



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Magisteruppsats, VT-12

David Antonsson

Handledare: Kajsa Lindberg

Svenska apotekskedjors implementering av svensk Good Pharmacy Practice – bara ”prat” eller realitet?

En fallstudie om organisationers sätt att hantera förändringar

Inlämnat: 2012-06-07

Sammanfattning

I och med omregleringen på den svenska apoteksmarknaden så ställs svenska farmaceuter inför ett delvis nytt etiskt dilemma: valet mellan att se till patientens/kundens bästa, som en del av svensk hälso- och sjukvård, eller att se till arbetsgivarens intressen. Denna förändring i apotekskedjornas och farmaceuternas omvärld gjorde att flera intressenter i apoteksbranschen ville stärka apotekens och farmaceuternas roll som en del av hälso- och sjukvård. Således publicerade intressenter i apoteksbranschen, gemensamt, en etisk riktlinje – svensk Good Pharmacy Practice. Samtidigt som riktlinjen innebar ett förslag på en lösning på ett problem så gav den också upphov till en osäkerhet för de enskilda apotekskedjorna; en osäkerhet som varje enskild organisation måste hantera. Syftet med den här studien var att beskriva och analysera hur svenska apotekskedjor förhåller sig till en ny etisk riktlinje – svensk GPP. Nyinstitutionell teori användes för analys och besvarande av frågeställningarna. Det visade sig att det från apotekskedjornas sida gjorts förhållandevis lite för att implementera svensk GPP i praktiken. I slutet ges en diskussion med efterföljande implikationer samt förslag på framtida forskning.

Nyckelord: *apotek, Good Pharmacy Practice, GPP, etik, farmaceut, nyinstitutionalism, isärkoppling, isomorfism*

Inledning

1 juli 2009 skrevs svensk historia. Statligt ägda Apoteket AB:s monopol på öppenvårdsapotek löstes upp och flera privata aktörer fick möjlighet att ta steget in på apoteksscenen. Omregleringen innebar en avmonopolisering och en fortsättning på den trend som rått i Sverige under framförallt 1990-talet (Regeringen, 2009). Således uppstod en brytpunkt i svensk apotekshistoria - med intresse också för företagsekonomiska forskare – där det finns en monopoliserad ”företid” och en konkurrensutsatt ”eftertid” för apoteksbranschen.

Apoteket AB har haft en såväl självklar som central del av svensk hälso- och sjukvård. Efter omregleringen är öppenvårdsapotekens roll i hälso- och sjukvård inte längre självklar och är därför öppen för diskussion. Gränsdragande med avseende på offentliga och privata organisationer har diskuterats förr då det kommer till hälso- och sjukvård i Sverige. Inte minst är privatiserad sjukvård och ägande av kliniker ett aktuellt politiskt ämne, där olika åsikter ansamlas. Ett av många exempel återfinns i ledarspalten i dagstidningar, såsom i Göteborgs-Posten 4 maj 2011, där Cecilia Dalman Eek tar häftigt avstånd från ”kortsiktig privat vård” (Göteborgs-Posten, 2011). Av ett större akademiskt intresse är dock de exempel som Lindberg och Blomgren (2009) illustrerar i sin bok, ”Mellan offentligt och privat”: mötet mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin samt samarbetet mellan privata organisationer och myndigheter vid framtagandet av ett miljöklassificeringssystem för läkemedel. Miljöklassificeringssystemet togs fram frivilligt av läkemedelsindustrin, vilket samtliga involverade parter var tacksamma för, eftersom problematisk lagstiftning undveks. Studier av organisationer i läkemedelsbranschen är alltså inte helt ovanligt och det är för närvarande ett gyllene tillfälle att studera apoteksbranschen, eftersom den nyligen omdanats. Läkemedelsbranschen befinner sig till viss del i en förtroendekris (Lindberg och Blomgren, 2009; Sveriges Läkarförbund, 2011), vilken man i Sverige försöker lösa genom ökad öppenhet gentemot allmänheten och ökad insyn, något det tidigare varit brist på, till största delen på grund av konkurrensskäl (Lindberg och Blomgren, 2009). Dessutom råder en global trend inom företagsvärlden med ökat tryck på så kallat Corporate Social Responsibility (CSR). Företag vill visa att de inte bara bryr sig om den egna organisationen utan också tar ett större socialt ansvar för sin omgivning (Cheah et al., 2007; Lindberg och Blomgren, 2009).

Røvik (1998) menar på att organisationers intresse för etik uppmärksammades under 1990-talet, vilket också styrks av Shaw (1996). Det var under det årtiondet ett ökat fokus på enskilda anställdas etiktänk och organisationer utformade etiska standarder för internt bruk. Dock visade det sig att vågen av intresse för etik knappast var ”genuin” vid alla tillfällen. I Røviks studie av det norska televerket och postverket hade intresset en mer ”praktisk” anledning verksamhetsinternt. Bland annat hade enskilda anställda stulit utrustning och man ville öka förståelsen för den personliga moralen.

För en så komplex verksamhet som läkemedelsbranschen är nödvändigtvis inte lagar det bästa styrmedlet för att få privata apotekskedjor att arbeta etiskt riktigt (Latif, 2000). Som tidigare nämnts visar Lindberg och Blomgren (2009) alternativa möjligheter i deras kapitel om det svenska miljöklassificeringssystemet för läkemedel. Efter att Läkemedelsverket i sin rapport visade att lagstiftning inte var möjlig för att få till stånd ett nationellt miljöklassificeringssystem, så skred privata och offentliga organisationer till verket för att lösa problemet. Lösningen blev ett frivilligt system där läkemedelsföretagen tog fram uppgifter som publiceras offentligt på Läkemedelsindustriföreningens (LIF:s) hemsida FASS.se. Fördelarna med ett frivilligt system var många, exempelvis slapp industrin lagstiftning och det offentliga slapp spendera pengar på utformande av regelverk och kontroll av att detta följdes. Nackdelarna beskrivs som få. Klart var att läkemedelsindustrin såg detta som ett led i deras strävan för ökad CSR. Ett annat exempel i boken är utformandet av en frivillig etisk riktlinje för att hantera den komplexa interaktionen mellan offentligt anställda läkare och läkemedelskonsulenter (säljare). I detta fall höll LIF i trådarna som en företrädare av både privata och offentliga intressen .

Ett etiskt dilemma uppstår då det finns en konflikt mellan moraliska värden och det skapas en situation där det inte finns något klart rätt eller felaktigt svar (Charr, 2006). Det finns ett etiskt dilemma vid apoteksarbete (Latif, 2000). Dilemmet för apoteksanställda rör kombinationen av ovanstående beskrivning av apotekskedjornas (arbetsgivarnas) resultatintresse och apotekens och farmaceuternas samtidiga del av hälso- och sjukvård, vilket har beskrivits av Latif (2000; 2001). Det uppstår således en upplevd intressekonflikt mellan att möta kundens behov av professionalism och den egna organisationens krav på resultat (McDowell, 1990; Resnik et al., 2000).

I och med privatiseringen av apoteksbranschen så kan man anta att betydelsen av detta dilemma ökat. Det etiska dilemma som farmaceuter vid öppenvårdsapotek ställs inför delas också av andra professioner inom hälso- och sjukvård (jämför med tidigare notis om privatiserad sjukvård). I andra länder har lagar som stiftats för att farmaceuterna skall fokusera på patientrådgivning istället för apotekets resultat ofta haft blandade resultat. Resnik et al. (2000) anser att man istället borde intensifiera farmaceuternas ”utbildning” (i mycket bred mening) i moral och dessutom försöka öka ”influenserna” av moral. Latif (2000) beskriver hur en högre moral hos farmaceuter också leder till ett bättre omhändertagande av apotekets kunder, vilket i sig leder till en förbättrad vård av dessa.

Man kan sammanfattningsvis anta att intresset för det etiska dilemma har ökat i och med omregleringen, eftersom Apoteket AB under monopoltiden inte drevs av ett större resultatintresse (Regeringen 2009). I apoteksomregleringens fotspår görs mängder med undersökningar och utvärderingar av dess konsekvenser (Sveriges Farmaceutförbund, 2012a). Frågor som ställs rör bland annat geografisk tillgänglighet, tillväxt och service (Statskontoret, 2012). I Aftonbladet (2012) rapporterades att apotekskunderna har ett minskat förtroende för apoteksbranschen.

Det bör påpekas, att rent generellt så görs inte ytterligare uppföljning av etiska frågor, eller hälso- och sjukvårdsparametrar, än de vanliga undersökningar som görs av tillsynsmyndigheter, såsom Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Det finns alltså fog för att ställa vanliga, enkla, frågor – som direkt berör medborgaren mer i vardagen än ekonomiska effektivitetsparametrar - angående omregleringen. Exempel på sådana frågor är:

- Vilket ansvar har egentligen apoteken för sina kunder?
- Är apoteksbesökaren kund eller patient?
- Är öppenvårdsapotek fortfarande en del av hälso- och sjukvård eller oberoende ekonomiska enheter som drivs för resultat?
- Finns det risk att ”mjuka” etiska värden byts ut mot ”hårda” ekonomiska effektivitetsparametrar?

I ett försök att stärka farmaceuternas ställning som en del av hälso- och sjukvård, i ett troligt försök att undvika ytterligare lagstiftning (se ovan), och indirekt motivera apoteken att ta sitt

ansvar som en del av svensk hälso- och sjukvård, så publicerades en etisk riktlinje – svensk GPP - för apoteksanställda och apotek den 6 oktober 2011. Inom läkemedelsbranschen finns det flera välkända och betydande kvalitetsriktlinjer som branschen anpassar sitt arbete efter och några av dessa har också implementerats i lagstiftning. Riktlinjerna kallas gemensamt ”GxPs” och de kanske mest använda i praxis är Good Laboratory Practice (berör kvalitet vid laboratoriearbete), Good Clinical Practice (berör kvalitet vid klinisk forskning) och Good Manufacturing Practice (berör kvalitet vid tillverkning av läkemedel).

Good Pharmacy Practice (GPP) är en internationellt framtagen riktlinje för apotekens kvalitetsarbete (International Pharmaceutical Federation, 2011). Där ingår bland annat råd för hur farmaceuter, vid framförallt öppenvårdsapotek, skall hantera kunderna på bästa sätt. International Pharmaceutical Federation (FIP) publicerade den första versionen av GPP år 1993 och den har vedertagits av Världshälsoorganisationen (WHO). Förra året släpptes en svensk version av GPP, kallad *svensk GPP*. Svensk GPP är speciellt framtagen till svenska förhållanden inom apoteksbranschen. I GPP-dokumentet (Apotekarsocieteten, 2011, s. 1) står det att syftet med svensk GPP är ”att med utgångspunkt i befintlig lagstiftning, ’best practice’, och etiska överväganden säkerställa kvalitetsarbetet inom apoteksbranschen”. Härigenom uppfylls samhällets krav på service, kvalitet och hälso- och sjukvårdspolitiska mål”.

Riktlinjen har publicerats av Apotekarsocieteten och Svensk Apoteksförening (Apotekarsocieteten, 2011). Flera intressenter med experter, som har lång erfarenhet av läkemedel och läkemedelsbranschen, har deltagit i utvecklingen av svensk GPP. Intressenterna är organisationer som företräder olika intressen, både privata och offentliga, och organisationerna beskrivs i korthet nedan.

- **Apotekarsocieteten** är en ideell förening för alla som är intresserade av läkemedelsforskning, läkemedelsproduktion eller läkemedelsanvändning.
- **Läkemedelsverket** ansvarar bland annat för godkännande och kontroll av läkemedel och naturläkemedel för att patienter och hälso- och sjukvård ska ha tillgång till säkra och effektiva produkter som används ändamålsenligt.
- **Socialstyrelsen** är en statlig myndighet som värnar hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg. I denna uppgift ingår, som tidigare nämnts, utfärda farmaceuters legitimation och i det tillgodoses att professionen håller en hög kvalitet i utövandet av ämbetet.

- **Sveriges Apoteksörening** företräder en majoritet av alla apotek i Sverige och deras ägare och arbetar för att skapa goda förutsättningar för apoteksverksamhet på den svenska marknaden.

Även de kvalitetsansvariga för apotekskedjorna har varit delaktiga i framtagandet av riktlinjen, dock i olika grad. Eftersom svensk GPP är en riktlinje framtagen för ökad kvalitet så kan man anta att den mest insatta personen i respektive apotekskedja borde vara den kvalitetsansvarige.

Det är viktigt att nämna att svensk GPP är en anpassning av internationell GPP, och att de båda riktlinjerna skiljer sig åt något.

Sammanfattning och syfte

I och med omregleringen på den svenska apoteksmarknaden så ställs svenska farmaceuter inför ett delvis nytt etiskt dilemma: valet mellan att se till patientens/kundens bästa, som en del av svensk hälso- och sjukvård, eller att se till arbetsgivarens intressen. För att stärka farmaceuternas och apotekens roll som en del av hälso- och sjukvård och således komma till rätta med denna förändring i apotekskedjornas omvärld så publicerade flera intressenter i apoteksbranschen, gemensamt, en etisk riktlinje – svensk GPP. Samtidigt som riktlinjen innebar ett förslag på en lösning på ett problem så gav den också upphov till en osäkerhet för de enskilda apotekskedjorna; en osäkerhet som varje enskild organisation måste hantera. Det finns en risk, och i sig ett problem, att den enskilda apotekskedjans intresse står i konflikt med den nya riktlinjens. Organisationerna måste, på ett eller annat sätt, hantera den nya riktlinjen.

Syftet med den här studien är att beskriva och analysera hur svenska apotekskedjor förhåller sig till en ny etisk riktlinje – svensk GPP.

För att uppnå syftet med studien ställs följande fyra frågeställningar:

1. I och med det etiska dilemmat som tidigare beskrivits så står svensk GPP till viss del i motsats till en apotekskedjas ekonomiska intresse. Svenska apotekskedjor ställs inför valet att implementera eller att inte implementera svensk GPP. Hur förhåller sig

apotekskedjorna till valet mellan att implementera eller att inte implementera svensk GPP?

2. Flera intressenter, både privata och offentliga, har deltagit vid framtagandet av svensk GPP. Hur förhåller sig en apotekskedja till omgivningens förväntningar på att implementera svensk GPP?
3. En apotekskedja befinner sig omgiven av andra apotekskedjor. Hur förhåller sig en apotekskedja till en annan apotekskedja i hanterandet av svensk GPP?
4. Svensk GPP är avsedd för apotek och personalens arbete. Hur förhåller sig personalen ute på apoteken till den nya riktlinjen?

För att kunna besvara frågeställningarna, och således uppnå syftet med studien, används nedanstående teoretiska ramverk för analys.

Teoretiskt ramverk

Förändring av organisationer

Organisationer kan utformas och omformas på olika sätt. Organisationer använder sig av olika tekniker, så kallade organisationsrecept, för att utforma och omforma sig. Røviks (1998, s. 13) definition av *organisationsrecept* är ”ett legitimt recept på hur man bör utforma delar av en organisation”. Ett par av dessa recept är exempelvis ”medarbetarsamtal” och Total Quality Management (TQM). Ett annat typ av organisationsrecept skulle kunna vara lagar och riktlinjer, exempelvis en etisk riktlinje.

Det finns två huvudsakliga perspektiv på organisationsrecept och deras påverkan på organisationer - *symbolperspektivet* och *verktygsperspektivet*.

Symbolperspektivet och nyinstitutionalism

Røvik (1998) förklarar att organisationen, enligt symbolperspektivet, presenteras för en ”lösning” först och sedan identifierar organisationen ”problemet”. Ett exempel på detta är en

management-konsult som råder organisationen att använda ”medarbetarsamtal” och organisationen inser då att detta är något som borde användas – som ett slags ”aha-upplevelse”. En anledning för en organisation att ta till sig ett organisationsrecept är för att bättre kunna konkurrera med andra organisationer i omgivningen. Även om problemet inte existerat tidigare, och det inte finns någon reell anledning för organisationen att anamma organisationsreceptet, så kan den göra detta oavsett, eftersom det innebär en symbolisk betydelse som kan bära frukt i sig. Enligt symbolperspektivet reflekteras ett organisationsrecept som en kraftfull och meningsbärande symbol för utbredda normer och värden. I västvärlden kan dessa exempelvis vara individualism, demokrati, effektivitet och utveckling.

Talcott Parsons (1956) menade tidigt att en organisations överlevnad inte enbart kan tillgodoses genom effektivitet i teknisk-ekonomisk synvinkel. Organisationerna behöver dessutom *legitimitet* (en acceptans och ett erkännande för att organisationens existensberättigande) och för att uppnå detta måste de inkorporera och utåt sett signalera anknytning till värden och normer som råder i den miljö där de verkar. Inom symbolperspektivet återfinns en modern teori kallad *nyinstitutionell*. Denna är bred och återfinns inom flera vetenskapliga discipliner. Inom organisationslära är det nyinstitutionella synsättet sprunget ur ett antal forskare (Nils Brunsson, Paul DiMaggio, John Meyer, Walter Powell, Brian Rowan, med flera).

Røvik (1998) ger en utmärkt introduktion till nyinstitutionell teori inom organisationslära. Det finns fler grenar än den nyinstitutionella inom symbolperspektivet (till exempel den ”etnometodologiska”grenen), men det är trots detta den nyinstitutionella skolan som fått allra störst inflytande. De grundläggande tankarna inom nyinstitutionalism är att organisationer befinner sig i en omgivning. Denna omgivning består av två delar: en miljömässig omgivning (parametrar som inte går att påverka, till exempel geografisk plats samt ”väder och vind”) samt en omgivning bestående av fenomen som skapats av samhället (*institutionell omgivning*).

Scott (1987) menar att en stor del av den institutionella omgivningen rör andra organisationer runt omkring den enskilda organisationen (exempelvis andra apotekskedjor, branschorganisationer och så vidare) samt fenomen i form av till exempel socialt skapade normer, såsom lagar och regler eller riktlinjer (exempelvis svensk GPP). Den enskilda

organisationen utsätts för påtryckningar av den institutionella omgivningen. Påtryckningarna består bland annat av de organisationsrecept som erbjuds. En organisation väljer inte vilka organisationsrecept den skall inkorporera med stor frihet utan organisationen är mycket beroende av normativa påtryckningar och konstruerade ideér som tas för givna, det vill säga att omgivningen har åsikter om vad som bör inkorporeras och vad som inte bör det.

DiMaggio och Powell (1989) menar att om organisationerna är lika varandra i flertalet parametrar så kan de sägas utgöra ett organisatoriskt fält, såsom apoteksbranschen eller, som större fält, läkemedelsbranschen. Om en organisation finner en lösning på ett problem med hjälp av ett organisationsrecept så väljer andra organisationer i praktiken att följa exemplet, eftersom de anser att detta är ”rätt” sätt att lösa problemet för just denna tidpunkt (i ett historiskt perspektiv). Svensk GPP är en sådan lösning av ett problem. Ledarna av det organisatoriska fältet (exempelvis intressenterna som tidigare beskrivits vid framtagandet av svensk GPP för apoteksbranschen) är centrala aktörer som utgör referenspunkt för branschen som är klart knuten (Røvik, 1998).

Meyer och Rowan (1977) beskriver *institutionalisering* som processer som gör att ett organisationsrecept framstår som en regel för många organisationer. Processerna är av flera slag, bland annat sociala processer, skyldigheter eller ”aktualiteter”. Processerna ges en regellik status i både abstrakt (”idé”) och konkret (”i genomförande”) mening för organisationen. Exempelvis så kan en person i ledningen till en organisation informeras om att en riktlinje bör införas, men idén om denna är åtskild från själva genomförandet internt. Dessa processer som finns runt omkring organisationen är inbyggda i samhället och tolkas av organisationen. Scott (1987) anser att forskning kring nyinstitutionalism fortfarande är såpass ny att det inte finns en heltäckande teori för alla processer gällande organisationsrecept, utan teorin är fortfarande fragmenterad. Då ett organisationsrecept erbjuds en organisation så påbörjas en process som sker i flera steg – en resa från utsidan av organisationen och sedan in i organisationen (Røvik, 1998). Då en organisation låter ett organisationsrecept resa utifrån och in i organisationen så kallas detta för *adopterings*. Begreppet inbegriper flera processer både inuti och utanför organisationen. Resan tar sin början när en eller flera av organisationens medlemmar uppmärksammas på och entusiasmeras av ett organisationsrecept (”idé”) – se ovan). En del av det fortsatta förloppet är att man sedan tar mer eller mindre medvetna val om adoptering och sedan försöker man bearbeta receptet och ta det i bruk mer rutinmässigt med avsikten att det ska styra aktiviteter inom organisationen (”i genomförande”

– se ovan). Scott (1987) menar alltså att flera av dessa steg i processen är utforskade i liten grad. Detta gör att ytterligare empiriska studier är viktiga att genomföra för att i framtiden kunna få alla delar av ett organisationsrecept reser sammansatta till ett färdigt pussel.

Meyer och Rowan (1977) uttrycker att utformandet av en organisation bär en mening, som symboler. Organisationer utgör rationaliserade symboler, det vill säga att organisationerna är utformade på så vis med en tanke. Den enskilda organisationen önskar således att den ska framstå som ett slimmrat redskap för effektivisering och modernisering – när den i själva verket kanske inte är det. De rationalistiska symbolerna kan faktiskt vara rationalistiska myter. Røvik (1998, p. 35) sammanfattar Meyers och Rowans konklusion som ”att det kan ses som en icke rationellt och vetenskapligt grundad tro på att ett organisationsrecept är rationellt och vetenskapligt grundat”. Samhällets övertro på rationalism leder till att myter föds (Meyer och Rowan, 1977). När en organisation tar in nya organisationsrecept i sin egen organisation kan detta således skänka en legitimitet gentemot omgivningen, men också organisationens självuppfattning ändras internt. Det förankras idéer om vilka andra organisationer man önskar efterlikna och jämföra sig med och vilka man avviker ifrån, medvetet eller omedvetet (Røvik, 1998). En av de paradoxer som organisationen sliter med är upprätthållandet av den egna självbilden och bilden som ges gentemot omgivningen. Dessa båda skepnader kan skilja sig åt. Ett sätt att hantera ett nytt organisationsrecept som organisationen exponeras för är det som Meyer och Rowan (1977) beskriver som *isärkoppling*. En annan mekanism som organisationer kan använda sig av kallas för *isomorfism* och beskrivs av DiMaggio och Powell (1983).

Isärkoppling

Inom nyinstitutionalism ser man att organisatoriska lösningar inte sammanfogas till en planerad organisation som ska se ut på ett visst sätt. Forskare (Meyer och Rowan, 1977; Westphal och Zajac, 1994) menar att det snarare är så att organisationen adopterar mängder av idéer men sedan inte omsätter dessa i praktiken. Istället väljer organisationen att hålla en fasad utåt. Denna fasad skall skänka organisationen en profil, legitimitet och identitet i förhållande till andra institutioner i omgivningen. Flera forskare menar på att detta är en *medveten* strategi från organisationernas sida (Meyer och Rowan, 1977; Brunsson, 1993). För att kunna hålla motsägelsefullt innehåll från de organisatoriska lösningarna åtskilda så adopteras de inte ”i genomförande”, utan de förblir löst kopplade. Meyer och Rowan (1977)

beskriver *isärkoppling* som ett tillvägagångssätt för en organisation att hantera en mångfald av, mer eller mindre, motsägelsefulla organisationsrecept som adopterats av den enskilda organisationen.

Varför tar en organisation in motsägelsefulla organisationsrecept? Genom att forma eller omforma den formella strukturen (tänk organisationsschema), så att den ligger i överensstämmelse med den institutionella omgivningen, kan en organisation visa samhället att den agerar i enlighet för allas bästa. Detta gör att organisationen skapar en sköld som skyddar den, eftersom samhället skänker organisationen legitimitet. Organisationen använder legitimiteten för att få ytterligare support och för att säkra organisationens överlevnad i ett längre perspektiv. Organisationer tar in många organisationsrecept trots att de ibland kan vara motsägelsefulla, allt för att inte gå emot den institutionella omgivningen och på så vis förlora stabilitet och support.

Hur tar organisationen in motsägelsefulla organisationsrecept? Ett problem är att dessa kan leda till ineffektivitet. Organisationen måste således städa upp i detta virrvarr av organisationsrecept som adopterats. Detta kan göras genom att tydligt länka ett organisationsrecept till en specifik aktivitet eller att länka inkonsistenta lösningar till varandra för att på så vis avskriva dem. Brunsson (1993) ger ytterligare en förklaring, på samma tema, hur organisationen kan lösa problemet. Han menar på att det finns en diskrepans mellan vad en organisation *säger* att den skall göra och vad den *faktiskt* gör ("i genomförande"). Detta kan organisationen lösa genom "hyckleri" (*hypocrisy*) – det vill säga att organisationen säger en sak, men gör en annan - något som då är nära besläktat med *isärkoppling*. Exempelvis kan en organisation, som ska genomföra en aktivitet, till exempel implementera en riktlinje, ha svårt att ge goda skäl för detta - för att den exempelvis är kontraproduktiv med tanke på ekonomiskt resultat. Då kompenserar organisationen detta genom att medvetet säga att den inför riktlinjen medan den gör något annat (exempelvis inte implementerar riktlinjen). Røvik (1998) poängterar att, för att fastslå att tekniken *isärkoppling* används, så måste man också se på de förutsättningar som finns. Det förutsätter att några aktörer i organisationen (mest troligt ledningen) är medvetna om att man arbetar med motsägelsefulla/överlappade idéer lösningar, att dessa aktörer, utifrån strategiska kalkyler om vad som tjänar organisationen bäst har kommit fram till att detta inte bör komma fram och upptäckas av "andra" och att man sedan med hjälp av olika grepp försöker hålla motsägelsefulla idéer åtskilda.

Isomorfism

DiMaggio och Powell (1983) menar att en organisation ofta uppkommer som något särskild, eftersom det krävs ett innovativt element för att slå sig in på marknaden. Då innovationen sprids och blir allmänt tillgänglig förlorar den också en del av sitt tekniska värde. Men en organisation kan, trots detta, öka sitt eget värde genom att adoptera innovationen och inkorporera den. Detta ger inte det tekniska bidraget men det skänker organisationen legitimitet från omvärlden. Detta ”stjälande” av innovationer, i meningen organisationsrecept, leder till att organisationer uppvisar en häpnadsväckande homogenitet sinsemellan. Organisationerna, sedda som enheter, känner till och identifierar sig gärna med de andra organisationerna inom ett *organisatoriskt fält*, till exempel apoteksbranschen. Inom ett organisatoriskt fält finns likheter, exempelvis kan organisationerna utsättas för gemensamma lagar och regler, de kan ha samma konsumenter och leverantörer och de kan producera samma varor eller tjänster. Själva idén med ett organisatoriskt fält omsluter två viktiga begrepp – koppling mellan organisationerna samt strukturell likhet.

Homogeniseringsprocessen kallas för *isomorfism*, och innebär att en organisation anpassar sig till andra organisationer som utsätts för samma omgivning. Isomorfism har studerats empiriskt av bland annat Galaskiewicz och Wasserman (1989) och D’Aunno et al. (1991). Det har identifierats tre varianter av isomorfism: *påtvingande* (coercive), *härmande* (mimetic) och *normativ* (normative). Typologin ger inte tre klart avgränsade fält med distinkta gränser utan de tre typerna går ofta in i varandra.

Påtvingande isomorfism beror på andra organisationers formella och informella tryck och kulturella förväntningar på organisationen i det samhälle där den existerar. Trycket kan upplevas som både frivilligt och tvingande. Trycket kan exempelvis utgöras av andra organisationer inom organisationsfältet eller av organisationer i fältets periferi, exempelvis myndigheter och branschorganisationer. En del av de förändringar som organisationen antar kan vara till största delen ceremoniella, men det behöver inte betyda att de inte leder till några konsekvenser. Den organisatoriska förändringen som sker kan exempelvis bero på en ny riktlinje eller lag som påtvingar en adaptation.

Härmande isomorfism avser en imitation av andra organisationer (DiMaggio och Powell, 1983). Detta är ett tillvägagångssätt för en organisation då den befinner sig i osäkerhet, och då det är svårt för en organisation att ta ett rationellt beslut på grund av informationsbrist (Simon, 1955). Den individuella organisationen ser på ”grannen” och försöker att imitera dennes val (DiMaggio och Powell, 1983). En känsla av ”att helt enkelt göra någonting” eller att identifieras med ”framgångsrika organisationer” av sin omgivning är kritiskt (Galaskiewicz och Wasserman, 1989). Detta är ett ekonomiskt beteende för organisationen eftersom man i sin jakt på organisationsrecept ”stjäl” det från någon som redan funnit det. Processen kan ske på många plan. Exempelvis kan en individ förflyttas från en organisation till en annan (jobbyte) och då ta med sig en lösning och implementera den omedvetet. Ett av de mer kända exemplen på imitation är på nationell nivå är Japan, som historiskt sett, har kopierat västerländska lösningar (till exempel postsystemet från England). Det kan också nämnas att dessa lösningar sedan har modifierats och förbättrats innan deras implementering i Japan.

Normativ isomorfism härstammar främst från grupperingar, såsom professioner (DiMaggio och Powell, 1983). De för en gemensam kamp för att definiera hur deras arbete skall utföras både med avseende på förutsättningar och metoder och för att etablera legitimitet för deras autonomi i yrket. Goda exempel på sådana professioner skulle kunna utgöras av farmaceuter eller läkare. Dock är det sällan en profession helt kan få besluta själv om hur den ska se ut, utan professionen måste ofta kompromissa om hur metoder och förutsättningar skall se ut, exempelvis med kunder, chefer och lagstiftare. Professioner har alltså sina egna mål men de utsätts också för påtvingande och härmande tryck, precis som organisationer. Det finns alltså en interaktion mellan professioner och organisationer där professionen kan uppta organisationens intressen genom isomorfa processer – intressen som, märk väl, kanske egentligen inte är i professionens intresse (Hall, 1968). Inom en organisation kan professioner skiljas från varandra och en enskild profession kan ha mer likhet med sin egna profession trots att den återfinns främst i andra organisationer (hos exempelvis konkurrerande apotekskedjor). Enligt DiMaggio and Powell (1983) finns det framförallt två aspekter som utgör viktiga källor till denna typ av isomorfism. Den ena är formell utbildning och legitimering genom lärande hos universitetsutbildade. Den andra är professionella nätverk (exempelvis fackförbund) som spänner över organisationer och där nya modeller sprids fort. Individerna kan här vara så starkt påverkade att de inte går att ändra på, även om en organisationen har en stark kultur och historia som gärna vill ge avtryck i individerna i organisationen.

Slutligen; det är viktigt att poängtera, att var och en av de isomorfa processerna inte nödvändigtvis leder till organisatorisk effektivitet. Om effektiviteten ökar så beror detta ofta på att organisationen vinner legitimitet i och med att den liknar andra organisationer inom fältet (DiMaggio och Powell, 1983).

Metod

Jag förberedde sig genom att läsa litteratur om intervjuteknik (Kvale, 1997). Jag valde att genomföra kvalitativa intervjuer eftersom denna metod är att föredra då målet är att erhålla mycket kunskap om ett studerat fenomen. Eftersom jag själv är legitimerad apotekare, med erfarenhet från arbete som både apotekschef och rådgivande farmaceut, så har jag före och under denna studie haft en del förkunskap. Betydelsen av detta, och dess eventuella konsekvenser, har tagits i beaktande från ”start till mål” under arbetet med denna studie.

Fyra av apotekskedjorna på den svenska apoteksmarknaden kontaktades via telefon och proceduren som genomfördes var densamma för samtliga fyra fall, bortsett preciserade undantag som beskrivs nedan. Eftersom kvalitetsansvarig i respektive kedja hade övergripande ansvar för den farmaceutiska delen av kvalitet (och således också ett huvudansvar för en eventuell implementering av en riktlinje som svensk GPP) så intervjuades dessa personer. Eftersom en apotekschef från respektive kedja kunde representera kvalitetsarbete ”på golvet” (och således också användandet av svensk GPP i praktiken) så intervjuades dessa personer. Jag är själv baserad i Göteborg och det var därför naturligt att genomföra intervjuer med apotekschefer i närområdet. Totalt kontaktades fyra kvalitetsansvariga och fyra apotekschefer. Efter en kort introduktion av studien så tillfrågades personen om den ville delta och huruvida den ville ha mer information, exempelvis i skriftlig form. Samtliga åtta personer tackade ja till deltagande och mottog dessutom skriftlig information enligt Appendix I. Tid för samtliga åtta intervjuer bokades. Jag var noga med att ge de intervjuade personerna lagom mängd information före intervjuerna, eftersom det var önskvärt med så lika förutsättningar för intervjuerna som möjligt, för att säkerställa en viss ”objektivitet”. På så vis uppnåddes goda data för analys. De kvalitetsansvariga personerna intervjuades per telefon (Skype), eftersom de befann sig i Stockholm, och intervjuerna spelades in. Apotekscheferna intervjuades ”mellan fyra ögon” och intervjuerna spelades in med diktafon. En av apotekscheferna fick förhinder och fick därför intervjuas via telefon, enligt samma metod som de kvalitetsansvariga. Kravet för att en kvalitetsansvarig skulle få

vara med var minst ett års erfarenhet i rollen. Anledningen till detta var att den kvalitetsansvarige med säkerhet måste ha upplevt publicerandet av svensk GPP. Kravet för att en apotekschef skulle få delta var minst två års erfarenhet i rollen. Anledningen till detta var att apotekschefen med säkerhet måste ha upplevt publicerandet av svensk GPP samt ha haft en god möjlighet att tillgodgöra sig både farmaci- och chefsdelen av rollen. Jag var noga med att påpeka total anonymitet av både organisationerna och intervjupersonerna. Intervjupersonerna erbjöds få läsa och godkänna utskrifterna från deras respektive intervju. Varje intervju var ämnad att pågå cirka 30 minuter. Intervjuerna var semi-strukturerade, vilket i praktiken innebar att frågorna var bestämda på förhand, men jag ställde också följdfrågor till de intervjuade personerna för att nå en djupare förståelse kring intressanta teman. Intervjuguider för kvalitetsansvariga och apotekschefer återfinns i Appendix II. De intervjuade personerna tackades för den upptagna tiden och informerades om att de skulle få ta del av studiens resultat, skriftligt, i kortformat om de så önskade. Samtliga åtta personer tackade ja till detta.

Intervjuer med totalt åtta personer genomfördes med en total intervjutid om cirka fem timmar. Överföringen från inspelning till utskrivna intervju gick till på följande sätt. Inspelningen spelades upp i korta jämna intervall (om cirka fem ord i taget) och jag skrev ut det som sades och tonläge om det var relevant. Om det råkade minsta tveksamhet om vad som sades så spelades orden upp igen. Då hela intervjun gått igenom med denna metod så lyssnades hela intervjun igenom på nytt och de kvarvarande felaktigheterna korrigerades i möjligaste mån. Om det var otydligt vad som sades under inspelningen så markerade jag detta som ”mummel” eller ”ohörbart”. Materialet bestod av de intervjuade personernas svar på frågor och deras berättelser i samband med detta. Det slutliga materialet, som användes för analysen, bestod av 56 sidor text från sammanlagt åtta intervjuer (fyra med kvalitetsansvariga och fyra med apotekschefer). De utskrivna intervjuerna analyserades med allmänt accepterade analystekniker – *meningskoncentrering* med en efterföljande *narrativ strukturering* - i linje med Kvalets metodbok som nämnts ovan. För överskådlighetens skull delades resultatdelen in i teman medan analysen delades in baserat på de fyra frågeställningarna.

Reliabiliteten anses genererellt vara god för syftet med denna studie och intervjumetoden är väletablerad. Narrativ strukturering passar bra för denna studie, eftersom det studerade temat är komplext med tanke på att farmaceuter, apotekskedjor och flera andra intressenter interagerar. Fyra av knappt tio kedjor intervjuades så det får anses som ett gott material för

populationen. Viss reliabilitet tappades eftersom intervjuerna inte skrivits ut av två oberoende personer och sedan jämförts, men för denna studie var detta inte möjligt på grund av resursbrist. Det finns också en risk att det utskrivna materialet kan tolkas på olika sätt av olika forskare och att de inspelade intervjuerna kunde ha skrivits ut olika beroende på forskares olika hörsel. Jag har dock följt Kvaales (1997) bok om intervjuteknik för att undgå fallgropar i möjligaste mån. I analysen av data har endast en person arbetat och det är därför endast en persons perspektiv som speglas. En annan forskare hade troligen gjort en annorlunda analys. Avvikelse är en naturlig del av analys vid kvalitativ forskning (detta är forskare i allmänhet medvetna om) och det är egentligen bara graden av avvikelser som går att påverka. Det är möjligt att en annan forskare hade kunnat uppnå ett annat resultat baserat på samma inspelade intervjuer. Men det är ändå så att en annan forskare, med samma synvinkel, bör ha kunnat se samma saker som gjorts i denna studie. Till studiens försvar hör också att jag varit medveten om problematiken och gjort vad som är möjligt för att minimera denna.

Validiteten anses generellt vara god för syftet med denna studie och intervjuguiden en god utgångspunkt för att besvara frågeställningarna. Vad gäller utskriftens validitet så fanns detta begrepp med i bakhuvudet då utskriften gjordes och tanken var att utskriften skulle vara förenlig med denna studiens syfte.

Empiri

Bakgrund till det organisatoriska fältet – apoteksbranschen

Öppenvårdsapotek och ägande

Före omregleringen på apoteksmarknaden hade Apoteket AB ensamrätt på försäljning av läkemedel. Statligt ägda Apoteket AB drevs med en tanke om att erhålla en mycket begränsad ekonomisk vinst. Företagets viktigaste uppdrag var att utgöra en central del av svensk offentlig hälso- och sjukvård, genom att tillgodose en säker och rationell läkemedelsförsörjning- och användning (Regeringen, 2009).

Efter omregleringen på apoteksmarknaden har Apoteket AB sålt de flesta av företagets öppenvårdsapotek till mindre privata aktörer. Dessa aktörer består av internationella apotekskedjor som köpt kluster med flera apotek samt mindre aktörer, exempelvis enskilda

personer (farmaceuter men också andra) som driver enstaka apotek. I tillägg till de apotek som avknoppats genom Apoteket AB:s uppstyckning så har dessutom andra privata aktörer valt att starta helt nya apotek. Apoteket AB existerar fortfarande för att tillgodose behovet av läkemedelsförsörjning i hela landet. I enlighet med grundläggande företagsekonomiska principer så finns det hos de privata apotekskedjorna ett resultatintresse. Åsikterna om apoteksomregleringen är spridda, men med avseende på resultatintresse så har omregleringen nyligen kritiserats, eftersom internationella apotekskedjor anses föra ut resultatet till ”skatteparadis” utomlands (Svenska Dagbladet, 2011).

Apotekets personal – professionen farmaceuter

Internationellt sett sköts dispenseringen av läkemedel från öppenvårdsapotek av en profession kallad farmaceuter. I Sverige består gruppen farmaceuter av legitimerade apotekare med femårig universitetsutbildning och legitimerade receptarier med treårig universitets- eller högskoleutbildning. Det skall nämnas att ytterligare en huvudsaklig grupp återfinns på apotek och detta är apotekstekniker med varierande bakgrund, men i huvudsak internutbildning, utbildning via gymnasieskolan eller YH- och KY-utbildning (Sveriges Apoteks förening, 2012). Apotekspersonalens utbildning kan variera något från ovanstående, exempelvis har en del receptarier utbildats under två år.

Farmaceuternas dagliga arbete vid öppenvårdsapotek består av flera delar, men de som är direkt kundorienterade kan delas upp i två delar – receptexpedition och egenvårdsrådgivning med försäljning av receptfria läkemedel. Apotekschefen har huvudansvar för apotekets drift, men måste inte själv vara farmaceut. Dessutom har apotekschefen ansvar för att Läkemedelsansvarig (en farmaceut med ansvar för den ”farmaceutiska delen” av apoteksarbetet) ska kunna utföra sitt arbete.

Socialstyrelsen är en statlig myndighet för verksamhet som bland annat rör hälso- och sjukvård. Farmaceuter utgör en yrkeskår som genomgår universitetsutbildning för att så småningom få en legitimation, vilken utfärdas av Socialstyrelsen. Legitimation utgör ett bevis på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. På Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen, 2012) står det att legitimationen innebär att yrkesutövaren står ”under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser”. Socialstyrelsen ger samhället möjlighet att dra in legitimationen om yrkesutövaren missköter sig allvarligt. Farmaceuter är legitimationsberättigade eftersom de anses utföra

kvalificerade arbetsuppgifter där de har ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården (Socialstyrelsen, 2012).

I praktiken innebär legitimationen för de farmaceuter som arbetar vid öppenvårdsapotek att de har ensamrätt för iordningställande och och utlämnande av receptbelagda läkemedel. Socialstyrelsen har, genom utfärdande av legitimation för farmaceuter, på ett tydligt sätt klargjort att farmaceutiskt arbete och därmed också öppenvårdsapoteken, utgör en del av svensk hälso- och sjukvård.

Intervjuer

Organisation och kommunikation

Både kvalitetsansvariga och apotekschefer beskrev hur de var ytterst ansvariga för etiken relaterad till farmaci, men på olika nivåer i organisationen. De kvalitetsansvariga förklarade att de har det övergripande ansvaret med avseende på kvalitet för hela apotekskedjan. Organisatoriskt sitter de kvalitetsansvariga i ledningsgruppen för apotekskedjorna eller strax intill. Samtliga apotekschefer menade att det var Läkemedelsansvarig vid respektive apotek som var ansvarig för kvalitet operativt ”på golvet”. Apotekschefens uppgift var att möjliggöra så att Läkemedelsansvarig kunde göra sitt arbete. Då kvaliteten granskades av myndigheter på apotek så var det i utgångspunkt Läkemedelsansvarig som fick stå till svars, men apotekscheferna kommer inte undan ansvar om Läkemedelsansvarig inte gjort sitt arbete. *Apotekschef 2* och *apotekschef 4* var också läkemedelsansvariga på sina apotek och satt således på två stolar i sina apotekskedjor. Ett par av apotekskedjorna använde sig av regionala Läkemedelsansvariga personer som var ett led mellan kvalitetsansvarig och apoteken. I de två andra kedjorna hade kvalitetsansvarig direktkontakt med apoteken, utan mellansteg.

Kommunikation om förändringar

Samtliga apotekschefer hade uppfattningen att respektive kvalitetsansvarig var bra på att delge dem information i händelse av förändringar, rent generellt, och detta styrktes av de kvalitetsansvarigas beskrivning av kommunikationsmöjligheterna med apoteken. Kommunikationen mellan kvalitetsansvariga och apoteken bestod främst av intranätet, men också av mail och telefon om så var nödvändigt. De kvalitetsansvariga kontaktar främst läkemedelsansvariga då det kommer till kvalitetsfrågor som måste dryftas med apoteken. *Kvalitetsansvarig 1* genomför förändringar i arbetssätt genom att förändra rutinen. När den uppdaterats så ska den läsas av alla berörda anställda. Men större förändringar genomförs i

projektform. En liten förändring kanske bara meddelas via intranätet. *Kvalitetsansvarig 2* förklarade mycket av dennes arbete bestod av att omformulera regelverk så att det fungerade i den egna organisationen.

Kunskap om svensk GPP

Samtliga kvalitetsansvariga för apotekskedjorna kände till svensk GPP och dess innehåll, åtminstone översiktligt. De hade alla ingått i det ”kvalitetsråd” som Sverige Apoteksförening organiserade; ett råd där man diskuterar kvalitetsfrågor, till exempel svensk GPP, gemensamma för branschen. *Kvalitetsansvarig 4* hade själv deltagit mer aktivt då riktlinjen togs fram och hade således god kunskap om svensk GPP; och detta utmärktes inte bara genom kunskap om riktlinjen i sig utan som ”en pusselbit i ett större sammanhang”. Ett exempel på detta är då *Kvalitetsansvarig 4* uttryckte sig på följande sätt om svensk GPP:s vikt för farmaceutens arbete och varifrån farmaceuter skall hämta kunskap för att kunna arbeta etiskt riktigt:

”Jag tycker att man ska använda sig av GPP:n. Och GPP:n har ju också tagit stöd av de etiska riktlinjer som är utformade av Farmaceutförbundet och som man gjort till nationellt vägledande riktlinjer och gäller alla farmaceuter i landet.”

Övriga kvalitetsansvariga hade bistått i utvecklandet av svensk GPP som referenser via ”kvalitetsrådet”. Flera kvalitetsansvariga menade på att svensk GPP var en konsekvens av omregleringen och att man velat säkerställa kvaliteten hos de privata apotekskedjorna. *Kvalitetsansvarig 1* hade känt till internationell GPP under flera år och fortsätter:

”Men det är ju nu i samband med omregleringen som man tog tag i det [utvecklandet av svensk GPP] och det var flera aktörer som drev det här”

Tidigare fanns ett motsvarande kvalitetsdokument, som tog upp apoteks och farmaceuters roll och ansvar, hos Apoteket AB under monopoltiden. *Kvalitetsansvarig 1* förklarade att det funnits både internationella dokument kring GPP och att det under Apoteket AB:s monopoltid fanns dokument som handlade om roll och ansvar på apotek. Dessa var inte identiska med GPP men på samma tema.

Samtliga apotekschefer hade hört talas om svensk GPP, men tre av dem kände inte alls till innehållet i den och kunskapen om den specifikt var överlag dålig. Samtliga apotekschefer upplevde att de primärt hört talas om svensk GPP genom media och då främst branschtidningar på Internet. Tre av fyra apotekschefer var inte helt säkra, men trodde sig ha upplevt att svensk GPP presenterats som en ”nyhet” på sina respektive intranät. Samtliga apotekschefer upplevde att de diskuterade förändringar, som gäller apoteksbranschen generellt, med kollegor hos andra apotekskedjor.

Ansvarsfördelning för implementering av kvalitetsrutiner

Samtliga kvalitetsansvariga menade på, konkret eller antydde, att kvalitetsarbetet skall genomsyra ”allt” som görs i en apotekskedja och någon menade också att själva begreppet ”apotek” skall stå för kvalitet. Samtliga apotekschefer och kvalitetsansvariga var överens om att det var de kvalitetsansvarigas ansvar att utforma interna rutiner och implementera nya riktlinjer gällande kvalitet. De var också ense om apotekschefers och läkemedelsansvarigas roller för apoteksverksamhet och att de skall följa internt framtagna rutiner, liksom externa lagar och regler.

Det etiska dilemmat

Samtliga apotekschefer menade på att de i dagsläget inte upplevde någon större oro för det etiska dilemma som beskrivits ovan. Ett par av apotekscheferna uttryckte oro för att detta kunde komma att ändras med tiden. Arbetsgivarnas ”tänk” låg i dagsläget i linje med apotekschefernas tänk kring ”kvalitet” – att det var genom ett gott kundbemötande som kvalitet framvisades. Men *apotekschef 3* poängterade också att man som apotekschef går man både arbetsgivarens och farmaceuternas ärenden. Det kan därför hända att de anställda farmaceuterna vid apoteket upplevde det etiska dilemmat annorlunda.

Apotekscheferna uppfattade det som att deras arbetsgivare hade litet intresse av att påverka det dagliga arbetet, i avseendet kundmöte. Det intresse som ändå fanns gällde att man ville ha ”god kvalitet” i kundmötet. *Apotekschef 3* menade att arbetsgivaren vill ha viss inverkan på det dagliga arbetet, åtminstone uppmaningar, och det uttrycktes så här:

”[...] vi pratar om det väldigt mycket, hur vi skall fördela oss och vad vi ska prioritera. Men sen går de [arbetsgivaren] inte in på detaljnivå kanske, men man kan få ”uppmaningar.”

Apotekschef 3 förklarade att branschen har ändrats sedan omregleringen och den har riktats in mer mot ”sälj”. Det finns inte den tid man skulle vilja ägna ibland på att ge kvalificerad rådgivning. Men arbetsgivaren uppmanar aldrig farmaceuterna att gå in i någonting de inte vill. Man skall ”sälja saker, inte sälja på [kunden] fel saker”.

Kunskap om etik

Samtliga kvalitetansvariga var farmaceuter och deras kunskap i frågor gällande etik kom mestadels från erfarenhet i arbetet, både från kvalitetsbefattningar inom apoteksbranschen, men också från läkemedelsindustrin. En del av kunskapen kom från kurser som genomgåts, men tyngden låg ändå i erfarenhet.

Ingen av apotekscheferna kunde tydligt definiera varifrån de fått sin kunskap eller kännedom om etiska frågor som rör öppenvårdsapotek. Apotekscheferna menade på att deras kunskap om etik mestadels bestod av erfarenhet och då främst från diskussioner med kollegor. Samtliga antydde att man var ”självlärd”, det vill säga att man genom erfarenhet från apoteksarbete tillgodogjort sig kunskap om att hantera situationer där ett möjligt etiskt problem skulle vara närvarande. Två av cheferna var något tydligare och nämnde att de lärt sig i praxis via apotekspraktiken (under grundutbildningen). *Apotekschef 2* ansåg sig självlärd då det kom till etiska frågor. Men att det genom karriären funnits vissa mindre utbildningar i ämnet. Dessutom diskuterades den typen av frågor vid personalmöten och hur man ska lösa eventuella problem. *Apotekschef 4* utmärkte sig något eftersom denne också nämnde att *Kvalitetsansvarig 4* tar upp sådana etikfrågor i ”regelbundna månadsbrev”.

Betydelsen av svensk GPP

Samtliga kvalitetansvariga poängterade att det mesta av innehållet i riktlinjen svensk GPP redan, på ett eller annat sätt, var implementerat i interna rutiner eller lagstiftning. Dessutom menade de kvalitetansvariga på att implementeringen av svensk GPP varit nedprioriterad, eftersom det funnits andra saker som varit viktigare att hantera efter omregleringen. *Kvalitetsansvarig 1* tycker att ”man ju måste använda sig av GPP-dokumentet, diskutera kring dokumentet och reflektera kring” för att det ska kunna påverka det praktiska arbetet på apotek. *Kvalitetsansvarig 4* uttryckte en önskan om en mer aktiv implementering av riktlinjen och menade på att utan aktiva initiativ så kommer det inte att ske så mycket med den. Dessutom så tyckte *Kvalitetsansvarig 4* att svensk GPP borde ha en större betydelse:

”Förhoppningen är att den ska ha betydelse för där står tydligt och klart både om kvalitet, farmaci, etik och moral på apoteken. Och det är tydligare än vad som står i lagstiftningen. Så den kan... om den blir känd och förankras så kan den ha en stor betydelse. Men det är ett stort arbete kvar vad det gäller den.”

Apotekscheferna tyckte inte, eller trodde inte, att svensk GPP skulle fylla någon egentlig funktion i deras dagliga praktiska arbete. Bland annat så trodde *Apotekschef 3* att innehållet från svensk GPP ändå gennomsyrar allt de gör.

Ansvaret för att arbeta etiskt riktigt vid apoteksarbete

Kvalitetsansvarig 1 menar att riktlinjer som svensk GPP tenderar att komma i skymundan, när man på apoteket skall leva upp till produktivitet och försäljning samt andra krav – för att firman ska gå ihop ekonomiskt. Dessutom så måste det finnas en gräns för var ansvaret som farmaceut och apoteksaktör; en gräns där vården tar över – eller kunden/patienten. Var den gränsen går är oklart, men som apoteksaktör får inte känslan för att man har ett ansvar tappas. Ansvaret regleras ju dessutom i lagar och i farmaceutens legitimation. Men man behöver definitivt reflektera över ansvaret när man är både hälso- och sjukvårdspersonal samt säljare. *Kvalitetsansvarig 1* menar på att farmaceuten som individ har ett stort ansvar för att upprätthålla sin kompetens, men även arbetsgivaren har ett ansvar i detta i och med kvalitetsarbetet. Man måste se till att ens farmaceuter faktiskt håller sig uppdaterade. *Kvalitetsansvarig 2* menade att det interna ledningssystemet och den legitimerade farmaceutens kompetens borde vara tillräckligt för att arbeta etiskt riktigt. *Kvalitetsansvarig 4* förklarade att svensk GPP var viktig, eftersom den var tydligare med tanke på farmaci, kvalitet, etik och moral på apoteken. Tydligare än lagstiftningen. Så om den blir känd kan den ha stor betydelse. Farmaceuter borde använda sig av GPP:n för att hämta sin kunskap om att arbeta etiskt riktigt, eftersom den också tagit stöd av etiska riktlinjer som utformats av fackförbundet. *Kvalitetsansvarig 3* menade att ledningssystemet borde vara tillräckligt för farmaceuten att arbeta etiskt riktigt. *Kvalitetsansvarig 4* menade vidare att intresset för etik har ökat och att det nu inkluderats viss utbildning inom detta på ett par av grundutbildningarna. Och att detta troligen ska sprida sig ytterligare. *Kvalitetsansvarig 4* menade på nyutexaminerade kunde behöva ett särskilt stöd vid situationer där ett etiskt problem kunde uppstå:

”För vi har ju en del nyexade och oerfarna och de behöver stöttning i det här förhållningssättet. Skit i att det är jättemycket kunder och du är stressad. Vi måste säkerställa att den du har framför dig får liksom rätt saker. De måste ta sitt professionella ansvar. De har en legitimation och de måste leva upp till den och ibland så krävs det då att man är rätt tuff. Man måste ju stå upp för det här också. Man kan som legitimerad inte anse sig vara i händerna på sin arbetsgivare, förstår du vad jag menar?”

Samtliga apotekschefer ansåg också att farmaceuten hade ett personligt ansvar att arbeta etiskt riktigt, men att detta säkert kunde skilja sig åt från person till person. *Apotekschef 1* uttryckte det på följande sätt, på frågan om alla farmaceuter handskas med etiska frågor individuellt:

”Alltså individuellt, mycket tror jag det faktiskt. Kanske inte allt, men jag tror det handlar mycket om vad man är för person. Hur man handskas med olika saker.”

De fyra apotekscheferna var tydliga med att när det kom till kritan så var professionens intressen av större vikt än arbetsgivarens. Denna professionens autonomi bestyrktes också av de kvalitetsansvariga.

Implementering av svensk GPP

Kvalitetsansvarig 1 meddelade att svensk GPP lades ut som en nyhet på intranätet, men inget större arbete har gjorts. *Kvalitetsansvarig 2* hade infomerat apotekscheferna och apoteken om GPP i möten och via intranätet. *Kvalitetsansvarig 3* menade att man inte haf tid att arbeta med svensk GPP internt, eftersom man fokuserar på andra mål. *Kvalitetsansvarig 3* svarade på frågan huruvida kedjan åtagit sig att implementera svensk GPP:

”Ja, absolut, jag sitter ju i kvalitetsrådet och det vi diskuterar där, skall vi efterleva. Absolut, vi följer ju det. Men om det gett någon effekt ännu det vet jag inte, utan det måste följas upp.”

Det har heller inte varit något intresse för den internt i organisationen. *Kvalitetsansvarig 4* hade påbörjat en kommunikationsplan för hur GPP ska föras ut i branschen på ett systematiskt sätt. Det egentliga införandet kommer att ske till hösten och då i form av att anställda ska ha läst riktlinjen. Dessutom så ansåg denne att man borde göra en ”fickvariant” av svensk GPP som farmaceuten kan ha med sig hela tiden. Medarbetarna hade frågat om svensk GPP via e-post.

Det visade sig att *apotekschef 4*, var den som hade viss kännedom om innehållet, eftersom *Kvalitetsansvarig 4* genomfört en utbildning nyligen under ett möte. De övriga tre apotekscheferna kände till svensk GPP i och med att den omnämnts i media – då i form av branschtidskrifter publicerade på Internet. Dessutom sade man att den ”publicerats” som nyhet på respektive intranät. Ingen av apotekscheferna ansåg att apotekskedjan tagit något aktivt steg för att implementera riktlinjen.

Varken kvalitetsansvariga eller apotekschefer visste, eller trodde, att andra apotekskedjor arbetade annorlunda med implementerandet av svensk GPP. Man trodde heller inte att Apoteket AB, som fortfarande är en av apoteksaktörerna, fyllde en vägvisande roll vid förändringar i branschen. Det var snarare så att man trodde att den kompetens som Apoteket AB haft på kvalitetsområdet tidigare hade spritts ut så pass att de riskerat att komma sämre ut med avseende på kvalitet.

Analys

1. Hur förhåller sig apotekskedjorna till valet mellan att implementera eller att inte implementera svensk GPP?

Svensk GPP rör kvalitet vid apotek och apoteksarbete och detta är såklart något åtråvärt som skänker en apotekskedja legitimitet gentemot sin omgivning – myndigheter, kunder och så vidare. Under intervjuerna framkom att apotekskedjorna varit involverade i framtagandet av riktlinjen och således signalerart utåt att man engagerat sig i implementeringen av svensk GPP (”i tanke”) men att det inte gjorts mycket internt (”i genomförande”). Det hade inte skett mycket med implementeringen av svensk GPP och den var tydligt nedprioriterad. De kvalitetsansvariga menar på att det mesta av innehållet i svensk GPP redan finns implementerat i apotek och apoteksarbete och att den därför är nedprioriterad. Endast *Kvalitetsansvarig 4* har en plan för implementerande. Brunsson (1993) kallar sammantaget detta organisatoriska beteende för ”hypocrisy”, en diskrepans mellan vad organisationen *säger* att den skall göra och vad den *faktiskt* gör. Utåt sett vill apotekskedjorna att det ska se ut som om saker och ting sker, som att svensk GPP är att ta på allvar, men internt så sker mycket litet. Det går inte att säkert fastslå att detta beteende är medvetet och det är inte heller troligt i

detta fall eftersom ingenting tyder på det. Snarare är detta en omedveten process i en situation där apotekskedjorna känner sig osäkra. Det finns få incitament för apotekskedjorna att implementera riktlinjen (den ger inte mycket) och således skjuter man den på framtiden.

2. Hur förhåller sig en apotekskedja till omgivningens förväntningar på att implementera svensk GPP?

De undersökta apotekskedjorna uppvisade en utpräglad homogenitet, inte bara för att de bedrev samma typ av verksamhet med i stort sett likt utbud av produkter och tjänster. Inom kvalitetsområdet hade de en lik uppbyggnad organisatoriskt, en kvalitetsansvarig med övergripande ansvar för kedjans kvalitet samt apotekschef och Läkemedelsansvarig med kvalitetsansvar ute på de olika apoteken. Dessutom hade apotekskedjorna uppvisat ett gemensamt intresse för svensk GPP, där de gjort gemensam sak i och med det kvalitetsråd som Svensk Apoteksörening hade satt samman och som utgjort referens i utvecklandet av riktlinjen. Dessa likheter, var bortsett fler, tillräckligt för att de svenska apotekskedjorna skulle kunna uppfylla kraven om ett *organisatoriskt fält*, i enlighet med DiMaggio och Powells (1983) definition. Det fanns mellan apotekskedjorna både en koppling dem emellan och en strukturell likhet i deras uppbyggnad. De svenska apotekskedjorna hade, bortsett varandras närvaro, sällskap av flera andra typer av institutioner. Några av dessa är Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Svensk Apoteksörening och Apotekarsocieteten. Dessa sammanslutningar påbörjade arbetet med att ta fram en svensk etisk riktlinje eftersom den ansågs vara nödvändig, både som internationell anpassning och för att säkerställa farmaceutiska omsorgen ute på apoteken, även i en privatiserad apoteksbransch. I och med myndigheternas deltagande så fanns det ett formellt tryck på apotekskedjorna om att de skulle implementera den nya riktlinjen. Denna typ av tryck och anpassning beskrivs av DiMaggio och Powell (1983) som *påtvingande isomorfism*.

3. Hur förhåller sig en apotekskedja till en till en annan apotekskedja i hanterandet av svensk GPP?

De kvalitetsansvariga beskriver hur de lagt ut kort information om svensk GPP som en ”nyhet” på sina intranät, men att detta i nuläget också är det enda som har gjorts, trots att de diskuterat den i ett gemensamt kvalitetsråd. Detta beteende är i enlighet med *härmande isomorfism* som beskrivet av DiMaggio och Powell (1983). Det märks tydligt hur

apotekskedjorna har svårt att ta svensk GPP vidare. Det kan tolkas som att apotekskedjorna befinner sig i en tid av osäkerhet, enligt Simon (1955). Osäkerheten gäller hanterandet av svensk GPP och man vet inte hur man rationellt går vidare till nästa steg. Men genom att göra något litet, det vill säga att presentera riktlinjen som en ”nyhet” på intranätet, så uppfattas man i alla fall som ”något aktiva” som beskrivet av Galaskiewicz och Wasserman (1989). *Kvalitetsansvarig 4* är den enda som i nuläget har en preliminär plan för att föra ut svensk GPP i organisationen och därför skiljer sig från de övriga apotekskedjorna och teorin. Men i stort sett står implementeringen still, vilket är ett rationellt beteende i tider av osäkerhet – man följer helt enkelt de andras beteende. Varken kvalitetsansvariga eller apotekschefer tyckte att man tog någon särskild notis om Apoteket AB vid genomförande av förändringar, vilket man skulle kunnat tro enligt teorin (DiMaggio och Powell, 1983). Men apotekskedjorna menade också på att Apoteket AB inte sågs som ”ledande” för branschen idag, snarare tvärtom, eftersom kompetens lämnat. Det rådde alltså en samlad åsikt om att Apoteket AB inte utgjorde en ledare för det organisatoriska fältet.

4. Hur förhåller sig personalen ute på apoteken till den nya riktlinjen?

Grupperingarna som kan ses i denna studie är primärt tre: kvalitetsansvariga, apotekschefer samt farmaceuter (samtliga intervjuade var detta).

De kvalitetsansvariga diskuterade svensk GPP via kvalitetsrådet, och således visade det sig att man hade i stort sett lika tankar kring denna. Det samlade intrycket under intervjuerna var att de kvalitetsansvariga hade diskuterat svensk GPP mer sinsemellan än vertikalt i sina respektive apotekskedjor. De kvalitetsansvariga skulle kunna sähas utgöra ett professionellt nätverk, i enlighet med DiMaggio och Powell (1983). Det var endast *Kvalitetsansvarig 4* som utmärkte sig eftersom denne haft en mer aktiv roll i framtagandet av riktlinjen. Känslan var (den uttalades aldrig under intervjun) var att denne identifierade sig med expertgruppen som tagit fram svensk GPP.

Apotekscheferna uttryckte väldigt lika åsikter angående svensk GPP. De var tydliga då de menade på att dess praktiska roll var liten. Rent generellt så brukade man diskutera ”nyheter” i branschen med kollegor från andra kedjor, men inte under några formella möten. Det var snarare så att man träffade gamla kollegor och vänner hos andra kedjor och då pratade om branschaktuella frågor. Det tycktes som att man var ense om att ens utbildning, legitimation

och erfarenhet inom apotek var tillräckligt för att kunna arbeta etiskt riktigt. Detta stämde väl överens med DiMaggio och Powells tankar om källor till normativ isomorfism.

Samtliga intervjuade var farmaceuter. I stort hade man gemensamma tankar kring ansvar och etik. Det tycktes som att man antingen genom utbildningen (få menade dock på att man fått någon formell utbildning inom etik) eller genom erfarenheter via apoteksarbetet hade utarbetat en gemensam syn på etik i kundmöten.

Diskussion och slutsats

I spåret av en omreglering på apoteksmarknaden så publicerades svensk GPP för att stärka farmaceuternas och apotekens roll som en del av svensk hälso- och sjukvård. Ur ett organisationsperspektiv är det intressant att studera apotekskedjornas hanterande av den nya riktlinjen, eftersom det kan bära frukt i både praktiska och teoretiska implikationer. Ett teoretiskt ramverk har presenterats som använts för att beskriva och analysera hur en organisation hanterar förändringar i institutionell omgivning. Denna studie har utgjorts av en fallstudie. Syftet med den här studien var att beskriva och analysera hur svenska apotekskedjor förhåller sig till en ny etisk riktlinje – svensk GPP.

Samtliga fyra frågeställningar besvarades (se analysen) och således även syftet med studien. Den övergripande slutsatsen, som besvarar syftet, är att svensk GPP ännu inte med framgång implementerats i de svenska apotekskedjorna.

Implikationer

Införandet av en ny etisk riktlinje, som det tagit mer än två år att anpassa från den internationella varianten, har visat sig dra ut på tiden. Eftersom Apotekarsocieteten och Svensk Apoteksförening ligger bakom framtagandet av svensk GPP (Sveriges Farmaceutförbund, 2011), och dessa till stor del representerar både apotekskedjor och professionen farmaceuter, så ligger borde det ligga i deras intresse att svensk GPP inte blir en så kallad ”papperstiger”.

Det kan dessutom tyckas att man redan genom namngivningen gett GPP viss status; en status som man kan tycka att den borde få leva upp till. GxP:s har idag olika värde, men rent generellt rankas dessa högt inom läkemedelsbranschen.

Under den tidsperiod som arbetet med denna studie genomförts så gavs ett samarrangemang angående ”God apotekssed i praktiken” och det visade sig att ”apoteksaktörernas ledningar hittills visat svagt intresse och implementeringen är obefintlig” (Sveriges Farmaceutförbund, 2012b). Dett finns en risk, enligt Thony Björk som är förbundsordförande i Sverige Farmaceutförbund, att ”om branschen inte kan särskilja sig från handel via kvalitet kommer apoteken att urvattnas och ifrågasättas. Det är en överlevnadsfråga för branschen att visa att apoteken besitter en annan kompetens och filosofi än detaljhandeln”.

Denna studie stöder slutsatsen från ovanstående branscharrangemang. Studien pekar på att svensk GPP, åtta månader efter dess publikation, inte har implementerats i apotekskedjorna. Denna studie kan således utgöra ett extra tryck på apotekskedjorna för deras implementering, helt i enlighet med *påtvingande isomorfism* som beskrivit under teoriavsnittet.

Förslag på åtgärder

Vad skall då apoteksbranschen göra för att förbättra situationen, både allmänt gällande det etiska dilemmat, men också mer specifikt med tanke på svensk GPP?

Det finns förslag på lösningar för det etiska problem som uppstår vid apoteksarbete, men som svenska apotekschefer inte helt känner igen sig i. McDowell (1990) ger några förslag för att förbättra situationen och följande skulle troligen kunna implementeras helt eller delvis:

- **Lagstiftning:** apoteksverksamhet och farmaceuter regleras redan i lagstiftning idag, men det är möjligt att den etiska aspekten kunde lagstiftas ytterligare.
- **Krav på utbildningsinstitutioner och organisationer att tydligt införa etikutbildning:** under intervjuerna fick jag genomgående intrycket av att formell utbildning i etik saknades hos de intervjuade personerna, undantaget *Kvalitetsansvarig 4*, som också poängterade att undervisning i etik vid farmaciutbildningarna var ett aktuellt tema.

Scott (1987) menar att *påtvingande* kan delas upp i två typer; påtvingande av myndigheter eller påtvingande genom ”kraft” (*force*). Enligt Tolbert och Zuckers (1983) studie skulle ett påtvingande med hjälp av myndigheter förväntas möta mindre motstånd och därmed skulle anpassning till svensk GPP gå snabbare än genom ”kraft”. Men det finns en risk att man i sådana fall skulle tappa den plattform för ökat samarbete och goda relationer som möjliggjorts mellan riktlinjens intressenter. Dessutom skulle myndighetstvingande ge samhället en direkt kostnad (Lindberg och Blomgren, 2009).

Enligt Røvik (1998) är ett modernt tillvägagångssätt för att hantera nya idéer hos en profession att bilda *aktörsgrupper* där idéer diskuteras sinsemellan på egna arenor. Dessa arenor kan bestå av arrangerade möten, kurser, konferenser och så vidare. Detta är speciellt vanligt inom hälso- och sjukvård och inom apoteksbranschen skulle detta kunna vara något som drevs av exempelvis fackförbunden eller de intressenter som tog fram svensk GPP. Ett exempel på en sådan aktivitet var det samarrangemang som beskrevs ovan. Således pågår redan aktiviteter enligt tillvägagångssättet med aktörsgrupper, men eventuellt kunde detta göras på ett än mer tydligt sätt.

Det har i denna studie visat sig att apoteksbranschen till viss del ”pratar” om svensk GPP, men inte implementerar den i ”realiteten”. Enligt en av vår tids största management-guruer, James A. Champy, som är verksam inom förändringsteori och ”business reengineering”, så kanske hanteringen av svensk GPP kan förklaras av den trend som råder; att vi lever i en tid där förändring är növärdig i sig, oavsett förändringens konsekvenser – eller för den delen ”icke-konsekvenser”:

”Nothing is simple anymore. Nothing is stable. The business environment is changing before our eyes – rapidly, paradically, perplexingly. Now, whatever we do is not enough. Incremental change is what we’re used to. Now we must not only manage change. We must create change – big change – and fast. If we stop for a leisurely consideration of the issues, the situation will alter in front of our eyes and pure careful judgements will not apply. Everything is in question; The old ways of managing no longer works. The organization charts, the compensation schemes, the hierarchies, the vertical organization, the whole tool-kit of command and control management techniques no longer works”. (Røvik, 1998, s. 288)

Begränsningar och kritik

Det finns flera begränsningar och kritik att ta hänsyn till då resultaten från denna studie tolkas.

Först och främst är nyinstitutionell teori inte den vanligaste utgångspunkten då organisationer analyseras. Analys med nyinstitutionell teori är vanligt inom forskning, men verktygsperspektivet är en mer naturlig utgångspunkt, åtminstone har det en mer praktisk tillämpning för verkliga organisationer.

Det kan visa sig att det tar tid innan ”idé” blivit till ”genomförande”. Detta är ett gott skäl till att även i fortsättningen studera apoteksbranschens hanterande av svensk GPP.

Antalet vetenskapliga studier på isärkoppling och isomorfism är relativt sparsamma (Røvik, 1998). De flesta studier som gjorts är ”situationsbilder”, alltså likt denna och som studerar situationen vid ett visst ögonblick. En longitudinell studie (dessa är ovanliga) skulle således kunna förklara denna studies fenomen på ett bättre sätt. Dessvärre har detta inte varit möjligt inom tidsramen. Konsekvensen kan vara att apotekskedjorna med framgång kommer att implementera svensk GPP inom en snar framtid.

Frågan om implementering av svensk GPP berör fler än apotekskedjorna. Således kan resultatet från intervjuer med endast representanter från dessa vara gravt missvisande och resultaten borde inte övertolkas. För att få helhetsbilden borde fler intressanter kontaktats, såsom fackförbunden, Läke medelsverket och Socialstyrelsen.

Som tidigare nämnts under metoddelen har endast en person analyserat och tolkat resultaten. Det är troligt att en annan forskare, åtminstone i viss mån, hade tolkat resultaten på ett annat sätt.

Studien genomfördes med endast åtta intervjuer i och med den tidsmässiga begränsning som utgör ramen. Dessutom genomfördes intervjuerna med endast apotekschefer från Göteborg samt endast fyra av knappt tio stycken apotekskedjor (antalet apotekskedjor är något flytande med tiden).

Studiens resultat går inte att generalisera för andra branscher eller länder. Detta är helt i hållat en fallstudie på den svenska apoteksbranschen. Det behövs således studier med liknande upplägg för att stärka generalisbarheten i resultaten och öka validiteten.

Intervjuguiden var en god utgångspunkt för att besvara frågeställningarna, men det hade varit positivt om den kompletterats med ytterliga basala frågor till guiden, för att förbättra kvaliteten på de semi-strukturerade intervjuerna. Intervjuguiden fick kompletteras med alltför många frågor för att kunna besvara frågeställningarna.

Jag har i efterhand insett att operationaliseringen av de teoretiska begreppen (isärkoppling och de tre typerna av isomorfism) varit undermålig, vilket lett till alltför breda frågeställningar. Analysen av resultatet och besvarandet av frågeställningarna ska tolkas som helt utslagsgivande, utan borde läsas i kontext med intervjuerna. Konstruktion av kunskap inom teori om isomorfism har tidigare uppmärksammats av Mizruchi och Fein (1999).

Förslag på framtida forskning

Det hade i framtiden varit intressant, att med ett annat teoretiskt ramverk göra samma undersökning. Närmast till hands skulle troligen ett verktygsperspektiv kunna vara utgångspunkt. Hade en sådan synvinkel på ett bättre sätt kunnat använts för att studera apotekskedjornas hantering av svensk GPP?

Max Weber, en av ”byråkrats” förgrundsfigurer, och andra forskare skulle ställa sig kritiska till denna studie och skulle förorda en mer rationalistisk syn på hur organisationer hanterar förändringar. Genom verktygsperspektivet ses organisationen som ett redskap för att effektivt uppnå ett mål. Organisationens legitimitet – och möjligheten att över tid finns kvar – är således en fråga om huruvida den lyckas vara effektiv. Organisationen utformas och omformas beroende på vad den skall uppnå. Organisationen utsätts för ett ”problem” och genom att anskaffa ett verktyg (adoptera ett organisationsrecept) så skapas en ”lösning” på problemet (Røvik, 1998). En forskare med en utgångspunkt från verktygsperspektivet skulle exempelvis kunna hävda att apotekskedjornas beteende enligt denna studie kan förklaras med att det är ett fullt rationellt beteende för att maximera effektiviteten. Det bör tilläggas att de allra flesta forskare idag är överens om att symbol- och verktygsperspektivet samexisterar.

Den svenska apoteksbranschen specifikt, och läkemedelsbranschen generellt, har genomgått, och kommer att genomgå, förändringar på både kort och lång sikt. Således är det just nu ett ypperligt tillfälle för företagsekonomiska forskare att studera just förändringar, inte bara inom management och organisation, utan även inom närliggande discipliner.

Erkännanden och tack

Jag är tacksam för den opposition som jag erhållit från kursare under slutseminariet vid Göteborgs universitet. Jag vill också tacka samtliga deltagande apotekskedjor och specifikt de personer som så öppenjärtigt låtit sig intervjuas. Slutligen vill jag också passa på att tacka min handledare, Kajsa Lindberg, för förslag på ämne och teori, handledning samt för utlån av ett par trevliga böcker om organisationer i förändring. Kajsas introduktion till nyinstitutionell teori har gett mig ”råg i ryggen” för att, med direkt hjälp av denna teori, starta min egen firma i sommar.

Referenser

Aftonbladet, 2012. *Dyra, dåliga – och snart döda apotek* [online] Tillgänglig på: <<http://www.aftonbladet.se/ledare/ledarkronika/danielswedin/article14804704.ab?service=print>> [Hämtad 21 maj 2012].

Apotekarsocieteten, 2011. God apotekssed i Sverige (GPP) [online] Tillgänglig på: <<http://www.swepharm.se/upload/GSS.pdf>> [Hämtad: 21 maj 2012].

Brunsson, N. 1993. "Ideas and Actions: Justification and Hypocrisy as Alternatives to Control", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 18, nr. 6, ss. 489-506.

Chaar, B. 2006. "Decisions, Decisions, Decisions... Ethical Dilemmas in Practice", *Australian Pharmacist*, vol. 25, nr. 6, ss. 444-449.

D'Aunno, T., Sutton, R.I. & Price, R.H. 1991. "Isomorphism and External Support in Conflicting Institutional Environments: A Study of Drug Abuse Treatment Units", *The Academy of Management Journal*, vol. 34, nr. 3, ss. 636-661.

DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. 1983. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, vol. 48, nr. 2, ss. 147-160.

Galaskiewicz, J. & Wasserman, S. 1989. "Mimetic Processes within an Interorganizational Field: An Empirical Test", *Administrative Science Quarterly*, nr. 34, ss. 454-479.

Göteborgs-Posten, 2011. *S-kronikan: Privat vård kortsiktig*. [online] Tillgänglig på: <<http://www.gp.se/nyheter/ledare/1.616897-s-kronikan-privat-var-d-kortsiktig>> [Hämtad 21 maj 2012].

Hall, R.H. 1968. "Professionalization and Bureaucratization", *American Sociological Review*, vol. 33, nr. 1, ss. 92-104.

International Pharmaceutical Federation, 2011. *Good Pharmacy Practice* [online] Tillgänglig på: <https://www.fip.org/good_pharmacy_practice> [Hämtad: 29 maj 2012].

Kvale, S. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Översatt från norska av S.E. Torhell. Lund: Studentlitteratur.

- Latif, D.A. 2000. "The Link Between Moral Reasoning Scores, Social Desirability, and Patient Care Performance Scores: Empirical Evidence from the Retail Pharmacy Setting", *Journal of Business Ethics*, vol. 25, ss. 255-269.
- Latif, D.A. 2000. "Ethical Cognition and Selection-Socialization in Retail Pharmacy", *Journal of Business Ethics*, nr. 25, ss. 343-357.
- Latif, D.A. 2001. "The Relationship Between Pharmacists' tenure in the Community Setting and Moral Reasoning", *Journal of Business Ethics*, vol. 31, nr. 2, ss. 131-141.
- Lindberg, K. & Blomgren, M., red. 2009. *Mellan offentligt och privat*. Stockholm: Santérus Förlag.
- McDowell, B. 1990. "The Professional's Dilemma: Choosing Between Service and Success", *Business & Professional Ethics Journal*, nr. 9, ss. 35-52.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977. "Institutionalised Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", *The American Journal of Sociology*, vol. 83, nr. 2, ss. 340-363.
- Mizruchi, M.S. & Fein, L.C. 1999. "The Social Construction of Organizational Knowledge: A Study of Coercive, Mimetic and Normative Isomorphism", *Administrative Science Quarterly*, nr. 44, ss. 653-683.
- Parsons, T. 1956. "Suggestions for a Sociological Approach to the Theory of Organizations – I", *Administrative Science Quarterly*, vol. 1, nr. 1, ss. 63-85.
- Resnik, D., Ranelli, P. & Resnik, S. 2000. "The Conflict Between Ethics and Business in Community Pharmacy: What About Patient Counseling?", *Journal of Business Ethics*, vol. 28, ss. 179-186.
- Roche, C. & Kelliher, F. 2009. "Exploring the Patient Consent Process in Community Pharmacy Practice", *Journal of Business Ethics*, nr. 86, ss. 91-99.
- Regeringen, 2009. *Regeringens proposition 2008/09:145: Omreglering av apoteksmarknad*. [online] Tillgänglig på: <<http://www.regeringen.se/content/1/c6/12/09/69/3c2ee564.pdf>> [Hämtad 21 maj 2012].
- Røvik, K.A. 1998. *Moderna organisationer*. Översatt från norska av H. Nordli. Malmö: Liber AB.

Scott, W.R. 1987. "The Adolescence of Institutional Theory", *Administrative Science Quarterly*, vol. 32, nr. 4, ss. 493-511.

Shaw, W.H. 1996. "Business Ethics Today: A Survey", *Journal of Business Ethics*, vol. 15, nr. 5, ss. 489-500.

Simon, H.A. 1955. "A Behavioral Model of Rational Choice", *Quarterly Journal of Economics*, vol. 69, nr. 1, ss. 99-118.

Socialstyrelsen, 2012. *Vad innebär legitimation?* [online] Tillgänglig på: <<http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/vadinnebarlegitimation>> [Hämtad 21 maj 2012].

Statskontoret, 2012. *Utvärderingar av om- och avregleringar – en kartläggning* [online] Tillgänglig på: <<http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2012/201210.pdf>> [Hämtad 21 maj 2012]. Svenska Dagbladet, 2011. *Dålig koll när apoteken såldes ut.* [online] Tillgänglig på: <http://www.svd.se/naringsliv/dalig-koll-av-apoteksagare_6634432.svd> [Hämtad 21 maj 2012].

Sverige Apoteksförening, 2012. *Utbildningar inom Farmaci* [online] Tillgänglig på: <<http://www.sverigesapoteksforening.se/apoteksbranchen/student/utbildningar/>> [Hämtad 3 juni 2012].

Sveriges Farmaceutförbund, 2011. *Svensk GPP har sett dagens ljus* [online] Tillgänglig på: <<http://svenskfarmaci.se/apotek/svensk-gpp-har-sett-dagens-ljus/>> [Hämtad: 26 maj 2012].

Sveriges Farmaceutförbund, 2012a. *Osäkra effekter trots många uppföljningar* [online] Tillgänglig på: <<http://svenskfarmaci.se/apotek/osakra-effekter-trots-kilovis-med-uppfoljningar>> [Hämtad: 21 maj 2012].

Sveriges Farmaceutförbund, 2012b. *GPP-dokument papperstiger* [online] Tillgänglig på: <<http://svenskfarmaci.se/apotek/gpp-dokument-alltjamt-en-pappertiger/>> [Hämtad: 26 maj 2012].

Sveriges Läkarförbund, 2011. *Industrin försöker återskapa sitt förtroende* [online] Tillgänglig på: <<http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=16799>> [Hämtad: 29 maj 2012].

Tolbert, P.S & Zucker, L. G. 1983. "Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations: The Diffusion of Civil Service Reform, 1880-1935", *Administrative Science Quarterly*, vol. 28, nr. 1, ss. 22-39.

Westphal, J.D. & Zajac, E.J. 1994. "Substance and Symbolism in CEOs' Long-term Incentive Plans", *Administrative Science Quarterly*, nr. 39, ss. 367-390.

Appendix I

Ni tillfrågas härmed om Er apotekskedja vill delta i en mindre forskningsstudie.

Hej! Jag heter David Antonsson, är legitimerad apotekare och skriver för tillfället en magisteruppsats inom företagsekonomi (management) vid Göteborgs universitet.

Introduktion

Det övergripande syftet med studien är att undersöka empiriskt hur en organisation påverkar, och påverkas av, sin omvärld. Det finns en hel del teorier om detta och apoteksbranschen är en utmärkt miljö att empiriskt testa dessa i, inte minst med tanke på den omreglering som branschen nyligen genomgått – en riktig förändring. För att kunna studera detta närmare så hoppas jag kunna få intervjua ett par personer hos Er apotekskedja.

Frågornas karaktär

Frågorna kommer mestadels handla om kvalitetsarbete och synen på organisationen i samband med detta. Frågornas karaktär skall inte kunna röja några affärshemligheter.

Kort om intervjuerna

De personer som jag hoppas få intervjua hos Er organisation är en person med övergripande ”kvalitetsansvar” (då med tanke på främst den farmaceutiska delen) samt en apotekschef i Göteborgsområdet. Apotekschefen skall helst ha några års erfarenhet i denna position. Varje intervju ämnas ta cirka 30-40 minuter – inte mer.

Intervju med kvalitetsansvarig: intervjun sker med telefon, spelas in och skrivs sedan ut. Om Ni så önskar kan Ni i efterhand få ta del av utskriften för att godkänna den.

Intervju med apotekschef: intervjun sker med diktafon och spelas in och skrivs sedan ut. Om Ni så önskar kan Ni i efterhand få ta del av utskriften för att godkänna den.

Genom att delta i den här intervjun så kommer resultaten från studien att presenteras i textformat med eventuella tabeller och figurer. Era svar kommer att förbli **strikt konfidentiella** på individnivå och varken personens eller organisationens namn skall kunna utläsas utifrån magisteruppsatsen. Ni erbjuds också att få ta del av studiens resultat och implikationerna från den i kortformat.

Om Ni väljer att delta så är min förhoppning att de två personerna diskuterar intervjun så lite som möjligt på förhand, eftersom jag hoppas kunna få så goda data att tillgå som möjligt.

Slutligen

Ert deltagande hade varit av stor vikt för studien, eftersom det behövs ett antal deltagande apotekskedjor (stickprovet) för att få tillförlitliga resultat. Det finns ett begränsat antal svenska apotekskedjor (populationen) , varför varje deltagande apotekskedja bidrar till mycket information. Jag vore varmt tacksam om Ni kontaktade mig för att boka en tid för intervju under **veckorna 19-20**, alternativt meddelade att Ni inte har möjlighet att delta. Ställ gärna frågor om Ni undrar något. Tack för den tid Ni redan tagit Er.

Kontaktuppgifter

David Antonsson, tel: +46 704 42 53 70, e-post: antonssondavid@hotmail.com

Appendix II

Intervjuguider

Intervjuguide apotekschef

1. Vad heter du?
2. Är du utbildad farmaceut?
3. Hur länge har du varit apotekschef?
4. Var du apotekschef också innan omregleringen?
5. Kan du kort förklara och beskriva ditt ansvar som apotekschef?
6. Hur skulle du definiera Kvalitetsansvarigs ansvarsområde för kedjan?
7. Kan du kort förklara din relation till Kvalitetsansvarig?
8. Tycker du att apotekskedjan har åsikter om hur farmaceuter skall använda sin tid vid möte med kunden? (På vilket sätt då? Vem har åsikt? Skillnad mot innan omregleringen?)
9. Känner du till den etiska riktlinje som publicerades förra året och som kallas för svensk GPP eller God svensk apotekssed? (Känner du till innehållet i den?)
10. Varifrån skulle du säga att du fått kunskap eller kännedom om riktlinjen?
11. Vad tycker du om den administrativa delen av chefsarbetet – pappersarbetet?
12. Tycker du att det finns ett problem eller en konflikt mellan utövandet av ditt arbete som farmaceut och kedjans intressen? Upplever du konflikten? Skillnad mot innan omregleringen?

13. Varifrån anser du att du får mest information för att kunna arbeta etiskt riktigt?
14. Har Kvalitetsansvarig hållit i någon typ av information eller utbildning gällande GPP internt? Externt? Någon annan?
15. Har ni inom organisationen diskuterat vikten av GPP?
16. Upplever du att Kvalitetsansvarig informerar om andra ändringar?
17. Märker du av Kvalitetsansvarigs arbete?
18. Då det sker ändringar i branschen, händer det att du diskuterar dessa med kollegor hos andra kedjor?
19. Har du märkt att GPP har uppmärksammats i media och i tidskrifter?
20. Tror du att er kedja arbetar annorlunda än andra kedjor med implementerandet av GPP?
21. Har ni haft några sammanslutningar av farmaceuter från olika kedjor där ni diskuterat den nya riktlinjen?
22. Varifrån anser du att du fått din kunskap/kännedom om etiska frågor som farmaceut? (Exempelvis studier på universitet, inget som det reflekterats över och så vidare?)
23. Vet du om fackförbund eller liknande varit med och diskuterat den nya riktlinjen med dig?
24. Vad anser du personligen är viktigast – arbetsgivarens eller professionens intressen då det kommer till ett etiskt problem?
25. Har du något mer att tillägga?

Intervjuguide Kvalitetsansvarig

1. Vad heter du?
2. Är du utbildad farmaceut?
3. Hur länge har du varit Kvalitetsansvarig?
4. Var du Kvalitetsansvarig också innan omregleringen?
5. Kan du kort förklara och beskriva ditt ansvar som Kvalitetsansvarig?
6. Hur skulle du definiera en apotekschefs ansvarsområde i organisationen?
7. Kan du kort förklara din relation till apotekschefer och Läkemedelsansvariga i organisationen?
8. Vem är din närmaste chef?
9. Tycker du att apotekskedjan har åsikter om hur farmaceuter skall använda sin tid vid kundmöten? (På vilket sätt då? Vem har åsikt? Skillnad mot innan omregleringen?)
10. Känner du till den etiska riktlinje som publicerades förra året och som kallas för svensk GPP eller God svensk apotekssed? Känner du till innehållet i den?
11. Varifrån skulle du säga att du fått denna kunskap?
12. Tycker du att denna förändrar farmaceutens arbete vid mötet med kunden?
13. Varifrån anser du att farmaceuten skall hämta kunskap för att kunna arbeta etiskt riktigt?
14. Hur mycket av din tid (%) lägger du på kommunikation med apotekscheferna indirekt eller direkt?

15. Hur har apotekskedjan, eller du själv, jobbat externt med GPP?
16. På vilka sätt implementerar du som Kvalitetsansvarig förändringar? Webkurs, rutiner, möten?
17. Har ni haft möjlighet att arbeta internt med implementeringen av GPP? Hur då?
18. På vilket sätt signalerar ni utåt, från organisationen till kunder och övrig omgivning, hur ni arbetar med kvalitet?
19. Har du märkt av att medarbetarna intresserar sig särskilt för GPP?
20. Har ni inom organisationen diskuterat vikten av GPP?
21. Upplever du att apotekscheferna tar till sig informationen som du ger dem? Hur säkerställer du det?
22. Då det sker ändringar i branschen, händer det att du diskuterar dessa med kollegor hos andra kedjor?
23. Har du märkt att GPP har uppmärksammats i media och i tidskrifter?
24. Har du diskuterat riktlinjen med kollegor, också i andra apotekskedjor, och hur ni skall göra med den?
25. Tror du att er kedja arbetar annorlunda än andra kedjor med implementerandet av GPP?
26. Fyller Apoteket AB en vägvisande roll i Apoteksbranschen anser du, det vill säga föregår med exempel vid förändringar?
27. Har du märkt särskilt intresse från några angående GPP, exempelvis fackförbund eller organisationer som representerar kunder/patienter?

28. Varifrån anser du att du fått din kunskap/kännedom om etiska frågor? (Är man "sjävlärd" eller går man på kurs?)
29. Vet du om fackförbund eller liknande varit med och diskuterat den nya riktlinjen med dig?
30. Har du något mer att tillägga?