

FE rapport 2012-420

# HR-utveckling på sjukhus

Gill Widell





## HR-utveckling på sjukhus

**Abstract:** In this report, the HR development at Sahlgrenska University Hospital, initiated by the ideas Human Resource Transformation, is presented. The process is analysed from three perspectives: HRT, organisational development, and organisational learning. The study was performed through ethnographic participative observation during 21 months.

Pure HRT effects are hard to observe. The HR staff act more "consultative" and "strategic" than before. The learning to become more strategic is mainly processed through "strategic councils". The change process was managed discontinuously and incrementally. And, the learning within the HR department can be labeled as a genuine "muddling through" process. The learning of the HR staff is closely linked to the relations to the line managers, but has not clearly involved the line organisation.

In summary, the HR department has changed and is still changing and developing. There is more to do in order to really become "strategic".

**Keywords:** Personalarbete på sjukhus/HR at hospital, transformering av personalarbete/Human resource transformation, förändringsprocesser inom personalarbete/HR change process, lärande inom personalavdelningen/HR learning, personalarbetets effekter på resultatet/HR effects on performance, strategiskt personalarbete/strategic HR

**JEL-code:** O15

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet/  
School of Business, Economics and Law at University of Gothenburg  
Företagsekonomiska institutionen/Department of Business Administration  
Box 610, 405 30 Göteborg  
Gill Widell  
tel. 031-786 4320  
e-mail: [gill.widell@handels.gu.se](mailto:gill.widell@handels.gu.se)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord .....	5
Inledning.....	7
HR på sjukhuset.....	7
Metod .....	11
Från PA till HR på SU.....	12
Kort beskrivning av sjukhuset.....	12
HRT-processen.....	13
HR-röster om förändringen.....	15
Externa studier av förändringen.....	16
HRT-processens effekter .....	17
Förändringsprocessen från ett HRM/HRT-perspektiv.....	20
Förändringsprocessen från ett organisationsutvecklingsperspektiv.....	23
Förändringsprocessen från ett roll- och kompetensutvecklingsperspektiv .....	25
HR-utveckling på sjukhus .....	28
Generell HR/HRM-utveckling .....	28
HR-utveckling utifrån managementutveckling.....	29
Föreställningar om hälsa och sjukvård.....	30
Slutsatser .....	31
Referenser.....	33

## FÖRORD

Jag vill rikta ett varmt tack till samtliga medarbetare vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets HR-avdelningar. Under drygt ett och ett halvt år har ni engagerat och självklart släppt in mig i er verksamhet och öppnat dörrar till processer och strukturer som jag annars haft svårt att få uppleva. Som forskare kommer man ofta till olika arbetsplatser, men sällan såpass långa perioder och sällan som en ”medarbetare”. Tack allihop!

Stöd från Västra Götalandsregionen var en förutsättning för mitt arbete och jag vill också tacka de två HR-direktörer och de HR-strateger inom VGR som jag har fått möjlighet att samtala och reflektera med och alla personalchefer/HR-direktörer inom VG-regionen – det har varit spännande att få delta i era personalchefsmöten! Tack!

En del reflekterande har också skett med kollegor på min ”bas”, företagsekonomiska institutionen vid Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, särskilt HRM-gruppen. Tack till er också!

Brännö i augusti 2012

*Gill Widell*



## INLEDNING

Under drygt ett och ett halvt år har jag, som ”HR-ektor” på plats i organisationen på halvtid, haft förmånen att följa HR-avdelningen (Human Resources, dvs. det som tidigare kallades personalavdelningen) vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i utvecklingsprocessen ”Från PA till HR”.

I denna rapport beskrivs det jag har fått ta del av genom deltagande i möten och kafferumsprat, genom kortare och längre intervjuer och genom diskussioner som uppstått då jag speglat tillbaka mina intryck i form av kortare presentationer vid olika möten. Dessutom jag har läst ett stort antal interna dokument av olika slag, i samband med vidareutvecklingen av förändringsprocessen.

Den berättelse jag formulerat tolkas här genom tre olika glasögon, tre olika teoretiska perspektiv, med förhoppningen att både HR-medarbetarna på Sahlgrenska och andra kan känna igen sig och få idéer att reflektera över. För det första har jag tolkat processen genom litteratur om HRM (human resource management) och HRT (human resource transformation), dvs. beteckningen på den förändringsprocess man eftersträvat. Den andra tolkningen handlar om själva förändringsprocessen – hur kan den uppfattas ur ett organisationsförändringsperspektiv? Det tredje paret glasögon jag använder handlar om roller och kompetensutveckling, dvs. ett lärandeperspektiv på processen.

Jag inleder med en kort beskrivning om vilken typ av organisation det här handlar om och dess villkor.

## HR PÅ SJUKHUSET

Ett sjukhus’ struktur utgör vad som inom organisationsteorin kallas en ”professionell byråkrati”. En struktur ska organisera relationer och ge stöd, genom regler, föreskrifter, procedurbeskrivningar, rollbeskrivningar, system, ... En struktur byggs genom principer för uppdelning och principer för samordning av arbetsuppgifter (Mintzberg, 1983). Strukturer medför en sorts ordning och bygger på ideal om varför denna ordning bör upprättas och hur det bör ske – någon styr med en viss intention.

HR-avdelningen, human resources, eller personalavdelningen<sup>1</sup> utgör en servicefunktion i alla verksamheter. I en ”professionell byråkrati”, som ett sjukhus är, är det väldigt tydligt att HR, ekonomi och annan administration ska stödja den verksamhet som drivs av ”de professionella”, i detta fall de medicinskt utbildade, såsom läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, psykologer, med flera. Henry Mintzberg (ibid) nämner över huvud taget inte personalfunktionen i sin beskrivning av den professionella byråkratin. Han tar dock upp några av de processer som normalt utförs av personalfunktionen. Löneadministration placeras

---

<sup>1</sup> I fortsättningen används HR som förkortning av engelskans ”Human Resources” eftersom det används i många svenska verksamheter. Den svenska termen PA, personaladministration, används mer sällan idag, och anses beteckna ett rent administrativt förhållningssätt, medan HR anses beteckna ett strategiskt.

han inom ”de stödande staberna” och personalutbildning, chefsutveckling, schemaläggning mm placeras inom ”teknostrukturen”. Teknostrukturen utgörs generellt av analytiker av olika slag som utvecklar organisationen, till exempel genom personalstrategiska utredningar.

I en professionell byråkrati skall de professionella styra i kraft av sin genom utbildning, forskning och praktisk erfarenhet utvecklade kompetens. Den professionella kompetensen startar med standardiserad utbildning. En viss utbildning, ofta akademisk examen av ett visst slag, är ett krav för att alla kunna anställas i denna typ av organisation. Alla andra medarbetare ska stödja de professionellas arbete. ”Bakom” eller ”under” den professionella hierarkin skall alltså en stödande hierarki finnas, som en sort skugga, och bidra med sin (på ett annat sätt professionella) administrativa, tekniska eller annan kompetens. Dessutom finns i alla verksamheter andra typer av stödfunktioner, såsom café eller restaurant, bibliotek, teknisk support, etc. Dessa är inte specifika för just en professionell byråkrati utan behövs på alla arbetsplatser och utformas olika beroende på storlek, bransch, lokalisering, kundrelationer, etc.

HR:s specialitet är att hantera alla typer av relationer som uppstår på grund av anställningsförhållanden, dvs. kort: från arbetsgivarsidan vara expert på hur anställningar initieras, utvecklas och avslutas och bidra till ledningens strategiska val utifrån sin kännedom om de anställda och arbetsmarknaden. Konkret innebär detta på ett sjukhus att HR, liksom ekonomi- och kvalitetsavdelningar, i princip ska ta läkare/sjuksköterskor/m.fl. under armen och fråga: Hur kan vi på bästa sätt hjälpa dig att utföra ditt arbete, så att du kan fokusera på det du är bäst på? I praktiken, eftersom HR är en arbetsgivarpart, så ställs denna fråga främst till chefer i verksamheten, på alla nivåer: Hur kan vi inom HR hjälpa dig att utföra din chefsroll på bästa sätt?

Arbetsfördelningen mellan medicinskt professionella och HR är när det gäller chefer och deras personalansvar inte så enkel som det idealt kan synas. Linjechefer är ansvariga både för vård och för personal och ekonomi mm, men de måste använda andras kompetens eftersom de inte kan vara kompetenta på alla områden själva. HR övertar inte chefsrollen utan ger av sin kompetens om personalfrågor till linjens chefer. Dessa är i de flesta fall (dock inte alltid) inom ett sjukhus medicinskt utbildade av olika slag och deras fokus bör vara hur de, med sin personal, skall kunna hjälpa patienterna så bra som möjligt. HR-avdelningens roll är idealt att stödja cheferna i att rekrytera, utveckla och avveckla personal samt att stödja cheferna själva i deras utveckling som chefer – i syfte att ge patienterna god vård.

Det innebär att HR-medarbetare och linjechefer samverkar kring personalutvecklingsfrågor. Även om HR stödjer chefen som har ansvaret så utför också HR-personalen flera uppgifter självständigt, mer eller mindre uttalat på delegation från cheferna.

Samverkan sker alltid på grund av en intressegemenskap och på grund av en intressekonflikt. Utgångspunkten är att gränser ska överskridas och att det finns en gemensam nytta med detta överskridande (Lindberg, 2009). Det gemensamma intresset är att rekrytera och utveckla personal som kan bidra till att behandla och vårda patienter på bästa sätt och att på ett bra sätt avveckla personal som ska pensioneras, som själv sökt sig till annan verk-



samhet eller som man inte anser bör fortsätta i verksamheten av andra skäl. De konflikterande intressena grundar sig i de båda gruppernas olika professionella kompetenser. Var och en som har en professionell kompetens vill utveckla den. Ett sjukhus är till för medicinsk behandling och omvårdnad och därför skall den medicinska professionella kompetensen styra. De medicinskt ansvariga, inklusive de flesta verksamhetschefer, kommer att prioritera den medicinska utvecklingen och minimera de administrativa göromålen. HR-medarbetare vill utveckla sin HR-kompetens och ser det som väsentligt att HR-praktiker utvecklas mer i verksamheten, även inom ramen för chefernas övriga arbetsuppgifter. Var och en vill utveckla/utvidga det egna området och ser kanske inte att det krockar med utvecklingen av de andra. Dessutom kanske de olika grupperna har svårt att förstå innehållet i den andres kompetens.

Mintzberg har i en senare artikel, tillsammans med Glouberman, beskrivit just sjukhus som en av de mest komplexa verksamheter som finns:

”Why are the so-called systems of healthcare so notoriously difficult to manage? No country appears to be satisfied with the current state of the system; almost everywhere reforms are being contemplated, organized, or implemented, some in direct contradiction to others. Each is claimed to make the system more responsive to users’ needs, yet most are really designed to bring its component parts under control – particularly financial control. Still nothing seems to change.

The obvious explanation is that this is one of the most complex systems known to contemporary society. Hospitals, in particular, are considered to be extraordinarily complicated organizations.” (Glouberman och Mintzberg, 2001:58)

Beskrivningen i citatet verkar stämma in även på svensk sjukvård. Många forskare, politiker och journalister intresserar sig för sjukvårdens organisering och dess effekter. Hur ser då organiseringen på Sahlgrenska universitetssjukhuset<sup>2</sup> ut?

Sammanläggningen av de tre Göteborgssjukhusen Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset, dvs. bildandet av det nya SU 1997, har inneburit tio års medveten utveckling mot gemensamma regler och normer för hela verksamheten, ”från delar till helhet”. Det betyder ökad standardisering, vilket inte är enkelt i en så mångfasetterad och komplex verksamhet.

Östen Ohlsson reflekterade för några år sedan över sammanläggningen av sjukhusen i en rapport (2001). Han menade, vilket många organisationsforskare är tämligen överens om, att det inte finns några skalfördelar vilket ofta hävdas i rationalitetssträvanden. Sammanläggningar sker huvudsakligen utifrån en strävan efter legitimitet, trots att vården kostar mindre och mindre medan kostnaderna för läkemedel och teknik tenderar att ta allt större plats (ibid). Ohlsson visade hur konkurrensen mellan vårdföreställningen, som härrör ur deontologisk och delvis naturrättslig moral, och botemedelsföreställningen, som bygger på konsekvensetik, dvs. ett resultatfokus, leder till ständiga paradigmskiften i sjukvårdens styrning. I vårdperspektivet fokuseras omvårdnaden om och kärleken till patienten, med ursprung bland annat i klostrens verksamhet. Det innebär ett småskalighetsperspektiv. Med

---

<sup>2</sup> Sahlgrenska Universitetssjukhuset förkortas i den fortsatta framställningen SU.

botemedelsföreställningen fokuseras evidensbaserad vård, dvs. positivistisk vetenskap, diagnoser, bot och effekter och en specialiserad storskalighet.

Det verkar som om en del HR-medarbetare på SU anser att standardiseringen ger långsiktig hållbarhet i sjukhusets utveckling, dvs. att människor uppskattar att samma villkor gäller överallt och att HR-standards (liksom ekonomiska och kvalitetsstandards) bidrar till en bättre arbetsmiljö för alla. Andra menar att det inte går att standardisera så långt som görs idag utan att man bör ge vissa ramar och sedan låta verksamheterna utveckla sina olikheter inom dem. Ytterligare andra verkar mena att ramar kan sättas och att HR-medarbetare i kraft av sin HR-kompetens ska kunna arbeta fritt inom dessa ramar.<sup>3</sup>

Andra frågor som diskuteras är om chefer i verksamheten kan/bör vara läkare, sjuksköterskor, tandläkare, tekniker eller administratörer, och om HR-personal ska/bör ha HR-akademisk utbildning, annan akademisk utbildning eller olika typer av erfarenheter och utbildningsnivåer. Hur hänger standardisering av utbildning ihop med standardisering respektive flexibilitet och strategiskt förhållningssätt i verksamhetens processer? Och hur hänger det ihop med den ”beställarkompetens” som behövs i den nya HR-organiseringen? Till exempel visade Townsend, Wilkinson, Allan och Bamber (2012) hur avdelningschefer på sjukhusen kunde bidra till klargörande eller förvirring kring verksamhetens strategier, beroende på chefsutveckling och – stöd som de fått eller inte fått.

HR-medarbetare talar ofta om läkarna som ett problem (inte bara förstås!). Läkare är en speciell yrkesgrupp och de har ansvar för liv, vilket gör deras roll mycket speciell i samhället och på sjukhuset. Från ett HR-perspektiv vill man kontrollera anställning – utveckling - avveckling av läkare på samma villkor som för annan personal. Läkare däremot verkar, i HR-medarbetares uppfattning, se sig själva som just läkare och inte som ”personal”. I den rollen bör de få göra som de vill och inte behöva rätta sig efter samma regler som ”personalen”. En del läkare bedriver också forskning och relationen mellan de av SU anställda läkarna (och en del annan forskande personal) och de av Sahlgrenska Akademien (den medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet) anställda forskarna (och en del annan personal) kan vara besvärlig, särskilt om de är samma personer, delar av personer, etc. ”Läkarna” måste hanteras lite speciellt från HR-perspektiv.

Margareta Damm menade att argumentationen från de olika intressenterna återspeglar sjukhusets olika intresseområden. På en samhällsnivå utgör sjukhuset ett expertsystem för att upprätthålla välfärden. För politiker är sjukhuset en arbetsplats med speciella uppdrag som drar kostnader. För läkare används sjukhuset för utbildning och kunskapsutveckling för att upprätthålla god standard inom respektive expertområde (Damm, 2007). Man kan uttrycka det som att olika aktörer drivs av olika paradigmer eller olika rationalitetslogiker, och de har olika intentioner med sjukhuset.

Sjukhus är alltså, precis som alla andra arbetsplatser, ”speciella”. Varje verksamhet har sina normer och värden, sina sätt att arbeta, sina historier om hjältar från förr och drömmar om framtiden, sina historier om de onda och de goda inom och utanför verksamheten, och alla människor och relationer är unika – och ändå så lika. En fråga man kan ställa sig är: finns

---

<sup>3</sup> Underlag till detta och de följande två styckena är mina intervjuer och samtal med HR-medarbetare på SU.

det speciella förhållanden på ett sjukhus som villkorar, sätter gränser och ger utrymme för, personalarbetet/HR? Eller kan HR bedrivas likadant inom alla verksamheter?

I det följande kommer jag att beskriva den förändringsprocess som HR-avdelningen på SU genomgått under åren 2008-2011. HR-medarbetare på SU, liksom vid många andra HR-avdelningar i andra verksamheter, försöker förändra sin organisering, sina uppgifter och sin kompetens, ibland utifrån interna händelser och ibland genom intryck från omvärlden, dvs. man försöker följa med i de modesvängar som härskar inom det egna området. Human Resource Transformation, HRT, är en sådan trend som anammats av ett stort antal stora organisationer över hela västvärlden under de senaste åren. Man hänvisar till två olika ursprung. Den vanligaste referensen är David Ulrich och Wayne Brockbank (2005, och både tidigare och senare skrifter av dem). Min kollega Per Thilander menar dock att det var Lyle Spencer (1995) som kom med ursprungsidén genom sin bok "reengineering human resources" i syfte att drastiskt sänka kostnaderna för personalfunktionen (Thilander, 2011). Thilander har tillsammans med Anders Boglind och Freddy Hällsten under några år studerat ett antal svenska organisationer, där personalavdelningarna genomgått en förändring som de benämner HRT, human resource transformation (Boglind, Hällsten och Thilander, 2011). Mer om detta lite senare i rapporten. Nu följer berättelsen om den aktuella förändringsprocessen på SU:s HR-avdelning.

## METOD

Under mina 21 månader som HR-lektor på SU tog jag del i de dagliga aktiviteterna på HR-avdelningen. Mina uppgifter var ganska fria – jag förväntades följa arbetet och spegla tillbaka vad jag såg, genom "forskarens ögon".

Jag observerade en till två HR-chefsmöten per månad, ett eller två möten på vardera av HR-avdelningarna ute på sjukhusets sex områden, ett flertal avdelningsmöten på HR-strategiska avdelningen och dessutom deltog jag i ett oräkneligt antal kafferums- och korridorsamtal. Jag intervjuade runt 35 av HR-medarbetarna, några två gånger. Jag deltog i arbetsgrupper där förändringsprocessen diskuterades och i referensgrupper där linjechefer inbjöds för att påverka förändringen från sina perspektiv.

Alla typer av dokument studerades också, protokoll, interna undersökningar och utvärderingar, policydokument, enkäter, årsberättelser, etcetera. Regelbundet presenterade jag mindre arbetsrapporter för HR-direktör, HR-chefer och HR-medarbetare och jag dokumenterade de diskussioner som följde och kommentarer jag ibland fick efteråt. Mina iakttagelser och analyser utvecklades alltså tillsammans med HR-medarbetarna.

Föreliggande rapport är min "slutrapport" från arbetet som HR-lektor. En del av det som återfinns här har jag vidareutvecklat i en vetenskaplig artikel (Widell, 2012b). Här finns helheten samlad och jag har analyserat materialet från tre olika teoretiska perspektiv med förhoppningen att resultatet kan användas framför allt av HR-medarbetare men också av forskare som är intresserade av sjukhus och/eller av personalarbetets förändringar.

## FRÅN PA TILL HR PÅ SU

År 2008 kom några medarbetare vid HR-strategiska avdelningen vid SU i kontakt med begreppet HRT, Human Resource Transformation, och det blev starten på en förändringsprocess, ”Från PA till HR” som formellt pågick 2009-2011. Det första som ändrades var namnet, från ”personaladministration” till ”HR”, dvs. den engelska förkortningen för ”human resources”. De organisatoriska förändringarna var inte stora utan det man fokuserade var ”attityden”, att utveckla en konsultativ eller coachande attityd gentemot linjechefer. Tidigare uppfattade man sig mer som utförare av det cheferna ville att man skulle göra. Under förändringen har HR-avdelningen inte haft något konsultstöd, vilket många andra verksamheter som infört HRT haft, och inte heller har andra avdelningar, varken ledningsgrupp, övriga staber eller linjeverksamheten genomgått motsvarande förändringar. Några av HR-strategerna har följt en kurs om ”Total quality management” och andra en om ”Påverkande kommunikation”.

Förändringsprocessen har nått de mål som sattes upp och fortsätter nu i andra former i syfte att förbättra personalarbetet på sjukhuset.

## KORT BESKRIVNING AV SJUKHUSET<sup>4</sup>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har runt 16 000 anställda och är det största specialiserade sjukhuset i Västra Götaland, som har ca 1,7 miljoner invånare. Det är också ett av Sveriges största sjukhus, på samma nivå som Karolinska sjukhuset i Stockholm. Sahlgrenska sjukhuset står i nära förbindelse med Göteborgs universitet genom den medicinska fakulteten, Sahlgrenska akademien, där en stor del av den utbildning och forskning som sjukhuset använder bedrivs. Sahlgrenska Universitetssjukhuset i sin nuvarande form uppstod genom en sammanslagning 1997 och finns i huvudsak på tre olika geografiska platser inom Göteborg, Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset. En del ytterligare mindre verksamheter finns på andra platser.

Sjukhuset är indelat i sex områden samt en central ledning och ett antal stabsfunktioner. Områdena innehåller olika avdelningar och underavdelningar, enheter, med skilda medicinska specialiteter. En del avdelningar utgör kliniker medan andra är vårdavdelningar. En del har dygnetruntservice och andra är bara öppna dagtid. En del avdelningar finns på ett av sjukhusen medan andra kan vara utspridda på flera. Dessutom finns sektioner, ledda av läkare, eftersom ”bara läkare kan leda läkare”, och de kan arbeta tvärs över avdelningsgränser.

Sjukhusledningen består av sjukhusdirektören och de sex avdelningscheferna samt de fyra direktörerna för staberna ekonomi och marknad, HR och kommunikation, säkerhet och kvalitetsutveckling respektive forskning, utbildning och utveckling. En mindre administrat-

---

<sup>4</sup> Informationen till detta avsnitt kommer i huvudsak från sjukhusets och Västra Götalandsregionens webbsidor, [www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se) och [www.vgregion.se](http://www.vgregion.se).

ion för ledningsfunktionen finns också. I själva ledningsgruppen ingår de fem direktörerna, de sex områdescheferna och två representanter för Sahlgrenska akademien.

HR-avdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är indelad i en strategisk avdelning och sex mer operativa avdelningar, en för vart av de sex områdena på sjukhuset. HR-avdelningarna arbetar vid sidan av de andra staberna både centralt och på områdena. Alla stödjer linjecheferna i deras ansvar för ekonomi, personal, kvalitet, säkerhet, verksamhetsutveckling, etc. Ekonomi och HR är de största staberna och man säger att linjechefers arbete till 90% utgörs av personalärenden. Under den HR-strategiska avdelningen inrättades, i samband med HRT-processens start, ett ”HR service center”, som administrerar rekryteringsprocesser och utbildningar. Löner, resor och liknande administreras av en VGR<sup>5</sup>-gemensam enhet.

## **HRT-PROCESSEN<sup>6</sup>**

I april 2008 påbörjade HR-avdelningen ”HR-transformationen” med syfte att HR-funktionen skulle

- bättre stödja områdenas och avdelningarnas åtaganden och mål, och säkra ett kompetent och kvalitetssäkrat stöd till chefer genom att utveckla effektiva HR-processer, stödsystem och rutiner,
- säkra en HR-policy genom samma attityd, samma arbetssätt och erbjudanden vid alla HR-avdelningar,
- säkra ett bättre resursutnyttjande genom en högre grad av enhetlighet, samordning och samarbete,
- integrera HR-perspektivet i alla ledningsbeslut och delta i verkställandet av ledningsbeslut.

Alla linjechefer skulle nu uppfattas som ”kunder” i utvecklingsprocessen, som kallades ”Från PA till HR”, från personaladministration till human resources. De första tecknen på förändringen var byte av namn på avdelningen och byte av titlar. Den tidigare ”personalavdelningen” skulle från och med våren 2009 kallas ”HR-avdelningen”, ”personalchefer” blev ”HR-chefer” och tidigare ”personalsekreterare” kallades nu ”HR-specialister”, vilket resulterade i en del kommentarer och frågor eftersom linjecheferna inte såg någon förändring av innehållet i verksamheten, utan enbart beteckningen. En speciell HR serviceavdelning skapades för att administrera rekryterings-processer och utbildningsaktiviteter. Vid förändringens start arrangerades också några seminarier tillsammans med HRM-gruppen vid Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

---

<sup>5</sup> VGR är den vanliga förkortningen för Västra Götalandsregionen.

<sup>6</sup> Informationen för detta avsnitt kommer från mitt deltagande i interna möten vid HR-strategiska avdelningen, HR-chefsmöten, intervjuer med runt 35 HR-medarbetare samt från interna dokument om processen som jag tagit del av under perioden april 2010 till december 2011.

En grupp bestående av HR-direktören och tre av HR-strategerna ledde, informellt, ”transformationen”. Några år innan HRT-förändringen började hade man redan inrättat fyra ”strategiska råd” som en horisontell samordningsmekanism mellan de olika HR-avdelningarna. Varje råd har en speciell uppgift att utveckla och samordna, nämligen arbetsgivarfrågor, arbetsmiljö och hälsa, chefsförsörjning respektive kompetensutveckling. Varje råd leds av en av områdenas HR-chefer och i varje råd är en HR-specialist från varje område medlem. Dessutom deltar en eller två HR-strateger från HR-strategiska avdelningen i rådets arbete. Råden träffas cirka en gång per månad. Många i HR-staben upplever att råden är det som mest bidragit till målet att harmonisera sättet att arbeta i hela sjukhuset.

I samband med förändringens start skickades en enkät ut till chefer på alla nivåer inom sjukhuset med frågor om och i så fall hur de använde sin HR-avdelning. En undersökning med liknande frågor genomfördes 2010 genom en referensgrupp som träffades några gånger och genom en strukturerad intervju med ett mindre antal chefer. I den första enkäten svarade en majoritet av cheferna att de inte använde sin HR-avdelning särskilt mycket. Mellan 50 och 70% svarade ”aldrig” på de flesta frågor, dvs om olika delar av servicen från HR-avdelningarna. Svaren från 2010 var något annorlunda. Fler av cheferna svarade att de använde HR-avdelningen ibland och fler använde den ofta. Vid båda tillfällena svarade högre chefer att de ofta använde HR-avdelningen, medan lägre chefer svarade att de gjorde det mer sällan. Detta var en mycket tydlig skillnad. Alla chefer använde HR-avdelningen mer när det gällde arbetsgivar- och arbetsmiljöärenden än andra ärenden. Man kan se att processer som har utvecklats och marknadsförts av HR under förändringsprocessen också har använts mer, såsom rekryterings- och rehabiliteringsprocesser och chefsintroduktion. I referensgruppen framstod det som väldigt klart att linjecheferna ville ha en personlig HR-kontakt, eller ett ”bollplank”, för att informellt kunna diskutera och vända och vrida på funderingar med men de ville också ha någon att kontakta för snabba svar på konkreta frågor. De flesta i referensgruppen hade märkt en skillnad i beteende hos HR-medarbetare, från att bestämma till att vara mer konsultativa, mer reflekterande. Referensgruppen var väldigt tydliga med sin önskan om HR’s funktion som bollplank. Alla ville ha en sådan person, men de uttryckte att den relationen bygger på förtroende och om de inte kan lita på sin HR-kontakt så använder de heller inte henne/honom. En informell samtalspartner får aldrig formalisera det reflekterande samtalet om de ska kunna känna tillit, utan alltid behålla det som sägs dem emellan. Det andra önskemålet, om snabba svar på snabba frågor, ansågs kunna lösas genom en webbaserad uppslagsbok eller ett ”call center”.<sup>7</sup>

I början av 2011 ansåg medarbetarna på HR-avdelningarna att den viktigaste förändringen var att de ”har ett annat förhållningssätt till cheferna” nu än för två år sedan. De pratade om ”ett konsultativt” eller ett ”coachande” förhållningssätt gentemot linjecheferna. De försöker ha strategiska samtal snarare än att, som tidigare, utföra vad cheferna bad dem om. Ett tydligt budskap från HR-cheferna är att det är linjecheferna som har ansvaret, inte HR.

---

<sup>7</sup> I detta stycke har information hämtats från internt material: "Hur upplever chefer stöd och service från sin personalavdelning? Enkätundersökning september 2008. Sahlgrenska Universitetssjukhuset; "HR-enkät till direktörer och chefer", Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2010; "Slutrapport angående chefernas förväntningar och behov av stöd från HR". Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2010, samt från mitt eget deltagande i referensgruppen under 2010.

Ett stort arbete har också lagts ned av HR-strateger på utvecklingen av IT-system för att ge cheferna HR-stöd anpassat till sjukhusets behov. Våren 2011 utvecklades och implementerades en ny layout och en struktur för de interna personalsidorna på intranätet.

Med dessa två olika typer av stöd anses målen med förändringsprocessen vara uppnådda.

Strategin för HRT-förändringsprocessen kan betecknas som ”mjuk”. Inga konsulter har varit inblandade och ingen speciell IT-support har köpts in. Den interna projektgruppen har varit ansvarig tillsammans med HR-direktören och chefen för HR-strategiska avdelningen. Projektgruppen har samarbetat med de sex HR-cheferna för att successivt ändra arbetssätt inom HR på sjukhuset, med mantrat ”linjecheferna är ansvariga, inte vi” som ledstjärna. De strategiska råden utgör de tydligaste samarbetsarenorna, där strategier utvecklas inom fyra av HR:s områden, på tvärs över avdelningsgränser.

## **HR-RÖSTER OM FÖRÄNDRINGEN**

Under våren 2011 intervjuade jag ett tjugotal HR-medarbetare inom olika delar av sjukhuset om hur de upplevde förändringsprocessen och hur effekter av deras arbete skulle kunna mätas.

På den HR-strategiska avdelningen arbetar de flesta HR-strateger ungefär som de gjorde förut, vilket innebär att de förbereder en viss strategisk fråga för ledningsgruppen och/eller för områdescheferna respektive linjecheferna. De fortsätter att utveckla sin specialistkompetens. Dessa strateger ser som sin huvuduppgift att stödja ledningsgruppen och de presenterar regelbundet slutsatser, förslag och alternativa strategier för ledningsgruppen. HR-strategerna ger också ibland utbildning i vissa ärenden eller processer till personal på områdena, ibland till HR-avdelningarna, ibland till linjechefer eller annan personal.

De flesta HR-chefer på områdena och de flesta HR-specialister, såväl som HR-direktören, uppfattar linjecheferna som sina kunder. De flesta anser också att de har ändrat sitt sätt att arbeta till att bli mer strategiska i kommunikationen med sina respektive linjechefer. En HR-specialist uttryckte det såhär:

Nu när de vill rekrytera någon, så ställer jag frågan om de verkligen behöver en likadan som den tidigare eller om de kanske behöver förändra något ... Tidigare genomförde jag bara de rekryteringar de bad om.

Alla områdets HR-chefer deltar i sina respektive områdets ledningsgrupper, men det verkar inte självklart för alla HR-specialister att delta på sina olika ledningsgruppers möten och definitivt inte att påverka alla typer av diskussioner:

Jag deltar i vartannat ledningsgruppsmöte och de vill bara att jag uttalar mig om vissa HR-ärenden, inte om andra punkter på agendan.

Några få HR-specialister kan emellertid inte tänka sig att jobba annat än strategiskt och dessa upplever ingen förändring genom HRT-processen i sitt sätt att arbeta:

Den bild jag har som HR-specialist, hur jag tycker att arbetet och arbetsmiljön ska vara för att stimulera och attrahera olika typer av professionella, den bilden ska jag överföra till linjecheferna. HR-tänket ska ta plats där ute, den typ av strategiskt tänkande vi har, det måste vi plantera i huvudet på linjecheferna, och vi måste påverka strukturer och utveckla arbetsgrupper.

HR-specialister med denna typ av resonemang ser patienterna som kunder till HR-aktiviteter. Utmaningen och motivationen för HR-arbete, enligt dessa, är att verka genom linjecheferna och att få dem att genomföra idéer från HR som sina egna.

Flera HR-specialister beskriver sin roll som ”partner till linjechefen”, och ser patienten som sin huvudkund. Om linjechefer är kunder, så kan de knappast vara partners. Denna skillnad är tydlig när man pratar om organisationsförändring och organisationsutveckling:

När man har beslutat om en organisationsförändring, så ska vi vara där och stötta och underlätta för de anställda att ta sig igenom den. Vi ska inte föreslå organisationsförändringar.

eller

Självklart föreslår jag organisationsförändringar, när jag ser att det behövs. Och jag kommer att slåss för det om jag tror att det är viktigt för patienterna, vilket oftast innebär att det är stimulerande för personalen.

Uppenbarligen finns olika perspektiv bland HR-medarbetare på vad det innebär att arbeta strategiskt, också när linjecheferna är de självklara kunderna:

Vi kan förbättra vårt sätt att ställa ”varför-frågor”, för att stödja grupputveckling, gruppkonflikter, rehabilitering, etcetera ... Det är ett mycket roligare sätt att jobba.

En del olikheter bland HR-medarbetarna kan kanske förklaras med en fundering hos en av HRT-projektgruppsmedlemmarna:

Vi tvingades genomföra förändringen för snabbt. HRT-strukturen och benämningen HR kan såklart införas från en dag till en annan, men människor ändras sig inte så snabbt. HR-personalen måste ges tid att utveckla kompetens och säkerhet för sina nya arbetsroller ... Vi har inte arbetat med rollutvecklingen.

Vi kan alltså se att när linjechefer och sjukhusledning uppfattas som kunder till HR, blir följden att HR-medarbetare, lite förenklat uttryckt, ”följer order” eller ”ställer strategiska frågor” i de ärenden de deltar i. Skillnaderna kan bero på personliga egenskaper och/eller professionell erfarenhet och kompetens. När slutkunden, i detta fall patienten, uppfattas som kund, agerar HR-medarbetare oftare strategiskt, på samma nivå.

## **EXTERNA STUDIER AV FÖRÄNDRINGEN**

Under 2009 genomförde två olika studentgrupper i form av kandidatuppsatser studier av HRT-processen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.



Jenny Lundberg, Anne Laigård Carlsen och Moa Wennström (2009) intervjuade HR-specialister och HR-chefer. Framförallt HR-specialisterna uttryckte en frustration över att behöva förklara förändringen om och om igen för linjechefer och annan personal. Det önskade att ledningen hade gjort detta tydligt. De var också undrande till vad det egentligen innebär att stötta chefen och inte utföra själva arbetet. HR-specialisterna hade vid den här tiden en något annorlunda syn på vilka som var deras kunder. Samtliga intervjuade ansåg, som nu, att det var linjecheferna, men ungefär hälften nämnde också ”Torggatan” som sin kund, vilket är den interna informella beteckningen på HR-strategiska avdelningen, orsakat av var den finns geografiskt, samt ”ledningen”, och den andra hälften ansåg att patienterna var deras kunder.

Helene Lundberg och Elisabeth Tullberg (2009) fokuserade mer på den strategiska ledningen av HR-arbetet. Standardisering av HR-arbetet verkade, enligt deras intervjuer, vara viktigare för den högsta sjukhusledningen än för HR-cheferna. Lundberg och Tullberg menade att råden fungerade som samordningsmekanism men att det inte verkade befogat att alla skulle göra likadant och de förslog istället gemensamma mål utan detaljstyrning.

I båda uppsatserna beskrivs hur HR-chefer och HR-specialister undrade över vad det egentligen innebär att arbeta strategiskt, och funderingar runt det har ju jag också mött under 2010 och 2011.

## **HRT-PROCESSENS EFFEKTER**

Syftet med HR-avdelningen är att medarbetarna där ska stödja linjecheferna i deras personalansvar med syftet att verksamheten ska fungera väl gentemot kunden, dvs. här patienterna. Och syftet med HRT är att transformera HR-arbetet så att det blir ”värdeskapande” i organisationen, dvs tydligt påverkar organisationens prestationer. Då tänkte jag att detta värdeskapande på något sätt borde kunna mätas.

Under mina intervjuer våren 2011 med HR-medarbetare frågade jag hur de mäter om de gör ett bra jobb och om de kan mäta effekter av sin förändringsprocess. Det vanligaste svaret var dels att de inte funderat på detta och dels, efter en stunds reflekterande, att de vet att de gör ett bra jobb om linjecheferna visar dem uppskattning.

De mer utvecklade svar jag sedan fick kan grovt delas in i tre grupper, beroende på vem man upplever som kund till HR-arbetet, dvs. samma grund som ovan beskrivits under rubriken ”HR-röster om förändringen”.

De allra flesta HR-medarbetare anser att linjecheferna är deras kunder och av det följer att de mäter kvaliteten på sitt arbete genom:

- uppskattning från linjechefer,
- att linjecheferna vill "använda" dem igen ("Hon/han vill att jag medverkar vid nästa process också, eftersom vi gjorde ett bra jobb senast"),
- linjechefens förmåga att hålla sig inom budget, hålla väntetider, etc,
- medarbetarindex för "sin" linjechef,
- att linjechefen behöver mindre tid för sina administrativa göromål.

En minoritet av HR-medarbetarna uppfattar "övriga anställda" som sina kunder, och dessa anstränger sig för att förbättra deltagande och engagemang hos de anställda generellt. Det kan mätas genom medarbetarundersökningen.

En relativt stor grupp av HR-medarbetarna nämnde också den slutgiltiga kunden som sin kund, dvs. patienterna. Därför försöker de stödja förändringar som de menar är av godo både för patienter och för anställda, och de mäter effekterna av detta sitt arbete genom:

- hur snabbt patienterna får vård,
- kvaliteten på vården,
- patientnöjdhetsundersökningar,
- regionens uppskattning av sjukhusets verksamhet,
- benchmarking i förhållande till andra sjukhus.

Min uppfattning är dock att de flesta HR-medarbetare bestämt sig för att det är alldeles för komplext att arbeta mot patienten, eftersom deras arbete är att stödja linjecheferna och det är linjechefernas ansvar att se till att patienterna får en snabb och bra vård. Diskussionen om kunden och hur man ser på kunden var vanlig under många möten och seminarier som jag deltog i under min tid på SU.

Det finns inga speciella mätmetoder eller mått inom SU anpassade just för att HR-avdelningen ska kunna få reda på hur deras arbete påverkat verksamheten. Jag tänkte emellertid att det arbete HR-avdelningen lägger ner på något sätt borde synas i SU:s årsredovisningar, men där är det inte heller lätt att upptäcka sådana resultat. Jag var främst nyfiken på om jag skulle kunna finna något som tydde på att HRT-processen har gett effekter i verksamheten.

I sjukhusets årsberättelse från 2010 återfinns två huvudteman som är intressanta om man söker effekter av HR-aktiviteter. Ett är patientnöjdhet och det andra är medarbetarnöjdhet. Man kan naturligtvis inte veta om någotdera verkligen har med HR-arbetet att göra eftersom det finns ett otal interagerande processer som påverkar hur patienter respektive anställda upplever sjukhuset. Jag beskriver ändå nedan något möjliga tolkningar av dessa mått.

I årsberättelsen finns två kvalitetsmål beskrivna:

K1: SU efterfrågar och överträffar patienternas/kundernas förväntningar. Organisationen ska fokusera patienternas och kundernas behov och önskemål och hur dessa kan mötas. Alla patienter och deras närstående informeras om och deltar i

behandlingen. De möts med värdighet, omsorg och respekt för vars och ens integritet.

K2: Vården på SU har hög kvalitet och produceras på ett säkert och tryggt sätt. Varje patient ska ha rätt och säker vård och behandling på rätt tid. Vården ges på likvärdiga villkor.<sup>8</sup>

Kvaliteten på hur man lyckas möta patientens krav mäts genom ett ”patientnöjdhetsindex”, och detta uppmättes till 92 av 100 möjliga under 2010, vad gäller somatiska behandlingar. Tillgänglighet fick den sämsta bedömningen, mätt genom mängd infektioner orsakade av behandlingar (11,2%), genom hur klagomål hanteras, genom mätning av väntetider på att få träffa läkare på akuten (ca 60% fick träffa en läkare inom 90 minuter), och genom mätning av väntetider för olika behandlingar. Här finns också olika mått relaterade till olika medicinska specialiteter. Sammantaget så behandlades fler patienter snabbare under 2010 än under 2009 och de stannade något kortare tid inom sjukhusets väggar. Detta förklaras med fler anställda och ett dagligt samarbete med primärvården, så att patienterna oftare kommer till rätt behandlingsställe. Effekterna beskrivs också som påverkade av chefers och andra anställdas gemensamma ansträngningar att samarbeta mellan olika funktioner, som till exempel röntgen, laboratorieanalyser, transporter, etc.

Det ekonomiska resultatet för 2010 ligger 4,1% över budget och 0,6% bättre än 2009. Produktiviteten beräknas till 1,9% bättre 2010 än 2009, mätt som total kostnad för den totala mängden genomförda behandlingar.

För de anställda har SU följande mål:

M1: SU är en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare. SU:s medarbetare har hög kompetens. De anställda ska vara trygga, tro på framtiden, ha möjlighet att delta i och känna stolthet över sitt bidrag till verksamhetens mål. Chefernas ledarskap karaktäriseras av insikt och förmåga till att utöva sitt arbetsgivaransvar så att målen nås.

M2: Medarbetarskapet på SU karaktäriseras av engagemang, deltagande och ansvarstagande. Alla medarbetare känner ett personligt ansvar för resultaten och för utvecklingen av organisationen och arbetsmiljön.<sup>9</sup>

Personalomsättningen ligger runt 6,4%. Sjukfrånvaron var för 2009 och 2010 ungefär runt 5,4% medan den var 4,3% 2008. Sjukhuset deltar i ett stort regionalt projekt för rehabilitering av anställda, vilket innebär att människor med behov av viss anpassning av arbetsplatsen placeras och omplaceras så att deras förmåga och kapacitet utnyttjas på bästa sätt och där deras rehabilitering kan stödjas. Ett stort arbete görs också för riskbedömningar och säkerhet.

Ett stort problem för sjukhuset är brist på läkare och sjuksköterskor specialiserade på psykiatri och radiologi. På dessa avdelningar löses de kortsiktiga behoven genom inhyrning av

---

<sup>8</sup> Ur Årsredovisningen 2010, Sahlgrenska universitetssjukhuset, sid. 10.

<sup>9</sup> Ur Årsredovisningen 2010, Sahlgrenska universitetssjukhuset, sid.44.

arbetskraft, vilket inte är tillfredställande. På lång sikt strävar man efter att rekrytera genom att erbjuda bättre arbetsvillkor och kompetensutvecklingsmöjligheter.

Den årliga medarbetarundersökningen visar en sammanlagd index på 3,7 både för 2010, 2009 och 2008, men för 2006 var siffran 3,6. Mellan 66 och 70% av de anställda har besvarat enkäten under dessa år.<sup>10</sup>

Man kan alltså skönja en minimal förbättring i resultaten för 2010 mot tidigare och förmodligen har HR del i detta, men om HRT-processen har påverkat det eller inte är omöjligt att avgöra.

## FÖRÄNDRINGSPROCESSEN FRÅN ETT HRM/HRT-PERSPEKTIV

HRT, human resource transformation, grundas i HRM-traditionen, dvs ”human resource management”, som successivt utvecklats framför allt under den senare delen av 1900-talet. Man talar om hård och mjuk HRM, men båda utgår från ”det resursbaserade perspektivet”, dvs människor som anställda hanteras likställt med andra resurser i organisationen (Legge, 2005). Syftet med HRM är att med olika typer av styrsystem påverka anställda så att de bidrar till verksamhetens måluppfyllelse i enlighet med de ideal som ställts upp (Keenoy, 1990). Under 2000-talets första decennium talar man mer om ”strategisk HRM”, SHRM, dvs. fokus ligger mer än tidigare på att HR-medarbetare ska bidra till verksamhetens strategiska utveckling (Boselie, 2010).

HRT, human resource transformation, kan ses som en variant av den strategiska HRM-utvecklingen. Dave Ulrich och Wayne Brockbank (2005) ligger bakom benämningen och syftet är att HR-medarbetare tydligt ska bidra till organisationens värdeskapande processer. Värdeskapande enligt Ulrich och Brockbank (2005) skall ske genom fem typer av samverkande processer inom HR:

- Kännedom om de externa förhållanden som berör ”affärens”
- Service till både externa och interna aktörer
- Utveckling av HR-processer för personal, prestationer, information och arbete
- Uppbyggande av strategiska och organisatoriska HR-resurser
- Säkerställande av HR-professionalism (Ulrich och Brockbank, 2005).

HRT-konceptet innebär alltså att allt fokus ligger på interna och externa kunder och allt som kan påverka kundernas värderingar och uppfattningar. Den kontinuerliga utvecklingen av HR-professionen poängteras och den bör både vara långsiktigt systematisk och kortsiktigt flexibel.

En del internationella studier av effekter av genomförda HRT-processer finns, men de är inte många (t ex Paauwe, 2007; Nikanandrou, Cunha och Papalexandris, 2009; Ulrich et al, 2009). Dessa drar dock en del likartade slutsatser, framför allt att HR-funktionen mycket

---

<sup>10</sup> Medarbetarundersökning, Sahlgrenska sjukhuset 2010.

oftare är centraliserad nu än för tio år sedan. Effekterna av HRT kan variera men kraven verkar likna de som karaktäriserar ”högpresterande arbetsplatser” (t ex Boselie, Dietz och Boon, 2005; Latham, 2007; Paauwe, 2007; Farndale, Hope-Hailey och Kelliher, 2011). Det som framför allt framkommer är att konsistensen ökar mellan HR-processer och andra processer i organisationen, att kundorienteringen ökar och att anställdas engagemang ökar. Dessa resultat stämmer också väl med vad forskargruppen runt Jim Collins (2001) kom fram till när de undersökte vad som karaktäriserar mycket väl fungerande företag: systematisk, tålmodig och konsistent utveckling som bidrar till värdeskapande, parat med en känslighet för och en flexibilitet mot omgivningens förändringar.

Det kan vara intressant att här också lyfta fram de fyra HR-praktiker som många studier visar vara de som mest kan påverka verksamhetens resultat:

- Utbildning, träning, utveckling
- Belöningsystem och lön kopplat till prestation
- Performance management
- Noggranna rekryterings- och urvalsprocesser (Paauwe, 2007)

Dock konstateras, i en artikel där många studier av HRM-effekter på verksamheten undersökts, att det kanske inte är så viktigt vilka HR-praktiker som utförs, men att anställda generellt verkar uppskatta arbetsgivaren och prestera bra när HR-praktiker är tydliga, hållbara och rättvisa, dvs. när en klar och tydlig personalpolitik finns och den hålls och genomförs, nästan oavsett vad den innehåller (Sonnenberg, Koene och Paauwe, 2011). En sorts pålitlighet i det psykologiska kontraktet bör alltså eftersträvas.

I Cranet-studien för Sverige (Lindeberg och Månsson, 2010) efterfrågades också genomförda förändringar med HRT-förtecken. Cirka 270 HR-specialister svarade att:

Rutinärenden hanteras central, 57% har inrättat ”service centers”  
HR Business Partners eller ”lokala partner” finns hos 61%  
Centrala expertenheter har inrättats hos 50%

Den studie av HRT-processer som Anders Boglind, Freddy Hällsten och Per Thilander genomfört och som kommer att avrapporteras under 2012 visar att de allra flesta som förebild använt sig av den ”trebenta stol” som konsultfirmor i branschen förordar<sup>11</sup>, att chefer och medarbetare erbjuds självservice med hjälp av utvecklade IT-verktyg i 77% av fallen och att personalarbetet kartlagts och organiserats i processflöden i 70% av fallen (Boglind, Hällsten och Thilander, 2011). Ett konstaterande är också att de flesta inte kände till Dave Ulrichs idéer, men några hade hört talas om dem men inte påverkats.

Boglind, Hällsten och Thilander konstaterar, vad gäller SU, som är en av de organisationer de studerat, att de strategiska råden där verkar vara en bra väg för att samordna det strategiska fokuset inom HR-funktionen. På SU och i de andra svenska fallen har HRT bedrivits på liknande sätt som andra utvecklingsprojekt och konsulter har spelat en stor roll – även

---

<sup>11</sup> Den trebenta stolen innebär att service center inrättas, att HR-medarbetare blir ”business partners” (BPs) och att en expertenhet inrättas.

om de inte använts på SU direkt i förändringsarbetet. Genom att referera till konsulter legitimeras processen, dvs. man refererar till att andra verksamheter, både hemma och internationellt, gör likadant. Ett annat vanligt fenomen är att kunderna, dvs. linjecheferna, inte varit med i processen från början och konsekvenserna för dem har inte beaktats.

HRT på SU kan beskrivas som en naturlig fortsättning på tidigare HR-utveckling. Man har redan tidigare på ett självklart sätt internaliserat det resursbaserade HRM-perspektivet och det passar väl in i den styrning av hela SU som sjukhusledningen tydligt eftersträvat under den senaste tioårsperioden. HRT på SU passar alltså verksamhetens ideal och strategi.

Om vi nu jämför HRT-processen på SU med Ulrichs och Brockbanks femhörniga modell (2005) så ser vi att SU/HR har fokuserat vissa faktorer mer än andra.

- SU/HR har inte nämnvärt eftersträvat ökad kännedom om de externa affärsrealiteterna utan medvetet lämnat det till linjecheferna.
- SU/HR har mycket medvetet utvecklat tydliga och genomarbetade HR-processer i syfte att serva de interna kunderna, dvs. linjecheferna, men de har lika medvetet inte eftersträvat att HR-processerna ska riktas mot de externa kunderna, patienterna.
- Dock samordnas många processer med VGR-övergripande HR-processer, oftare på VGR-initiativ än från SU/HR:s. VGR kan uppfattas som en av SU:s kunder genom att finansieringen kommer därifrån genom Vårdöverenskommelsen (VÖK).
- Tydliga HR-processer har utvecklats och ”marknadsförts” mot linjechefer vad gäller rekrytering, rehabilitering, chefsförsörjning, utvecklingssamtal, mm. Fler processer är på gång att tydliggöras på motsvarande vis.
- Uppbyggande av strategiska och organisatoriska HR-resurser är inte lika tydligt men det pågår. De små organisatoriska förändringar som skett kan leda till en sådan utveckling så småningom. De strategiska råden utvecklas stegvis mot en ökad strategisk medvetenhet. Det HR service center som ligger under den HR-strategiska avdelningen påtar sig och utvecklar fler och mer komplicerade uppgifter efter hand, vilket underlättar för HR-specialister och HR-strateger att än mer fokusera strategisk utveckling i sitt arbete. Mycket av denna utveckling beror på om och hur linjecheferna upptäcker hur de kan använda HR-medarbetare för att avlasta sig själva.
- Säkerställandet av HR-professionens utveckling sker inte långsiktigt systematiskt inom SU/HR men här finns ändå en mer subtil och ad hoc sådan utveckling. Processen har tydligt påverkats av den kompetens några HR-medarbetare utvecklat genom deltidskursen i TQM: problemfokus framhävs ofta. Dessutom deltar HR-medarbetare gärna i olika utbildningar eller seminariedagar kring kvalitetsarbete, HRM-utveckling, mm, och samarbetet med min egen forskargrupp kring HRM är ett led i detta. Två-tre gånger per år har också ”HR-caféer” ordnats, där alla medarbetare inom SU/HR samlas under en halvdag kring något tema. Den systematiska framdriften av kompetens som en stegvis utveckling och påbyggnad för avdelningen som helhet saknas dock.

Från ett HRM-perspektiv på den beskrivna HRT-processen kan man alltså konstatera att HR-medarbetarna väl har internaliserat det resursbaserade perspektivet de arbetar med, dvs. de ser sig själva som resurser, anställda i en viss roll som enligt rollinstruktionerna ska ut-

föra vissa arbetsuppgifter och, enligt samma rollinstruktioner, kan lämna andra därhän. De är mer eller mindre hängivna just personalarbetet och dess utveckling, som ett arbete. Inte som ett mer individuellt ansvar. HR-medarbetarna kombinerar sina förmågor med en stark motivation för HR-utveckling och en strävan efter att bidra till uppfyllande av SU:s mål, dvs. ett arbetsgivaransvar. Detta stämmer väl med den s.k. AMO-modellen: människan som resurs presterar som en funktion av förmåga, motivation och mål (Latham, 2007). Det sker inom en organisatorisk kontext och den kan ju medvetet utvecklas – eller så förändras den mer omedvetet. Vi har sett i beskrivningen av processen på SU/HR att just organisationsutveckling inte står främst i fokus men att man anpassar sig till ledningens beslut i sådana ärenden. Organisationsförändringen inom SU/HR är liten och den har inte påverkat organiseringen runt omkring.

Paauwe (2007) pläderade för att det är HR:s uppgift att balansera det funktionella managementperspektivet med de anställdas välmående och med den organisatoriska kontexten. Jag skulle vilja poängtera att detta gäller både för HR utåt mot linjechefer och deras olika avdelningar och för de egna HR-enheterna. Det funktionella managementperspektivet förefaller väl omhändertaget i SU/HR-processerna medan de anställdas välmående i termer av deras uppfattningar om sina organisatoriska förutsättningar att göra ett bra jobb kanske kan ifrågasättas med utgångspunkt i medarbetarundersökningar.

Sammanfattningsvis kan vi, utifrån ett HRM/HRT-perspektiv, säga att SU/HR på egen hand har utvecklat ett strategiskt förhållningssätt anpassat efter ledningens strategi och att tydlighet i och information om HR-processer har kommit långt i utveckling. De strategiska råden bidrar starkt till det ”affärsmässiga” perspektivets vidareutveckling. När det gäller organisationsutveckling och systematisk egen professionell utveckling har SU/HR en bit kvar.

## **FÖRÄNDRINGSPROCESSEN FRÅN ETT ORGANISATIONS- UTVECKLINGSPERSPEKTIV**

Det finns många studier av och teoretiska modeller för organisationsförändringar. Två indelningsgrunder är särskilt vanliga i litteraturen. En är om förändringen styrs från högsta ledningen mer eller mindre enväldigt eller om den är utvecklad underifrån i organisationen. Den andra är om förändringen sker drastiskt, över en natt, eller om den sker successivt i små steg över längre tid. Ofta kombineras dessa två. Om en förändring styrs helt från toppen är det inte ovanligt att den införs snabbt och om medarbetarna deltar i utvecklingen av förändringen så tar det längre tid, och mindre förändringar sker successivt genom att man diskuterar frågan, man prövar sig fram. Man betecknar ibland också processen som linjär eller framväxande, eller, med Sveningssons och Sörgärdes (2007) ord, som ingenjörskonst eller som tolkning.

Processen ”från PA till HR” på SU beskrivs av många medarbetare som en naturlig fortsättning på en utveckling som redan var påbörjad:

- I och med sammanslagningen av de tre sjukhusen hade arbetet med att försöka få till stånd ett enhetligt sätt att arbeta startat i alla delar av verksamheten, även inom personalavdelningen.
- De fyra strategiska råden inrättades som ett sätt att utveckla samma arbetssätt inom viktiga HR-funktioner.
- Ett antal medarbetare, HR-strateger och HR-chefer, har följt en längre deltidstudie i ”Total Quality Management” och därigenom aktivt spridit idén om ”ständiga förbättringar” i organisationen. Konsulter med samma grundtema som budskap har också anlitats för seminariedagar och liknande insatser.
- Löneadministrationen och liknande uppgifter hade centraliserats inom hela Västra Götalandsregionen till en gemensam enhet.

Tidigare i texten har jag benämnt den studerade förändringsprocessen som ”mjuk”, vilket med begrepp från organisationsförändringslitteraturen innebär ”evolutionär” (Burke, 2002). Det har inte skett någon revolution på SU:s HR-avdelning. Ingen personal har avskedats men en del omflyttningar har successivt genomförts och nya har rekryterats in, både externt ifrån och inom regionen.

Processen kan liknas vid en långsam variant av de två första stegen i den klassiska organisationsutvecklingsmodellen av Kurt Lewin (1951): upptining – förändring – nedfrysning. Starten var relativt drastisk, som en sorts ”upptining”:

- Över en natt ändrades avdelningens benämning från den personaladministrativa enheten till HR-avdelningen, och titlarna ändrades från PA-någoting till HR-motsvarande.
- Ett antal seminarier hölls med forskare på Handelshögskolan om förändringar inom HRM och ledarskap inom sjukvård.
- Nya mål sattes upp för avdelningen med avstamp i HRT-idén.
- På SU har dock ingenting ”frysats” eftersom processen fortsätter, om än med nya förtecken.

Om vi går tillbaka till Burke (2002), så använder han fler dikotomier för att beskriva förändringsprocesser. Två av dem kan vara intressanta att reflektera över här: strategisk – operativ och kontinuerlig – diskontinuerlig. I min tolkning är SU/HR:s process både strategisk och operativ och kontinuerlig och diskontinuerlig. I syfte att utveckla ett strategiskt förhållningssätt har SU/HR valt att ”frigöra och skapa” (Marshak, 2002) genom att ”fixa och vidmakthålla” (ibid) på operativ nivå. Man har rent praktiskt successivt, och inte kontinuerligt, byggt på det gamla, men låtit olika initiativ växa fram från det, med en tydlig informell styrning, där ”från delar till helhet” har gällt.

Det här med ”ständiga förbättringar” och problemfokusering (Bergman, 2007) verkar ha fastnat hos många HR-medarbetare som en framkomlig tankebild för vidare HR-utveckling. Jag tror att människor alltid genomför ständiga förbättringar om de får arbeta i fred och känner en trygghet i sin arbetssituation samtidigt som de utmanas av kollegor i kontinuerliga diskussioner och under själva arbetet. Kombinationen av trygghet och utmaning verkar stimulerande för de flesta av oss (Leijon och Widell, 2001).



Trygghet utvecklas dels av att man vet att man får behålla jobbet och dels av kontinuerlig bekräftelse, dvs. öppenhet i samtalen med kollegor och chefer, olika former av feedback. Utmaning får man dels av det senare, dvs. samtal innehållande bland annat feedback om de egna prestationerna, och samtal om gruppens och de enskildas utvecklade prestationer, möjligheter och satsningar framåt, och genom konkurrens, till en viss gräns. Båda delarna behöver ske både systematiskt och spontant.

Jag är inte lika säker på att den tryggheten finns hos alla HR-medarbetare på SU. Här finns lite olika exempel. Möjligheterna till karriärutveckling har av många nämnts som svårare i och med HRT-förändringen. Förut kunde man börja som ung och oerfaren med enklare arbetsuppgifter, i en sorts personalassistent- eller personalsekreterarjobb, och lära sig ”personaladministration” från grunden. Sedan kunde man med en bredd i dessa PA-erfarenheter gå vidare till mer strategiska övergripande och långsiktiga frågor. Nu hamnar man som akademiker direkt i strategiska frågor utan att ha någon erfarenhet eller så rekryteras man in i löneadministrationen, som är både juridiskt och geografiskt skild från den övriga verksamheten. De flesta HR-strateger utvecklas inom en relativt snäv specialistroll, vilken kräver många års erfarenhet och stort djup både inom området och av SU som organisation. HR-specialister flyttar något oftare, men tenderar att stanna länge inom sin avdelning. De yngre har möjligen svårare att få fäste eftersom man som nyutexaminerad inte kan klara HR-specialistrollen och inte vill fastna som HR-administratör – då prövar man hellre andra verksamheter.

Frihetsgraden upplevs naturligtvis också olika. I en annan artikel har jag presenterat ett antal dilemman som HR-medarbetare kan uppleva i utförandet av sitt arbete. Alla utgår från att de som arbetsgivarrepresentanter ibland hamnar i en roll att översätta verkställighetsbeslut från ledningen till något som kan accepteras av den avdelning de arbetar inom, utan att förändra budskapet, trots att de egentligen tror att verkställandet kommer att vara ineffektivt eller dysfunktionellt för den aktuella avdelningen (Sandoff och Widell, 2012). Att fortsätta att arbeta för SU innebär en lojalitet som ibland kan tära och ibland upplevs som stimulerande och utmanande.

En sammanfattande beskrivning från ett organisationsutvecklingsperspektiv på ”Från PA till HR” inom SU:s HR-avdelning är alltså att de fortfarande förändras, på ett inkrementalistiskt vis genom diskontinuerliga satsningar som mer och mer går från det rent operativa till det strategiska, men de har en lika lång process framför sig som de har avverkat om ett genuint och kompetent ”strategiskt förhållningssätt” ska genomsyra personalarbetet.

## **FÖRÄNDRINGSPROCESSEN FRÅN ETT ROLL- OCH KOMPETENSUTVECKLINGSPERSPEKTIV**

Det fanns tydliga skillnader mellan olika medarbetare beträffande vem de uppfattade som sin huvudsakliga kund. Uppfattningar om vem som är kund påverkar uppfattningen om den egna rollen i organisationen och uppfattningen om den kompetens man har och den kompetens man kan utveckla.

Att arbeta på en arbetsplats innebär på sätt och vis att spela en roll. När man söker ett jobb finns det oftast någon form av, mer eller mindre formaliserad, rollbeskrivning, dvs. en beskrivning av de arbetsuppgifter man förväntas utföra, vilka personliga och professionella kompetenser man antas behöva ha med sig in och som man kan och vill vidareutveckla och vilka människor och funktioner man förväntas samarbeta med på olika sätt.

Låt oss gå tillbaka till hur HR-medarbetare uppfattade sin roll gentemot linjecheferna. Kopplingar mellan strategi och vardagsarbete görs på tre olika sätt:

*Typ 1*

Jag deltar kanske i vartannat LG och då förväntas jag bara uttala mig om specifika HR-frågor, aldrig annars.

*Typ 2*

Jag är alltid med på LG och med i diskussionerna, men det är när de fattat beslut som jag försöker anpassa HR så att det ska gå smidigt.

*Typ 3*

Det är mitt ansvar att få in HR-tänket i chefernas arbete, mitt kunnande och min kompetens ska genomsyra allt strategiskt arbete. Utmaningen är ju att påverka genom cheferna.

Dessa tre olika typer av uppfattningar stämmer förvånansvärt väl med uppfattningar som Jörgen Sandberg fann hos Volvos testingenjörer, ”motoroptimerare”, under början av 1990-talet (Sandberg, 1994). Sandberg kallade de tre typerna sekventiella optimerare, interaktiva optimerare respektive kundoptimerare.

”Sekventiella optimerare” utvecklade motorer så att motorns funktion skulle stämma med specifikationen. De fokuserade en prestationskategori i taget, arbetade noga med hur testen av motorerna skulle utformas och hade förmåga att utröna hur olika specificerade externa faktorer påverkade motorns funktion och kapacitet. I deras berättelser om sitt arbete nämndes aldrig hur de såg på det egna eller gruppens lärande, inte heller samarbetet med andra. Fokuset var på motorn.

”Interaktiva optimerare” försökte, vid utvecklingen av motorn, lösa och testa ”trade-offs” mellan olika prestationskategorier, dvs. hur olika varianter av motorns prestationer påverkade varandra. De fokuserade alla prestationskategorier samtidigt och visste intuitivt vilka typer av tester som behövde göras när. De interaktiva optimerarna var intresserade av att lära sig mer om hur olika prestationskategorier interagerar och de samarbetade med andra gruppmedlemmar för detta.

”Kundoptimerarna” försökte utveckla motorer som skulle ge kunden/bilföraren en god upplevelse. De fokuserade körupplevelsen och försökte i testerna föreställa sig hur motorns olika egenskaper skulle fungera med övriga delar i bilen när kunden skulle komma att använda bilen. Kundoptimeraren ville lära sig mer om kundernas behov och ville samarbeta med kollegor som var intresserade av bilens köregenskaper.

Sandbergs slutsats var att organisationer behöver flytta fokus när det gäller personalutveckling från formella rekryterings- och träningsprogram till att identifiera och utveckla anställdas uppfattningar om vad jobbet egentligen innebär för andra, både kollegor inom produktionsprocessen och för kunden i användandet av produkten (Sandberg, 2009).

Till varje typ av position hör olika typer av förväntat ansvar. I fallet med motoroptimerarna var det tydligt att olika rolltagare kunde utveckla rollen på olika sätt och ta olika typer av ansvar. Olika ansvar föder olika mognad, dvs. mognad i rollen, i positionen i organisationen. Rolltagandet och ansvarstagandet utvecklas både beroende på personlighet och beroende på kompetens och erfarenhet, i olika kontexter.

På sjukhuset svarar sjukhusledningen för budget och vårdöverenskommelsen gentemot Västra Götalandsregionen och deras mognad handlar om att klara av att följa budget och andra delar av vårdöverenskommelsen. Läkarna ansvarar för att rädda liv, underlätta liv och vårda patienter. Mognad för dem handlar om att självständigt använda och utveckla sin medicinska kompetens.

Vi kan se att olika HR-medarbetare, liksom olika läkare, ingenjörer och sjukhusdirektörer, förstår sin roll på olika sätt, trots att de på ytan kan ha samma ”roll” eller arbetsuppgift. Upplevelsen av frihetsgrader tenderar att påverkas av tidigare organisatoriska erfarenheter och personlig mognad. Hårddraget kan det vara så att man fogar sig i ledningens direktiv om man är rädd att förlora sin anställning och/eller om man är likgiltig för organisationens utveckling. Å andra sidan kan man, med ett stort engagemang för verksamhetens utveckling och/eller den egna kompetensutvecklingen och en trygghet i sig själv, gärna gå över gränser och självständigt utveckla både sig själv och sin uppgift, sin ”roll”. Att själv konstruera rollen innebär att man placerar sig själv som människa i den medan den som spelar en roll andra skrivit manus till lägger ansvaret på konstruktören eller någon annan (Sandoff och Widell, 2009; Widell, 2012).

Kompetensutveckling och lärande sker successivt, vilket vi har sett i den beskrivna HRT-utvecklingen på SU/HR. Formella utbildningsinsatser och informella seminarier likaväl som kafferumsdiskussioner kan bidra till insikter och stegvis verksamhetsutveckling. I en professionell organisation har var och en sitt fokus på användning och utveckling av den professionella kompetensen, sitt yrke. Den fråga som får lägst poäng i SU's medarbetarundersökning är hur väl helheten kommuniceras till medarbetarna. Det är förmodligen vanligt just i en professionell organisation – medarbetarnas intresse leder uppmärksamheten till andra håll. Helheten är ett ledningsansvar och ligger inte inom det specifika medicinska utvecklingsintresset. Det medicinska intresset riktas istället, om vi håller oss till de av Sandberg (1995) föreslagna tre typerna a) till en specifik behandlings effekter på en specifik diagnos, eller b) hur några varianter av behandlingar påverkar en viss diagnos, alternativt hur en viss behandling påverkar en viss sammansättning diagnoser, eller c) hur patienten upplever livet med olika typer av behandlingar för sin/a diagnos/er.

På samma sätt kan HR-utvecklingen upplevas och hanteras olika av olika HR-medarbetare och det påverkar om man själv tar initiativ till kompetensutveckling eller väntar på erbjudanden från chefer, eller om man driver en utveckling för att bredda och fördjupa kompetensen tillsammans med sina kollegor och/eller för hela HR-avdelningen, med eller utan

samarbete med de medicinskt professionella som man servar, och med eller utan ett längre perspektiv på kundernas användning av olika HR-praktiker.

## **HR-UTVECKLING PÅ SJUKHUS**

Tre olika teman framträder som väsentliga för HR-utveckling på sjukhuset. Den egna HR-professionen påverkas av hur HR/HRM utvecklas både nationellt och internationellt, dvs. modesvängningar och trender inom "branschen". HR-utvecklingen påverkas också av den egna organisationens krav och utveckling. Man kan kalla det sjukhusledningens typ av styrning, de managementidéer och managementpraktiker som utövas. Slutligen påverkas HR på sjukhus liksom all sjukhusverksamhet av föreställningar om hälsa och sjukvård i samhället, vilka kanaliseras genom politikernas beslut på lite olika sätt.

### **Generell HR/HRM-utveckling**

Om man ska tro på att de generationer som nu börjar ta sig ut på arbetsmarknaden ställer krav på ökat självbestämmande och större flexibilitet, såsom presenteras i flera framtidsstudier (t ex Price WaterhouseCoopers, 2011), så kan man tänka sig lite olika inriktningar. En är att HR blir ännu duktigare på att leverera personalstrategiska analyser av relativt kvantitativ art, som medger relativt enkla men intelligenta ramar att verka inom, lokalt på olika sätt i organisationen. Att räkna ut hur en rättvis och begriplig personalpolitik kan se ut och fungera från tid till annan kan vara nog så komplicerat i en stor organisation. HR antas då specialisera sig på analytikerrollen, att utreda och ta fram olika strategiska alternativ. Ett hot inom detta alternativ är att ekonomer, vissa tekniker och verksamhetsutvecklare kan axla denna funktion på likartat sätt.

En annan, möjligen kompletterande, möjlighet är att HR specialiserar sig på något som ingen annan i organisationen kan, nämligen hur människor och mänskliga relationer fungerar. Det innebär att delta både i centrala strategiska och lokala utvecklingsprocesser med kompetens om kommunikation, grupprocesser, individuell och kollektiv kompetensutveckling, konflikt-hantering, lärandeprocesser, mm. Här kan man rikta in sig på antingen att stödja ledningens intentioner genom att föreslå hur ledningsstrategier kan fås implementerade eller att stödja anställda i deras olika engagemang för sina strävanden - och olika mellanliggande alternativ.

Det finns ju faktiskt en risk eller möjlighet att HR som profession avvecklas och att ledningsgrupper väljer att inrätta staber med människor som verkar ha varandra kompletterande kompetenser utan att i förväg specificera att de måste ha just HR, ekonomi, marknad, etc. Att utveckla staber kan då innebära att rekrytera dem man anser vara kloka och erfarna nog att ingå där och typerna av kompetens kan växla från tid till annan.

## HR-utveckling utifrån managementutveckling

Eftersom de senaste åren har präglats av globala finanskriser med ekonomiska nerdragningar inom offentlig sektor som följd, har sjukhusledningars uppdrag varit att få kontroll på pengarna, dvs. att minska verksamhetens utgifter, helst utan att försämra vården. Alla har insett att prioriteringar måste göras men effektivisering har hellre fokuserats. I media har vi alla kunnat följa en offentlig debatt mellan läkare som vill att politiker som beslutat om nedskärningar ska ange kriterier för prioritering medan politikerna menar att det är läkare som har den medicinska kompetensen att prioritera patienter. Här kan vi relatera till olika synsätt och olika institutionaliserade rationalitetsuppfattningar.

Med den tekniska rationaliteten som utgångspunkt antas preferenser vara konsistenta, stabila och inte påverkade av beslutsprocesser. Man antar att organisationens processer är enhetliga och koordinerade, dvs. människor gör det de säger att de ska göra och det som beslutats. Identiteter antas enhetliga, särskilt när man betraktar ”den andre”. Politiker antar att läkare kan utforma rutiner för prioritering genom sin medicinska kompetens och de ger sjukhusdirektörer uppdraget att se till att sådana strategier implementeras.

Som en sorts motsats talar man inom beslutsteori om ”löskoppling” (March, 1994). Det är ett synsätt på organiserande som utgår från att den tekniska rationaliteten är omöjlig i mänskliga relationer, dvs. organisationer kan aldrig likna maskiner. En möjlig styrform blir då genom decentralisering, för att kunna hantera inkonsistenser och anpassa olika verksamheter mer flexibelt, där och då olika händelser uppstår. Tvetydighet används i beslutsfattande för att besluten ska få stöd, eftersom det i stora organisationer så gott som alltid är så att de som ska implementera beslut är andra än de som beslutar. När man pratar så kan man fokusera på en sak i taget men i den praktiska situationen, när det kan vara brådskande att handla, så står man i ett sammelsurium av många faktorerers omedelbara och interaktiva påverkan (March, 1994)

I en intervjustudie med ett tjugofemtal läkare på ett mindre sjukhus fann Åsa Lindgren, Fredrik Bååthe och Lotta Dellve (2012) att läkares belöning i arbetet huvudsakligen består av uppskattning från patienter och att de kan påverka sin egen och avdelningens utveckling. Detta skapar ett sorts ”immunförsvar” gentemot managementstyrningen. Sjukhusledningens belöningssystem anses inte lika relevant som patienternas tillfrisknande och uppskattning.

Med grund i intervjustudien drar Lars-Erik Norbäck och Fredrik Bååthe (2012) slutsatsen att ledningens försök att förbättra kommunikationen med läkarna kan resultera i dubbelsidig ångest, dvs. både hos läkarna och hos sjukhusledningen. Om läkare försöker anamma ett helhetligt ledningsperspektiv så försvårar det deras patientperspektiv, dvs. deras roll som medicinska experter. De hamnar i en situation de inte känner sig kompetenta i. Att eventuellt behöva omfördela resurser till andra enheter än de egna skapar en stress och utvecklar ett försvarsbeteende. Ledningen å sin sida drabbas av ångest om de tvingas överge sin rationella och linjära syn på organisationsförändring. Om de ska samverka med läkare så måste de ta rollen som samtalspartner och då upplever att de förlorar kontrollen över processen.

Identitet och styrning hänger alltså samman och uppfattningen om identitet utvecklas över lång tid, genom professionell utbildning och yrkesutövning. Tekniskt rationell management är alltid svår i en organisation där professionella styr och utvecklar verksamheten, men de motsättningar som uppstår bidrar också till att organisationen och verksamheten utvecklas. En konstruktiv samverkan kräver dock acceptans av ambivalens och osäkerhet, vilket kan vara svårt för många människor.

### **Föreställningar om hälsa och sjukvård**

Det tredje temat som påverkar sjukhusets utveckling och därigenom utvecklingen för HR på sjukhus är de föreställningar som utvecklas i samhället om vad hälsa innebär, om vad som utgör sjukdom respektive normala variationer av det att vara någorlunda frisk och om vad man antas kunna leva med, bota själv eller behöva experthjälp för att behandla. Jag ska hålla mig kort här, eftersom helt andra kompetenser än min behövs för att utreda temat, men jag tror att detta är en viktig faktor som kommer att påverka sjukhusutvecklingen snabbare än vi anar, särskilt i kombination med starka förändringar i ekonomin och klimat och miljö, och därför vill jag ändå diskutera den något.

Vi har många faktorer som påverkar att vi idag i vårt västerländska samhälle lever länge och dessutom ställer krav på att vara friska och i god kondition långt upp i hög ålder. Samtidigt har vi många välfärdssjukdomar som påverkas av livsstil, och liksom i tidigare generationer utvecklas sjukdomar beroende på samhällsklass och förutsättningar att själv påverka sitt liv och sin miljö. Även möjlighet att få adekvat vård påverkas av klass, kön och kompetens.

Behandling av sjukdom såsom vi uppfattar fenomenet idag har inte funnit särskilt länge i mänsklighetens historia – och sådana processer kommer med stor säkerhet att ske på andra sätt i framtiden. Acceptans av sjukdom förändras också. I ett samhälle där plikt dominerar arbetslivet accepteras inte sjukdom eller svaghet, och då ställs krav på snabbt tillfrisknande. Det innebär att enskilda individer antas sköta sin hälsa så att de inte blir sjuka och att samhället antas ställa upp med experthjälp när den enskilde inte klarar av sin egen hälsa. Samtidigt påverkar arbetslivet och samhällsorganiseringen våra möjligheter att leva friska. Stress, allergier, hörselskador och vissa cancerformer kan till exempel antas utvecklas ur just arbetsförhållanden.

Under ett drygt århundrade har sjukhus institutionaliserats och ”den västerländska medicinen” dominerar inom dessa. I alla kulturer har någon form av medicinmän och kloka gummor funnits och i alla tider har olika versioner av dem omväxlande hyllats eller hånats. Man kan anta att våra former av medicinsk utveckling också kommer att konkurreras ut eller åtminstone kompletteras med alternativ. Storsjukhusen kan vara ett kortvarigt fenomen – och kommer kanske i likhet med massproduktionen inom industrin att ersättas av nätverkande flexibla noder i mindre skala. Kunskapsutveckling kanske inte måste ske i stora enheter även om vi idag antar att stora universitet och stora sjukhus borgar för utveckling av hög vård- och behandlingskvalitet.

De framtidsbilder för HR-utveckling som skissades tidigare, inom det småskaliga, det gröna och det kapitalistiska, beror av idéer om organisationsutveckling och samhällsutveckling.

Med dessa funderingar lämnar jag temat om föreställningar om hälsa och sjukvård. HR-utveckling skulle kunna ske storskaligt med nuvarande resurser och villkor ännu ett antal år, men mitt antagande är att HR har större möjligheter att vidareutvecklas med ett fokus på människors och mindre gruppers utveckling liksom på kompetensutveckling i större virtuella nätverk. Att hålla sig à jour med olika framtidsbilder och aktivt reflektera över dem tillsammans med linjechefer och andra kan underlätta kommande omställningar.

## SLUTSATSER

Det kan tyckas att jag tagit mig vatten över huvudet med en rapport som spänner från en HR-utvecklingsprocess på några få år till former för sjukvårdande i framtiden. Jag har emellertid svårt att se utveckling som ett kortsiktigt fenomen – det pågår ständigt - och jag borde egentligen ha skrivit den konkreta historien med en tidigare början. Hela processen har ju ingen upplevt, men medarbetarna på SU har en långt längre och djupare insikt i sin egen organisations och verksamhets historia än jag någonsin kan skaffa mig.

Med mitt perspektiv på processen ”Från PA till HR” och dess fortsättning i ett längre perspektiv blir slutsatserna följande:

HR-avdelningen på SU har utvecklat sin organisering och sin kompetens i enlighet med den övergripande ledningsstrategi och de ledningsideal som råder inom sjukhuset och som också råder på många andra liknande sjukhus. HRT-idéerna är utvecklade med det resursbaserade perspektivet som grund och sjukhusets styrfilosofi är att effektivisera användningen av samtliga resurser, inklusive personalen. Ett helhetsperspektiv på styrningen främjas genom de strategiska råden och genom HR-chefsmöten.

De mer långsiktiga utvecklingsprocesserna, dvs. en systematisk professionell utveckling inom HR för att på alla nivåer kunna bidra till verksamhetens strategiska utveckling återstår att jobba vidare med.

Förändringsprocessen i sig är på ett sätt ett rent skolboksexempel på hur organisationsutveckling ska gå till. Idéerna har kommit inifrån, från de egna HR-medarbetarna, och processen har successivt drivits på av olika HR-medarbetare i takt med att de sett behov och möjligheter, och med kraft från det gemensamma erfarenhetsutbytet och den ömsesidiga reflektionen. Kortfattat kan man säga att de mer operativa praktikerna genomgripande har förändrats medan de mer strategiska försiktigt har påbörjats. De flesta HR-medarbetare har gått från att utföra till att förpacka, utveckla och erbjuda sin kompetens på nya sätt i syfte att underlätta för linjen att ta det verkliga ansvaret för personalfrågor. Här finns fortfarande skillnader mellan nivåer och individer inom HR-avdelningarna. En brist är att de verksamheter som HR ska ge service till mycket litet involverats i förändringen.

Det finns en viss motsättning mellan styrningen av organisationen som helhet och det faktum att ett sjukhus utgör en professionell organisation och denna konflikt lever HR-avdelningarna med. I och för sig innebär en professionell organisation alltid inbyggda konflikter och konflikthantering liksom utveckling av samarbetsformer är en del av HR:s upp-

gifter. Den del av SU/HR:s förändringsprocess som här beskrivs rymmer inte hela den verklighet medarbetarna lever i. Man kan ändå tydligt urskilja stora skillnader mellan olika HR-medarbetare i perspektiv på den egna rollen och de egna möjligheterna att utvecklas och att bidra till verksamhetens utveckling. Det är en förhoppning att de processer som satts igång med tiden kan bidra till en mer systematisk bearbetning av den egna rollen och förhållandet mellan roll, organisation och omgivning, som processer.

På kort sikt har HR-avdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset kommit långt i sin transformationsprocess medan det finns en del frågetecken och utmaningar på lite längre sikt. Man kan ju ställa frågan om det är så bra att göra som Ulrich och Brockbank föreslår. Kanske har SU/HR genom sin successiva och självstyrande process möjligheter att utveckla verksamheten bättre på sitt eget sätt, både utifrån HRT-idén och andra idéer som man fastnar för och vidareutvecklar på sitt eget sätt?



## REFERENSER

- Bergman, Bo och Bengt Klevsjö (2007) *Kvalitet från behov till användning*. Lund, Studentlitteratur.
- Boglund, Anders, Freddy Hällsten och Per Thilander (2011) HR transformation and shared services: Adoption and adaptation in Swedish organisations. *Personnel Review*. 40 (5) s. 570-588.
- Boselie, Paul (2010) *Strategic human resource management: a balanced approach*. London, McGraw-Hill Higher Education.
- Burke, W.W. (2002) *Organisation Change*. Thousand Oaks, Sage.
- Damm, Margareta (2007) *Systematiskt arbetsmiljöarbete enligt AFA-metodik inom läkargruppen vid Kungälv's sjukhus*. Arbetsrapport. Göteborg, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, HRM-gruppen.
- Glouberman, Sholom och Henry Mintzberg (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Decease. Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, Winter, p. 56-69.
- Gustafsson, Jenny, Anne Laigård Carlsen och Moa Wennström (2009) "Från PA till HR". En studie band Sahlgrenska Universitetssjukhusets personalsekreterare. Hur arbetar de idag och hur kan de komma att arbeta i framtiden? Kandidatuppsats i företagsekonomi/Management. Göteborg, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Leijon, Svante och Gill Widell (2001) Globalisation - taking diversity seriously or fading away. Uppsats till EURAM's Founding Conference, Barcelona, april 2001.
- Lewin, Kurt (1951) *Field Theory in Social Science*. New York, Harper & Row.
- Lindeberg, Tina och Bo Månsson (2010) *HR-trender i Sverige*. Rapport från Cranetundersökningen 2008-2009. Uppsala: IPF - Institutet för personal- & Företagsutveckling AB.
- Lindgren, Åsa, Fredrik Bååthe och Lotta Dellve (2012) *Why risk the professional fulfilment – a grounded theory of physicians' engagement in the development of health care*. (article under review)
- Lundberg, Helene och Elisabeth Tullberg (2009) "Från PA till HR" – Standardiserad strategi? Kandidatuppsats i företagsekonomi/management. Göteborg, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- March, James G. (1994) *A Primer on Decision Making*. New York, NY, The Free Press.
- Marshak, R. J. (2002) Changing the language of change: How new contexts and concepts are challenging the ways we think and talk about organizational change. *Strategic Change*, Vol. 11, No 5, sid. 279-286.
- Mintzberg, Henry (1983) *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. New Jersey, Prentice Hall.
- Norbäck, Lars-Erik och Fredrik Bååthe (2012) *Engaging physicians in organizational improvement*. Ofärdigt manuskript till artikel.
- Ohlsson, Östen (2001) *Sammanlagda sjukhus? – argument och motargument inför SU-fusionen*. En retrospektiv betraktelse över många debattörer och få argument. Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, Rapport 7. Göteborg, Göteborgs universitet.

- Sandberg, Jörgen (1994) *Human Competence at Work. An interpretative approach*. Göteborg, BAS.
- Sandberg, Jörgen (2009) *Understanding Competence at Work*. Harvard Business Review, May, sid. 24-28.
- Sandoff, Mette och Gill Widell (2009) *Freedom or docility – is there a choice?* International Journal of Sociology and Social Policy, Vol.29, No 5/6, sid. 201-213.
- Sandoff, Mette och Gill Widell (2012) *Translating the logic of HRM into humanism*. (under review).
- Spencer, Lyle M. (1995) *Reengineering human resources: achieving radical increases in service quality – with 50% to 90% cost and headcount reductions*. New York, Wiley, cop.
- Suchman, Anthony L., David J. Sluyter and Penelope R. Williamson (red.) (2011) *Leading change in health care. Transforming organizations using complexity, positive psychology and relation-centred care*. London, Radcliffe Publishing Ltd.
- Svenningsson, Stefan och Nadja Sörgärde (2007) *Organisationsförändring – från ingenjörskonst till tolkning*. I Alvesson och Svenningsson (red.) *Organisationer, ledning och processer*. Lund, Studentlitteratur.
- Thilander, Per (2011) *ofärdigt och opublicerat manuskript till doktorsavhandling*. Företagsekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Townsend, K, Wilkinson, A, Allan, C, and Bamber, G (2012) *Mixed signals in HRM: the HRM role of hospitals line managers*. Human Resource Management Journal, Vol. 22, No 2, pp. 267-282.
- Ulrich, David och Wayne Brockbank (2005) *The value proposition*. London, McGraw-Hill.
- Widell, G. (2012) *Aspects of Responsibility – how we handle actions and consequences*. Journal of Global Responsibility, Vol. 3, No 1/2.
- Widell, G. (2012b) *HRT effects on performance. A case study at a hospital HR department*. (article under review).