

Serviceorganisation och sjukvårdsadministration

AVRUNO AXELSSON

Bakgrund och syfte

Det talas mycket om service idag, inte bara hos flygbolagen utan även inom den offentliga sektorn. Sjukvården har särskilt kommit i blickpunkten, bl a genom Spris annonskampanj för bättre patientbemötande och service, samt debatten om den privata City-Akuten i Stockholm. Det har i dessa sammanhang framförts allvarlig kritik mot den offentliga sjukvården för dess bristande tillgänglighet, väntetider och svårbegriplighet. Man har också konstaterat att det krävs stora insatser på många olika områden för att förbättra servicen gentemot patienterna. Framför allt krävs emellertid, enligt många uppfattning, ett nytt synsätt på verksamheten. På samma sätt som marknadsinriktade företag försöker sätta kunderna i centrum måste man inom sjukvården sätta patienterna i centrum (se Borgenhammar m fl, 1983).

Ett sådant synsätt på sjukvården är naturligtvis helt riktigt. Servicen till patienterna är en självklar utgångspunkt för verksamheten, som tyvärr har kommit alltmera i skymundan under senare år. Detta beror bl a på den ökade specialiseringen och tekniska utvecklingen inom sjukvården, samt den närmast industriella organisation som vuxit fram på de stora sjukhusen. Under de senaste åren har dessutom intresset riktats mera mot sjukvårdspersonalen än mot patienterna, till följd av olika reformer på det arbetsrättsliga området. Någon har i detta sammanhang sagt att 70-talet var personalens årtionde, men att 80-talet måste bli patienternas. Den nya hälso- och sjukvårdslagen (HSL) stöder också en sådan inriktning genom att ge patienten en starkare ställning i sjukvården.

De flesta landsting har tagit fasta på den framförda kritiken mot sjukvården och dragit igång

Denna uppsats skrevs ursprungligen för ett seminarium om organisationsutveckling, anordnat av landstinget i Uppsala län, på Wiks slott i augusti 1984. En kortare debattartikel på samma tema har också publicerats i Läkartidningen (Axelsson, 1984).

olika aktioner för att förbättra servicen till patienterna. Många av dessa aktioner har dock fått en något ytlig inriktning, som bl a tagit sig uttryck i en övertro på utbildningsinsatser av olika slag. Inspirerade av utvecklingen inom SAS har man på flera håll startat sk charmkurser för att påverka personalens attityder i riktning mot ett bättre patientbemötande. Det behövs säkert också en attitydförändring hos många anställda inom sjukvården, men detta är endast ett symptom på mera grundläggande orsaker till den bristande servicen, som man först bör angripa. Dessa orsaker hänger samman med strukturella förhållanden som sjukvårdens teknik, dess resurser och framför allt dess organisation.

Utän att närmare gå in på den tekniska och ekonomiska utvecklingen inom sjukvården, som behandlats i andra sammanhang, ska denna uppsats försöka belysa de organisatoriska förutsättningarna för en förbättrad service: vilka krav som ställs på den organisatoriska utformningen, vilka problem som kan uppstå, samt vilka lösningar som kan rekommenderas. Dessa aspekter kommer att behandlas ur en administrativ synvinkel, vilket innebär en inriktning på sjukvårdens ledningsorganisation snarare än dess arbetsorganisation. Först krävs emellertid en allmän organisationsteoretisk bakgrund, samt en kort tillbakablick på sjukvårdens organisatoriska utveckling.

Från centralisering till decentralisering

Organisationer brukar ofta beskrivas som pyramider, och de flesta människor tänker också i pyramidala termer när de ställs inför ett organisatoriskt problem. Pyramidformade organisationer är emellertid bara en av många olika typer av organisationer. Det är denna typ av organisation som kallas för *byråkrati*. En byråkratisk organisation kännetecknas framför allt av en långtgående centralisering av ansvar och befogenheter i en formell hierarkisk struktur. Det är denna administrativa

centralisering som ger den byråkratiska organisationen dess pyramidala form. Detta är också den helt dominerande organisationsformen i vårt samhälle, och det är därför så många människor tänker på organisationer som pyramider.

Det finns flera olika teorier om varför byråkratiska organisationer har blivit så dominerande i vårt samhälle. En teori säger att byråkratin är en konsekvens av det kapitalistiska systemet, medan en annan teori säger att byråkratin är en avspiegling av det analytiska tänkande som kännetecknar den västerländska kulturen. En tredje teori säger att byråkratin har blivit dominerande helt enkelt därför att den visat sig vara effektiv. Den sistnämnda uppfattningen härrör från de klassiska organisationsteoretikerna (Taylor, Fayol m fl), som utifrån praktiska erfarenheter jämförde den byråkratiska organisationen med en väloljad maskin i en industriell produktionsprocess.¹

Det finns emellertid också en rad negativa konsekvenser, som brukar påpekas i samband med byråkratiska organisationer. För det första leder den centraliserade organisationsstrukturen ofta till maktfullkomlighet, med åtföljande risk för maktmissbruk, hos en liten elit inom organisationen. För det andra upplever organisationsmedlemmarna ofta ett främlingskap, en alienation, som beror på att de känner sig som små kuggar i ett stort och opersonligt maskineri. För det tredje, slutligen, har många pekat på den tröghet och ineffektivitet som kan förekomma i en byråkratisk organisation. Byråkrati har i detta sammanhang blivit ett vanligt skällsord i den allmänna debatten.

Byråkratins effektivitet är alltså en av de främsta orsakerna till att den blivit så dominerande som organisationsform i vårt samhälle, medan ineffektivitet är en av dess allvarligaste konsekvenser. Hur går detta ihop? Det grundläggande problemet är att så många människor genom sitt pyramidala organisationstänkande sätter likhetstecken mellan organisation och byråkrati. Detta har lett till att man har byggt upp centraliserade organisationspyramider även i situationer där dessa är mindre lämpliga. För byråkratiska organisationer är i själva verket lämpliga endast i vissa situationer.

Inom den moderna organisationsteorin brukar man tala om behovet av *situationsanpassning*, för att uppnå effektivitet i en organisation (efter Lawrence & Lorsch, 1967). Enligt denna teori är byråkratiska organisationer lämpliga framför allt i samband med industriell produktion, men även inom

offentlig förvaltning, som kännetecknas av stor drift och en stark specialisering. Där kan man nämligen uppnå ett effektivt resursutnyttjande med hjälp av en centraliserad organisationsstruktur. En sådan organisation är däremot mindre lämplig och leder därför till ineffektivitet på många andra områden, t ex serviceverksamhet.²

Det utmärkande för en serviceverksamhet är den direktrelation som måste finnas mellan organisationen och dess kunder eller klienter. Service skapas nämligen genom ett samspel mellan människor, och konsumeras ofta samtidigt som den produceras. Man brukar i detta sammanhang tala om "sanningens ögonblick" (Normann, 1983). Service kan alltså inte lagras, utan uppstår som ett resultat av en mer eller mindre unik personkonstellation i ett visst ögonblick. Detta kräver en flexibilitet och en anpassningsförmåga hos serviceorganisationen som en byråkratisk struktur inte kan tillgodose.

I en sådan situation brukar man istället rekommendera en sk *organisk* struktur. Detta är en organisationsform som i många avseenden är raka motsatsen till en byråkrati. En organisk struktur bygger nämligen på en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter till individer, grupper eller mindre enheter inom organisationen. Därigenom kan man uppnå "smådriftens fördelar" (Schumacher, 1973) i form av organisatorisk flexibilitet, informella kontakter och kommunikationer, samt en hög motivation bland organisationsmedlemmarna.

I den organisationsteoretiska litteraturen har de organiska strukturerna liknats vid "tält" i motsats till byråkratiska "palats" (Hedberg et al., 1976). Få organisationer är emellertid så renodlade i praktiken. De flesta organisationer har flera olika verksamhetsgrenar, t ex en kombination av både service och industriell produktion eller förvaltning. I många organisationer försöker man därför också att utforma en struktur med en lämplig kombination av både byråkratiska och organiska inslag.

Det finns flera olika modeller för att kombinera byråkratiska och organiska strukturer, t ex projektorganisationer, matrisorganisationer eller divisionaliserade organisationer. Gemensamt för dessa är en decentralisering av administrativa funktioner till mer eller mindre organiska basenheter, som därigenom får ett större självständigt ansvar för sin egen verksamhet, inom ramen för en övergripande byråkratisk struktur. På så sätt försöker man alltså att ta tillvara smådriftens

fördelar inom stordriftens ram. Enligt en känd amerikansk undersökning har de företag som lyckats åstadkomma en sådan kombination också blivit mycket framgångsrika (Peters & Waterman, 1982).

En kombination av byråkratiska och organiska inslag inom en och samma organisation skapar dock en rad svårlösta problem. Dessa problem och olika sätt att komma tillrätta med dem kommer att behandlas ingående i den fortsatta framställningen. Dessförinnan kan det emellertid vara lämpligt att återknyta till sjukvården och dess organisatoriska utveckling, för att få en mera konkret utgångspunkt för den fortsatta diskussionen.

Babels hus

Sjukvården i vårt land, liksom i många andra länder, har under hela 1900-talet haft en stark tillväxt, som dessutom accelererat under de senaste decennierna. Detta har inneburit ständigt ökade kostnader för sjukvården och dess inrättningar, som nu förbrukar omkring 10 % av den samlade bruttonationalprodukten. De höga kostnaderna beror framför allt på att sjukvården är en personalintensiv verksamhet, men även på att man utnyttjar en avancerad och dyrbar medicinsk teknologi. Det har nämligen varit en omfattande teknisk och vetenskaplig utveckling inom det medicinska området. Denna utveckling har också medfört en ökad specialisering, där människokroppen och dess sjukdomar har delats upp mellan olika kliniker med inriktning på olika organ och olika behandlingsmetoder. Det är denna specialisering som tillsammans med den allmänna tillväxten har lett till de moderna storsjukhusen, som dominerar den svenska sjukvården idag.

De stora sjukhusen är utformade för att bedriva en närmast industriell sjukvårdsproduktion, där det framför allt är frågan om att tillvarata specialiseringens och stordriftens fördelar. Organisationen av denna sjukvård bygger också på industriella principer, med klinikerna som specialiserade produktionsenheter under ledning av en professionell medicinsk hierarki. Den medicinska professionen är för övrigt ovanligt produktionsinriktad, jämfört med många andra professionella grupper i vårt samhälle (Gardell & Gustafsson, 1979). Detta hänger förmodligen samman dels med deras naturvetenskapliga bakgrund, och dels med att sjukvården är en akut verksamhet, som kräver ständig jour och beredskap.³

För att samordna verksamheten på de olika klinikerna och se till att de samlade resurserna

utnyttjas på ett effektivt sätt har man byggt upp en omfattande och starkt centraliserad förvaltningsorganisation på de flesta sjukhus, samt inom landstingens centrala kanslier. Enligt en färsk undersökning ökade personalen i landstingen totalt med omkring 48 % mellan 1974 och 1981, vilket innebär en genomsnittlig årlig ökning med 5.7 %, medan förvaltningspersonalen ökade med 68 % eller i genomsnitt 7.7 % årligen under samma tid (Lane & Westin, 1983). Detta har lett till en växande administrativ hierarki vid sidan av den medicinska hierarkin. Organisationsformerna för den administrativa verksamheten skiftar något från landsting till landsting, men gemensamt för dem alla är en utpräglad byråkratisk struktur.

Förutom den medicinska och den administrativa hierarkin finns det också en politisk hierarki inom sjukvårdens organisation. Sjukhusen och övriga sjukvårdsinrättningar styrs i allmänhet av politiskt valda direktioner, som i sin tur är ansvariga inför landstinget och dess centrala politiska ledning. Det ökade inslaget av fackligt medbestämmande (genom MBL/MBA), med den starka centralisering och formalisering som detta kommit att få, har också medfört en ytterligare byråkratisering av sjukvårdens organisation.

Under senare år har det emellertid riktats en ökad kritik i den allmänna debatten mot sjukvården och dess utveckling. Författaren PC Jersild har t ex beskrivit de stora sjukhusen som Babels hus, där specialiseringen har drivits så långt att det uppstått en svår språkförbistring:

”I sjukhusadministrationen talar man ett modernt byråkratspråk bemängt med budgettermer: input och output, på operationsavdelningen ger man korta metalliska order: peang! sutur! blod! I laboratoriet talar man i kemiska formler, ett stackatospråk med stora bokstäver. På apoteket pratar man preparat, på dataavdelningen i siffror, på psykiatriska kliniken i betedentermer och i journalarkivet på latin. Sinsemellan talar olika enheter och personalkategorier ofta inte alls.

Alla dessa språk skall ställas mot patienternas språk. Och de flesta patienter har svårt att uttrycka sig mera precist och naturvetenskapligt exakt. På akutintaget till exempel har man bara ont, är förvirrad, utvakad, panikslagen, förgiftad, medvetslös, vanmäktig, inte så sällan berusad eller far runt väggarna som en sparv i en kulvert” (Jersild, 1978, sid 16).

Patienterna har, enligt Jersild och många andra kritiker (t ex Illich, 1975), kommit i kläm på olika sätt i den moderna sjukvårdsapparaten. Den byrå-

kratiska organisationen har också bidragit till detta. Byråkratiseringen har nämligen medfört en administrativ komplexitet som gjort det allt svårare att anpassa verksamheten till patienterna och deras behov. Resultatet har blivit en försämrad service i olika avseenden gentemot patienterna. Dessutom har byråkratiseringen lett till en allvarlig målförskjutning inom sjukvården. De ursprungliga målsättningarna att lindra och bota lidande hos patienterna har trängts undan av mera begränsade administrativa målsättningar, som ofta uttrycks i produktionstermer, t ex en hög besöksfrekvens, korta behandlingstider samt ett effektivt vårdplatsutnyttjande. Detta har ytterligare bidragit till en försämrad service gentemot patienterna (se t ex Svalander, 1979).⁴

De senaste årens utbyggnad av primärvården kan delvis betraktas som en reaktion mot den kritiserade utvecklingen inom sjukvården. I motsats till den specialiserade sjukhusvården bygger nämligen primärvården på en medicinsk helhets-syn. Den innebär också en mera serviceinriktad sjukvård, t ex en större närhet till patienterna och en ökad kontinuitet i kontakterna mellan läkare och patienter. Detta har bl a lett till nya organisationsformer inom primärvården. Verksamheten bedrivs i mindre och geografiskt utspridda enheter, vårdcentraler eller hälsocentraler, med totalansvar för befolkningen inom ett visst område. Dessa enheter svarar i stort sett för sin egen administration. De har i allmänhet också en mera organisk struktur, som syftar till att tillvarata smådriftens snarare än stordriftens fördelar.

En liknande utveckling pågår för närvarande också inom psykiatrin, där man håller på att organisera en stor del av verksamheten i mer eller mindre självständiga öppenvårdsteam, med ansvar för befolkningen inom ett visst geografiskt område. Även inom vissa sjukhus pågår en liknande organisationsutveckling, där man försöker göra klinikerna mera självständiga genom att decentralisera olika administrativa funktioner från den centrala förvaltningen. Dessa utvecklingstendenser kan på sikt leda till en mera serviceinriktad sjukvårdsorganisation, eller åtminstone skapa förutsättningar för en förbättrad service inom sjukvården. Det finns dock en rad svåra organisatoriska problem som återstår att lösa i detta sammanhang.

Ett organisatoriskt dilemma

Som framgått av den tidigare framställningen är utvecklingen mot en decentraliserad och mera

organisk struktur inte unik för sjukvårdens organisation. Behovet av situationsanpassning och insikten om att det finns andra organisationsformer än den byråkratiska har lett till ökade organiska inslag inom många organisationer, framför allt sådana som bedriver serviceverksamhet. Detta har också i allmänhet skett genom en decentralisering av ansvar och befogenheter till mindre basenheter inom dessa organisationer.

Det är emellertid förenat med stora svårigheter att kombinera de organiska inslagen i en decentraliserad verksamhet med de byråkratiska inslag som oftast krävs för andra verksamheter inom samma organisation, t ex vissa centrala styrfunktioner. De organiska och de byråkratiska inslagen bygger nämligen på så olikartade principer att tenderar att motverka varandra när de kombineras inom en och samma organisation. De organiska inslagen tenderar å ena sidan att upplösa den formella byråkratiska strukturen, medan denna å andra sidan tenderar att kväva den organiska flexibiliteten. Denna motsättning är ett exempel på vad som i den organisationsteoretiska litteraturen brukar kallas för ett "organisatoriskt dilemma" (efter Blau & Scott, 1962).⁵

Om decentraliseringen drivs alltför långt i en organisation, och de olika basenheterna blir alltför självständiga i förhållande till den övergripande byråkratiska strukturen, uppstår ofta problem med en bristande samordning av verksamheten inom organisationen. Dessa sk *integrationsproblem* förekommer i större eller mindre utsträckning i de flesta decentraliserade organisationer. De kan visa sig på många olika sätt, bl a i form av bristande kommunikation och förtroende, med därav följande konflikter, mellan olika individer och enheter inom organisationen. De kan också visa sig i form av felaktiga suboptimeringar, där olika delar av organisationen motarbetar varandra, eller i form av dubbelarbete och luckor i organisationens verksamhet. Dessa problem kan på sikt leda till en upplösning av hela den övergripande organisationsstrukturen. Ett sådant tillstånd brukar betecknas som en "organiserad anarki" (March & Olsen, 1976).

Många av dessa integrationsproblem förekommer även inom sjukvårdens organisation, t ex i relationerna mellan primärvården och den specialiserade sjukhusvården, samt i relationerna mellan den medicinska och den administrativa hierarkin inom sjukvården. Problemen är dock i allmänhet av begränsad omfattning, eftersom sjukvården i vårt land fortfarande har en till största delen

byråkratisk och centraliserad organisation, där verksamheten är relativt väl samordnad. I andra länder, där sjukvården har en mera decentraliserad organisation, är integrationsproblemen mera omfattande och även mera allvarliga till sin karaktär. I en amerikansk undersökning har man till exempel betecknat vissa sjukvårdsorganisationer som organiserade anarkier (Howell & Wall, 1983).⁶

För att komma till rätta med de integrationsproblemen som kan uppstå i en decentraliserad organisation brukar man tillgripa olika former av *integrationsmekanismer*. Det vanligaste i detta sammanhang är att helt enkelt införa vissa regler och rutiner för samordning av verksamheten inom organisationen. Centrala informationssystem eller system för övergripande planering av verksamheten är andra vanliga integrationsmekanismer. Under senare år har det också blivit allt vanligare att inrätta särskilda samordningsgrupper och samrådsorgan av olika slag. Alla dessa integrationsmekanismer innebär emellertid ökade byråkratiska inslag i organisationen. En organisationsforskare har till exempel myntat begreppet "samrådsokrati" för att beskriva den nya form av byråkrati som på detta sätt håller på att växa fram inom allt flera organisationer (Allen, 1975). Om denna byråkratisering drivs alltför långt kan den på sikt kväva den organiska flexibiliteten i en decentraliserad organisation.

Det finns exempel även på detta inom sjukvården. Primärvårdens decentraliserade organisation tenderar nämligen på vissa håll att inordnas i centrala system och rutiner, som allvarligt inskränker dess ursprungliga organiska rörelsefrihet. En liknande utveckling förekommer också på vissa sjukhus där man försöker att göra klinikerna mera självständiga, men samtidigt urholkar denna självständighet genom att införa olika administrativa regler och rutiner för samordning inom organisationen som helhet. Dessutom förekommer inom hela sjukvården en omfattande samrådsverksamhet, som bitvis kännetecknas av en stark formalisering och centralisering, vilket kan försvåra en fortsatt decentralisering av organisationen.

Det organisatoriska dilemma som uppstår vid en kombination av byråkratiska och organiska inslag inom samma organisation tenderar alltså att slå över antingen i en organiserad anarki eller en ökad byråkratisering. Den sistnämnda utvecklingen ligger dock alltid närmast till hands, eftersom byråkratin är en så dominerande organisationsform i vårt samhälle. Som tidigare nämnts tänker de flesta människor i pyramidala termer när de

ställs inför ett organisatoriskt problem och de upplever också byråkratiska organisationer som "normala", eftersom de flesta organisationer i omgivningen har en byråkratisk struktur. Detta leder till att man ofta slentrianmässigt accepterar en organisationsutveckling i byråkratisk riktning, medan man är betydligt mera på sin vakt mot en utveckling i motsatt riktning.

För att åstadkomma en fruktbar kombination av byråkratiska och organiska inslag i en organisation, samt undvika en utveckling mot organiserad anarki eller ökad byråkratisering, krävs en mycket svår balansgång mellan centralisering och decentralisering. Eftersom de flesta organisationer är byråkratiska till sin karaktär krävs emellertid framför allt en decentralisering, samtidigt som en viss centralisering måste bibehållas för att man ska uppnå den rätta balansen. I den senaste administrativa och organisationsteoretiska litteraturen finns en del normativa rekommendationer om hur detta ska gå till:

För det första är det viktigt att man har en genomtänkt och allmänt accepterad *organisationsfilosofi* som grund för organisationens uppbyggnad. Detta motsvarar vad som i andra sammanhang brukar kallas för en "företagskultur" (Deal & Kennedy, 1982). En organisationsfilosofi är en någorlunda sammanhängande formulering av de grundläggande förutsättningar som gäller för organisationen, bl a dess grundläggande verksamhetsinriktning, de grundläggande principerna bakom den strukturella utformningen, samt de grundläggande spelregler som gäller inom organisationen. Denna filosofi måste spridas till organisationens medlemmar på ett sådant sätt att den genomsyrar hela organisationen. Detta innebär en intern programmering av organisationsmedlemmarna, som kan göra dessa mera medvetna om de organisatoriska förhållanden som de arbetar under och på så sätt mera beredda att leva med de spänningar och motsättningar som alltid finns i en decentraliserad organisation.

För det andra är det viktigt med ett starkt *ledarskap* inom organisationen. Det handlar i detta sammanhang bl a om en ramstyrning av verksamheten, i motsats till den detaljstyrning som förekommer i en byråkratisk organisation (se Peters & Waterman, 1982). Ramstyrningen innebär att den centrala ledningen anger mål och resursramar för verksamheten, men sedan överlämnar till de olika basenheterna, som kan vara mer eller mindre organiska till sin karaktär, att själva svara för

detaljgenomförandet. Denna mjuka styrning kompletteras sedan med en hård central uppföljning och revision av verksamheten i efterhand. Detta bör inte enbart vara en ekonomisk sifferrevision, utan framför allt en förvaltningsrevision där man granskar verksamhetens kvalitativa innehåll. En annan viktig funktion hos den centrala ledningen är att finna former för konfrontation och konfliktlösning mellan olika delar av organisationen. En sådan "statsmannastyrning" (Normann, 1975) är nödvändig på grund av de motsättningar som finns inbyggda i en decentraliserad organisation.

För det tredje är det viktigt att man använder sig av en konsekvent *utvecklingsstrategi*, som är anpassad till organisationens strukturella utformning. En sådan utvecklingsstrategi tar sin utgångspunkt i de olika basenheterna och deras verksamhet, vilket innebär att man genomför förändringar underifrån i organisationen. Detta bör ske genom ett brett deltagande av organisationsmedlemmarna, t ex med hjälp av någon form av "kvalitetscirklar" (Ouchi, 1981). Samtidigt måste emellertid utvecklingsarbetet vara väl förankrat hos den centrala ledningen inom organisationen, som genom avregleringar och förenklingar kan skapa utrymme för förändringarna i den övergripande byråkratiska strukturen. Detta innebär ett samspel mellan den centrala ledningen och de olika basenheterna, vilket är nödvändigt för att genomföra förändringar i en decentraliserad organisation.

En sådan utvecklingsstrategi kommer avslutningsvis att behandlas mera ingående med tonvikt på hur den kan tillämpas praktiskt inom sjukvården och dess organisation. Framställningen bygger på empiriska studier av organisationsutveckling från olika delar av sjukvården. Detta ger samtidigt också en konkretisering av vad den rekommenderade formen av organisationsfilosofi och ledarskap kan innebära för sjukvårdens organisation.

Strategi för decentralisering

För att åstadkomma en förbättrad service inom sjukvården krävs, enligt den tidigare framställningen, framför allt en mera decentraliserad sjukvårdsorganisation. Det innebär en organisation där kliniker, vårdcentraler, psykiatriska öppenvårdsteam och motsvarande basenheter får ett större självständigt ansvar för sin egen verksamhet. Detta kräver i sin tur ett omfattande utvecklingsarbete. Som tidigare nämnts bör detta utvecklingsarbete bedrivas som ett samspel mellan de

olika basenheterna och den centrala ledningen inom organisationen.

Denna utvecklingsstrategi kan ytterligare preciseras utifrån empiriska studier av organisationsutveckling inom sjukvården. Även om erfarenheterna från dessa studier är svåra att generalisera visar de hur de normativa rekommendationerna kan tillämpas praktiskt inom sjukvårdens organisation.⁷

De empiriska studierna visar att en decentralisering av sjukvårdens organisation måste vara väl förankrad hos den centrala ledningen för att kunna genomföras. Ledningen bör först och främst ta ställning till verksamheten och dess inriktning, samt fastslå vissa principer och spelregler för en decentraliserad organisation, t ex fördelningen av ansvar och befogenheter inom organisationen. När det gäller verksamhetens inriktning är det i detta sammanhang särskilt viktigt att betona servicen till patienterna inom sjukvården. Utifrån en sådan organisationsfilosofi kan man sedan ställa upp konkreta målsättningar, framför allt service-mål av olika slag, samt ange resursramar för verksamheten och dess olika delar. Detta är en uppgift för den centrala politiska ledningen, eftersom politikerna representerar patienternas intressen i sjukvårdens organisation.

Huvuddelen av utvecklingsarbetet bör sedan, som tidigare nämnts, ske inom de enheter där den konkreta verksamheten bedrivs, t ex kliniker, vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsteam. För att skapa en decentraliserad sjukvårdsorganisation gäller det framför allt att göra dessa basenheter så självständiga som möjligt i administrativt hänseende. Erfarenheterna från de empiriska studierna visar att en sådan självständighet inte kan beordras från central nivå, utan måste få växa fram genom förändringar underifrån i organisationen. Detta kan ske genom ett brett deltagande i utvecklingsarbetet, d v s genom att involvera alla berörda parter, eller representanter för dessa, i arbetsgrupper inom de olika basenheterna, där de tillsammans kan utforma sin egen organisation.

För att dessa arbetsgrupper ska kunna utforma sin egen organisation behöver de ett lämpligt instrument för organisationsutveckling. Det finns många olika metoder att använda för detta ändamål, t ex kvalitetscirklar. Detta är en metod för systematisk problemlösning i grupp, som bl a utnyttjas inom japansk företagsledning, men som även med framgång har prövats inom sjukvården. Metoden innebär en stegvis utveckling av olika aspekter av organisationen, som dessutom ger

deltagarna ett gemensamt språk för att kontinuerligt diskutera organisatoriska problemställningar. De empiriska studierna visar att en sådan metod kan bidra till ett snabbare och mera systematiskt utvecklingsarbete. Detta kan sedan kompletteras med olika informations- och utbildningsinsatser, som krävs för att de olika basenheterna ska kunna ta över administrativa funktioner som tidigare varit centraliserade och hantera dessa på ett självständigt sätt inom den decentraliserade organisationen.⁸

En konsekvens av att förändra organisationen underifrån är att detta kan leda till olikartade lösningar när det gäller strukturell utformning och arbetsledning för de olika enheterna. De kan t ex bli mer eller mindre organiska till sin karaktär. Dessa olikheter måste man emellertid vara beredd att acceptera, eftersom de innebär en situationsanpassning som är värdefull för de olika basenheterna i en decentraliserad organisation.

Parallellt med detta utvecklingsarbete på basnivån är det viktigt att man inom den centrala administrativa ledningen gör en översyn och en anpassning av olika regler, rutiner och system, som kan utgöra hinder för den decentralisering av sjukvårdens organisation. Som tidigare nämnts handlar det framför allt om att skapa utrymme för decentraliseringen genom olika förenklingar och avregleringar inom den övergripande byråkratiska delen av organisationen. Detta kan ske t ex genom att man beviljar undantag från vissa administrativa regler och bestämmelser inom organisationen. Därigenom skapar man "frizoner" inom den byråkratiska strukturen, som så småningom kan utvidgas och permanentas om det visar sig att de har en positiv effekt på organisationens utveckling.

På samma sätt bör man också ifrågasätta olika informations- och planeringssystem som finns inom organisationen. Framför allt måste man i detta sammanhang ta ställning till ambitionsnivån i den administrativa verksamheten. Erfarenheterna visar nämligen att de olika basenheterna kan klara av sina administrativa funktioner med betydligt enklare system och rutiner än vad som krävs i en stor och centraliserad organisation. Detta är en av smådriftens fördelar, som man bör tillvarata i samband med en decentralisering av sjukvårdens organisation.⁹

När man inför en mera decentraliserad organisation inom sjukvården är det också nödvändigt att se över den centrala förvaltningen, både på sjukhusen och inom landstingens centrala kanslier. Enligt de empiriska studierna krävs framför

allt en omprövning av den centrala förvaltningens roll inom organisationen. Istället för att utöva en central administrativ styrning av verksamheten bör förvaltningen inrikta sig på att ge olika former av administrativt stöd till basenheterna i deras självständiga verksamhet. Detta kräver också betydligt mindre administrativa resurser än vad den centrala förvaltningen har i den nuvarande sjukvårdsorganisationen. Man bör därför skära ned den centrala förvaltningen och endast bibehålla en mindre förvaltningsorganisation med vissa specialiserade stabsenheter. En del resurser kan också överföras till de olika basenheterna, som behöver vissa administrativa förstärkningar. Detta bör dock göras med stor försiktighet, eftersom det är viktigt att undvika en onödig byråkratisering av dessa enheter. Det finns en del negativa erfarenheter av detta.

De empiriska studierna pekar slutligen på att det är en viktig uppgift för både den politiska och den administrativa ledningen inom sjukvårdens organisation att noggrant följa upp resultaten av de olika basenheternas verksamhet – inte bara under en övergångsperiod när decentraliseringen genomförs utan även i fortsättningen. Uppföljning och revision är, som tidigare nämnts, av avgörande betydelse i en decentraliserad organisation, eftersom ledningen av en sådan organisation bygger på ramstyrning i motsats till den detaljstyrning som förekommer i en centraliserad organisation. Detta innebär att det finns större frihet att missbruka i en decentraliserad än i en centraliserad organisation. Det är därför nödvändigt med en kontinuerlig uppföljning och revision, där man granskar resultaten av verksamheten och ställer dessa i förhållande till organisationens målsättningar.

Det saknas emellertid allmänt accepterade och vedertagna metoder för uppföljning och revision inom sjukvården. Detta hänger samman med att det i allmänhet saknas konkreta målsättningar för verksamheten, t ex servicemål av olika slag, som kan bilda utgångspunkt för uppföljningen. Det saknas också former för att utkräva ansvar och lösa konflikter som kan uppstå mellan olika enheter inom sjukvårdens organisation i samband med en uppföljning och revision av verksamheten. Detta är därför angelägna områden för ett fortsatt utvecklingsarbete i samband med en decentralisering av sjukvårdens organisation.¹⁰

Avslutande kommentarer

Denna uppsats har försökt belysa de organisatoriska förutsättningarna för en förbättrad service inom sjukvården. De grundläggande tankegångarna har varit att kraven på en förbättrad service ställer sjukvården inför en mycket svår situation, ett organisatoriskt dilemma, som kan slå över antingen i en organiserad anarki eller i en ökad byråkratisering av organisationen. För att undvika detta krävs en genomtänkt organisationsfilosofi, ett starkt ledarskap och en konsekvent utvecklingsstrategi, som framför allt innebär en decentralisering av sjukvårdens organisation. En sådan utveckling är också i praktiken redan på gång inom vissa landsting.

Det återstår en rad praktiska problem att lösa i detta sammanhang. Dessa problem bör dock inte avskräcka från en fortsatt decentralisering av sjukvårdens organisation. Det är angeläget att snart försöka åstadkomma en mera serviceinriktad sjukvårdsorganisation. Dessutom kan de återstående problemen förmodligen endast lösas i samband med praktiskt förändringsarbete. Att förändra en organisation kan nämligen ofta tvinga fram praktiska lösningar, även om man i förväg inte riktigt vet vad förändringen kan leda fram till. Eller som en känd organisationsteoretiker har uttryckt saken: "Det är bättre med ett förvirrat handlande än en välplanerad inaktivitet" (Weick, 1979, sid 245)!

Noter

- ¹ För en mera utförlig beskrivning av den tidigare utvecklingen inom det organisationsteoretiska området, se Axelsson, 1981.
- ² I en jämförande studie av tio olika organisationer konstaterades att det går en skiljelinje mellan tillverkande organisationer och serviceorganisationer som är mera avgörande för den strukturella utformningen än skillnaden mellan privata och offentliga organisationer, som så ofta framhålls i den allmänna debatten (Axelsson, 1982). Andra organisationsforskare har också kommit till liknande slutsatser (t ex Normann, 1983).
- ³ Enligt den organisationsteoretiska litteraturen har professionella organisationer ofta organiska strukturer, eller åtminstone starka organiska inslag i sina strukturer, vilket återspeglar den dynamik som ofta

förekommer i en professionell verksamhet (se t ex Hall, 1968). Vid studier av universitetsorganisationer, som innehåller många olika professioner, har man emellertid konstaterat att professionella grupper med teknisk eller naturvetenskaplig bakgrund har en mera byråkratisk inriktning än professionella grupper med humanistisk eller samhällsvetenskaplig bakgrund (Axelsson & Rosenberg, 1979; Beyer & Lodahl, 1976).

- ⁴ Målförskjutning är en vanlig sk dysfunction inom byråkratiska organisationer, som ofta beskrivits i den organisationsteoretiska litteraturen (se t ex Blau, 1955).
- ⁵ För en mera teoretisk härledning av olika typer av organisatoriska dilemman, se Axelsson, 1981.
- ⁶ Organiserade anarkier har identifierats framför allt inom universitetsorganisationer, där man i allmänhet har en stark decentraliserad struktur med mycket självständiga fakulteter och ämnesinstitutioner. Det administrativa beslutsfattandet i dessa organisationer har varit föremål för särskilt intresse och beskrivits i en sk "soptunne-modell" (Cohen et al., 1972).
- ⁷ Framställningen bygger inte på empiriska studier i traditionell mening, utan framför allt på praktiska erfarenheter från ett aktivt deltagande i olika organisationsförändringar inom sjukvården. En sådan "klinisk" forskning har under senare år blivit allt vanligare i organisationsteoretiska sammanhang (efter Normann, 1975). Erfarenheterna finns dokumenterade i olika utredningsrapporter inom Landstinget Västernorrland och Medelpads sjukvårdsförvaltning. Liknande erfarenheter har även dokumenterats i vissa andra landsting (t ex Landstinget i Östergötlands län och Malmöhus läns landsting).
- ⁸ En liknande metod för organisationsutveckling som också kan vara lämplig i detta sammanhang är den sk LOTS-metoden, som utvecklats inom läkemedelsföretaget Pharmacia och som även tillämpas inom Landstinget i Uppsala län (se Åkerblom & Strömberg, 1980).
- ⁹ Förekomsten av olika ADB-system utgör ett särskilt problem i detta sammanhang. De flesta existerande system är starkt centraliserade till sin karaktär och innebär dessutom stora investeringar som inte kan avskrivas utan vidare. Under de senaste åren har det emellertid utvecklats ADB-hjälpmiddel som bättre svarar mot behoven i en decentraliserad organisation (se t ex Allard et al., 1984).
- ¹⁰ Det pågår för närvarande ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete, både i Sverige och utomlands, för att utforma lämpliga instrument för uppföljning och revision av offentlig verksamhet. En debatt omkring dessa frågor förekommer sedan länge även inom sjukvården (se t ex Rosén, 1982).

Referenser

- Allard, R, Lind, M, Sandblad, B & Schneider, W (1984). *Sjukvårdsarbetet och datorn*. Stockholm: Arbetslivscentrum (forskningsrapport 45).
- Allen, J E (1975), "Co-ocracy: A Proposal for Classifying Coordinating Organizations". *The Bureaucrat*, vol 4: sid 163–180.
- Axelsson, R (1981), *Rationell administration*. Stockholm: AWE/Gebbers.
- Axelsson, R (1982), "Strategiska beslut och strategiskt beslutsfattande". *Erhvervsøkonomisk Tidsskrift*, vol. 46: sid 173–182.
- Axelsson, R (1984), "Service i sjukvården – en fråga om organisation". *Läkartidningen*, vol 81: sid 3573 – 3574.
- Axelsson, R & Rosenberg, L (1979), "Decision-Making and Organizational Turbulence". *Acta Sociologica*, vol 22: sid 45–62.
- Beyer, J M & Lodahl, T M (1976), "A Comparative Study of Patterns of Influence in United States and English Universities". *Administrative Science Quarterly*, vol 21: sid 104–129.
- Blau, P M (1955), *The Dynamics of Bureaucracy*. Chicago: Chicago University Press.
- Blau, P M & Scott, W R (1962), *Formal Organizations*. San Francisco: Chandler.
- Borgenhammar, E, m fl (1983), *Euro Class inom hälso- och sjukvården*. Referat från ett idéseminarium. Lund: Studentlitteratur.
- Cohen, M D, March, J G & Olsen, J P (1972), "A Garbage Can Model of Organizational Choice". *Administrative Science Quarterly*, vol 17: sid 1–25.
- Deal, T E & Kennedy, A A (1982), *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Gardell, B & Gustafsson, R Å (1979), *Sjukvård på löpande band*. Stockholm: Prisma.
- Hall, R H (1968), "Professionalization and Bureaucratization". *American Sociological Review*, vol 33: sid 92–104.
- Hedberg, B L T, Nystrom, P C & Starbuck, W H (1976), "Camping on Seesaws: Prescriptions for a Self-Designing Organization". *Administrative Science Quarterly*, vol 21: sid 41–65.
- Howell, J P & Wall, L C (1983), "Executive Leadership in an Organized Anarchy: The Case of HSO's". *Health Care Management Review*, vol 8, nr 2: sid 17–26.
- Illich, I (1975), *Den farliga sjukvården*. Stockholm: Aldus.
- Jersild, P C (1978), *Babels hus*. Stockholm: Bonniers.
- Lane, J E & Westin, T (1983), "Landstingen och byråkratiseringen". *Ekonomisk Debatt*, vol 11, nr 6: sid 419–426.
- Lawrence, P A & Lorsch, J W (1967), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston, Mass: Harvard University Press.
- March, J G & Olsen, J R (1976), *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Normann, R (1975), *Skapande företagsledning*. Lund: Aldus.
- Normann, R (1983), *Service Management*. Stockholm: Liber.
- Ouchi, W G (1981), *Theory Z: How American Business Can Meet the Japanese Challenge*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Peters, T J & Waterman, R H (1982), *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. New York: Harper & Row.
- Rosén, M (1982), "Vi mäter det vi gör, inte det vi bör". *Läkartidningen*, vol 79: sid 487–488.
- Schumacher, E F (1973), *Litet är vackert: Ekonomi som om människor betydde något*. Stockholm: Prisma.
- Svalander, P A (1979), *Att förnya sjukvårdens organisation*. Lund: Liber Läromedel.
- Weick, K E (1979), *The Social Psychology of Organizing*. Second Edition. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Åkerblom, H & Söderberg, Å (1980), *LOTS för framgångsrikt management*. Lund: Utbildningshuset.