Bohuslandstinget och Älvsborgs landsting, mellan sjukhusens verksamhetsområden och mellan länssjukvård, primärvård och kommun utgör således förutsättningar för samverkan.

Samordning i NU-sjukvården

NU-sjukvården är en organisatorisk enhet som leds av sjukhuschefen. Inom sjukhuset finns också ett antal verksamheter som leds av verksamhetschefer. Verksamheterna behöver sam-

ordnas och ansvaret för detta vilar på sjukhuschefen. Som ett led i detta har han t ex samlat alla verksamhetschefer tillsammans med några stabspersoner i en ledningsgrupp. Verksamhetschefernas huvudsakliga ansvar är att samordna inom sina respektive områden.

En samordning inom verksamheterna kan i princip innebära att ledningen bestämmer sig för en specialisering och uppdelning av arbetet. Personer från de olika sjukhusen behöver då egentligen inte mötas, var och en sköter sitt. Det är verksamhetschefen som ser till att uppdelningen leder till en bra samordnad verksamhet. Koncentrationen eller specialiseringen innebär t ex att verksamheten på Uddevalla flyttas över och integreras med den som finns på NÄL eller omvänt. På verksamhetsnivå blir då de problem och möjligheter som samverkan och samordning erbjuder eller medför inte längre i fokus. Problemen är istället de som gäller vid en fusion av verksamheter. Personalen från de två sjukhusen skall inte längre samverka med varandra och de skall inte heller samordnas. De skall samarbeta.

En verksamhetsmässig samordning kan också innebära att sjukhusen tillsammans skall göra uppgifter som tidigare gjordes av ett sjukhus. Det kan gälla utveckling av rutiner, utbildning eller delar i en vårdkedja. Man kan då säga att det krävs en samverkan för att klara den samordningen.

Otydliga begrepp skapar otydliga bilder

Resonemanget ovan om begreppens betydelse kan tyckas vara ordklyveri. En organisations definitioner av använda begrepp är dock betydelsefulla redskap för att styra en verksamhet. Retoriken syftar till att påverka praktiken. Studier om sjukvårdens beställar/utförarmodeller visar t ex hur olika marknadsorienterade begrepp som kund, produktivitet och konkurrens används för att åstadkomma ett förändrat synsätt på sjukvårdsorganisationen. Effektivitet och kostnadsmedvetande utgör honnörssord (se t ex Brorström m fl, 1996 och Leffler, 1996). Retoriken som styrredskap innebär att förmedla ledningens förändringsidéer till verksamhetens praktik (Jacobsson (red), 1994).

NU-sjukvårdens ledning har markerat att samverkan skall vara betecknande för NU-sjukvården. Begreppet lyfts bl a fram i verksamhetsidén. Samverkan på olika plan och i olika konstellationer är ett väsentligt inslag i den nya organisationen, menar man. Genom att poängtera begreppet samverkan har ledningen försökt att sätta en etikett på NU-sjukvårdens organisation.

Att sätta etiketter är en form av organisatoriskt prat och ett kraftfullt medel för att påverka genom språket (Czarniawska-Joerges, 1988). Etiketten identifierar vad som sker och indelar saker och händelser i kategorier eller strukturer. För att etiketten skall bli framgångsrik, i den meningen att den styr organisationsmedlemmarnas handlingar, måste de uppfatta etiketten på samma sätt. Innebörden av begreppet samverkan måste därför vara gemensam för NU-sjukvårdens aktörer.

En blandad användning av begreppet samverkan i olika sammanhang påverkar sannolikt människors bilder av NU-sjukvården och bidrar också till att skapa förväntningar om vad NU-sjukvårdens olika förändringsfaser skall föra med sig. Dessa förväntningar påverkar i sin tur upplevelsen av NU-sjukvårdens förändring. Begreppens användning kan också ha betydelse för vad som fokuseras i förändringsarbetet och för hur det genomförs. En förändring som syftar till en ökad samverkan inom sjukvården skiljer sig troligen från en förändring som innebär sammanslagning eller fusion av flera verksamheter, både vad avser förändringens innehåll och process.

Processorientering eller strukturorientering vid förändringsarbete - olika synsätt i genomförandet av NU-projektet

En grundläggande uppdelning när det gäller att förstå förändringsarbete är mellan strukturorientering och processorientering, dvs om man i förändringsarbetet fokuserar enbart resultatet eller också inkluderar processen fram till det önskade resultatet.

Om det är resultatet som är i fokus så inriktar man förändringsarbetet mot lämpliga steg för att nå resultatet. I grunden innehåller förändringsarbetet ett antal praktiska steg. Ombyggnationer av lokaler, inköp och installation av utrustning och beskrivningar av formella organisationsstrukturer med nya tjänster är exempel här. Med en renodlad processorientering vid förändringsarbete är det själva processen som sätts i centrum. Den framtida organisationen blir ett resultat av vad processen ger. En viktig förutsättning är då att det är de berörda aktörerna som är involverade i förändringsarbetet och har en reell påverkan på förloppet. Makten i förändringsarbetet är balanserad mellan de olika aktörerna. Detta kan jämföras med strukturorienterade förändringar, där makten oftast är koncentrerad till ledningsfunktionen.

De strukturorienterade respektive processorienterade synsätten ligger till grund för följande avsnitt. Vi belyser där de ansatser som är utmärkande för förändringen av NU-sjukvården.

Beskrivning av genomförandet i strukturplanen

Den tredje fasen i NU-projektet var genomförandet av strukturplanen och den påbörjades konkret först när beslutet var fattat i september 1996. I den rapport som låg till grund för politikernas beslut i september 1996 ("Samverkan över gränser för patientens bästa - beslutsunderlag 1996-09-26") berördes genomförandet mycket summariskt på följande sätt:

"Genomförandet av NU-sjukvårdens strukturförslag är ett omfattande och komplicerat arbete, som tar lång tid att verkställa. Första steget i detta arbete är att ta fram en principplan för genomförandet, som bl a omfattar en grov tids- och aktivitetsplan."

Vidare tar avsnittet i punktform upp olika moment som alla hänger samman med vad strukturförändringen skall resultera i såsom

- Ny ledningsorganisation
- Funktionsplanering utifrån strukturbeslutet
- Driftplanering innefattande bl a arbetsorganisation
- Anpassning av kostnader för drift samt investeringskalkyler och uppföljning
- Personal- och utbildningsplanering
- Lokalanpassningar och ombyggnader
- Utrustningsplanering
- Omflyttning

Under ett avsnitt om personal och arbetsmiljö (ibid) framgår att

"Kraven i arbetsmiljölagen samt NU-sjukvårdens policy och mål ska nås med hjälp av en professionell ledning, kompetent personal, ständigt pågående verksamhetsutveckling och bra administrativa stödsystem och service."

Vidare poängteras att

"För att kunna leva upp till ovanstående mål och policy krävs både resurser, stöd, kompetens, förmåga och vilja från arbetsgivare och anställda."

Under personalavsnittet redovisas också de farhågor som finns bland personalen vad gäller NU-sjukvårdens strukturförändring. Personalen uttrycker t ex farhågor för låg bemanning och ökad vårdtyngd och därmed hög arbetsbelastning. De är också oroliga för att mista arbetskamrater och för att byta arbetsplats.

Personalaspekter i NU-projektets genomförande

Personalchefen eller annan ansvarig person från personalenheten ingår inte i strukturarbetet med samma tyngd som övriga chefer. Personalchef och personalsekreterare är tillsammans med informationschefen och en ekonom från vardera Uddevalla och NÄL endast adjungerade i projektgruppen och har varken skrivit under strukturdokumentet eller lämnat någon rapport om personalkonsekvenser av strukturförändringen.

De fackliga organisationerna har lämnat ett 16-sidigt dokument med titeln "Ett tvärfackligt förslag till inriktning av NU-sjukvården". De för där fram sina farhågor inför en befordrad fortsättning av "reformterror" och föreslår att en radikal vision utarbetas istället. De förespråkar också en långsiktighet i agerandet vid genomförandet av en sådan vision. De fackliga organisationerna poängterar vidare att rationaliseringar, strukturförändringar och neddragningar har olika tempo och karaktär men blandas allt för ofta ihop. Förändringar inom vården, t ex nya produktionsformer, kräver dessutom ett långsiktigt utvecklingsarbete.

De fackliga organisationerna lyfter i sitt bilagda dokument också fram vikten av att såväl utvecklingsarbete som avvecklingsinsatser genomförs så bra som möjligt. I dokumentet definieras detta som "den goda förändringen" som präglas av delaktighet, öppenhet, information, tydlighet, få problem att lösa istället för lösningar att införa, medinflytande, kompetensutveckling, adekvat utbildning samt tid och resurser. Dessa faktorer berörs emellertid inte alls i strukturrapportens avsnitt om genomförandet.

Att fokusera det konkreta och undvika det "mjuka" - Isbergsmetaforen

En gammal men fortfarande användbar och relevant metafor för att beskriva olikheterna i förändringsorientering är den s k "Isbergsmodellen" från 1970-talet (French & Bell, 1973 och Targama, 1978). Metaforens budskap är att den verklighet som skall förändras kan delas upp i två olika dimensioner. Den ena är sådant som vi relativt enkelt kan identifiera och beskriva genom att det finns begrepp och modeller för beskrivning. Hit hör t ex organisationsstruktur, teknologi, ekonomisystem, rutiner, policy, regler, lagar och avtal. I Isbergsmodellen återfinns detta ovan vattenytan och utgör således en mindre del av berget. Den andra dimensionen utgörs av "mjukare" aspekter. Hit hör det beteendevetenskapliga forskningsfältet och handlar

om människors kunskaper, världsbilder, attityder, värderingar, känslor och relationer till varandra. Allt detta symboliseras av den del av isberget som finns under vattenytan. Isbergsmodellens budskap är att det är det som finns under vattenytan som väger tyngst och därmed måste få ett stort utrymme vid förändringsarbete. Om inte, tenderar förändringsprojekt att kapsejsa.

Vi kan konstatera att NU-sjukvårdens strukturrapport lyfter fram att det krävs resurser, stöd och kompetens samt förmåga och vilja från arbetsgivare och arbetstagare för att leva upp till såväl Arbetsmiljölagens krav som till NU-sjukvårdens mål och policy. Beskrivningar om hur detta skall ske är inriktade på vad som kommer att krävas i den planerade strukturen och kan exemplifieras med personalens åldersstruktur, fysisk och psykosocial arbetsmiljö, bemanning, arbetstider, arbetssätt och arbetsinnehåll. Vad det innebär att ta sig dit berörs endast marginellt och uttrycks som "det finns en oro för att mista arbetskamrater och byta arbetsplats". Vi uppfattar att strukturrapportens innehåll vad gäller genomförandet bygger på en strukturorienterad grundsyn. En processororienterad grundsyn hade troligen fokuserat andra "mjukare" aspekter i förändringsarbetet.

Förändringsarbete i professionella organisationer

I organisationer där goda kunskaper hos personalen är en framgångsfaktor, s k professionella organisationer, är isbergets undre del oerhört viktig att fokusera vid förändringsarbete. Stabilitet och kunskaper som vilar på vetenskaplig grund är viktiga hörnpelare i dessa organisationer. Tillsammans med traditionellt strikta hierarkier inom professionen utgör det inga goda förutsättningar för att åstadkomma förändringar genom stora och omvälvande projekt som drivs utifrån en strukturorienterad förändringssyn. Förändringsarbete sker mer framgångsrikt i professionella organisationer genom ett inkrementalistiskt förfarande, dvs successiva förändringar i små steg (Wildavsky 1975). Detta innebär att man kan förvänta sig protester från professionen vid omfattande strukturförändringar. En viktig faktor för förändringens framgång är ett aktivt deltagande från organisationens personal, dvs från de professionella utövarna.

Arbetet i fas ett och fas två genomfördes, som nämnts i rapportens inledning, i en projektorganisation med ett stort deltagande från organisationens olika personalgrupper. Arbetet i de båda faserna resulterade i en rapport - "Samverkan över gränser för patientens bästa - diskussionsunderlag 1996-06-20". Rapporten sändes ut till olika intressenter för synpunkter och väckte därmed reaktioner hos grupper som inte hade deltagit i NU-projektet. Pensionärsorganisationerna reagerade t ex kraftfullt och arrangerade en offentlig debatt om NU-sjukvården i syfte att kunna påverka förändringsförslaget.

Kritik från läkare

Diskussionsunderlaget blev också hårt kritiserat av ca 130 läkare som i en skrivelse till sjukhusledningen framförde sin kritik och krävde ett bättre utformat beslutsunderlag. Enligt läkarna

"är underlaget, enligt vår mening, behäftat med så många oklarheter, bristande faktaredovisningar och förskönande omskrivningar, att det inte kan tjäna som underlag för den demokratiska beslutsprocessen i NU-sjukvården".

Läkarna avslutade sitt brev med att föreslå att diskussionsunderlaget skulle arbetas om från grunden med medicinsk professionell kompetens.

Läkarnas kritik blev uppmärksammas i media och bemöttes av sjukhuschefen såväl i skrivelser som i media. Han tillbakavisar anklagelserna och avslutar sin skrivelse med att det är egendomligt att fränkänna sjukhusledningen med en chefläkare och 17 chefsöverläkare medicinsk professionell kompetens.

Efter diverse omarbetningar av texten i diskussionsunderlaget och en något mer fyllig sammanfattning av de respektive klinikernas bedömningar av konsekvenser av strukturförslagen presenterades rapporten "Samverkan över gränser för patientens bästa - beslutsunderlag 1996-09-26". De ovan nämnda cheferna har, tillsammans med övriga i projektledningsgruppen, skrivit under rapporten med sina namnteckningar, vilket kan betraktas som en manifestation på att de till fullo ställer upp på rapportens innehåll. Deras underskrifter symboliserar också professionens deltagande i strukturarbetet och deras påverkan på beslutsunderlaget.

Genomförandet som en del i det strategiska NU-projektet

NU-projektets strukturfas och dimensioneringsfas bedrevs med sjukhusledningen som projektledningsgrupp. NU-projektets första fas kan därför betraktas som ett strategiskt projekt med stor tyngd bakom. I teorier om strategisk ledning finns det en stark betoning på den strategiska processen (Stubbart & Smirich, 1985). Den inkluderar såväl att formulera strategier som att genomföra dem. I det processuella perspektivet framträder strategisk ledning som en framväxande aktivitet, där olika aktörer deltar, alla utifrån olika maktbaser, intressen, problemlösningskompetenser samt med olika föreställningar om varför det som händer sker. Strategi blir då en fråga om en gemensamt framtagna och en gradvis framväxande handlingsbild (ibid). Den strategiska ledningens ansvar för och medverkan i viktiga strategiska projekt skulle utifrån denna syn således inkludera NU-projektets genomförande.

Till skillnad från faserna ett och två i NU-projektet förordades emellertid att huvudprincipen för genomförandefasen skulle vara att genomförandet huvudsakligen skulle ske inom linjeorganisationen. Genomförandet med alla dess svårigheter delegerades således till linjeorganisationens ansvariga chefer, verksamhetscheferna. Det innebar att verksamhetscheferna bl a fick ansvar för hur personalen skulle förberedas för genomförandet och för hur personalen skulle stöttas i samband med koncentration av verksamheter till ett av sjukhusen NÄL och Uddevalla. Nedan följer en redogörelse av personalens syn på genomförandet av NU-projektet. Det är personal från Barn- och ungdomskliniken som berörs. De var tillsammans med personal inom Kvinnokliniken de första som koncentrerade sina verksamheter till ett av sjukhusen. Därefter följer en redogörelse av politikernas syn på genomförandet.

Förändringar inom Barn- och ungdomskliniken

Den 20 maj 1997 lokaliserades all slutenvård inom NU-sjukvårdens Barn- och ungdomsklinik till NÄL. De avdelningar som hade ingått i kliniken och som funnits på Uddevalla sjukhus lades ner i samband med detta. Avdelningscheferna blev färre. Samtidigt med att vården lokaliserades till NÄL ändrades också vårdformerna. Detta innebär att klinikens vårdplatser för inneliggande patienter minskar från 78 till 50. För att kompensera minskningen förs en del av den vård som tidigare varit traditionell slutenvård över till två nyinrättade dagvårdsenheter. En

av dessa finns på NÄL och den andra på Uddevalla sjukhus. Enligt beräkningar skall förändringarna sammantaget minska klinikens kostnader med 6 Mkr per år vilket blir åstadkomms genom att på sikt ta bort 34 tjänster.

Koncentrationen av den slutna vården till NÄL innebär i praktiken att patienter, personal, utrustning m.m. flyttas över från Uddevalla sjukhus. Samtidigt som detta sker förändras också vårdens inriktning och en ny vårdform - dagvård - skall utvecklas. Det är m a o inte en stor förändring som genomförs, snarare två stora förändringar som sker parallellt.

Förberedelser och förväntningar före flytten

De beskrivningar som vi fått av förberedelser inför flytten ger intryck av att de har gjorts under en mycket stark tidspress och att inriktningen är på lokaler, teknisk utrustning, medicinska aspekter och bemanning. Personalen har i olika grad varit involverade i förberedelserna. Klinikens läkare har under våren t ex haft gemensamma möten där olika delar av flytten diskuterats. De har också haft en externt förlagd samverkansdag. De förberedelser som övrig personal har varit involverade i består i att delar av personalen har deltagit i arbetsgrupper samt en del praktiska arrangemang i lokalerna på NÄL. Det senare innebär exempelvis att man har märkt upp hyllor och förråd så att det skulle bli lättare för den nya personalen att hitta.

De nya arbetslagens sammansättning och personalens scheman blir klara i ett sent skede före flytten. Tio dagar före flytten uppger en av de som vi intervjuat att sammansättningen på arbetsgrupperna ännu inte var klar. Oklarheter fanns då fortfarande kring vilken personal som skulle följa med från Uddevalla sjukhus. Dessa bottnar i att en del av den personal som erbjudits att flytta över till NÄL söker andra arbeten eller ledigheter av olika slag. Flera av de intervjuade tror att den oklara personalsituationen kan vara en anledning till att de nya arbetslagen inte hade några gemensamma träffar under förberedelsearbetet. I allmänhet visste personalen inte heller vem eller vilka de nya arbetskamraterna var förrän de arbetat tillsammans sitt första pass efter flytten.

Flertalet av de vi intervjuat var redan före flytten införstådda med att rutiner och arbets sätt var olika på Uddevalla och NÄL. Den insikten var bl a baserad på egna erfarenheter. Under den växelvisa stängningen av avdelningar på de bägge sjukhusen sommaren 1995 hade ett visst utbyte av personal mellan sjukhusen skett och arbetslag från Uddevalla respektive NÄL hade blandats. Skillnaderna hade då kommit i dagen. Även föräldrar till barn som vårdats, hade då påpekat olikheterna för personalen. Föräldrarna fick olika besked och olika råd om hur barnen skulle skötas, beroende på vilket sjukhus personalen kom ifrån. De som vi intervjuat och som inte hade egna erfarenheter av att rutiner och arbets sätt var olika hade i allmänhet hört talas om att det förhöll sig på det viset. Skillnaderna hade diskuterats på möten som man deltagit i.

Den första tiden efter flytten - en situation med personalbrist och exponering av olikheter mellan personalgrupperna

Vår första intervjuomgång efter flytten genomfördes under perioden 31 maj -16 juni. De beskrivningar vi fick då pekar sammantaget på att den första tiden var extremt pressande för personalen. Förväntningarna som fanns före flytten om en övergångsperiod där personalen skulle kunna arbeta ihop sig under lugna former, kunde inte infrias. Det saknades personal, främst sjuksköterskor. En barnsköterska från Uddevalla sjukhus uppgav före flytten att hon

skulle få gå bredvid de första 14 dagarna på NÄL. Så blev det inte. Under den första arbetsveckan på NÄL fick hon gå direkt in i arbetet medan hon under den andra veckan fick möjlighet att gå bredvid. En sjuksköterska, också hon från Uddevalla sjukhus, gick på sitt allra första arbetspass på NÄL kl 6.45 på morgonen den 22 maj. Det var mycket barn och lite personal på avdelningen. När hon intervjuades strax efter flytten beskrev hon den första dagen på sitt nya arbete så här:

"De sa 'Kom och sätt dig här och ta rapport'.....det var bara att börja jobba med en gång. Det var inga förberedelser, det var inget visa runt. Det fanns ju inte tid. Det var ju så att vi var insatta som personal från första stund och har en massa patienter. Jag har fortfarande inte varit inne i förrådet och det är fjärde dagen jag går. Jag hittar till medicinskåpet och jag hittar in till det rummet jag är på men mer hittar jag nästan inte."

Brist på personal var alltså något som kännetecknade den första tiden efter flytten. Rent praktiska bestyr som hörde till flytten och som låg utanför det egentliga vårdarbetet tillkom också. Teknisk utrustning, lådor med material m m från Uddevalla sjukhus stod i korridorer och skulle tas om hand.

Personalen från Uddevalla sjukhus förde med sig de vanor och de rutiner som gällt där. Samtidigt som lokalerna på NÄL fylldes med ny personal med egna rutiner, nya patienter och ny utrustning blev avdelningen "ny" också för dem som hade arbetat där tidigare. Även om lokaler och sjukhusgemensamma system var desamma som tidigare och därmed välbekanta för den personal som tidigare hade arbetat på NÄL förändrades arbetsvillkoren också för dem på ett omedelbart sätt. Skillnader i arbetssätt visade sig i stort och smått. Rapportlistor, blanketter och provtagningsrutiner var t ex olika. Arbetsinnehållet för barnsköterskor respektive sjuksköterskor skilde sig åt mellan sjukhusen. Enligt beskrivningarna var det en tydligare avgränsning mellan sjuksköterskors och barnsköterskors uppgifter på Uddevalla sjukhus jämfört med NÄL där uppgifterna mer kunde överlappa varandra. Det hade också rått olika praxis på sjukhusen när det gällt hantering av läkemedel och ordinationer. Konsekvenserna av detta blev dagliga krockar och oklarheter kring vem som hade gjort vad, vem som borde göra vad och hur det borde göras.

Följande exempel, vilket är hämtat från neonatalvården, får belysa hur olikheter i rutiner kunde gestalta sig i vardagsarbetet: På Uddevalla sjukhus var ordningen sådan inom neonatalvården att rum där barn med andningslarm låg, var bemannade med personal. Personal skulle finnas på rummet hela tiden så att de snabbt skulle kunna ingripa ifall larmet gick igång. Enligt den praxis som rådde på NÄL var dessa rum inte bemannade hela tiden. Man ansåg att larmen hördes även om personal befann sig på andra håll inom avdelningen och att de skulle hinna dit i tid vid eventuella larm.

Den typ av olikhet som exemplet illustrerar gav naturligtvis upphov till problem. I den situation som rådde omedelbart efter flytten var det inte självklart vems rutiner som skulle gälla på de "nya" avdelningarna. Det fanns inte heller tid att sitta ner och diskutera rutinerna. Det uppstod diskussioner mellan personalen kring olika tillvägagångssätt när patienterna var närvarande. Anhöriga till de barn som var inlagda märkte olikheterna och kommenterade det också för personalen. Strategin i det här skedet blev att försöka hantera dubbla rutiner.

Situationen under hösten 1997

Under hösten var stämningen inom kliniken lite lugnare. På några håll hade aktiviteter, så som samverkansdagar genomförts som ett led i integrationen av personalgrupperna. Skillnaderna i arbetssätt och rutiner fanns kvar men nu försökte man mer aktivt att komma överens om gemensamma rutiner. Den sommar som hade passerat beskrevs som rörig. Personalbristen hade funnits kvar under sommaren. En hel del barnsköterskor med lång tids vana hade försvunnit. Nyutexaminerade sjuksköterskor hade kommit in som semestervikarier.

Inom en avdelning berättade personalen att de hade känt sig så psykiskt belastade att de hade tagit externa kontakter för att få hjälp. Det tycks dock inte finnas någon funktion inom NU-sjukvårdens organisation dit personalen skall vända sig när det uppstår problem som är relaterade till arbetsförhållandena. En barnsköterska uppgav att den fackliga organisationen hade kontaktats. Vidare uppgav man att personal hade vänt sig till Kunskapscentrum, till klinikföreståndaren och till personalchefen. Det stöd som så småningom hade satts in på avdelningen var en psykolog från Företagshälsovården.

Under höstens intervjuer reflekterade personalen också över det sätt som flytten hade genomförts på. Genomförandet av flytten borde ha planerats och förberetts på ett annat sätt, enligt de intervjuades mening. Omstruktureringen hade gått för fort menade man och några anser att en bättre tidpunkt för flytten hade varit efter semestrarna. Personalen borde också ha förberetts psykiskt för omflyttningen. De nya arbetslagen borde ha träffats tidigare, på betald arbetstid, så att de åtminstone hade haft ett utseende på sina nya arbetskamrater. De kunde också ha bytt arbetsplats med varandra, före flytten. Att mer aktivt arbeta med arbetsgrupperna, sätta upp tydliga mål för dem och stärka lagandan är ytterligare synpunkter som framförs.

De föreslagna åtgärderna för omstruktureringen hade krävt mer tid men skulle troligen ha påverkat arbetsklimatet på kliniken på ett positivt sätt. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det konkreta genomförandet vid Barn- och ungdomskliniken borde ha förberetts mer ingående och hanterats med större medvetenhet om förändringsprocessers "mjuka" aspekter. Det hade också medfört en större varsamhet om de människor som arbetar inom NU-sjukvården.

Politikernas syn på genomförandet

I förväntningsintervjuerna beskriver politikerna arbetet med att utarbeta en ny struktur för NU-sjukvården i olika positiva termer. De allra flesta ger en eloge till arbetsgrupperna som på mycket kort tid anses ha gjort ett mycket bra arbete. På den politiska direktionnivån har arbetet vid den tidpunkten utförts utan några större komplikationer eller meningsskiljaktigheter. Några politiker betonar också vikten av att man som medlemmar i en grupp är eniga när man till exempel skall möta olika personalgrupper eller allmänheten.

Förväntningarna är emellertid att det positiva klimatet kommer att ersättas av motstånd och opinion från flera håll i personalgrupperna när genomförandet av beslutet närmar sig. Några citat får belysa förväntade reaktioner;

"Ju närmare man kommer det datum då det skall bli något av det, ju oroligare blir de anställda."

"Personalen som inte kommer att få vara kvar på samma ställe som nu kommer nog att bli besvärliga framöver."

I de intervjuer som genomfördes med politikerna parallellt i tiden med omflyttningen inom Kvinnokliniken och Barn- och ungdomskliniken framkommer en optimistisk syn på genomförandet. Politikerna är av den uppfattningen att förberedelser och genomförande av flytten sköts på ett professionellt sätt, att det finns duktig och kunnig personal som kan sådant. De har därför inte satt sig in i några detaljer om hur genomförandet sker. Flertalet av dem känner t ex inte till om det finns någon plan för hur genomförandet skall gå till utifrån personalsociala aspekter. Några politiker tror sig ha sett en sådan plan i ett tidigt skede, men kommer inte ihåg dess innehåll. Politikerna känner inte heller till om det finns någon plan med specifika aktiviteter som är gemensamma för de verksamhetsansvariga. De vet däremot att det inte finns resurser särskilt avsatta för sådana aktiviteter. Aktiviteter av ovan beskrivet slag belastar den ordinarie driftsbudgeten.

Ett synsätt som framkommer från flera politiker är således att personalen är professionell och därför klarar NU-sjukvårdens omstruktureringar. Andra kommentarer från politikerna är att man kan kräva av personalen att de bjuder till lite extra vid en så stor förändring som NU-projektet innebär.

Att lära av erfarenheter eller att planera för ett lärande

Ansvar för genomförandet av NU-projektet har delegerats till nivån under den strategiska i NU-sjukvården. Det strategiska projektet inskränker sig därmed till struktur- och dimensioneringsfaserna. Det är resultatet av dessa faser som förväntas bli det bestående och konkreta resultatet av omstruktureringen av NU-sjukvården. Det som sker i genomförandet tycks däremot betraktas som något av övergående karaktär. Vi uppfattar det strategiska NU-projektet som en strategisk planering av ett framtida tillstånd, där processen att ta sig dit inte är inkluderad. Som vi tidigare påpekat, framhåller senare års strategiforskning betydelsen av ett processtänkande. Organisationens framtida tillstånd måste kopplas samman med dess nutida tillstånd. En viktig faktor i det arbetet är att skapa en kollektiv förståelse för den strategiska förändringen (Ericson, 1998). Den strategiska ledningens förändringsidéer och intentioner måste då föras över till mellanchefer på nästa hierarkiska nivå (t ex verksamhetschefer) i ett processuellt meningsskapande. De övergripande strategierna för det framtida tillståndet kompletteras då med strategier för det praktiska genomförandet av förändringen.

På ett möte som hölls i anslutning till direktionsmötet i september månad 1997, dvs ca 4 månader efter flytten av barn- och ungdomskliniken och kvinnokliniken från Uddevalla till NÄL, redogjorde de två klinikernas verksamhetschefer för sina erfarenheter. Vad gäller redogörelsen från barn- och ungdomsklinikens verksamhetschef tycks det finnas en stor överensstämmelse med de bilder vi fått genom intervjuer med klinikens personal. De presenterade erfarenheterna bidrog troligen till en ökad medvetenhet om genomförandeprocessens svårigheter bland såväl sjukhusledning, verksamhetschefer som politiker. En tydligare fokusering på att möta dessa svårigheter kunde ses genom att en satsning på genomförandets "mjuka aspekter" föreslogs för de kliniker som skulle genomgå en liknande omflyttning.

Från strategiskt ledningssätt tycks man från början inte ha anat omfattningen av personalkonsekvenser vid genomförandet av NU-projektet. Om så skulle varit fallet torde även genomförandet ha ingått i det strategiska projektet. De problem och svårigheter som uppstod i själva omstruktureringen av Barn- och ungdomskliniken var uppenbarligen inte förväntade och något strategiskt handlingsprogram för att förhindra att problemen uppstod fanns inte heller. Ett synsätt som några av de intervjuade politikerna ger uttryck för är att svårigheter för

personalen är oundvikliga vid förändringar och att de är av övergående karaktär. Följande citat får belysa detta synsätt;

"Det är omöjligt att tänka sig att få en kvalitativ sjukvård i en flyttningssituation. Under en övergångsperiod lever man i kaos".

Det tycks också finnas en förväntan hos politikerna om att personalen skall bli extra stresstålig vid genomförandet av NU-projektet. Deras förväntan utgår troligen från ett synsätt på NU-projektet som ett positivt projekt som kommer att leda till bra arbetsförhållanden när det är färdigt. Deras förväntan om personalens stresstålighet skulle förmodligen varit annorlunda om de varit medvetna om att personalens syn på NU-projektet också innefattar förändringar till det sämre. Ett citat från en direktionspolitiker får sammanfatta den bild vi själva fått av NU-sjukvårdens synsätt på genomförandet av sjukhusfusionen mellan Uddevalla och NÄL.

"Karakteristiskt för NU-processen är och har hela tiden varit att vi befinner oss i ständigt oro men har en optimistisk framtidstro".

Det är svårt att fusionera två sjukhus

Exemplet från Barn- och ungdomskliniken ger stöd åt fusionsteorier som hävdar att fusionering är en svår process. En förklaring till de problem som uppstår vid fusionering är att människors förhållningssätt till sin organisation påverkar fusionsprocessen (Kleppstö 1993). Om organisationen t ex har lagt stor vikt vid att människor skall kunna identifiera sig och sitt liv med sina arbetsuppgifter och med organisationen kan detta ligga i fatet när man skall bryta upp denna "identitet". Att identifiera sig med sin organisation är inte något man slår av och på efter behag. Ett uttryck för detta är de reaktioner som uppstår vid fusioner där gamla lojaliteter, identiteter och statushierarkier hotas. I ett allmänt språkbruk brukar man hänföra dessa fenomen till organisationens kultur, eftersom gemensamma normer och värderingar utgör dess grund. De reaktioner som uppstår vid fusioner betraktas därför som kulturkrockar.

Tillhörighet och identitet bryts vid fusioner

Inom sjukvården, som i de flesta andra professionella organisationer, präglas identitet och tillhörighet av två olika hierarkiska system (Mintzberg, 1983). De professionella utövarna ingår i en professionell hierarki där vi kan se professorer och överläkare i hierarkins topp och undersköterskor långt ner i hierarkin. De professionella ingår också i en verksamhetsspecifik hierarki som innebär att t ex verksamhetsansvariga chefer har en överordnad position som baseras på sjukhusledningens delegation av ansvar och inte på den professionella statusen. De två hierarkierna betraktas inom forskningen som olika domäner med intressen som delvis är olika. En tredje domän inom den offentliga sjukvården är den politiska organisationen (Borgert, 1992). De tre domänerna strävar var och en efter att bibehålla eller förbättra sin maktposition. Vid organisatoriska förändringar utsätts dessa maktpositioner för prövningar. Införande av beställar/utförarorganisationer i sjukvården kan t ex ses som exempel där det finns en önskan om att förbättra politikernas och administratörernas makt att styra sjukvården. Ge-

nom politikers beställningar av sjukvårdsproduktion i kombination med prestationsuppföljning förväntas makten över resursernas användning tillfalla politiker och administratörer. De professionella utövarnas medvetenhet om ekonomiska förhållanden ökar och förväntas leda till att de håller sig inom angivna ramar (Brorström, 1995).

Vid fusioner av professionella organisationer bryts människors tillhörighet till flera olika "identiteter" och gällande maktfördelning kommer i obalans. För NU-sjukvårdens del innebär det i ett övergripande perspektiv att två landstingsidentiteter möts. Det leder till att en ny maktbalans mellan såväl de politiska partierna som mellan enskilda politiker behöver etableras. Vid fusionen av Uddevalla sjukhus och NÄL är det flera olika tillhörigheter som bryts som t ex tillhörigheten till sjukhusen som arbetsplats, till det professionella sammanhanget inom sjukhuset, till de metoder och rutiner som utvecklats, till de arbetsgrupper och till den arbetsledning som man tillhör.

Alla människor som berörs av fusionen uppfattar emellertid inte dessa uppbrott likadant. I den inledande förväntningsstudien med olika personalkategorier framkom en skillnad i detta avseende. De som befinner sig högre upp inom den professionella hierarkin (underläkare) lägger större vikt vid de professionella sambanden och tror inte att fusionen kommer att påverka det egna arbetet så mycket. Denna uppfattning stämmer också mycket väl överens med de uppfattningar som chefsöverläkare vid Uddevalla och NÄL gav uttryck för redan innan NU-sjukvården trädde i kraft (Brorström, 1996). De som finns längre ner i sjukvårdens professionella hierarki lägger större vikt vid arbetskamrater och invanda rutiner och befarar stora förändringar. Det "vi och dom" förhållande som förstärktes inför förändringen innehåller många konkreta exempel på olikheter i dessa avseenden.

Kulturkrockar får ibland utgöra den heltäckande förklaringen till människornas reaktioner vid fusioner. Eftersom man konstaterar att de fusionerande organisationerna har olika kulturer så blir det också ofrånkomligt att dessa till viss del krockar. En vanlig föreställning är också att man kan mildra kulturkrockarna genom att i förväg analysera de fusionerande organisationernas respektive kultur. Dessa föreställningar utgår från att kultur är något som är och där stabilitet, harmoni och struktur står i fokus. Dessa system framställs som varaktiga och i huvudsak konfliktfria. De uppfattas dessutom omfatta i princip alla individer i kollektivet. En annan syn som kulturforskningen lyfter fram är att kulturen är en process (Kleppstö, 1993). Den utgörs av kollektivets ständigt pågående försök att definiera sig själv och sin situation. Kultur innehåller med denna syn disharmoni, mångtydighet och instabilitet. En processsyn på kultur medför också att betydelsen av att inför en fusion kartlägga kulturerna minskar. Processynen innebär istället att själva sammanslagningsprocessen får en avgörande betydelse för hur kulturerna eventuellt kommer att krocka. Genomförandet av en fusion påverkar således utvecklingen av organisationens "nya" kulturer.

Synsätt på organisation, kultur och förändring är av betydelse för fusionens framgång

I detta sammanhang vill vi knyta tillbaka till resonemangen ovan om struktursyn respektive processyn vid förändringar och till isbergsmetaforen. Struktursynen bygger på en föreställning om att organisationen utgörs av strukturer och organisationens kultur uppfattas då som en delstruktur. Processynen kan sägas ha sin utgångspunkt i en föreställning om att organisationen är en social konstruktion och därmed är ett resultat av de handlingar och aktiviteter som görs. Kulturaspekten ingår då naturligt i dessa handlingar och aktiviteter. Relevansen i Is-

bergsmetaforens betoning av processen som en avgörande faktor för hur förändringsarbete lyckas förstärks därmed av en processuell kultursyn.

Inför en fusion av det slag som NU-projektet utgör kan man inte nöja sig med att planera för hur den framtida strukturen skall se ut och hur de båda sjukhusen skall dimensioneras. Man kan inte heller utgå ifrån att det råder bestämda och enhetliga kulturer inom politikergrupper, inom de två sjukhusen, inom sjukhusens kliniker eller inom klinikernas arbetsgrupper som oundvikligt kolliderar vid en fusion. Av resonemanget ovan framgår istället att de aspekter som fokuseras vid fusionen (isbergets övre eller undre del) och sättet som fusionen genomförs på (förändringskompetens) är av största betydelse för en lyckad fusion.

Avslutande kommentar

När vi blickar tillbaka på NU-sjukvårdens 2,5 åriga historia kan vi konstatera att förväntningarna om NU-sjukvården var blandade. De positiva förväntningarna kan sammanfattas i att NU-sjukvården skulle leda till en effektiv sjukvård. Den skulle vara både kostnadseffektiv och garantera en god kvalitet. För att uppnå detta skulle nya arbetsformer och en samverkan mellan sjukhus, kliniker, primärvård och kommuner utvecklas. De negativa förväntningarna kan sammanfattas i en oro för att NU-sjukvården skulle leda till en sämre verksamhet. Oron för personalens vidkommande handlade om att bryta identiteter och utveckla nya sådana samt om en framtida tung arbetsbelastning. Oron för patienternas vidkommande handlade om att kunna ge en kvalitativt god vård både i samband med genomförandet av NU-projektet och i den framtida NU-sjukvårdens struktur. Man befarade en alltför slimmad och specialiserad sjukvård där personalen inte skulle räcka till och där viktiga medicinska samband skulle gå förlorade.

Vid NU-direktionens extramöte den 3 juni i år redogjorde samtliga verksamhetschefer för sina erfarenheter från pågående och genomförda omstruktureringar. De verksamheter som är på plats kan inte påvisa att de positiva förväntningar som fanns om NU-sjukvården har infriats. Omstruktureringen har medfört att sjukvårdsproduktionen har legat på en lägre nivå än planerat, vilket har resulterat i att vårdköerna har blivit längre. För att korta köerna krävs, åtminstone kortsiktigt, en resursförstärkning som medför ökade kostnader. Arbetet med att förnya och utveckla vårdens arbetsformer har till stor del fått stå tillbaka för omstrukturerings genomförande. Det har också visat sig att personal som flyttat med sin klinik till "det andra" sjukhuset i viss mån vänder tillbaka genom att söka sig till andra kliniker inom "det gamla" sjukhuset. Detta medför ett ökat utbildningsbehov. Flera av verksamhetscheferna befarade att det kommer att ta några år innan kompetensnivån är återställd.

Förväntningarna om att kunna utveckla en samverkan inom NU-sjukvårdens olika enheter har, som vi tidigare redovisat, många olika innebörder. Den sammanblandning av olika "sam-begrepp" som vi har påvisat medför att samverkan för många har likställts med sammanslagning. De negativa förväntningar som personalen hade inför sammanslagningen av Uddevalla och NÄL och de negativa erfarenheter som de har av genomförandet av omstruktureringen kan möjligen innebära att en negativ syn på samverkan generellt växer fram. Detta skulle kunna försvåra en utveckling mot ökad samverkan mellan sjukhusens verksamhetsområden. Vad gäller samverkan med primärvård och kommunerna pågår det ett arbete med att utveckla vårdprogram och vårdkedjor över huvudmannagränser. Det arbetet tycks, till skillnad från NU-sjukvårdens omstrukturering, ske mer processuellt och med en långsiktighet i fokus. Styrningen av vårdkedjearbetet kan inte utövas ensidigt från någon part, utan måste ske i en samverkan mellan huvudmännen. Vid ovan nämnda direktionsmöte ställdes frågan om vem

som äger och tar ansvar för vårdkedjorna. Frågan visar att det tycks finnas ett missnöje med uteblivna konkreta resultat så här långt, grundad på en bristande förståelse för vad en samverkan över huvudmannagränser innebär och hur den kan organiseras.

De farhågor som våra intervjupersoner såg med NU-sjukvårdens omstrukturering har, enligt vår uppfattning, blivit verkliga. Som en konsekvens av specifika verksamheters koncentration till antingen Uddevalla eller NÄL har medicinska sambandsförluster uppstått, enligt flera verksamhetschefer. Detta ger negativa konsekvenser för patienterna och försämrar kvaliteten i vården. Det finns också uppfattningar om organisationsbrister genom icke-fungerande flöden på Uddevalla sjukhus. Vad gäller personalen så har de en mycket ansträngd situation. Genomförandet av sjukhusfusionen har, som vi tidigare framhållit, inneburit många praktiska problem för personalen. Svårigheter i samband med det praktiska genomförandet av omstruktureringen har inte uppmärksamrats tillräckligt. Personalens oro för att bryta identiteter och bygga upp nya kan därför sägas ha varit befogad. I NU-projektets första två faser organiserade man för en stor delaktighet av personalen, medan genomförandefasen var dåligt förberedd och genomförd i det avseendet. Styrningen av förändringen delegerades i det skedet till de verksamhetsansvariga cheferna utan att ha en gemensam policy och kompetens för hur genomförandet skulle gå till. Respekten för de praktiska problemen och dess effekter för både personal och patienter tycks varit alltför liten.

Vid ovannämnda direktionsmöte redovisade de fackliga organisationerna att personalen har haft och har det besvärligt. Flertalet verksamhetschefer poängterade också svårigheterna för personalen. De konstaterade att grundbemanningen är för låg, vilket leder till en hög arbetsbelastning. Några av dem betonade allvaret genom att tala om utbränd personal. Det var också flera verksamhetschefer som framhöll att det är svårt att rekrytera personal. Det gäller såväl läkare, sjuksköterskor som sekreterare. En avdelningsföreståndare berättade t ex att hon kunde få ringa 50-60 samtal för att få in en nattundersköterska. Trots det omfattande arbete som läggs ned kan hon misslyckas med att rekrytera vikarier. Förutom den låga grundbemanningen försämrar detta naturligtvis den tjänstgörande personalens svåra förhållanden.

De fackliga organisationernas konstaterande om att personalen har det svårt och inte heller känner sig stolta över att arbeta i NU-sjukvården uppfattar vi som en mycket allvarlig situation. Huruvida den uppkomna situationen enbart är en effekt av sjukhusfusionens genomförande är svårt att uttala sig om. Med vår tolkning av genomförandet av NU-sjukvårdens fusion vill vi dock göra det troligt att den uppkomna personalsituationen är ett uttryck för fusionens negativa effekter. Vi anser inte att situationen kan betraktas som tillfällig och att den automatiskt kommer att förbättras i takt med att NU-sjukvårdens organisation "sätter sig". Vi tror att det krävs stora och riktade insatser för att förbättra situationen för NU-sjukvårdens personal och för att göra NU-sjukvården attraktiv för presumtiv personal. Den omvälvande omstruktureringen förväntas vara avslutad under första kvartalet 1999. NU-sjukvårdens förändringsarbete är emellertid inte avslutat därmed. Det kommer att pågå under en följd av år och innehålla många andra dimensioner utöver den radikala omstrukturering som nu genomförs.

NU-sjukvårdens sjukhusfusion är inte något udda exempel inom sjukvårdens utveckling idag. Sjukhusfusioner eller sammanslagningar av kliniker pågår på många håll i Sverige. Vi får också rapporter via uppföljningar, utvärderingar och media om de problem som är förknippade med förändringarna. Förändringar av dessa slag är mycket komplexa. Det krävs en god insikt i komplexiteten och en kompetens att hantera den för att lyckas i dessa förändringsarbeten. De erfarenheter vi har redovisat från NU-sjukvårdens fusion tycks stämma väl överens med erfarenheter från andra sammanslagningar och omstruktureringar inom sjukvården (SPRI...1998). Liksom på flera andra håll har tempot i genomförandet varit högt (vilket också har kritiserats) och bara lämnat ett begränsat utrymme för reflektion under pågående process.

I det ständiga sökandet efter en effektiv organisation är det de tvära kasten mellan olika strukturer och snabba implementeringar av nya styrmodeller som har fått råda. I en sådan situation är det inte särskilt förvånande att förändringsarbete och organisationsutveckling präglas av ett strukturorienterat synsätt. En vidare reflektion över vad som utmärker en effektiv organisation ger emellertid vid handen att ett processorienterat synsätt vid förändring och utveckling är grundläggande och betydelsefullt. Vi avslutar därför denna rapport med ett resonemang om effektiva organisationer och goda institutioner.

DEL III: Villkor för effektivitet - reflektioner om profession, organisation och institution

Organisationens betydelse för en effektiv verksamhet

Utgångspunkten för resonemangen i detta avsnitt är att organisering handlar om att skapa förutsättningar för att kunna genomföra en effektiv verksamhet. Med effektivitet avses att verksamheten håller en tillfredsställande kvalitet samtidigt som den är kostnadseffektiv. En av flera viktiga förutsättningar för att kunna göra detta är att organisation och styrinstrument är ändamålsenliga. De måste befrämja en effektiv verksamhet, de måste vara ett stöd för en effektiv verksamhet och inte ett hinder. Ett något annorlunda sätt att uttrycka saken är att organisationen är metoden för att lösa uppgiften att tillhandahålla en god verksamhet inom ramen för begränsade resurser.

Organisations- och redovisningsforskare inom KFi har följt utvecklingen i kommuner och landsting under en dryg 20-årsperiod. De administrativa metoderna för att befrämja utveckling av en effektiv verksamhet har varit många under åren som gått. Den ena lösningen har avlöst den andra. Det finns givetvis många orsaker till den rika floran av modeller och metoder och mycket forskning har också ägnats åt att försöka förklara och förstå motiven och innebörden av förändringarna. Forskare har bland annat förklarat förändringsbenägenheten och omfattningen av alla olika lösningar med att nya lösningar alltid ger upphov till nya problem och dessa problem måste i sin tur hanteras, vilket fordrar nya lösningar som sedan ger upphov till nya problem. En ständig jakt bedrivs således efter något som är bättre än det befintliga i syfte att hantera styrproblemen. En förklaring till det högt uppdrivna förändringstempot har också varit organisationernas önskan om att framstå som framgångsrika och moderna. Det anses vara viktigt att hänga på den trend som för tillfället gäller. Att nya moderna organisationsmodeller är viktiga symboler för framgång är ett bekräftat och välkänt fenomen inom organisationsforskningen.

Organisations- och styrningsideal och dess effekter

Listan över administrativa reformer kan således göras lång. Det som först tycks vara en vildvuxen flora av olika reformer kan emellertid sorteras och grupperas i tre huvudteman eller ideal för organisation och styrning. Under den expansiva perioden, det vill säga 70-talet, var planeringsidealet dominerande. Det tog sig uttryck i utveckling av långsiktplaner där fem års planeringshorisont var ett absolut minimum, styrande flerårsplaner, rambudgetering och nollbasbudgetering. Därefter kom decentraliseringsidealet, som tog sig uttryck i införandet av såväl fiktiga som verkliga resultatenheter, målstyrning och en uppdelning av organisationen i beställare och utförare, köpare och säljare. Beställar/utförarmodellen innefattade också eller utvecklades till att handla om införande av marknadslika lösningar. Även inom ramen för de marknadslika lösningarna var tanken om en långtgående decentralisering uttalad. Det ideal som avlöste decentraliseringsidealet eller om man så vill marknadsidealet med dess idé om tydligt ansvar och någon form av konkurrens mellan decentraliserade enheter är samverkansidealet, som innefattar samarbete mellan olika enheter och samordning mellan olika aktiviteter. Samverkansidealet har många gånger varit mer idémässigt och mindre tekniskt, men samtidigt kan konstateras att under idealet samverkan har sammanslagning av olika organisatoriska en-

heter sorterats, det vill säga tanken om samverkan har innefattat förändringar som inneburit en ökad koncentration.

Varje ideal kan förklaras utifrån då rådande omständigheter och värderingar och varje ideal har mött sina svårigheter. Planering visade sig till exempel inte vara något bra sätt att hantera resursfrågor på. Få och relativt svaga väktare, det vill säga företrädare för ekonomin, och starka förkämpar, det vill säga företrädare för verksamheten, bidrog till en utbyggnad över hela linjen. Det var nog inte det som planeringsmodellernas arkitekter och försvarare egentligen hade tänkt sig.

Decentraliseringsidealet gav ett mycket starkt fokus på ekonomifrågor samtidigt som verksamhetsansvariga klarade att genomföra en tillfredsställande verksamhet. En bedömning är att decentraliseringen relativt andra organisatoriska lösningar inneburit mer skonsamma besparingar. Decentraliseringen har inneburit ett stort ansvar lokalt i organisationen och politiska prioriteringar och strategier har efterfrågats. Vidare har decentralisering inneburit en påtaglig risk för suboptimering framför allt sett ur ett långsiktigt perspektiv. En jakt på utvecklingskostnader har bedrivits och denna innebär självfallet en uppenbar risk för att för lite tid och resurser satsas på utveckling. Platt organisation har blivit ett honnörsord. En platt organisation är effektiv under de förutsättningar som den är konstruerad för, men den är inte bra på att anpassa sig till förändringar. Eftersom vi inte kan förutsätta att vi idag tillämpar de bästa modellerna och metoderna, så är det en besvärande omständighet om utvecklings- och anpassningsförmågan försämras.

Det rådande samverkansidealet har hittills lidit av behovet av för snabba genomförandeprocesser, felaktiga förväntningar och en felaktig föreställning om vikten av att de delar som ska samverka har en tydlig identitet. Samverkansidealet har också missgynnats av en otydlighet rörande fenomenets innebörd, likheter och skillnader mellan olika begrepp såsom till exempel samarbete, samverkan och samordning har inte klargjorts. Samverkansidealet har också lidit av att förändringarna har genomförts under en period med synnerligen problematiska finansiella förutsättningar. Hösten 1992 var räntan 500%. Ett sådant finansiellt läge som utgångspunkt är synnerligen problematiskt och risken är påtaglig för att reformen kommer att beskyllas för de förändringar av resurstillgången som sker. Konsekvenserna av det faktiska finansiella läget blandas samman med den genomförda reformens innebörd.

Effektiv organisation – hantera konkurrerande värden

De lanserade och genomförda administrativa reformerna i kommuner och landsting har var och en baserats på ett ideal och samtidigt som ett nytt ideal har vunnit intrång har det tidigare blivit ifrågasatt och betraktat som felaktigt. Ett mycket tydligt exempel är när ansvar försvann och ersattes med samverkan i mars 1993 (sic). Plötsligt var det idémässigt fel med självständiga enheter och ett långtgående ansvar. Ett nödvändigt synsätt i det fortsatta sökandet efter lösningar för effektiv organisation under de förutsättningar som nu råder är att det handlar om att förena olika ideal som idémässigt är motstridiga. Den effektiva organisationen måste kunna förena konkurrerande värden. Dagens organisationer måste vara bra på flera olika saker som sinsemellan är motstridiga. Det är viktigt att lära sig att verka under den förutsättningen.

Den effektiva organisationen har en tydlig identitet och ett tydligt och väl avgränsat ansvar som förenas med ett välutvecklat samarbete med andra. Den effektiva organisationen använder befintliga resurser effektivt och har en tydlig verksamhetsorientering. Resurser används i kärnverksamheten, samtidigt som organisationen är utvecklingsorienterad och har en känsla för vilka strategiska omläggningar av kursen som är nödvändiga. Dessutom måste till-

räcklig kapacitet för att genomföra nödvändiga omläggningar finnas. Den effektiva organisationen är flexibel och har förmåga att möta och hantera oförutsedda händelser samtidigt som organisationen erbjuder ett slags grundläggande trygghet för organisationsmedlemmarna. En stabilitet råder.

Goda institutioner och institutionell förändring

Innebörden av effektiv organisation och förebilden för en effektiv organisation är given, frågan är hur sådana organisationer skapas. Den är beroende av två saker; givna förutsättningar i form av spelregler och värderingar och aktörernas kompetens och förhållningssätt. En organisations möjligheter att fatta beslut och handla underlättas av och begränsas av de regler, normer och värderingar som råder i organisationen och som omger organisationen. En sammanfattande benämning på dessa är institutioner. Institutioner kan vara såväl formella som informella. De formella är till exempel regler och anvisningar och de informella är det ”som sitter i väggarna”. Institutionernas innebörd är att de förenklar för människor att handla inom givna ramar. Institutionerna försvårar samtidigt för människor att handla när de vill gå utanför ramarna. Goda institutioner, det vill säga institutioner som befrämjar effektivitet, och ett trovärdigt institutionellt arrangemang skapar förutsättningar för utveckling och etablering av den effektiva organisationen. Samhällsvetare vet att förtroende, ömsesidighet och utrymme för experiment utgör exempel på goda institutioner. Det råder emellertid osäkerhet om hur institutioner skapas, etableras och förändras. Hur ett institutionellt arrangemang ombildas och hur nya institutioner skapas är en viktig fråga för forskningen.

För att institutionell förändring ska ske måste organisationsmedlemmarna, aktörerna handla. Det är genom att individer utmanar befintliga institutioner som de motståndskraftiga institutionerna förskjuts och får en ny innebörd. Alla organisationsmedlemmar har en skyldighet att utmana rådande föreställningar som inte befrämjar effektivitet. Det handlar om lojalitet mot verksamheten att försöka avslöja förekomsten eller utvecklingen av egenskaper i det institutionella arrangemanget som inte befrämjar effektivitet.

De professionella

Aktörernas förhållningssätt är således av avgörande betydelse. Ett mer konkret sätt att formulera krav och förhållningssätt är att utvecklingen av professionella organisationer handlar om att ledningen måste lyssna på professionerna och deras uppfattningar om föreslagna förändringar. Ett återkommande drag för flera av de organisationsförändringar som utvärderats av vår forskargrupp och av andra är att den professionella organisationen och de professionella aktörerna inte anser sig ha kommit till tals. Förändringarna genomförs utan deras medverkan. Mitt favoritexempel på avståndstagande från ledningens styrmodell är läkaren som på frågan om vilken den närmare innebörden var av den tillämpade styrmodellen, som han var kritisk till, svarade att han inte visste eftersom han inte hade varit på plats den förmiddagen då modellen presenterades av ledningen. Svaret ger utrymme för många olika spännande tolkningsmöjligheter rörande förutsättningar att reformera professionella organisationer och professionens inställning till reformer.

Samtidigt gäller att ett utmärkande drag för professionens uppfattning i sammanhanget är att ingen förändring av organisation och styrning förefaller vara relevant. En skattefinansierad verksamhet fungerar på det viset att en gemensam pott med pengar ska fördelas enligt vis-

sa principer och en uppföljning av hur fördelade resurser använts måste ske. En tydlig modell för resursfördelning och metoder för bedömning av verksamhet och ekonomi i efterhand måste finnas. En acceptans av detta villkor är en viktig förutsättning för att professionen och organisationens ledning skall kunna umgås. Lyssnar man till professionen förespråkas oftast förändringar som leder till en överensstämmelse mellan den formella och informella ordningen. Det kan synas vara bra men innebär faktiskt stor risk för att det inte blir någon utveckling, rådande institutioner utmanas inte. De bekräftas och förstärks istället och verksamheten riskerar att stelna i sina befintliga former.

Sökandet kan börja

Idealet för organisation och styrning idag är vare sig planering eller marknad, anslagsstyrning eller köp och sälj, hierarki eller platta organisationer. Det är något däremellan byggt på tanken om lokalt ansvar förenat med formulerade strategier och accepterade former för uppföljning och utvärdering. Goda institutioner utvecklas som en konsekvens av en ständigt pågående dialog inom organisationen. Tvära kast mellan olika organisatoriska ideal som en konsekvens av centralt fattade beslut gynnar inte en utveckling mot goda institutioner. Ett sätt att underlätta sökandet efter goda institutioner och finna formerna för utveckling av goda institutioner är att jämföra med andra och försöka förklara de goda exemplen. Det är också viktigt att rapportera om och lära av mindre framgångsrika försök. Öppenhet i redovisningen av problem och möjligheter är ett ideal i sig. En sådan god institution måste finnas inom alla organisationer, det är en förutsättning för en långsiktigt gynnsam utveckling.

Referenser

Alarik , Björn, 1982

”Fusioner - drivkrafter, beslut, samordning”. Göteborg: BAS förlag

Borgert, Leif, 1992

”Organiserandet som mode - Perspektiv på hälso- och sjukvården”. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag

Brorström, Björn, 1995a

”Effektiv organisation? Verksamhetsföreträdares uppfattningar om styrning och styrningens effekter”. Arbetsrapport nr 10, Nu utvärderar vi Bohusmodellen, Bohuslandstinget

Brorström, Björn, 1995b

”Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården”. Lund: Studentlitteratur

Brorström, Björn, 1996

”Profession och struktur - en jämförelse mellan två sjukhus”. Göteborg: Arbetsrapport KFi

Brorström, Björn, Bengtsson, Ulla, Cwejman Malgorzata; Edlund, Viveka och Marianne Leffler, 1996

”Forskning pågår - fyra artiklar om styrning i offentlig förvaltning”. Göteborg: KFi-rapport 37

Czarniawska-Joerges, Barbara, 1988

”Att handla med ord: om organisatoriskt prat, organisatorisk styrning och företagsledningskonsultering”. Stockholm: Carlsson

Ericson, Thomas, 1998

”Förändringsidéer och meningsskapande - En studie av strategiskt förändringsarbete”. Linköping: Linköping Studies in Management and Economics. Dissertations No 37, Ekonomiska institutionen Linköpings universitet

French, W.L. & C.H. Bell, 1973

”Organisation Development. Behavioral Science Intervention for Organization Improvement”. Englewood Cliffs, Prentice-Hall

Jacobsson, Bengt (red.), 1994

”Organisationsexperiment i kommuner och landsting”. Stockholm: Nerenius & Santerus Förlag

Kleppestö, Stein, 1993

”Kultur och identitet vid företagsuppköp och fusioner”. Stockholm: Nerenius & Santerus Förlag

Leffler, Marianne, 1995

”Beställarperspektivet i Bohusmodellen - Lokala politikerns och tjänstemäns uppfattningar om Bohuslandstingets styrmodell”. Arbetsrapport nr 12, Nu utvärderar vi Bohusmodellen, Bohuslandstinget

Leffler, Marianne, 1996

”Två steg fram - och ett tillbaka. Erfarenheter från landsting med beställar-utförarmodeller” i SOU 1996:1269 Bilaga V ”Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting.

Mintzberg, Henry, 1983

”Structure in Fives - Designing effective organizations”. Prentice-Hall

”Samverkan över gränser för patientens bästa” - beslutsunderlag 1996-09-26, Nudirektionen

SOU 1995:142 Att röja hinder för Samverkan, Egenmakt och Arbetslinjen

Stubbart, C. & L. Smirich, 1985

”Strategic Management in an Enacted World”. Academy of Management Review

Targama, Axel, 1978

”Former för administrativt utvecklingsarbete”. Göteborg: BAS förlag

Trägårdh, Björn, 1997

”Samsverkan och samexistens - om relationer mellan operativa chefer”. Göteborg: BAS förlag

Wildavsky, Aron, 1975

”Budgeting - A Comparative Theory of Budgetary Processes”. Boston: Little Brown and Company