



MALMÖ HÖGSKOLA
Kultur och samhälle
Urbana studier
C-uppsats, 61-90 poäng

KONKURRENS PÅ LIKA OLIKA VILLKOR - MED PATIENTEN I FOKUS?

COMPETITION ON EQUALLY DIFFERENT TERMS - WITH THE PATIENT IN FOCUS?

Författare: Patrik Persson
Robin Löfgren
Handledare: Björn Carlsson
Examinator: Caroline Wigren
Framläggningsdatum: 2010-06-07

FÖRORD

Det finns många människor som hjälpt oss på vägen mot att färdigställa denna uppsats, och vi vill ta tillfället i akt och tacka några av dessa. Processen har varit lång och det har varit många turer fram och tillbaka men det har varit både spännande och mycket lärorikt.

Först vill vi rikta ett stort tack till alla intervjupersoner som tagit sig tid och ställt upp samt gett oss insyn i deras verksamhet, utan er hjälp hade denna studie inte kunnat genomföras.

Ett stort tack till vår handledare Björn Carlsson som ständigt kommit med värdefulla synpunkter och hjälpt oss i processen att färdigställa denna uppsats. Till vår examinator Caroline Wigren vill vi rikta ett stort tack för ditt engagemang och ständiga stöd under uppsatsens gång och för dina värdefulla tankar och synpunkter.

Författarna vill även rikta ett stort tack till familj och vänner som tålmodigt läst och lyssnat på våra tankar och idéer, tack för allt ert stöd.

Malmö den 1 juni 2010



Robin Löfgreen



Patrik Persson

SAMMANFATTNING

Uppsatsens titel: Konkurrens på lika olika villkor – med patienten i fokus?

Framläggningsdatum: Måndagen den 7:e juni 2010

Ämne/kurs: Kandidatuppsats i företagsekonomi

Författare: Robin Löfgreen och Patrik Persson

Handledare: Björn Carlsson

Examinator: Caroline Wigren

Nyckelord: Primärvård, Hälsoval Skåne, Vårdval, Strategi,

Syfte: Studien syftar till att öka förståelse för hur reformen Hälsoval Skåne har påverkat såväl offentliga vårdenheter som privata aktörer och härigenom lyfta fram olika problematiska aspekter som upplevts.

Metod: Kvalitativ metod, fallstudie.

Empirisk analys: Studien visar bland annat på att det krävs en överensstämmelse mellan de interna och externa faktorerna. Studien visar även att företagen inte kan forma sin strategi fritt utan att vissa faktorer måste tas i beaktande vilket går i linje med strategic fit och the design school. Vidare har även ett first mover advantage identifierats vilket i sin tur skapat barriärer likt de Porter beskriver i *How competitive forces shape strategy*. Ekonomiska aspekter har även identifierats vilka är av stor vikt för att överleva i hälsovalet men även olikheter beträffande konkurrenssituationen visar sin inverkan.

Slutsatser: De aspekter som bland annat kan tänkas vara avgörande är företagets ekonomiska styrka samt omfattning av annan vårdverksamhet. Vidare visade det sig att uppstarten av Hälsoval Skåne gav upphov till fördelar för de aktörer som var med från början.

ABSTRACT

Title: Competition on Equally Different Terms –With the Patient in Focus?

Date of presentation: Monday 7th June 2010

Course: Bachelor Thesis in Business Administration

Author: Robin Löfgreen and Patrik Persson

Tutor: Björn Carlsson

Examiner: Caroline Wigren

Key words: Primary health care, Choices of health Skåne, Strategy, Health choice

Purpose: The purpose of the study is to increase the understanding of how the reform Hälsoval Skåne has affected public health care as well as private enterprises, and thereby highlight related problems

Methodology: Qualitative Research Methodology, Case Study.

Empirical analysis: The study demonstrates the need to account for and correlate both internal and external factors. The study also demonstrates that organizations are unable to freely formulate their strategy since certain factors must be adhered to, in accordance with Strategic Fit and The Design School. Furthermore, a first-mover advantage was identified, creating barriers like those described by Porter in *How Competitive Forces Shape Strategy*. Also, economic considerations of great importance for survival in the choice of health services have been identified along with evidence of conditions altering depending on the competitive situation.

Conclusions: Some possibly critical factors are the financial strength of the organization/enterprise, and the extension of other health care services. Moreover, being among the first initiates proved beneficial for participants in the reform Hälsoval Skåne.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund.....	6
1.1. Problemdiskussion.....	7
1.2. Problemformulering.....	10
1.3. Syfte.....	10
2. Teori.....	10
2.1. Strategi.....	10
2.1.1. Strategic Fit.....	11
2.1.2. The Design School Model.....	12
2.1.3. Resource Based View.....	13
2.2. First Mover Advantage	13
2.3. Inträdesbarriärer och resursbarriärer	14
2.4. Teoretisk sammanfattning.....	15
3. Metod.....	16
3.1. Val av metod	16
3.2. Val av fallstudieobjekt	16
Fall 1 - privat	16
Fall 2 - privat	17
Fall 3 - privat	17
Fall 4 - offentlig.....	17
Fall 5 - offentlig.....	18
3.3. Val av intervjupersoner.....	18
3.4. Intervju.....	19
3.5. Teman.....	20
3.6. Validitet.....	21
3.7. Reliabilitet.....	21
3.8. Kritik.....	22
4. Empirisk analys.....	23
4.1. Fall ett - privat.....	23
4.1.1. Resurser och utvecklingsmöjligheter	23
4.1.2. First Mover Advantage.....	24
4.1.3. Strategi – Att anställa eller inte?.....	25
4.1.4. Konkurrens på lika villkor.....	25
4.1.5. Upplevda möjligheter och risker	26
4.2. Fall två - privat.....	27
4.2.1. Resurser och utvecklingsmöjligheter	27
4.2.2. First Mover Advantage.....	28
4.2.3. Strategi – Att anställa eller inte?.....	28
4.2.4. Konkurrens på lika villkor.....	29
4.2.5. Upplevda möjligheter och risker	30
4.3. Fall tre - privat	30
4.3.1. Resurser och utvecklingsmöjligheter	30

4.3.2.	First Mover Advantage.....	31
4.3.3.	Strategi – Att anställa eller inte?	31
4.3.4.	Konkurrens på lika villkor.....	33
4.3.5.	Upplevda möjligheter och risker	34
4.4.	Fall fyra - offentlig.....	34
4.4.1.	Resurser och utvecklingsmöjligheter	34
4.4.2.	First Mover Advantage.....	35
4.4.3.	Strategi – Att anställa eller inte?	35
4.4.4.	Konkurrens på lika villkor.....	36
4.4.5.	Upplevda möjligheter och risker	36
4.5.	Fall fem - offentlig.....	37
4.5.1.	Resurser och utvecklingsmöjligheter	37
4.5.2.	First Mover Advantage.....	38
4.5.3.	Strategi – Att anställa eller inte?	38
4.5.4.	Konkurrens på lika villkor.....	39
4.5.5.	Upplevda möjligheter och risker	39
4.6.	Sammanfattande diskussion.....	40
4.6.1.	Resurser och utvecklingsmöjligheter	40
4.6.2.	First Mover.....	41
4.6.3.	Anställa.....	41
4.6.4.	Konkurrens.....	41
4.6.5.	Möjligheter och Risker	42
5.	Slutsatser	43
6.	Egna reflektioner	46
6.1.	Förslag till vidare forskning	46
7.	Källförteckning.....	47
7.1.	Tryckta	47
7.2.	Elektroniska	48
7.3.	Lagar och motioner.....	48
	Bilaga 1 – Intervjuguide	49

1. BAKGRUND

*“... ekonomichefens våta dröm. Det är en reform gjort av ekonomer för ekonomer ... Den ensidiga fokuseringen på kostnadskontroll får en rad negativa effekter.”
(Niels Lange, Dagens Medicin, 2009)*

Att komma på nya sätt att utföra arbetsuppgifter, att förenkla vardagen och maximera vinsten är något många organisationer strävar efter. Förändring förknippas till viss del med risker, ingen kan med säkerhet veta vad resultatet blir. I organisationers omvärld sker kontinuerligt förändringar, vissa går att förutse medan andra är svårare. Det finns förändringar som företag inte har något större inflytande över, till exempel lagar och förordningar. Förändringar sker även fortlöpande i organisationer vilket i sin tur påverkar omvärlden. Möjligheter kommer lika fort som de försvinner igen och det gäller att göra snabba val med information som oftast är bristfällig eller ej komplett.

Hälsoval Skåne är en produkt av lagen om valfrihetssystem, LOV (se, SFS 2008:962), vilket konkurrensprövar primärvården i Skåne genom införandet av ett medborgarstyrt hälsoval. Tanken är, enligt Region Skåne (se, Hälsoval Skåne 2010), att den vårdenhet som individen är listad på ska vara dennes förstahandsval vid kontakt med sjukvården. När hälsovalet infördes den 1 maj 2009 blev invånarna automatiskt listade på den vårdenhet som de brukade gå till, alternativt den som låg närmast bostaden, om det var länge sedan individen sökte vård. Varje invånare tilldelas en vårdpeng, det vill säga en viss summa pengar. Denna peng följer sedan med patienten och tillfaller den vårdenhet denne väljer. Det finns ingen begränsning för hur många gånger en patient kan ”lista om sig” och byta vårdenhet. En vårdenhet som är ansluten till Hälsoval Skåne har inte rätt att neka invånare att lista sig, de har en skyldighet att ta emot alla patienter som söker vård och låta dem lista sig om de så önskar. Om en patient konsumerar vård på primärvårdsnivå och det utförs av en annan enhet än den som patienten är listad på och denna enhet inte är med i hälsovalet, fakturerar Region Skåne respektive patients vårdenhet. Det betyder att den vårdenheten som patienter är listad på får stå för kostnaderna. Genom att bli det naturliga valet för patienter ska vårdenheterna förebygga att patienter söker vård hos andra. Patienten ska först söka vård hos vårdenheten som denne är listad på varpå de sedan kan bli remitterade vidare till, till exempel akuten, ortopedien eller röntgen. Lyckas vårdenheterna med detta tilldelas de en ”bonusersättning”, enligt en mall, för den täckningsgrad som vårdenheten uppnår. Alternativt görs ett avdrag, vårdenheten får betala en ”straffavgift”, enligt en mall, för den täckningsgrad de inte har uppnått. Täckningsgraden beräknas genom att andelen primärvårdsbesök ställs i relation till samtliga öppenvårdsbesök

som respektive vårdenhets patienter gjort. Om patienter från andra län söker vård kan vårdenheterna erhålla ersättning för detta, även kostnader för tolk och vissa läkemedel kan det också söka ersättning för.

Hälsoval Skåne är en komplex reform och med anledning av detta har endast en övergripande beskrivning av hälsovalets grunder redogjorts för. Önskar läsaren en mer ingående redogörelse rekommenderar författarna läsaren att läsa igenom ackrediteringsunderlaget för Hälsoval Skåne (2010).

1.1. PROBLEMDISKUSSION

Hälso- och sjukvårddebatten är något som de senaste åren varit på agendan. I en rad reformer och förändringar har bland annat apoteksmonopolet avreglerats och även sjukvården har fått en översyn. Statens offentliga utredningar (2008), SOU, fastslår att det i huvudsak finns två modeller för att konkurrenspröva offentlig verksamhet, antingen genom entreprenad eller genom valfrihetssystem. Att konkurrenspröva offentlig verksamhet genom entreprenad innebär att olika leverantörer deltar i en upphandling, leverantören som vinner upphandlingen är den som kontrakteras och tillhandahåller tjänsten under avtalad tid. Upphandlingen sker då enligt bestämmelserna i lagen om offentlig upphandling, LOU (se, SFS 2007:1091). Att konkurrenspröva med hjälp av valfrihetssystem innebär i sin tur att en viss summa tilldelas varje invånare varpå denna ersättning tillfaller den aktör som invånaren väljer. Upphandling sker enligt bestämmelserna i LOV (SFS 2008:962).

Erfarenhet visar, enligt SOU (2008), att ökad effektivitet och förbättrad konsumentnytta är en direkt effekt av konkurrens vid offentlig upphandling. I samma rapport beskrivs det hur invånarna i Sverige, under en lång period ”tillhörde” den vårdenhet som låg närmast bostaden. En problematik berörande kontinuitet uppstod när patienter vid olika tillfällen fick träffa olika läkare. Detta förändrades i slutet av 1980-talet då nya direktiv förespråkade att sjukvården skulle planeras utifrån patienternas önskemål om kontinuitet. Genom noggrannare planering skulle det bli möjligt för patienten att i större utsträckning få träffa samma läkare vid varje tillfälle. Under åren 1994-95 tillkom en lag, lagen om husläkare (se, SFS1993:558 & SFS1995:836) och invånarna fick då rätt att välja läkare. Lagen om husläkare blev kritiserad och i en motion till riksdagen hävdar Larsson et al (1993/94:So462) bland annat att *”den fria etableringsrätten för husläkare, specialistläkare och sjukgymnaster innebär ett hot mot en kostnadseffektiv och rättvist fördelad sjukvård”* och att orsaken till detta är att *”...*

huvudmannens möjlighet att kontrollera kostnader och kvalitet, att prioritera samt att fatta nödvändiga strukturbeslut försvåras.” Lagen om husläkare avskaffades och invånarna fick istället möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom det landsting som denne var bosatt i. Den så kallade vårdgarantin som reglerar tidsramen inom vilket vård ska erbjudas infördes år 2005 och innebär att patienten kan välja att söka vård i ett annat län än sitt ”hemlän”. Om en patient skulle välja att utnyttja vårdgarantin medför detta att hemlandstinget står för huvuddelen av den totala kostnaden. När patienten söker vård i ett annat län än denne bor i, betalar patienten patientavgift som vanligt samt resan dit och hem medan hemlandstinget står för övriga kostnader, det vill säga vårdkostnaderna.

LOV, infördes 2008 med syftet att ge den enskilde individen möjlighet att själv välja utförare av tjänster inom hälsovård och socialtjänster. Enlig Kammarkollegiet (se, Kammarkollegiet & SKL), är tanken att öka kvaliteten och höja servicen. Lagen är tänkt att fungera som ett verktyg vilket kan användas av kommuner och landsting som vill konkurrenspröva marknaden och de verksamheter som de bedriver i egen regi. LOV fungerar som ett alternativ till LOU, och medför, enligt SOU (2008), att en stor del av makten flyttas från politikerna till medborgarna. Till skillnad från LOU, där upphandlingen till stor del handlar om pris¹ är tanken med LOV att fokus istället flyttas till upplevd kvalitet. Kvalitet är, för aktörerna, relevant i allra högsta grad då ersättningen enligt LOV bestäms av antalet patienter som är listade och individen har inte bara rätt att välja vårdenhet, utan också rätt att välja bort och byta om denne skulle känna sig missnöjd.

Även Anell (2005), menar att konkurrensfrämjande politik vanligtvis gagnar konsumenten och förklarar att detta är något den offentliga sektorn uppmärksammat de senaste årtionden. Vidare studerade Anell (2005) hur införandet av konkurrensfrämjande politik och avregleringen av apoteksmarknaden på Island och i Norge påverkade konkurrensbeteende och organisationerna som verkade inom denna bransch. Studien visade att 85 % av apoteksmarknaden på Island efter åtta år kontrollerades av två större aktörer medan 95 % av apoteksmarknaden i Norge efter tre år kontrollerades av tre större aktörer. Samma författare menar att den nya konkurrensfrämjande politiken ledde till horisontell- och vertikal integration vilket resulterade i att nyttan inte maximerades för konsumenten. Ett exempel på horisontell integration är när ett företag köper upp en konkurrent på marknaden och vertikal integration är när ett företag, till exempel, själv framställer råvaran, förädlar den och säljer

¹ Anmärk att det även i LOU handlar om mer än pris.

den färdiga produkten i egen regi. Vidare pekar Anell (2005) på komplexiteten i att förutspå resultatet av en reform som påverkar konkurrensbeteendet. Studien visar tydligt på organisationers förmåga att anpassa sig till en föränderlig omvärld men samtidigt beskriver Erikson (2007) problematiken med att många företag drabbas av överraskningar. Han menar att överraskningar kan drabba företag då de inte ser till fakta utan okritiskt litar på sin intuition, som tidigare kanske har fungerat bra. Vidare förklarar Erikson (2007) att företag som ställs inför olika förändringar bär med sig kartor över det förflutna där företagen vet vad de gjort och vilka konsekvenser det fick. Erikson (2007) menar också att långsiktighet måste förenas med tydligare och större manöverutrymme för snabba justeringar av fart och kurs.

Makadok (1998) undersöker möjligheten att upprätthålla ett *first mover advantage (FMA)* på marknader med låga inträdesbarriärer. Studien fokuserar på produktmarknader och Makadok (1999) kommer fram till att det ofta krävs ett stort antal nya aktörer, fler än vad som kan stödjas av respektive produktkategori för att ett FMA ska försvinna. Det stora antalet nya aktörer bidrar till att en ohållbar situation skapas vilket ofta resulterar i att en betydande del av företagets ursprungliga fördelar lämnas intakta, FMA finns fortfarande kvar för first movers. I kontrast till detta menar Sull (1999) att de företag som tar lite längre tid på sig att anpassa sin verksamhet är de som också blir framgångsrika. Han förklarar att det inte går att skynda fram en lösning till en förändringen, utan det gäller att ställa sig rätt frågor. Sull (1999) förklarar att det är viktigt för chefer att förstå de verkliga källorna till, vad han kallar för, företagets tröghet, för att undvika att hamna på efterkälken. Denna tröghet kan liknas vid Eriksons (2007) beskrivning av företag som litar på sin intuition, det vill säga, företaget fortsätter att göra som de alltid har gjort utan att riktigt kunna motivera det. Vidare menar Sull (1999) att framgångsrika företag kan undvika eller åtminstone övervinna denna tröghet genom att rikta uppmärksamheten på rätt saker. De saker Sull (1999) menar är relevanta vid en förändring är de strategiska ramar, processer, relationer och värderingar.

Vården har under en längre period varit under förändring och fokus har i stor utsträckning legat på konsumentnyttan. Hälsoval Skåne är en ny modell och det kan finnas aspekter som kan vara viktiga att ta i beaktan för de vårdenheter som väljer att ansluta sig. Reformen är aldrig smärtfri och liksom Anell (2005) påpekar beträffande apoteksmarknaden i Norge och på Island är det svårt att förutspå resultatet av en förändring som påverkar konkurrensbeteendet. Med anledning av detta är det relevant att studera vårdaktörernas upplevelser beträffande Hälsoval Skåne.

1.2. PROBLEMFÖRMULERING

Vilka aspekter kan vara avgörande för en verksamhet inom ett vårdvalssystem?

1.3. SYFTE

Studien syftar till att öka förståelse för hur reformen Hälsoval Skåne har påverkat såväl offentliga vårdenheter som privata aktörer och härigenom lyfta fram olika problematiska aspekter som har upplevts av ett antal vårdenheter.

2. TEORI

Den teoretiska utgångspunkten för studien ligger inom området strategi vilket kan anses vara kärnan i en organisations förhållningssätt till den kontext de befinner sig i. Detta kompletteras med teoretiskt material som berör *first mover advantage (FMA)* samt *inträdes- och resursbarriärer*. Eftersom Hälsoval Skåne är ett nytt fenomen kan det ge upphov till fördelar vilka kan beskrivas med hjälp av FMA, detta kan i sin tur också ligga till grund för barriärer som kan uppstå. Genom denna teoretiska referensram tolkas empirin och det görs även ett försök att öka förståelsen samt relevansen av det empiriska materialet som lyfts fram.

2.1. STRATEGI

Goldkuhl och Röstlinger (1988) poängterar att det varje dag, runt om i världen, sker förändringar. Vissa förändringar har vi människor mindre kontroll över medan andra förändringar är direkt relaterade till våra handlingar. Begreppet strategi härrör, enligt Nationalencyklopedin (2010a) från det grekiska ordet strategos och är av militärt ursprung. Den mest förekommande företagsekonomiska definitionen är, enligt Nationalencyklopedin (2010b), ett *"långsiktigt övergripande tillvägagångssätt"*. Grant (2008) menar att företag och organisationer är i behov av strategier av samma anledning som militären är. Strategi används för att ge vägledning och syfte men även för att på ett effektivt sätt planera användningen av resurser och samordna beslut som fattas av olika personer. Vidare förklarar Grant (2008) att strategi inte alltid är något som medvetet skapas av ledningen, han menar att strategi inte alltid uppkommer genom planering utan strategi kan istället vara något som växer fram med tiden. Mintzberg (1978) skiljer mellan avsedd, realiserad och framväxt strategi. I stora drag menar författaren att avsedd strategi är något som föds på ledningsnivå medan realiserad strategi är den faktiska strategi som implementeras. Vidare antyder samma författare att den

avsedda strategin endast bli realiserad i mellan 10-30%. Det som ligger till grund för den realiserade strategin är vad Mintzberg (1978) kallar uppdykande strategi. Han menar att individers subjektiva uppfattning av den planerade strategin samt deras individuella sätt att anpassa sig till den externa omgivningen påverkar beslutsfattandet vilket i sin tur ligger till grund för den realiserade strategin.

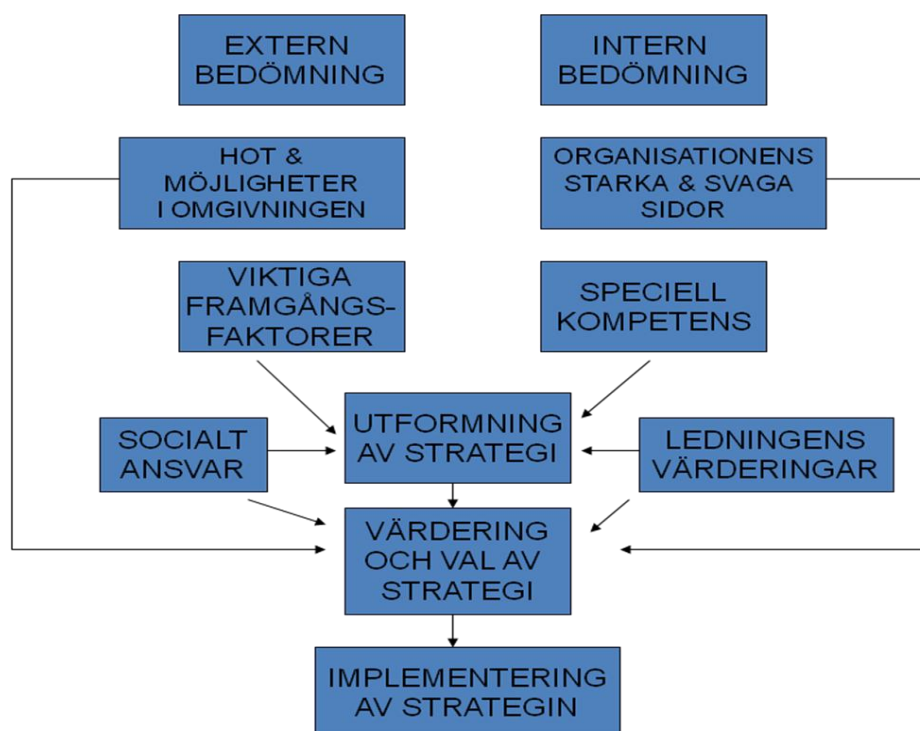
2.1.1. STRATEGIC FIT

För att en strategi ska lyckas måste det, enligt Grant (2008), finnas en överensstämmelse mellan ett företags externa miljö och interna förutsättningar. Grant (2008) menar att de interna förutsättningarna är företagets mål och värderingar, resurser och färdigheter samt dess struktur och system. Att många företag misslyckas beror, enligt samma författare, på bristen av överensstämmelse mellan den externa miljön och de interna förutsättningarna. Grant (2008) beskriver vidare att flertalet företag misslyckas med att anpassa sin strategi efter vilka resurser och färdigheter som finns. *Strategic fit* uttrycker till vilken grad en organisation matchar sina resurser och färdigheter med de möjligheter som återfinns i den externa miljön.

Grant (2008) förklarar att målen i en framgångsrik strategi ska vara enkla, förenliga och långsiktiga. Vidare ska också målen även vara mätbara, realistiska, tidsatta och utmanande. Grant (2008) menar också att en djup förståelse för omvärlden och den konkurrerande omgivningen krävs samt att företaget gör en saklig bedömning av sina resurser. Grant (2008) menar också att, utan en effektiv implementering är även de bästa strategierna till ingen nytta.

2.1.2. THE DESIGN SCHOOL MODEL

The Design School Model söker efter en balansgång mellan de interna utvecklingsmöjligheterna och de externa möjligheterna. Modellen kan, enligt Mintzberg (2000), liknas vid SWOT, som även den beskriver de interna och externa styrkorna respektive svagheter som finns i en organisation. Enligt the design school model är skapandet av en strategi en informell process som, enligt Mintzberg (1990), fokuserar på ledarens medvetenhet. Det huvudsakliga användningsområdet för modellen är, enligt Mintzberg (1990), bedömningarna av de interna och externa förhållandena, men modellen bidrar också till att upptäcka hot och möjligheter i den externa miljön. Detta i sin tur kan leda till att avslöja vilka styrkor och svagheter som kan finnas internt i organisationen. Vidare menar samma författare att en sekundär faktor finns och den handlar om att förstå ledningen och dess sociala ansvar. En kombination av dessa faktorer leder enligt Mintzberg (1990) fram till skapandet av strategier, som sedan utvärderas för att därefter implementeras. Mintzberg (2000) menar att det mest väsentliga är att det finns en överensstämmelse mellan de externa och de organisatoriska faktorerna.



FIGUR 1: BASIC DESIGN SCHOOL MODEL

2.1.3. RESOURCE BASED VIEW

Resource Based View (RBV) beskriver, enligt Grant (2008), ett grundläggande tillvägagångssätt för att utveckla en strategi. Det bygger på att företag söker en grundlig och djup förståelse för dess resurser och utvecklingsmöjligheter. RBV betonar det unika hos varje företag och, enligt samma författare, är inte nyckeln till lönsamhet att kopiera andra, utan snarare att utnyttja skillnaderna varför RBV lägger fokus på styrkor och svagheter. När det kommer till att formulera och implementera en strategi menar Grant (2008) att företag bör göra det bästa av sina interna resurser och utvecklingsmöjligheter. Grant (2008) tar också upp vikten av att skilja mellan resurser och utvecklingsmöjligheter och förklarar att resurser är de produktiva tillgångarna som ägs av företaget medan utvecklingsmöjligheterna är vad företaget kan göra med dessa resurser.

Resurserna kan enligt Grant (2008) delas in tre kategorier, gripbara, ogripbara och humana. De gripbara resurserna består av finansiella och fysiska, där de finansiella är likvida medel och möjligheten att låna och de fysiska är, byggnader, utrustning och råvaror. Ogripbara resurser omfattar teknologi, rykte och kultur, där teknologin till exempel är patent, copyrights och affärshemligheter medan rykte och kultur handlar om varumärket och relationer av olika slag. De humana resurserna innefattar skickligheter och "know-how", förmåga att kommunicera och samarbeta och även motivation.

2.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

Den fördel som ett företag kan få, då de är först ut på en ny marknad, kallas för First Mover Advantage, FMA. Denna fördel kan, enligt Grant (2008), skapas när ett företag, som första aktör på en marknad, lyckas knyta en eller flera resurser till sig som efterföljande företag inte har möjlighet att anskaffa eller, enligt Wernerfelt (1984), medför att kostnaden för att anskaffa dessa resurser, för senare köpare, blir avsevärt större. Vidare menar Grant (2008) att den vanligaste formen av FMA är copyright eller patent. FMA kan även innebära att ett företag etablerar sig i en fördelaktig lokal på en strategiskt genomtänkt plats vilket försvårar för andra aktörer att etablera sig i området. Lieberman och Montgomery (1988) menar att företag som tidigt kommer in på en marknad till en början kan sälja till underpris i ett försök att samla erfarenhet och därmed få en långsiktig kostnadsfördel även om det ger en minskad vinst. Om first movers har tillgång till mer information kan de, enligt Lieberman och Montgomery (1988) på så sätt möjligtvis köpa tillgångar under det marknadspris som kan

komma att råda i framtiden, när marknaden utvecklas. De fördelar som ett FMA kan innefatta är bland annat delaktigheten i lärandeprocessen, patent, tillgång till förköp vad gäller platser samt nyckelprodukter på en marknad. Även kostanden som kan uppstå för late mover då de försöker locka kunder från FMA-företagen kan ses som ett FMA. Det finns även fördelar för de som kallas för late movers, Lieberman och Montgomery (1988) förklarar att det finns fyra faktorer. Den första är förmågan att ”åka snålskjuts” på FMA-företags investeringar, den andra är att osäkerheten på marknaden minskar kring tekniken, den tredje är ”gate-ways” vilket är tekniska avbrott som kan ge nya aktörer en chans att ta sig in på marknaden och den fjärde är trögheten hos dem med dominerande ställning vilket gör det svårt för dem att anpassa sig till förändringar.

2.3. INTRÄDESBARRIÄRER OCH RESURSBARRIÄRER

Det finns två typer av barriärer vilka kan påverka konkurrenssituationen på en marknad. Den första är inträdesbarriärer vilket traditionellt sätt endast påverkar situationen mellan de etablerade företagen och potentiella, framtida, aktörer. Om ett café, till exempel, köper lokal A som är den enda lokalen som finns i det kvarteret medför det svårigheter för andra caféer att etablera sig. Den andra typen av barriär är resursbarriärer. Till skillnad från inträdesbarriärer skapar resursbarriärer en fördel gentemot redan etablerade konkurrenter. Resursbarriärer kan, enligt Wernerfelt (1984) medföra potentiellt större lönsamhet då det innebär att ett företag får en komparativ fördel gentemot sina konkurrenter. Grant (2008) tar upp två typer av barriärer, den ena är *rörlighetsbarriärer*² som handlar om att skydda ett visst segment från företag som befinner sig i andra segment att etablera sig, den andra är inträdesbarriärer som till skillnad från rörlighetsbarriärer skyddar industrin i helhet. Enligt Porter (1979) finns det sex typer av inträdesbarriärer: stordriftsfördelar, produktdifferentiering, krav på kapital, kostnadsnackdelar oberoende storlek, tillgång till distributionskanaler och statliga restriktioner. Porter (2008) har kompletterat med ytterligare en inträdesbarriär, en sjunde vilken berör kundens omställningskostnader. Den första inträdesbarriären *stordriftsfördelar* handlar om hur nya aktörer på marknaden tvingas till antingen att starta sin verksamhet i stor skala eller att acceptera kostnadsnackdelar som kan uppstå som ny aktör. *Produktdifferentiering* beskriver problematiken som finns kring kundlojalitet och identifieringen med den nya produkten vilket skapar en inträdesbarriär. Det finns ett flertal saker som bidrar till att kunder identifierar sig med en produkt eller ett

² Översättning från eng. *Barriers of mobility*

varumärke som till exempel marknadsföring, kundservice, att vara först i branschen och produkt differentieringen, alla ovan nämnda punkter främjar identifieringen av varumärket. *Kapital kravet* belyser problematiken kring konkurrens och för att kunna konkurrera så behövs det mycket kapital för att etablera sig som ny aktör på marknaden och det gäller då främst ting som den grundläggande utrustningen, inventarier, men även förluster som uppkommer vid en uppstart, alla dessa aspekter skapar inträdesbarriärer. *Kostnadsnackdelar oberoende storlek* handlar om hur etablerade aktörer kan ha kostnadsfördelar gentemot potentiella rivaler, oberoende av storlek och ekonomi. *Tillgång till distributionskanaler* tar upp vikten av att som ny aktör säkerställa sina distributionskanaler, allt eftersom befintliga aktörer knyter dessa till sig kan denna barriär bli allt svårare att övervinna. *Statliga restriktioner* belyser hur staten kan begränsa och till och med utesluta nya aktörer från att etablera sig på marknaden. Staten kan även komma att spela en indirekt avgörande roll när det kommer till olika restriktioner som begränsar nya aktörer från att etablera sig på marknaden genom att sätta begränsningar och restriktioner.

2.4. TEORETISK SAMMANFATTNING

Strategi kan vara något som medvetet skapas men även något som successivt uppstår. Både interna förutsättningar och externa möjligheter påverkar en strategis utformning vilket gör att strategi är något som ständigt måste förändras. First mover advantage är något som bör beaktas när en strategi utformas. Den fördel ett FMA kan innebära, kan uppstå på olika sätt, bland annat kan det uppstå när ett företaget är först ut på en marknad eller då ett företag är först ut med en ny produkt eller teknik. Dessa fördelar kan i sin tur skapa barriärer vilka försvårar för potentiellt nya aktörer att träda in på marknaden. Dessa barriärer kan, bland annat, skapas av statliga restriktioner men också genom att företag knyter resurser till sig och gör det svårare för efterföljande företag att anförskaffa samma resurser till ett jämförbart pris.

3. METOD

I detta kapitel beskrivs och motiveras den metodologiska ansats som ligger till grund för studien. Fallföretagen presenteras och likaså intervjupersonerna. Vidare beskriv också hur intervjuerna utförts samt vilka teman de berört. I slutet av kapitlet redogörs för studiens validitet och tillförlitlighet.

3.1. VAL AV METOD

Med studiens problemformulering i åtanke har den kvalitativa ansatsen av författarna bedömts som lämplig. Empirin utgörs av intervjupersonernas upplevelser och den kvalitativa metoden medför, enligt Jacobsen (2002), en möjlighet att låta verkligheten, som forskningsobjektet befinner sig i, styra datainsamlingen. Enligt Bryman och Bell (2005) har den kvalitativa metoden fokus på ord samt anses den vara mer lämplig när forskarna vill skapa sig en djupare förståelse för ett fenomen. Genom att genomföra en fallstudie av ett antal fall går det att skapa en bredare bild samt en djupare förståelse för olika aktörers upplevelser.

3.2. VAL AV FALLSTUDIEOBJEKT

Studien fokuserar på fem fall som utgörs av vårdenheter i Skåne län. Dessa vårdenheter är av intresse då primärvården i Skåne nyligen har genomgått en större förändring. Alla vårdenheter som fanns presenterade på Region Skånes hemsida i början av mars 2010 övervägdes. Med hjälp av listan som presenterades på Region Skånes hemsida söktes först kontakt med vårdenheter inom Malmö vilket kan liknas vid vad Bryman och Bell (2005) beskriver som ett bekvämlighetsurval. När detta visade sig vara svårt utvidgades urvalsramen till hela Skåne län. Fem fall valdes ut varav tre är privat och två offentliga. Detta för att få en relativt representativ bild av olika aktörer och deras kontext.

FALL 1 - PRIVAT

Fall ett utgörs av en mindre privat aktör och vårdenheten ligger centralt i en större stad med cirka 300 000 invånare. Vårdenheten startades och sökte ackreditering för att träda in i Hälsoval Skåne, vilket skedde den 1 oktober 2009. Ägaren har tidigare bedrivit annan verksamhet i samma lokaler, även detta på uppdrag av Region Skåne. Vårdenheten erbjuder ett brett vårdutbud, snabb hjälp och ett flertal specialister varibland ägaren själv tillhandahåller kompetens inom psykiatri och är legitimerad läkare. Bemötandet på kliniken

ska vara personligt och patienten ska alltid komma fram per telefon, det vill säga, patienten ska inte drabbas av några långa telefonköer. Lokalerna är ljusa och moderna vilket ska bidra till en lugnt och harmonisk miljö. Verksamheten har en längre tid gått med förlust och i början av april 2010 såldes verksamheten till en av de större privata aktörerna.

FALL 2 - PRIVAT

En privat vårdenhet som ligger i en kommun med cirka 30 000 invånare utgör fall två. Verksamheten trädde in i Hälsoval Skåne den 1 maj 2010 och företaget som äger vårdenheten tillhandahåller även specialistvård i kommunen. Detta sker i samma lokaler samt lokaler i anslutning till den nystartade vårdenheten. Specialistvårdsavtalet är också på uppdrag av Region Skåne i enlighet med en tidigare vunnen upphandling.

FALL 3 - PRIVAT

Det tredje fallet utgörs av en privat aktör som har sitt säte i en mindre ort med cirka 10 000 invånare. Ägarna driver sedan tidigare tre företag inom vårdbranschen varav ett är ett vårdboende vilket ligger i anslutning till den nystartade vårdenheten. Den nystartade vårdenheten bedriver verksamhet på två geografiska platser inom närområdet. Vårdenheten startades i samband med att Hälsoval Skåne infördes, det vill säga, den 1 maj 2009. Ägarna har sedan tidigare varit verksamma inom Region Skåne och den offentliga vården men har alltid haft tankar på att starta eget.

FALL 4 - OFFENTLIG

Fall fyra är en offentlig vårdenhet som ligger centralt i en större stad med cirka 300 000 invånare och har varit verksam sedan 1999. När hälsovalet infördes den 1 maj 2009 ackrediterades enheten och gick med. Vårdenheten erbjuder rehabilitering och sjukgymnastik i anslutning till vårdenheten och det finns även en barnavårdscentral, BVC i direkt anslutning. Vårdenheten är i ett expansivt skede och bygger ut för att personalen ska kunna få lite mer utrymme.

FALL 5 - OFFENTLIG

Det femte fallet utgörs av en offentlig vårdenhet som ligger i utkanten av en större stad med cirka 300 000 invånare. Tidigare hade vårdenheten bedrivit distriktsköterskeverksamhet i lokalerna men i samband med hälsoval Skåne ombildades enheten. Distriktsköterskeverksamheten bistod tidigare, i stor utsträckning, en privat aktör i närområdet med sina tjänster. Vårdenheten erbjuder patienten mycket tid och vill även kunna göra det i fortsättningen.

3.3. VAL AV INTERVJUPERSONER

Intervjupersonerna i de olika fallen utgörs av individer med kännedom om respektive vårdenhets bakgrund, de har även haft insyn i vilka faktorer som bidragit till de beslut som fattats. Intervjupersonerna har även varit delaktiga, antingen i uppstarten av verksamheten eller i förändringsprocessen vid inträdet i Hälsoval Skåne. Genom att intervjupersonerna har haft en stor insyn i verksamhetens strategi och bakgrund säkerställs att studien fångar de upplevelser som varit av betydelse för verksamheternas strategiska utveckling samt vilka val som varit viktiga för verksamhetens utveckling. Den första kontakten med Intervjupersonerna har antingen skett per telefon eller med ett personligt besök hos respektive vårdenheten. Detta har antingen resulterat i en direkt avtalad tid för intervjun eller att ett meddelande har lämnats till vederbörande alternativt har ett telefonnummer överlämnats till forskarna som sedan upprättat kontakt för en intervjutid. Endast en av de fem intervjuade intervjupersonerna visade sig vara en man men eftersom studiens syfte inte är att återge något genusperspektiv, utan vårdenheternas upplevelser kring Hälsovalet har det inte gjorts några ansträngningar för att lokalisera fler män. Författarna har valt att anonymisera intervjupersonerna och fallföretagen då detta upplevs som etiskt korrekt.

I fall ett är intervjupersonen ägare till verksamheten samt medicinskt ansvarig. Intervjupersonen är läkare, har kunskap inom psykiatri och har sedan tidigare arbetat med Region Skåne. Då under LOU och med en annan verksamhet också inom vårdbranschen.

Intervjupersonen i fall två har varit anställd på vårdenheten sedan november 2003, då först som sjuksköterska. Vidare har intervjupersonen sedan erhållit ledarskapsutbildning, en uppdragsutbildning som Region Skåne anordnade och år 2005 började intervjupersonen arbeta som enhetschef för att sedan gå vidare till verksamhetschef från och med januari 2010.

I fall tre är intervjupersonen en av de två ägarna till verksamheten. Båda ägarna har tidigare varit anställda av Region Skåne och intervjupersonen har en bakgrund som sjuksköterska inom akutsjukvården men har även varit chef för ett par verksamheter inom Region Skåne. Intervjupersonen ser sig själv som en entreprenör och har tidigare erfarenhet av att starta upp verksamhet inom vårdbranschen, vårdenheten är det fjärde bolaget i ordningen.

I fall fyra är intervjupersonen personalsamordnare och har bland annat hand om löner, personal, samordning med läkare och sjuksköterskor men assistera även verksamhetschefen. Intervjupersonen har varit anställd vid vårdenheten i elva år och började där som medicinskt sekreterare³ men har under årens lopp gått kompletterande utbildningar vilket har resulterat i denna anställningsform.

Intervjupersonen i fall fem har varit verksamhetschef sedan uppstarten av vårdenheten men har sedan den 1/4 2010 gått tillbaka till en anställning som distriktsköterska.

3.4. INTERVJU

Intervjuerna har varit semi-strukturerad till karaktären och frågorna har haft en betoning av det generella (se, bilaga 1). Detta för att lämna större utrymme till intervjupersonen då tyngden ligger i intervjupersonernas egna uppfattningar och synsätt vilket ligger i linje med Brymans och Bells (2005) redogörelse för tillvägagångssättet vid denna typ av intervjuer. Ett antal teman arbetades fram vilka sedan har legat till grund för den intervjuguide som styrte intervjuerna. Att intervjuerna har varit semi-strukturerade innebär att den intervjuguide som initialt framställdes inte har följts till punkt och pricka. Under intervjuernas gång har intressanta svar bidragit till att nya teman uppmärksammats varpå följdfrågor och där ibland andra frågor än de förutbestämda har ställts. Således har intervjupersonerna fått större utrymme att styra riktningen på intervjuerna. Intervjuerna har ägt rum på respektive vårdenhet i ett enskilt rum där bara intervjupersonen och forskarna deltagit. I tre av fallen har båda forskarna deltagit vid intervjun och vid de andra två intervjuerna har forskarna utfört var sin då den andra fått förhinder att delta vid respektive tillfälle. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon efter att intervjupersonerna givit sitt medgivande. Bryman och Bell (2005) menar att situation till en början kan kännas obekvämt och lite oroande för intervjupersonen när intervjuer spelas in men detta har inte varit något som uppmärksammats bland intervjupersonerna. Samtliga

³ Tidigare benämnt läkarsekreterare

respondenter har gett sitt medgivande att låta sig spelas in under intervjuerna och inget har tytt på någon oroskänsla.

Vidare har inte intervjupersonerna fått ta del av frågorna i förväg, de har varit helt ovetande om vilka frågor som kommer att ställas. Det enda som avslöjats, när kontakt upprättades, var ämnet och lite kring vilka teman som forskarna varit intresserade av att ställa frågor kring, vilka redovisas i bilaga 1.

De genomförda intervjuerna har transkriberats och skrivits ut vilket också beskrivs och rekommenderas av Bryman och Bell (2005) eftersom det ger dels en noggrannare analys av vad som sagts, forskarna kan göra upprepade genomgångar av intervjupersonernas svar samt att den insamlade informationen kan användas flera gånger. Detta har gjorts för att kunna få en så fullständig redogörelse som möjligt från intervjutillfällena och ge en så detaljerad bild som möjligt samt fånga intervjupersonernas egna ordalag.

3.5. TEMAN

Intervjuguiden som har använts vid samtliga intervjuer är uppdelade i olika teman som undersökningen kretsar kring. Den har varit strukturerad på så sätt att teman följer varandra på ett naturligt och följsamt sätt samtidigt som det utan bekymmer går att ändra ordningsföljden på frågorna, vilket har skett vid ett par tillfällen.

Bryman och Bell (2005) menar att det är viktigt att kunna sätta in intervjupersonens svar i ett sammanhang och således är det första temat som berörs vid intervjuerna bakgrundsfakta, om själva intervjupersonen. Detta medför att en bild av intervjupersonen skapas, vilken position denna har i organisationen och vilken utbildning, med mera. Andra teman som berörs är kompetens, konkurrens, resurser, drivkrafter samt upplevda möjligheter och risker.

Temat kompetens berör frågor som handlar om vilken kompetens som de kanske har saknat eller kanske behövt för att vårdenheten ska utvecklas med Hälsoval Skåne. Temat tar även upp frågan om rekrytering och underleverantörer.

Temat konkurrens handlar om hur vårdenheterna positionerar sig gentemot konkurrenter och konkurrenssituationen som dem befinner sig i. Frågorna berör även vilka konkurrenter som fanns innan och vilka som finns nu men också vad vårdenheten har att erbjuda, det vill säga, hur de konkurrerar.

När det kommer till resurser och drivkrafter berör frågorna bland annat kritiska resurser, kärnverksamhet och vilka drivkrafter som finns. Detta medför att en bild byggs upp av vilka resurser de förfogar över och hur dessa används. I det här temat finns även frågor som rör deras marknadsstrategi och marknadsföring, detta för att se hur vårdenheterna jobbar eller har jobbat med att göra sig kända för allmänheten.

Det sista temat som berörs är möjligheter och risker, här finns frågor om varför vårdenheterna gick med och vilka möjligheter och risker de såg med Hälsoval Skåne. Vidare berör temat också beträffande samt vilka möjligheter och risker som de har stött på under tiden.

3.6. VALIDITET

Validiteten brukar enligt Bryman och Bell (2005) delas in i två kategorier, intern samt extern validitet. Intern validitet tar upp trovärdigheten kring slutsatsen, ”*har vi verkligen studerat vad vi säger att vi har studerat*” medan extern validitet belyser huruvida resultaten från undersökningen kan generaliseras. Samtidigt är dessa begrepp inte utformade för den kvalitativa ansatsen och således ges en beskrivning av hur de används i föreliggande studie. Samtliga intervjuer har granskats kritiskt och intervjupersonernas bakgrund har beaktas. Vidare har inte intervjupersonerna fått ta del av frågorna för än vid intervjutillfället vilket innebär att chanserna att konstruera svar eller i förväg bestämma vad de ska svara på en viss fråga minskar. Med anledning av detta bedöms den interna validiteten som hög. Samtidigt som studien utgörs av fem väldigt olika fall som möjligen kan representera en större, bredare allmän bild av vårdvalsmodellen i Skåne, är detta en fallstudie och syfte är inte att generalisera eller kvantifiera data vilket bidrar till att den externa validiteten blir lägre än den interna.

3.7. RELIABILITET

Reliabilitetsbegreppet är enligt Bryman och Bell (2005) är mer lämpat till kvantitativa studier där forskarna ofta eftersträvar ett mått på stabilitet. Reliabiliteten beskrivs av Bryman och Bell (2008) som tillförlitlighet och rör frågan huruvida resultatet från undersökningen kommer att bli det samma om den skulle genomföras på nytt eller om resultatet kan ha påverkats av slumpmässiga eller tillfälliga betingelser. Eftersom denna studie bygger på hur intervjupersonerna har upplevt en viss situation medför det att reliabiliteten kan vara svår att mäta eftersom det är svårt, möjligen omöjligt att återskapa samma kontext

3.8. KRITIK

Viss kritik kan riktas mot studien. Under intervjuerna har till exempel frågor formulerats kring ord som kärnverksamhet. Detta kan möjligen bidra till att svaren blir missvisande då intervjupersonerna kanske inte är bekanta med begreppen. Vidare har möjligen vissa följdfrågor i all hast kunnat uppfattas som ledande frågor vilket kan ha lett intervjupersonerna in på olika vägar och i sin tur påverkat deras svar.

4. EMPIRISK ANALYS

Under intervjuerna uppkom ett antal återkommande teman och den empiriska analysen bygger på de mest frekvent återkommande teman. Dessa teman utgörs inte av samma teman som intervjufrågorna i bilaga 1 utan har identifierats ur det empiriska materialet. Det empiriska materialet presenteras samtidigt som en analys följer i varje avsnitt och genom att analysera fall för fall återges en samlad bild av intervjupersonernas upplevelser i varje fall. Efter detta följer en slutdiskussion var i vi drar paralleller mellan de olika fallen och diskuterar likheter och skillnader samt dess relation till den teoretiska referensram vilket studien utgår från. De teman som analysen berör är: resurser och utvecklingsmöjligheter, first mover advantage, strategi, konkurrens och möjligheter och risker. Alla teman diskuteras i samtliga fall, om än i olika utsträckning beroende på intervjupersonens svar.

4.1. FALL ETT - PRIVAT

4.1.1. RESURSER OCH UTVECKLINGMÖJLIGHETER

Ägaren av verksamheten berättar att han/hon tidigare bedrivit annan verksamhet och beskriver att upphandlingen för den tidigare verksamheten nästan gav dem ett monopol. När myndigheten som köpte tjänsten, enligt intervjupersonen, fick mindre pengar av regeringen var de tvungna att skära ner på verksamheten. Intervjupersonen berättar om valet att starta en vårdenhets:

“Det fanns en ideell bild hos mig, liksom, få visa att det här fungerar och i med att det här kom samtidigt som jag hade lokalen så söker jag ackreditering.”

Vidare beskriver intervjupersonen bakgrunden till vårdenhetsen och förklarar att han/hon själv upplever att vårdenhetsen har absolut bästa tillgänglighet i staden och att det finns enorma fördelar med platsen. Vårdenhetsen erbjuder ett brett vårdutbud, kortare väntetid än det krav vårdgarantin ställer samt ett flertal specialister. Intervjupersonen förklarar att deras målsättning är, att patienten ska få träffa en läkare samma dag, om så behövs, och en specialist inom fem arbetsdagar. Respondenter utvecklar:

”... jag hade en tanke eller en dröm egentligen, jag har aldrig trott på att det finns för få läkare eller att det finns för få sköterskor utan det finns bara brist på incitament och drivkraft ... här fick man kanske en chans att visa att det faktiskt

går att få fram läkare snabbt till patienterna, att de inte behöver vänta i all evig tid.”

Enligt Goldkuhl och Röstlinger (1988) har vi inte kontroll över alla förändringar som sker i omvärlden vilket också går att skönja ur intervjupersonens berättelse. På grund av ett politiskt beslut var på de tvingade att minska på den dåvarande verksamheten, ett beslut de inte kunde påverka eller råda över. I linje med RBV är det, enligt Grant (2008), viktigt att ett företag söker djup förståelse för hur dess resurser kan användas och vilka utvecklingsmöjligheter de har. Hälsoalet kommer lägligt och intervjupersonen ser sin chans att starta en ny verksamhet inom vårdbranschen. Det stora utbudet av vårdtjänster ligger i linje med den teori som Grant (2008) presenterar beträffande strategic fit och ger sitt uttryck i hur intervjupersonen gör ett försök till att tillfredsställa de behov som har identifierats bland invånarna; intervjupersonen ser möjligheten att erbjuda ett brett utbud, ett utbud som ska passa alla. Grant (2008) förklarar även vikten av att det ska finnas en överensstämmelse mellan ett företags externa miljö och interna förutsättningar vilket intervjupersonen möjligen gör ett försök att uppnå. Bevisligen var det möjligt att få fram läkare snabbt vilket också efterfrågades och denna samstämmighet uppnåddes.

4.1.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

När vårdenheten trädde in i hälsoalet den 1 oktober 2009 upplevde intervjupersonen att verksamheten särbehandlades och förklarar att det skett ett missförstånd. Vidare berättar intervjupersonen:

”Det blev ju lite missförstånd, rättare sagt hade jag vetat att det skulle bli sån särbehandling av dem som inte startade 1 maj, hade jag ju startat 1 maj ... det går inte som liten aktör att starta någonting i med att man särbehandlas och det är ju inte bara i de antal passivt listade, när vi startade var vi inte med på hemsidan som alla andra vårdcentraler...”

Den särbehandling intervjupersonen upplever har i stor utsträckning att göra med den passiva listningen och vidare förklarar intervjupersonen den problematik som han/hon upplever:

“...ja i med att vi då inte fick eller har fått någon kompensations för de här patienterna så är det ju inte kostnadsneutralt att starta när man startar en vårdcentral, de går alltså inte att starta efter 1 maj det är en omöjlighet ...”

Grant (2008) förklarar att det kan vara möjligt för företag som är först ut på en marknad att knyta resurser till sig vilka som sedan antingen kan vara omöjliga eller svårare för konkurrenter, som träder in på marknaden vid ett senare tillfälle, att anförskaffa. Vårdenheten, i fall ett, är en "second mover" i denna reform, de startade inte upp i samband med att hälsovalet infördes vilket senare visar sig vara problematiskt för verksamheten. Intervjupersonen beskriver situationen i enlighet med Grants (2008) redogörelse för inträdesbarriärer. Intervjupersonen upplever att en barriär har byggts upp vilket gör det, näst intill, omöjligt för nya aktörer att träda in på marknaden vilket i sin tur påverkar den fria konkurrensen och hämmar utvecklingen.

4.1.3. STRATEGI – ATT ANSTÄLLA ELLER INTE?

Det fanns en strävan att minimera fasta kostnader och med anledning av detta fanns det endast sex anställda på vårdenheten, varav den ena var ägaren själv som tillförde sin kunskap inom psykiatri. Av de övriga fem utgjordes en anställning av en distriktsläkare vilket är ett måste för att få ackreditering i hälsovalet. När intervjun började beröra frågor kring kompetens förklarade intervjupersonen:

"I rörelsen så... man måste ha en distriktsläkare för att få kunna vara med i hälsovalet, det måste man ständigt ha... och sen har jag min kunskap i psykiatri också, det är basen. Vi har så få patienter så vi kan inte ha fler."

I linje med RBV gäller det att se möjligheterna med det företaget för tillfället förfogar över, vilket visar sig tydligt i den strategi intervjupersonen beskriver. Samtidigt verkar inte denna strategi vara något som medvetet skapats, den strategi som går att identifiera verkar ha växt fram och går möjligen i linje med vad Mintzberg (1978) kallar framväxt eller realiserad strategi. Intervjupersonen uttrycker denna strategi som den enda möjligheten, det vill säga, för att det överhuvudtaget ska vara möjligt att starta en vårdenhet.

4.1.4. KONKURRENS PÅ LIKA VILLKOR

Intervjupersonen upplever frustration och förklarar att situationen inte är konkurrensneutral i flera avseenden och fortsätter med att beskriva sin upplevelse:

"... den offentliga sjukvården bröt ju redan innan upphandlingen eller innan starten av hälsovalet mot upphandlingslagar, de utbildade alla sina chefer inför

uppdraget så de lade den kostnaden på budgeten innan, de utrustade alla vårdcentraler, allting innan ...”.

Porter (1979) förklarar att omställningskostnaderna som kan uppkomma när ett företag träder in på en ny marknad kan bli stora. Den frustration intervjupersonen känner har möjligen sin grund i omställningskostnader som uppkommit i den initiala fasen.

Vidare går det att skönja en upplevelse om att Region Skåne, till viss del, arbetar emot de privata aktörerna. Intervjupersonen menar att Region Skåne påverkar konkurrenssituationen genom, vad han/hon liknar vid protektionism. Vidare förklarar intervjupersonen att detta även kan äventyra patientsäkerheten:

”... privata aktörer kan inte gå in och kolla labb, tidigare labbresultat trots att vi har tillgång till program ...lika så är det med röntgen och det är ju kanske ännu värre i med att man kanske måste stråla en patient med röntgenstrålar helt i onödan så det här kan ju anses vara direkt patientskadligt ... vi får bara reda på våra egna provsvar de får reda på allt, de får reda på vårt om de går in så det är ensidigt och så här jobbar man då mot primärvården hela tiden det är inte på samma villkor”

Porter (1979) beskriver hur statliga barriärer och begränsningar kan försvåra och även utesluta att nya aktörer från att etablera sig på en ny marknad; genom restriktioner av olika slag kan staten ibland spela en direkt avgörande roll. Det är tydligt att intervjupersonen upplever att Region Skåne har satt upp vissa restriktioner vilka har negativ inverkan på vårdenheten.

4.1.5. UPPLEVDA MÖJLIGHETER OCH RISKER

Möjligheterna med hälsovalet upplevdes, enligt intervjupersonen, som jättestora. Vidare anser han/hon att chansen att konkurrera med landstingen och idén att betala ut ersättning per listad patient är jättebra. Intervjupersonen är medveten om skillnaderna mellan Hälsoval Skåne och den vårdvalsmodell Stockholm använder och berättar att i:

”...Stockholm är det brist på patienter det är ju inte brist på läkare och sköterskor utan det är brist på patienter. Och det hade det kunna bli här också med lite förändringar i lagen men som det är just nu så är det ju katastrof...”

Porter (1979) beskriver problematiken kring konkurrens och vikten av kapital för att täcka de kostnader, alternativ förluster, som ibland, drabbar nystartade företag i uppstartsprocessen. Den frustration intervjupersonen känner har möjligen sin grund i ett bristande kapital.

Vidare uttrycker inte intervjupersonen någon oro beträffande konkurrenssituationen och menar på att de större aktörerna är lite för stora för att vara effektiva, både inom den offentliga och privata sektorn.

4.2. FALL TVÅ - PRIVAT

4.2.1. RESURSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

Verksamheten ägs av ett av de största privata vårdföretagen i Sverige och driver bland annat vårdboenden men erbjuder även hemtjänst och missbruksvård. Företaget bedriver sedan tidigare specialistvård i lokalerna under ett annat avtal och med en redan uppbyggd kundkrets till specialistverksamheten förklarar intervjupersonen att:

”... det är ju så många patienter som har frågat efter om man kan lista sig här redan ... vi har ju fått frågan enda sedan maj i fjor ... så att det var ju inte så svårt för oss att, när vi slog upp dörrarna för hälsocentralen, att patienter började lista sig.”

När intervjupersonen vidare beskriver vad de upplever som kritiska resurser blir det tydligt att deras kärnverksamhet är den verksamhet som går under specialistvårdsavtalet och inte vårdenheten. Intervjupersonen utvecklar:

”... vi är ju fortfarande i uppstarten med hälsocentralen. Men det kan ju bli tvärtom en gång, det vet vi ju inte. Jag menar vår specialist, i med att det är utsatt på en tid, det är ju inte hälsovalet, jag menar, klarar man sig ekonomiskt kan de ju vara hur länge som helst men vi vet ju att vårt specialistvårdsavtal går ut någon gång.”

På grund av specialistvårdsavtalet har företaget redan en välutvecklad personalstab som täcker en rad kompetenser. Enheten arbetar aktivt med bemötandet, men det är deras närhet till specialister inom olika områden som, enligt intervjupersonen, är deras trumfkort. Intervjupersonen berättar:

“... specialisterna tycker jag är viktigt att vi har runt om kring oss, det är ju vårt starka kort, för det gör ju ändå att, är det någonting så kan ju doktorn, specialisten i allmänmedicin, lätt gå till sin kollega på fikarasten och prata med den ...”

Inget tyder på att företaget skulle ha öppnat en vårdenhets utan påtryckningarna från invånarna i området. Att mobilisera resurser till detta verkar ha bestämts då efterfrågan uppmärksammats och möjligheterna uppenbarats samtidigt som specialistavtalet antagligen haft störst inverkan då detta är företagets kärnverksamhet på orten för tillfället. Resurserna att öppna en vårdenhets fanns redan, det fanns plats i lokalerna och en del av den personal som krävdes fanns också. Vårdenheten ser till vad de är duktiga på och vad de kan erbjuda, vilket går i linje med den redogörelse Grant (2008) lämnar beträffande RBV och strategic fit. Ett slags samspel mellan det interna förutsättningarna och de externa möjligheterna.

4.2.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

Intervjupersonen uttrycker att avtalet var tydligt, de visste att vårdenhets inte skulle få ta del av någon passiv listning då de startade senare än 1 maj 2009. Samtidigt ser intervjupersonen ingen större problematik med detta och beskriver deras syn på situationen:

“Det var bara i fjor när man startade hälsovalet, då blev man tilldelad olika många så att säga, så då kunde man ju få 3 000 direkt, men vi har, vi började ju verkligen på noll, den 1 mars. ... Ja fast det är ju så många patienter som har frågat efter om man kan lista sig här redan ...”

Det FMA som byggts in i hälsovalet ser intervjupersonen inte som ett problem. Vårdenheten har redan ett FMA som härrör från den specialistverksamheten de bedriver vilket går i linje med vad Wernerfelt (1984) beskriver som en komparativ fördel. Närheten till specialister är för vårdenheten ett ”ess i rockärmen”. Vidare kan det tänkas att vårdenheten drar nytta av vad som kan liknas vid vad Porter (1979) förklarar beträffande stordriftsfördelar, det vill säga, det finns en möjlighet att samordna resurserna vilka krävs för de olika verksamheterna/avtalen. Det finns även en ekonomisk styrka i att verksamheten ägs av en större aktör.

4.2.3. STRATEGI – ATT ANSTÄLLA ELLER INTE?

Vårdenheten köper i stor utsträckning in de flesta tjänsterna från läkare med egna bolag. Av sina cirka 50 medarbetare var det endast en liten del som var anställda direkt av vårdenheten.

Ett flertal av de läkarna arbetar endast deltid, från en dag i veckan till fyra dagar. Detta uttryckte intervjupersonen inga bekymmer över, detta ansågs istället vara ett bra sätt för vårdenheten att utvecklas. Intervjupersonen förklarade:

”Ja, och det är ett väldigt bra sätt, just det här för att upprätthålla en bra kompetens, med just lite yngre läkare som kommer hit och jobbar som liksom har senaste nytt, det är ju väldigt bra för oss. Sen har vi ju en del lite äldre läkare som kommer hit och jobbar som har gått i pension i det offentliga men som vill jobba nått år extra.”

Den specialistverksamhet som företaget bedriver medför att personal kan utnyttjas i båda verksamheterna vilket medför att kompetens kan utnyttjas var den än behövs samtidigt som kostnader också kan fördelas.

Mintzbergs (1978) definition av avsedd strategi går i linje med intervjupersonens uppfattning, han/hon menar att det är ett strategiskt val att köpa in tjänster från läkare med egna bolag, det är bra för den kompetensbredd som de vill uppnå. Vidare kan det tänkas att deras personalstrategi är formad av specialistverksamheten och endast något som anammats av vårdenhetens under dess uppstart.

4.2.4. KONKURRENS PÅ LIKA VILLKOR

Intervjupersonen är medveten om den begränsning som finns inbyggd i den programvara som alla vårdenheter använder men upplever inte detta som något större problem.

”... labb och sånt får vi ju via dator så att säga. Sen är vi ju inte uppkopplade så att vi kan se röntgen och sånt, eftersom vi är privata så får man inte så mycket...”

Vidare förklarar intervjupersonen också att det finns möjligheter till röntgen i en närliggande byggnad i direkt anslutning till vårdenheten och förklarar:

”... är det så att vi vill göra det, att våra läkare här ordinerar det [röntgen], kan dom ju gå över direkt och titta på de bilderna eller få ett svar ju, så det är väldigt bra ju.”

I mångt om mycket upplever intervjupersonen ingen problematik beträffande konkurrenssituationen. De resurser som finns tillgängliga och möjligheten att utnyttja, till

exempel, den närliggande röntgen medför möjligen en komparativ fördel gentemot andra vårdenheter vilket påverkar upplevelsen.

4.2.5. UPPLEVDA MÖJLIGHETER OCH RISKER

Intervjupersonen berättar att Hälsoval Skåne innebar en möjlighet att starta en vårdenhet. Resurserna fanns i stor utsträckning och i enlighet med RBV förklarar Grant (2008) vikten av att förstå utvecklingsmöjligheterna som finns i de resurser som verksamheten förfogar över. Denna potential har uppmärksammats och på ett strategiskt sätt har verksamheten således utvecklats.

4.3. FALL TRE - PRIVAT

4.3.1. RESURSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

”att knyta ihop det som är ett kommunalt uppdrag med ett regionalt uppdrag för vi som privata företagare har möjligheten att bedriva olika verksamheter sammantaget.”

Detta citat beskriver upplevelsen väl, som en enorm möjlighet vilket kan gynna vårdenheten. Det kan tänkas att denna möjlighet återspeglar den vision och strategi som vårdenheten arbetar mot. Mintzberg (1978) menar att den realiserade strategin kan bygga på individens subjektiva uppfattning av den avsedda strategin. En möjlighet har identifierats vilket bygger på en utveckling av den offentliga vårdens strategi och försöka till att öka kvalitén för patienterna. En möjlighet att sammanföra olika uppdrag under samma tak.

Ägarna avslutade sina anställningar inom den offentliga vården och valde att starta eget. Intervjupersonen, som är en av ägarna, betraktar sig själv som en entreprenör och vårdenheten är det fjärde företaget som duon startar upp inom vårdbranschen. Intervjupersonen berättar:

“... det är ju så, när man har jobbat som chef i Region Skåne, har man ju ändå skaffat sig ett visst kontaktnät, både med tjänstemän och politiker i Region Skåne, men framför allt med människor ute i kommunerna ...”

För att säkerställa sin position och samtidigt öka antalet listade patienter vid uppstarten av Hälsoval Skåne valde företaget att köpa upp en privat läkarmottagning i kommunen. Med

cirka 2000 patienter skulle detta bli en välkomnad bonus vid inträdet och han/hon fortsätter med att berättar:

“Innan den 1 maj 2009 när hälsovalet startade så hade vi då köpt en privat läkaremottagning ... cirka 2000 individer hade någorlunda regelbundet kommit dit och har sin journal där eller hade sin journal där. Och då räknade vi självklart med att få ta del av de patienterna när vi gick in i hälsovalet. Nu blev det inte så av olika anledningar och vi känner oss lite missgynnade ... ”

Vidare förklarar intervjupersonen vad detta missförstånd berodde på:

”Från den 1 maj skulle allt falla tillbaka på den gamla familjeläkarereformen och hade man någon gång listat sig då så var det där man tillhörde, så dom som hade gått på vår läkarmottagning som vi köpte dom blev automatiskt listade på den offentliga vårdenheten inför hälsovalet så vi började med noll [aktivt] listade patienter den 1 maj.”

I linje med vad Goldkuhl och Röstlinger (1988) säger går det inte att kontrollera alla förändringar. Tydligt är att vårdenheten gjorde ett strategiskt drag som möjligen kunde resultera i ökat antal patienter, resultatet blev endast minskad konkurrens och ett fåtal listade.

4.3.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

Vårdenheten startas upp i samband med hälsovalet och får således ta del av den passiva listningen; de fick cirka 600 patienter listade på vårdenheten. Samtidigt uppstår det också ett missförstånd vilket vi tidigare nämnt. Vårdenheten är med i uppstarten och får ta del av den passiva listningen vilket, enligt Grant (2008) medför ett FMA, det blir svårare för efterföljande företag att knyta an sig dessa resurser⁴. Samtidigt blir vårdenheten en ”second mover” som missgynnas av de offentliga vårdenheternas FMA, då de redan hade listat folk under perioden då lagen om husläkare (SFS 1993:588) var aktuell.

4.3.3. STRATEGI – ATT ANSTÄLLA ELLER INTE?

Vårdenheten har näst intill all sin personal anställd i verksamheten. Av 22 anställda individer var det endast en specialistsjuksköterska och en läkare som arvoderades genom sina egna bolag. All personal arbetade dock inte heltid och det var oklart hur många heltidstjänster som

⁴ Patienterna kan ses som resurser då varje listning innebär att vårdenheten får en viss summa pengar.

fanns. Med anledning av deras geografiska placering ute på landsbygden var det ett strategiskt val att erbjuda en stor bredd beträffande kompetens. Genom att erbjuda, bland annat, sjukgymnaster, barnmorska, psykolog och gynekolog var tanken att patienter från kranskommunerna, utöver de patienterna i kommunen, också skulle göra valet att besöka och lista sig på just denna vårdenhet. Intervjupersonen resonerade enligt följande:

”Vår ambition är ju att vi ska kunna vara så breda, nu bor vi ju här ute på landsbygden i X kommun och det är en bit att fara till X eller till X och vi ser ju då att, kan vi erbjuda invånarna ett lite bredare utbud, så är dom nöjd med det och slipper resa.”

Genom att skapa en strategi som ligger i linje med det teoretiska angreppssätt som strategic fit innebär gör vårdenheten ett försök i att utnyttja sina resurser på bästa möjliga sätt för att tillfredsställa invånarna.

I stor utsträckning arbetar vårdenheten med bemötandet och tillgängligheten. Intervjupersonen förklarar att patienten inte ska behöva anpassa sig efter deras sätt att arbeta, utan de anpassar sig istället efter vad patienten eller invånarna efterfrågar. Intervjupersonen förklarar hur de har gått tillväga när de anställt personal samt vad det har inneburit för dem:

“Vi har ju då förmånen att starta utan anställda i stort sätt. ... Vi tittar ju på deras erfarenhet hur deras renommé är medicinskt, men vad vi också tittar på är ju deras sociala delar och deras sätt att va och att vi kan bygga ett team som kan bli lite bredare och då har vi ju anställt personer som jobbat med olika saker och vi har också försökt anställa personer i olika åldrar”

Det har således inte upplevts som en svårighet att hitta kompetent personal, utan snarare som en möjlighet vilket legat till grund för det välgenomtänkta team som de medvetet haft möjlighet att skapa. Genom att anställa all personal skapar vårdenheten möjligen också en inträdesbarriär alternativt en resursbarriär genom att just knyta personal till sig. En sådan barriär kan, enligt Wernerfelt (1984) medföra ökad lönsamhet då företaget har en komparativ fördel, det vill säga, det kan vara svårt för efterföljande verksamheter att hitta rätt personal, speciellt ute på landsbygden. Om vårdenheten endast köper in tjänster från personal kan dessa ”underentreprenörer” samtidigt arbeta för konkurrenter, denna möjlighet minskar markant vid anställning.

4.3.4. KONKURRENS PÅ LIKA VILLKOR

Intervjupersonen upplever en del problematik som rör konkurrenssituationen. Problematiken med datorsystemet, det vill säga, att det inte har tillgång till all patientinformation, är något som påverkar vårdenheten men intervjupersonen ser det inte som ett ”problem” för patientsäkerheten och berättar vidare om sin uppfattning av:

”ambitionen är att vi ska få tillgång till och titta mycket mer än vad vi hit in tills har kunnat via olika nya funktioner men dom har inte riktigt blivit färdiga än så vi har inte samma möjligheter [som offentliga vårdenheter] att gå in och följa våra patienter”

Samtidigt förklarar intervjupersonen att de är medvetna om att detta i sin tur leder till att mängden resurser som utnyttjas ökar, vilket också kan få ekonomiska konsekvenser för vårdenheten. Även om detta endast påverkar verksamheten ytterst lite går det att likna vid den typ av resursbarriär som Grant (2008) beskriver, en barriär som kan leda till potentiellt ökad lönsamhet, i detta fall för den offentliga vården. Vidare förklarar intervjupersonen att den stora problematiken ligger i det ekonomiska ersättningsystemet. Extraersättningen som, till exempel, utgår för den täckningsgrad som vårdenheten uppnår kan bli en ansevärd summa pengar och det är således något enheten vill ha möjlighet att kunna räkna med i sin budget. Intervjupersonen berättar om vårdenhetens ersättning för den täckningsgrad de uppnått:

”deras utbetalning släpar efter och vi har inte fått nånting över huvud taget detta året [2010] vad de gäller denna extra inkomsten”

För att ha möjlighet att planera en verksamhet krävs information. Det krävs också att det som är avtalat efterföljs i så stor utsträckning det är möjligt. Detta kan liknas vid en resursbarriär, om än, den ej medvetet har skapats. Som en mindre privat aktör förklarar intervjupersonen att detta drabbar dem hårt och utvecklar sina tankar:

”... det drabbar inte en offentlig verksamhet på samma sätt utan där har man ju ett kapital och man går inte i konkurs på en offentlig vårdcentral”

4.3.5. UPPLEVDA MÖJLIGHETER OCH RISKER

Hälsoval Skåne innebar en möjlighet att öppna en vårdenhet, företaget hade sedan länge sökt efter denna möjlighet. De visste att det skulle vara en utmaning att starta upp men beskriver att det blev mycket svårare än de trodde. Intervjupersonen fortsätter och berättar:

”... rent ekonomiskt så har detta varit en katastrof för 2009, vi visste att det skulle bli tufft, men vi var precis på gränsen de här sista månaderna, om vi skulle fortsätta eller inte. För vi kände att hur mycket pengar ska vi pumpa in för att hålla vår lilla vårdcentral levande hur mycket är det värt?”

Porter (2008) nämner kapital krav som en inträdesbarriär och förklarar att de grundläggande investeringarna av inventarier kan vara problematiskt för mindre aktörer. Även de förluster som normalt sätt följer med ett nystartat företag kan vara aspekter som påverkar.

4.4. FALL FYRA - OFFENTLIG

4.4.1. RESURSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

Den offentliga vårdenheten har bedrivit verksamhet sedan 1999 och har således, sedan länge, ett stort antal inarbetade patienter. När intervjupersonen pratar om hur vårdenheten skiljer sig från andra framkommer det att patienten ska vara i fokus och poängterar att vårdenheten ligger centralt, har bred kompetens och erbjuder hembesök till ett äldreboende i närheten. Vidare förklarar intervjupersonen varför patienter kanske väljer just denna vårdenhet:

“Vi har rehab i egna lokaler ... en väldigt stor träningslokal och många av dem som är listade ser det som en fördel att vi har Rehab eller sjukgymnaster på så nära håll, och det är ofta läkaren kan konsultera sjukgymnasten med en gång när patienten är här vilket gör att patienten slipper komma och gå hela tiden. ...”

Vidare upplever intervjupersonen att vårdenheten alltid har haft ett bra arbetsteam och att alla i personalen är målmedvetna och samtidigt lägger fokus på patienternas bästa.

Det går inte att skönja någon nyskapad strategi ur intervjupersonens sätt att uttrycka sig och deras förhållningssätt går troligtvis i samma spår som innan hälsovalet. Enligt Grant (2008) är företag i behov av en strategi för bland annat vägledning, samtidigt menar Grant (2008) att strategi inte alltid är något som medvetet skapas, vårdenhetens sätt att arbeta med de resurser

som finns tillgängliga sker möjligen på ett rutinmässigt vis och som kan härledas tillbaka innan Hälsoval Skåne.

4.4.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

När vårdenheten startade 1999 hade de då, enligt intervjupersonen, cirka 5000-6000 patienter. Vidare berättar intervjupersonen att vårdenheten har växt under åren och att de i nuläget har cirka 13 000 patienter samt att den passiva listningen varit gynnsam för vårdenheten. Intervjupersonen berättar om det antal patienter som vårdenheten har och förklarar att:

“... många har ju blivit listade i Hälsovalet, när alla patienter skulle listas, och de har ju gjort att vi fått utökat...”

I linje med vad Grant (2008) beskriver som FMA går det att skönja en fördel som beror på den långa period vårdenheten har funnits. Lieberman och Montgomery (1988) menar att lärandeprocessen är ett av de viktigaste FMA som ett företag kan ha och vårdenheten har under mer än tio år varit verksam i området och har således en väl utarbetad kunskapsbas. Den passiva listningen har vårdenheten tagit del av, dock är det otydligt hur pass många passivt listade patienter som enheten har.

4.4.3. STRATEGI – ATT ANSTÄLLA ELLER INTE?

Näst intill alla är anställda på vårdenheten och den enda tjänsten de köper in är rehabilitering, det vill säga, i detta fall sjukgymnastik. Vårdenheten har cirka 35 anställda och bland dem finns det bland annat specialistsjuksköterskor, distriktsköterskor, läkare och psykologer. Utöver de anställda tjänstgör ett antal AT- och ST-läkare på vårdenheten, men de är då, enligt intervjupersonen, anställda vid till exempel Lunds universitet. Det som har tillkommit i samband med inträdet i Hälsoval Skåne är psykologer och kuratorer. Vid frågan om de har tillfört någon annan kompetens svara intervjupersonen enligt följande:

”Vi har ju sjuksköterskor här med specialutbildningar också ... vi har ju rökavvänjning och astma, blodtryckts mottagning, diabetes mottagning och distriktsköterskor, så alla är liksom nischade men det var dom nog redan innan hälsovalet.”

Mintzberg (1990) redogör för skapandet av en strategi som en informell process som fokuserar på ledarens medvetande men menar att det samtidigt finns en sekundär faktor som

handlar om ledarens socialt ansvar. En offentlig verksamhet har troligtvis en större känsla av socialt ansvar vilket också kan ha påverkar utformningen av deras utbud och strategi.

4.4.4. KONKURRENS PÅ LIKA VILLKOR

Konkurrens är något som de offentliga vårdenheterna inte tidigare varit i kontakt med i den utsträckning som hälsovalet utsätter dem för. Förutsättningarna har förändrats men allt tyder på att vårdenhetens strategi inte följer samma tempo. Deras syn på konkurrens verkar inte ha förändrats och intervjupersonen berättar:

”Vi har inte varit, vi gick in med den synen att vi inte ska konkurrera mot någon utan vi gick in med synen att vi göra detta tillsammans allihopa sen visste vi redan om med hälsovalet att det kommer komma uppstickare privata och det har de ju gjort men de har inte påverkat oss nämnvärt, tycker vi”

Den nya konkurrenssituationen har inte påverkat vårdenheten och således har det inte varit någon anledning att förnya den tidigare väl fungerande strategin. Har något förändrats har det troligen skett gradvis och förändringen har således inte uppmärksammas, något som kan liknas vid vad Mintzberg (1978) kallar uppdykande strategi.

4.4.5. UPPLEVDA MÖJLIGHETER OCH RISKER

Hälsoval Skåne innebar, enligt intervjupersonen, en möjlighet till ökat självstyre, att själv få fatta beslut i större utsträckning, lokalt, på vårdenheten. Vidare förklarar intervjupersonen att minskad styrning, från högre instanser, innebär en möjligheten att få in de kompetenser invånarna i området efterfrågar. Samtidigt uttrycker intervjupersonen den oro detta också innebär:

”... man får klara sig själv och behöver man då säga upp folk så får man ju ta den biten också.”

Oron verkar ha sin grund i det nya företagsekonomiska förhållningssättet, att vårdenheten nu i större utsträckning fungerar som ett företag. Det verkar råda en viss oklarhet vad detta innebär.

4.5. FALL FEM - OFFENTLIG

4.5.1. RESURSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

Vårdenheten var tidigare en distriktsköterskemottagning som ombildades till en vårdenhet i samband med Hälsoval Skåne. Den tidigare verksamheten medför att enheten har viss kännedom om de lokala förutsättningarna vilket också framkommer i samband med frågor kring kompetens. Intervjupersonen uttrycker bekymmer över svårigheten med att få tag i "rätt" läkare, inte på grund av att det finns för få läkare utan på grund av invånarnas krav och förklarar:

"men det har varit ett jobbigt år på det sättet att det är problem med att skaffa doktorer och befolkningen i X är ganska bortskämda dom har inte en enda utländsk doktor på X [konkurrerande vårdenhet], svensktalande med svenska namn och så vidare och det är de man vill ha i de här... annars hade jag kunnat få både en och två doktorer, kommer de från Polen från Rumänien och så vidare, men när vi vet hur det är här så hade vi inte lockat så många patienter om vi bara hade haft utlandstalade eller utlandsfödda doktorer här så det har varit knepigt."

För att skapa en fungerande strategi menar Mintzberg (2000) att det mest väsentliga är en överensstämmelse mellan det externa och de interna organisatoriska faktorerna. Om vårdenheten inte erbjuder den "typ" av läkare som efterfrågas kommer inte patienterna att söka vård på enheten. Även Grant (2008) förklarar att det krävs en överensstämmelse mellan ett företags externa miljö och interna förutsättningar och detta ligger i linje med hur vårdenheten arbetar.

I dagens läge har vårdenheten tre doktorer och en fjärde på gång. Vårdenheten har gått från 2 700 listade vid start till cirka 4 600 vid intervjutillfället och de förväntar sig en tillväxt på lite mer än 50 % inom de närmsta åren. Samtidigt har de identifierat en risk med den tillväxt som förväntas. Det finns en möjlighet att vårdenheten förlorar sin unicitet som, enligt intervjupersonen, ligger i den tid de spenderar med respektive patient. Intervjupersonen utvecklar:

"Det är de vi vinner på, många gånger har det varit korta besökstider man har satt upp på X, det kan ibland vara 7 min, 8 min, 9 min och det klara inte

människor av riktigt ... Vi har haft den möjligheten, att eftersom vi inte har så många listade, så har vi kunnat erbjuda tid med patienterna. Behöver dom en halvtimme då får dom det, behöver dom trekvart får dom det”

Den förväntade tillväxten oroar dock inte intervjupersonen som menar att, parallellt med att enheten växer blir den också attraktivare för andra doktorer; i takt med att antalet patienter växer, växer även vårdenheten.

I takt med att enheten växer finns möjligheten att vårdenheten uppnår vad som kallas stordriftsfördelar. Stordriftsfördelar kan, enligt Porter (1979), skapa barriärer som gör det svårt för nya aktörer att etablera sig.

4.5.2. FIRST MOVER ADVANTAGE

Den passiva listningen är något vårdenheten har tagit del av men, enligt intervjupersonen, fick de inte det antal patienter de hade räknat med. De var införstådda med att situationen var unik, och intervjupersonen förklarar:

“... vi fick 'ja' med att starta upp i X. Sen så vet du att det var detta som var så unikt, det är att de som är olistade, det är den enda gången du kan lista dem passivt”

vidare beskriver intervjupersonen situationen:

“... vi fick så att säga av dem passiva, 2700 Det var mindre än vad vi hade räknat med och så har vi nu jobbat på under de här året, så nu har vi 4600 här”

Lieberman Montgomery (1988) nämner lärandeprocessen och förklarar att detta i sig själv kan vara ett FMA. Utöver den passiva listningen har vårdenheten samtidigt en annan fördel gentemot andra nyetablerade enheter. Som nämnts tidigare var vårdenheten en distriktsköterskemottagning och således hade de ett antal patienter som regelbundet besökt enheten vilket har resulterat i att bred kunskap om invånarnas behov framkommit.

4.5.3. STRATEGI – ATT ANSTÄLLA ELLER INTE?

Majoriteten av personalen var anställda i verksamheten, endast sjukgymnasterna låg under en annan organisation. Fokus har i ett initialt skede legat på att anställa allmänläkare och komma bort från ”hyrläkare”. Detta anser intervjupersonen vara av stor vikt för att skapa den

kontinuitet, i läkare - patient relationen, som patienterna efterfrågar. Intervjupersonen förklarar hur resonemanget går:

“Till och börja med, nu gäller det bara att få in allmänläkarna, att få så stabilt som möjligt. Fast inga hyrdoktorer. Sen kan man börja titta på, när man börjar få upp listningen lite grann, vad är det befolkningen frågar efter här.”

Vårdenheten har varit verksam i området i flera år och vet i stor utsträckning vad invånarna efterfrågar, samtidigt förklarar intervjupersonen att de avvaktar med breddning av kompetens i väntan på att antalet listade patienter ökar och förklarar att de gör det för att ta reda på vad patienterna efterfrågar.

Genom att avvakta skapar vårdenheten en möjlighet att bygga en långsiktig strategi som ligger i linje med Grants (2008) redogörelse för strategic fit. Vidare tar Lieberman och Montgomery (1988) upp fördelen med att vara late mover och menar att företag kan ”åka snålskjuts” på andras investeringar samtidigt som de kan se hur marknaden förändras. Istället för att anställa personal med brett kompetensspann, kan det tänkas att de avvaktar och undersöker hur marknaden förändras i samband med Hälsoval Skåne.

4.5.4. KONKURRENS PÅ LIKA VILLKOR

Konkurrensituationen uttrycker intervjupersonen ingen större oro över. Det fanns från början endast en privat aktör i närområdet och ytterligare två har vid intervjutillfället etablerat sig. Möjligen ligger saknaden av konkurrenskänslan i det FMA som vårdenheten tagit del av.

4.5.5. UPPLEVDA MÖJLIGHETER OCH RISKER

Vid införandet av Hälsoval Skåne fanns det, enligt intervjupersonen, tre möjligheter, antingen fick de lägga ner distriktsköterskemottagning, söka anställning hos den konkurrerande privata aktören eller starta en ny offentlig vårdenhet och i samband med det anställa en distriktsläkare. Samtliga i personalen var delaktiga i diskussionerna och tillsammans valde de att göra ett försök att starta upp. Det var således ingen möjlighet, utan det bästa av de tre valen. Intervjupersonen förklarar att de förstod att det skulle komma att krävas mycket arbete men berättar:

”vi är så jävla dumma så vi såg inga hot, inga risker, ingenting. ... hårt arbete ja de visste vi ju, att man kanske inte skulle efter tiden gick att man såg att det var inte så där himla lätt och få patienter...”

Vidare förklarar intervjupersonen att de har förekommit diskussioner med ledningen och de har framfört sin syn på det hela:

”men nu har vi ju haft möjligheter att diskutera med ledningen och säga att man kan inte begära att vi vid årsskiftet efter 6 månader ska ligga med gröna siffror ... man brukar väl säga det lite så där vårdslöst att, tre år tar det för att etablera en vårdcentral, vi har varit igång ett år vi ser ju att det bara drar iväg upp åt.”

Grant (2008) förklarar vikten av förståelse för ett företags resurser och utvecklingsmöjligheter vilket också vårdenheten identifierade. Det hade personal som vill gå med i hälsovalet, som ville vara med och starta upp någonting nytt. Detta går i linje med det sociala ansvar som Mintzberg (1990) nämner när han förklarar skapandet av strategi i enlighet med design school model.

4.6. SAMMANFATTANDE DISKUSSION

4.6.1. RESURSER OCH UTVECKLINGSMÖJLIGHETER

Olika aktörer har tillgång till olika resurser och vilka som anses vara kritiska för att lyckas tilltala patienter och samtidigt bedriva en fungerande verksamhet varierar mellan de olika aktörerna. Det går även, i några fall, att skönja vilka drivkrafter som möjligen ligger till grund för hur resurser utnyttjas samt vilka beslut som fattas. Större aktörer, som vårdenheten i fall två, har också större möjlighet att nå upp till det kapitalkrav vilket Porter (1979) beskriver som en inträdesbarriär, de klarar av omställningskostnaderna och investeringarna som en nystart medför. I fall två uttrycker intervjupersonen att de var nära på att ge upp och avveckla vårdenheten på grund av de ekonomiska förluster som drabbade dem. De hade dock ytterligare tre företag inom vårdbranschen vilka möjligen kunde balansera ut de förluster som uppstått i detta initiala skede. Möjligheten för verksamheten i fall ett visade sig vara betydligt mindre, de initiala barriärerna var för stora att ta sig över och således var ägaren tvungen att sälja verksamheten och företaget bakom verksamheten i fall två tog över vårdenheten.

4.6.2. FIRST MOVER

Ett tema som återkom under flertalet av intervjuerna berör den passiva listningen som de aktörer som var med från första början fick ta del av. Detta innebar att de patienter som inte tidigare gjort ett aktivt val av familjeläkare blev passivt listade på den vårdenhet som låg närmast deras folkbokföringsadress. Detta innebar en enorm fördel för de vårdenheter som var med från början och skapade i sin tur barriärer för second movers som kan liknas vid de stordriftsfördelar som Porter (1979) beskriver. Nya aktörer blir tvungna att starta i stor skala, de måste erbjuda vad de konkurrerande aktörerna erbjuder och samtidigt, antagligen, vara lite bättre för att locka patienter. Det kan tänkas att invånarna i ett område inte gör ett aktivt val att lista om sig förrän de blir tvungna att söka vård. Med ett lägre antal listade patienter blir också intäkterna lägre och således blir det svårare att täcka de fasta kostnaderna.

4.6.3. ANSTÄLLA

Det visade sig att det fanns skillnader beträffande huruvida vårdenheterna anställde personal eller köpte in tjänster från, till exempel, läkare eller sjukgymnaster med egna bolag. Skillnader uppmärksammades både inom det privata och det offentliga samt mellan större och mindre aktörer. Det strategiska resonemanget i fall ett var att de fasta kostnaderna skulle vara låga och således köptes nästan alla tjänster och kompetenser in medan vårdenheten i fall tre ville anställa alla, ett strategiskt sätt att knyta resurser till sig, så att konkurrenterna får det svårare att anförskaffa samma resurser. Det går inte att teoretiskt urskilja vad som är rätt eller fel och komma fram till ett generellt svar som gäller för alla aktörer. Enligt strategic fit förklarar Grant (2008) att en framgångsrik strategi har en hög grad av överensstämmelse mellan de interna förutsättningarna och de externa möjligheterna. Valet att anställa eller köpa in är således, enligt strategic fit, en balansgång som också kan förändras åt båda hållen ju längre tiden går, en lokal avvägning av rådande situation och marknadsklimat i förhållande till tillgängliga resurser.

4.6.4. KONKURRENS

När intervjupersonerna beskriver konkurrenssituationen är kontrasten mellan upplevelsorna stor. I fall ett och tre ger intervjupersonerna uttryck för viss problematik vilket bland annat berör förhållandet mellan offentlig och privat verksamhet men även den passiva listningen. I motsats till detta uttrycker de andra intervjupersonerna, i fall två, fyra och fem, ingen nämnvärd problematik som berör konkurrenssituationen. Gemensamt för alla intervjupersoner

är att de upplever konkurrens som något bra och efterlängtad. De anser att detta är ett bra sätt att utveckla vården och intervjupersonen i fall tre sammanfattar det hela:

”... nu öppnar man för lite olika möjligheter. Det här med hälsoval i primärvård är alldeles ypperligt för det är dit de allra flesta ska vända sig ... vi privata måste vara jätteduktiga och våra konkurrenter, som då är de offentliga, kommer också att bli ännu bättre ... Kunderna kommer inte automatiskt utan vi måste jobba lite för det”.

I fall tre bedriver vårdenheten redan verksamhet inom vårdbranschen och får genom den direkt kontakt med en relativt stor grupp patienter som med stor sannolikhet skulle komma att lista sig hos vårdenheten. I enlighet med strategic fit ser företaget till dess resurser och utvecklingsmöjligheter varpå de fattar beslut att starta upp en vårdenhet. Riskerna för vårdenheten i fall ett är betydligt större då de inte har någon inarbetad kundkrets.

4.6.5. MÖJLIGHETER OCH RISKER

Beträffande möjligheter identifieras en stor skillnad mellan de privata och offentlig aktörerna. Gemensamt för de privata aktörerna var att de såg en möjlighet att starta en vårdenhet, något de annars, troligtvis, inte hade gjort. Vidare uppkom också flertalet möjligheter som respektive vårdenhet hade identifierat. Bland annat menade intervjupersonen i fall två att det fanns en enorm potential i med att vårdvalet inte var tidsbegränsat och att, om de lyckades på marknaden kunde det bli jättestort. Intervjupersonen i fall tre såg en möjlighet att bedriva flera verksamheter inom samma vårdföretag och intervjupersonen i fall ett vill visa att det faktiskt går att få fram läkare utan att patienten ska få vänta flera veckor.

De offentliga vårdenheterna såg möjligheten att kunna påverka verksamheten i större utsträckning. Genom att påverka verksamheten skulle utbudet kunna anpassas till invånarna i området och bland annat öppettiderna skulle själv gå att reglera.

Gemensamt får både offentliga och privata vårdenheter är de risker som har upplevts. Vid uppstart har få eller inga risker alls upplevts, utan upplevelsen av Hälsoval Skåne har präglats av möjligheter. Samtidigt är alla enade om att problem uppstår långt vägen.

5. SLUTSATSER

Genom den empiriska analysen (hädanefters benämnd analysen) och med stöd av den teoretiska referensramen går tydliga skillnader att skönja mellan offentliga och privata vårdenheter men även skillnader mellan mindre och större aktör visar sig. Vad gäller temat resurser visar analysen att de offentliga aktörerna verkar känna sig trygga i vetskapen att de har stöd ”uppifrån”, som del av en stor organisation. De kan därför bedriva verksamhet utan att på samma sätt som de privata aktörerna behöva oro sig avsevärt över de ekonomiska aspekterna. Analysen visar tydligt att de privata aktörerna som är av mindre karaktär, i större utsträckning, upplever en oro beträffande de ekonomiska aspekterna. Intervjupersonen i ett av fallen hävdar också att Region Skåne släpar efter med utbetalningar, vilket i sin tur sätter press på de ekonomiska resurserna som förfogas över och oroskänslan förstärks. Detta kan tolkas som att en stabil grund att stå på kan vara avgörande, det vill säga, finansiellt måste vårdenheten ha råd att gå med förlust i ett initialt skede.

Det går också genom analysen att tydligt förstå skillnaden mellan att vara en mindre privat aktör eller en större privat aktör. De aktörer som är större har chans att klara sig betydligt bättre då de oftast, till exempel, har ett större ekonomiskt kapital eller en uppbyggd kundkrets genom andra vårdverksamheter. Förutsättningarna är bättre för de större aktörerna då de känner sig tryggare, de satsar även inte sina egna pengar vilket oftast mindre aktörer gör. Dessa aspekter påverkar möjligheten för mindre aktörer när de etablera sig och det kan vara väldigt svårt att ta sig in på marknaden, eller åtminstone har det blivit så efter 1 maj då fördelen av den passiva listningen inte längre går att ta del av. Kostnaderna kan bli för stora och intäkterna för låga, speciellt i uppstarten. Befintliga aktörer kan också öka sina marknadsandelar genom uppköp av mindre aktörer vilket vi redan sett i ett av fallen i denna studie. Detta skulle i så fall kunna innebära att inträdesbarriärerna blir ännu större för nya aktörer än vad de redan är idag. Detta kan i framtiden innebära att marknaden går i riktning mot att skapa ett oligopol vilket i slutändan kan missgynna patienten då utbudet minskar, det vill säga, endast ett antal större aktörer kommer att finnas kvar på marknaden och valmöjligheten blir liten.

De vårdenheter som gick med i Hälsovalet från första början fick ta del av den passiva listningen vilket innebär en stor fördel gentemot aktörer som träder in vid en senare tidpunkt. Genom att ha ett first mover advantage, beträffande antalet listade patienter, behöver dessa aktörer inte vara lika aktiva i jakten på nya patienter för att klara sig ekonomiskt. När en

sådan fördel uppstår kan det leda till extrema svårigheter för nya aktörer att etablera sig på marknaden. Dock visar analysen att de redan etablerade företagen med annan vårdverksamhet kan komma som second mover och möjligen ändå övervinna det first mover advantage som den passiva listningen medförde. En etablerad verksamhet med en uppbyggd kundkrets kan öppna en vårdenhet och dra nytta av den tidigare verksamhets patienter. De får lättare kontakt med patienterna då det redan finns en relation till företaget samtidigt som de känner till marknaden och i stor utsträckning redan vet vad de ska satsa på för utbud för att locka till sig fler patienter.

När det kommer till kompetens vad gäller att anställa eller köpa tjänster visar analysen inga tecken på att det ena är mer fördelaktigare än det andra. Det som går att skönja är däremot två olika strategier. Den första strategin bygger på att vårdenheterna avvaktar med rekrytering/anställning och köper undertiden in tjänster externt som de tror behövs, därigenom håller de nere på de fasta kostnaderna tills de vet vad patienterna efterfrågar i det specifika området. Den andra strategin bygger på att vårdenheterna anställer all personal och skapar en eventuell inträdesbarriär eller resursbarriär. Det kan således bli svårare för andra aktörer att matcha deras kompetens och utbud för att konkurrera men även nya aktörer hindras från att etablera sig på marknaden.

Synen på konkurrens ser väldigt olika ut. De offentliga känner inte lika stor oro kring konkurrenssituationen medan de privata är väldigt medvetna om situationen och är väl medvetna om vilka deras största konkurrenter är. Företagstänkandet i de offentliga verksamheterna är inte, i detta avseende, lika utvecklat som hos de privata aktörerna vilket i längden kan medföra stora problem för de offentliga aktörerna när måste utveckla sin verksamhet.

De aspekter som bidrar till en vårdenhets framgång i ett hälsoval kan vara många och det är väldigt svårt att komma fram till ett specifikt svar. Däremot går det att se flera samband mellan olika aspekter och hur de påverkar vårdenheternas utveckling. Om vårdenheten är privat och av mindre karaktär samt startade senare än 1 maj 2009, medför det en enorm ekonomisk påfrestning som kan härledas till de initiala uppstartskostnaderna samt bristen på listade patienter. Ägs vårdenheten däremot av en större privat aktör med ekonomisk stabilitet kan de initiala kostnaderna lättare hanteras och övervinnas med enklare medel. Driver företaget även sedan tidigare annan vårdverksamhet kan denna verksamhet möjligen täcka de initiala kostnaderna samtidigt som listningen kan öka då det redan finns en relation till ett

antal patienter. Beträffande offentliga vårdenheter kan det i stor utsträckning hända att den passiva listningen kompenserar för det bristande "företagstänket" som gått att skönja. I framtiden kan den fördel som den passiva listningen inneburit försvinna och utvecklas inte de offentliga vårdenheterna i takt med de privata finns en risk att de inte längre kan vara med och konkurrera.

6. EGNA REFLEKTIONER

Hälsoval Skåne kan ses som en politisk reform men det har inte varit vår avsikt att studera hälsovalet ur en politisk synvinkel. Vi är väl medvetna om att studiens ämne ligger nära de politiska aspekterna men uppsatsen har aldrig haft för avsikt att belysa dessa, utan fokus har hela tiden legat på att undersöka hälsovalet i sig och söka förståelse för vad detta har inneburit för både aktörerna och invånarna i Skåne län.

Under arbetets gång fick vi reda på att de patienter som tidigare gjort ett aktivt val i samband med lagen om husläkare fortfarande ansågs ha gjort ett aktivt val och därför tillföll den vårdenhet de tidigare varit listad på. Detta innebär att det val en patient gjorde för flera år sedan, i ett helt annat system, fortfarande räknas som ett aktivt val och således försvann dessa invånare från den grupp som passivt listades hos de olika aktörerna i början av hälsovalet. Detta ställer vi oss något frågande till, hur en gammal reform kan komma att påverka en ny och varför inte alla patienter får göra något ”nytt” aktivt val. Ett annat problem som vi uppmärksammat är att de så kallade passivt listade patienterna inte verkar göra något aktivt val förrän de är sjuka och verkligen behöver uppsöka vård. Detta leder till att de nya aktörerna som tar sig in på marknaden till stor del får de patienter som är i behov av vård vilket gör att konkurrens situationen blir snedvriden i den bemärkelsen att de aktörer som fått ta del av den passiva listningen inte behöver göra samma ansträngningar för att få ekonomin att gå runt.

6.1. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Denna studie har gett upphov till flertalet frågor vilket skulle vara intressant för framtida forskning. En uppföljning av föreliggande studie i form av en större kvalitativ, alternativt en kvantitativ studie med ett antal fler fall kan bidra med ökad förståelse för upplevelsena samt förstärka möjligheten att generalisera resultatet. Det skulle även vara intressant att undersöka hur marknaden ser ut om några år, hur har first mover advantage utvecklats, har det försvunnit eller förstärkts och vad innebär det för patienten som vi inte får glömma. Det kan även tänkas att ett oligopol uppstår vilket också bör undersökas, vad detta skulle innebära för patienten.

Något som vagt gick att skönja under intervjuerna var intervjupersonernas olika drivkrafter. Detta gav i sin tur upphov till en fråga som berörde drivkrafters relation till strategi vilket också skulle vara intressant att studera.

7. KÄLLFÖRTECKNING

7.1. TRYCKTA

- Anell, A 2005, *Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway*, Health policy, Vol. 75 No. 1 pp. 9
- Bryman, A & Bell, E, 2005, *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Malmö. Liber.
- Erikson, P 2007, *Planerad kommunikation*, uppl. 5:1, Liber AB, Malmö
- Goldkuhl, G & Röstlinger A 1988, *Förändringsanalys – Arbetsmetodik och förhållningssätt för goda förändringsbeslut*, Studentlitteratur, Lund.
- Grant, R 2008, *Contemporary Strategy Analysis*, Blackwell Publishing Ltd
- Hälsoval Skåne, *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2010*, Region Skåne.
- Hatch, J, M 2002, *Organisationsteori – Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*, Studentlitteratur, Lund
- Jacobsen, D, I 2002, *Vad, hur och varför – Om metodval i företagsekonomiska och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, Studentlitteratur, Lund.
- Lieberman, M & Montgomery, D 1988, *First-Mover Advantages*, Strategic Management Journal, Vol 9 pp. 41-58
- Makadok, R 1998, *Can First-Mover and Early-Mover Advantages Be Sustained in an Industry with Low Barriers to Entry/Imitation?*, Strategic Management Journal, Vol. 19, No. 7 (Jul.), pp. 683-696
- Mintzberg, H 1978, *Patterns of Strategy Formulation*, Management Science Vol. 24, No. 9 pp. 934-948
- Mintzberg, H 1990, *The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management*, Strategic Management Journal, Vol 11, No3 (Mar-Apr) pp. 171-195
- Mintzberg, H 2000, *The Rise and Fall of Strategic Planning*, Pearson Education Limited
- Porter, M 1979, *How Competitive Forces Shape Strategy* Harvard Business Review, No 79208.
- Porter, M 2008 *The Five Competitive Forces That Shape Strategy* Harvard Business Review, Vol. 86, No 1, pp. 78-93
- Sull, L, D 1999 *Why Good Companies Go Bad*, Harvard business review, Vol. 77, No 4, pp. 42-50
- Wernerfelt, B 1984, *A Resource-Based View of the Firm*, Strategic Management Journal, Vol. 5, No. 2 (Apr. – Jun.), pp. 171-180

7.2. ELEKTRONISKA

- Kammarkollegiet 2010, Den Nationell webbplatsen för valfrihetssystem, hämtad 2010-02-25 kl 12:00 <<http://www.valfrihetswebben.se/startsidan.aspx>>
- Nationalencyklopedin 2010a, *Strategi*, Nationalencyklopedins ordbok, hämtad 2010-06-12 kl 12.22 <<http://www.ne.se.support.mah.se/lang/strateg>>
- Nationalencyklopedin 2010b, *Strategi*, Nationalencyklopedins ordbok, hämtad 2010-05-18 kl 12.00 <<http://www.ne.se/sve/strategi>>
- Niels Lange, Dagens Medicin, 2009
<<http://www.dagensmedicin.se/asikter/debatt/2009/06/08/vardval-pa-villovagar/index.xml>>
- SKL, *Vårdval*, Sveriges Kommuner och Landsting, hämtad 2010-02-25 kl 12:00
<<http://skl.se/web/Vardval.aspx>>
- Statens offentliga utredningar, SOU 2008, *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*, Regeringskansliet & FA/kommittéservice, Stockholm.

7.3. LAGAR OCH MOTIONER

- SFS 1993:588. Lag om husläkare.
Sveriges Riksdag: Socialdepartementet
- SFS 1995:836. Lag om upphävande av lagen (1993:588) om husläkare.
Sveriges Riksdag: Socialdepartementet
- SFS 2007:1091. Lag om offentlig upphandling.
Sveriges Riksdag: Finansdepartementet.
- SFS 2008:962. Lag om valfrihetssystem.
Sveriges Riksdag: Socialdepartementet.
- Larsson, T, Håvik, D, Bergqvist, J, Johansson, i, Östlund, S & Carlström M 1993, *Motion 1993/94:So: 462, Husläkarreformen m.m*, Socialdemokraterna, Stockholm.

BILAGA 1 – INTERVJUGUIDE

Bakgrund

- Har vi ert medgivande att spela in denna intervju?
- Har vi er tillåtelse att dela med oss av intervjun till vår handledare?
- Vad är er position i verksamheten?
- Hur länge har ni varit anställd här?
- Om ni har hur ser er akademiska bakgrund ut?

Organisation/förändring

- Berätta om er vårdenhet och bakgrunden till verksamheten. – Kan du utveckla?
- Hur länge har ni varit verksam?
- När gick ni med i Hälsoval Skåne?
- Hur många anställda har ni?
- Vilken ”inhousekompetens” har ni? Hyr ni in underleverantörer, vad i så fall?
- Hur tänkte ni rörande kompetenser och rekrytering?

- Vad är det ni kan erbjuda, vad är ni duktiga på?
- Hur positionerar ni er gentemot era konkurrenter?
- Berätta lite om den konkurrenssituation ni befinner er i?
- Vilka var konkurrenter när ni fatta beslut att gå med, har detta förändrats?

- Berätta om ert varumärke
- Vad har ni för kritiska resurser?
- Kan du berätta lite om hur ni marknadsfört er, hur känner folk till att ni finns?
- Har er marknadsstrategi förändrats med tiden?
- Vad betraktar ni som er kärnverksamhet?

- Vilken bild hade ni av Hälsoval Skåne innan ni gick med?
- Vilka var era drivkrafter?
- Skulle ni få x antal patienter?

- Varför gick ni med i Hälsoval Skåne?
- Vilka möjligheter såg ni/ser ni med Hälsoval Skåne?
- Vilka risker/hot upplevde ni/upplever ni med Hälsoval Skåne?

- Hur ser ni på era framtida möjligheter att utvecklas med Hälsoval Skåne?
- Finns det någon med företagarkompetens i er organisation?
- Upplevde ni att någon speciell kunskap saknades för konkurrens?