

Förändringsprocesser i sjukvården

En studie av aktörer på en röntgenavdelning
och deras agerande

Niklas Källberg



Förändringsprocesser i sjukvården

Denna avhandling handlar om förändringsprocesser i sjukvården: hur förändringsaktörer agerar, reagerar och interagerar samt vad som påverkar deras agerande. Syftet är att bidra till en ökad förståelse för hur förändringsprocesser i sjukvården går till.

En klinisk, longitudinell studie följer en rad förändringsprocesser på en radiologiavdelning under fyra år, med en ny verksamhetschef med icke-medicinsk bakgrund.

Det höga förändringstrycket i vården har gjort medarbetarna förändringströtta. De är ibland kritiska till nya förändringar oavsett mål och medel. Konflikter och samspelet mellan sjukvårdens olika perspektiv och världar, mellan den medicinska och styrnings- och kontrollvärlden, har en avgörande betydelse för förändringsprocessen.

Möjligheterna till en god förändringsprocess blir större om personer i verksamheten har eller tillägnar sig de sex förändringskompetenser som identifierats som viktiga verktyg för förändringsledare. De sex handlar om projektledning, processutveckling, organisations- och strukturförändringar, förståelse för och integration av olika kompetenser och världar, emotionella processer och kommunikation och samordning.

En förändringsledare i vården behöver uppnå förtroende och vara en integratör av perspektiv för att lyckas.



Niklas Källberg

är forskare vid Handelshögskolan i Stockholm. Hans forskning och undervisning handlar om förändringsprocesser och förändringsledarskap i vård och omsorg. Han är också delägare i Helseplan, ett nordiskt tjänsteföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn som arbetar med analyser och stöd vid förändring.

Förändringsprocesser i sjukvården

En studie av aktörer på en röntgenavdelning
och deras agerande

Niklas Källberg

Akademisk avhandling

som för avläggande av ekonomie doktorsexamen
vid Handelshögskolan i Stockholm
framläggs för offentlig granskning
fredagen den 14 juni 2013, kl 13.15
i sal Torsten, Handelshögskolan,
Sveavägen 65, Stockholm



Förändringsprocesser i sjukvården

En studie av aktörer på en röntgenavdelning
och deras agerande

Förändringsprocesser i sjukvården

En studie av aktörer på
en röntgenavdelning och deras agerande

Niklas Källberg





Doktorsavhandling för Ekonomie doktorsexamen framlagd
vid Handelshögskolan i Stockholm 2013.

Förändringsprocesser i sjukvården: en studie av aktörer på
en röntgenavdelning och deras agerande

© Handelshögskolan och författaren, 2013

ISBN 978-91-7258-891-2 (printed)

ISBN 978-91-7258-892-9 (pdf)

Omslagsillustration:

Shutterstock/ vinzstudio

Foto:

Lasse Lychnell

Tryckeri:

Ineko, Göteborg, 2013

Nyckelord:

Emotioner

Förändringsledning

Förändringskompetens

Förändringsprocesser

Organisationsförändringar

Perspektiv

Professioner

Sjukvård

Verksamhetsutveckling

Till Rasmus och min familj

Förord

Föreliggande arbete utgör resultatet av ett forskningsprojekt som bedrivits vid Institutionen för Företagande och Ledning vid Handelshögskolan i Stockholm.

Arbetet läggs fram som en doktorsavhandling vid Handelshögskolan i Stockholm. Som brukligt är har författaren haft full frihet att självständigt utforma och presentera sitt forskningsprojekt.

Handelshögskolan är tacksam för det finansiella stöd som möjliggjort projektets genomförande.

Göran Lindqvist

Director of Research
Stockholm School of Economics

Carin Holmquist

Professor och chef för
Institutionen för
Företagande och Ledning

Författarens tack

Doktorera? Varför det? Och vad gör man då egentligen? När jag började på Handelshögskolan 1994 visste jag knappt vad det var och än mindre hur man gjorde när man doktorerade. Det var min barndomsvän Andreas som berättade om skolan och föreslog att jag skulle söka. Idag har jag levt med Handelshögskolan i snart tjugo år och forskningsarbetet i över tio och det har blivit som en naturlig del av livet.

Precis som inga förändringsprocesser genomförs i ett vakuum skrivs inte avhandlingar utan ett sammanhang. Ni är många som har deltagit i samtal om avhandlingen, artiklar, kurser och annat som hör forskarens vardag till. Först måste jag tacka min huvudhandledare, Mats Lundberg. Du såg det jag inte själv gjorde, att jag faktiskt kunde få ihop en avhandling. Din uthållighet i handledandet är en förutsättning för att jag orkat hålla ut. Birgitta Södergren och Per Andersson, mina två andra handledare. Med kloka kommentarer, peppande utrop och mild hand har ni tillsammans lett mig på en längre väg än ni kanske själva tänkt från början, men med en nöjd Niklas på andra sidan. Stort tack också till min opponent vid pajkastningsseminariet, Pär Larsson.

Alla kollegor på I-sektionen som har gått före mig i doktorerandet och som fungerat som inspirations- och kunskapskälla. Magnus Mähring, som hjälpte mig klara ut mina tankar när vi skrev konferenspapper, bokkapitel och artiklar tillsammans. De diskussionerna har legat till grund för en hel del av avhandlingsarbetet – ett stort tack till ett stort bidrag! Lasse Lychnell, min rumspartner sedan flera år. Vi började doktorera i stort sett samtidigt och när att du blev doktor för ett par år sedan var det en sporre att lägga i sista växeln. Tack för att du alltid är redo för en klok diskussion! Pär Mårtensson, vars dörr alltid är öppen och som hjälpt mig

med såväl stora som små frågor. Ni andra som har deltagit i diskussioner och stöd genom åren: Anders Mårtensson, Björn Thodenius, Christofer Tolis, Frank Ulbrich, Kristina Nilsson, Magnus Bratt, Martin Andersson och Pablo Valiente. Niklas Modig, som inte bara stöttat i forskningsdiskussioner utan också gett mig tuffa squashmatcher som avbrott. Korridorsskollegor från T-sektionen och andra forskarkollegor som jag stött på under åren, tack både för intressanta diskussioner och för en skön forskarmiljö!

Så till mina kollegor på Helseplan. Marie Öberg Lindevall som har varit med längst av alla och som jag delat så mycket frustration och tillfredsställelse med genom åren. Amanda Gyllenswärd, som tålmodigt lyssnat på mitt gnäll och Sara Pütsep som styrt undan uppgifter när det behövts. Dag Gjestebø och alla medarbetare som undrat vad jag hållit på med och om det verkligen skulle bli något av detta – det blev det.

Tio år. Om jag hade vetat när jag startade att jag skulle arbeta med avhandlingen i tio år, hade jag verkligen börjat då? Ja, det hade jag faktiskt. Det jag har lärt mig och de möjligheter jag har fått genom avhandlingsarbetet var trots allt värda den tiden, även om jag många gånger har varit nära att ge upp.

De gångerna har jag lutat mig mot de som känner mig bäst. Hade jag då inte haft mina vänner och min familj så hade den här boken inte blivit skriven. Att veta att jag alltid är välkommen till Nykvarn, där jag kunnat vila ut och samla kraft hos mina föräldrar och dessutom fått hjälp med genomläsning, eller kunnat gå hem till lillebrors familj, och på senare år också distraheras av livliga brorsöner, har betytt allt. Ni vänner som snällt accepterat avbokningar från middagar och en på senare tid alltmer eremitliknande tillvaro och ändå funnits där. Till alla mina nära och kära: ett stort tack för att ni hjälpt mig igenom den berg- och dalbana som avhandlingsskrivandet har varit. Nu är jag ute på andra sidan och kommer att bli en normalt fungerande social person.

Slutligen, den viktigaste av dem alla. Du har varit med under hela min resa och tålmodigt stöttat och uppmuntrat, lagat mat till mig när jag kommit hem efter en slitsam dag och gett mig en kram när jag behövt det som mest. Dessutom har du med ditt osvikliga sinne för språk en hel

del med slutresultatet att göra. Den här avhandlingen är till stor del också din. Nu när arbetet är slutfört ser jag fram emot att spendera resten av livet tillsammans med dig i nya livsprojekt. Tack Rasmus.

Jag vill också passa på att tacka Anna, hennes ledningsgrupp och medarbetarna på RA för möjligheten att få ta del av er förändringsresa och för den stora öppenhet och tillit ni visade mig. Utan det hade den här avhandlingen inte blivit tillnärmelsevis så rik på empiriskt material och förståelsen för hur-frågan i förändringsprocesser i sjukvården hade inte kunnat belysas. Ni är anonyma i den här avhandlingen, men definitivt inte för mig!

Stockholm, Maj 2013

Niklas Källberg

Översikt

1. Inledning	1
2. Forskningsdesign och metod	13
3. Teori.....	39
4. Empiri.....	89
5. Tematisk empirianalys	177
6. Fördjupad analys och diskussion.....	243
7. Slutsatser.....	297
8. Rekommendationer till praktiker och vidare forskning	309
9. Slutord	323
10. Referenser.....	329
11. Summary in English	339

Innehåll

1. Inledning	1
1.1. Introduktion.....	3
1.2. Syfte och bidrag.....	6
1.3. Forskningsfrågor	8
1.4. Avhandlingens disposition	10
2. Forskningsdesign och metod	13
2.1. Introduktion.....	15
2.2. Att kombinera innehåll, kontext och process	16
2.3. Studieobjektet - en radiologiavdelning i förändring.....	17
2.4. Datainsamling.....	18
2.5. Röster i avhandlingen.....	21
2.6. Avhandlingens metodologiska angreppssätt.....	22
2.7. En framväxande berättelse och analys	26
2.8. Tolkning och presentation.....	29
2.9. Min bakgrund och min roll i fallstudieorganisationen, återföring av analys och utmaningar	31
2.10. Metodsammanfattning	36
3. Teori.....	39
3.1. Sjukvårdens organisation och utveckling	41
3.2. Förändringsprocesser	55
3.3. Teorisammanfattning och konklusion.....	86
4. Empiri.....	89
4.1. Organisationen och avdelningen.....	91
4.2. Aktörerna i förändringsprocesserna	91
4.3. Prolog: Fram till november år noll	94

4.4.	Start på fallstudien: hösten år noll.....	98
4.5.	Vår år ett	103
4.6.	Höst år ett (start för observation).....	110
4.7.	Vår år två.....	124
4.8.	Höst år två	156
4.9.	Vår år tre	167
4.10.	Höst år tre.....	171
4.11.	År fyra och epilog	174
5.	Tematisk empirianalys	177
5.1.	Introduktion.....	179
5.2.	Tema 1: Införande av digitalt system (år noll till år ett).....	181
5.3.	Tema 2: Förändring av ledning och organisation (år ett till år tre) 194	
5.4.	Tema 3: Införande av ett nytt ekonomi- uppföljnings- och incitamentsystem (hela perioden).....	215
5.5.	Tema 4: Personalförändringar (år ett till år två)	225
5.6.	Tema 5: Verksamhetsnära förändringsprojekt kring processer, arbetssätt och lokaler (år ett till år fyra).....	232
6.	Fördjupad analys och diskussion.....	243
6.1.	Introduktion.....	245
6.2.	Förväntningar på förändring och förändringshistorik	246
6.3.	Förändringskompetenser	252
6.4.	Parallella världar och maktbaser	263
6.5.	Förändringsledares roll och betydelse	276
6.6.	Avslutande teoretisk diskussion	284
7.	Slutsatser.....	297
7.1.	Introduktion.....	299
7.2.	Forskningsfråga ett: Hur agerar, reagerar och interagerar aktörerna på Röntgenavdelningen i de situationer som uppkommer i förändringsprocesserna?	300
7.3.	Forskningsfråga två: Vilken betydelse har förutsättningar för förändring för hur aktörerna agerar, reagerar och interagerar i en förändringsprocess?	302

7.4. Forskningsfråga tre: Hur påverkas efterföljande förändringsprocesser av vad som har hänt i tidigare förändringsprocesser?	305
8. Rekommendationer till praktiker och vidare forskning	309
8.1. Rekommendationer till förändringsledare i sjukvården	311
8.2. Vidare forskning	319
9. Slutord	323
10. Referenser	329
11. Summary in English	339
11.1. Introduction	341
11.2. Research design	343
11.3. Theoretical framework	344
11.4. Empirical setting	345
11.5. Empirical analysis	346
11.6. Analysis and discussion	347
11.7. Conclusions	347

Tabeller

- Tabell 1. Översikt av fältstudier och annan datainsamling över tiden, 20
- Tabell 2. Emotionell dynamik i förändringsprocesser (Efter Huy, 1999), 70
- Tabell 3. Motstånd mot förändring (Efter Garside, 1998), 72
- Tabell 4. Förändringskompetenser och referenser, 76
- Tabell 5. Personer i fallbeskrivningen, 92
- Tabell 6. Förändringskompetenser, 253
- Tabell 7. Förändringskompetenser och referenser, 289
- Tabell 8. Exempel på händelser i fallstudien kopplade till förändringskompetenser, 292

Figurer

- Figur 1. Karta över avhandlingen, 10
- Figur 2. Glouberman och Mintzbergs (2001a) fyra världar, 49
- Figur 3. Glouberman och Mintzbergs (2001a) fyra världar kombinerade med Levays (2003) tre aktörsgrupper, 51
- Figur 4. Y-modellen (Lundeberg, 1993), 58
- Figur 5. X-modellen (Efter Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993), 64
- Figur 6. Utökad X-modell. (Efter Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993), 65
- Figur 7. Emotionell upplevelse (Atkinson et al, 1993), 67
- Figur 8. Ledningsstruktur, 93
- Figur 9. Ledningsgruppsmedlemmars bakgrund, 101
- Figur 10. Ledningsgruppens sammansättning hösten år noll, 102
- Figur 11. Ledningsgruppens sammansättning mars år ett, 108
- Figur 12. Ledningsgruppens sammansättning september år ett, 115
- Figur 13. Ledningsgruppens sammansättning mars år två, 130
- Figur 14. Ledningsgruppens sammansättning juni år två, 145
- Figur 15. Ledningsgruppens sammansättning mars år tre, 169
- Figur 16. Ledningsgruppens sammansättning september år tre, 172
- Figur 17. Förändringsteman över tid, 181
- Figur 18. Ledningsgruppens sammansättning under hela perioden, 202
- Figur 19. Överföring av fokus från Cure till Control och Care, 204
- Figur 20. Sjukvårdens fyra världar. (Efter Glouberman och Mintzberg, 2001a; Levay, 2003), 265
- Figur 21. Överföring av makt till Community, 266
- Figur 22. Överföring av makt till Control, 267

Figur 23. IT som ett ytterligare perspektiv, 270

Figur 24. Överföring av makt till IT-perspektivet, 272

Figur 25. Överföring av makt från Cure till andra världar, 287

1. Inledning

Det här kapitlet inleds med en introduktion av avhandlingens problemområde. Därefter redogör jag för syfte och tänkt bidrag med avhandlingen, följt av avhandlingens tre forskningsfrågor. Kapitlet avslutas med en beskrivning av hur avhandlingen är disponerad.

1.1. Introduktion

Denna avhandling handlar om förändringsprocesser i sjukvården: hur förändringsaktörer agerar, reagerar och interagerar i förändringen samt vad det är som påverkar deras agerande. Syftet är att bidra till en ökad förståelse för hur förändringsprocesser i sjukvården går till.

Sverige och andra västländer står inför en förändrad demografi med en allt äldre befolkning. Därmed ökar både behoven av och kraven på sjukvård, både från samhällets sida och från en äldre befolkning med högre förväntningar än tidigare generationer. Medicinska landvinningar gör att möjligheterna att ge människor bot och god vård ökar för varje år. En av utmaningarna är att möta kraven och de nya möjligheterna med en rimlig kostnadsökning.

Under de senaste decennierna har verksamheter inom hälso- och sjukvården utsatts för ett ökat förändringstryck. Det har handlat om såväl övergripande reformer och förändringar i ägarskap och kontroll som lokala förändringsinitiativ. En av huvuddrivkrafterna bakom det stora antalet organisations- och verksamhetsförändringar har varit en ambition att få kontroll över de ökande hälso- och sjukvårdskostnaderna.

Det upplevt konstant hårda externa trycket på effektivitet och upplevelsen av att många förändringsinitiativ har varit misslyckade, har tillsammans gjort att många medarbetare inom hälso- och sjukvården säger sig vara trötta på förändringar. De motsätter sig nya förändringsinitiativ, nästan oavsett vilka mål förändringarna har eller vilka medel som används (Axelsson, 2000; Garside, 1998; 2004). Många sjukvårdsorganisationer står fortsatt inför organisationsförändringar. Liksom i andra branscher använder sig de som är ansvariga för förändringen av olika filosofier, metoder och verktyg. Tidigare har exempelvis Business Process Reengineering (BPR) och Total Quality Management (TQM) varit väl använda, medan många av dagens organisationer använder lean som inspirationskälla (se exempelvis Modig och Åhlström, 2012).

Chefer i hälso- och sjukvården har traditionellt varit läkare. De senaste decennierna har det blivit allt vanligare med ledare från andra yrkesgrupper (Bourgeault, 2005), mestadels från andra grupper inom sjukvården. Många är före detta sjuksköterskor som ofta har ett annorlunda perspektiv än läkare, då de i sin yrkesroll många gånger har samordningsansvar för ett komplext vårdflöde. Även personer utan sjukvårdsbakgrund har blivit chefer i vården, men detta är fortfarande relativt sällsynt.

Med dessa förändringsinitiativ samt nya typer av ekonomi- och produktionsuppföljningar, följer nya förväntningar och roller för ledare och chefer i hälso- och sjukvården. Det ställer den tidigare ledande gruppen, läkarprofessionen, inför nya utmaningar. Läkarprofessionen kan uppleva den starkare ekonomiska styrningen, kontrollen och "teknikaliseringen" av arbetet som hotande mot professionen, eller mot expertisens makt: det som utgör auktoriteten hos den professionella gruppen (Freidson, 2001; Mintzberg, 1983). Nya uppföljningsmöjligheter och användningen av nya IT-verktyg i vården har ökat transparensen och därigenom möjligheterna att följa upp även det som tidigare endast de personer och yrkesgrupper som arbetat i processen har haft insyn i. Detta har också gjort det möjligt att sätta mål för och följa upp det tidigare till stor del självständiga professionella läkararbetet. Det kan leda till en krock mellan det professionella systemet och de "ekonomisk-administrativa" mål som sätts för organisationen, delvis av externa intressenter och delvis av hälso- och sjukvårdsledare (Abbott, 1988; Bourgeault, 2005; Levay, 2003; Lindholm, 2003).

Eftersom ledare gör skillnad i organisationer (Bryman, 2004) och ledarskap har stor betydelse i professionella organisationer (Lindvall, 1997) beror reaktioner på förändringar mycket på vem som leder, eller upplevs leda, förändringsprocesserna. I en förändring är legitimitet viktigt, det vill säga att de ledande personerna har en auktoritet som baseras på rådande sociala normer (Scott, 1995). De nya ledarnas perspektiv och bakgrunder påverkar förändringsprocessen. De för med sig nya kompetenser, men har också ofta ett annorlunda synsätt och språkbruk. Det har medfört en specifik utmaning i hälso- och sjukvårdssektorn: ledare med olika bak-

grunder, kunskaper och synsätt har olika syn på hur verksamheten ska ledas, vilka mål som ska sättas upp och vilka medel som ska användas. Personer med olika bakgrund kan ha svårt att förstå varandras ståndpunkter, vilket leder till diskussioner. Det finns dessutom en inbyggd konflikt mellan den offentliga sektorns olika mål som kan vara svåra att kombinera, mäta och utvärdera (se exempelvis Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003; Lindholm, 2003).

Forskning har visat att studier som fokuserar på innehåll, mål och resultat: vad i förändringsprocesser, inte alltid leder till ny kunskap om hur man kan genomföra förändringar (Beer, 2000). Det kan delvis bero på att ledare är motvilliga till att tillåta alltför nära observation av förändringsprocessen, vilket i sin tur gör det omöjligt för forskare att se processen på nära håll och i realtid (ibid). Utan att komma närmare verksamheten blir det svårt att förstå sammanhanget, kulturen och ledarskapet bra nog för att se vilka de specifika förutsättningarna för förändring är och hur processen går till. I hälso- och sjukvården har den organisatoriska forskningen som utförts på sjukhus försvårats, delvis beroende på sjukhusorganisationers komplexitet och de professionella aktörernas ställning och möjlighet att kontrollera förändringar (Bentsen et al, 1999).

Denna avhandling fokuserar på hur förändringsprocesser i vården går till. Det viktigaste verktyget är min empiristudie. I denna fallstudie av en röntgenavdelning (RA) studerade jag inte bara en enskild förändring, utan flera förändringsprocesser över längre tid. Studien sträcker sig över drygt fyra år. Den bygger på observation, intervjuer, skrivet material och deltagande i förändringsprocessen i en klinisk forskningsansats. Genom att ge insyn i hur förändringsprocesser på en röntgenavdelning kan gå till, hur olika aktörer interagerar och hur detta eventuellt påverkar förändringsprocessen, vill jag bidra till en ökad förståelse för hur förändringsprocesser i sjukvården fungerar.

Empiriberättelsen visar vad som kan hända när en verksamhetschef med en icke-medicinsk bakgrund kommer in i en sjukvårdsorganisation som står inför minskande resurser och stora krav på förändring. Organisationen har letts av läkare sedan lång tid tillbaka. Den har utsatts för ett antal förändringsinitiativ på kort tid, varav flera upplevs som mindre

lyckade. De förutsättningar som rådde på RA, med tidigt fokus på ekonomisk uppföljning, produktionsstatistik och krav på effektivitet, kombinerat med en ny ledare med annan bakgrund och förståelse och höga förändringsambitioner, gör det till ett intressant fall att studera.

Ledare och olika grupper i sjukvården blir idag allt mer medvetna om behoven av noggrant utformade förändringsprogram, som tar hänsyn både till externt tryck från till exempel politiker, professionella grupper och allmänheten, och interna förhållanden som organisationens kultur, normer och medarbetarbeteenden (Garside, 1998). Min förhoppning är att denna avhandling på en konkret nivå ska kunna bidra till förståelsen för förändringsprocesser. Empirin tillsammans med analysprocessen, som resulterat i identifiering av olika teman, mönster och skeenden under förändringsprocesserna, är tänkt att ge en förståelse för vilka utmaningar som förändringsaktörer och förändringsledare i sjukvården står inför. Många sjukvårdsenheter står idag inför liknande utmaningar som RA gjorde under fallstudien. Min förhoppning är att de, genom att utnyttja erfarenheterna från denna avhandling, kan stå starkare i sin förändringsprocess.

1.2. Syfte och bidrag

Mitt huvudintresse för att skriva avhandlingen är att bidra till en ökad förståelse för hur förändringsprocesser i sjukvården går till. Detta är också avhandlingens syfte. Avhandlingen riktar sig både till forskare som fokuserar på förändringsprocesser i sjukvården och till praktiker som vill lära sig mer om att driva förändring i vården.

Det finns många likheter mellan olika branscher vad gäller exempelvis förändringsfaser och reaktioner på förändring. Däremot ser förutsättningarna för förändring annorlunda ut i olika miljöer, vilket ofta påverkar utvecklingen av förändringsprocesser. När man studerar förändringar i organisationer är det därför viktigt att förstå hur sammanhanget, den specifika situation som förändringen sker i, har vuxit fram

historiskt, liksom hur förutsättningarna ser ut i nuläget. Sammanhanget är grunden, och en av huvudorsakerna, till de reaktioner som olika förändringsinitiativ ger (Barley, 1986; Beer och Nohria, 2000; Eriksson, 2004).

Vi befinner oss i svensk sjukvård, vilket gör det nödvändigt att studera hur sjukvården är uppbyggd och vilka aktörer som finns, samt vilka specifika särdrag som kan finnas. Sjukvården står idag inför en komplex målbild, där personer med olika bakgrunder och värderingar möts (Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003). Personer med annan bakgrund än den medicinska har trätt in på ledande positioner i sjukvården de senaste decennierna och därmed förändrat ledningsstrukturen (Bourgeault, 2005). Sjukvården anses innehålla två olika hierarkiska system, det medicinsk-professionella och det administrativa (Abbott, 1988). Förståelse för hur dessa system fungerar och vilka konsekvenser det kan få kan ge en fingervisning om den speciella komplexitet som en organisation med en stark professionell grupp inrymmer.

Som referensram i denna avhandling kombineras därför beskrivningar av sjukvårdens historik och särdrag, som exempelvis den professionella organisationen, med teorier kring organisationsförändring i allmänhet och förändringsprocesser i sjukvården i synnerhet. Det ger en grund för att diskutera vad de specifika förutsättningarna och sjukvårdens särdrag betyder för förändringsprocesserna i fallstudien, samt en möjlighet att förstärka, bidra till eller förkasta andra forskares teorier.

Genom att följa förändringsprocesser på nära håll under en längre tid och beskriva både vad olika personer uttrycker och hur de agerar, möjliggörs en djupare förståelse för hur en förändringsprocess går till: en detaljerad beskrivning av ett förlopp som få forskare verkar ha haft möjlighet att studera (Beer, 2000). Avhandlingens huvudbidrag är dels den djupa och nära empirin i kombination med analysen och identifierandet av mönster och teman i den konkreta förändringsprocessen, och dels diskussionen om möjliga lärdomar till andra förändringsprocesser i sjukvården. Det faktum att studieobjektet har specifika förutsättningar gör att de reaktioner och den interaktion som normalt kan förväntas i en sjukvårdsorganisation blir lättare att se och analysera.

Avhandlingen kan också bidra till att personer som arbetar med förändringar i sjukvården kan agera med ny kunskap genom att bättre förstå förutsättningarna för, och vad som kan hända i, förändringsprocesser i vården.

1.3. Forskningsfrågor

Syftet med avhandlingen är att bidra till en ökad förståelse för hur förändringsprocesser i sjukvården går till. Detta bidrag ges genom att besvara den övergripande forskningsfrågan:

Hur interagerar aktörer i förändringsprocesser i sjukvården och hur påverkar det förändringsprocessen?

Den övergripande forskningsfrågan kan brytas ned i tre delfrågor, varav den första lyder:

Hur agerar, reagerar och interagerar aktörerna på Röntgenavdelningen i de situationer som uppkommer i förändringsprocesserna?

För att besvara denna fråga krävs en god förståelse för Röntgenavdelningen, dess historik och dess medarbetare, men framförallt av de händelser som utgör förändringsprocesserna. Genom att ha kommit både verksamheten och aktörerna nära har jag kunnat skapa en rik empiriberättelse. Frågans svar ökar förståelsen för hur förändringsprocesser i vården kan gå till i praktiken.

Implicit i första delfrågan ligger också ett varför: hur kommer det sig att personer agerar, reagerar och interagerar som de gör? Här handlar det om att försöka förstå vad det är för faktorer som påverkar en förändringsprocess. Som andra delfråga har jag därför valt betydelsen av olika förutsättningar för förändring:

Vilken betydelse har förutsättningar för förändring för hur aktörerna agerar, reagerar och interagerar i en förändringsprocess?

Det är svårt att entydigt hitta förklaringar till varför personer agerar som de gör. Genom att se på särdrag i vården, det lokala sammanhanget på röntgenavdelningen, kompetens i förändring, hur olika professioner och grupper samspelar samt på förändringsledarskapet, kan förståelsen av röntgenavdelningens förändringsprocess diskuteras i ljuset av vad som kan ha påverkat aktörerna att reagera och interagera som de gjorde. Exemplet i fallstudien kan användas för att diskutera den allmänna frågan om förändringsförutsättningarnas betydelse för aktörernas reaktioner, agerande och interaktion.

Slutligen vill jag förstå mer om hur olika aktörers sätt att vara och agera i ett skede påverkas av tidigare förändringar:

Hur påverkas efterföljande förändringsprocesser av vad som har hänt i tidigare förändringsprocesser?

Eftersom jag följer flera förändringsprocesser under fallstudieperioden och därmed kan se hur förutsättningarna för förändring påverkas av tidigare händelser, finns goda förutsättningar att besvara delfråga tre. Idén är att aktörernas upplevelser, reaktioner och interaktion i förändringsprocessen gör att de tolkar förändringar på ett nytt sätt och formar nya förväntningar på hur förändringsprocesser går till. Därmed påverkas både deras agerande och förändringsprocessen i sig. På samma sätt som i fråga två diskuteras röntgenavdelningens förändringsprocesser i förhållande till sjukvårdens allmänna särdrag och valda teoriområden.

1.4. Avhandlingens disposition

Nedanstående bild beskriver strukturen på avhandlingen och är tänkt att fungera som en karta över hur jag når slutmålet: svaren på mina forskningsfrågor.

Figur 1. Karta över avhandlingen



Avhandlingen inleddes i detta kapitel med en introduktion som gav en kort överblick över ämnesområdet och motivering av valet av ämne. Därefter beskrevs syftet, bidraget och forskningsfrågorna.

Kapitel två, forskningsdesign och metod, innehåller en beskrivning av avhandlingsarbetets tillvägagångssätt och motivering till varför jag har valt just denna metod. Här görs en kort beskrivning av studieobjektet med en diskussion om hur jag har låtit olika röster i avhandlingen komma till tals. Kapitlet avslutas med en beskrivning av analysprocessen och utmaningar med tillvägagångssättet.

Teorikapitlet ger en analysram för att bättre förstå händelser i förändringsprocessen. Här beskrivs några särdrag hos sjukvården, främst den svenska, genom en kort historisk tillbakablick. Avsnittet är tänkt att skapa en fördjupad förståelse för förutsättningarna för förändring i sjukvården, exempelvis hur ledarskapet har sett ut samt de specifika förutsättningar och förändringsutmaningar som gäller i denna miljö. Här görs en särskild teorifördjupning kring sjukvårdens olika "världar" och synsätt samt professioners betydelse i sjukvården. I teorikapitlet beskrivs även ett urval av organisationsförändringsteorier. En syntes mellan olika teoriområden diskuteras.

Empirikapitlet, kapitel fyra, har ett kronologiskt upplägg och beskriver själva förändringsprocessen på Röntgenavdelningen. Det inleds med en beskrivning av de specifika förutsättningarna på RA vid fallstudiens start och jag går även igenom tiden före fallstudien. Syftet med att skriva empirin i kronologisk ordning är att ge läsaren en möjlighet att skapa sig en bild av hur förändringsprocesserna verkligen såg ut och hur de utvecklades över tid: vad som hände och hur personer reagerade, agerade och interagerade. I empirikapitlet ges största delen av svaret på forskningsfråga nummer ett, som handlar om hur en förändringsprocess i sjukvården kan gå till.

Den tematiska analysen är resultatet av en analysprocess, där fem olika teman identifierades. Temana skildrar olika delförändringar under den studerade perioden. Läsaren kan följa händelser kring varje tema och se hur senare reaktioner och interaktion bygger på tidigare händelser. Temana möjliggör en analys av längre, sammanhållna förändringsprocesser och att se kopplingar mellan olika processer. Den tematiska analysen ska kunna läsas separat från empiribeskrivningen. I varje förändringstema analyseras händelserna med hjälp av koppling till befintlig teori. Den tematiska analysen vidareutvecklar svaret på forskningsfråga nummer ett.

Den fördjupade analysen i kapitel sex lyfter fram de centrala teorierna från teorikapitlet. Teorierna diskuteras och utvecklas med hjälp av exempel från den tematiska analysen. Här läggs grunden till svaret på forskningsfråga nummer två, om vilken betydelse förutsättningar för

förändring har för hur personer agerar, reagerar och interagerar. Medan den tematiska analysen fokuserade på varje tema för sig utnyttjas i det här kapitlet möjligheten till jämförelser mellan olika förändringsprocesser. Analysen blir dynamisk och läsaren får exempelvis följa olika personers utveckling genom förändringsprocesserna. Forskningsfråga nummer tre, hur förändringsprocesser påverkas av vad som har hänt i tidigare förändringsprocesser, kan därmed börja besvaras.

I slutsatskapitlet sammanfattas svaret på forskningsfrågorna i korthet och empirin används endast som illustrerande exempel.

2. Forskningsdesign och metod

I det här kapitlet beskriver jag vilken forskningsdesign och metod jag har använt. Inledningsvis diskuterar jag vikten av att se på såväl innehåll som kontext och process och beskriver mitt studieobjekt, Radiologiavdelningen. Därefter redovisar jag hur datainsamlingen gick till och vilka personer och grupper som gör sig gällande i avhandlingen. Det metodologiska angreppssättet diskuteras i ett eget avsnitt, följt av en redogörelse för hur empiriberättelsen och analysen växte fram. Slutligen resonerar jag kring tolkning och presentation och beskriver min roll i studien. Kapitlet avslutas med en methodsammanfattning.

2.1. Introduktion

Förändringsprocesser kan inte studeras isolerat från den dagliga verksamheten. Förändringar som sker i verksamheten kan uppstå antingen som en relativt tydlig effekt av ett konkret förändringsarbete, eller som en mindre tydlig, svårsmätbar och svårspårbar förändring i den dagliga verksamheten. För att förstå hur förändringsprocesser går till och dess resultat måste man studera både själva förändringsprocessen i sig och den dagliga verksamheten. Den samlade bilden säger något om hur förändringsprocessen har sett ut och resultatet av den.

En förändring blir mest intressant när det inte bara är förutsättningar och resultat som studeras, utan även processen där personers agerande leder till reaktioner och ett nytt agerande. Förändringsprocesser skapar en ny dynamik och nya relationer i organisationen. En process kan dock inte observeras i sig. Det vi kan studera är företeelser som inträffar över tid (Lundeberg, 2011; Lychnell, 2010). Lychnell (2010) menar att processdata till stor del består av berättelser om vad som hände, vem som gjorde det och när det skedde.

Studier som fokuserar på vad i förändringsprocesser leder inte alltid till ny kunskap om hur man kan genomföra förändringar (Beer, 2000). För mig ligger fokus just på det inte så väl undersökta hur:et. Jag söker beskrivningar av och förklaringar till vad som händer i förändringsprocesserna, varför det händer, hur olika aktörer och deras agerande påverkar förändringsprocessen samt hur vi kan förstå och eventuellt förutse och påverka förändringsprocessens utveckling bättre.

Inspirerad av bland annat Kurt Lewins berömda fras (citerad i Schein, 1996) “you cannot understand a system until you try to change it” och driven av min egen övertygelse från arbete med och studier av förändringsprocesser, har metoden kring denna fallstudie tagits fram med syfte att komma så nära verksamheten (och verkligheten) som möjligt.

2.2. Att kombinera innehåll, kontext och process

För 25 år sedan kritiserades organisationsförändringsforskning för att ta dålig hänsyn till kontext, historia och personer (Pettigrew et al 1988; Pettigrew, 2000). Numera fokuserar forskningen ofta både på kontext och agerande (Pettigrew, 2000). Det sammanhang ett studieobjekt befinner sig i, exempelvis en intervjupersons arbetsplats och hur intervjupersonen beter sig på arbetsplatsen, behöver observeras och analyseras. Många forskare anser därför att man bör använda tidsseriestudier: longitudinella angreppssätt, för att fenomenen och dynamiken i förändringsprocessen ska kunna förstås (Armenakis och Bedeian, 1999; Pettigrew, 2000) samt för att hur och varför i en förändring ska kunna analyseras. Armenakis och Bedeians (1999) slutsats kring organisationsförändringsstudier i allmänhet och Pettigrews et al (1988) slutsatser kring sjukvården specifikt, blir således att man måste studera innehåll, process och sammanhang för att kunna förutsäga hur och varför organisationer förändras.

För att kunna få en utförlig bild av förändringsprocessen bör forskaren observera förändringar från en ledares perspektiv, annars blir det svårt både att generera ny kunskap och förstå den dynamik som ledare står inför i strategiska förändringsprojekt (Van de Ven, 2000). Studier av förändringsprocesser baseras ofta på intervjuer. Vissa kombineras med skriftliga källor men relativt få genomförs med deltagande observation eller ett kliniskt arbetssätt. Deltagande observation, eller etnografisk forskning, används sällan som metod i exempelvis ledarskapsforskning, trots att de vanligtvis är huvudtekniker inom kvalitativ forskning (Bryman, 2004). Det kan bero på att en sådan forskningsmetod är tidskrävande, att det är svårt att veta vad man ska observera och att det är dyrt (ibid). Ledare är också generellt motvilliga till att tillåta alltför nära observation av förändringsprocessen, vilket gör det omöjligt för forskare att studera processen på nära håll och i realtid (Beer, 2000; Bryman, 2004). Som beskrivs i inledningen av avhandlingen blir det därmed svårt att förstå sammanhanget, kulturen och ledarskapet väl nog

för att se vilka de specifika förutsättningarna för förändring är (Beer, 2000).

En stor del organisatorisk forskning i hälso- och sjukvården har utförts på sjukhus. Forskningen har försvårats delvis beroende på sjukhusorganisationers komplexitet samt de professionella aktörernas ställning och möjlighet att kontrollera förändringar (Bentsen et al, 1999). Jag har sett detta som en utmaning och har därför valt att studera förändringsprocesser genom ett kliniskt angreppssätt kombinerat med en longitudinell studie, för att fånga såväl innehåll, personer, kontext och process.

2.3. Studieobjektet - en radiologiavdelning i förändring

Fallstudien har genomförts på en radiologiavdelning på ett svenskt akutsjukhus. Empiribeskrivningen fokuserar främst på händelser på radiologiavdelningen år noll till år tre. Jag fanns kvar i organisationen även år fyra, men har valt att inte fokusera på perioden som följer efter år tre. Anledningen är att större delen av förändringsprocesserna tog plats under de tre första åren. Det finns dock två undantag, två händelser som bidrar till förståelsen för förändringsprocessernas utveckling på RA. Jag har därför valt att beskriva dessa händelser efter år tre.

Vid fallstudiens början hade radiologiavdelningen cirka hundra anställda, inklusive personalen på de tre mindre enheterna i samma stad. Personalen kan grovt delas upp i fem yrkeskategorier: radiologer (läkare), sjuksköterskor med radiologispecialisering, undersköterskor, läkarsekretärer och övrig personal. Till övrig personal räknas IT-stöd, tekniker och administrativ personal, som exempelvis ekonomer.

2.4. Databesamling

Första kontakten med verksamheten ägde rum i oktober år noll, när den då nytillträdda verksamhetschefen Anna sökte upp mig. Vi kände till varandra sedan tidigare och Anna visste att jag letade efter en fallorganisation till min forskning. Hon sökte någon som både kunde vara ett stöd i förändringsprocesserna och som ville anlägga ett forskningsperspektiv på dessa. Under våren år ett hade Anna och jag regelbunden kontakt. Vi diskuterade första delen av förändringsprocessen och händelser på avdelningen och jag fick ta del av skriftligt material om avdelningen.

Våren år ett beslutades att jag både skulle studera och stötta RA i kommande förändringsprocesser, ett arbete som startade under senvåren år ett. Jag fick då tillgång till samtliga historiska och nutida dokument, såväl offentliga som interna. Exempel på sådana dokument var rapporter, mötesanteckningar, verksamhetschefens veckobrev, verksamhetsplaner, uppföljningar och utvärderingar. Dokumenten studerades under hela perioden, liksom medierapportering om organisationen specifikt och hälso- och sjukvården i allmänhet. För att förstå historiska händelser och händelser just före min ankomst i organisationen, har jag använt mig av dokumentation och intervjuer med personer som både var kvar i och hade lämnat organisationen. Det var personer som hade varit direkt involverade i och haft ansvar för förändring, och personer som hade betraktat förändringarna mer på håll.

Tiden mellan senvåren år ett och december år fyra spenderade jag i genomsnitt två dagar per vecka på plats på avdelningen. Jag var inblandad i en del av de pågående förändringsprocesserna, ibland som deltagande i en projektgrupp där jag fick roller som stöd i förändringsprocesser och dokumentatör. Från och med augusti år ett blev jag adjungerad i ledningsgruppen, där den huvudsakliga rollen var att dokumentera och delta i diskussionen om förändringsarbete. Jag träffade verksamhetschefen regelbundet och deltog i informationsmöten på avdelningen.

Under åren hade jag också naturligt en hel del informella möten. En specifik källa var en enhetschef som för min forsknings skull talade in personliga dagboksanteckningar på en digitalbandspelare. Även mejlkonversationer mellan ledare och medarbetare bidrog till en djupare förståelse.

Jag antecknade på dator då tillfälle gavs, som under ledningsgrupps- och informationsmöten. Eftersom jag behärskar den så kallade touchmetoden, vilken innebär att man kan skriva utan att titta på tangentbordet, kunde jag delta i mötet och se andras reaktioner medan jag skrev. Jag frågade ett par av ledningsgruppsmedlemmarna, inklusive Anna, om de trodde att detta sätt att dokumentera kunde påverka deltagarna. De försäkrade dock att det sågs som en naturlig del att "Niklas med datorn" var med under möten. Vid de tillfällen som jag inte hade dator med gjorde jag anteckningar för hand, som jag sedan läste igenom och kompletterade med egna reflektioner och synpunkter. Under hela perioden förde jag också anteckningar i dagboksform.

Under perioden genomfördes ett antal formella intervjuer med syfte att förstå mer om RA:s historiska och nutida förändringsprocesser. Vid dessa djupintervjuer använde jag alltid bandspelare och försökte fånga personens berättelse om händelser på RA, dennes reaktioner på händelserna samt åsikter och tankar om processen. Jag arbetade med att försöka skapa ett förtroende mellan mig och respondenten och valde att genomföra intervjuerna på RA för att se till att respondenten kände sig trygg i miljön. I vissa fall delade jag upp intervjun så att jag kunde återkomma till speciellt intressanta områden vid ett senare tillfälle. Jag hade också möjlighet att följa upp intervjuerna i mer informella samtal. Intervjuerna inleddes med en diskussion om respondentens dagliga arbete, för att utgå från ett område som de kände sig trygga att prata om. Jag betonade att jag som forskare hade ett långsiktigt och analyserande perspektiv och berättade att syftet med att lära mig mer om deras arbete var för att kunna hjälpa till på lång sikt.

I tabellen nedan visas en översikt av datainsamlingen:

Tabell 1. Översikt av fältstudier och annan datainsamling över tiden

Typ av data-insamling	Okt år noll – senvåren år ett	Senvåren år ett – juli år två	Aug år två – dec år fyra	Antal totalt	Typ av skriftlig källa
Dagar i fält	Ca 5	Ca 100	Ca 400	Ca 500	Fältanteckningar, semistrukturerade
Lednings- gruppsmöten	1	Varannan vecka	Varannan vecka – en gång i månaden	Ca 70	Agenda, minnes- anteckningar, fältanteckningar
Avdelnings- möten	1	Oregelbundet	Oregelbundet	Ca 30	Agenda, minnes- anteckningar, fältanteckningar
Korta diskussioner med aktörer	Sporadiskt	Dagligen	Dagligen		Fältanteckningar
Diskussioner med verksamhets- chefen	Sporadiskt	Dagligen	Varannan dag		Fältanteckningar
Möten med projektgrupper	0	Ca 20	Ca 50	Ca 70	Agenda, minnes- anteckningar, rapporter, fältanteckningar
Mejlkorre- spondens	Ca 20	2-3 per dag	2-3 per dag		Mejl
Inspelade intervjuer	9	8	2	19	Transkriberingar
Dokument	> 500 sidor	> 500 sidor	> 500 sidor		Dokument
Veckobrev från verksamhets- chefen		Regelbundet	Oregelbundet	Ca 40	Mejl
Företags- information	Kontinuerlig tillgång	Kontinuerlig tillgång	Kontinuerlig tillgång		Dokument
Media	Ca 20 artiklar	Ca 20 artiklar	Ca 40 artiklar	Ca 80	Artiklar

2.5. Röster i avhandlingen

Ambitionen har varit att ge en så bra bild av förändringsprocesserna och dess aktörer som möjligt samt att ge röst åt flera perspektiv. Genom att delta i stora delar av RA:s förändringsprocesser, genom informella samtal, e-mejl och intervjuer har jag fångat medarbetares åsikter, reaktioner och interaktion. Det gör att jag har kunnat redogöra för relativt många perspektiv och kunnat få en omfattande bild av avdelningens olika aktörer.

Vissa personer och grupper förekommer oftare än andra i såväl empiribeskrivning som i analys. Verksamhetschefen Annas perspektiv får naturligt en stor tyngd. Anna var nytillträdd med ett specifikt uppdrag att driva förändring på RA. Hon kom genom sitt formella ansvar som förändringsinitiativtagare och som den person som alla kan relatera till, att bli den mest centrala personen i studien.

En grupp som också får stort utrymme är ledningsgruppen, vars deltagare kom från olika yrkeskategorier. I denna grupp deltog bland andra läkarcheferna Gustav och Henrik, som hade centrala roller i förändringsprocesserna. Sjuksköterskan Maria, som först var avdelningschef och senare tog över som verksamhetschef, är en av de tongivande personerna i ledningsgruppen, liksom sjuksköterskorna och cheferna Cecilia och Amanda, samt avdelningsekonomen Susanne. Även personalchefen Lisa hade en viktig position, bland annat som projektledare för förändringsteamet och under delar av perioden som adjungerad i ledningsgruppen.

De personer som har framträdande roller under delar av förändringsprocesserna får sina åsikter representerade vid dessa tillfällen. Det gäller exempelvis IT-projektledaren, som hade en viktig roll under planeringen och införandet av det nya digitala systemet, och läkaren Sara som ledde projekt under delar av den studerade perioden.

För någon som är intresserad av personers agerande och reaktioner i förändring kan det te sig märkligt att jag inte har beskrivit personer och personligheter mer ingående i empirikapitlet, utan bara beskrivit deras

utbildningsbakgrund och roll på RA. Anonymisering är alltid en mer eller mindre svår avvägning. I mitt fall, där jag vill studera och dra lärdom av personers agerande, behövde jag se så mycket av ”verkligheten” som möjligt och få veta vad personer tycker och tänker. Jag upplevde att jag lyckades få en stor öppenhet i intervjuer och att jag fick höra detaljerade åsikter om händelser och personer. För att kunna behålla citat och beskriva händelser mer ingående har jag därför valt att i stor utsträckning anonymisera personer. I några fall, främst vad gäller ledningsgruppen, har jag valt att behålla en del av identifikationsmöjligheterna, men då efter avstämning med personerna i fråga. De mest framträdande personerna i empiriberättelsen har alla fått läsa igenom berättelsen. Slutligen har jag till största del valt att anonymisera fallstudien och inte ta med några särskiljande drag i beskrivningen av RA. Samtliga namn är påhittade för att skydda personernas identitet.

2.6. Avhandlingens metodologiska angreppssätt

2.6.1. En longitudinell fallstudie

För att förstå personers och gruppers reaktioner, ageranden och interaktion i förändringsprocesser i sjukvården har jag alltså valt att göra en omfattande fallstudie. Angreppssättet är lämpligt när en hur- eller varförfråga ställs och där forskaren har liten eller ingen kontroll över händelserna som ska studeras (Yin, 1994).

När man arbetar med fallstudie som metod kan man välja att utföra en eller flera studier. Yin (1994) pekar på tre orsaker för att använda en så kallad single-case study: 1) att det ska finnas ett lämpligt fall för att testa en välformulerad teori, 2) att man har ett extremt eller unikt fall, eller 3) att man har ett avslöjande fall. Jag valde en fallstudie med målsättningen att få en djup förståelse för avdelningen. Jag ville också få unik

tillgång till detta, vilket, bortsett från tidsaspekten, gör punkt nummer två ovan till främsta orsaken att hålla mig till ett fall.

I fallstudier kombineras datainsamlingsmetoder som exempelvis arkiv, intervjuer och observationer. Resultatet man får fram kan antingen vara kvalitativt (text) eller kvantitativt (siffror), eller både och (Eisenhardt, 1989). Jag har valt att främst fokusera på kvalitativ data. Detta för att kunna skapa en berättelse rik på data från observationer och intervjuer, som även inkluderar citat och beskrivningar av agerande. Yin (1994) listar sex olika källor som kan användas i fallstudier: dokumentation, intervjuer, direkt observation, deltagande observation och fysiska artefakter, där den sista kan vara tekniska apparater eller verktyg. Som jag beskrivit i tidigare avsnitt har jag använt alla källor utom den sistnämnda: fysiska artefakter, även om det digitala systemet, vars införande jag studerade, skulle kunna ses som en fysisk artefakt.

Jag har valt att göra en longitudinell fallstudie för att kunna se både innehåll, kontext och process under en längre tid och i flera förändringsprocesser (Armenakis och Bedeian, 1999; Pettigrew et al 1988; Pettigrew, 2000).

2.6.2. Ett kliniskt angreppssätt

Viljan att komma nära fallorganisationen och få en djupare förståelse för olika fenomenen gjorde att jag valde en klinisk forskningsansats (Schein, 2001). Angreppssättet innebär att forskaren själv är med och arbetar i organisationen, ofta för att lösa ett praktiskt problem, och samlar in data under tiden. För att kunna använda det kliniska angreppssättet är det viktigt att identifiera någon som, givet intresseområdet, upplever ett behov av hjälp (Mårtensson, 2001; Schein, 2001). Denna någon var i RA:s fall Anna, som kontaktade mig för att få stöd i förändringsprocessen.

I klinisk forskning agerar forskaren som en ”organisationskliniker”, då han eller hon arbetar med djupobservation av praktiken. Forskaren bygger teori och empirisk kunskap genom att skapa analysverktyg som försöker fånga dynamiken i verksamheten (Shani et al, 2004). Genom ett kliniskt angreppssätt kan forskaren samla empiriskt material under pro-

cessens gång, i situationer som inte är skapade av forskaren själv och utan att hela tiden behöva fokusera på insamlandet (Mårtensson, 2001) och i situationer som inte är skapade av forskaren (Schein, 2001). Forskaren upplevs av personer i verksamheten som någon som är där för att hjälpa till, vilket innebär att motivationen till att svara på frågor och dela upplevelser ökar (Mårtensson, 2001).

Tanken med ett kliniskt angreppssätt är således att få en god förståelse för ett komplext system, som studeras genom den hjälpande rollen (Mårtensson, 2001). Ett exempel på den hjälpande rollen på RA var samtal med verksamhetschefen, som såg det som en möjlighet att lära sig mer om verksamheten och reflektera kring förändringsprocesserna. Relationen med verksamhetschefen var mycket öppen, jag fick den information jag var i behov av och kunde diskutera beslut och funderingar kring förändringsprocesserna. Förväntningarna på mig var att ge min bild av händelseutvecklingen ur ett forskarperspektiv, samt att stå till tjänst med metoder i förändringsledning. Jag deltog dock inte i besluten kring förändringarnas inriktning. Jag diskuterade även mina reflektioner med delar av ledningsgruppen samt i seminarier med medarbetare. Diskussioner kunde också ske efter vissa projektmöten, främst då jag stöttade projektledare. Genom att jag deltog i ledningsgruppsarbete, projektarbete och vid ett stort antal lednings- och personalmöten, byggde jag en god relation med olika ledare och medarbetare. Det gjorde dels att jag kunde se förändringsprocesserna från ledningsperspektiv, vilket gjorde att jag kunde förstå förändringsdynamiken (Van de Ven, 2000), och dels att jag kunde se förändringarna ur medarbetarnas perspektiv.

2.6.3. Relation till aktionsforskning

Det finns likheter mellan klinisk forskning och aktionsforskning på så sätt att forskaren i hög utsträckning är inblandad i processen (Mårtensson, 2001). Båda angreppssätten innehåller också det hjälpande perspektivet. Aktionsforskning innebär i sin originaldefinition dock att forskningssubjektet involveras i forskningsprocessen på forskarens initiativ (Schein, 2001). Den typen av forskning startar ofta med en forskningsdesign som

sedan utförs i en organisation (Mårtensson, 2001). Forskaren driver själv ett projekt eller liknande i organisationen (ibid). Denna insats kan vara en del av det studerade fenomenet. Vid aktionsforskning finns det således risk för att forskarens agenda styr, medan klinisk forskning istället utgår från klientens behov (Schein, 2001). Med andra ord, ”det som skiljer klinisk forskning från traditionell aktionsforskning är att tonvikten ligger på att forskningssamarbetet initieras av klienten och inte av forskaren” (Lychnell, 2010).

I mitt fall initierades samarbetet med Röntgenavdelningen av Anna, som är att betrakta som klienten. Det var viktigt för både Anna och mig att jag skulle ha möjlighet att ha den hjälpande och utforskande rollen, och inte driva projekt i organisationen med syfte att testa en tes för min forskning. Jag ser därför att jag ligger närmare den kliniska forskningen än aktionsforskningen.

2.6.4. Collaborative research

Arbets sättet med att föra en dialog med aktörerna om vad jag har sett och låta dem ta del av min analys och min koppling till teori för att hjälpa dem med egen reflektion kring händelserna, liknar angreppssättet ”collaborative research”. Collaborative research är ett samlingsnamn för olika arbetsformer där forskaren och det studerade företaget samarbetar för att formulera relevanta frågor, samla data och skapa gemensamma lärprocesser. Ibland deltar aktörer från företaget aktivt i studien.

Collaborative research kan definieras som:

... an emergent and systematic inquiry process, embedded in a true partnership between researchers and members of a living system for the purpose of generating actionable scientific knowledge (Shani et al, 2004)

Tanken är att collaborative research ska kunna generera nya insikter som både kan påverka agerandet och skapandet av ny teori (Adler et al, 2004). Adler et al (ibid) menar också att denna typ av forskning inte ska ses som ett substitut för andra forskarmetoder, utan som en viktig driv-

kraft för organisationsförändring och en möjlighet att öka den teoretiska utvecklingen kring komplexa organisationer och ledarskapsfrågor.

Collaborative research kan alltså vara ett komplement till klinisk forskning. Genom att jag samarbetade med organisationen och Anna och vi kom överens om att under delar av forskningsperioden skapa gemensamma lärprocesser, kan jag definiera angreppssättet som ett klinisk angreppssätt med inslag av collaborative research. Jag valde dessutom att tillsammans med Anna delta i en forskarkurs som hette just Collaborative research, där forskarna som undervisade var auktoriteter inom området. Under kursen analyserade vi bland annat förändringsprocesserna på RA och spelade in en videointervju med Anna, sedan som diskuterades under ett seminarium. Återförandet av min analys till Anna, ledningsgrupp och medarbetare, kan också ses som ett inslag i en mer deltagande forskning.

2.7. En framväxande berättelse och analys

Under hela processens gång skrev jag korta reflektioner: fältanteckningar, om processen. Fältanteckningar, som fungerar som löpande kommentarer till forskaren och/eller forskningsteamet, är viktiga under en fallstudie (Eisenhardt, 1989). Ofta hade jag möjlighet att skriva i datorn eller på papper direkt när de intressanta händelserna inträffade. I andra fall gjorde jag betraktelsen vid ett senare tillfälle. Anteckningarna blev som ett stort dagboksdokument med blandade betraktelser och reflektioner. Dagboksförfarandet är något som Södergren (1992) rekommenderar som ett sätt att få systematik i den tolknings- och lärprocess som sker vid sidan av dokumenterade data.

Dagboksdokumentet bildade stommen till den kronologiska empiriberättelse som kom att bli kapitel fyra. Jag kompletterade berättelsen med citat från mitt eget material och andra skrivna dokument. Kombinationen av många olika slags data gör materialet rikt, men också komplext att illustrera. Det var viktigt att hitta en tilltalande presentations-

form som kunde göra det lättare att förstå förutsättningarna för förändringsprocesserna, agerandet i och reaktionerna på förändringarna. Empiriberättelsen skrevs om flera gånger för att få en bra struktur och ett bättre flyt. Mellan omskrivningarna fick jag återkoppling från kollegor och nyckelpersoner på RA, främst Anna. Återkopplingen gjorde att jag kunde få stöd i att fånga fler perspektiv.

När jag transkriberade djupintervjuerna i löpande text arbetade jag med att kategorisera uttalanden och markera sådant som jag trodde var speciellt intressant i förändringsprocesssammanhang. Jag gick tillbaka till tidigare intervjuer då jag transkriberade nya för att jämföra citat och berättelser. Det var under transkriberingen av djupintervjuerna som jag första gången såg att personer använde olika ord för att uttrycka samma sak. Att de hade olika perspektiv hade jag anat, men det faktum att de uttryckte sig olika gjorde mig intresserad och uppmärksam på fenomenet. Efter hand lyfte jag ut ett stort antal citat som jag upplevde var centrala i berättelsen och samlade i ett Excelark. Citaten var från intervjuer, observationer, mejl och till viss del från egna fältanteckningar. Jag arbetade till slut med cirka 350 citat som jag med ojämna mellanrum läste igenom och använde i empiriberättelsen.

Analysen gjordes kontinuerligt under arbetets gång. Jag byggde upp ett större analysark i Excel och arbetade där med att identifiera mönster. Mönstren kunde bestå av ett uttalande eller ett beteende som jag såg hängde ihop med andra händelser, varefter jag letade efter bekräftelse på att det jag hittat var ett övergripande mönster. Några mönster var relativt tydliga och lätta att identifiera, genom exempelvis kategoriska citat och handlingar som återkom hos flera personer. Andra gånger handlade det om mer subtila mönster, där mina tankar och min analys från fältanteckningarna var det som fick mig uppmärksam på mönstret. Det kunde vara något i sättet som ledare och medarbetare agerade på och de, ibland kraftiga, reaktionerna på förändringen. Ett exempel är en medarbetare som upplevde att det ekonomiska synsättet ”tog över”. Uttalandet fick mig att specialgranska kommentarer av det slaget. Jag bearbetade analysarket i flera omgångar och presenterade det även för mina handledare som fick ge sina reflektioner.

Efter ett tag började ett antal förändringsdelprocesser utkristalliseras bland mönstren i analysprocessen. Det handlade om olika förändringsinitiativ som delvis var medvetet initierade, men ibland framväxande. Alla de olika förändringarna var inte medvetet sammanhållna i ett förändringsprogram eller kommunicerade som en del av en större helhet. Jag såg att de olika förändringarna kunde kategoriseras i fem delvis parallella men också överlappande processer, som sedan kom att utgöra förändringsteman. Jag övergick då till att skriva den tematiska analysen, kapitel fem, i löpande text utifrån dessa teman. Jag gick sedan igenom empirin, kodade de händelser som hörde till respektive tema och klippte ihop dem till hela berättelser under varje tema.

Materialet i de fem temana blev mycket omfattande och innehållet var till delar överlappande material från empirin. Jag bearbetade den tematiska analysen ett antal gånger och koncentrerade materialet. Medan empirin gav en möjlighet att studera händelserna i tidsföljd, gjorde analysen i de fem förändringstemana – som blev resultatet av analysen – att man kan följa reaktioner, agerande och interaktion genom varje tema och se hur senare reaktioner bygger på tidigare händelser inom samma delförändring. Händelserna i dessa teman består därför av beskrivningar av episoder kombinerat med centrala citat. Jag beskriver kopplingen mellan olika aktörer och händelser, och de största mönstren bildar underrubriker i varje tema. Det finns en viss överlappning i händelser mellan olika teman, vilket beror på att en händelse kan påverka förloppet i olika förändringstemans processer. Rekryteringen av Anna gjorde till exempel att IT-förändringsprocessen tog en ny riktning, att uppföljningen av verksamheten förändrades och att synen på ledningen och ledarskap blev annorlunda. Det har varit en utmaning att göra teman och mönster tydliga även för läsaren. Det är dock inte en ambition att alla mönster ska beskrivas på samma sätt eller innehålla samma antal citat. Målsättningen har istället varit att lyfta fram utvalda exempel på aktiviteter som formar dessa mönster.

2.8. Tolkning och presentation

Strauss (1987) rekommenderar att fallstudier presenteras utifrån teman eller forskningsresultat på en högre analysnivå. Denna nivå bör fokuseras kring teoretiska poänger, teman och delresultat som har teoribyggnads värde. Samtidigt bör empirin tala genom citat eller fallbeskrivningar, för att skapa förståelse för ämnesområdet, visa den empiriska grunden för resultaten och ge materialet verklighetsförankring (ibid). Personer som berörs av ämnet bör dessutom känna att det avspeglar verkligheten. De mer formaliserade temana/delresultaten bör därför underbyggas och illustreras med exempelvis citat, beskrivningar och fältanteckningar, alternativt i mer sammanhängande berättelser (ibid).

Jag ser min empiriberättelse som en möjlighet att låta empirin tala och ville genom det ge en bild både av händelseutvecklingen och av utvecklingen av personer och deras reaktioner och agerande över tid. Jag har inspirerats av narrativ metod, där narrativ betyder en talad eller skriven text som beskriver en händelse eller kronologiskt sammankopplade serier av händelser (Czarniawska, 2004). Det kronologiska beskrivnings-sättet, som används i empirin, är det enklaste sättet att bygga upp en narrativ struktur på (ibid).

En berättelse utgör sekvenser av händelser. För att berättelsen ska bli meningsfull måste olika komponenter hänga samman i en större helhet (Lychnell, 2010). Empiriberättelsen kopplas samman bland annat genom att läsaren får följa personers utveckling samt genom att välja ett kronologiskt upplägg. En intrig är ett sätt att göra det möjligt för en läsare att skapa mening i en berättelse och se hur saker är sammankopplade (Czarniawska, 2004). I den tematiska empirianalysen är teman en sådan form av intrig. Medan empirin får tala för sig själv i empiriberättelsen är den tematiska analysen upplagd utifrån teman, med teoretiska poänger (Strauss, 1987). Empiriberättelsen och den tematiska analysen ger tillsammans en del av svaret på forskningsfråga ett: Hur agerar, reagerar och interagerar aktörerna på Röntgenavdelningen i de situationer som uppkommer i förändringsprocesserna?

Att använda en single-case study och att illustrera den med en berättelse innebär att forskningsprocessen till viss del kommer att stå i fokus (Andersson, 1996). En strukturerad fallstudietext växer fram successivt och det kommer att finnas länkar mellan forskningsprocessen och den process som studeras (ibid). Södergren (1992) menar att det i varje forskningsprojekt är viktigt att forskaren gör självständiga val i tolknings- och analysarbetet. Komplexiteten i studerade fenomen och skillnaden i förutsättningar mellan olika undersökningssituationer är så stor att en detaljerad regelbok för kvalitativ forskning inte bör skrivas, däremot kan det vara nyttigt med förslag till arbetsmetodik (Strauss, 1987; Södergren, 1992). Forskningsprocessen för exempelvis grounded theory består av en gradvis kunskapsuppbyggnad, där datainsamling, kodning och skrivning av tentativa resultat och idéer samverkar (ibid). Tolkning och omtolkning sker därmed under hela arbetet. Denna beskrivning av tillvägagångssätt stämmer väl överens med mitt beskrivna arbetssätt. Förståelsen för och analysen av studieobjektet växte fram successivt och i ett växelspel mellan empiriinsamling, kategorisering och teoristudier.

Sammanhanget är viktigt för förståelsen av varför en förändring sker (Pettigrew, 2000; Pettigrew och Whipp, 1991) och teorikapitlets, kapitel tre, beskrivning av sjukvårdens utveckling och organisation, ger därför en viktig bakgrundsförståelse. Under hela forskningsprocessen fördjupade jag mig i de specifika förändringsutmaningar som gällde i sjukvårdsmiljön. Vartefter jag observerade ett fenomen gjorde jag teorisökningar för att se om det var känt sedan tidigare. På så sätt kom jag i kontakt med exempelvis teori om sjukvården, till att börja med särdrag hos främst den svenska sjukvården. Efter att ha läst mer om sjukvården och påbörjat fallstudien insåg jag att professionsteori kunde vara intressant att använda för att analysera händelserna på Röntgenavdelningen. Professionsteori beskriver en av sjukvårdens viktigaste särdrag: att en yrkesgrupp, läkare, har dominerat ledningen av sjukvården under många år. Jag studerade även mer specifik litteratur inom organisationsförändring, som givet sjukvårdssammanhanget var relevant i förändringstermer. Det handlade exempelvis om ledares betydelse i förändringsprocesser,

olika perspektiv i förändring, emotionella processer och förändringskompetenser.

I det fördjupade analyskapitlet, kapitel sex, gör jag ett försök att lyfta mig från den konkreta empirin, utgå från teori och se om jag genom empirin kan bidra till befintlig teori. Genom att jämföra olika förändringar blir analysen dynamisk. Då jag har använt ett longitudinellt angreppssätt kunde jag analysera sammanhållna förändringsprocesser och se kopplingar mellan de olika förändringarna inom varje tema. I slutsatskapitlet, kapitel sju, besvaras slutligen kortfattat samtliga forskningsfrågor. Här används empirin endast som illustrerande exempel.

2.9. Min bakgrund och min roll i fallstudieorganisationen, återföring av analys och utmaningar

Precis som en organisation inte är ett vitt papper är inte heller forskaren det. En berättelse kan inte vara en beskrivning av vad som verkligen hände, utan en representation av verkligheten skriven av en speciell berättare från ett specifikt perspektiv (Andersson, 1996). Min bakgrund påverkade hur jag tolkade situationen och min förförståelse gjorde att jag såg vissa saker men inte andra. Den teori jag läste före och under fallstudien, liksom att jag har ekonomibakgrund, påverkade de händelser som jag har lyft fram. Jag har även tidigare erfarenhet av konsultarbete, efter att under ett par års tid ha arbetat med förändringsprocesser och processutveckling. Min roll på konsultföretaget var att delta i projektarbete och arbeta med metodutveckling. I arbetsuppgifterna ingick exempelvis arbete med och stöd till projektgrupper hos kunder, analys av branscher och processkartläggningar tillsammans med kund. Under den tiden lärde jag mig mycket om processförändringar och förändringsarbete, jag fick inblick i organisationer från olika branscher och insyn i de olika utmaningar som organisationerna stod inför. Vid forskarutbildningens början

hade jag lämnat min tjänst på konsultbolaget. Jag hade inte arbetat med eller kommit i kontakt med sjukvårdsorganisationer innan jag påbörjade mitt forskningsarbete. Den berättelse som presenteras har således formats av, liksom alla berättelser, min förförståelse och de metodologiska, teoretiska och empiriska insikter som jag fått under processens gång (ibid).

Att vara på plats som en naturlig aktör på RA gav mig flera fördelar som forskare. Jag kunde betrakta händelser och personers reaktioner utan att ses som ett hot eller en udda företeelse. Det gjorde att jag kunde få förståelse för situationer baserat på förstahandsinformation. Jag kunde också känna av stämningar och se på personer om det de sade verkade stämma överens med det de kände. Det är inte alltid, eller ens ofta, som personer säger rakt ut vad de tycker, framför allt inte i känsliga situationer. Genom att vara på plats under själva processen kunde jag studera ansiktsuttryck och kroppsliga reaktioner och därigenom bilda mig en uppfattning om deras reaktioner även om de inte var verbala. Den information jag fick genom att observera och interagera med medarbetarna gjorde att jag kan driva analysen längre. Den närvarande forskningsansatsen skapade dock också vissa metodologiska svårigheter. I och med att delar av mönster och analysområden inte alltid kan hänföras till intervjuer, inläst material eller annan ”objektiv” fakta, blir andras verifiering av trovärdigheten i analysen svårare när sådana mer abstrakta, upplevelsebaserade slutsatser dras.

En ytterligare fördel med att vara länge i organisationen var att jag i stort sett alltid, under hela perioden, kunde återkomma till frågor och testa idéer. Tillgången till såväl dokument som personer var i stort sett obegränsad. Jag fick möjlighet att studera hela förändringskedjan, från initiala tankar som utvecklades av enstaka personer eller i grupp, via beslut och diskussion i ledningsgruppen, till att studera projektledare och de eventuella reaktionerna och effekterna i verksamheten.

Forskningsprocessen, i vilken form som helst, är en sorts intervention (Schein, 2001). Vi måste därför förstå hur interventionen påverkar dem/det vi studerar. Jag skrev tidigare att jag var noga med hur jag inledde intervjuer och hur jag presenterade mig för att undvika att intervjupersonen skulle fågas av min roll. Hur man blir introducerad för

personer som man ska dela arbetsplats med under en längre period påverkar naturligtvis alltid relationen. Det blir speciellt viktigt när man som forskare får en mer betraktande roll, vilket kan kännas hotfullt. Ett tillfälle då jag inte fick möjlighet att själv välja budskap var när jag var ny på avdelningen och skulle presenteras av en enhetschef. Hon valde att inför ett par medarbetare presentera mig med orden: ”Detta är Niklas. Han ska hjälpa oss att avgöra vilka som ska få jobba kvar efter digitaliseringen”. Det var inte riktigt det sätt jag ville bli presenterad på. Jag fick dock möjlighet att direkt efter berätta min egen syn på min roll och händelsen fick inga långtgående konsekvenser. I de flesta fall presenterades jag som en forskare som också skulle hjälpa till med stöttning i förändringsledning, vilket snarare öppnade dörrar och gjorde att jag kunde ställa mer närgångna frågor.

Genom min nära relation till verksamhetschefen, som jag inte bara interagerade med under möten utan också fungerade som ett bollplank för i många frågor, fick jag en närmast unik tillgång till chefens fulla perspektiv. I den kontinuerliga återkopplingen till verksamhetschefen om mina tankar och min analys kunde jag stämma av mina egna slutsatser. Jag var dock medveten om risken att jag skulle börja identifiera mig med verksamhetschefen och/eller med ledningsgruppen, eftersom jag både arbetade med stöttning i drivandet av förändringar och satt med i ledningsgruppen. Det fanns också en risk att jag som ekonom skulle missa medicinska och omvårdande perspektiv, trots att jag även tidigare, med andra metodansatser, stått inför samma problem. Risken med att ha så god tillgång till ledningsgruppen och Anna specifikt, var att uppfattas som utsänd av Anna och ledningen. Det hände att jag under studiens gång fick frågor om min roll just i förhållande till Anna. Eftersom respondenterna visste att jag var engagerad av verksamhetschefen fanns det en risk för misstro mot mitt syfte med intervjuerna. Till en början var det främst undersköterskor och läkarsekreterare som frågade om syftet med intervjuerna. Min oro för att uppfattningen av mig som oberoende intervjuare skulle påverka öppenheten besannades dock inte i någon högre utsträckning. Jag arbetade under intervjuerna med att höja förtroendet och öppenheten, bland annat genom att betona att ingen enskild

åsikt skulle kunna kopplas till en identifierbar person. Det bidrog troligtvis till att jag uppfattade de flesta intervjuer som öppenhjärtiga och ärliga. Jag var även noga med att poängtera min fristående roll. Samtidigt förklarade jag att jag var där för att ge Anna och ledningsgruppen en samlad bild av förändringsprocessen, vilket inte innebar information om vad vissa personer sagt, men återföring på en övergripande nivå.

Genom att vid några tillfällen presentera min forskning för andra medarbetare fick jag mycket värdefull input. Under resans gång analyserade jag även situationen på RA och diskuterade vad jag kommit fram till med verksamhetschefen Anna och andra personer på RA: sjuksköterskor, läkare och annan personal. En gång lät jag ledningsgruppen och ett antal läkare läsa ett artikelutkast, inklusive fallbeskrivning. Jag samlade ihop kommentarer om såväl beskrivning som analys och ägnade tid åt att få beskrivningen av händelser i organisationen bekräftade. Läsarna berömde oss för att fallbeskrivningen stämde bra överens med deras egen upplevelse och för att analysen var intressant.

Ett annat exempel på hur jag återförde mina reflektioner och min analys av RA, inte bara till Anna utan också till medarbetare, var ledningsutvecklingsprogrammet, LEDU, där samtliga läkare och ett antal sjuksköterskor deltog. Under ett seminarium presenterade jag vad jag kommit fram till och berättade om hur jag såg på RA:s förändringsresa så långt, kopplat till analys och teori. Mitt mål med presentationen var att väcka tankar och insikt om hur förändringsprocessen sett ut och var avdelningen befann sig. Tanken var också att genom att tala öppet om händelser kunna starta en diskussion under seminariet.

Jag inledde presentationerna med att berätta att det jag skulle presentera var identifierade, upplevda mönster, inte faktiska, och att mönstren baserats på intervjuer och observationer. Jag sade också att jag i det stadiet hade få teorikopplingar, att jag anonymiserat så långt det gick och att även det jag publicerade skulle vara anonymiserat. Jag bad deltagarna att tycka, tänka, känna och ge mig återkoppling. Under presentationen var intressenivån hög hos de flesta och jag kunde se hur deltagarna nickade och skakade på huvudet igenkännande, i frustration och/eller i motsägande. Jag fick positiva reaktioner från deltagarna som visade sig

intresserade och villiga att diskutera och bidra. Jag fick jag rekommendationer att titta på andra röntgenavdelningar som bland annat hade arbetat med digitalisering, en av de stora förändringarna. Återkopplingen var nyttig för mitt fortsatta arbete. Jag fick också en kommentar om en felaktig referens från en disputerad radiolog, vilket gjorde att jag fortsättningsvis var noggrannare med referenserna i mina presentationer.

En annan utmaning i valet att komma nära verksamheten och arbeta i den är att man riskerar att bli för involverad och tappa forskarperspektivet. Genom att vara ”en del av” kan man påverkas av de perspektiv man hör och ser. Yin (1994) tar upp tre problem relaterade till ”bias” när man arbetar med deltagande observation: 1) att forskaren har mindre möjlighet att vara en extern observatör, 2) att forskaren kan bli en supporter till organisationen och 3) att den deltagande rollen kan kräva för mycket uppmärksamhet och göra kvaliteten på exempelvis fältanteckningar sämre. Genom att jag ibland deltog i processen och vid andra tillfällen bara var observatör, bör den första risken ha minskats. Problem nummer två, att riskera att bli en supporter, har jag blivit medveten om genom några olika händelser, bland annat vid ett tillfälle under år två. Jag hade då många diskussioner med delar av ledningsgruppen. Anna och jag tog upp min roll och konstaterade att jag blivit en person som delar av gruppen diskuterade sin situation och sin chefsroll med. Vi bestämde då att jag skulle ta ett steg tillbaka, för att inte riskera att bli en ventil för personerna i gruppen och ses som ett ledningsstöd. Den tredje risken, att den deltagande rollen kräver för mycket uppmärksamhet, har jag inte upplevt som stor i mitt fall.

För att om möjligt kunna säkerställa fler perspektiv i tolkningen av materialet har jag genom hela empiriperioden försökt att ta ett steg tillbaka och genom seminarier och samtal ta hjälp av forskarkollegor. Under de första åren samarbetade jag med min forskarkollega Magnus Mähring, som fick rollen som djävulens advokat. Han utmanade mina tolkningar och uppfattningar av händelserna, dels för att ge mig ännu ett perspektiv på förändringsprocesserna och dels för att försöka undvika eventuell bias i såväl datainsamling som representation (Eisenhardt, 1989; Källberg och Mähring, 2007). Samarbetet gick till så att jag berätt-

tade om förändringsprocessernas olika faser, Magnus bidrog med ifrågasättanden och klargöranden och vi arbetade gemensamt med analysarbetet, där vi kopplade fallstudien till lämplig teori. Samarbetet resulterade i två konferenspaper, två bokkapitel och i två artiklar som är i publiceringsprocessen.

När man har arbetat i en organisation en längre period är det lätt att bli hemmablind. Det som till en början var spännande, nytt och intressant tycks inte längre lika banbrytande. Det är lätt att få känslan av att alla måste ha sett och förstått samma sak. Genom att jag vid ett antal tillfällen föreläst om mina erfarenheter för läkare och chefer i vården, har jag kunnat testa såväl mina tidiga som sena analystankar, få reaktioner på dem och därmed ringa in vad det är i materialet som är nytt, vad som bekräftar tidigare teorier och idéer och vad som pekar mot tidigare antaganden.

Givet min övertygelse om att man för att förstå hur en förändringsprocess går till behöver delta i den, anser jag att det valda angreppssättets fördelar överväger nackdelarna. Att komma en verksamhet och dess medarbetare så nära som jag har fått göra är en ynnest och ger möjligheter till en djup förståelse.

2.10. Metodsammanfattning

Jag har i denna avhandling valt ett kliniskt angreppssätt med ett hjälpande och delvis kollaborativt inslag. Detta tillvägagångssätt har gett mig en bra möjlighet att studera förändringsprocesserna på nära håll, se hur aktörerna agerat och få tillit från aktörerna i processen.

Den kvalitativt inriktade, longitudinella studien genomfördes på en röntgenavdelning till vilken jag fick god tillgång. Jag använde olika datainsamlingsmetoder, som observation, intervjuer, tidigare och nutida dokument samt aktivt deltagande.

Min analys var framväxande med en iterering mellan datamaterial och teori. Genom att analysera materialet, skriva tillsammans med en

annan forskare och presentera materialet för såväl personer på RA som för andra inom sjukvården, har jag haft möjlighet att testa analys och slutsatser löpande.

I studiens empiriberättelse beskriver jag förändringsprocessen i kronologisk ordning för att låta empirin tala. Analysprocessen resulterade i fem teman som presenteras i en tematisk analys för att få en djupare förståelse för händelser inom varje tema och relationen mellan händelser. I den fördjupade analysen utgår diskussionen från centrala teoriområden och i slutsatskapitlet sammanfattas svaren på forskningsfrågorna.

3. Teori

Kapitlet innehåller tre avsnitt. Det första ägnas åt sjukvården med en teoretisk beskrivning av vad en professionell organisation, som sjukvården, är, en genomgång av sjukvårdssystemets framväxt, särdrag och ledning, samt en diskussion om synsätt och värderingar i sjukvården.

I andra avsnittet diskuteras hur man inom forskningslitteraturen kan se på en förändringsprocess och vad den kan innebära för en organisation och dess medlemmar. Det bildar grundförståelsen för mitt synsätt på förändringsprocesser och är en förutsättning kunna besvara forskningsfrågorna. Faserna i förändringsprocesser, IT-relaterad förändring och emotionella processer lyfts fram. Avsnittet om förändringskompetenser handlar om vilka kompetenser som krävs för att driva förändring i vården och följs av en diskussion om lärande.

Teorikapitlet avslutas med en diskussion om de implikationer som sjukvårdens särdrag ger på förändringsprocesser i vården. Det handlar bland annat om konsekvensen av de olika perspektiven i vården och om vad en stark profession innebär för förändringsprocesser.

3.1. Sjukvårdens organisation och utveckling

3.1.1. Sjukvården som en professionell organisation

Som vi snart ska se kan sjukvården betraktas som en organisation med en stark professionell struktur. Det innebär att professioner har en framträdande roll i sjukvårdsorganisationer. En av de mest citerade professionsforskarna, Eliot Freidson (2001), beskriver tre optimala världar. Först den där det förekommer fri och oreglerad konkurrens och där konsumenter bestämmer vad som erbjuds. Här mäts värde av kostnad. I den andra världen är produktion och distribution planerad och kontrollerad av organisationer med tydliga regler, effektiv planering och standardisering. Den tredje och sista världen domineras av högspecialiserade arbetare som har makten att organisera och kontrollera arbetet, som arbetar för sin egen tillfredsställelse och till nytta för andra. Dessa tre världar kan kallas för marknadssystem, den legalbyråkratiska världen och professionssystemet.

I rena professionella organisationer är det alltså yrkesmedlemmar som kontrollerar arbetet. Detta till skillnad från i öppna marknader där konsumenter har stor påverkan, eller i byråkratiska organisationer där chefer kan styra. En organiserad yrkesgrupp får så kallad ”exklusiv jurisdiktion” i den professionella organisationen, det vill säga makt att bestämma över vem som är kvalificerad att utföra olika arbetsuppgifter. Gruppen kan hindra andra från att utöva arbetet och kontrollerar även kriterierna för utvärdering (Freidson, 2001). Den kunskap som en profession behärskar är av det abstrakta slaget, vilket gör professionen konkurrenskraftig. Andra kan utföra det konkreta arbetet men professionen behåller den övergripande kontrollen (Abbott, 1988).

Det professionella arbetet kännetecknas således av specialisering: arbetet är otillgängligt om man saknar träning och erfarenhet, professionen bestämmer själv över formella utbildningsprogram och har en tydlig ideologi (Freidson, 2001). Medan kontrollen i ett professionellt system baseras på direktkontroll över innehållet i arbetet, bygger andra hierarkiska system på ekonomisk och/eller administrativ status.

... true worker control must involve direct determination and control of the work by those who perform it [...] the authority [...] is based not on economic or administrative status but rather on the content and character of its expertise and the functional relationship of that expertise to that of the others. (Freidson 2001, sid 55-56)

För att bevara makten inom professionen måste existerande maktstrukturer upprätthållas. Särdrag som hör till den professionella dominansen är yrkesmässig "closure", det vill säga utestängande av personer som inte hör till professionen från den beslutsfattande processen (Bourgeault, 2005). Den professionella gruppen har till exempel rätt att utfärda examina, definiera arbetsmetoder och licensiera. Levay (2003) menar att omgivningen inte kan bedöma den professionella expertisen och därmed måste lita på exempelvis examensbevis. Den monopolistiska kontrollen är det viktigaste särdraget i en teoretiskt ren, idealtypisk professionell organisation (Freidson, 2001). Makt ses som det som påverkar valet av mål och produktionsmedel mest (ibid).

Den professionella gruppen är dock inte homogen. Professionen präglas ofta av inre olikheter, konflikter och förändringar (Levay, 2003).

3.1.2. Sjukvårdssystemets utveckling och ledning

Bruno Palier (2006) beskriver hälso- och sjukvårdens historik och jämför även det svenska sjukvårdssystemet med andra länder. Palier skriver att sjukvårdens framväxt till en början handlade mindre om sjukvård och mer om att ta hand om de fattigaste sjuka och döende, samt att hålla dem borta från övrig befolkning. I England prioriterade man vård utan-

för sjukhus, av det som idag kallas husläkare, på polikliniker (öppenvårdskliniker) och vårdcentraler. Andra europeiska länder arbetade istället med att förbättra sina sjukhus. I Frankrike sköttes sjukhusen fram till 1851 av kyrkan, då sjukhusen överlämnades till läkarna som omvandlade dem till platser för forskning och utveckling av medicinsk kunskap. Det var främst under 1800-talet som utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemen tog fart, dels tack vare en politik som syftade till att hjälpa de allra fattigaste patienterna och dels tack vare väsentliga medicinska framsteg.

I Sverige medverkade offentliga myndigheter tidigt till att finansiera vården. Vissa kommuner började betala läkare för vård av kommunens befolkning redan under 1600-talet, samtidigt som staten betalade läkarna för deras arbete på landsbygden. Det första svenska sjukhuset, Serafimer-sjukhuset, byggdes i Stockholm 1752 (Hjortsberg et al, 2001). 1765 fick de lokala myndigheterna möjlighet att ta ut skatt för att uppföra sjukhus. Ett århundrade senare hade femtio sjukhus med ungefär 3 000 vårdplatser byggts. Alltsedan hälso- och sjukvårdssystemens uppkomst kännetecknas Sverige av en hög närvaro av offentliga myndigheter. Det gäller framför allt sjukhussektorns lokala myndigheter (ibid). Landstingen skapades 1862 och fick ansvaret för akutvården på sjukhusen. 1928 lagstodades att landstingen skulle svara för hela sjukhusvården för alla sina invånare.

Läkarna kunde börja organisera sig för att stärka sin makt inom sjukvården genom att en sjukdomsförebyggande politik började föras (Palier, 2006). Många potentiellt konkurrerande yrkesgruppers makt begränsades, som helbrägdagörare, kotknackare och senare sjuksköterskor och kiropraktorer (Palier, 2006; Bourgeault, 2005). I vissa länder, som Belgien (1849) och Frankrike (1892), gavs läkarna monopol på vård genom läkarstadgor. På 1800-talet infördes kontrollorgan där läkarna företräder sig själva, exempelvis General Medical Council i Storbritannien, grundat 1858. Kontrollorganen fastställer bestämmelser för vem som får utöva läkaryrket och kontrollerar den medicinska yrkesutövningen.

I tillägg till att reglera läkarens uppgifter via kontrollorgan har gruppen också historiskt motsatt sig yttre kontroll, särskilt administrativ sådan, som har avsett att reglera deras yrkesutövning (Palier, 2006). Ett

exempel på senare tids begränsning av andra gruppers inflytande i vården är då primärvårdens sjuksköterskor i Kanada under tidigt 1970-tal försökte öka sitt inflytande. Den medicinska professionen var till en början positiv till avancerade specialistsjuksköterskor (nurse practitioners) som primärvårdare och därmed också till att de fick utökade uppgifter. Det berodde delvis på att det vid tidpunkten rådde brist på läkare. I mitten av åttiotalet, då det istället började bli överskott på läkare, tystnade stödet. Den medicinska professionen försökte stoppa finansieringen till de fördjupade sjuksköterskeprogrammen vid kanadensiska universitet, vilket fick till följd att det sista programmet stängde 1983 (Bourgeault, 2005).

I Sverige har den offentliga tillsynen av sjukvården sitt ursprung i en grupp läkares grundande av Collegium Medicorum i Stockholm redan 1663. Läkarnas önskemål var att kontrollera och sanktionera allt ”obehörigt utövande av läkarkonsten” och bestämma läkarnas utbildning. Kollegiet blev Collegium Medicum 1688. På 1800-talet förlorade läkarna dock kontrollen över den medicinska praktiken, då uppgiften att kontrollera yrket anförtroddes Kongl. Sundhetscollegium 1813, från 1878 Kungl. Medicinalstyrelsen. Den senare sammanslogs med Kungl. Socialstyrelsen (skapad 1912) 1968 och fick då namnet Socialstyrelsen (Palier, 2006). För Sveriges del fastställdes vilka regler som gällde för att etablera sig som läkare i en första lag 1915, dock utan att ange hur specialistkompetensen skulle styrkas (ibid).

Under hundra år, 1865-1965, var sjukvårdsorganisationerna i Sverige formellt styrda av politiker men i realiteten ledda och dominerade av läkare (Axelsson, 2000). 1960 antogs en ny lag som förbjöd dem som inte hade läkarlegitimation att kalla sig läkare, och som inte tillät några andra än läkare att operera, söva, injicera, förskriva receptbelagda läkemedel och behandla vissa smittsamma sjukdomar (Palier, 2006). Samhällsstyrningen av vårdens finansiering påverkade läkarnas handlingskraft, vilket var en möjlighet eftersom fler patienter kunde söka vård och läkarna fick ett större patientunderlag, men ett hot eftersom de som finansierade sjukvården kunde påverka hur mycket läkarna skulle få i lön för sitt arbete (ibid).

Under sextiotalet expanderade sjukvården och den medicinska specialiseringen ökade. Stora sjukhus byggdes och det administrativa och finansiella ansvaret överfördes från staten till landstingen, en decentralisering av ansvar. Den traditionella sjukhusorganisationen utökades till att inkludera all sjukvård inom ett geografiskt område, ett distrikt, med en ny styrning. Ofta fanns flera distrikt inom varje landsting och på många ställen utnämndes en exekutiv chef för distriktet, många gånger en person med liten eller ingen erfarenhet av sjukvård. Detta, tillsammans med skapandet av administrativa avdelningar, ledde till att administratörers makt ökade på bekostnad av den medicinska professionens, något Axelsson (2000) kallar byråkratisering och en centralisering inom distriktet.

I slutet av sjuttioalet och början av åttiotalet växte kritiken. I debatten jämfördes stora sjukhus med komplexa och byråkratiska fabriker. Från patienter kom klagomål om att sjukvårdspersonalen inte var serviceinriktad, vilket ledde till serviceutbildningar inspirerade av SAS. En decentraliseringsprocess med syfte att minska byråkratin och därmed platta till organisationsstrukturen startades och flera administrativa avdelningar reducerades eller togs bort. Kliniker fick ett ökat oberoende och klinikchefer blev ansvariga för såväl budget som medicinsk behandling (Axelsson, 2000).

Mot slutet av åttiotalet introducerades marknadsmekanismer inom sjukvården och privatiseringarna ökade. Flera landsting införde köp- och säljmodeller. Avdelningsekonomer och finanschefer anställdes och några sjukhus införde interna marknader. Tanken var att kunna kombinera marknadskrafters effektivitet med en demokratisk kontroll över sjukvårdssystemet, men under andra halvan av nittiotalet kritiserades denna nya så kallade "ekonomism" för att hota kvaliteten. Därför startades kvalitetsförbättringsinitiativ genom bland annat processutveckling, så kallad process reengineering, och några sjukhus införde processledare för att integrera olika avdelningars aktiviteter. Nu började managementkonsulterna träda in i sjukvårdssystemet. Vissa forskare menar att frekvensen och storleken av förändringar i sjukvården var större i Sverige än i andra länder (Axelsson, 2000).

Den svenska sjukvården präglades på nittio-talet av den ekonomiska krisen, som fick till följd att antalet anställda minskade med 20 procent. Samtidigt pågick en snabb medicinsk och teknisk utveckling som möjliggjorde stora strukturförändringar, som minskning av antalet sjukhus och vårdplatser samt specialisering och förstärkning av öppenvården. Sammantaget gjorde förändringarna att vården lyckades förbättra kvaliteten och nå fler patienter. Svensk sjukvård kunde tillgodose ökande vårdbehov och förbättrade resultat, samtidigt som antalet anställda reducerades. Utvecklingen fortsatte under början av 2000-talet, bland annat med system- och processförändringar (Molin och Rom, 2009).

3.1.3. Ledarskapet i sjukvården

Ledningen i sjukvården, såväl för sjukhus som på avdelningar, har under större delen av 1900-talet främst bestått av (manliga) läkare (Freidson, 1970; Westin, 2002). Klinikchefsrollen har setts som en roll som delvis är reserverad för läkare och som ”en ledarroll som legitimeras av läkarnas professionella auktoritet” (Levay, 2003). Läkaren har som klinikchef lett verksamheten tillsammans med chefsjuksköterskor. Läkarsekreterare har i stor utsträckning hanterat större delen av den administration som arbetet medfört.

1 januari 1997 infördes verksamhetschefsbegreppet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Detta var då en ny funktion som inte kunde jämföras direkt med tidigare befattningar. Ett av syftena var att patienter, anhöriga, personal och tillsynsmyndigheten ska ha en bestämd person att vända sig till.

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret för verksamheten, en uppgift som inte kan överlåtas till andra. Däremot måste verksamhetschefen delegera vissa uppgifter till andra, exempelvis vad gäller sakkunskap i medicinska diagnoser och behandlingar. I bestämmelserna ställs också krav på att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamhet är organiserad för att tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet av vården och också främjar kostnadseffektivitet .

Beskrivningen av sjukvårdens utveckling visade ökade krav på uppföljning och redovisning och ett tryck på förändring, vilket har lett till att administratörer och ekonomers roll har blivit mer omfattande och ekonomisk rapportering obligatorisk. Detta har medfört en annan typ av kompetenskrav på personer i ledarposition, även på verksamhetschefs-nivå. Westin (2002) menar att vi kommer att få en mångfald av chefsuppgifter inom vården och att dessa inte längre är förbehållna läkare. De senaste decennierna har det mycket riktigt också blivit allt vanligare att personer från andra yrkesgrupper än läkare har blivit ledare, främst från andra yrkesgrupper i sjukvården. Många har en bakgrund som sjuksköterskor och har därmed ofta ett annorlunda perspektiv än läkare, då de genom sin yrkesroll ofta är en koordinator i vårdflödet (Norbäck och Targama, 2009). I vissa fall har det handlat om ekonomer och andra från branscher helt skilda från hälso- och sjukvården. Redan 2002 hade upp till 10-15 procent av cheferna på verksamhetsnivå annan yrkesbakgrund än läkare (Westin, 2002).

För läkargruppen specifikt finns det, om man renodlar, två alternativa karriärvägar: specialisering inom läkarprofessionen eller en chefs- och ledarroll. Specialisering har sedan länge värderats högre än den ledande, administrativa vägen (Westin, 2002). Den dubbla rollen för läkaren som chef och specialist är en utmaning för många och har diskuterats flitigt i såväl massmedia som forskning (se till exempel Dahlbom-Hall, 1989/2012; Westin, 2002). Representanter för Läkarförbundet lyfter exempelvis fram att professionen har fått mindre inflytande i ledningen, något som de anser varit delvis politiskt styrt, men som också berott på läkares tveksamhet mot att bli chefer. Många läkare vill att en läkare ska vara chef, men vill inte vara det själva (Stensmyren och Johansson, 2010). Vissa menar att givet den ökade komplexiteten för ledare i vården går det inte längre att vara specialistläkare och chef samtidigt, åtminstone inte på större sjukhus (Christensen, 2008). Andra hävdar att det är först när ledare i sjukvården vet vad som händer ”på golvet” som rätt beslut kan fattas och att ”chef och läkare är ett vinnande koncept även för framtiden” (Erwander, 2008). För många läkare som är chefer är det viktigt att ha kvar kontakten med det egentliga läkaryrket, för att exem-

pelvis behålla yrkeskunnandet, se hur vården fungerar i praktiken och behålla och markera sin legitimitet som läkare (Westin, 2002)

Konsulters utökade roll i sjukvården lyfts ibland fram i ett relativt negativt ljus och man kan skönja en vilja från läkargruppen att återta en del av det upplevt förlorade ledarinitiativet:

När så de externa konsulternas era är över kanske vi kan få en bättre harmoni mellan strategiska visioner och verkligheten på golvet. Vi behöver prata om ledningsfrågor på vårt eget språk. (Stensmyren och Johansson, 2010)

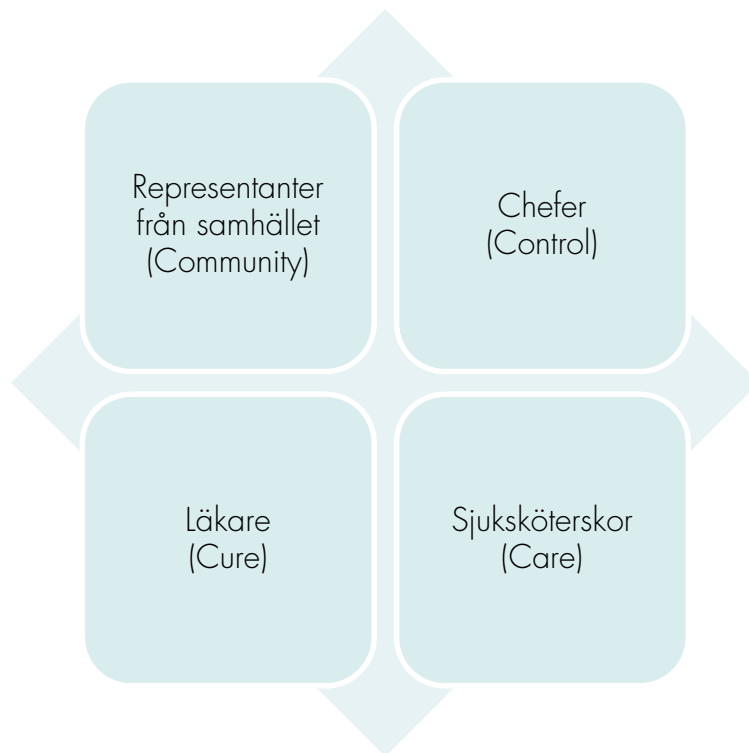
Det professionella värde- och maktsystemet har dominerat sjukvårdens ledarskap i decennier. I takt med att andra än läkare börjar få större makt är det intressant att studera historiken bakom professionella roller och om, och i så fall hur, dessa påverkar organisationsstrukturer och maktbaser (Barley, 1986). Levay (2003) menar att ledarskap kan bygga på ledarens person, position eller professionstillhörighet, men också att ledarens handlingar endast är en av flera möjliga förklaringar till skeendet i förändringar i organisationer. Ledares agerande bör därför studeras som en av flera komponenter i en förändringsprocess, som exempelvis övriga organisationsmedlemmars förväntningar och reaktioner. För mer diskussion om ledarskap i förändring, se avsnittet om förändringsledare (sid 61).

3.1.4. Sjukvårdens olika världar

Teorin om de tre olika värdesystemen som nämns ovan (legal-byråkratiska, marknadssystemet och professioner) kan kombineras med olika perspektiv och maktbaser. Sjukvården har, precis som andra verksamheter med professionella strukturer, fått uppleva att en ny affärslogik har börjat ta sig in i de professionella strukturerna (Lindholm, 2003). Sjukvårdsorganisationer anses idag innehålla två olika hierarkiska system: det medicinsk-professionella och det administrativa (Abbott, 1988).

Denna syn utvecklas i en artikel av Glouberman och Mintzberg (2001a), där författarna skriver om svårigheten i att förändra i sjukvården. De menar att sjukvården i själva verket inte är en enda organisation utan fyra, där samtliga har olika strukturer som arbetar oberoende av varandra. Strukturerna är svåra att förändra eller bryta upp. De fyra ”världar” som sjukvården delas in i är samhället, styrning och kontroll, bota och lindra. Världarna fångas bra på engelska genom fyra C:n: Community, Control, Cure och Care i bilden nedan visas också huvudgrupperna inom de olika världarna. Det medicinsk-professionella hierarkiska systemet återfinns i nedre delen av figuren, medan det administrativa främst är representerat i Control-delen.

Figur 2. Glouberman och Mintzbergs (2001a) fyra världar



Sjukvården har ett särdrag som den delar med övrig offentlig sektor. Den karaktäriseras av att verksamheten drivs av flera mål som är svåra att kombinera, mäta och utvärdera (Lindholm, 2003). Aktörerna är ofta så kallade professionaliserade yrkesgrupper med mandat att definiera normer om rätt och fel. För svensk sjukvård specifikt har tre aktörsgrupper identifierats, alla med sitt karaktäristiska funktionssätt och sin legitimitetsbas: administratörer, politiker och professionella (Levay, 2003). De traditionella professionella hierarkierna kan som synes delas upp i Cure och Care, men också innehålla fler professionaliserade yrkesgrupper än just läkare och sjuksköterskor. Aktörerna har ofta mandat att definiera normer kring vad som är rätt och fel. Den professionella gruppen kan definieras som:

... en yrkesgrupp som kontrollerar sitt eget arbete och vars kontroll legitimeras av en socialt erkänd, institutionellt förankrad och relativt abstrakt expertis. Den professionella auktoriteten är alltså professionens legitima kontroll över medlemmarnas och underordnade yrkesgruppers arbete. (Levay, 2003)

Beskrivningen stämmer väl överens med tidigare definition av en professions egenskaper och makt.

Norbäck och Targama (2009) har diskuterat de olika världarna i sin bok *Det komplexa sjukhuset*. De påpekar att läkarna alltid har det yttersta ansvaret för medicinska beslut. Care, sjuksköterskorna, samordnar komplexa arbetsflöden, men deras arbete är ”underordnat läkarprofessionens förståelse och tolkning av vad sjukvård är och hur den bör bedrivas” (ibid). I Control ligger ansvar för resurser som budget och lokaler och även synen på effektivitet och ekonomisk kontroll (ibid). I bilden nedan matchas Levays kategorier med Globerman och Mintzbergs världar.

Figur 3. Glouberman och Mintzbergs (2001a) fyra världar kombinerade med Levays (2003) tre aktörsgupper



3.1.5. Krocken mellan det professionella och det administrativa värdesystemet

New Public Management (NPM), olika styr- och ledningsmetoder som delvis har lånats in från den privata sektorn, har medverkat till minskade skillnader mellan offentlig och privat sektor. Kontrollmodeller som fokuserat mer på finansiella resultat och mål, effektivitet och produktivitet har introducerats i offentlig sektor (Lindholm, 2003). En av de drivande krafterna har varit en önskan om att få bättre kontroll över ökande sjukvårdskostnader, vilket har förändrat den medicinska professionens traditionella dominans över andra sjukvårdsprofessioner (Bourgeault, 2005) och möjliggjort det administrativa systemets inträde. Införandet av ekonomisk styrning i vården kan betraktas som ett sätt för sjukvårdens admi-

nistration att stärka greppet om den medicinska yrkeskåren, främst läkarna (Lindvall, 1997). Det är dock svårt att avbilda och sammanfatta komplexa verksamheter i ett enda ekonomist mått (ibid).

Något som också har underlättat byråkratiseringen och administratörernas ökade inflytande är att den medicinska utvecklingen har gjort sjukhusen större, mer uppdelade på specialiteter och yrkesgrupper och därmed svårare att administrera (Levay, 2003). Det öppnar för andra former av auktoritet än den professionella (ibid). Vissa menar att sjukvården går från en professionsstyrd till en manageriell organisation (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Konkret har detta inneburit att traditionen med läkare med lång medicinsk erfarenhet i toppen av de flesta sjukvårdsorganisationer (Freidson, 1970; Westin, 2002) har börjat brytas, som nämnts tidigare i kapitlet. Ledarskapet är inte längre reserverat enbart för läkare utan personer från såväl Care som till viss del Control kan utöva makt och ledarskap. Levay (2003) säger att

Från organisationer där läkarkåren och i synnerhet de mäktiga klinikcheferna dominerade blev organisationen mer komplex och andra yrkesgrupper med andra typer av auktoritet kunde göra sig gällande. (Levay, 2003)

Detta medför nya sätt att se på verksamheten, med nya sätt att uttrycka sig och nya argument, vilket några har kommit att se som ett led i processen att konstruera organisationer i offentlig sektor (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Erfarenheten att leda organisationer har börjat bli en viktig faktor i valet av chefer inom offentlig sektor och rekrytering från privat sektor blir vanligare (ibid).

Förändringar påverkar oftast maktstrukturer och kommer därför att leda till revirmarkeringar (Södergren och Thor, 1999). När en professions maktbas är hotad försöker professionen att vidmakthålla sin position genom att kontrollera informationen och tolkningen av den (Roberts och Scapens, 1985). Professionerna kommer ofta med en motreaktion som går ut på att de försökt återbygga professionalismen och professionens status (Freidson, 2001), vilket vi också såg exempel på i beskrivningen om sjukvårdens utveckling. Andra ledares inträde i sjukvården kan leda till att den tidigare dominerande gruppen känner sig hotad och gör mot-

stånd. Läkare kan tycka att ”managerialismen” minskar professionens autonomitet (Garside, 2004). En del författare är oroliga för vad det ekonomisk-administrativa perspektivet kan göra för att förändra kulturen inom det medicinska området. De menar att det sätts prislappar på varje liten del av en doktors dag, vilket gör att fokus hamnar på kostnader (Hartzband och Groopman, 2009). Detta kan leda till ett nytt beteende: en kulturförändring som eroderar den medicinska professionens professionsstolthet, ansvarskänsla, altruism och kollegialitet och leder till att marknadsnormer blir dominerande (ibid). Tendensen från styrnings- och kontrollvärlden har varit att ta fram detaljerade policys i vilka man definierar för professionella hur de ska använda standardiserade arbetsprocesser för att spara kostnader. Det gör att effektivitet blir sammanblandat med ekonomi (Glouberman och Mintzberg, 2001b). Detta kan ses som ett hot mot den professionella suveräniteten och autonomin (Freidson, 2001). Arbetet blir professionellt just för att det kräver nyanserade bedömningar av professionen (Glouberman och Mintzberg, 2001b), den abstrakta kunskapen (Abbott, 1988).

Det övergripande samhällsperspektivet, Community, komplicerar bilden ytterligare. I sjukvården finns en vanligt förekommande misstro mot sjukvårdspolitiker, där sjukvårdsprofessioner menar att politiska beslut om sjukvården inte är förankrade i verkligheten (Westin, 2002). Choi et al (2011) visar dock att det inte bara finns motstånd mellan de olika världarna utan att det även kan uppstå intressanta koalitioner. I studien gjorde den medicinska professionen i delar av förändringen gemensam sak med den politiska oppositionen och tvingade därmed den högre ledningsgruppen att ta ett steg tillbaka. De såg alltså en interaktion mellan interna och externa aktörer som påverkade förändringen, till skillnad från tidigare forskning som hävdade att kontextuella faktorer och externa aktörer inte påverkar en fusionsprocess.

Choi et al (2011) studerade en fusion där krocken mellan professionalism och managerialism var en av de viktigaste ledningsfrågorna. De visar att ledarnas starka fokus på ekonomi och administrativa frågor ledde till en undervärdering av organisationsdynamiken, som exempelvis sjukvårdens olika värdesystem. Den ”vertikala” spänningen, det vill säga

den mellan managerialism och professionalism, är en större utmaning för ledare än den ”horisontella” skillnaden mellan de olika fusionerande organisationerna (Choi et al 2012). De såg också en utmaning för ledare i och med det emotionella trycket på läkarchefer som försökte balansera parallella logiker (Choi et al, 2011).

Förändringar förutsätter ofta förändrade attityder och värderingar (Schein, 1992; Södergren och Thor, 1999). Att kombinera dessa olika världars mål och normer är därmed en utmaning. För att hantera utmaningen krävs en förståelse för de olika världarna och en förbättrad kommunikation mellan exempelvis kliniken och den centrala administrationen (Lindvall, 1997). Glouberman och Mintzberg (2001b) menar att problemen i systemet inte kan lösas i en av de fyra världarna, lösningen måste ske systematiskt genom koordinering. Diskussionen har handlat (för) mycket om vem som ska styra och ha makten: läkare, professionella ledare eller sjuksköterskor, och inte hur problemen ska tas om hand (ibid).

Mer samarbete kan uppnås genom en gemensam förståelse för syfte och en känsla av angelägenhet, exempelvis genom kriser (Glouberman och Mintzberg, 2001a). Det finns idag initiativ till att förena världar, exempelvis genom utbildning av läkare och sjuksköterskor och i nya former av administration och systemorganisering, men de är fortfarande väl inomvärldsliga (ibid). I sjukhusorganisationer kan ett steg vara att fokusera på att skapa förståelse för att olika normer och värderingar inom de fyra världarna kan kombineras (Norbäck och Targama, 2009). Roberts och Scapens (1985) får sammanfatta vikten av att förstå olika världar i en professionell miljö med olika kolliderande värderingar som står inför förändring:

Leaders are expected to create and visualize common goals and also to create and maintain shared meanings. In a business where there are at least seemingly clashing values and also conflicting power bases that by a change process are being questioned, the importance of understanding the rationale behind different standpoints, some founded in professions, and also considering actions in order to confront dominating values, is one of the keys to success. (Roberts och Scapens, 1985)

3.1.6. Sammanfattning

Den historiska överblicken visar på framväxten av olika perspektiv, de olika världarna, som kan ses bland annat i den svenska sjukvården idag; Community, Control, Cure och Care. Genom läkarprofessionens unika roll i sjukvården, som medicinskt ansvarig och beslutsfattare, har läkare varit och är fortfarande den mest inflytelserika gruppen och har även genom åren kämpat för att bevara sin exklusiva roll. Genom introduktionen av det politiskt styrda systemet och med ökat fokus på kontroll och uppföljning av vården ur ekonomiskt och produktionshänseende, kompliceras bilden och de olika världarnas olikheter blir uppenbara.

Förändringarna i sjukvården har lett till en specifik utmaning: olika bakgrunder och kunskapsbaser som kan leda till åsiktsskillnader i frågor om hur organisationen ska ledas och hur målbilden ser ut, en krock mellan det professionella och administrativa perspektivet.

3.2. Förändringsprocesser

I detta avsnitt diskuterar jag några begrepp inom organisationsförändringslitteraturen som jag ser som centrala för förändringsprocesser i sjukvården. Urvalet av teorier har gjorts utifrån syftet med avhandlingen: att studera hur förändringsprocesser går till i vården, hur olika aktörer agerar, reagerar och interagerar och vilken konsekvens detta har för förändringsprocesser. Studien av sjukvårdens historik och särdrag, samt av Röntgenavdelningens förändringsprocesser, har lett mig till valet av de fyra områdena 1) faser i en förändringsprocess, 2) IT-relaterad verksamhetsförändring, 3) förändringsledning och förändringsaktörer och 4) emotionella processer i förändring. Dessa områden kombineras senare i en diskussion om vilka förändringskompetenser som krävs i förändringsprocesser i sjukvården.

3.2.1. En förändrings olika faser: Att planera och driva förändring

Under decennier har forskare från olika discipliner diskuterat vad förändring är. Försök att samla akademiska artiklar inom området har gjorts för att skapa en bild av synen på förändringar. Men det kan konstateras att teorierna kring förändringar är mångfacetterade och att det inte finns någon integrerad teori, inget givet ramverk, för att förstå förändringar (Beer och Nohria, 2000).

1998 samlades dock en grupp utvalda forskare, konsulter och chefer till en konferens på Harvard Business School. Konferensen fokuserade på frågan: How do I go about managing change effectively? Konferensen resulterade i en bok med samma namn som konferensen: *Breaking the Code of Change* (Beer och Nohria, 2000). Redaktörerna börjar i boken med att ta fram en modell som är tänkt att hjälpa akademiker från olika fält att nå fram till en integrerad förändringsteori. Modellen skiljer på teori E (economical-driven change) och O (organizational capability-driven change) i synen på förändringsprocesser. Målet med förändringar enligt teori E handlar om skapa ekonomiskt värde, förändringen drivs på ett planerat sätt av ledare och ofta med hjälp av konsulter. Teori O har å andra sidan som mål att nå en kultur med högt engagemang. Den ska utveckla organisationens humankapital för att kunna genomföra strategier och lära från förändringar. I teori O är delaktighet viktigt.

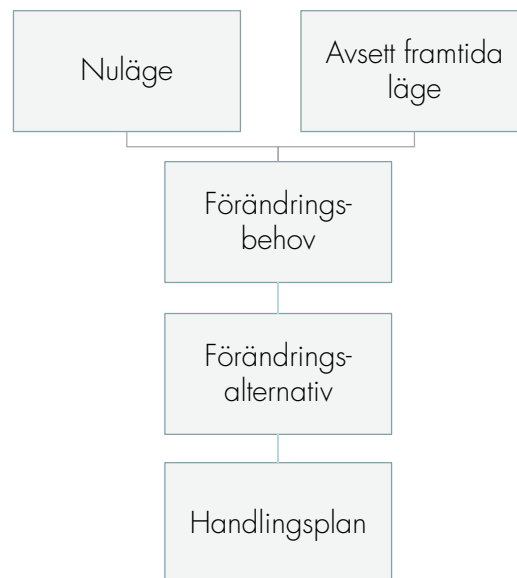
Det finns en inbyggd spänning mellan de olika teorierna och deras mål. Det mest framgångsrika sättet att driva förändring enligt Beer och Nohria (2000) är att kombinera E med O. De tillägger att om en förändringsprocess har genomförts baserad på teori E blir det mycket svårt att tätt därefter driva en förändring enligt teori O, eftersom det är svårt att återfå förtroendet: "[it] can be impossible to rebuild trust after a bloody past". Citatet låter oss förstå att en förändring driven strikt enligt teori E inte alltid är att rekommendera, men då tiden för en förändring är begränsad kan en E, och ett top-down-tillvägagångssätt, det vill säga att förändringen styrs uppifrån, vara nödvändigt. Medan E i första hand fo-

kuserar på att förändra arbetsprocesser och strukturer, så kallad hårdvara, fokuserar teori O-inriktad förändring på att arbeta med kulturen, inklusive övertygelse och sociala relationer (Beer och Nohria, 2000). Modellen är i denna beskrivning något förenklad. Teori E och O-synsättet är dock ett lättillgängligt sätt att beskriva olika mål och visioner för en förändringsprocess. Jag skrev tidigare om att "ekonomismen" trätt in i sjukvården under nittioalet (Axelsson, 2000), vilket kan ses som en förändring som drivits ur teori E-perspektiv.

En utbredd uppfattning i förändringsprocesslitteraturen är att processen är uppdelad i mer eller mindre tydliga faser. Kurt Lewins (1997) tre-stegsmodell är utformad enligt denna uppfattning och ses som en inspirationskälla för många. Lewin menar att första fasen består av att "tina upp" medarbetare och strukturer så att de inte hämmar förändringen, för att sedan genomföra förändringen och därefter "återfrysa" verksamheten till en ny stabilitet. På engelska heter faserna unfreeze, change och refreeze (ibid). En annan välanvänd fasindelning när det gäller planerat förändringsarbete är den så kallade PDCA-metodiken: Plan (planera), Do (utför), Check (kontrollera) och Act (handla) (Bergman och Klefsjö, 2007). Denna modell av Edwards Deming används bland annat i så kallade six sigma-projekt, men då i en mer utvecklad form med mer eller mindre formaliserade steg i cykeln "DMAIC": define (definiera), measure (mät), analyze (analysera), improve (förbättra) och control (kontrollera) (ibid).

Faserna med grundindelningen planering-genomförande-uppföljning är med andra ord väl använd. Många ifrågasätter dock att förändring sker i så tydligt uppdelade stadier. Lundeberg (1993) beskriver i introduktionen av Y-modellen (se figur nedan) en process där man växlar mellan nuläge, avsett framtida läge, förändringsbehov, förändringsalternativ och handlingsplan, ända fram till valet av den förändring som ska genomföras. Förändringsprocesser är därmed inte linjära utan det krävs en iterering, ett växlande, att gå fram och tillbaka mellan olika faser i förändringsprocessen.

Figur 4. Y-modellen. (Lundeberg, 1993)



Ovanstående teorier och metoder bygger på idén om att det går att planera förändringsprocesser och förutse händelseutvecklingen, samt att ledare verkligen kan agera rationellt. Planerad förändring förutsätter att ledare är huvudkällan till organisationsförändring och att de medvetet initierar och genomför förändringar (Orlikowski, 1996). Det kan ses som ett förenklat synsätt som bland andra Pettigrew (2000) kritiserar. Andra forskare menar att verksamhetsförändring istället växer fram som en del av den dagliga verksamheten (Orlikowski, 1996; Weick och Quinn, 1999). Framväxande förändring beskrivs som långsam och i liten skala medan planerad förändring fokuserar på en enda riktning och ofta är i linje med maktdistributionen (Weick, 2000). Orlikowski (1996) fann i sin empiriskt grundade studie att många förändringar skedde utan att ha varit planerade i förväg, i en sorts improviserad organisationsförändring över tid. Weick och Quinn (1999) menar också att Lewins trestegsmodell bara fungerar om verksamheten är stabil, men om man ser verksamheten som ständigt föränderlig krävs en annan logik (Lychnell, 2010). Orlikowski (1996) hävdar att verksamhetsförändring sker genom både planerade och framväxande förändringar (Lychnell, 2010), medan andra

forskare menar att det är innehållet i förändringen som avgör om förändring sker episodiskt eller kontinuerligt (Huy, 2001). Weick (2000) menar att ett bättre ord än unfreezing är rebalancing. Han fortsätter med att Lewin förutsätter förändringsmotstånd och att starka känslor krävs för att förändra (unfreeze) organisationen. Detta behöver dock inte nödvändigt om förändringen är framväxande, eftersom systemet då redan är uppfrysst. Om organisationen har en inbyggd tröghet krävs dock planerad förändring (ibid).

Kontentan av ovanstående diskussion är att förändringar till viss del kan planeras och drivas enligt förväntade faser, men att man måste inse och vara beredd på att förändringsprocessen inte kommer att se ut som planen föreskriver. Motstånd kommer att uppstå, personer kommer att agera utifrån sin egen bild av såväl organisationen och inblandade personer som av förändringen i sig. Agerandet kan i andras ögon ses som irrationellt och det är därför inte möjligt att planera för alla reaktioner och ageranden. En plan kan läggas upp för förändringsprocessens övergripande faser, men sedan måste förändringsledare improvisera och hantera de reaktioner som kommer, i en framväxande förändringsprocess, med hjälp av kompetens och tidigare erfarenhet.

3.2.2. IT-relaterad verksamhetsförändring

En av huvudförändringarna i fallstudien handlar om införandet av ett nytt IT-stöd i verksamheten. IT-relaterad organisationsförändring har studerats under lång tid inom området Information Management och närliggande forskningsområden. Forskare har konstaterat att när organisationsförändringar genomförs tillsammans med en ny eller kraftigt förändrad teknologi blir processen mångfacetterad och svår, med ett ömsesidigt beroende mellan organisationen och teknologin som ska införas (Lee, 1999; Markus, 1983; Orlikowski och Robey, 1991). Teknisk förändring och innovation är en av de största påverkande faktorerna för förändring i en organisation, men inte nödvändigtvis den avgörande faktorn (Barley, 1986). Det krävs att aktörerna i organisationen är kunniga för att teknologin ska kunna få effekt (Larsson et al, 2001). Larsson et al

(ibid) såg i sina exempel från IT-införanden i skolan att teknologin i sig inte fungerade som en motor för organisationsförändring och -lärande. Skolor som förändrade organisation och arbetssätt för att underlätta kommunikation, gemensam reflektion och delade erfarenheter, använde de nya systemens möjligheter bäst. Utmaningen är således att utveckla organisatoriskt lärande: ett fordon för förändring som IT-motorn passar i (ibid). Förändringar i arbetssätt och organisering kan således inte förstås om man inte också tar hänsyn till både de teknologiska förändringarna och det institutionella sammanhanget som förändrar de ekonomiska och organisatoriska aktiviteterna (Orlikowski och Barley, 2001). Därför borde interaktionen mellan fälten informationsteknologi och organisationsstudier vara större (ibid).

Forskare har tagit fram rekommendationer för hur en IT-relaterad förändringsprocess bör drivas. En del av dessa kritiska framgångsfaktorer har blivit generellt accepterade, som att intressenter bör involveras i processen på ett meningsfullt sätt och tidigt i förändringen, samt att deltagande och "buy-in" från användare är kritiskt för att säkerställa att leveransen blir använd och accepterad (Markus och Robey, 1983; Venkatesh et al, 2003). Ett annat exempel på en viktig faktor är, som vi varit inne på tidigare, att organisation och teknologi bör anpassas till varandra. Den befintliga organisationen och teknologin som ska införas påverkar varandra och det totala resultatet (Barley, 1986; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992). Integrationen av IT i organisationsförändring beror alltså på organisationens möjlighet att skapa gemensam förståelse för både teknologin och organisationsstrukturer (Larsson et al, 2001). För att få effekt av ny teknologi anses också en av nycklarna vara att arbeta med att designa om affärsprocesserna utifrån de nya förutsättningarna (Brynjolfsson och Hitt, 1998; Davenport, 1993).

Riktlinjerna för IT-relaterad förändring är grundade på empirisk forskning. Det finns inte mycket opposition mot dem i informations-systemforskningen. I de fall då praktiken inte följer rekommendationerna har forskare kritiserat exempelvis teknocentriska angreppssätt, det vill säga där teknologin har varit styrande och där man inte tagit (stor) hänsyn till organisations- och processförändringar (Källberg och Mähring,

2007). Även i fall där teknologidrivna organisationsförändring ses som accepterad är synen på förändringsprocessen fortfarande att organisationsstrukturer och incitament, kunskap, förmågor och attityder bör vara starkt kopplade till den teknologiska implementationen (Markus, 2004).

3.2.3. Förändringsledning och förändringsaktörer

Genom att i fallstudien beskriva sjukvårdens historia och genom min ökade förståelse för svensk sjukvård, konstaterade jag att det skulle bli viktigt att förstå personers agerande för att kunna analysera en förändringsprocess förlopp. Människor som har olika bakgrunder och synsätt tolkar situationer olika och agerar därför på olika sätt. Eftersom ledare gör skillnad i organisationer (Bryman, 2004) och ledarskap har stor betydelse i professionella organisationer (Lindvall, 1997) har reaktioner på förändringar mycket att göra med vem som är initiativtagare till, och som leder – eller upplevs leda – förändringsprocessen. En viktig faktor som påverkar ledarskapet är legitimitet, om personen som upplevs leda förändringsprocessen har auktoritet som stöds av rådande sociala normer eller inte (Scott, 1995). I en förändringsprocess är förtroende svårt att etablera. För att kunna driva radikala förändringsprocesser krävs tillit, såväl kognitiv/förnuftsbasead som emotionell/känslomässig (McAllister, 1995). Tillit fås främst om man upplever att ledaren har legitimitet att leda. Beer och Nohria (2000) menar att de chefer som har en förkärlek för typ E-förändringar tros vara mer av ”turnaround artists” än ”institutional builders” och visar tendenser att distansera sig från organisationen och dess medarbetare. För att använda typ O-förändringar behöver medarbetarna engageras, förändringsprocessen bör kännetecknas av öppenhet och det krävs ett stort emotionellt engagemang (Senge, 2000). Det torde därför vara svårare att få emotionell tillit i en typ E-förändringsprocess än i en typ O-process. Tillit diskuteras vidare i nästa avsnitt om emotionella processer.

En ledare förväntas skapa och visualisera gemensamma mål (Ashforth och Humphrey, 1995; Roberts och Scapens, 1985). Förändringsledning ses som länken mellan organisationens vision och det konkreta

arbetet: den process genom vilken strategin implementeras och där förändringar blir till (Garside, 1998). Förändringsledning handlar också om att visa på riktningen och genomföra planerad förändring (Eisenhardt och Martin, 2000; Zollo och Winter, 2002). I en krissituation, exempelvis i en radikal förändringsprocess, får mellanchefer ofta en speciell roll, givet deras unika tvåvägsperspektiv. Deras uppgift är bland annat att översätta överordnades prioriteringar till omedelbara och kortsiktiga mål (Zaccaro och Horn, 2003). Deras roll i radikala förändringsprocesser i allmänhet (Huy, 2002) och i sjukvårdsorganisationer i synnerhet (Embertson, 2006) är ofta underskattad. Mellancheferna är nyckelpersoner i förändringsprocesser och kan fungera som kommunikatörer och stabilisatorer (ibid).

Förändringsledning innebär också att kunna skapa engagemang för en förändring och driv i genomförandet. Det kräver ledarskapsförmåga, men också legitimitet och auktoritet nog för att engagera andra i förändringsarbete (Källberg och Mähring, 2007). En extra utmaning för förändringsledare är att ledare och medarbetare ofta har olika syn på förändringar (ibid).

Även om de flesta förändringsprocesser kan sägas följa planera-genomför-uppföljningscykeln, kan det vara svårt att avgöra när förändringsprocessen ska anses vara avslutad och förändringen bör gå över i utvärdering, eller enligt Lewins termer, in i återfrysningsfasen (Lewin, 1997). En förändringsledare behöver således förstå förändringsprocessens olika faser (Bergman och Klefsjö, 2007; Huy 1999; Lewin 1997) och kunna iterera mellan de olika faserna (Lundeberg, 1993) och kunna möta personer där de är (Kirkegaard, 1859) i förändringsprocessen. Idén om förändringsledning förutsätter att det till viss del går att planera förändringen och förutse händelseutvecklingen, men också att man måste improvisera under framväxande förändring (Lychnell, 2010; Orlikowski, 1996), samt att ledare verkligen kan agera rationellt. Om förändringsledare har fel timing kan det leda till osäkerhet och en återgång till tidigare arbetssätt. Alternativt lever både gamla och nya processer vidare sida vid sida i en ofördelaktig mix (Huy, 1999).

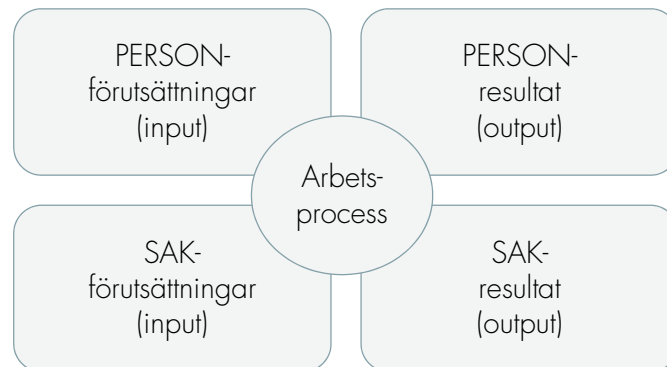
Även om mycket av fokus naturligt hamnar på hur initiativtagare och mer eller mindre formellt valda ledare av förändringar upplevs leda eller inte leda förändringsprocessen, är det inte bara (de upplevda) ledarna av förändringsprocessen som påverkar processen och dess utfall. Informella ledare är aktörer i processen och kan välja att verka för eller emot förändringen. Dessa aktörer kan vara nyckeln till en lyckad förändringsprocess genom att med sitt agerande för eller emot de förändringar som initieras visa medarbetare hur man bör förhålla sig till förändringen. Relationer mellan ledare och olika grupper påverkas ofta vid större förändringsinitiativ och påverkar både process och möjligt resultat.

Sammanfattningsvis betyder ledare mycket för en förändringsprocess, både vem förändringsledaren är och hur han eller hon agerar. Förändringsprocessen påverkas av ledares förmåga att förstå och hantera situationen.

3.2.4. Person- och sakförutsättningar

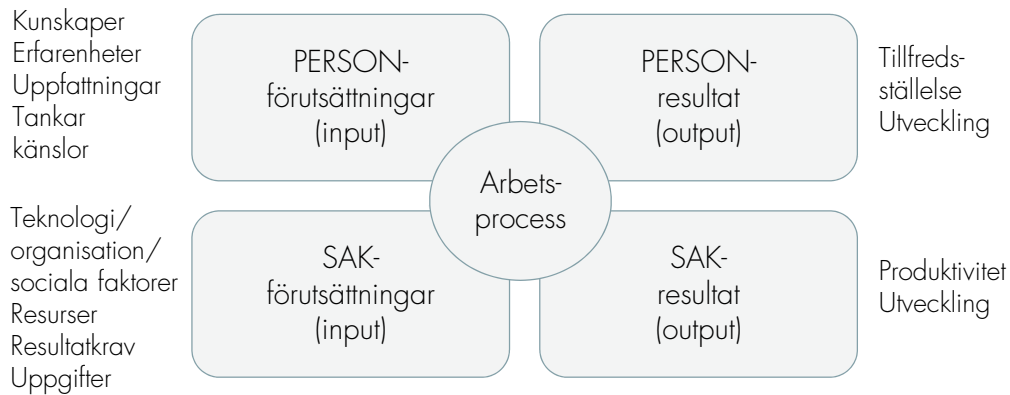
Förändringsprocesser är komplexa att studera då de involverar såväl den sakliga förändringen i sig, exempelvis införande av IT-system, uppsägning av personal eller förändrade arbetsprocesser, som förändringar och reaktioner hos de personer som är inblandade i förändringen. För att kunna hantera en förändringsprocess krävs förståelse för både saksidan och personsidan (Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993). I figuren nedan illustreras den så kallade X-modellen, som är ett verktyg för att analysera sak- och personsidan i förändringsprocesser.

Figur 5. X-modellen. (Efter Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993)



Exempel på sakförutsättningar i början av en förändringsprocess är tillgängliga resurser, nuvarande processer och teknologi. Personförutsättningar kan vara människors uppfattningar om situationen, erfarenheter, kunskaper och känslor de bär med sig in i förändringen. Resultatet av förändringsprocessen kan vara att personen har nya tankar och känslor och förhoppningsvis nya kunskaper, samt att teknologi och resurser kan ha förändrats. Mer specifikt kan resultat på en personnivå vara någon form av utveckling eller tillfredsställelse, alternativt missnöje, och på en saknivå exempelvis utveckling och produktivitet. Figuren nedan visar exempel på person- och sakförutsättningar samt resultat av en förändringsprocess.

Figur 6. Utökad X-modell. (Efter Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993)



Både sak- och person behöver kartläggas inför en förändring. Till att börja med gäller det förutsättningarna, det som tas med in i förändringen. På samma sätt som vi tidigare konstaterade att sammanhanget påverkar förändringsprocessen, påverkar också organisationens historik kommande händelser. Det har konstaterats att hur personer upplevt förändringsprocesser påverkar hur de ser på senare förändringsprocesser (Barley, 1986; Eriksson, 2004). Organisationer har ett "minne", som syns i form av regler för hur individer ska reagera. Reglerna delas av många medarbetare men ärvs också när en ny befattningshavare börjar (Hellgren och Löwstedt, 1997). Det förflutna påverkar därmed nuet, bland annat genom sättet som personer berättar om sina tolkningar av det förflutna (Beer och Nohria, 2000). Dessa berättelser är viktiga, historier om framgång och misslyckande betyder mycket för medarbetarnas förståelse av organisationen. Historien har därmed betydelse och påverkar hur vi uppfattar organisationen och nuet. Meningsskapandet är en ständigt pågående process (Hellgren och Löwstedt, 1997).

Förutom att analysera nuläget, förutsättningar för förändring, bör man också försöka förutse det förväntade resultatet, eller det avsett framtida läget enligt Lundebergs Y-modell som beskrevs tidigare (Lundeberg, 1993). Det vill säga vad som kommer att ha hänt när förändringen är genomförd: hur sak och person kommer att ha transformerats. Det är

också nödvändigt att ha en idé om vad som kommer att kunna hända under förändringens gång, hur själva förändringsprocessen kommer att se ut (Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993).

3.2.5. Emotionella processer i förändringar

Personsidan i förändringsprocessen handlar delvis om att försöka förstå varför personer är och reagerar som de gör, vilket innefattar deras känslor. Det finns ett växande akademiskt intresse för känslor i organisationer. På senare tid har det publicerats en del studier som fokuserar både på kognition och på emotion, där båda ses som nödvändiga analysområden i organisationsbeteendevetenskaplig forskning (Meisiek, 2003). Medan forskare tidigare ansåg att ”emotionality” var motsatsen till rationalitet, verkar synen numera gå mot att känslor och rationalitet är sammanvävda (Ashforth och Humprey, 1995; Huy, 1999). Enligt detta perspektiv är känslor sammanblandade med kognition i alla våra tankar och i allt vårt agerande (Ashforth och Humprey, 1995). Meisiek (2003) hävdar att:

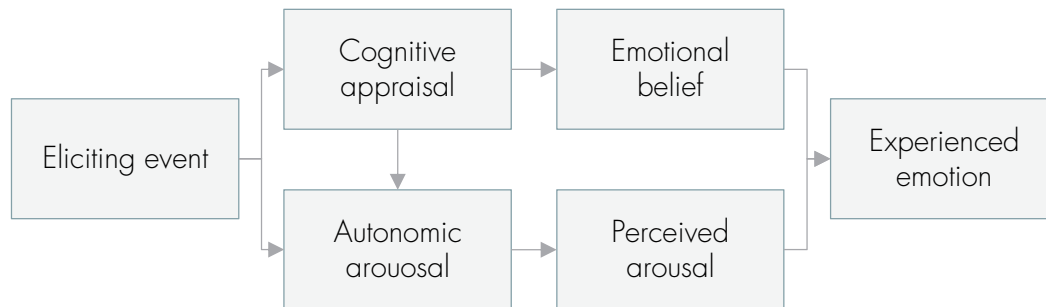
[...] emotion has been established, alongside cognition, as a critical aspect of organizational behavior research. (Meisiek, 2003)

Stora förändringar kan i ett inledande skede sätta igång känslor hos de inblandade, såväl negativa som positiva (Askenäs och Westelius, 2004). Känslomässiga aspekter är därför en viktig del i studier av förändringsprocesser, bland annat i forskning om informationssystemgenomförande (ibid).

Att studera människors känslor är ett vanskligt projekt. Känslor är subjektiva och att sätta sig in i hur en annan person känner är om inte omöjligt så åtminstone mycket svårt. Det är dock inte så att känslor enbart är en automatisk reaktion på den utlösande händelsen, den så kallade stimulinen. Stimulinen leder istället till både en automatisk reaktion, upphetsning (arousal), och en kognitiv bedömning av händelsen. Tillammans skapar de via en tolkningsprocess den upplevda känslan (Atkinson et al, 1993). Figuren nedan visar de olika komponenterna i en

emotionell upplevelse, där den emotionella övertygelsen är resultatet av en kognitiv bedömning. Den emotionella övertygelsen bidrar tillsammans med den upplevda reaktionen till den upplevda känslan.

Figur 7. Emotionell upplevelse (Atkinson et al, 1993)



Även om förståelse för känslor är svårt kan vi analysera såväl känslor- som beteendemässiga reaktioner på förändring (Armenakis och Bedeian, 1999), som personers reaktioner och agerande, genom att titta på hur de uttrycker sig i skrift, tal och kroppsspråk. Man kan sedan försöka spåra den utlösande faktorn och försöka förstå den kognitiva processen bakom känslan: vad som ledde till att personen reagerade som den gjorde. Den kognitiva processen påverkas i sin tur av tidigare upplevelser (Atkinson et al, 1993), som i viss mån kan kartläggas och förstås. För att förstå förändringsprocesser behöver vi därför också förstå den emotionella historik som tidigare förändringar har skapat (Eriksson, 2004). Jag kallar detta för den *emotionella processen* i förändringen.

För att lyckas initiera en större förändringsprocess krävs ofta att medarbetarna är missnöjda med nuläget (Eriksson, 2004). I förändringsprocesser kan känslor vara katalysatorer för att nå ett organisatoriskt ”momentum” (Ashforth och Humphrey, 1995), det vill säga tillräckligt med intresse för förändringen hos medarbetare och drivkraft för att förändringen ska kunna genomföras. Just avsaknaden av momentum är en vanlig orsak till att förändringar inte blir genomförda, främst i mitten av projektet, efter en ofta entusiastisk start (Garside, 1998). För att föränd-

ring ska komma till stånd krävs således ett visst mått av förändringse-
nergi, inte bara i första utan i varje fas av förändringen. Energin påver-
kas på olika sätt och om energin inte får utlopp eller kanaliseras kan den
bli kontraproduktiv och leda till förändringsmotstånd och frustration
(Huy, 1999). Huy (ibid) menar att det är möjligt att påverka känslor i en
förändringsprocess. Ett sätt att nå energi, att skapa momentum, är att ha
en ”success story”, ett lyckat projekt, att hänvisa till i början av föränd-
ringen (Garside, 1998).

I avsnittet om förändringsledare och –aktörer konstaterade vi att för-
troende och tillit är viktigt för förändringsprocesser. McAllister (1995)
beskriver två olika typer av tillit: förnuftsbaserad (cognition-based), och
emotionell eller affektiv (emotional eller affect-based). För att hysa för-
nuftsbaserad tillit till en person i en förändringsprocess krävs att man tror
att personen har den kompetens och erfarenhet som behövs. Den emot-
ionellt baserade tilliten innebär att man litar man på att personen talar
sanning och vill väl i grunden (Eriksson, 2004; Huy, 1999; McAllister,
1995; Södergren, 2009). Förändringar i exempelvis kompetens, kultur
och arbetsformer, framför allt om de sker i samband med radikala för-
ändringsprocesser som omstrukturering och avreglering, saknar ofta
emotionellt baserad tillit (Huy, 1999). Avsaknaden av emotionell tillit kan
leda till ett minskat kunskapspridande och att ledningens legitimitet un-
dermineras. Huy (1999) skriver även om emotionell dynamik, som han
menar kan påverka förmågan till lärande och förändring. Emotionell dy-
namik kan, om den kanaliseras på rätt sätt, leda till att radikal förändring
av andra ordningen kan uppnås, det vill säga förändring som inte bara
handlar om att göra något som finns bättre utan att byta inriktning, mo-
dell eller synsätt (ibid).

Vi blir bättre på att lära nytt och använda vår befintliga kunskap om
vi har ett gott klimat, god tillit och en positiv sinnesstämning (Södergren,
2009). På samma sätt leder stress och rädsla till tunnelseende och men-
tala låsningar och söker enkla utvägar (ibid). Om vi vill skapa lärande,
kompetensutveckling och förnyelse bör organisationen alltså satsa på tillit
och ett gott emotionellt klimat (ibid).

Enligt Huy (1999) finns det olika förmågor inom emotionell dynamik som en organisation behöver bygga för att skapa positiva krafter i förändringsarbete (se figur nedan). Den första dynamiken kallar Huy för *experiencing*. Förmågan här handlar om att kunna identifiera och förstå känslor, och acceptera att ett brett register av känslor kan komma att uttryckas i förändringen. *Experiencing* kan också handla om att förstå hela den emotionella processen, det vill säga förstå varför dessa känslor uttrycks och vad man skulle kunna göra åt det. För att människor ska kunna ta steget från gamla rutiner till ett nytt beteende krävs tid, visst lugn och möjlighet för konfronterande känslor och intressen att mötas. Detta kallar Huy för *reconciliation* (försoning, sammanjämkning). En förändringsprocess kan leda till att organisationen får nya värderingar (Södergren och Thor, 1999). När man påbörjar en kulturförändring är det därför viktigt att hitta en ny syntes mellan gamla och nya värderingar (Schein, 1992). Det är också viktigt att den nya syntesen accepteras och ses som meningsfull, samt att de eventuella känslor som uttrycks när man lämnar de gamla värderingarna bekräftas. För att kunna hantera övergångar från ett tidigare till ett nytt beteende bör man skapa processer som möjliggör möten mellan konfronterande intressen eller känslor, bygger en arena för förändring (Angelöw, 1991). För att förstå och känna sig hemma med det nya kan det vara värdefullt med personer som känner till och ses som representanter för det gamla. Huy kallar den tredje dynamiken för *identification*. Här behövs en process för att kunna identifiera sig med det nya.

En förändringsledares uppgift är att hjälpa medarbetare med hopp och framtidstro, exempelvis, som vi konstaterade tidigare, genom att skapa en vision som man kan tro på och hålla sig till. Huy kallar detta *encouragement*. I denna dynamik lägger Huy också förtroende för ledare. Belöningsceremonier, meningsfulla förändringsmål och optimism är exempel på faktorer som kan ligga till grund för denna fjärde dynamik. Det behövs också en möjlighet att fritt få uttrycka sina känslor, vilket kan representeras av det något slitna uttrycket "högt i tak", på engelska *display of freedom*, att skapa och tillåta ett fritt känsloutrymme.

Om medarbetare hindras från att uttrycka känslor kan det leda till dolt motstånd och en ovilja att ta risker. Ju hemligare motståndet är, desto mer kaotisk kan förändringsprocessen bli. Undantryckta känslor kan leda till emotionell utmattning. Vilken typ av känslor det rör sig om tycks inte lika viktigt som hur ledare hanterar dem (Huy, 1999). En arbetsmiljö som upplevs som relativt säker, där misstag accepteras och där en känsla av *playfulness*, lekfullhet, finns, är en viktig sista dynamik för att få en kreativ förändringsprocess (ibid).

Tabellen nedan visar de olika typerna av emotionell dynamik och vad de innebär i förändringsprocessen.

Tabell 2. Emotionell dynamik i förändringsprocesser. (Efter Huy, 1999)

Olika typer av emotionell dynamik	Emotionell dynamik i förändringsprocesser
Experiencing	Att identifiera, acceptera och agera på känslouttryck, att uttrycka empati.
Reconciliation	Förståelse för olika värderingar, att föra dem samman.
Identification	Lojalitet till organisationen och dess värderingar, att identifiera sig med nya värderingar.
Encouragement	Mening med förändringen, tilltro till och förtroende för mål och ledare. Att uttrycka hopp.
Display freedom	Möjligheten att uttrycka känslor, öppenhet.
Playfulness	Humor och experimenterande, motivation.

När man arbetar med förändringsprocesser är alltså en av utmaningarna att försöka förutse och ibland påverka, förstärka eller förhindra reaktioner från ledare och medarbetare. Dessa reaktioner baseras på de emotionella processer som satts igång av förändringsinitiativet. Organisationsmedlemmar har investerat känslomässigt i "sanningarna" om organisa-

tionen (Huy, 1999) och genom att utmana denna källa till stabilitet för personer i organisationen kan man sätta igång starka försvarsmekanismer och väcka oro (Schein, 1992). Om förändringsprocessen upplevs stå i motsatsförhållande till de upplevda kärnvärdena för organisationen är det troligt att förändringen väcker känslor som ilska, hot och rädsla (Huy, 1999). Huy (2002) har också konstaterat att de tidigare nämnda mellan- cheferna kan få en nyckelroll som de som ser medarbetares känslor och därmed har möjlighet att hjälpa dem genom att utöva så kallad emotionell balansering.

Medan Huy (1999) beskrev de olika förmågor som krävs för att hantera känslouttryck i förändringsprocesser har Garside (1998) gjort en kategorisering av olika orsaker till motstånd mot förändring. Den första kategorin handlar om trångsynt *självintresse*. Det kan inträffa när en person upplever att förändringen gör att denne förlorar något som han eller hon inte är beredd att avstå, till exempel makt eller inkomst, alternativt får större arbetsbelastning. I den andra *hyser intressenten ovilja mot eller miss-tror* antingen förändringsledaren eller förändringen och förändringsmetoderna i sig. Det är en form av förändringströtthet som gör att personer blir trötta på nya initiativ och sättet som initiativen genomförs på (Garside, 2004). Det kan också handla om en ökad maktnärvaro, som orsakats av nya instruktioner från ledningen när nya förändringar införts. Olika *uppfattning om förändringen* är Garsides tredje kategori, som ofta beror på en persons position i organisationen och tillgången till information. Den fjärde är *avsaknad av förtroende eller missförstånd*, exempelvis för målet i förändringen, något som ofta kan vara symptom på dålig organisationskommunikation. Den sista kategorin är en generell *låg tolerans för förändring*, som kan vara kopplad till individens rädsla att inte klara av det nya. Denna sista kategori handlar om huruvida personlighet och privata erfarenheter påverkar hur man ser på och reagerar i en förändringsprocess, dess tolerans för förändring. Förändringsledares förståelse för personers tolerans är viktig. I tabellen nedan listas de olika motstånden mot förändring.

Tabell 3. Motstånd mot förändring. (Efter Garside, 1998)

Orsaker till motstånd mot förändring
Självintresse
Ovilja eller misstro
Olika uppfattningar
Sakna förtroende/missförstånd
Låg tolerans

Garside (1998) menar att motstånd förekommer på grupp- och organisationsnivå, där grupper kan vara emot förändring om exempelvis gruppstrukturen, sociala normer eller maktbaser påverkas. I övrigt kan motstånd mot förändring ses som kognitiva blockeringar. Den första blockeringen är att personer anser att de inte behöver förändras, vilket baseras på oförmåga eller ovilja att se på behov för förändring. Den andra blockeringen: kan inte, beror på avsaknad av resurser eller makt. Den sista, där man inte vill förändras: vill inte, är länkad till politiska frågor där personer eller grupper tycker att kostnaden väger tyngre än fördelarna.

Sammanfattningsvis utgår jag från att upplevelsen av vad som händer och har hänt i förändringsprocesser påverkar agerandet. Känslor finns naturligt i organisationer. Känslor och sinnesintryck påverkar både agerandet och de reaktioner som kommer under processen. Känslor är sammanblandade med förnuftsbaseade val och historiska händelser påverkar nutida värderingar av och reaktioner på förändringssituationen. Därför bör organisationens historik studeras för att öka förståelsen för en pågående förändringsprocess.

Eventuellt motstånd mot förändring och emotionellt engagemang varierar mellan olika faser i förändringen, men också med vilken typ av

förändring det handlar om, Det varierar också, som vi kunde läsa tidigare i teori E och O, beroende på vilket det önskade resultatet upplevs eller önskas vara. Genom att komma nära personer i en förändringsprocess kan en tolkning göras av de känslor de uttrycker genom att studera emotionella processer, det vill säga uttryck av känslomässig art.

3.2.6. Förändringskompetenser

För att en förändringsprocess ska kunna upplevas som väl genomförd (process) och kunna nå effekter (resultat) krävs kompetens hos de personer som ska leda processen, såväl kunskap som förmåga och färdigheter. Vad denna kompetens består i kan se olika ut beroende på vilken typ av förändring det gäller och hur situationen ser ut. För förändringsprocesser som kan upplevas som radikala och hotande för vissa eller många i organisationen, krävs en viss typ av kompetens (Huy, 1999), medan mindre omvälvande förändringar kräver en annan. Det är inte ovanligt att det finns brister i förändringskompetens. Det gäller i organisationer i allmänhet och i sjukvårdsorganisationer i synnerhet (Garside, 1998).

Många forskare, bland annat inom området ”resource-based view of the firm” (RBV-fältet), har arbetat med att definiera vilken kompetens, eller vilka färdigheter som krävs för att driva en förändringsprocess. Organisationens konkurrenskraft handlar mycket om kontrollen över specifika resurser, kombinationen av dessa till företagsspecifika färdigheter och utveckling av dessa färdigheter över tid (Källberg och Mähring, 2007; Teece et al, 1997). Förbättringsfärdigheter påverkar en organisations möjlighet att anpassa sig till förändringar i omgivningen och till kriser, med andra ord dess förmåga att överleva när förutsättningarna förändras (Eisenhart och Martin, 2000; Källberg och Mähring, 2006; Teece et al, 1997).

Detta stöds även av Beer och Nohria (2000), som med hänvisning till omfattande forskningslitteratur menar att organisatoriska färdigheter som koordinering, konfliktledning och kommunikation, kan vara det enda sättet att nå långsiktiga konkurrensfördelar. I en artikel från 1993 menar Batalden och Stoltz att kontinuerlig förbättring (vilket skiljer sig åt

från förbättringar i allmänhet) kräver kunskap. För att en sjukvårdsorganisation ska ha möjlighet att arbeta med ständiga förbättringar krävs utveckling av ny kunskap i kombination med ett ledarskap som uppmunttrar organisatoriskt lärande och ett syfte som är förstått och delat (Batalden och Stoltz, 1993). Författarna kallar detta ”improvement knowledge”, förbättringskunskap, och menar att det handlar om systemkunskap, kunskap om variation, psykologi, arbete och förändring, och kunskapsteori. För en kontinuerlig förbättring måste den professionella kunskapen som finns hos sjukvårdens professioner kombineras med denna förbättringskunskap. Det krävs också konkreta verktyg, metoder och systematik i att bygga och använda kunskap i dagligt arbete (ibid).

Källberg och Mähring (2006; 2007) identifierar sex olika färdigheter som krävs när en organisation står inför en teknologisk förändring. De kallar dessa dynamiska färdigheter, eller utvecklingsförmågor. Färdigheterna baseras på en litteraturgenomgång av olika författares beskrivning av de färdigheter eller kompetenser som krävs för att driva förändring (Eisenhardt och Martin, 2000; Teece et al., 1997). De sex färdigheterna definieras som process innovation, organizational restructuring, integration of IT knowledge and business knowledge, emotional capability, change management och project management and project work (Källberg och Mähring, 2006; 2007). Källberg och Mähring beskriver hur dessa färdigheter relaterar till behoven av kompetens i införande av nya informationssystem (ibid). I ett bokkapitel relaterar de än mer till sjukvårdens behov vid teknikutveckling och utvecklar dem till att omfatta projektledning och projektarbete, processutveckling, strukturförändring, integration av kunskap avseende medicin, IT och ekonomi/management, empatisk förmåga och förändringsledning (Mähring och Källberg, 2008). I artiklarna och bokkapitlet analyseras även de olika färdigheterna i olika faser i en förändringsprocess.

Jag har valt att utgå från dessa sex färdigheter och relaterat dem till vilken typ av kompetens som kan krävas för att genomföra förändringar i sjukvården, oavsett typ av förändring. Jag benämner färdigheterna ”förändringskompetenser” i avhandlingen och ambitionen är att sammanföra tidigare avsnitt i teorikapitlet så att kompetenserna tar hänsyn till

teori inom organisationsutveckling och förändringsprocesser, sjukvårdens utveckling och ledarskap och professioner i vården. Målsättningen är att i analysen se om denna modell kan användas för förståelse av förändringsprocesser i sjukvården. Respektive förändringskompetens är i tabellen nedan relaterad till olika forskares beskrivningar av kompetenser.

Tabell 4. Förändringskompetenser och referenser

Förändringskompetens	Referenser
1. Projektledning och projektarbete	Organisering, bemanning, kontroll och utförande av projekt (Mähring och Källberg, 2007; Zollo och Winter, 2002). Att planera projekt och att ha ett adekvat projektteam (Garside, 1998).
2. Processutveckling	Design och genomförande av förändring i operativa processer som leder till förbättringar i exempelvis kvalitet och tidsanvändning (Eisenhardt och Martin, 2000). Metoder för att arbeta med effektiva flöden med kunden i fokus (Brattström, 2012; Davenport, 1993; Markus, 2004; Modig och Åhlström, 2011).
3. Organisations- och strukturförändringar	Förändring av exempelvis organisationsstrukturer och kontrollsystem som påverkar arbetet i organisationen såväl internt som i relation till omgivningen (Zollo och Winter, 2002). Förståelse för ekonomi, effektivitet och produktivitet i sjukvården (Allebeck, 2002; Kristiansson och Eriksson, 2007; Lindholm, 2003).
4. Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar	Olika kunskaper och världar i sjukvården och dess betydelse för förändringar (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a, 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009). Uppmärksamhet på olika intressenters behov i genomförandeprocessen (Lucas, 1981; Mumford, 1981). Urval och utveckling av IT, organisation och process i kombination (Barley, 1986; Feeny et al, 1992; Larsson et al, 2001; Lee, 1999; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992; Orlikowski och Barley, 2001; Peppard & Ward, 2004).
5. Hantering av emotionella processer	Förståelse för och bekräftelse av organisationsmedlemmars känslor i förändringsprocesser (Eriksson, 2004; Garside, 1998; 2004; Huy, 1999; McAllister, 1995; Senge, 2000).
6. Kommunikation och samordning	Språk och kommunikation som verktyg i förändringsarbete (Emberson, 2006; Garside, 1998; 2004; Hellgren och Löwstedt, 1997; Huy, 1999; Larsson et al, 2001; Sandberg och Targama, 1998;). Att skapa en arena för diskussion (Angelöw, 1991; Engquist, 1997). Koordinering och improvisation i förändring i allmänhet (Orlikowski, 1996) och i sjukvården i synnerhet (Glouberman och Mintzberg, 2001b).

1. Projektledning och projektarbete

För att kunna genomföra förändringsprojekt krävs kunskap i projektledning och projektarbete. Projektledning handlar om att planera, genomföra och följa upp arbetsuppgifter som inte är regelbundet återkommande. Det handlar exempelvis om organisering, bemanning och kontroll av projekt (Mähring och Källberg, 2007; Zollo och Winter, 2002). För en effektiv projektledning krävs planer och ett flexibelt projektteam som kan hantera olika situationer och som har medlemmar från olika grupper i verksamheten (Garside, 1998).

Kompetensen fokuserar främst på förändringsprojekt, det vill säga avgränsade, planerade förändringar med tydliga mål. Ett förändringsprojekt är någonting man beslutat att genomföra, som har en början och ett slut och som är begränsat i tid. Det kan vara av större eller mindre art, men innebär ofta att man arbetar med en förändring utanför det ordinarie arbetet (Källberg, 2012).

2. Processutveckling

Inom sjukvården finns ofta ett så kallat ”stuprörstänkande”, eller ”silo-tänkande”, där man optimerar enskilda funktioner eller enheter. Detta beror delvis på finansieringssystemet, som ofta inte uppmuntrar innovation och processutveckling över gränser, exempelvis mellan primärvård, sjukhus och kommuner som ofta tar hand om samma patient, men med olika uppdrag. Det handlar också om strukturer på exempelvis sjukhus, där uppföljning av produktion och ekonomi sker på divisions- eller enhetsnivå och inte av så kallade flöden genom sjukhuset. Fokus ligger därmed i högre utsträckning på resursoptimering framför flödesoptimering (Brattström, 2012; Modig och Åhlström, 2012), vilket innebär att stor vikt läggs på att budgeten för en del av kedjan ska hållas (exempelvis för en radiologiavdelning). I motsats till resursoptimering innebär flödesoptimering att man ser bortom avdelnings- och funktionsgränser till hela flödet, och säkerställer att hela processen är så effektiv och håller så hög kvalitet som möjligt. I sjukvårdsfallet skulle det betyda att fokus låg på att patienten fick en så snabb och bra behandling som möjligt, även om det skulle innebära att röntgendelen av processen inte blev helt resurseffektiv. För att flödet ska vara så smidigt som möjligt kan det betyda att

röntgenavdelningen kanske till och med ska ha extra hög kapacitet, för att undvika köer.

På 1990-talet blev det populärt att i olika branscher, däribland delar av sjukvården, arbeta med processororientering. Syftet var att skapa mer effektiva flöden med kunden eller patienten i fokus. En av de dominerande metoderna var Business Process Reengineering, BPR (Davenport, 1993; Markus, 2004). Processutveckling handlar om att designa och införa förändringar i (operativa) processer som leder till förbättring i exempelvis tid och kvalitet (Eisenhart och Martin, 2000). Sedan dess har det skett en övergång i intresse från BPR till lean, som fått stor spridning som begrepp, filosofi och metod. För en utförlig beskrivning av lean och processers betydelse, se Modig och Åhlström (2012).

Att arbeta med processutveckling kräver alltså att man kan tänka i flöden och att man behärskar beskrivningstekniker för processer (Davenport, 1993; Eisenhart och Martin, 2000; Markus, 2004). Det innebär att personalen måste kunna ta till sig ett annat synsätt på verksamheten och ofta även ett nytt beskrivningssätt.

3. Organisations- och strukturförändringar

Förändringar i verksamhet och processer behöver ofta samverka med förändrad vertikal styrning (uppifrån och ned) och förändringar i organisationsstruktur och bemanning (Mähring och Källberg, 2008). Det handlar om att kunna utforma och införa förändringar i organisationsstrukturer, kontrollprocedurer som förändrar hur organisationen arbetar internt och i relation till omgivningen (Zollo and Winter, 2002). Den här förmågan handlar inte om att kunna rita nya rutor på ett papper, utan om att i samklang med övrigt förändringsarbete kunna göra nödvändiga förändringar i ansvarsförhållanden, befogenheter, incitamentssystem och styrning för att stödja snarare än hindra nya arbetssätt (Mähring och Källberg, 2008).

Genom att kompetensen innefattar kontrollprocedurer innehåller den också förändringar i ekonomi- och uppföljningssystem, där det i sjukvården finns ett behov av att förstå hur helheten påverkas av ekonomin och hur man kan arbeta med detta (Kristiansson och Eriksson, 2007). Det handlar också om hur övergripande strukturförändringar på-

verkar organisationen och arbetet, som införande av beställarutförarsystem och marknadsmodeller (Allebeck, 2002), eller kontrollmodeller som fokuserar på exempelvis resultat och effektivitet (Lindholm, 2003).

Människor är ofta misstänksamma till mätetal som har med deras arbete att göra, eftersom sådana mätningar historiskt kan ha använts till att bedöma personer och inte arbetsprocessen (Batalden och Stoltz, 1993).

4. Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar

Förändringsprocesser är ofta komplexa företeelser som ställer höga krav på olika kunskaper. I en teknikförändring av en verksamhet krävs exempelvis kunskap om IT, men också om hur verksamheten fungerar och koppling av IT till strategi och processer (Barley, 1986; Feeny et al, 1992; Larsson et al, 2001; Lee, 1999; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992; Orlikowski och Barley, 2001; Peppard & Ward, 2004). Det krävs en förståelse för behovet av dessa kompetenser och hur man kan integrera dem med varandra, att se hur de kan komplettera varandra för att få önskad effekt (se till exempel Larsson et al, 2001; Mähring och Källberg, 2008). Se avsnittet om IT-relaterad verksamhetsförändring (sid 59) för mer beskrivning av denna kompetens.

Förutom insikten om de olika kompetenser som krävs, behövs en förståelse för olika intressenters perspektiv. Det handlar om att vara medveten om olika intressenters behov, ofta i genomförandeprocessen (Lucas, 1981; Mumford, 1981). Förståelsen har en vidare betydelse i sjukvården och här bidrar professionsteori, teori om de olika världarna och diskussionen om New Public Management, till en mer mångfacetterad problembild. De identifierade skillnaderna i synsätt mellan olika världar i sjukvården (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a, 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009) pekar på en extra stor utmaning för förändringsledarskapet i sjukvården: att förstå och översätta mellan perspektiv och mål från Community, Control, Care och Cure-världarna. Detta beskrivs utförligt i avsnitten om sjukvårdens olika världar (sid 48) och krocken mellan dessa.

Om förståelsen för att dessa olika synsätt saknas och om det inte finns verktyg för att nå fram till medarbetare med olika bakgrund och olika

sätt att ta till sig information, försämrar chanserna till en förändring som många känner sig delaktiga i och förstår.

5. Hantering av emotionella processer

Förändringskompetensen hantering av emotionella processer har beskrivits i det specifika avsnittet om emotionella processer i förändringar (sid 66). Här konstaterade jag bland annat att känslor är en oskiljbar del av det organisatoriska livet (Ashforth och Humphrey, 1995). Ofta tillämpas ett rationalistiskt synsätt på IT-implementering och andra förändringsprocesser, vilket gör att viktiga aktörer inte i tillräcklig utsträckning ser och synliggör den utmaning och ansträngning som förändringen innebär för medarbetare. Det kan liknas vid bristande förståelse för den emotionella process som många förändringar innebär för dem som berörs av och är de centrala aktörerna i förändringsprocessen.

Kompetensen att förstå emotionella processer är en form av empatisk förmåga: förmågan att erkänna och uppmärksamma känslor, eller känslouttryck, som medarbetare uttrycker som reaktioner på förändringsprocesser (Eriksson, 2004; Huy, 1999). I en omvälvande förändringsprocess krävs två olika typer av tillit till den som leder förändring: förnuftsbase-rad och emotionell (McAllister, 1995).

Känslor kan fungera som katalysatorer i förändringsprocesser. Det som ibland kallas emotionell dynamik kan också vara det som gör att radikal förändring av andra ordningen kan uppnås (Huy, 1999). En förändringsprocess som drivs enligt teori O (Beer och Nohria, 2000) bör kännetecknas av öppenhet och emotionellt engagemang (Senge, 2000). Om förändringsledare ser och förstår de emotionella processerna i en förändring är möjligheten större att processen uppfattas som lyckad. Det krävs kunskap om vad som gör att medarbetare i vården känner exempelvis glädje eller rädsla, känslor som ger möjligheter eller hinder för förbättringsenergi (Batalden och Stoltz, 1993).

Att identifiera känslor före och under förändringen och att försöka förstå den emotionella processen och sedan agera utifrån den förståelsen, är därför en viktig del av en förändringsprocess.

6. Kommunikation och samordning

Språket är en meningsbärare och en viktig del av meningsskapandet i organisationer (Hellgren och Löwstedt, 1997). Det sker en form av styrning och kontroll genom språket (ibid). En av de viktigaste orsakerna till att förändringsprogram misslyckas är att ledare och medarbetare ser olika på förändringar. För ledare kan en förändring vara en möjlighet, en överlevnadsstrategi och en chans att komma längre i sin karriär. För medarbetarna kan samma förändring vara störande och inkräktande (Strebel, 1996). Information om en vision och en förändringsstrategi räcker därmed inte. Det som styr vårt agerande är inte bara vilken information som sänts till oss, utan mer hur vi tolkar och förstår informationen (Hellgren och Löwstedt, 1997; Sandberg och Targama, 1998). Processen av tolkningar och uppfattningar kommer att leda agerandet, oavsett hur direktiven från ledningen ser ut (Larsson et al, 2001). Det är alltså inte planer och strategier som avgör personers agerande utan deras förståelse av dessa. Vad-frågan, som kan besvaras uppifrån genom exempelvis projektmål, måste kombineras med hur-frågan, som kommer nedifrån och upp (ibid).

Kommunikation blir därmed en viktig pusselbit för en lyckat genomförd förändring (Embertson, 2006; Huy, 1999). Det är bevisligen mycket svårt att kommunicera i förändring. På frågan vad drygt 500 chefer i amerikanska företag skulle ha gjort annorlunda i en förändringsprocess var det vanligaste svaret sättet de kommunicerade med sina anställda på (Garside, 1998). Kompetens i kommunikation, det vill säga förståelsen för hur personer kan komma att tolka budskapet, hur budskapet förs ut och hur det sedan uppfattas, är alltså av betydelse i förändringsprocesser. Ett par rekommendationer vid kommunikation i förändring är att låta de närmaste cheferna kommunicera förändringen och att bevaka rykten som sprids mycket effektivt men som oftast är felaktiga (ibid). En annan rekommendation, som tagits upp tidigare, är att låta mellanchefen, genom sin speciella position både nära verksamheten och med en förståelse för övergripande mål, vara kommunikationslänken (Embertson, 2006; Zaccaro och Horn, 2003). Det är också bättre att vara tydlig och eventuellt röra upp känslor genom kommunikationen än att undertrycka åsikter

och känslor (Engquist, 1997). Dessa känslor är mellancheferna väl positionerade att både se och kunna hantera genom så kallad emotionell balansering (Huy, 2002).

Bristande förändringsledarskap och bristande förståelse hos medarbetare för sjukvårdens olika världar och synsätt kan leda till reaktioner mot förändringar som ibland har mindre att göra med förändringen och mer med sättet att kommunicera och samordna förändringen. Det har exempelvis visat sig att jargongen inom organisationsbeteendeteoriområdet kan vara en barriär mot att vilja och kunna ta till sig och förstå användbara slutsatser inom området (Garside, 1998). Ordet change management, förändringsledning, har kommit att betyda neddragning och uppsägningar för många medarbetare i sjukvården och de förknippar därför liknande ord med negativa upplevelser (ibid). Ett annat ord som användes flitigt under 1990-talet är ”re-engineering”, en metod för processutveckling som inte lyckades engagera medarbetare i sjukvården och som inte alltid genomfördes på ett bra sätt (Garside, 2004). Det innebär att oavsett förändringsfilosofi eller metod, om den så kallas re-engineering, lean eller något annat, är det viktigt hur kommunikationen av denna ser ut.

En dialog med andra (kommunikation) är bättre än endast information, eftersom individer generellt då upplever ett socialt tryck att klargöra sin uppfattning och sina tankesätt (Södergren, 2000). Kan vi reflektera över förståelsen tillsammans kan ny förståelse skapas. En viktig del i kommunikationskompetensen blir att kunna skapa en arena för diskussion för arbetsgruppen, där det är naturligt att ta upp viktiga frågor, där man får uttrycka åsikter, avreagera sig och våga och kunna ge återkoppling till ledare (Angelöw, 1991).

I sjukvården handlar grunden till god kommunikation om att förstå de olika världarnas drivkrafter, varför representanter från olika världar agerar och reagerar som de gör. Ledare bör därför vara mer uppmärksamma på att sjukvårdsorganisationer har olika sorters logik som måste hanteras på ett balanserat sätt (Choi et al, 2012). När förståelsen finns kan man börja förutse och kommunicera förändringarna annorlunda och hjälpa andra att förstå. Personers uppfattning och beteenden måste (er-

kännas och) bekräftas, motstånd övervinnas och förändring stötts (Garside, 1998) för att processen ska löpa smidigt. Vi behöver diskutera vår mening med arbetet, identitet och värderingar (Sandberg och Targama, 1998; Södergren, 2000). Kommunikation är en av de koordineringsmekanismer som krävs, där det oväntade kan skötas med samarbete och flexibilitet (Glouberman och Mintzberg, 2001b) och ledare måste ha modet att öppna för en dialog mellan professioner under förändringsprocessen (Choi et al 2012). Kommunikation kan både vara en orsak till motstånd och råda bot på en annan av orsakerna till sådant motstånd, den om olika uppfattningar om förändring (Garside, 1998).

Samordningskompetensen handlar också om att kunna hantera olika faser i förändring på olika sätt. Idén om förändringsledning förutsätter att det till viss del går att planera förändringen och förutse händelseutvecklingen, samt att ledare verkligen kan agera rationellt. Förändring kan dock både vara planerad och framväxande (Lychnell, 2010; Orlikowski, 1996). En förändringsledare måste därför förstå förändringsprocessens olika faser och kunna iterera mellan de olika faserna, samordna och koordinera förändringen och personer. Brist på förståelsen för när man bör göra vad kan göra att medarbetarna blir osäkra och går tillbaka till tidigare sätt att arbeta (Huy, 1999). Det handlar om att kunna agera på utvecklingen i förändringsprocessen på ett sätt som gör att konsekvenserna av den framväxande förändringen inte leder till (för) kraftfulla protester och reaktioner. Uttryckt annorlunda kan det krävas förändringsimprovisation, en form av färdighet som inkluderar möjligheten att svara på hot mot ett förändringsinitiativ och förmågan att bedriva organisationsförändring på ett improviserat sätt (Orlikowski, 1996).

Slutligen en kommentar om vilka i organisationen som behöver dessa förändringskompetenser. Kompetens och erfarenhet av förändringsarbete kan innehåsas av flera personer och den behöver vara tillräckligt utbredd i verksamheten för att det ska finnas en god grund för förändringsarbete. De centrala aktörerna är dock förändringsledarna, de personer som antingen är utvalda till att leda förändringen formellt, eller som av olika skäl blir bärare av en förändring och lyssnade på. Vem denna förändringsledare kan vara har jag diskuterat i avsnittet om förändrings-

ledare (sid 61), men att den personen bör behärska dessa kompetenser, eller se till att kompetenserna är representerade i förändringsprocessen, blir en mycket viktig del i processen.

Sammanfattningsvis gick det att identifiera sex förändringskompetenser som kan vara viktiga i en förändringsprocess i sjukvården. Sammanfattningsvis gick det att identifiera sex förändringskompetenser som kan vara viktiga i en förändringsprocess i sjukvården. Dessa kompetenser är härledda från olika teoriområden. Förändringsledare är de som är mest centrala för att se till att kompetenserna finns i organisationen.

3.2.7. Om lärande

Hellgren och Löwstedt (1997) menar att det finns en allmänt vedertagen uppfattning att lärande är nyckeln till förbättrad konkurrenskraft. Förändring av förståelse är grunden för en ändrad kompetens och därmed också beteende (Sandberg och Targama, 1998). Utan att förändra eller förbättra ledares och medarbetares förståelse för situationen och för förändringen blir det svårt att förändra organisationen (ibid). Vi har tidigare konstaterat att synen på förändringsprocesser från ledare och medarbetare påverkas bland annat av vilken kontext personerna befinner sig i och vilken organisationskultur som förändringen ska genomföras i (Pettigrew, 2000). Det kan vara svårt att förstå varandras utgångspunkter, målsättning och agerande. Det är dock centralt att tolkning av situationen möjliggör lärande och att förståelse är nyckeln till lärande.

Förmågan att förstå sig själv och andra är liksom självinsikt en viktig faktor i kommunikationskompetensen (Engquist, 1997). Sören Kierkegaards (1859) populära dikt beskriver på ett tydligt sätt vad förståelse för personer kan innebära:

*Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål
måste jag först finna henne där hon är och börja just där.*

Den som inte kan det

lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än hon gör

men först och främst förstå det hon förstår.

Om jag inte kan det

så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan

så beror det på att jag är fåfång och högmodig

och egentligen vill bli beundrad av den andra istället för att hjälpa henne.

All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet

inför den jag vill hjälpa.

Och därmed måste jag förstå

att detta med att hjälpa inte är att vilja härska

utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta

så kan jag inte heller hjälpa någon.

(Sören Kierkegaard (1813-1855))

3.2.8. Sammanfattning

Förändringsprocesser genomgår mer eller mindre tydliga faser. Att förstå hur dessa faser ser ut är en utmaning. Det går till viss del att planera och förutse förändringen och faserna, men förändring är också framväxande och beroende av personer som deltar i förändringsprocessen. För att en förändring ska komma till stånd krävs momentum, en form av drivkraft, under förändringsprocessen.

Rekommendationerna från forskare inom området IT-relaterad verksamhetsförändring är att se till att förändring av organisationer, processer/verksamheter och IT görs samtidigt och att medarbetare är involverade i förändringsprocessen.

Förändringsledaren har betydelse för hur förändringsprocessen utvecklas. Denne behöver få eller skapa såväl kognitiv som emotionell tillit för att kunna leda förändringen. Det är större chans att förändringsledaren får denna tillit om hon uppfattas vara en del av gruppen som ska förändras, då får hon lättare legitimitet.

Emotioner i organisationer och förändring är ett område som det forskats mer om i de senaste decennierna. Idag anser många forskare att

emotioner är en naturlig del av en organisations liv, vilket innebär att förståelse för emotionella processer blir viktigt.

Slutligen kan man identifiera sex förändringskompetenser som är viktiga under en förändringsprocess: Projektledning och projektarbete, Processutveckling, Organisations- och strukturförändringar, Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar, Hantering av emotionella processer samt Kommunikation och samordning.

3.3. Teorisammanfattning och konklusion

Forskare har studerat sjukvårdens komplexa struktur och talar om olika världar, maktbaser och professionella grupper. Sjukvårdens historik visar att läkare traditionellt varit chefer i vården och av läkarens alternativa karriärvägar, specialisering kontra chefskap/administration, har specialisering värderats betydligt högre än den ledande, administrativa vägen. Läkarna har dominerat i ledarrollerna, men då det ekonom/administrativa synsättet tar över mer och mer leder det inte bara till utmaningar i förståelse för och översättning av olika perspektiv, utan också till nya chefer med andra bakgrunder. Den sedan länge styrande professionella logiken har under en tid utmanats av den ekonom/administrativa.

I avsnittet om förändringsprocesser diskuterades specifika förutsättningar gällande exempelvis typ av organisation, historik, kompetens, hantering av känslor och förändringsledares egenskaper som kan vara avgörande för en förändringsprocess utveckling och resultat. Jag identifierade sex förändringskompetenser som skulle kunna vara ett bra analysraster för att bättre förstå förändringsprocesser i sjukvården: Projektledning och projektarbete, Processutveckling, Organisations- och strukturförändringar, Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar, Hantering av emotionella processer och Kommunikation och samordning.

Studier som fokuserar på hur-frågan i förändringsprocesser är inte många. I hälso- och sjukvården specifikt har en stor del organisatorisk

forskning utförts på sjukhus, forskning som har försvårats delvis beroende på sjukhusorganisationers komplexitet, de professionella aktörernas ställning och möjlighet att kontrollera förändringar. Baserat på denna diskussion är det intressant att studera hur aktörer med olika bakgrund och synsätt agerar, reagerar och interagerar i förändringsprocesser i sjukvården och hur det påverkar förändringsprocessen.

4. Empiri

I det här kapitlet kommer du att läsa om en röntgenavdelning i förändring. Berättelsen sträcker sig över fyra år, där hösten år noll till hösten år tre är de mest framträdande. De här åren kännetecknas av intensiva förändringsprocesser. Du kommer att möta olika nyckelpersoner, som verksamhetschefen Anna, läkarchefen Gustav och avdelningschefen Maria. Tanken är att du ska få följa dem genom de olika förändringarna och se hur de agerar, reagerar och interagerar. Händelserna på röntgenavdelningen beskrivs i kronologisk ordning.

Kapitlet inleds med en kort beskrivning av RA:s organisation, avdelning och nyckelpersoner. Därefter tar berättelsen vid. Innan vi kommer in på den period som står i fokus får du också en historisk tillbakablick på avdelningen.

4.1. Organisationen och avdelningen

Röntgenavdelningen (RA) är en enhet på ett svenskt sjukhus med dygnet runt-verksamhet, vilket innebär att en stor del av personalen deltar i jourarbete. Arbetet på en röntgenavdelning består i att röntga patienter som kommer från olika remittenter, det vill säga främst andra sjukhusavdelningar, eller från primärvården. Röntgenbilderna granskas och ett utlåtande om vad bilden visar skickas till remittenten för att denne ska kunna ställa diagnos och ge adekvat behandling. Remissen tas oftast emot av en läkarsekreterare eller en undersköterska och prioriteras i vissa fall av en radiolog (läkare). Undersökningen utförs, beroende på typ av undersökning, av en röntgensjuksköterska eller en radiolog. Radiologen granskar bilden och skickar svar till remittenten.

Övrig personal på Röntgenavdelningen är IT-stöd, tekniker och administrativ personal som exempelvis ekonomer och personalvetare.

Vid fallstudiens början hade Röntgenavdelningen cirka hundra anställda, inklusive personalen på de tre mindre enheter som tillhörde RA.

4.2. Aktörerna i förändringsprocesserna

Centralfigurer i berättelsen är medlemmar i Röntgenavdelningens ledningsgrupp och förändringsledare i allmänhet, samt verksamhetschefen i synnerhet. I tabellen nedan följer en beskrivning av de personer som återkommer i berättelsen, deras bakgrund, vilken roll de har och under vilken period de fanns på RA.

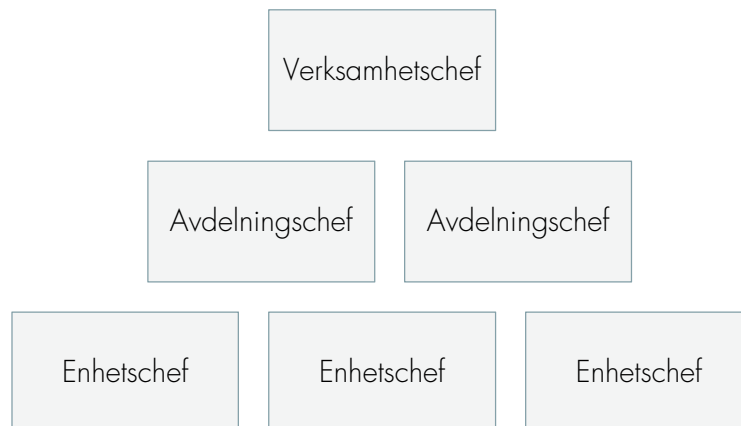
Tabell 5. Personer i fallbeskrivningen

Pseudonym	Bakgrund	Period på RA	Beskrivning
Adam	Ingenjör	År noll - år tre	Extern projektledare under digitaliseringen.
Amanda	Röntgensjuksköterska	Till och med år två	Avdelningschef under en del av perioden. Medlem i ledningsgruppen.
Anna	Ekonom	Hela	I början av fallet verksamhetschef, mot slutet högre chef.
Cecilia	Röntgensjuksköterska	Hela	Enhetschef större delen av perioden. Medlem i ledningsgruppen en stor del av perioden.
Daniel	Ekonom	Hela	Medlem i den övergripande ledningsgruppen
Frida	Läkare	Hela	I början av fallet enhetschef och medlem av ledningsgruppen en kortare tid.
Gustav	Läkare	År två - år tre	Läkarchef under en tidigare del av studien.
Henrik	Läkare	År två - år fyra	Läkarchef under en senare del av studien.
Jenny	Läkare	Hela	Tidigare verksamhetschef. Medlem i ledningsgruppen under delar av perioden.
Johanna	Läkare	Hela	Tidigare verksamhetschef. Medlem i ledningsgruppen under delar av perioden.
John	Ekonom	Hela	Chef för organisationen, tf verksamhetschef innan Anna rekryterades.
Karl	Ekonom	År ett - år två	Projektanställd som stöd i förändringsprocessen.
Lisa	Personalvetare	Hela	Personalchef och projektledare för omstruktureringen/förändringsteamet år ett - år två. Adjungerad i ledningsgruppen första delen av perioden.
Magnus	Läkare	År ett - år två	Tillfällig läkarchef under en kort period.
Maria	Röntgensjuksköterska	År två och framåt	Anställd som avdelningschef, senare verksamhetschef.
Niklas	Ekonom	Hela	Forskare. Stöd i förändringsprocesser. Intervjuer och möten från och med hösten år noll. Huvudsakliga observationen påbörjas juli år ett.
Peter	Läkare	Hela	Medlem i ledningsgruppen i början av perioden.
Sara	Läkare	Hela	Läkare som ledde projekt under delar av perioden.
Susanne	Ekonom	Hela	Avdelningsekonom.
Yngve	Läkare	Före år noll	Verksamhetschef innan år noll.

I berättelsen kommer också olika grupper att beskrivas, bland annat i termer av deras karaktärsdrag som grupp. De verksamma yrkesgrupperna på avdelningen är: läkargruppen (radiologer med undergrupperna överläkare, specialistläkare, ST-läkare), röntgensjuksköterskor, undersköterskor, läkarsekreterare och ”övriga”. En särskilt viktig gruppering i berättelsen är ledningsgruppen. Till att börja med hade RA en stor och en liten ledningsgrupp, där den lilla bestod av utvalda personer från den större. Från och med våren år ett omvandlades ledningsgruppen till endast en grupp. Några personer har flera roller och därmed också flera röster. Både röntgensjuksköterskor och läkare är till exempel medlemmar i ledningsgruppen.

I bilden nedan visas den lokala ledningsstrukturen så som den såg ut under större delen av perioden. Verksamhetschefen är chef för RA med sina hundra medarbetare. Under henne finns avdelningschefer och chefer för mindre enheter. Läkarchefen, som är medicinskt ansvarig då verksamhetschefen inte har den rollen, är chef för läkargruppen och har en central roll. Ovanför verksamhetschefen finns en högre ledningsgrupp.

Figur 8. Ledningsstruktur



4.3. Prolog: Fram till november år noll

Röntgenavdelningen startades under första halvan av 1900-talet som en avdelning på sjukhuset. Avdelningen levererade sina tjänster i stort sett endast till sjukhuset. Under de första decennierna hade RA ett fåtal verksamhetschefer, samtliga docenter eller professorer i radiologi. RA sågs som en stabil avdelning med hög kvalitet och låg personalomsättning. Under en period ungefär tio år före berättelsens början ökade kraven på förändring och kostnadsreducering. Vid den här perioden genomfördes ett projekt med externa konsulter som stöd, där verksamheten gick igenom och processer utvecklades. Läkaren Jenny var en av dem som upplevde att projektet genomfördes på ett bra sätt.

Några år före fallstudiens början förändrades organisationsstrukturen på sjukhuset som RA var en del av. RA kom nu att ingå i en större verksamhet med en övergripande ledningsgrupp och en högre chef. Med den nya organisationen följde ett nytt sätt att leda och fokuset på ekonomi och produktionsuppföljning ökade. Flera medarbetare på RA såg detta som negativt:

... mer fokusering av nyttomaximering med avseende på ekonomi. Många inom organisationen upplevde det som att kvaliteten fick ge vika för ekonomiska styrtalet och arbetsmotivationen upplevdes sjunka. (Ur dokumentet "Underlag för beslut om omorganisation", delen om historisk tillbakablick, underskrivet av verksamhetschef Anna september år ett.)

Under en femårsperiod som sträckte sig fram till fallstudiens början hade RA sju verksamhetschefer, samtliga radiologer. Flera av dessa startade ett antal förändringsinitiativ, bland annat för att försöka förbättra ekonomi och produktivitet. Bland de olika initiativen märktes digitaliseringsförsök, organisationsförändringar och personalneddragningar. Verksamheten expanderade, bland annat genom två nya enheter, en mindre och en större, den senare hädanefter kallad Enhet 1. Verksamhetschefens ansvar omdefinierades under denna period och en lednings-

grupp knöts till verksamhetschefen som bland annat bestod av sektionsansvariga.

Ett annat exempel på förändringsinitiativ var ett projekt som drog igång två år innan fallstudiens början. Projektet beskrevs som ett utvecklingsarbete avseende styr- och ledningssystem och utveckling av den interna organisationen. Tanken var att gå mot ett mer decentraliserat ansvar för ekonomi och personal. Arbetet bedrevs av en projektgrupp och av ledningsgruppen. Resultaten av analysen var att organisation och ledning var otydlig samt att den rådande strukturen inte gav incitament till effektivitet och kvalitetsstyrning. Projektet presenterade ett antal förändringsförslag för personalen. En av rekommendationerna blev att digitalisera verksamheten och en annan att personalen skulle rotera mer. Syftet var att:

- Förbättra och öka produktionen
- Tydliggöra beslutsvägarna
- Tydliggöra och decentralisera ansvar och befogenheter i organisationen på alla nivåer
- Klargöra stabens roll
- Sätta patientens behov i centrum

(Ur dokumentet "Underlag för beslut om omorganisation", delen om historisk tillbakablick, underskrivet av verksamhetschef Anna september år ett.)

I dokument från projektet konstaterades att röntgenkliniken var gammal och inte byggd för nuvarande verksamhet. Verksamhetens gemensamma funktioner, som bokning/tidsbeställning, sekreterare och arkiv, blev nu serviceenheter. Det dagliga ansvaret föreslogs ligga under en särskild person. Bokning och reception slogs samman lokalmässigt och man konstaterade att flera lokalförändringar behövdes, bland annat för tidsbokningsfunktionen. Det centraliserade systemet för patientbokning, där vissa verksamheter dock skötte sin bokning själva, behölls. Förslag lades om att sekreterarna skulle flyttas ut för att komma närmare verksamheten.

RA var vid tiden för projektet indelad i sektioner och hade utöver metod- och produktutvecklingsansvar även ett ekonomiskt resultatansvar. Eftersom resultatansvaret krävde ansvar för hantering av frånvaro och bemanning kom det på förslag att ansvaret för bemanning och utbildning skulle läggas på sektionnivå. Även ansvaret för lönesättning lades på sektionerna, dock inkluderat avstämning med högre chefer. Antalet sektioner skulle dessutom minskas. Vid den här tiden diskuterades även möjligheterna att skapa ett nytt, prestationsbaserat lönesystem.

Kort efter att detta projekts rekommendationer och förändringar dragit igång togs en ny projektbeskrivning fram, gällande översyn av RA:s processer. Målet var att ta fram en modell och en lösning för hur man skulle kunna bedriva arbetet effektivare och få fler remitterter och patienter att utnyttja RA:s tjänster. Tanken var att senare kunna återanvända denna modell och lösning på andra ställen inom organisationen.

Röntgenavdelningar runt om i Sverige och i andra delar av västvärlden påbörjade den stora teknologiförändringen från analog till digital teknik, för både bild- och informationshantering, några år före berättelsens början. Den nya teknologin förändrade arbetsätt och kompetensbehov och möjliggjorde stora produktivitetsökningar, något som dock var ovanligt att avdelningar lyckades förverkliga. På RA hade förändringen diskuterats under en tid och det första tydliga försöket att införa ett digitalt system kom efter en rekommendation från ovan nämnda processanalyprojekt att införa ett digitalt system. Införandet påbörjades på en av enheterna på våren ett år före fallstudien. Planerna på ett införande på hela avdelningen var långt gångna. I september samma år konstaterades dock att leverantören av systemet hade stora problem att leverera. Efter att det dessutom visat både sig att systemet hade låg kvalitet och att leverantören hade brist på resurser, fattade man beslutet att skjuta upp det breda införandet på obestämd tid. Systemet implementerades dock framgångsrikt på en enhet, men kostnaden blev högre än beräknat och medarbetarna var missnöjda med delar av funktionaliteten.

Dokument från samma vår visar att produktiviteten var låg och det ekonomiska resultatet alarmerande dåligt. Ledningen initierade en diskussion om hur man skulle göra för att få bukt med situationen och kon-

staterade att det rådde akut arbetsbrist för undersköterskor och läkarsekreterare. Cirka tio personer ansågs övertaliga. Informationen kommunicerades till medarbetarna, som mottog den med förvåning och bestörtning. Flera av medarbetarna, många med lång erfarenhet, valde att lämna avdelningen redan innan uppsägningarna startade, vilket sågs som en stor kompetensförlust. Personalminskningen genomfördes men fick mycket kritik för att inte ha kommunicerats och planerats väl. Under en längre period efter neddragningen nyanställdes personer från samma yrkeskategorier, undersköterskor och läkarsekreterare, i flera fall med kortare arbetslivserfarenhet än de som valt eller tvingats att lämna avdelningen.

Dessa förändringsinitiativ, liksom flertalet andra som initierats under senare år, upplevdes inte uppnå några stora effekter jämfört med de krav och mål som ställts. Upplevelserna stöds av den dokumentation som finns från de olika förändringsinitiativen, där målen att exempelvis förändra organisationsstruktur, att införa digital radiologi, att reducera personalstyrkan och förbättra den ekonomiska situationen inte verkar ha uppnåtts. Misslyckandena ledde till frustration och irritation hos medarbetare, både mot verksamhetsledare och mot högre chefer. Vid ett tillfälle skickades ett brev till högre ledningen, där majoriteten av radiologerna begärde verksamhetschefens avgång.

Medarbetarna upplevde att de inte involverades i tillräcklig utsträckning och att kontakten mellan ledare och medarbetare blivit sämre de senaste åren. Detta på en avdelning vars kännetecken tidigare varit öppenhet och demokrati.

Organisationen är bara intresserad av pengarna. På stormöten presenteras ekonomin, [resultat], [man] pratar om brutto och netto... det är fel språk, en faktor man inte räknat med tidigare. Tidigare har man berättat vad som händer [...]. Personalen behövde inte veta hur det gick man skulle bara göra sitt jobb. (Jenny, läkare, intervju mars år två.)

Chefers vittnesmål visar att man inte lyckades föra ut det nya styrsättet till alla grupper i tillräcklig utsträckning:

Man hade väldigt lite återkoppling till läkarna hur det hänger ihop med ekonomi och sådant. Vi la rätt mycket tid på att beskriva investeringsbehov och lokalernas behov och så vidare, var kommer de pengarna från [...] då måste vi jobba smartare. Inte bara springa fortare. (Intervju med John, högsta chef, år fyra.)

Sommaren år noll gick RA med kraftig förlust, en förlust som hade förvärrats under flera på varandra följande kvartal. Samtidigt fanns det starka externa drivkrafter för en digitalisering av verksamheten i och med ett avtal som gjorde att avdelningens framtida intäkter påverkades av om man var digitaliserad eller inte. Två gånger under de senaste åren hade digitaliseringsförsök initierats (varav ett försök nämns ovan) på RA, utan att slutföras. Det ekonomiska trycket sågs av flera som en orsak till att en förändring denna gång var helt nödvändig.

Vid början av fallstudien, hösten år noll, stod Röntgenavdelningen därför inför en stor förändring. Den tidigare analoga teknik som använts för bildtagning, då fysiska bilder hängdes upp i ljusskåp, granskades och arkiverades, skulle nu bytas ut mot digital bildbehandling. Omställningen väntades föra med sig stora förändringar, inte bara i arbetsverktyg och arbetssätt genom att möjliggöra granskning utan geografiska begränsningar, utan även genom förändrat kompetensbehov och ett behov av att förändra personalstrukturen. Förändringen väntades också leda till en förändrad relation mellan yrkesgrupper och en ny möjlighet att leda och följa upp arbetet.

4.4. Start på fallstudien: hösten år noll

Vi kliver in i berättelsen hösten år noll. Händelserna börjar med att John, högste chefen, var missnöjd med ledarskapet och den kraftiga förlusten. Han tog därför själv över chefskapet, med en tillförordnad avdelningschef vid sin sida. Avdelningschefen var en erfaren radiolog. Tanken var inte att John skulle behålla positionen länge utan att det skulle vara en tillfällig lösning.

Inköpsprocessen av den digitala röntgenutrustningen (RIS/PACS, Radiology Information System/Picture Archiving Communication System) startades med hjälp av IT-avdelningen och en person som arbetade med inköp. Samtidigt anställdes en ny verksamhetschef, Anna. Den nya verksamhetschefen var en av avdelningens första fasta kvinnliga chefer. Anna var ekonom bakgrund och hade tidigare erfarenhet från hälso- och sjukvårdssektorn, men hon hade inte tidigare arbetat med radiologi.

Det var vid den här tiden mycket ovanligt att någon annan yrkesgrupp än radiologer var verksamhetschefer inom radiologi. Inom andra discipliner hade däremot sjuksköterskor börjat kliva fram som verksamhetschefer, även om det var i liten utsträckning. Efter år noll har dock sjuksköterskor och andra yrkesgrupper blivit verksamhetschefer med delegerat medicinskt ansvar inom flera specialiteter.

John var medveten om att det kunde bli en svår uppgift för Anna att leda avdelningen, men förankrade anställningen i läkargruppen.

Jag hade respekt för att de gav mig informella mandat att rekrytera Anna, det var flera som varnade mig för det, även utanför Röntgen, på sjukhussidan [...] sa att så där kan man inte göra [...] det har man gjort på andra kliniker efter det. (John, högsta chef, intervju september år fyra.)

Åsikterna om Anna var många och en av dem som såg positivt på hennes ovanliga bakgrund var personalchefen Lisa:

Anna är en främmande fågel. Hon kommer att tillföra verksamheten ny kunskap om hur driva processer, möten och vikten av kommunikation – en ny värld. (Lisa, personalchef, intervju juli år ett.)

Lisa såg dock också risken med att ta in Anna och svårigheten för henne att få acceptans för sitt ledarskap i läkargruppen:

Läkare accepterar det egna skrået endast [och kan säga] 'är hon Anna min chef...?' [...] [Hon blir] infackad i en yrkesroll. (Lisa, personalchef, intervju juli år ett.)

Under Annas första tid som verksamhetschef ägnade hon mycket tid åt att träffa läkare, både enskilt och i gruppmöten och diskussioner. Enligt henne själv var detta för att bygga upp förtroende och skapa förutsättningar för förändring.

De som ingick i den så kallade lilla ledningsgruppen när Anna började, var sex sektionschefer, avdelningsekonomen Susanne och en avdelningschef. Sektionscheferna hade olika ansvarsområden: fyra av dem var ansvariga för röntgenmodaliteter, en för den största enheten och en för läkarsekreterare och arkivpersonal. Samtliga sektionschefer förutom den sistnämnda var läkare, däribland Johanna och Frida, som kommer att uttala sig senare i empirin. I gruppen deltog även en vårdadministratör med bakgrund som läkarsekreterare, som var en av dem som varit längst på avdelningen och som tidigare fungerat som verksamhetschefens högra hand. Anteckningar från möten fördes av den sektionschef som var läkarsekreterare.

I stora ledningsgruppen ingick även avdelningens fyra chefsjuksköterskor, där två var ansvariga för Huvudenheten, en (Cecilia) för Enhet 1 och en för en mindre enhet. Den stora ledningsgruppen bestod alltså av fjorton personer inklusive verksamhetschefen.

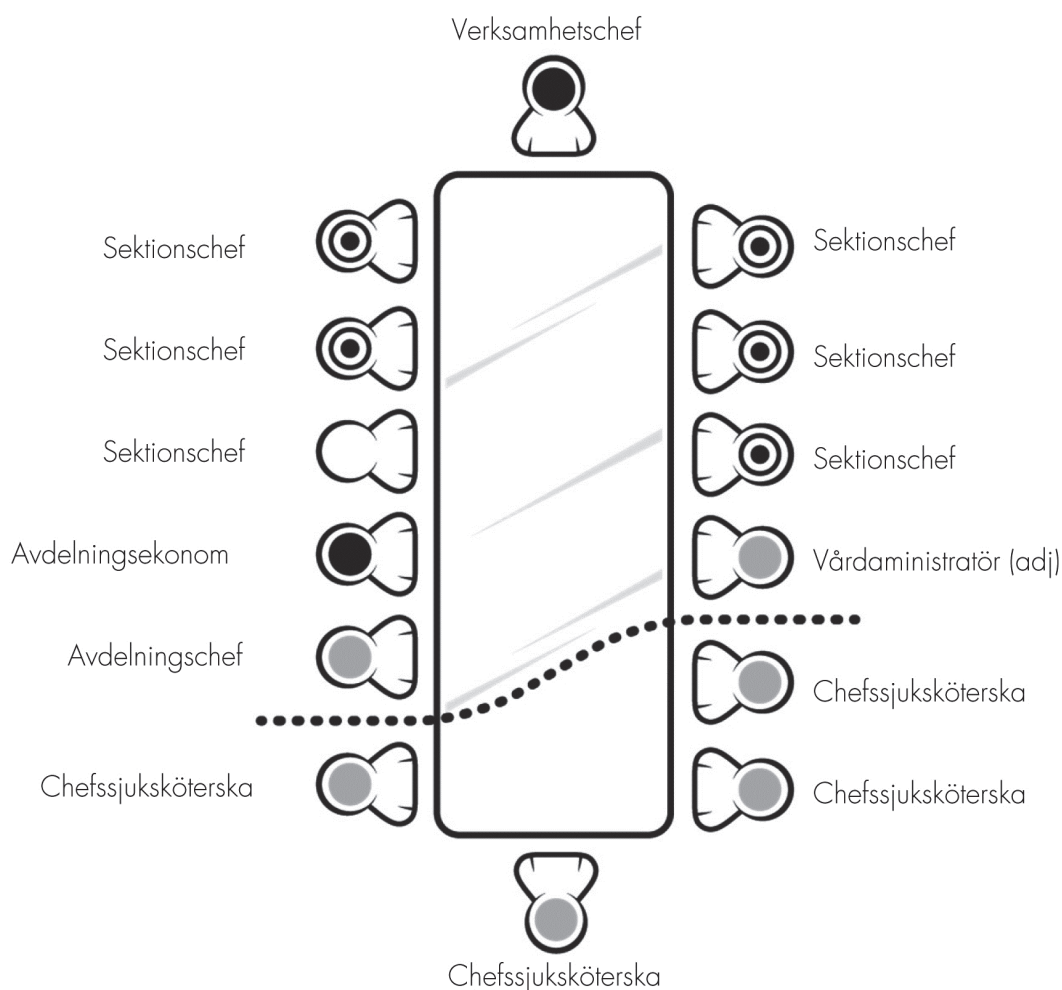
Figuren nedan visar symbolerna som används för att visa personer i ledningsgruppens bakgrund.

Figur 9. Ledningsgruppsmedlemmars bakgrund



Figuren nedan visar ledningsgruppens sammansättning, där den streckade linjen är gränsen mellan den mindre och den större ledningsgruppen.

Figur 10. Ledningsgruppens sammansättning hösten år noll



Enligt Anna var otydligheten kring rollerna i dessa grupper stor, framför allt relationen mellan avdelningschef och chefssjuksköterskor. Det berodde på att tidigare verksamhetschef inte hade tydliggjort ansvarsrelationerna när nya roller skapades.

Läkargruppen hade under en period inte heller haft någon fast läkarchef.

Det formella beslutet om att avdelningen skulle digitaliseras fattades i november, då gruppen som arbetade med inköpsprocessen också kom med den första rekommendationen av leverantör. Kravet på Anna och

hennes ledningsgrupp från de övergripande cheferna gick till en början i huvudsak ut på att genomföra digitaliseringen, med den neddragning på cirka tio personer som hade beslutats om tidigare inkluderad. Vid det här laget hade den tidigare trygga personalsituationen förändrats och krav på personalminskningar och minskade kostnader syntes på flera håll i närområdet. Det ledde till anställningsstopp på flera sjukhus, dock ej på den studerade avdelningen.

I december tog Anna in en extern projektledare för digitaliseringsprojektet. Hon förändrade också projektgruppen genom att ta in personer från verksamheten, för att som hon sa ”öka expertisen och förankringen”. Valet av IT-projektledare var medvetet:

[Han] skulle passa in tänkte jag, hans personlighet, ingen flashig konsult som kommer in här med fina kostymen och vita skjortan [...] utan en mer all-daglig skulle kunna passa in. Han hade ingen kunskap om röntgenverksamhet över huvud taget, men erfarenhet av att driva projekt. (Anna, intervju mars år två.)

I samband med att IT-projektledaren Adam började sattes en deadline, som innebar att systemet skulle vara infört efter sex månader, till juni år ett. Efter de första mötena med den nya projektgruppen, innehållande representanter från avdelningen, kom en ny rekommendation av leverantör. Ledningsgruppen, med Anna i spetsen, beslutade samtidigt att utöka projektet och genomföra det i tre faser: 1) digitalisering, 2) optimering av lokaler och processer och 3) investering i ny utrustning.

4.5. Vår år ett

I januari år ett, samma dag som hela avdelningen informerades om digitaliseringsprojektet, informerade Anna ledningsgruppen om att organisationen behövde förändras.

Organisationsöversyn behöver göras. [...] Dock inga snabba lösningar utan en analys av verksamhetens behov innan förändringar genomförs. Översynen ska samordnas med arbete som görs inom ramen för digitaliseringen. YY, Lisa [personalchef] och XX har börjat titta på avdelningschefens roll och första linjens chefs roller. Målet är att organisationsöversynen ska vara klar innan sommaren. (Citat från ledningsgruppsprotokoll, januari år ett.)

Under våren pågick digitaliseringsprojektet, innehållande olika delprojekt som bland annat fokuserade på processer och bemanning. I februari fattades det formella beslutet om val av leverantör, vilket kom att bli en av de stora aktörerna. Projektdeltagarna uttryckte att de var nöjda med både urvalsprocessen och valet av leverantör.

Anna förde med sig ett strukturerat tankesätt kring uppföljning och ställde nya krav på möjligheter att hitta beslutsgrundande data för beslut och information. Det nya tankesättet märktes tidigt i bättre kommunikation om RA:s resultat på ledningsgrupps- och informationsmöten samt i vilka krav som ställdes på avdelningen. Anna ansåg att förståelsen för ekonomi var mycket låg och att viljan att lära sig mer och arbeta med ekonomiska uppföljningar var liten. Det fanns också en stor ovana vid att använda datorstöd som mejl och att läsa vanliga Office-filer:

Skillnaden [mot tidigare] är att det är mycket möten nu, grupper hit och dit. Det är inget vi behöver bry oss om. [...] Det viktiga är hur vi ska jobba. Vi får reda på information av chefssjuksköterskan. [...] Information från stormöten har blivit sämre. Tidigare skrev sekreteraren protokoll, nu får vi konstiga mallar som jag inte förstår... [Förf komm: Power Point-presentationer]. (Undersköterska, intervju juli år ett.)

Eftersom avdelningen fortfarande arbetade analogt med pappersremisser och framkallade bilder, fanns inga stora möjligheter till datoriserad produktionsuppföljning. Det fick därför tas fram manuellt och Anna försökte hitta tydligare sätt för uppföljning. Med hjälp av avdelningsekonomen Susanne började hon bland annat att använda sig av akutens system, men var inte nöjd med uppföljningsmöjligheterna kring produktionen.

I februari/mars meddelade digitaliseringsprojektledaren Adam att samtliga medarbetare skulle få kontinuerlig information om projektet, bland annat genom ett veckobrev. Löftet infriades dock inte. Under våren konstaterade Adam tillsammans med Anna att de delprojekt som startats inte skulle komma att leverera resultat som förväntat. Adam tog på sig ett större ansvar för att leda, fatta beslut och kommunicera, men flera av delprojekten lades ändå ner efter en tid, med hänvisning till tidsbrist och ovanan vid projektarbete.

[...] tanken var att vi skulle använda ett projektverktyg så att alla, oavsett var man satt någonstans, kunde kommunicera via den, men det visade sig att man inte var speciellt mogen i den här organisationen att jobba efter någon typ av projektmodell [...] Man är extremt trimmade på att lösa akuta problem och jobbade i projektet på samma sätt. (Adam, IT-projektledare, intervju mars år två.)

Adam fick arbeta betydligt mer än planerat med projektgrupper och workshops eftersom han upplevde att ingen annan i verksamheten hade den förmågan.

Jag faciliterade väl de flesta av de här, för jag märkte att de inte hade den vanan och den rutinen att driva en workshop, samla information, strukturera den, på enklaste nivån, den erfarenheten finns inte. (Adam, IT-projektledare, intervju mars år två.)

Adam hade också problem med vad som förväntades av leverantören och vad som verkligen levererades. Han upplevde att guidelines, stöd för processarbete och support från leverantören var undermåliga och att det var problem med kommunikationen. Hans frustration steg när den interna IT-organisationen dessutom visade sig sakna kompetens och ”genomförare” samt att deadlines hela tiden fick skjutas upp.

Under våren är ett insåg Anna att den planerade neddragningen av personal som skulle genomföras i samband med digitaliseringen inte skulle räcka för att komma tillrätta med avdelningens underskott. Hon

började planera ytterligare förändringar, som växte fram och kommunicerades vartefter.

Annas förändringsarbete på RA hade startat redan i och med förändringsprocessen, där hon försökte skapa sig en bild av nuvarande organisationsstruktur, ledarskapet och synen på dessa, främst från befintliga ledare och läkargruppen. Från den senare gruppens sida framkom det med all önskvärd tydlighet vad man ansåg om förändringsprocesser och de upplevt olika synsätten, eller som en läkare uttryckte sig apropå nya typer av ledare:

Det finns en stor förväntan: då man jobbar i medicinsk verksamhet och det kommer in ekonomer – då är det ekonomerna som bör lyssna, för vi kan verksamheten och 'har haft det på ett sätt i hundra år', vill man göra på annat sätt så får man ta till sig det som finns. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Det visade sig också att en stor del av läkargruppen och även övriga medarbetare hade en mycket negativ syn på de förändringar som drivits under senare år:

... det känns på något sätt som att... under flera år har allt fokuserats på organisationsförändringar, digitalisering, [...] access och alla möjliga saker bara bara bara prat, prat, men medicinsk utveckling har ju stannat upp, det är förskräckligt. (Jenny, läkare, intervju mars år två.)

Anna verkade ändå lyckas få förtroende hos medarbetarna. En av de första förändringarna hon genomförde var att sammanföra de sektioner inom avdelningen som skapats under den senaste omorganisationen.

För att aktivt kunna utveckla Enhet 1 och Röntgenavdelningen behöver ledningsfunktionen på respektive enhet förstärkas. Därför föreslås att Röntgenavdelningen blir en sektion med en sektionschef och en biträdande sektionschef samt en chefsjuksköterska och en biträdande chefsjuksköterska.

Enhet 1 leds av en sektionschef på heltid.

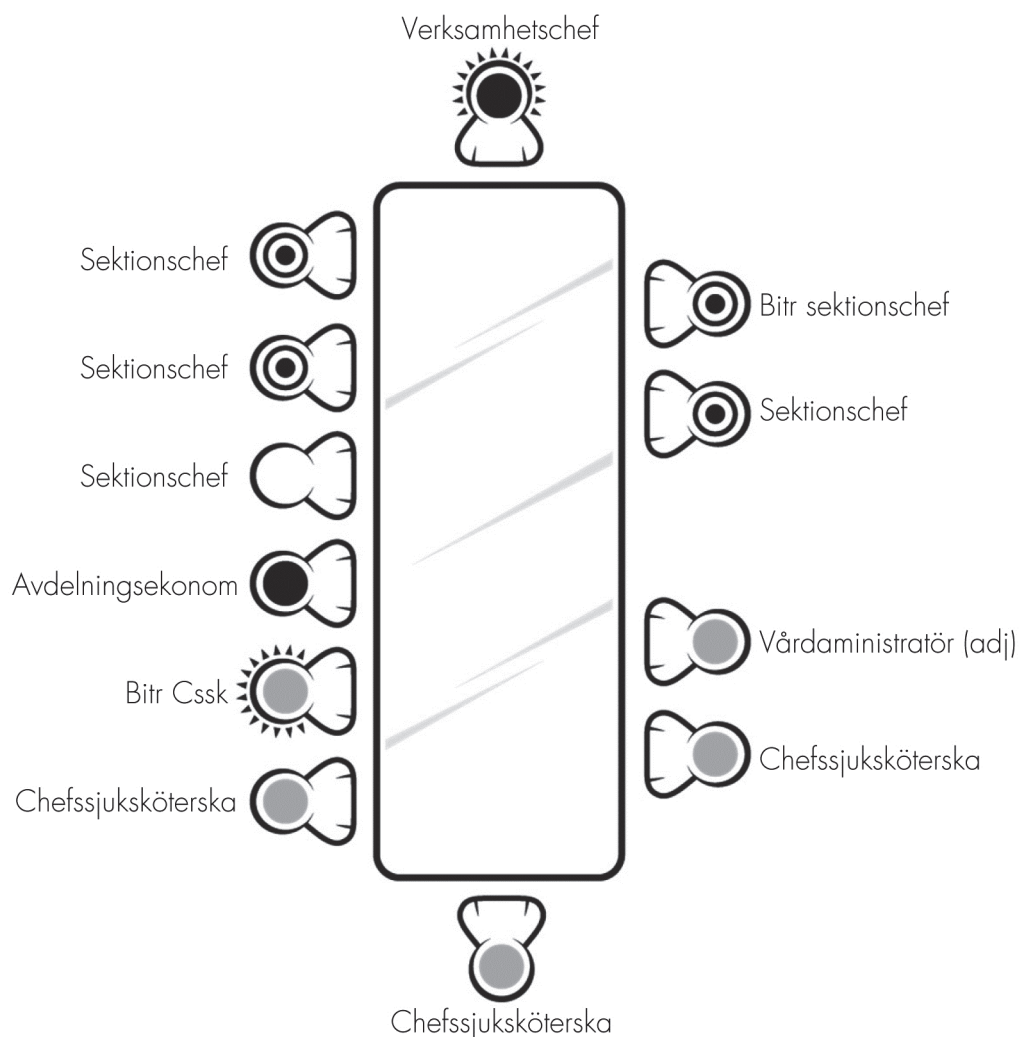
(Ur "Förslag till organisationsförändring", mars år ett

I dokumentet som beskriver organisationsförändringen skrevs också att detta var ett första steg i att skapa en organisation som stöttade verksamheten utifrån de nya kraven och förutsättningarna. Förslaget genomfördes i mars. Samtidigt med förändringen informerades att fler förändringar behövde genomföras. Många var positiva till den nya förändringen, eftersom man ansåg att tidigare omorganisation inte hade lett till något gott.

Det var rätt positivt [när Anna kom in]. Man tyckte att 'äntligen får vi en chef'. Vi hade en positiv bild av henne, det verkade som att hon tog in vad vi sa och försökte strukturera upp och förbättra... hon avskaffade sektioneringen, då var vi glada. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Ledningsgruppen genomgick flera förändringar under våren. I mars utgick en sektionschef (läkare), och en chefsjuksköterska genom sammanläggningen av sektioner. Avdelningschefsrollen togs bort, men ersattes av en ny, biträdande chefsjuksköterska. En sektionschef kallades nu istället biträdande sektionschef. Ledningsgrupperna slogs ihop till en stor för att hela ledningsgruppen skulle kunna träffas tillsammans. Bilden nedan visar ledningsgruppens sammansättning, där en "gloria" representerar att personen är ny i gruppen.

Figur 11. Ledningsgruppens sammansättning mars år ett



Under ett ledningsgruppsmöte den andra april år ett informerade Anna om att avdelningen stod under en stark kostnadspress från den högre ledningen. Senare i april informerades om att arkivfunktionen skulle upphöra och arkivet flyttas senast den första januari år två, som en följd av digitaliseringen. MBL¹-förhandlingar inleddes och formellt beslut om uppsägningar fattades.

¹ Medbestämmandelagen.

I ett ledningsprotokoll från början av maj betonades vikten av att medarbetare skulle vara informerade om de förändringar som var på väg:

Viktigt är att all personal skall känna till det förändringsarbete som påbörjas efter sommaren. Det ska bland annat ses som en fortsättning av digitaliseringen. (Ur ledningsgruppsprotokoll, maj år ett.)

Vid samma ledningsmöte informerade Anna om kostnadspressen och den fortsatt kärva ekonomiska situationen. Anna berättade nu också för första gången för ledningsgruppen om de planer hon hade på en stor omstrukturering av verksamheten. På nästa ledningsgruppsmöte, två veckor senare, diskuterade deltagarna det faktum att digitaliseringen lett till stor oro i organisationen.

IT-projektledaren Adam fortsatte under våren att jaga på såväl systemleverantörer som den interna IT-organisationen. Hans arbetsdagar var långa. I juni år ett sköts deadline för införandet fram på grund av hårdvaru- och nätverksproblem, men systemet kunde ändå införas så snart som i slutet av juni. Dagen efter införandet kraschade informationssystemet (RIS) på grund av ett serverproblem. En dag senare var dock systemet igång igen och inga längre avbrott kom under närmaste tiden. Efter detta blev projektledaren tvingad att ta ut en längre semester då Anna ansåg att han var utarbetad.

Personalchefen menade att en av orsakerna till att digitaliseringen verkligen blev av denna gång var det ekonomiska trycket.

Digitaliseringen har varit på tal länge, men ekonomin har inte funnits tidigare. Investeringsmässigt var det bra timing. (Lisa, personalchef, intervju juli år två.)

Digitaliseringen var efterlängtd av många men delar av läkargruppen ansåg att den hade genomförts utan nödvändiga processförändringar och utbildning och med alltför liten inblandning av läkare. Anna ansåg att förändringsviljan i organisationen hade ökat efter att det nya systemet var på plats, då man hade sett att förändring var möjlig.

Processen med neddragning av personal sattes igång under sensvåren. Tanken var att ledningsgruppen skulle vara navet för förändringen. Redan under våren/försommaren år ett skapades ett så kallat förändringsteam, som delar av ledningsgruppen var med i. Teamet sattes samman av personer med blandad bakgrund och yrkesgruppsstillhörighet. Jag var själv en del av gruppen som under sitt första möte, i mitten av juni, diskuterade förväntningar och planer för kick-off.

Under ett personalmöte i juni informerades om digitaliseringsprocessens framskridande och att förändringar i arbetssätt, processer och personalstruktur skulle komma att genomföras, dock utan närmare precisering. Läkargruppen hade vid den här tiden ingen fast chef och det fanns olika åsikter om vem som skulle styra och leda verksamheten.

4.6. Höst år ett (start för observation)

I juli år ett påbörjades observationen av avdelningen med en djupintervju. En av personerna som intervjuades var Cecilia, enhetschef för Enhet 1 och medlem i ledningsgruppen. Hon hade åsikter om hur ledningsgruppen fungerade och menade att det var ont om tid till ledningsuppgifter mellan möten. Hon tyckte också att mötena i sig var hårt strukturerade och att det inte var högt i tak.

Samtidigt som underlag till beslut om omstruktureringen togs fram och förändringsteamet började arbeta med omstruktureringen under sommaren år ett, skrev Anna på ett underlag till den högre ledningen, där det som kallades omstruktureringen av avdelningen beskrevs. Här togs reducerade kostnader, ansvariga personer i förändringen och förväntat resultat av förändringen upp. I underlaget ingick också en relativt omfattande historisk tillbakablick på avdelningen som var tänkt att ligga till grund för beslut.

I augusti projektanställdes en civilekonom, Karl. Karl var före detta konsult med erfarenhet av bland annat strategiuppdrag och kostnads- och intäktsanalyser. Han omnämndes i beslutsunderlaget till högre led-

ningen som en av de externa personer som togs in för att stötta i förändringsprocessen. En av hans huvuduppgifter var tänkt, och kom också att bli, att ha en analyserande och strukturerande roll, samt att utnyttja möjligheterna i såväl ekonomisystem som det nya digitala produktionssystemet för att skapa bättre möjligheter för uppföljning och planering. I det gamla systemet var det svårt att få fram material till produktionsuppföljning och man fick istället arbeta med manuella uppföljningar. RA kunde till viss del ha nytta av det system som akutavdelningen använde, men bara vad gällde processen fram till och ut från RA, inte vad som hände i själva röntgenprocessen. Avdelningsekonomen Susanne och Anna hade tidigare arbetat med förbättringar i uppföljningen, men med begränsat resultat och nöjdhet. Det var först när det digitala systemet kom som hela processen kunde spåras relativt lätt, även om det fanns begränsningar i tillgängligheten till data. Den begränsade tillgängligheten hade delvis med systemkompetens att göra, men berodde också på att leverantören inte tillät RA:s medarbetare att få tillgång till rådata.

Vissa på avdelningen tyckte att det var intressant och på tiden att uppföljningarna började bli tydligare och såg också en nytta med att koppla produktion till ekonomi. Andra menade att de som läkare och vårdpersonal hellre skulle ägna sig åt att ta hand om patienten och överlåta ekonomidiskussionerna åt ekonomer och beslutsfattare. Avdelningsekonomen, som varit en längre tid i organisationen, menade att:

Läkare är i sin yrkesutövning vana vid att allt måste vara perfekt, det finns inte utrymme för osäkerhet, misstag och att göra om. Ekonomi kan se ut som en exakt vetenskap: en siffra ljuger inte. Därför kan det sättet ekonomer arbetar på, att komma så nära sanningen som möjligt men nöja sig med "good enough" vid värderingar, kännas främmande och frustrerande. (Susanne, avdelningsekonom, intervju juli år ett.)

Den tjugosjunde augusti hölls ett stormöte för all personal där informationen om omstruktureringen utvecklades. En mindre grupp bestående av avdelningschefen Amanda, två chefsjuksköterskor och mig, arbetade med en utvärdering av bemanningen.

Vid en intervju med enhetschefen och läkaren Johanna sa hon angående möjligheterna att driva större förändringar på RA hösten år ett:

Det går att förändra, inte för att viljan är stark utan att motståndet är svagt just nu. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

Johanna menade att i och med förändringsprocessen med den snabba digitaliseringen orkade inte medarbetarna protestera mot nya förändringar i lika hög utsträckning:

Förändringsviljan är låg. Digitaliseringen är en mycket stor grej, påverkar det dagliga arbetet så mycket, det finns inte tid att förändra annat. Samtidigt lägger sig stridigheter när man fokuserar på digitaliseringen, man har inte tid att skälla på varandra, sköter sitt jobb. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

Läkaren Sara hade en liknande reflektion:

Det började i maj där egentligen, kom i gång i juni. Hela våren, sommaren och hösten överskuggades egentligen av digitaliseringen. [...] Det har blivit bra på det hela taget. Hänt på ett smidigt sätt utan för många driftstopp och stängningar. [...] Det var väldigt frustrerande innan det satte igång, att man skulle planera hela den här digitaliseringen på ingen tid alls – man skulle samtidigt sköta sitt hundraprocentiga arbete. Det hade nog gått bättre och smidigare om man fått tid till detta gigantiska projekt. [...] (Sara, läkare, intervju mars år två.)

I augusti år ett fungerade så till slut det digitala systemet och de flesta var nöjda. Men frustrationen över att processer och rutiner inte hade arbetats igenom var stor. En läkare, Jenny, kommenterade digitaliseringsprocessen i efterhand:

Man sköt upp och sköt upp och sköt upp och så var det 'nej, det är inget beslut, inget beslut, inget beslut', bara uppskjutet. [...] Så när det äntligen blev av så blev det jättepanik så att säga [...] Leverantören sa att 'så här kort tid har ingen haft för att starta det här, alldeles för kort tid [...] det har funkat delvis därför att vi har lärt varandra, doktorsgruppen [...] ingen har lärt oss

[...] vi har gått in i det här digitala utan att riktigt ha diskuterat roller, det känner all personal, [...] ingen visste vad man skulle göra det första halvåret. Man måste in i det utan att organisationen var förändrad [...] samtidigt är det ju... det har varit bra också, det är bra, det hela [...] själva digitaliseringen är bra, sedan är det inte färdigt. (Jenny, läkare, intervju februari år två.)

Även Sara reflekterade efter digitaliseringen över situationen:

Nu är man nöjd med hur det ser ut. Just under digitaliseringen var ju informationsflödet och beslutsfattandet de stora... det som inte fungerade bra. [...] de som hade fått ansvar för att ta tag i saker kanske gjorde saker, men sen fick man aldrig höra vad som hade blivit bestämt [...] sen var det Peter och [läkare] som var inblandade från läkarsidan och de har inte lyckats föra informationen vidare till läkargruppen så man fick diskutera på ett vettigt sätt. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Läkaren Johanna hade ytterligare en del att säga om förändringsprocesser kopplat till ledarskapet av avdelningen:

Chefslösheten visar att verksamheten fungerar utan chefer, folk stänger öronen. När det blir ytterligare en organisationsförändring börjar det drabba folk, det börjar räcka... vi märker inte av någonting alls av förändringar. Det fungerar i alla fall, vi gör det vi vill i alla fall. Inget är nytt, vi har hört det förr. Alla chefer omorganiserar när de är nya. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

Samtidigt var Johanna också positiv till det nya som verksamhetschefen Anna kunde tillföra:

Anna talar ett annat språk, kan prata med cheferna däruppe, vilket är bra. Vi förstår inte vad EBITa är och vad det står för [...] (Johanna, läkare, enhetschef, intervju juli år ett)

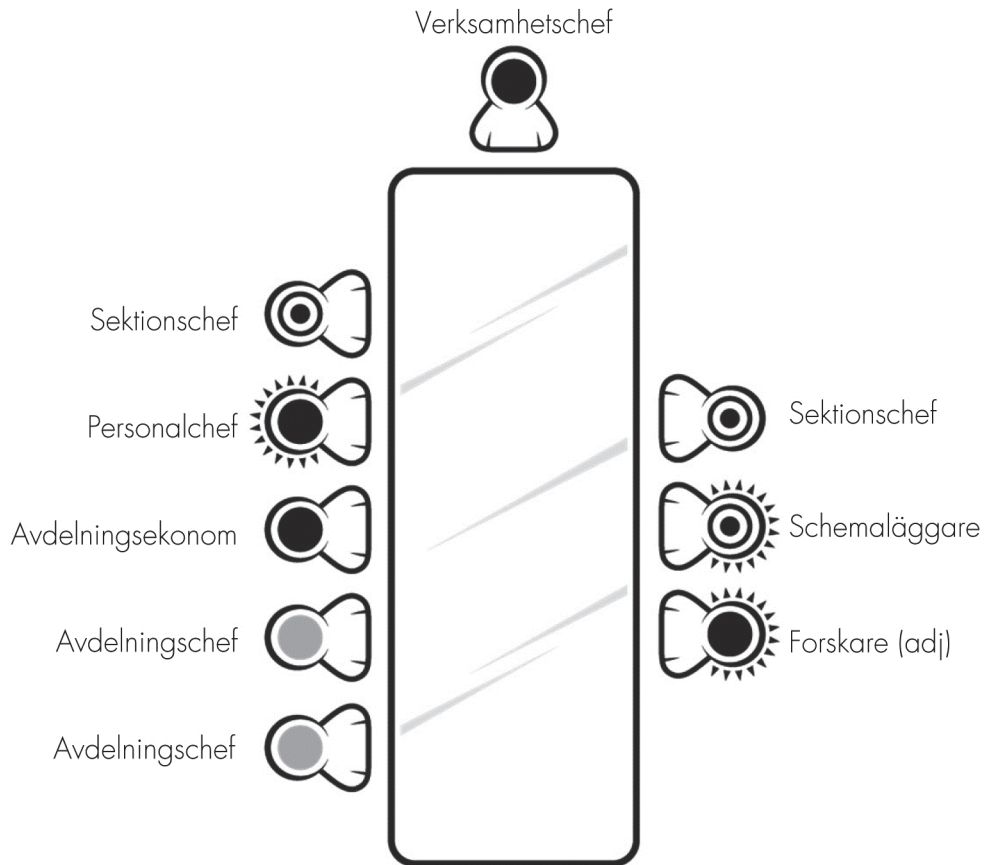
Den första september gick information om den större organisationsförändringen ut. Förändringarna, som skulle innebära att sektioner togs bort samt förändringar i ledningsgruppen, kommunicerades som en följd av omstruktureringen:

En första organisationsförändring som en del av omstruktureringen och nya chefsbefattningar from första september. Sektionschefen på Huvudavdelningen ersätts av en läkarchef och en avdelningschef. De två chefssjuksköterskorna och sektionschefen för tidsbokning, reception och arkiv ska rapportera till avdelningschefen för Huvudavdelningen. (Fältanteckningar från informationsmöte, september år ett.)

RA hade under en längre period haft en tillförordnad läkarchef, en radiolog från verksamheten. Anna menade att det behövdes en drivande läkarchef i samband med att beslut fattades om omstruktureringen. I september år ett togs en ny radiolog in i verksamheten, Magnus. Han tog över läkarchefsrollen, till en början som tillförordnad. Magnus hade sedan tidigare arbetat som verksamhetschef inom radiologi och hade enligt Anna gott rykte. Till en början verkade Magnus bemötas med respekt men även av viss skepticism av läkargruppen.

Förändringsteamet bestod nu av Anna, avdelningssjuksköterskan Amanda, avdelningsekonomen Susanne, läkarchefen Magnus, ekonomen Karl och mig. Personalchefen var liksom jag adjungerad i ledningsgruppen under omstruktureringen, vilket innebär att det från september år ett finns observationer och fältanteckningar från ledningsmötena. Ledningsgruppen såg nu ut enligt bilden nedan:

Figur 12. Ledningsgruppens sammansättning september år ett



Vid ett ledningsgruppsmöte den tredje september diskuterades analysen av personalsituationen. Förändringsteamet menade att man skulle kunna dra ner personalstyrkan med mer än tio personer. Gruppen som arbetade med bemanning hade kommit fram till att verksamheten kunde bedrivas med ca 25-30 procent färre medarbetare och neddragningarna skulle gälla främst läkarsekreterare, undersköterskor och till viss del sjuksköterskor. Förslagen möttes av kraftiga reaktioner från Ylva, en av läkarna i ledningsgruppen, vars del av organisationen skulle komma att bli direkt berörd av förändringen:

... vi har kämpat mot [...] alla [tidigare förändringsförsök av det här slaget]. Dessa stora besparingar kan inte göras. När jag kom var det himmelriket, en röntgenavdelning som fungerade. (Ylva, läkare, citat från ledningsgruppsmöte, september år ett.)

Anna bemötte kritiken med argument som fokuserade på utvecklingsmöjligheter:

Man har inte tittat på arbetssätt här, process vad gäller både digitalisering men även vad gäller många andra möjligheter till förbättringar. Om man jämför är vi ganska bra, men det finns ingen i Sverige som gjort riktiga genomgångar av arbetssätt och process – vi har nu möjligheten (Anna, citat från ledningsgruppsmöte, september år ett.)

Jag reflekterade själv över förändringssituationen i mina fältanteckningar:

Exakt samma sak vi gör nu försökte Yngve [en tidigare verksamhetschef] göra, men ingen har lyckats genomföra förändringar. Därför tar personalen inte till sig detta, man har hört det tidigare. Nu är det dock allvar [...] Anna måste vara mycket tydlig: det kommer ingen och räddar situationen denna gång. (Fältanteckningar, citat från ledningsgruppsmöte, september år ett.)

Medan Anna, enligt en diskussion i ledningsgruppen, ansåg att ledningsgruppen skulle ta gemensamt ansvar för avdelningens framtid och inkludera allas intressen, blev det under hösten tydligt att medarbetarna tyckte att fördelningen av personer med olika bakgrund var skev. En del läkare tyckte att för få läkare satt med i ledningen.

Anna hade höga förväntningar på den nyutträdde läkarchefen Magnus. Det visade sig dock ganska snabbt att Magnus inte levde upp till förväntningarna. Anna ansåg enligt samtal en vecka in i september att han inte tog sin roll som läkarchef på allvar, att han fanns på plats för lite och att han inte tog tag i personalärenden som han borde. Hon började ångra beslutet att ta in honom, men kände samtidigt inte att det fanns något alternativ bland personalen. Hon beslutade sig för att börja se sig om efter en mer permanent lösning och låta läkarchefen få ett tydligt

uppdrag: se till att schemalaggningsen för läkargruppen fungerade och att bemanningen var tillfredsställande.

Planen var att Magnus skulle träffa alla läkare personligen och sedan hålla självständiga läkarmöten. Magnus var visionär och hade idéer om förändring som han diskuterade med mig i september. Idéerna handlade om vikten av att arbeta igenom röntgenprocessen gemensamt, och att försöka få personalen att gå mot ett gemensamt mål. Magnus pratade också om produktivitet, att man borde diskutera vad som kan mätas och vad hög kvalitet egentligen innebär och initierade en gemensam övning. Magnus menade också att ”en del av verksamheten borde kunna fungera som en börs, den som bjuder lägst får granskningen”.

Under vårt samtal berättade Magnus att han utmanat läkargruppen och att de var avvaktande mot honom. Dock menade han att förutsättningarna för förändring var rätt, med ledare som var intresserade av att förändra och ganska många som ville hoppa på tåget. Han såg sig själv som ”läkarnas försvarsadvokat” i systemet, menade att läkarna var ”piloterna ombord” och att läkarrollen kunde förstärkas. Han menade också att det var viktigt att nå de läkare som var informella ledare. Definitionen på en läkartjänst skulle tas fram för att se vilka incitament man kunde hitta för rollen och hur behovet av läkare såg ut.

Läkare tycker om att tycka, men tycker inte att det är lika roligt när de får uppgiften att lösa. De är duktiga i opposition, men inte så duktiga i majoritet. (Magnus, läkarchef, informellt samtal, september år ett.)

Magnus var tydlig med att hans roll under hösten skulle bestå av att definiera läkarchefs- och läkarrollen. Några dagar senare berättade dock personalchefen om rykten att Magnus ville stoppa den planerade neddragningen av personal och att han gjort uttalanden om att han hade direktkontakt med den högre ledningen. Anna fick reda på detta och kombinerat med hennes tidigare tvekan gjorde det att hon tappade förtroendet för honom. Hon bedömde att han inte skulle kunna få förtroende i läkargruppen på kort sikt i den redan pressade situationen då han, som han själv också konstaterat, utmanat gruppen.

Den sextonde september hade Anna ett samtal med läkarchefen där hon konstaterade att personalen inte hade förtroende för honom och att de inte kunde fortsätta samarbeta. Efter mötet var uppdraget avslutat från bådas sida och Johanna, som sedan några dagar varit tillförordnad läkarchef, skulle fortsätta som läkarchef tills vidare. I samtal med Anna berättade Johanna att hon uppfattade att hon hade läkarna med sig.

Den högre ledningen hade skjutit upp beslutet om den stora omstruktureringen en vecka och Anna tog inte för givet att de skulle våga fatta beslutet. I mitten av september är ett fattades dock slutligen beslutet om omstrukturering. Nedanstående text är ett urklipp ur beslutsunderlaget och beskriver situationen ur Annas synvinkel:

Röntgenavdelningen har under de senaste tre åren haft många olika chefer under korta tidsperioder. Omorganisationer och försök till effektiviseringar genom uppsägningar har ägt rum utan större effekt på resultat och/eller förändringar i arbetssätt. Omorganisationerna och chefsbytena har medfört att utveckling av verksamheten och förbättringar i arbetssätt och rutiner har avstannat. Avsaknad av ledning och styrning har också medfört brister i kvalitetsutveckling, kostnadskontroll och produktionsplanering. Få personer tar ansvar för utveckling av verksamheten. Personalens förståelse är låg för vad som krävs i en [...] omgivning där remittenterna och patienterna ställer krav på snabba svarstider respektive korta väntetider samt behov av service och bemötande.

Röntgenavdelningen har behov av en omfattande omstrukturering och ett långsiktigt förändringsarbete för att möta [resultatkrav] och såväl dagens som morgondagens krav från medarbetare, remittenter och patienter.

Den pågående digitaliseringen ställer krav på förändrade arbetssätt och flöden inom röntgen och mellan röntgen och remittenter. För att kunna använda den nya tekniken, digitala remisser och svar samt digital bildhantering, krävs att arbetssätt och processer förändras. Jämfört med tidigare försök till omstruktureringar finns därför förutsättningar för att lyckas med en långsiktig förändring.

För att klara av en snabb omstrukturering krävs stöd av externa resurser som stöd i förändringsarbetet. Det finns inte tillräckligt med kapacitet, kunskap eller resurser i verksamheten som klarar av att driva förändringen. (Ur dokumentet ”Underlag för beslut om omorganisation”, september år ett.)

Eftersom omstruktureringen innebar en kraftig neddragning av personal informerade Röntgenavdelningens ledning tydligt om detta i ett informationsbrev:

[Röntgenavdelningen] med verksamhet på Sjukhuset [och de tre enheterna] påbörjar en omstrukturering av verksamheten [som kan komma att beröra] 25 personer.

Orsaken till omstruktureringen och personalneddragningen är dels nyligen genomförda satsningar på modern teknologi, dels för att [möta kraven från ledning, patienter och remittenter]. Övergången från analog till digital teknik gör det möjligt att förändra och effektivisera arbetssätt och processer inom röntgenverksamheter. För att kunna skapa förutsättningar för ytterligare satsningar på förbättrad vård för att möta patienters och remittenters förväntan på fortsatt hög kvalitet och tillgänglighet ställs höga krav på god service, hög kompetens och produktivitetsökningar. (Citat från informationsbrevet om omstruktureringen, september år ett.)

Under september/oktober år ett startades ”flödesgruppen”, en grupp som hade till syfte att se över nuvarande processer, hitta möjligheter och problem och föreslå förbättringar mot ett nytt arbetssätt. Representanter från de olika yrkesgrupperna valdes ut med hänsyn till deras yrkeskompetens, förmåga att se möjligheter och driva förändring. Ett annat mål med gruppen, mer subtielt men kanske ännu viktigare, var att öka känslan av delaktighet i samtliga grupper. Det var tänkt att gruppen skulle fungera som ett ”vehicle for change”, en förändringsmotor, på RA. Jag hade en stöttande roll i gruppen, som bland annat bestod av en sjuksköterska som tidigare arbetat med processutveckling och en ST-läkare. Steg ett var att göra en övergripande kartläggning av nuvarande processer, som skulle användas som input i ett idéseminarium i oktober. Syftet med idéseminariet var att ena läkargruppen och sjuksköterskor i beslutsposit-

ioner, att skänka en trygghet i förvisningen om att de problem och möjligheter som finns kommer tas om hand under hösten.

I mitten av oktober var Anna stressad. Hon hade satt igång många förändringsprocesser som pågick parallellt och hon fick också kommentarer om ekonomen Karl, som arbetade med olika personer och grupper och fick viss kritik för sitt arbete och sätt att vara. Hon hade också problem med en av enhetscheferna, Frida, en läkare som tyckte att enheten gjorde allt rätt, medan Anna tyckte att det fanns förändringsmöjligheter som Frida borde ta till sig av. Vid ett ledningsgruppsmöte i oktober ilsknade Frida till och krävde att ”den enda fungerande enheten här, Enhet 1, måste förbli intakt”. Peter, läkaren som var en del av ledningsgruppen, verkade road av bråket och hade bråttom ut från mötet, medan Amanda såg irriterad ut. Anna bemötte utbrottet relativt lugnt. Fridas sista kommentar på mötet var att hon ”kommer att prata med Cecilia”, chefsjuksköterskan på Enhet 1 som skötte en stor del av planeringen och ledningen.

På ett ledningsgruppsmöte något senare var tre av de sju deltagarna på plats vid utsatt tid. Efter en stund sprang Anna in i rummet, djupt engagerad i ett mobilsamtal. Under de senaste veckorna hade diskussionerna och oron i organisationen ökat kraftigt och Anna hade berättat att hon känt sig mer och mer överhopad av arbete. Till råga på allt verkade det som att en av de viktigaste nyckelpersonerna, den nytillträdde avdelningschefen Amanda, som fick ta mycket av personalens oro kring omstruktureringen, inte var helt tillfreds med sin roll och visade tendenser på att inte orka med uppgiften.

En kvart efter utsatt tid hade alla som inte lämnat återbud kommit. Mötet hölls som oftast i Annas rum och började, som alla andra ledningsgruppsmöten under hösten, med att Anna, i egenskap av ordförande, gick igenom agendan. Största delen av mötet skulle som vanligt ägnas åt det mest centrala förändringsarbetet, höstens personalförändringar. Diskussionen började med en avstämning av läget på avdelningen. Man konstaterade att personalen under våren hade blivit informerade om att en neddragning skulle komma att ske och ungefär hur många det skulle beröra, dock inte vilka personer. Det hade varit

ganska lugnt en period, men nu konstaterade ledningsgruppen att det hade börjat ”bubbla”. Personalchefen Lisa hade börjat märka av en ökande oro, framför allt gällande medarbetarnas egen framtid i organisationen. Den väntade ryktesspridningen hade kommit igång på allvar och rörde framför allt hur många som skulle komma att få gå och från vilken yrkesgrupp.

Avdelningschefen Amanda sa under mötet att det kändes tungt och rörigt. Hon påpekade att hon skulle behöva hjälp med ledarrollen och att hon var orolig för samtalen med dem som skulle tvingas gå. Om hon fick välja skulle hon inte hålla i dessa samtal alls. Den första delen av diskussionen avslutades med ett konstaterande: stormötet dagen innan hade gått bra. Inte heller denna gång kom några mer känsliga frågor upp.

Större delen av resterande mötestid ägnades åt diskussion och beslut om praktiska frågor i genomförandet av de olika förändringarna. En punkt hade rubriken ”Framtida organisation”. Diskussionen om denna punkt handlade bland annat om frågan om undersköterskor och sjuksköterskor, som vid tillfället inte hade någon chef de kunde vända sig till i sin yrkesroll, någon att ha utvecklingssamtal med. Ledningsgruppen kom fram till att tio till femton medarbetare var lagom att vara ansvarig för och diskuterade alternativa chefer. Mötet avslutades med övriga frågor, som behandlades i rask takt.

Flera personer uttalade sig vid olika tillfällen om medlemmar i ledningsgruppen i allmänhet och om Anna i synnerhet:

Om man ska omorganisera – var då med och stå i skiten. Det är besvärligt att Anna inte förstår verksamheten, hon har aldrig haft jouren. Hon förstår ändå ganska bra, men... känner inte till ångestbesluten, kompetenshetsen – vetskapen om att konsekvenserna blir så stora om man gör en felbedömning. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

Arbetet med neddragning av personal fortsatte i hög hastighet. Anna och förändringsteamet valde medvetet att hålla ett högt tempo för att undvika alltför mycket osäkerhet, frustration och ryktesspridning. Trots att möten hölls och ledningsgruppen försökte hålla en hög kommunikationsnivå, upplevde många medarbetare att det saknades information. Rykten

om huruvida det var beslutat vilka som skulle få sluta eller inte spreds trots Annas och förändringsteamets ansträngningar och fick dementeras av ledningspersoner ett antal gånger. Lisa och Anna såg till att både nya och gamla chefer fick stöd i sin chefsroll med hjälp av ledarutbildning, coacher och personlighetstester.

Karl, civilekonomen som var projektanställd för att bringa reda i bland annat uppföljning och styrning, arbetade vidare under hösten. Vid ett ledningsgruppsmöte i december diskuterades hans roll och resultat. Den tillförordnade läkarchefen och enhetschefen Johanna visade både ett intresse och en förståelse för ekonomisk styrning och använde ekonomisk och produktionsinriktad uppföljning i sitt ansvarsområde. Hon tyckte om att Karl var med i arbetet, gillade hans ”fräscha idéer”, att han var kontroversiell och ”såg saker som folk inte tänker på”. Samtidigt upplevde hon att han inte var speciellt omtyckt i organisationen.

Avdelningschefen Amanda menade också att Karl ”får folk att tänka”, att hon får bra hjälp av honom och blir ”bortskämd med en sådan person som plockar fram alla siffror”, men också att han ”syns och hörs” mycket. Avdelningsekonomen Susanne var tveksam och ansåg att man inte kunde ta alla beräkningar på fullt allvar, även om de var väldigt bra att utgå ifrån. Anna fastställde att han arbetade mycket nära henne, att han var där för att han var den han var, att han var ”pushig” och att han började hitta sin roll mer och mer. Samtidigt menade hon att det var viktigt att förstå att det fanns en del felmarginaler när beräkningar tas fram, framförallt första gången. Johanna ansåg att han riskerade att bli ”Svarte Petter”, den man skyller på om man inte tycker om sättet att följa upp på generellt eller om beräkningarna är felaktiga.

I december år ett hölls första diskussionerna om behovet av utbildning för läkare och ledare på Röntgenavdelningen. Anna, personalchefen och jag drev diskussionen och skapade en programgrupp. Personalchefen förstärkte gruppen med en extern konsult som skulle vara ansvarig för att driva programmet. Idén var att kombinera teorier och praktiska övningar i ledarskap med exempel från verksamheten, för att öka förståelsen för utvecklingen och vilken typ av ledarskap som utövades.

Diskussionerna kretsade till stor del kring vilka som skulle delta i programmet. Anna ville att alla på avdelningen skulle genomgå ett liknande program, men att det var viktigast att börja med läkarna. De har, förutom att vara den grupp som hade mest att säga till om i verksamheten, också en naturlig ledardel i sitt dagliga arbete, som Anna inte tyckte uppmärksammades nog.

På ett förlängt ledningsgruppsmöte med internat den tolfte december år ett, var stämningen i ledningsgruppen lugn. Det var första mötet med den ny tillträdde avdelningschefen Maria. Maria och Amanda hade arbetat ihop tidigare och verkade vara förtroliga med varandra. Vid en diskussion om hur en framtida ledningsgrupp skulle kunna se ut menade Maria att ledningsgruppen inte borde vara för stor utan att man istället kunde plocka in personer vid behov.

Anna tyckte att en av de nuvarande läkarna i gruppen inte agerade som hon menade att man ska när man är en del av en ledningsgrupp. Det hade kommit fram att denne läkare pratade om saker som ledningsgruppen bestämt att hålla inom gruppen. För Anna var det viktigt att ledningsgruppen var enig och lojal och hon tyckte att hon ”inte kan lita på personen, som kan säga vad som helst”. Samtidigt var det en viktig person att ha med i gruppen. Hon passade på att berätta om att en ny läkarchef, Gustav, skulle komma i februari, något som Amanda inte verkade veta om. Hon såg förvånad ut och frågade vad han hade för erfarenhet. Anna hade berättat för mig om denna läkare tidigare, vars uppdrag bland annat skulle bli att förändra arbetssättet efter digitaliseringen. Anna framhöll att det var viktigt att Amanda träffade honom och Maria passade på att informera om att hennes dåvarande chef Henrik, som flera av läkarna på RA tyckte om, (Maria hade inte tillträtt sin tjänst på RA ännu) tidigare hade varit verksamhetschef och gärna skulle bli det igen. Under mötet konstaterades också att Amanda hade fått dra det tyngsta lasset i förändringsprocessen, något som Amanda bekräftade i en intervju:

Så lät det i korridorerna – att jag var torped [...] Ingen trevlig känsla [...] jag var inte beredd på att det skulle vara så [...] då började det bli ganska

tungt att gå till arbetet och det har jag aldrig känt förut. (Amanda, avdelningschef, personlig dagboksinspelning, mars år två.)

Samma dag diskuterade jag höstens arbete med omstruktureringen under ett av mina många möten med Anna. Personalens informationsmöte, där planerna tydliggjorts, hade hållits i september. Samtalen med de medarbetare som berördes av omstruktureringen och de fackliga samtalen var klara i december. Anna berättade att en högre personalchef sagt att den korta tidplanen och genomförandet var otroliga och ”du [Anna] fattar egentligen inte vad du har gjort”. Ett av fackförbunden förde under hösten fram till den högre ledningen att processen skötts på ett föredömligt sätt.

Det Anna menade att andra tyckte var intressant med processen var bland annat arbetet med kompetenskriterier och arbetet att ta fram definitionen av bemanningsbehov. Kombinationen hade möjliggjort en diskussion om vilka personer och vilken kompetens som var viktiga att behålla för avdelningens framtid. Ett annat sjukhus hade hört av sig och ville veta hur processen hade gått till och hade bett Amanda om material, men Anna ville inte lämna ut det. Hon menade att den utveckling som gjorts kring exempelvis kompetenskriterier tillhörde organisationen.

4.7. Vår år två

Anna och jag hade pratat om vikten av att förstå mer om avdelningens personer och historik. Därför kontaktade Anna i januari år två en tidigare verksamhetschef, Yngve, som var chef då det kritiserade beslutet om uppsägning av undersköterskor fattades. I mejlet till Yngve skrev Anna bland annat:

[...] Jag håller på att försöka genomföra den förändring som jag vet att du planerade. Det var märkligt när jag hittade en del dokument som beskrev problemen på RA och förslag till lösningar som du föreslagit. Jag hade ovetande om din analys av läget föreslagit nästan identiska lösningar. RA är nu

digitaliserad, XX personer uppsagda [...] [Niklas] och jag skulle vilja träffa dig för att höra din syn och dina reflektioner kring personerna på RA, på de händelser [...] som varit för att vi bättre ska kunna förstå och hitta lösningar på problemen. Även om det går i rätt riktning så kvarstår det mkt att göra. [...] (Mejl från Anna till Yngve, januari år två.)

Yngve skickade kort därefter ett positivt svar där han bland annat uttryckte att det var roligt att RA fått en stabil verksamhetschef. Han menade också att det kanske största problemet under hans verksamhetschefstid var att de aldrig lyckades få ordning på ledningsrekryteringen till RA. En tid senare träffade jag Yngve och fick hans syn på verksamheten. Han bekräftade att flera av de förändringar som nu var under genomförande hade prövats förut, men att förutsättningarna för att få igenom dem tidigare inte hade funnits.

I januari år två märktes ett skifte i fokus hos Anna. Hon började i högre utsträckning använda bilder på processer och flöden i ledningsgruppen och vid andra diskussioner. På en av de första bilderna som hon ritade upp för Amanda och Cecilia definierade hon RA:s huvudflöden, som röntgenprocessen, granskning, bemanningsprocessen (som delades upp i huvudansvar samt delansvar för läkare och sjuksköterskor/undersköterskor) och remissflöde. Olika personer i ledningsgruppen skulle ha ansvar för de olika processerna och hon berättade att det var naturligt att exempelvis läkarchefen var ansvarig för granskning. Cecilia var påtänkt som ansvarig för remissflödet, som påverkats kraftigt av digitaliseringen. Hon ville lämna till Amanda, Maria och Cecilia att prata detaljer.

Under ett möte i januari pratade Anna med mig om att hösten hade fokuserats på uppsägningar, omstruktureringar och vikten av engagemang, men att RA nu skulle arbeta med delprocesser och med att ”mappa upp processer”. Jag skulle hjälpa till i arbetet med processinitiativen, som skulle omfatta akutröntgenprocessen för ortoped, medicin och kirurgi, det vill säga organisations- och avdelningsöverskridande projekt. Flödesgruppen skulle fortsätta att arbeta, men gå in i en mer strategisk fas, eventuellt med nya deltagare.

En annan grupp som bildades var ”superanvändargruppen”, en grupp som utbildades extra till att vara experter på systemet. Medarbetarna i denna grupp hade tidigare arbetat intensivt med digitaliseringen. Deras uppgift förändrades nu från att ha handlat mycket om systemförvaltning till att fokusera på framtida arbetsätt. IT-projektledaren Adam, som fortfarande var kvar i organisationen, skulle tillsammans med läkarchefen Gustav bli en del av gruppen. Adam skulle även ta hand om den del av läkarnas förbättringsförslagslista som handlade om IT-frågor, tillsammans med IT-frågor från flödesgruppen.

En kick-off som skulle äga rum i mars började nu att planeras, liksom ett ledningsseminarium som Anna skulle leda i mitten av februari. I ledningsseminariet var det tänkt att jag skulle vara med i planering och eventuellt genomförande. Under seminariet skulle gruppen bland annat få arbeta med förberedelser inför kick-offen, då medarbetarna skulle få möjlighet att lära sig mer om omvärlden, höra historien om RA och berättelsen om första årets olika förändringar, med fokus på digitalisering och omstrukturering. Problem skulle tas upp ur medarbetarens, ledarens, remittentens och patientens perspektiv. Berättelsen var tänkt att vara så pass levande och utmanande så att den skulle stimulera diskussion, med citat från olika medarbetare. Övningen skulle landa i ett ”här står vi nu”-läge, som Anna skulle presentera och hålla i. Dag två på ledningsgruppsseminariet skulle bestå av konkret arbete med de egna ansvarsområdena.

I mitten av januari märktes en konflikt i ledningsgruppen mellan Amanda och Cecilia. Amanda berättade i ett samtal att hon och Cecilia hade meningsskiljaktigheter och att de redan sedan tidigare arbetade med problemet.

Amanda tog upp ett konkret problem med de så kallade hängningsprotokollen², som beskriver hur bilder ska hängas upp för att radiologen ska kunna granska dem. Hängningsprotokollen var något som läkaren i flödesgruppen, Sara, arbetade med att utveckla. Amanda ansåg att dessa var tvungna att gås igenom och att de behövde vara mer styrande, samt

² Hängningsprotokoll är en i förväg bestämd mall för hur röntgenbilder ska hängas. Innan digitaliseringen hängdes bilderna upp i en speciell ordning i så kallade ljusskåp. Efter digitaliseringen hängs bilderna i PACS:et (Picture Archiving Communication System) och inga fysiska bilder används.

att sköterskor skulle kunna komma att ifrågasätta olika typer av hängningar. Amanda ville ha flödesgruppens åsikt om protokollen.

Amanda berättade också att hon ”inte ens fått träffa nya läkarchefen annat än på ett ledningsgruppsmöte!”. Hon berättade att hon inte hade fått någon bra uppfattning av honom och att hon hellre hade sett någon med bredare metodkompetens. Amanda tyckte också att Anna är ”för mycket chef” och trodde att läkarna började tappa förtroendet för Anna.

Om man ska förändra ett hundraårigt beteende måste man tänka efter... Anna är inte alltid smidig. Läkare har alltid sett sig som födda ledare, men de är otroligt dåliga på att organisera sig, enorma paragrafryttare (Amanda, sjuksköterska och avdelningschef, informellt samtal, januari år två.)

Amanda menade också att läkarna måste ha kvar sin status för att det inte skulle bli som för till exempel lärare – de som borde vara de som är pådrivande i förändring – där man hade tagit bort deras status. Hon uttalade sig också om relationen till sjuksköterskegruppen:

Läkarna har inte sett sin plats i tiden. De tror de kan domdera med sköterskor [...] de skapar sina härdar [...] de är inte lojala mot andra än läkargruppen, inte mot sköterskor. (Amanda, sjuksköterska och avdelningschef, informellt samtal, januari år två.)

Hon sa också att hon trodde stenhårt på den organisation som förhandlats fram, men att de nu var på väg att skapa en otydligare organisation.

Samtidigt som Amanda uttryckte negativa åsikter kring ett flertal viktiga aspekter, var flera läkare positiva till såväl förändringsprocessernas genomförande som till Annas sätt att leda dem:

Jag kan imponeras av hennes beslutsamhet och målmedvetenhet, att verkligen driva förändringsprocessen och jag tror att det har varit en förutsättning för att man ska kunna genomföra det här [...] väldigt tydligt så här gör vi [...] och det har varit en styrka tror jag, på många sätt [...] att snabbt kunna genomföra en sådan här process såsom det är gjort [...] om det nu är rätt så att säga. Då tycker jag att hon har gjort det på ett väldigt bra sätt. (Läkare, intervju mars år två.)

I mina fältanteckningar efter mötet står bland annat:

Är organisationen på väg att bli något annat än vad som är framförhandlat? Risk att Amanda tröttnar... För henne är organisationen mycket viktig, det får inte vara en pappersprodukt, då försvinner motivationen. Cecilia vill ha tydliga roller och ansvar och tycker inte om när otydlighet leder till konflikter. Amanda tycker inte det är någon fara utan att de kan hantera det internt mellan dem som chefer och ha en enad fasad utåt. (Fältanteckningar, januari år två.)

Flödesgruppen fortsatte sitt arbete i januari/februari och utvecklade och genomförde ett antal förändringsförslag. I fältanteckningarna i slutet av januari har jag skrivit "Utbildning i hur man driver projekt?". Jag tydliggjorde för ledningsgruppen att det var viktigt att de läste alla protokoll från flödesgruppen, vilket de inte alltid gjorde, och att en läkar- och en sjuksköterskerekonferens i flödesgruppen läste ur sin yrkesgrupps perspektiv och kommunicerade till sina grupper. Tanken var också att en person ur ledningsgruppen skulle vara ansvarig för genomförande av förslag.

Några dagar efter mötet med Amanda träffade jag Anna. Anna gissade att Amanda var frustrerad över att den nya läkarchefen Gustav anställdes. Vi pratade också om att den nyanställda avdelningschefen Maria arbetat med Amanda för ett antal år sedan och Anna funderade på hur relationen kunde påverkas av att Amanda skulle bli Marias chef. Vidare tyckte Anna att Amanda hade driv och var nöjd med hennes vilja att vara med och utveckla, men att hon tog på sig väl mycket arbete och hade inte samma syn som Anna på det matrisledarskap som byggts upp. Anna kände att hon hade kontroll på situationen, men insåg samtidigt att (ledarskaps-)förändringar tar tid.

Några dagar senare beslutade sig Anna för att Cecilia, som var tänkt att arbeta mer på den stora enheten som ansvarig för en grupp med en specifik funktion, istället skulle återgå till den enhet där hon förut var chef. Hon skulle dock fortfarande utveckla den specifika gruppen, tillsammans med Karl. Det verkade som att informationen om att hon skulle få en ny roll inte har gått fram till personalen på enheten, som efter

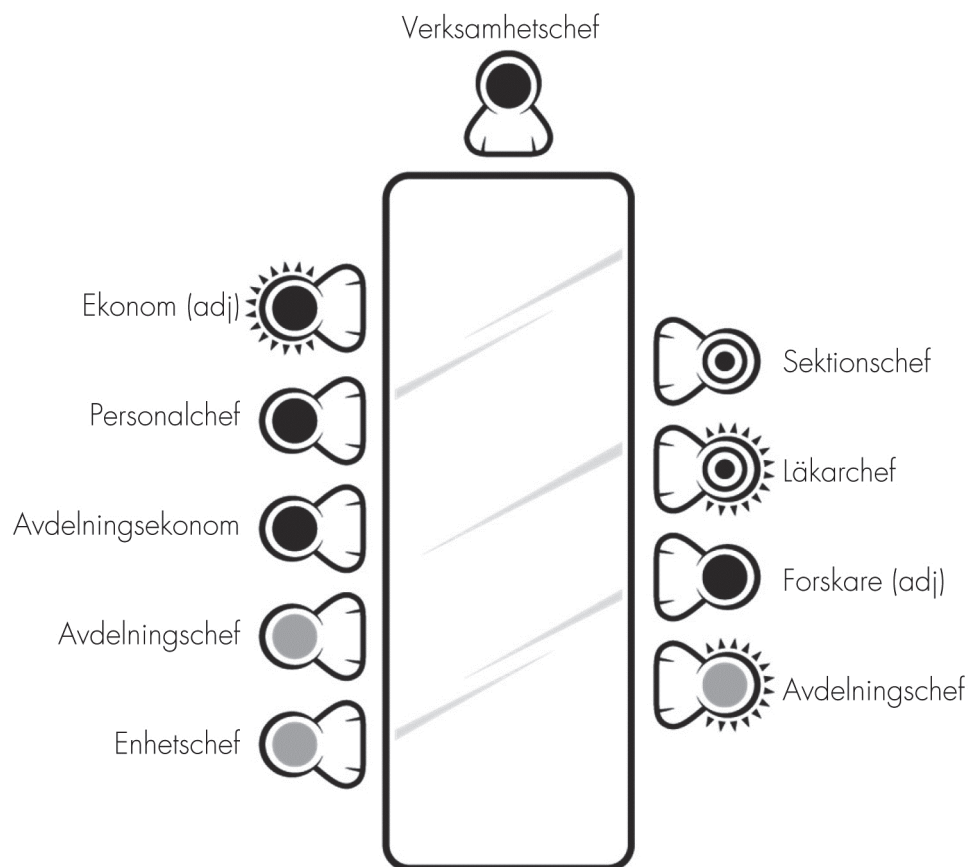
hennes byte av tjänst undrade vart hon tagit vägen. Tanken var att också att Cecilia inte längre skulle ingå i ledningsgruppen. I mina fältanteckningar kommenterade jag att Anna vågade testa personer på olika positioner och att hon gav dem stöd, men jag undrade också om de fick nog med tid för att växa in i rollen.

Vid mötet berättade Anna också att hon såg flödesgruppen som navet för förändringar och att Amanda och Maria själva kommit överens om en chefsuppdelning där Amanda var motsvarande avdelningsansvarig medan Maria ansvarade för undersköterskor och sjuksköterskor. Anna hade haft flera samtal med Amanda, som verkade ”på” nu. Anna tyckte också att nya läkarchefen Gustav kändes bra. Gustav skulle ta plats i ledningsgruppen från slutet av februari och dåvarande läkare i ledningsgruppen, Peter, skulle lämna ledningsgruppen, något som Anna inte trodde att Peter skulle ha något emot. Senare fick jag höra i andra samtal att Peter sagt att han slutade eftersom han inte kände sig delaktig i beslutsprocessen. När Peter lämnade ledningsgruppen ökade läkargruppens frustration:

[...] för det första är ledningsgruppen helt anonym för oss. Peter, som var vår enda representant där, har blivit sparkad därifrån och nu sitter det folk som vi inte känner och som vi [...] ja, som vi inte har någon relation till. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Nu såg ledningsgruppen ut så här:

Figur 13. Ledningsgruppens sammansättning mars år två



Anna berättade också att hon avsatt pengar för en ledarutbildning för läkare som skulle starta hösten år två.

Planerna för den stora kick-offen fortsatte i februari. Ett av temana var att ge deltagarna nya perspektiv från andra tjänstebranscher, som telekom eller media. Anna planerade att berätta om RA:s förändringsresa och förväntningar, visa foton från året och berätta att de skulle fortsätta resan tillsammans och att hon skulle behöva allas hjälp med det. Även patientens resa skulle beskrivas och Anna funderade på improvisationsteater som ett bra alternativ för att visa olika scenarier. I fältanteckningarna skrev jag:

Ledarutbildningen är bra, men i diskussion med läkare bland annat tycker de att fokus kommit från den reella verksamheten [...] [det] får inte bli en känsla av att prata över deras huvuden och om ”ointressanta” fokusområden. (Fältanteckningar, februari år två.)

I början av februari hölls ett läkarmöte, för första gången i kontorslokaler i närheten av avdelningen och inte på själva avdelningen. Runt tio av drygt tjugo läkare var på plats. Jag fick händelserna återberättade för mig i efterhand av Anna. En av läkarna hade kommit in till mötet gråtande och tyckte det var hemskt att det inte hölls på avdelningen. Tidigare enhetschefen och läkaren Frida hade sagt under mötet att det bara är ekonomerna som styr och hade varit uppenbart bitter mot Anna. Läkarna hade gemensamt tyckt att läkarbemanningen var för låg, något som Anna inte höll med om. Jag antecknade att detta var en låsning i relationen mellan Anna och läkargruppen och att det måste gå att mäta på något sätt, men att det kunde vara bäst att avvakta och se vad den nya läkarchefen Gustavs arbete skulle leda till.

Ett annat diskussionsämne under mötet var detaljerade diskussioner om ekonomi, kostnader och ersättningar. Läkarna uttryckte enligt Anna en oförståelse till att man följde upp verksamheten på det sätt som gjordes.

Läkarna sa också att det var jobbigt med mycket omorganisation, varvid Anna svarade att de var på botten i förändringsprocessen och kände sig hotade. Läkarna hade fortsatt och berättat om sina farhågor för att de kanske kunde bli övertaliga och Anna hade konstaterat att ja, kanske skulle det bli så. I fältanteckningarna undrade jag hur det togs emot av läkarna. Anna tyckte att mötet var bra, att läkarchefen Gustav agerade mycket bra och att han efter mötet hade sagt till henne att det inte var ovanligt med liknande reaktioner från läkare.

Första veckan i mars hölls den kick-off som planerats under januari/februari. Det var en intressant händelse och jag gjorde en längre beskrivning av händelsen. Nedanstående text är ett utdrag från fältanteckningarna:

Större delen av administrationen av mötet hade skötts av projektanställda Karl. Dagens presentationer fanns samlade på Annas dator och

pärmarna som skulle delas ut stod i färdigpackade lådor. Jag ägnade en halvtimme före mötet åt att prata med två ur flödesgruppen för att få svar på ett par frågor åt Anna om hur många efterbeställningar av bilder till det nya arkivet för annan parts räkning RA hade gjort.

Av de få jag träffade på sjukhuset under förmiddagen kändes det som att stämningen var relativt lugn och svagt förväntansfull. En av överläkarna hade bestämt sig för att prata ordentligt med högsta chefen som skulle vara med under kick-offen.

Det hade dock uppstått ett missförstånd – vi kunde inte ha lokalen till 18.00 som planerat utan var tvungna att gå ner till buffén redan 17.00. Efter diskussion med Anna drogs tiden för grupparbeten ner och programmet förväntades hålla så länge inte presentatörerna drog över för mycket.

Karl och jag ägnade en halvtimme åt att riva ut några sidor som kommit med i de hundra pärmarna av misstag, medan Anna träffade delar av den högre ledningen som kommit tidigare.

Kvart i ett började deltagarna komma och tio över ett ansåg Anna att vi måste starta. Efter en mycket kort inledning av henne tog högsta chefen scenen och pratade länge om organisationens relativt korta historia, utmaningar och framtida utveckling. En högre chef pratade efter det om resultat och planer, medan en nybliven chef pratade om sitt område.

Den högsta chefen gav ett behärskat, ganska engagerat intryck. Han sade en bit in i presentationen att han kände sig trygg i rollen och att han gärna tog emot frågor och blev ifrågasatt. Ett av huvudbudskapen var att senaste halvåret varit relativt lugnt övergripande i organisationen och att det skulle förbli så fram till sommaren. Därefter, om allt gått enligt planerna, skulle man fortsätta att utveckla. I avslutningen pratade han om vikten av att välja om man ville vara med om denna utveckling eller inte.

Den andra högre chefen kändes något mindre engagerande och använde, till skillnad från högsta chefen, dataprojektor med PowerPointbilder som var informationsintensiva. Det märktes att han försökte ingjuta framtidstro och engagemang i gruppen. Responsen var dock relativt sval.

Den nyblivna chefen var den enda som började med en presentation av sig själv [...] Denna presentation var också med bilder, något kortare än tidigare. Vid det här laget var energinivån låg.

Efter detta sade Anna att det var dags för kaffepaus och bad folk ta kaffe och vara tillbaka om max tio minuter. Kaffekö skapades och diskussionerna satte igång. De rörde bland annat det som jag hört tidigare: att de får höra mycket om övergripande perspektiv och att de har många idéer själva, men att dessa nivåer inte möts. Jag berättade detta för Anna och bad henne även ta upp flödesgruppens viktiga arbete under dagen, bland annat då läkarna [enligt läkaren Sara] inte verkade uppleva att flödesgruppen gör ett viktigt arbete.

Under grupparbetet senare rådde det en febril aktivitet. Dagen avslutades med en buffé. (Fältanteckningar, mars år två.)

I mars fortsatte flödesgruppen sitt arbete. Förväntningarna på att många idéer de arbetat med skulle kunna genomföras blev allt större.

Under ett ledningsgruppsmöte i mars tog man upp reflektioner från kick-offen. Den allmänna uppfattningen i ledningsgruppen var att dagen varit rolig och att högsta chefen John hade varit rak och tydlig. Något som upplevdes som extra positivt var att man såg till att den mat som blev över från kick-offen kom till avdelningen dagen efter. Det hade varit uppskattat att få jobba i grupp, även om arbetet i grupperna känts lite ad hoc och det var otydligt vilken uppgift ledningsgruppen hade haft under dagen. Sjuksköterskorna hade också gärna fokuserat mer på sina egna problem. Det framkom att det märkts av en viss fientlighet under dagen. Det hade kommit upp frågor från flera personer om huruvida förkortningen av dagen från 18.00 till 17.00 berodde på att RA skulle spara pengar. Läkarchefen och Maria hade svarat att det naturligtvis inte var så utan att det berodde på en dubbelbokning.

Trots ledningsgruppens relativt positiva stämning visade en kvalitetsuppföljning med läkarna att de inte värderade dagen till mer än 2-3 på en 5-gradig skala. Läkargruppen upplevdes vara negativ mot högsta chefen John och hans inställning, som de tyckte fokuserade mycket på över-

gripande frågor, och ansåg att han inte ”begrep sig på röntgenverksamhet”. Läkarchefen Gustav såg dock inga problem och berättade att han var imponerad av att högsta chefen kunde prata detaljerat kring vad som hänt på RA. Under kick-offen hade läkarna Peter och Jenny pratat med högsta chefen. Peter hade menat att han hade kommit med förslag som han upplevde att ledningsgruppen och Anna inte hade tagit tag i.

Man tog även upp uppföljningar på ledningsgruppsmötet. Läkarchefen Gustav menade att det på längre sikt skulle vara mycket intressant att se över bemanning kontra produktion och att de uppskattningar man gjorde i nuläget var bra. Det fanns enligt honom inget lätt sätt att få tag i denna statistik, även om produktionsstatistik till viss del fanns tillgänglig i röntgeninformationssystemet.

Ledningsgruppen diskuterade att det sedan länge funnits en avsaknad av rutiner, vilket gjort att beslut fattats av många olika personer utan större tydlighet. Man konstaterade också att det fanns många saker att ta tag i. En planerad ombyggnation av bland annat undersökningsrum och framför allt läkarrum tog både tid och ledde till frustration och vissa protester från främst läkargruppen, då de inte delade ledningsgruppens syn på hur läkarrummen skulle se ut och hur många de skulle vara. Flödesgruppen hade kommit med ett Exceldokument med ett flertal förslag av olika dignitet inför mötet, varav vissa var tänkta att genomföras redan i mars. Det var ett i mitt tycke väl hastigt beslut att börja genomföra förslagen, då flera av dem ännu inte var färdigutvecklade med konsekvens- och effektbeskrivningar. Anna och ledningsgruppen hade även bett läkargruppen att ta fram en lista på förslag med förändringar. Läkargruppen la ner tid på att ta fram listan, som kom att bli omfattande och liksom flödesgruppens lista innehöll både stort och smått. Listan gick till ledningsgruppen som började arbeta med den. Under våren upplevde läkargruppen att få saker på listan genomfördes, medan Anna och ledningsgruppen menade att det hände mycket.

Karl hade under en tid arbetat med uppgiften att ta fram informationsmaterial om avdelningen. Vid ett samtal i mars var han mycket glad och nöjd då han ”för första gången fått med sig läkarna” och lyckats övertyga dem om att detta var ett bra projekt. Han verkade ha skapat en

bra relation med framför allt en av läkarna. Ytterligare en positiv faktor var att många anmält sig till de föreläsningar i radiologi som Karl hjälpt till att anordna. I mina fältanteckningar var jag glad över att han var nöjdare. Han hade tidigare pratat om att söka sig vidare men verkade ha fått tillbaka arbetslusten.

Även de flesta medlemmarna i ledningsgruppen verkade nu vara positiva och glada. Det fanns dock signaler som tydde på att förändringsprocesserna tärde på krafterna. Bland annat uttalade sig en läkare i en intervju om de många planerade förändringarna:

När alla förändringarna nu har skett så vill hon gå vidare och göra ännu mer förändringar [...] då hänger folk inte med längre. (Läkare, intervju mars år två.)

Vid den här tidpunkten beslutade sig Anna och jag för att gå en gemensam kurs i mitt doktorandprogram, för att förstärka den gemensamma analysen av och förståelsen för RA och varandras arbete. Anna ville också att jag och Maria skulle ansvara för att flödesgruppens förslag genomfördes. Jag tyckte att det lät intressant men var enligt anteckningarna samtidigt orolig över tidsåtgången och för hur Amanda skulle se på det hela.

Några dagar senare pratade jag med Maria som tagit över ansvaret för flödesgruppen. Maria var frustrerad över att hon hade mycket att göra och över att flödesgruppen inte agerade som hon förväntat sig. En allmän frustration var i övrigt att vissa personer som hade slutat under hösten inte ersatts i sina roller, vilket gjort att vissa saker, som introduktionsprogram för nyanställda, inte fungerade. Jag menade att ledningsgruppen inte gett flödesgruppen återkoppling på förslag och att det var därför det inte hänt något. Maria kontrade med att både hon och läkarchefen Gustav var nya sedan februari. I mina anteckningar skrev jag att jag tyckte att det var ett bra samtal och att jag skulle vara med på de kvartssamtal som hon skulle ha med samtliga flödesgruppsmedlemmar för att få fart på processen. Samtidigt hade jag fått känslan av att hon ville skylla en del av flödesgruppens oförmåga att agera på mig.

I slutet av mars år två gjorde jag en utvärdering av digitaliseringens påverkan på arbetsprocesserna per yrkeskategori, genom att göra intervjuer. Totalt gjordes sju intervjuer med representanter från sjuksköterskegruppen, läkare, undersköterskor, läkarsekreterare och tidsbokning på röntgen. Representanterna valdes ut av ledningsgruppen utifrån kompetens. Jag gjorde även intervjuer med två kunder till röntgen, en sjuksköterska som var IT-samordnare på akuten och en läkare. Under intervjuerna diskuterades positiva och negativa processförändringar samt utvecklingsmöjligheter.

Ur sjuksköterskeperspektiv hade patientflödet blivit bättre; patienten slapp numera att vänta på att bilderna skulle tas fram, eftersom de kunde ses direkt i systemet. Patienten kunde skickas iväg direkt eller bilderna tas om, vilket ledde till kortare väntetider. Arbetsmiljön för sjuksköterskorna var tystare och det var lättare att få kontakt med läkare då de inte ”är ute och springer hela tiden” utan satt på plats.

Även om sjuksköterskorna generellt tyckte att digitaliseringen var positiv lyftes ett par nackdelar fram. En handlade om mer arbete efter undersökningen, då det blev sjuksköterskans ansvar att ”skära och hänga” bilderna. Hängningen hade tidigare utförts av undersköterskor. En mer allvarlig konsekvens var att patienter kunde missas i ankomstregistreringen, vilket inte skulle upptäckas förrän patienten fått vänta för länge och själv uppmärksammat personalen. De förändringar som föreslogs handlade om införandet av e-remisser från främst sjukhuset, förändringar i rutiner i användandet av systemet samt begränsningar i systemet kring hur man använder arbetslistor.

Läkare såg fördelar med systemet i form av bättre diagnostik, framför allt för de ”skiktbaserade undersökningsmetoderna” CT och MR. Man kunde också göra bättre jämförelser med tidigare undersökningar. Arbetet blev roligare med det nya systemet eftersom fler mer administrativa uppgifter, som att bära och hänga bilderna, försvann från läkarens ansvar. Arbetet blev mer stimulerande och mer fokuserat på diagnostik.

Nackdelarna för läkarna var trögheten i systemet när man ville göra förändringar,

Leverantören är inte villig att hjälpa till. [...] leverantören har synts till så lite efter vi rullade igång [...] det kan ibland ta en vecka att få svar. (Läkare, intervju mars år två.)

Man såg också att man kunde utveckla kontakterna med externa remittenter genom externa uppkopplingar mot systemet, något som också skulle kunna användas för att arbeta i hemmet för att granska bilder på exempelvis bakjourer.

Undersköterskorna upplevde en förändring med att remissen, som tidigare följt med patienten och hämtats av undersköterskorna i receptionen, nu istället lades in i systemet av undersköterskorna. Förändringen sågs i stort som ganska positiv. Något av det bästa med det nya systemet sades vara att ”inga bilder försvinner som man måste leta efter”: alla bilder fanns i systemet. Det gjorde också att det inte var lika mycket spring och stress. Arbetet blev också fysiskt lättare. En uppgift som tillkommit för undersköterskorna var arkivarbete, vilket de upplevde som roligt men tidskrävande.

Nackdelarna med systemet ur undersköterskornas perspektiv var att arkivlokalerna upplevdes som dåliga och trånga med dålig luft. Fördelen med att arbetet var fysiskt lättare hade också en nackdel, då de nya uppgifterna innebar ett mer stillasittande jobb. Undersköterskorna upplevde att arbetet var mer ensamt och att de tappade kunskap om röntgenprocessen eftersom de inte längre hängde bilderna. Tidigare hängdes bilderna i skåp nära läkarnas arbetsplats, vilket gjorde att kontakten med läkarna var större. Det nya arbetssättet upplevdes även som mer tidskrävande och det fanns en känsla av att man inte hann lära upp varandra. Utbildningen i början ansågs alldeles för kort och bristfällig, men man såg stora utvecklingsmöjligheter i arbetsmiljön, framför allt i samband med den planerade ombyggnationen då man skulle kunna anpassa verksamheten till en digital miljö. Man skulle också kunna se över rollerna i framtiden och eventuellt introducera en ”korridorsundersköterska” som hjälpte till med flödet.

För läkarsekreterarna var arbetet lättare rent fysiskt eftersom de slapp det tunga arbetet med att lyfta bilder. Det gick fortare att skriva, eftersom

hanteringen av band och remisser var digitaliserad. De tyckte dessutom om att sitta tillsammans, något som gav en bättre utveckling.

Det nya arbetet innefattade dock färre uppgifter och blev mer enformigt och stillasittande även för läkarsekreterarna. Det fanns en oro för en annan typ av arbetsskador nu när man satt stilla nästan hundra procent av arbetstiden. Man var inte heller nöjd med delar av systemet, som krånglade till och från. Få upplevde att leverantören gjorde tillräckligt för att lösa problemen. Det upplevdes också som jobbigt att ett antal läkarsekreterare hade fått lämna verksamheten.

Röstigenkänning för läkare som testats såg läkarsekreterarna både som ett hot och en möjlighet. Planerna att flytta läkarsekreterargruppen till akuten för mer samarbete med sjukhuset tyckte de inte om:

Anna vill sätta oss på akuten, men vi vill tillhöra Röntgen. Här har jag mina vänner... jag vill inte sitta i den miljön de har. (Läkarsekreterare, intervju mars år två.)

Intervjuer gjordes också med personalen i tidsbokning/reception, som bestod både av läkarsekreterare och undersköterskor. De tyckte om att få arbeta mer med datorer och såg mycket fram emot de nya e-remisserna som skulle komma att ersätta ett helt arbetsmoment. Kontrollen över vad som hände med patienten hade blivit större eftersom man såg vilken status patienten hade i systemet, det vill säga vilket moment som påbörjats och var patienten då befann sig. Tidigare fick man springa iväg och se om patienten var klar eller inte, något man i och för sig fortfarande gjorde till och från: ”det sitter i ryggmärgen”. Det var också lättare att hitta och använda gamla röntgenbilder.

Införandet av systemet upplevdes dock som mycket stressande av medarbetarna i tidsbokning och reception. En uppfattning var att det fanns för få personer på plats i arbete under den första perioden. Största utvecklingsmöjligheten enligt denna grupp var utbildning och de upplevde den utbildning de hittills fått som alltför snabb och nästan värdelös. En representant sa att:

Folk har fått sin halvtimme med leverantören, men de fick inte sin utbildning. Hjuln har snurrat fort här, folk har inte hunnit förstå hur gången är i systemet [...] man förstår inte flödet. [...] Om vi hade fått en bra utbildning hade det varit mycket lättare att gå över till digitala. Om vi inte haft de snabba besluten hade det också varit lättare, om saker fått ta tid. Allt känns inte genomtänkt [...] Vi har kontakt med så många, det måste fungera bra här. Vi är hjärtat. Det var en stor miss av ledningen att inte börja här. (Undersköterska, intervju mars år två.)

Under våren år två drevs arbetet med flödesgruppen vidare. Gruppen blev av med en av de mest drivande sköterskorna mitt i perioden, vilket gjorde att den tappade en del fart. Förändringar i processen genomfördes, men gruppmedlemmarna tyckte själva inte att de genomförde några stora förändringar. De större stegen skulle istället komma att tas i nya gränsöverskridande processprojekt, varav det första startade i april år två. Deltagarna kom från RA, akuten och kirurgen.

I början av april berättade Anna för mig att hon till skillnad från tidigare kände sitt eget engagemang minska och att hon från tid till annan kände sig stressad. Under ett möte samma dag reflekterade jag över hur mycket Anna själv drev och tog på sig.

Anna reflekterade över de förändringar som genomförts i arbetssätt på grund av digitaliseringen, i relation till de planer på samtidiga processutvecklingsprojekt som omkullkastats ett år innan:

Jag tror inte det hade varit möjligt att genomföra [...] processförändringar i den här verksamheten utan systemskiftet därför att man var tvungen att chocka organisationen. (Anna, informellt samtal april år två.)

Vid ett ledningsgruppsmöte där stämningen var hög och personlig diskuterades rollerna för ledningsgruppen. De var tänkta att kommuniceras vid ett senare informationsmöte. Under mötet fattades beslut om att den tidigare chefssjuksköterskan skulle ha kvar ansvaret för den dagliga planeringen, med nyttillkomna avdelningschefen Maria som närmaste chef. Gruppen ansåg detta vara bra för trygghet och stabilitet. Här diskuterades också att vissa frågor borde tas direkt med en kollega, och inte, som tendensen sett ut, hela tiden med chefen. I fältanteckningarna har jag

skrivit att Anna fortfarande tog mycket stor plats i ledningsgruppen, vilket till viss del kunde bero på att det var hon som styrde agendan. En stor skillnad mot höstens ledningsgrupp var att diskussionen kring olika frågor kom direkt och inte senare, mycket tack vare nya avdelningschefen Maria och läkarchefen Gustav.

Anna skrev veckobrev regelbundet, vilket hon gjort under större delen av förändringsprocesserna. Nedan ett utdrag ur ett veckobrev där hon informerar om ett kommande möte:

Välkomna tillbaka efter påskhelgen! Hoppas att ni som inte varit i tjänst under påsken har haft möjlighet att vila och vara ute i det fina vårvädret.

Jag har goda nyheter. Det ekonomiska resultatet för det första kvartalet har sammanställts och det är ett jättefint resultat, på intäktssidan såväl som på kostnadssidan. På informationsmötet på fredag den sextonde april ger jag mer detaljerad information om resultatet fördelat per sektion, metod och kund.

[...]

På fredag den sextonde april kl. 13.00 - 14.00 är det informationsmöte för samtlig personal [...]. På agendan är en uppföljning av det ekonomiska resultatet, lägesrapport av omstruktureringen, prioriteringar april-juni och en presentation av vem som gör vad i ledningsgruppen. NN som nu sitter på Röntgenavdelningen kommer också ge en kort presentation av [informationsavdelningen].

[...]

/Anna. (Ur Annas veckobrev, april år två.)

En del kritik framfördes under våren, bland annat av läkaren Sara, som tyckte att mycket fram till denna punkt i förändringsprocesserna handlat om ett ökat fokus på ekonomi:

Hela det ekonomiska tänkandet [...] ekonomiska aspekter, ekonomisk utgångspunkt vältrades över oss. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Endast arton personer deltog på informationsmötet några dagar senare, varav sex läkare. Första kommentaren från gruppen var att Anna hade fel datum i presentationen. Anna utnyttjade kommentaren till att lätta upp stämningen och skrattade, något som hittills varit ovanligt, och verkade få gruppen med sig. På mötet diskuterades information och kommunikation och kommunikationsavdelningen presenterade intranätet som en mycket bra satsning. Kommunikatören berättade att Anna var väldigt framåt på det området. Anna informerade om omvärldshändelser och om läkarsekreterarorganisationen efter förändringen, där hon menade att flera varit oroliga för att svarstiderna skulle öka. Detta hade dock fungerat bra, även om sårbarheten vid sjukdom var stor.

Som vanligt tog Anna upp resultatet, som visade sig vara positivt. En god nyhet eftersom det brukade vara tvärtom. Anna informerade också om att siffrorna från systemet har varit fel och att produktionsstatistiken som tidigare arbetats med och tagits fram var felaktig. De nya siffrorna skulle kvalitetssäkras med leverantören av systemet.

[...] att de uppföljningar som siffror från systemet har varit fel, produktionen ligger ungefär som tidigare år. Hoppas att den produktionsstatistik som vi nu tar fram är korrekt, [och vi ska] kvalitetssäkra med leverantören. (Anna, citat från informationsmöte, april år två.)

I mina fältanteckningar har jag skrivit:

Ojoj... detta påverkar. De som redan ogillar alla siffror och hade svårt att förstå vitsen tidigare blir inte mer positiva. (Fältanteckningar, april år två.)

Tydligaste reaktionen på de felaktiga siffrorna var irritationen från en av läkarna som var med på mötet.

Vidare informerades om att lönekostnaderna var lägre än tidigare och att det fanns vissa vakanser. Sammanfattningsvis menade Anna att RA hade börjat få kostnadskontroll, att inga fler överraskningar var på väg och att verksamheten på RA:s huvudenhet gick bra. Anna hann även med att prata om en av de produktionsgrafer som förberetts.

Punkten som förberetts på ledningsgruppsmötet, som handlade om vem som gör vad i ledningsgruppen, inleddes med en presentation av nya avdelningschefen Maria. Hon berättade om sin bakgrund och att hon förutom att vara röntgensjuksköterska läst organisation och ledarskap samt drivit projekt kring flöden och logistik. Hon sade också att:

Många tror inte att man pratat mycket ekonomi [på andra ställen], men det gör man – mycket [...] här är det snabbare till beslut, vilket är en fördel, (Maria, avdelningschef, citat från informationsmöte, april år två.)

I fältanteckningarna har jag skrivit att Maria gav ett behagligt, tryggt och säkert intryck, att hon lyfte fram att Amanda, den nya läkarchefen och hon skulle ha ett tätt samarbete och att hon var väldigt öppen för nära kommunikation med personalen.

Den nya läkarchefen Gustav presenterade sig med en bakgrundsbeskrivning som visade att han utbildat sig till läkare sent i livet. Jag skrev att han gav ett mycket tryggt och lugnt intryck, att han kändes genuin i intresse och kompetens. Gustav sade också att han är:

[...] van vid revolutioner. Här har det varit en storm som gått fram. Det som slår en när man kommer hit är att det finns så stor kunskap, en högre medelnivå än jag är van vid, power i gänget. Jag hoppas jag kan vara en katalysator så vi kan visa att vi kan presentera en högkvalitativ verksamhet. (Gustav, läkarchef, citat från informationsmöte, april år två.)

Vidare tyckte han att det var ”spännande att kliva in i den här organisationen” och instämde med Maria att det diskuterades mycket ekonomi även på andra platser. Amanda fick ordet och sa att hon tyckte det var roligt att Gustav och Maria kommit, de var välkomna pusselbitar som fallit på plats.

Slutligen informerade Anna om det gemensamma projektet med sjukhuset. Hon berättade att tidigare projekt avstannat och att man därför, tillsammans med ledningsgruppen på sjukhuset, beslutat att genomföra ett gemensamt processprojekt med avsatt tid för projektmedlemmar.

Syftet med projektet var att korta ledtider, svarstider och väntetider och få ett effektivare flöde. Jag utpekades som facilitator.

Den femtonde april pratade jag med Amanda, som kände sig trött. Hon hade inte varit ledig på länge. Hon hade, som Maria anat tidigare, blivit besviken över att Maria fått ansvar för flödesgruppen. Amanda hade själv velat vara med. Dagen efter hade jag ett möte med Anna där vi bland annat diskuterade den kurs som vi skulle gå tillsammans, flödesgruppens uppgift samt planering inför ett ledningsgruppsseminarium som skulle hållas i mitten av juni. Anna hade också märkt att Amanda varit stressad och ville ta bort vissa arbetsuppgifter från henne. Några dagar senare verkade Amanda vara mer tillfreds med situationen.

I april diskuterades alternativ för systemförvaltning i framtiden, bland annat då IT-projektledaren Adam skulle lämna sitt uppdrag sista maj. Anna hade nu bestämt sig för att ekonomen Karl inte skulle få vara kvar. Han hade fått för mycket kritik för sitt sätt, framför allt av läkare. Karl var uppskattad av personer i ledningsgruppen, men precis som Anna ansåg de att en roll som hans behövdes men att han tyvärr inte var rätt person för uppdraget.

I maj förtydligades organisationsstrukturen och ansvarsområdena ytterligare, med Gustav som ansvarig för läkarna och Maria och Amanda som avdelningschefer med specifika ansvarsområden. Det verkade som att personerna i ledningsgruppen tyckte att roller och ansvar började falla på plats. Cecilia, som tidigare varit frustrerad, kände sig enligt Anna nu accepterad och nöjd. Utvecklingen av kundtjänsten fortsatte och personalen, som verkade tillfredsställd med förändringarna, hade fått delta i brainstormingmöten. Förändringar i kundtjänstorganisationen och kompetensen hos de personer som skulle arbeta där framöver förhandlades med facken i juni. Även läkarsekreterarnas flytt till akuten, som beslutats om tidigare under våren, diskuterades.

Anna hade för längesedan konstaterat att det var ett tag sedan RA haft en utbildning för ledare, där de fick möjlighet diskutera och reflektera över sin roll. I maj började planerna på det utvecklingsprogram, LEDU, som Anna beslutat om, att växa fram. Programmet riktade sig till metodansvariga läkare och sjuksköterskor och skulle dra igång i septem-

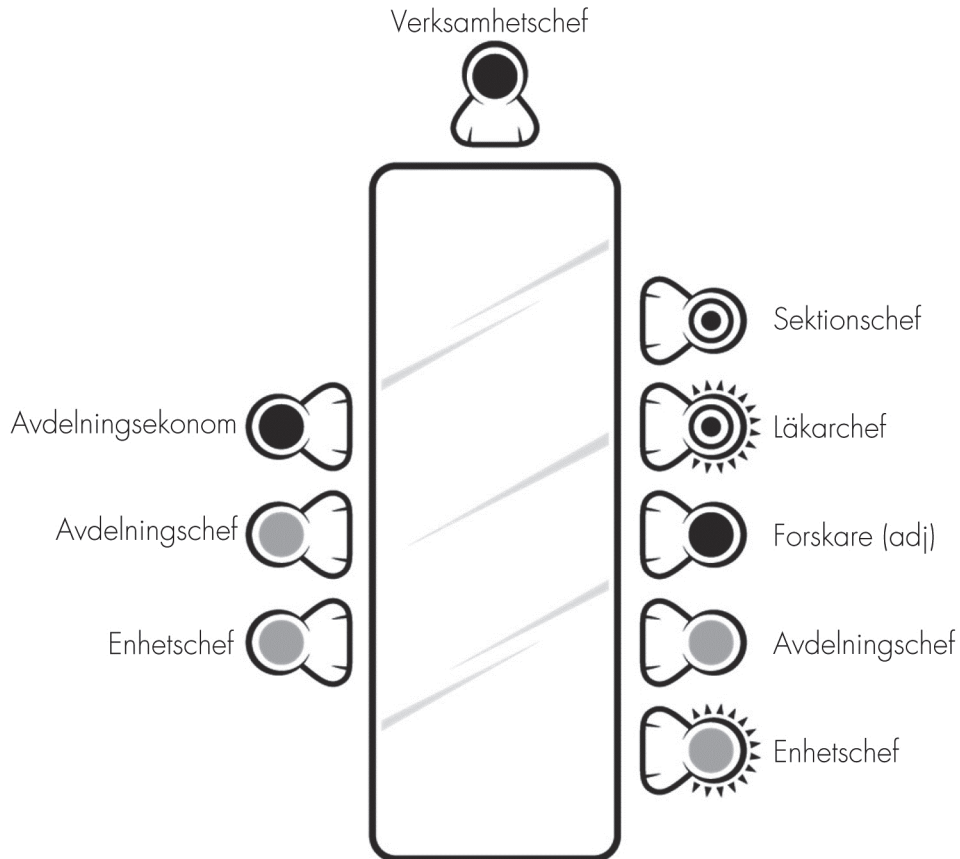
ber år två. Tanken var att det skulle löpa över två terminer och målet var att rollerna skulle tydliggöras ytterligare. Första seminariet skulle fokusera på den egna rollen och ledarskapet, varefter kunskapen om organisationen skulle fördjupas. En programledning skapades, bestående av Anna, personalchefen Lisa, en utomstående konsult och mig själv. Personalchefen hade sedan tidigare haft kontakt med den externa konsulten. Denne var senior, hade erfarenhet av sjukvården och ledarskap och skulle vara huvudansvarig för att hålla ihop och driva programmet. Några av idéerna kring programmet var att få in mer omvärldskunskap, bland annat genom studiebesök.

Anna berättade senare för mig om ett ledningsgruppsmöte som jag inte varit med på i början av maj. Det hade varit intensivt, både hon själv och Gustav hade varit upprörda. Anna hade klargjort att det hade varit för få ledningsgruppsmöten och att de från och med nu skulle hållas varannan vecka. Amanda var frustrerad över att det var för mycket att göra och Maria var frustrerad över relationen med Amanda. Cecilia var däremot nöjd med sin roll och med att sitta med i ledningsgruppen. Anna började tycka att Gustav ”gick in i läkarrollen för mycket” och därmed inte lyckades hålla ett mer övergripande perspektiv. Anna menade att det påverkade ledningsgruppen.

I juni beslutas att flödesgruppen ska läggas ner eftersom den ansågs ha spelat ut sin roll. Istället skulle separata projektgrupper arbeta med specifika förändringar.

Ledningsgruppen för Röntgenavdelningen samlades för ett tvådagarsseminarium på ett konferenscenter i juni. Samtliga nio medlemmar, förutom avdelningschefen Amanda, var på plats, plus sekreteraren och jag själv. Ledningsgruppens sammansättning var nu följande:

Figur 14. Ledningsgruppens sammansättning juni år två.



Efter att ha hälsat välkommen till mötet berättade Anna om det material som alla fått i en pärm och gick igenom agendan. Efter att gruppen fått ge kommentarer på agendan beslutades att den punkt som handlade om etik och värderingar skulle tidigareläggas. Därefter tog läkarchefen Gustav vid. Han berättade att han kände sig trött och att han sov illa på nätterna, något som aldrig hade hänt honom förut. Sömnbristen påverkade honom negativt och gjorde att han egentligen inte ville stanna kvar på konferensen. Han ansåg att det var för mycket papper att läsa och att han bara hann med småsaker i det dagliga arbetet. Han upplevde att

läkarchefsrollen kändes oklar och att det i den föreslagna förändringen kring kundtjänsten var oklart vad kundtjänsten skulle göra. Dessutom kände han att det inte fanns något förtroende för ledningsgruppen från medarbetarna, och inte heller förtroende för medarbetarna från ledningsgruppen.

Efter läkarchefen tog den relativt nyanställda avdelningschefen Maria till orda. Hon bekräftade Gustavs funderingar och berättade att även hon känt att förtroendet för ledningsgruppen var lågt. ”Jag känner förväntningarna från medarbetarna på min roll, men jag vet inte riktigt vad det innebär, min roll är oklar”, sa hon. Maria upplevde att de inte uppnått mycket under de första månader som hon varit på plats, men var också självkritisk och menade att hon kunde ha tagit tag i det själv.

Maria fick medhåll från en av enhetscheferna. Efter en kort diskussion berättade Maria att när hon för några dagar sedan haft ett möte med delar av personalen tillsammans med Anna hade folk börjat prata, efter att under en längre tid oftast suttit tysta. Hon tolkade detta som att något var på väg att förändras positivt. Anna tog vid och menade att medarbetarna länge känt att de inte blivit inbjudna till diskussion. Frågan var hur ledningsgruppen skulle ta sig vidare? Det konstaterades att ledningen hade försökt få med sig gruppen metodansvariga och att de nyligen hade nått ett genombrott med dem genom att ha fått igång en dialog. Samma sak var det med undersköterskegruppen. Den stora utmaningen var nu att hitta ett sätt att arbeta med läkarna.

Läkarchefen Gustav höll dock inte helt med, utan tyckte att det var likadant med alla grupper. Gällande läkargruppen sa han att:

Du [Anna] tycker att läkarna är dåliga, men de har inte fått samla ihop sig för att göra något bra [...] de har inte fått mandat och känner att det är osäkert om framtiden. (Gustav, läkarchef, citat från ledningsgruppsmöte, juni år två.)

Gustav var en del av ledningsgruppen men uttryckte att han inte ville vara en del av ”det här... att köra över personer”. Han upplevde att hans identitet som ledare var påverkad.

Stämningen i ledningsgruppen var känslös och många hade tårar i ögonen. Diskussionen fortsatte med ekonomin och gruppen konstaterade att förändringstempot hade varit mycket hårt. Anna sa efter ett tag att alla har haft sina resor och undrade hur de skulle hitta formen att gå vidare. Var det överhuvudtaget möjligt?

Läkarchefen Gustav kommenterade arbetet med det som kallades ”kundtjänst” och var kritisk. En enhetschef undrade hans kritik om det var namnet ”kundtjänst” som läkarchefen vände sig mot eller om det var själva grundidén. Gustav svarade att det delvis var namnet, men också att man förknippade det med organisationen och ekonomiskt fokus. Enhetschefen Johanna frågade efter ett tag vilka av deltagarna i gruppen det var som hade varit med och tagit fram förslaget om kundtjänst. Då hon fick höra att ingen läkare varit med i beslutsfattande konstaterade hon kort att det aldrig skulle gå igenom. Jag reflekterade över att förändringsprocessen hade varit igång under en period och att ingen i ledningsgruppen tidigare kommenterat vilka som deltagit i beslutsfattandet.

Efter en paus tog Anna på sig skulden för det “rasande tempot” och konstaterade att de måste diskutera hur de som grupp skulle kunna få till ett fungerande arbete. Hon menade att det var svårt att få medarbetare att ta sitt ansvar i förändringen, men trodde inte att det var organisations specifikt utan att protesterna hade råkat sammanfalla med tidigare större organisationsförändringar. Gustav sa emot och trodde visst att det blev värre, ”för då kom nedskärningarna”. Han menade också att man inte förstod nedskärningarna och inte heller varför man inte hade ”byggt upp verksamheten” sedan dess.

Eftermiddagen ägnades åt en strukturerad diskussion kring nuläget och hur man skulle kunna arbeta med det. Gustav övertalades att stanna kvar över natten och på kvällen var stämningen lugnare. Gustav menade att det som stressade honom mest inte i första hand var hans arbetssituation, utan att folk inte var med på tåget.

Dagen efter fortsatte diskussionen om tillit. Gustav tyckte att ledningsgruppen skulle markera en kursändring där budskapet var att inga nya förändringar planerades och att ledningsgruppen förstod att medarbetarna kunde känna osäkerhet i och med de stora förändringar som

skett. En enhetschef konstaterade att ledningsgruppen redan hade gjort förändringsresan, medan personalen var mitt uppe i den. Dagen avslutades med en diskussion om informella ledare och man lämnade mötet till synes i konsensus om vad som borde göras.

I mitten av juni hölls det första formella mötet med diskussion om LEDU i programledningen. Tanken var att programmet skulle omfatta två grupper med deltagare som var ”arbetsledare”. Det inkluderade även ledningsgruppen. Totalt skulle 20-25 personer genomgå programmet och tanken var till en början att de två grupperna skulle gå parallellt. Men efter att man insett hur mycket som skulle hända under hösten, bland annat en etik- och moralutbildning och en resa för samtlig personal, beslutade man att gruppen med läkare skulle starta först efter nyår. Programmet skulle löpa under ett år och första seminariet, som skulle sträcka sig över två dagar inklusive övernattnig, planerades till september.

Fokus i programmet skulle ligga på de specifika förutsättningar som rådde på RA. Upplägget skulle ta tillvara erfarenheter om exempelvis kultur, tidigare förändringar och ledarskap, för att få en så stark koppling till det dagliga arbetet som möjligt. Ett delmål med programmet var att skapa trygghet, tillit och öppenhet i samtliga yrkesgrupper. I mötesanteckningarna skrevs att:

Utbildningen bör uppfattas som en möjlighet att diskutera problem och möjligheter som i vanliga fall inte tas tid till, alternativt är svåra att diskutera.
(Mötesanteckningar programledningen LEDU, juni år två.)

Programledningen sa vid första mötet att LEDU innebar en stor satsning på utveckling av de medarbetare som nu fanns kvar på RA efter personalneddragningarna. Det interna syftet i programgruppen som skapade programmet var att stärka ledarskapet och ledarrollen genom att:

1. Skapa förutsättningar för ledarskapet
2. Ge gruppen verktyg för att utöva ledarskapet
3. Tränas i ledarsituationer

(Mötesanteckningar programledningen LEDU, juni år två.)

Deltagarna skulle också få vara med och påverka innehållet. Uppföljning av programmet var tänkt att ske kontinuerligt, både genom samtal med enskilda och i ett så kallat lärpapper som deltagarna skulle lämna in efter varje tillfälle, där deltagarnas lärprocess kunde följas. Tanken var att programmet sedan skulle anpassas efter vad som kom fram i lärpappren.

Rollmässigt skulle Anna vara aktiv i programmet för att ge det legitimitet. Hon skulle också se till att bidra till en öppen stämning. Jag själv skulle stå som programansvarig och hålla ihop programmet, ha kontakt med deltagarna och vara den som tog emot lärpapper. Den externa konsulten skulle vara huvudansvarig för större delen av modulerna i programmet och ingå i programstaben.

Under programmet, som skulle kännetecknas av mycket diskussion, var ett av fem teman ”ledarskap och medarbetarskap i RA”, inom vilket några av frågeställningarna definierades som:

”En verksamhetschef som inte är medicinskt skolad, vad ger det för implikationer på verksamheten?”, ”Finns det en ’anda’ på RA och vad är det i så fall?”, ”Vad är viktigt för oss, vilken kultur vill vi skapa?”, ”Har vi ’högt i tak’ på RA, vågar och vill vi säga ifrån?”, ”Vet jag vem som är min närmsta chef?”, ”Vad förväntar jag mig av cheferna?”, ”Har ’rätt’ person makt och ansvar?” ”Har jag det ansvar jag vill ha?” och ”Finns ansvaret på rätt nivå, det vill säga kan de som utför arbetet utöva direkt inflytande?” (Mötesanteckningar programledningen LEDU, juni år två.)

Det andra temat som diskuterades under första mötet var ”Förändringsprocessen på RA – genomförande och ledarskap”, där syftet med temat var att ”Ta reda på vad vi tycker om förändringen som genomförts det senaste året, ge möjlighet att fråga om de saker som är oklara. Ställa ledningsgruppen mot väggen”. Anna var tydlig med att man under programmet skulle ta upp saker som nu bara diskuterades ”mellan skål och vägg”. Hon skulle själv vara med för att ta emot eventuell kritik mot struktur och ledarskap och sättet på vilket genomförandet av förändringarna hade gått till. Under detta tema fanns frågeställningar som: Vilken roll har jag tagit under förändringen? Varför har jag tagit den rollen?

Kunde jag gjort något för att påskynda och underlätta förändringen? Kan jag göra något nu?

Det tredje temat handlade om organisationen som sådan: hur ledningsstrukturen såg ut, vilka planer som fanns för framtiden och hur medarbetarna själva kunde påverka. Tema fyra handlade om omvärlden och hade arbetsnamnet ”RA:s omvärld – nuläge, tillbakablick och framtidsutsikt”, där landstingets historik, nuvarande läge och förmodad framtid skulle tas upp. Femte och sista temat kallades ”Ekonomi” och syftade till att öka affärsförståelsen och förståelsen för planering och resultat: Vad innebär över- och underskott? Hur relaterar detta till det dagliga arbetet? Vad är en produktkalkyl?

Under det första programledningsmötet diskuterades även arbetssätt. Gruppen ville att programmet (man ville inte kalla det utbildning utan program, vilket signalerade mer deltagande och verksamhetsfokus) skulle vara fallbaserat, med citat från mina forskningsintervjuer som underlag för och uppmuntran till diskussion. Man skulle också arbeta med de lärpapper som nämnts tidigare, den handbok som organisationen hade, grupparbeten under och mellan seminarier, hemläxor, möten med andra organisationer, gästföreläsare samt en hel del med grupprocessen, genom att vid varje tillfälle diskutera ”formkurvor” som definierade hur gruppen mådde, samt funderingar kring seminariet.

Anna hade diskuterat programmet med ledningsgruppen tidigare och informerat kort om det vid ett informationsmöte. Programledningen bokade ett nytt möte i slutet av juni.

Vid den här tiden planerades en förändring av arbetssätt, rutiner och till viss del personal i den så kallade kundtjänsten, patientmottagningsprocessen. Ett projekt med Cecilia som projektledare bildades, med syfte att ta fram förslag på förändringar som ledningsgruppen sedan skulle besluta om.

I fältanteckningarna i mitten av juni skrev jag bland annat:

I onsdags började det ryktas om att ett brev skrevs till den högre ledningen av läkarna, med läkarchefen Gustav i spetsen, en protest mot Anna. Anna tolkade det som att de vill sätta läkarchefen som verksamhetschef. Jag reage-

rade på att detta hänt förr - missförtroendevotum. (Fältanteckningar, juni år två.)

Jag skrev också att jag tyckte att det var ett konstigt sätt att ta en konflikt på. Jag hade tidigare i veckan pratat med Sara, läkaren som var med i processprojektet, som konstaterat att hon var frustrerad över att tiden som lades på projekt inte kompenseras, vilket ledde till stress och slarvigt genomgångna förslag. Jag menade att problemet är att man inte säger till i tid, det vill säga före projekten, och sedan inte är tydlig med tiden. Jag hade även tagit upp detta med tid med Maria, som tyckte att hon som arbetsgivare hade en roll att spela och om man inte ville spela den måste man säga till och hoppa av. Jag tolkade detta som kritik mot läkarchefen Gustav och hans roll. Maria gjorde också klart för mig att hon inte ville vara med i något intrigerande.

Under dagen hade jag också pratat med Amanda. Hon hade åsikter om andras roller i ledningsgruppen och upplevde skepticism från delar av personalen. Hon sa att hon upplevde att hon själv, läkarchefen och Maria på vissa möten valde att inte säga vad de tyckte för att inte gå emot Anna. Jag skrev i fältanteckningarna att jag inte trodde att så var fallet, åtminstone inte med Maria som jag upplevde sa ifrån på ett annat sätt. Om Gustav skrev jag att han var mycket omtyckt bland personalen för sitt sätt att vara. Vidare skrev jag att min känsla var att situationen ”går att lösa, men att Gustav och Anna måste komma överens på något sätt... Jag tycker att Gustavs uppträdande i ledarrollen inte är genomtänkt”.

I juni år två kulminerade misstron mot ledningsgruppen med ett protestbrev. Flertalet läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare hade skrivit under. Brevet var författat några dagar efter det ledningsgruppsmöte som hade upplevts sluta med ömsesidig förståelse. I det korta, sex meningar långa brevet skrev man bland annat att det fanns en förtroendeklyfta mellan Anna och övrig personal, som ”grundar sig på en olycklig maktfördelning, eller brist på maktfördelning, som resulterat i att beslut som fattas saknar förankring”. Vidare menade skribenterna att den ”professionella kunskap[en] helt ifrågasätts”, att detta problem skap-

ade en dålig arbetsmiljö och stal energi. Man hade dock fullt förtroende för läkarchefen och krävde ”en markant förändring i maktfördelningen”.

Brevet skickades till delar av högre ledningsgruppen, till Anna och till läkarchefen Gustav. Gustav skickade också ett brev till de två högsta cheferna, daterat ett par dagar senare. I det menade han att förtroendet för ledningsgruppen och den högre ledningsgruppen de sista veckorna snabbt försämrats och att han hade hört talas om protestbrevet som han antog inte hade nått dem ännu. Läkarchefen bad om ett möte. Han skrev att han inte fick mandat från verksamhetschefen att utveckla läkargruppens arbete, vilket delvis berodde på ”olika värderingar och synsätt på personalen avseende dess kompetens och arbetsmoral”. Gustav berättade om en pressad arbetssituation och diverse pågående projekt som personalen inte var delaktig i. Han menade att uppsägningarna dränerat avdelningen och att servicenivån försämrats. Gustav berättade också om att han hade redovisat sina känslor och åsikter under ett ledningsgruppsmöte samt att han hade påtalat för verksamhetschefen att en förändring måste ske. Han menade att idéer och beslut kom från verksamhetschefen och att ledningsgruppens roll var otydlig. Det fanns en förtroendeklyfta och en osäkerhet, uppgivenhet och brist på trivsel, som skulle kunna överbryggas genom att man tog tillvara kunskap och motiverade en utvecklingsvilja hos personalen. Gustav menade att han inte själv hade en lösning utan sökte en snabb dialog.

Några dagar senare skrev jag mejl till Anna om mina reflektioner och vad jag hört under dagen:

Jag har varit på plats under förmiddagen och hållit mig undan förstås. Stötte på Amanda i korridoren och pratade lite. Frustrationen är förstås stor. Gustav var här åtminstone på förmiddagen, pratade med Maria och Amanda och allmänt med läkare verkade det som. Jag har inte träffat Peter än, han går på semester nu och vill att vi lägger vårt planerade samtal på is. [...] I Maria har du i alla fall stort stöd... (Forskarens mejl till Anna, juni år två.)

I övrigt handlade mina reflektioner om att några verkade ha förväntningar på att en chef från högre nivå skulle komma till RA. En av orsakerna till att denna reaktion kommit nu kunde vara att ledningsgruppen

på ledningsmötet i juni bestämt sig för att kommunicera att arbetsro skulle gälla, men att Gustav uppfattat beslutet om förändringar i kundtjänsten som ett brott mot denna arbetsro.

Jag hade under dagen hållit i en presentation om processprojektet som genomfördes i samarbete med sjukhuset. Det var en väl förberedd presentation och den engagerade projektgruppen var på plats. Förutom projektgruppen deltog endast en person.

Efter någon vecka hölls ett möte på RA. Alla medarbetare var inbjudna och omkring 35 personer var på plats, av dem dock endast en läkare. Innan mötet hade den högre chefen Daniel och Anna träffat läkargruppen. Daniel höll en lugn och saklig presentation på det öppna mötet. En av de första kommentarerna som kom efter presentationen var ”tro inte att du ska få höra åsikter i det här forumet”, på vilket Daniel svarade att han ville stämma av det han hört. Frågan om varför inte Gustav var där kom upp, om han nu startat detta genom skrivelsen, och Daniel svarade att Gustav varit med på det föregående läkarmötet men att han inte visste varför Gustav inte var med nu. Daniel gjorde också klart att ambitionen från hans sida var att både Gustav och Anna skulle sitta kvar på sina platser.

En sjuksköterska sade att:

Det är projekt på projekt, lägger sig aldrig... [det är] omorganisation hela tiden. Det går mycket tid åt detta – vad är det vi ska syssla med? (Sjuksköterska, citat från stormöte, juni år två.)

Den närvarande läkaren menade att det vore bra om det fanns en långsiktig plan, vilket han inte sett, exempelvis att ”alla lab ska vara digitala om tio år”. En annan sjuksköterska ansåg att det var för få i projektgrupperna och att det inte hände något. Maria undrade då hur det kom sig att det inte hände något. Upplevde medarbetarna att ledningsgruppen inte lyssnade? Anna undrade hur gruppen tyckte att kommunikationen fungerade med exempelvis veckobrev och möten. Samma sjuksköterska svarade att informationen från medarbetarna inte kom fram till ledningsgruppen, varefter Anna menade att de borde utvärdera fredagarna

som mötestid om inte många kan komma då. Här kommenterade jag i fältanteckningarna:

Jag förstår nu vad de menar med olika språk... folk är arga och kanske [...] inte vågar ta direkt konfrontation [med Anna]? (Fältanteckningar, juni år två.)

Anna pratade vidare om intranät som kommunikation, vilket någon kommenterade med att ”vi är inte uppkopplade som ni”. En ny kommentar handlade om att det ”känns som att jag inte får besked av den jag går till [chef], alla måste gå till dig för beslut”.

Efter ett tag togs frågan upp igen varför läkarna inte är på plats:

Varför separera läkarna från övrig personal? Vi är anställda precis som de... då initiativet är från dem är det tokigt att de inte är här. (Sjuksköterska, citat från stormöte, juni år två.)

Precis då kom en läkare till in i rummet. Anna svarade inte på frågan varför läkarna inte var på plats, men sa att ”det enda vi sagt till läkarna är att vi behöver förtydliga rollen mellan läkarchef och verksamhetschef. Ingen information har getts till dem som inte ni fått.”

Diskussionen gled senare in på situationen på röntgenlaben, med utrustning som inte upplevdes fungera som den ska. Maria gick in i diskussionen och sa att man måste skriva avvikelserapporter eftersom det är vad ledningsgruppen arbetar efter. Hon fick stöd från läkaren som menade att det fanns kanaler för detta och om man inte skrev en rapport kunde man inte heller förvänta sig att något hände.

Mot slutet av mötet sa Anna att hon förstod att medarbetarna var frustrerade och undrade vad man kunde göra för att få det att vända. Kunde man förtydliga rutiner kring avvikelserapportering? Daniel avrundade mötet med att säga att han tyckte att detta var mycket viktigt, att han var där för att läkarchefen Gustav skrivit brev och att tempot kanske varit för högt. Han fortsatte med att ledigheten var på väg och att Anna efter sommaren skulle definiera och kommunicera ansvaret gentemot Gustav samt hur ledningsgruppen skulle fungera.

Fyra dagar senare, i slutet av juni, var jag tillbaka på RA. Vid samtal sa Anna att hon påverkats av det som har hänt. Vid den här tidpunkten hade varken hon eller jag sett protestbrevet från verksamhetsrepresentanter. Anna visste bara att det hade 40 underskrifter. Vi pratade om Gustav, Annas relation till och uppfattning om honom samt om deras olika personligheter. Det var tydligt att Anna vid det här tillfället inte hade samma förändringsdriv och hon funderade på att ompröva beslutet om ombyggnation.

Jag pratade också med Maria under dagen, som såg situationen efter protestbrevet som mycket allvarlig. Hon var också frustrerad i sitt dagliga arbete över att rutiner inte fungerade som de skulle och tog ett dagsfärskt exempel om semester och sjukdom där en medarbetare inte hade kunskap om rutiner: ”rutinerna verkar ha fallit samman för längesen”.

Några dagar senare syntes en förändring hos Anna. Hon hade skrivit och skickat ut ett veckobrev som fått positiva reaktioner och verkade generellt gladare.

Händelseutvecklingen gjorde att Anna och ledningsgruppen beslutade att sätta LEDU under hösten, men att låta båda grupperna gå parallellt. Planeringen fortsatte och innehållet i de totalt sju seminarierna konkretiserades, varav det första och sista skulle löpa över två dagar och övriga skulle vara endagsseminarier. Seminarierna var tänkta att börja med individen, gå vidare till individens roll i gruppen, inhämta inspiration genom ett studiebesök, gå över till grupper relationer till varandra, inklusive förändringsprocesser, för att mot slutet handla om det personliga ledarskapet samt framåtblickande. I programledningen diskuterades situationen på RA öppet och konsulten fick kontinuerlig information om status under programmets gång. Programledningen bad också konsulten att ta upp vissa frågor relaterade till situationen.

En kallelse skickades ut till samtliga deltagare, vilket beslutades bli alla läkare. Detta då läkare som medicinskt ansvariga alla hade en mer eller mindre arbetsledande roll, men också då Anna och personalchefen tyckte att det som hänt i juni gjorde att samtliga läkare borde genomgå programmet. Metodansvariga sjuksköterskor bjöds också in. Man planerade att dra ner verksamheten under de dagar som LEDU skulle hållas.

4.8. Höst år två

Efter sommarsemestern skrev Cecilia att hon hade varit med om en hel del under våren i sin nya ledarroll. Hon skrev bland annat att hon upplevde att hon hade lågt stöd hos personalen och att hennes energinivå var låg. Det nya uppdraget med kundtjänsten, som skulle vara tre månader, kändes inte möjligt att genomföra. Hon kände att hon inte hade förtroende från vissa i ledningsgruppen och att det sammantaget gjorde att hon inte hade mandat att utföra uppdraget så som det skulle behöva göras. Hon bad därför om att få återgå till en vanlig sjukskötersketjänst och ville tacka nej till uppdraget. Hon avslutade med att säga att hon verkligen tyckte att Anna var på rätt väg och trodde på hennes stöttning, men att bristen på förtroende från delar av ledningsgruppen kändes övermäktigt.

Första dagen på plats i början av augusti hade jag en positiv diskussion med Maria. Anna var på plats och på gott humör. Jag stötte även på Gustav som verkade vara okej. Något senare hade Maria dock börjat bygga upp en frustration, då hon inte upplevde att Cecilia tog sitt ansvar för kundtjänsten. Chansen att det förväntade resultatet skulle nås var enligt Maria litet. Ett par dagar därefter pratade jag vidare med Maria som verkade mycket engagerad i sin uppgift. Hon tyckte det vore bäst för verksamheten om både Gustav och Anna stannade kvar.

I mitten av augusti diskuterade jag och Anna min roll. Vi beslutade att jag skulle arbeta mer med projekt. Anna hade också bestämt sig för att inte vara så snabb med att döma personer utan ge dem lite mer tid. Gustav hade samtidigt deklarerat att han inte hade tid att träffa Anna under pågående vecka. Han hade enligt Anna inte tagit sitt ansvar för vissa uppgifter som de kommit överens om att han skulle sköta under sommaren.

I augusti/september åkte all personal på den utlandsresa som hade planerats under våren. Resan var möjlig att genomföra för att RA och andra enheter hade nått målsättningarna. Reaktionerna efter resan var mycket positiva.

Cecilia valde trots allt att fortsätta att leda kundtjänstprojektet under hösten, men kände fortfarande att hon inte hade fullt stöd. Någon medarbetare hade gått till Amanda istället för till Cecilia med frågor eftersom de ”kände henne [Amanda] sedan tidigare”.

Under ett sista möte med flödesgruppen i september diskuterades gruppens arbetssätt och funktion. Gruppen hade saknat större närvaro från läkare och läkarsekreterare, man hade känt att det hade varit svårt att komma ifrån ordinarie arbetsuppgifter och man hade känt sig elaka gentemot kollegorna när man gått ifrån. Gruppen hade sällan varit komplett och kollegorna tyckte att det alltid hade varit samma personer som fick vara med och engagera sig. Förståelsen ökade dock under tiden och för vissa grupper var det viktigt att prioritera att en representant fick gå iväg. Att ha mig som facilitator upplevde gruppen som positivt då jag kunde vara neutral och ställa ”dumma frågor”. Slutligen tyckte gruppen att det var svårt att få tid till att informera sin grupp om beslut. Maria, som var med på mötet, betonade att expertkunskapen skulle finnas kvar hos deltagarna även om gruppen inte fanns kvar.

Anna hade under september ett samtal med läkaren Peter, som tidigare varit kritisk både mot mycket av förändringsprocesserna och mot Anna. Enligt Anna kändes deras relation nu bra. Peter hade önskemål om att diskutera andra former av ersättningar och var villig att delta i en pilot för det.

Första gruppen i LEDU hade det inledande tvådagarsseminariet i slutet av september och andra gruppen i början av oktober. Det första seminariet hölls på en kursgård i strålende sol. Efter incheckning, kaffe och smörgås inledde Anna med förväntningar på programmet, varefter en deltagarpresentation följde. Presentationen, som hade delats upp i teman, visade sig bli som programledningen hoppades: ett sätt att lära känna varandra som kunde lägga grunden för en bra diskussion. Anna och många andra bjöd på sig själva och lät programpunkten ta tid genom att presentera varandra två och två för gruppen.

Efter presentationen tog konsulten vid. Han gick igenom teori kring och resultatet från det IDI-test³ som samtliga fått genomföra.

Alla fick ta del av sin egen profil och man höll grupparbeten där de olika profilerna diskuterades och vad konsekvensen med de olika profilerna skulle bli för en grupp. Efter en avslutande diskussion diskuterades hur olika profiler påverkar gruppen i stort. Därefter hölls en middag som blev lyckad för båda grupperna.

Dag två inleddes med en blick i backspegeln, följt av en diskussion om den egna rollen och förväntningar. Dagen avslutades med återkopplingsövningar i de sammansatta lärgrupperna, där grunden för återkopplingen låg i beteende, känsla och konsekvens. Programmet avslutades med reflektioner, en presentation av nästkommande mötesinnehåll samt genomgång av hemläxor. Hemuppgifterna bestod i att få återkoppling från kollegor på sin egen IDI-profil, att arbeta med "backspegeln" på ett arbetsmöte, att arbeta aktivt med återkoppling och att lämna in en kort skriftlig uppgift där den egna rollen definierades.

Efter seminariet var den allmänna känslan hos både programledning och deltagare positiv. I den ena gruppens backspegel berättade deltagarna att dagarna hade ägnats åt att lära känna varandra, att de haft roliga diskussioner och att gruppen hade förts samman. Några av kommentarerna var att det var "en bra sammansättning i gruppen med olika profiler", att man "omvärderat personer till det bättre i lärgruppen" och att det funnits mycket energi. Programledningen hade ägnat mycket tid just åt sammansättningen av grupper och var nöjd med att gruppindelningen upplevdes som positiv.

I oktober diskuterades erfarenheter från det övergripande flödesprojektet, som genomförts i projektgruppen tillsammans med sjukhuset. Erfarenheterna var positiva och handlade om att det var bra att verkligen genomföra de förslag som kommit upp, att ha en blandning av yrkesgrupper och att det var en fördel att ha fått nya kontaktvägar för bättre

³ IDI utvecklades på 1970-talet i USA av PhD Richard Zackrisson. Instrumentet mäter en persons beteende - som det uppfattas av andra. Testpersonen väljer ut sex personer som fyller i uppgifter om vilka ord som de tycker bäst beskriver personens beteende. Samma formulär fylls i av testpersonen och resultaten jämförs i samtal med en gruppledare. Se <http://www.idi.se/>.

kommunikation och snabbare lösningar. Man tog även upp vikten av att lösningar som genomförts kommunicerades och att gruppens medlemmar kände ansvar för detta.

Vid ett ledningsgruppsmöte i oktober år två tog man åter igen upp sjuksköterskebemanningen på Enhet 1. Tanken var att öka samarbetet med huvudenheten, men det hade inte gått särskilt bra hittills. Även kundtjänsten diskuterades och viss frustration kunde anas gällande kartläggningen av arbetsflöden. Anna tyckte att man borde ha gjort dessa tidigare, medan Cecilia menade att bemanningsförslaget var mer akut. Cecilia tyckte även att det var svårt att hinna med alla frågor och gav exempel på hur hon hade fått ta över förslag från Flödesgruppen. Maria menade att mycket av arbetet i kundtjänsten som nu var analogt borde kunna bli digitalt.

I slutet av oktober var det dags för omgång två av LEDU, som skulle fokusera på medlemmens roll i gruppen: ”jag i gruppen”. Man inledde med en återblick på förra mötet och gruppmedlemmarna sa bland annat att man nu ”tänker mer på hur grupper fungerar, vad det är som händer”, att det var ”intressant att se på teamet som helhet och inte bara se individerna” och att ”en lärdom är att alla är olika och det är viktigt att vi är det. Det skulle vara olidligt om alla var lika, ingen dynamik skulle finnas”. I en av de två grupperna sa man också att det var en bra grupp-dynamik, att man kunde säga vad man ville samt att det var roligt att ledningen var engagerad.

Anna gick igenom budgeten och lämnade sedan över till konsulten. Han ledde gruppen i samtal på samma sätt som vid första mötet. Under dagen togs teori bakom grupperns olika faser upp och konsulten berättade om ledarskapsteori, exempelvis konflikter och maktkamper. Lärgrupperna fick också arbeta med egen analys av vad som var viktigt just nu.

Under ett diskussionspass kom gruppen in på maktstrukturer i sjukvården. Man konstaterade att det fanns mycket prestige inom sjukvården, men att man inom röntgen såg sig som ”ganska unika” och menade att man på andra avdelningar inte kunde ifrågasätta doktorn. Man tyckte att:

Sjuksköterskor och undersköterskor måste känna att de kan säga till doktorn vad de vill och doktorn kunna fråga [andra], utan att [andra] för den sakens skull har ansvaret, det ligger alltid på doktorn. (Deltagare i LEDU, oktober år två.)

Det var en del som kunde förbättras även på RA. Man önskade mer teamarbete, ”det är en kollegial stämning, men grupperna vill träffas mer sinsemellan, exempelvis som under LEDU”. Gruppen diskuterade hur man skulle kunna göra för att få bättre kommunikation och samarbete. En av läkarna konstaterade att ”röntgenläkare är inte en profession, utan ett sätt att umgås”. Rollmässigt pratade man om att metodansvariga läkare inte kände att de hade några befogenheter.

Man var även orolig för att de som inte deltog i LEDU kunde uppleva sig förfördelade och att trycket på de som var kvar i produktion var hårt.

Under FIRO-diskussionen i ena seminariegruppen konstaterade de metodansvariga sjuksköterskorna att de kände varandra ganska bra. Läkargruppen menade att de behövde en ledning av ”handledartyp”, vilket saknades idag. De ansåg att de chefer de hade då var läkarchefen som samarbetade med Anna ”och den relationen är otydlig – vi vet inte vad som händer mellan er två, ni har sagt tidigare att ansvar ska delas upp”. Vid detta tillfälle var läkarchefen inte närvarande, men Anna svarade att ”[det] handlar också om att våga träda fram och ta ansvar. Gustav [läkarchefen] och Maria [avdelningschefen] tar ansvar för sina grupper”. Anna kommenterade angående sin egen roll att hon upplevde att hon var för mycket inne i detaljer. En senior läkare, menade att ”Man måste få ta tag i saker också”. Gruppen fortsatte att diskutera och Anna menade att det faktum att det fanns olika uppfattningar om vad man får göra var ett problem i ledningsgruppen. En erfaren sjuksköterska som kom in i samtalet tyckte att det efter senaste mötet med Maria känts som att ”vi är på väg någonstans”. En annan sjuksköterska instämde med att det var bra att Maria inte kände alla så bra, då kunde hon kliva in lättare och avbryta. Konsulten vände sig till läkarna och frågade om de var nöjda med Annas svar. Ylva menade att hon inte var det, men att hon måste fundera och inte kunde formulera sig ordentligt just då.

I den andra seminariegruppen fördes en liknande diskussion, där man menade att läkargruppen var avvaktande och artig, ”sitter gärna och muttrar”, att gruppmedlemmarna bara pratade med varandra och att de var rädda för konflikter. Gruppen var sakta på väg att bli bättre och man var överens om att det fanns mer gemensamt mål i denna läkargrupp än på andra ställen.

I ett samtal med grupp ett berättade konsulten att något av det svåraste man kan leda är en konsultorganisation. Anna höll med och sa: ”Att leda läkargruppen, ett gäng individualister, är svårt. Det gäller att alla är medvetna om det, det bygger också på eget ansvar”. Hon tillade att det även gällde att skapa trygghet och teamarbete i grupperna.

Enhetschefen och läkaren Johanna menade att det fanns en vilja i läkargruppen, ”men vi kommer ingenstans, vi behöver något – ett råd hur vi kan göra, hur vi ska ta nästa steg”. Anna fortsatte med att det handlar om flera saker, bland annat uppdelningen mellan henne och Gustav och hur man leder läkarna som grupp. Konsulten påpekade vidare att programmet är en del av detta, ett sätt att synliggöra frågorna. Han menade att han såg en väldig skillnad mot när gruppen möttes första gången. Nu pratade man om frågorna.

Anna sa att man måste lägga de stora förändringarna som skett bakom sig och undvika att ta för starka positioner i olika frågor. Läkaren Frida menade då att hon upplevde att det var bristande information om förändringar. Läkaren Ylva menade att ”samtidigt som man saknar information drunknar man i information” och att man ”inte [vet] vem som ska sortera.” I mina fältanteckningar reflekterar jag över att informationsansvaret torde ligga på läkarchefen och att det var bra av Anna att inte säga någonting om det i det här läget.

Lite senare diskuterade gruppen konflikter. Konsulten använde sig av bilden av ett isberg, där endast en del av konflikterna syns på ytan. En läkare sa då att ”när vi lyssnar på ledningen som kommunicerar och det är som sämst är det som att de två sidorna [av isberget] möts”. En sjuksköterska fortsatte med att det var ”svårt för oss att förstå ekonomiskt”. Anna menade att ”det finns mycket luft i systemen”, medan en läkare sa

att ”det är naturligtvis svårt att jämföra då andra sjukhus inte har siffror som är jämförbara”.

Efter avslutningen av grupp etts andra seminarium konstaterade jag att genomgången av budgeten och diskussionen föll väl ut med en lugn och saklig diskussion och förmodligen en ökad förståelse.

I grupp två deltog läkarchefen Gustav vid andra seminarietillfället. Medan resten av programledningen satte sig i en del av rummet satte han sig mitt i läkargruppen och pratade med sina kollegor. Under Annas budgetpresentation frågade han vad som låg i ”övriga kostnader”, vilket fick mig att fundera på om han inte sett detta tidigare eller inte reagerat. När budgetdiskussionen fortsatte menade Gustav att om RA höjde priserna på jourtid skulle incitamenten för exempelvis kirurger att röntga på jourtid att sjunka.

En av läkarna, Peter, var väldigt engagerad under dagen. Vi kliver in i en diskussion som handlade om jämförelser med andra, inför studiebesöket på ett verkstadsföretag. Peter, Anna och konsulten var i denna session huvudaktörer:

PETER: Vi kan inte jämföra med [verkstadsbolaget]. [...] Det är faktiskt sjuka människor man talar om, ibland kanske man måste ta de investeringar som gjorts för att upprätthålla medicinsk kvalitet.

ANNA: Man måste ha en effektiv organisation, och tydlig.

PETER: Ja, det har vi efterlyst i flera år, en tydlig organisation.

ANNA: Den är otydlig...

PETER: Du vet att vi är mer effektiva än andra jämförbara organisationer.

ANNA: Ja, jag sa effektiv organisation. Man gör inte alltid rätt saker.

MARIA: Det kostar mycket tid och energi att göra fel saker.

KONSULTEN: Det är en skillnad här: Ni tillsammans utvecklar roller [...] i andra professionella organisationer definierar man: här är din roll, punkt.

Det här är en mer attraktiv metod. Sjukvård är unikt, men det finns andra professionella organisationer som är unika. [...]

JENNY (läkare): Det har skett många förändringar de senaste åren och mycket kommer tillbaka, vi har provat mycket. Det unika är att vi är ett akutsjukhus och har jourverksamhet. Det blir väldigt annorlunda mot andra företag. Man ska kunna vara bred, kunna alla tio sakerna. Det är en skillnad mot läkarhusen.

KONSULTEN: Utmaningen är då att hitta ett arbetssätt som kan hantera den komplexiteten.

ANNA: Det gäller att skapa förutsättningar givet de förutsättningarna, det är det som är viktigt. Vi har ingen organisation som är bra för den här verksamheten 24 timmar om dygnet. [...] Vi kan skriva värderingar och handböcker hur mycket som helst, men det är i ett sådant här forum vi måste arbeta.

KONSULTEN: Det finns mycket energi i den här frågan, vilket gör att den är viktig. Det som gör att det skorrar är ofta otydlighet och otydlighet kring mandat.

(Dialog i LEDU, oktober år två.)

I den här gruppen reflekterade jag i fältanteckningarna över dynamiken i gruppen och sättet som olika personer agerade på:

Läkarna XX och Peter samt läkarchefen Gustav är hårda i sin argumentation, vilket får mig att fundera på om delar av läkargruppen vill positionera sig mot Anna? Kroppsspråket hos XX är mycket avvaktande, med armarna korsade. Peter sitter och tittar ut genom fönstret då och då. (Fältanteckningar, oktober år två.)

Vid en diskussion om normer tyckte enhetschefen Cecilia att Enhet 1 och den stora enheten närmade sig varandra, vilket Gustav inte höll med om. En diskussion de två emellan bröt ut.

Konsulten nämnde under dagen att ”ett företag i kris hittar gärna en yttre fiende”. Han menade att känslor måste lyftas upp och processas, exempelvis känslor för den förändring som skett.

Lite senare hölls en diskussion om jakten på kostnader och intäkter i vården, där Anna berättade om omvärldsfrågor, vad som hände på regeringsnivå och hos olika intressentgrupper. Hon pratade om ett allmänt ökat fokus på ekonomisk uppföljning och effektivitet. En sjuksköterska sa att ”man kan inte tjäna pengar på svårt sjuka människor”, vilket motsades av en läkare som menade att det är ett dåligt argument. Maria menade att man i så fall tjänade pengar på att göra människor friska. Diskussionen blev allt mer livlig och man kunde se tydliga åsiktsskillnader. Under en rast fick jag höra att en av läkarna var mycket kritisk mot Anna, vilket påverkade diskussionen i hans grupp. I diskussionen sa Maria att hon var en del av ledningsgruppen och att kritik mot Anna även var kritik mot henne.

Gustav skickade under eftermiddagens helgruppsession lappar till en läkare. Under avslutningen sa Anna att många frågor gällde småsaker: ”cykelställsfrågor”, som de var tvungna att bocka av fort för att kunna komma vidare till viktigare frågor som inriktning och mål. Hon hade som ambition att vara mer ute i verksamheten. Peter menade att Anna bara borde bry sig om pengarna. Gustav bröt in och sa att han och Anna måste definiera gränser, vilket också var på gång.

Diskussionen om kundtjänsten fortsatte på ett ledningsgruppsmöte i början av november. Anna och Maria var engagerade och det kändes ibland som att de var kritiska till Cecilia. Jag frågade mig under mötet om Cecilia verkligen ville fortsätta med detta eller om hon ville gå tillbaka till Enhet 1. Kundtjänstgruppen hade tagit fram beslutsunderlag gällande bemanning och lokaler och ledningsgruppen hade fattat beslut. Kundtjänstprojektet fortsatte arbetet med utveckling av rutiner och processer och fick även ett utökat uppdrag: att se denna utveckling som ett steg mot visionen att skapa en ny serviceorganisation. Jag var fortfarande med i projektet och det beslutades att Cecilia, Maria och jag skulle sätta oss ner med alla frågor, småfrågor såväl som löpande frågor, och sedan

vidarebefordra alla dagliga driftsfrågor till Maria. Jag och Cecilia fick också i uppdrag att diskutera ledarskapet för gruppen.

Under senhösten beslutade Amanda sig för att säga upp sig. Förutom detta var den enda förändringen i ledningsgruppen det senaste halvåret att avdelningsekonomen Susanne tillfälligt ersatts med en annan avdelningsekonom.

I november år två hade jag ett samtal med Maria. Anna hade föreslagit att Maria skulle ta över som verksamhetschef. Maria var orolig och kände tidspress. Hon visste inte hur hon skulle hinna med, speciellt inte nu när Amanda skulle sluta. Jag uppmuntrade henne och föreslog att hon skulle definiera uppgifterna, berätta vad som inte hanns med och definiera sitt behov av stöd. Maria var också frustrerad över att Gustav inte tog sitt ansvar.

Under det tredje seminariet i LEDU, i november, gjorde man ett studiebesök på ett verkstadsbolag. En värd från verkstadsbolaget visade runt och deltog i diskussioner efteråt. Tanken var att grupperna skulle få ta del av bolagets arbetssätt kring processer. Under dagen diskuterades förslag på vad de två sista tillfällena, seminarium fem och sex, skulle handla om. Det allmänna intrycket var positivt och deltagarna uttryckte att de hade lärt sig något. Dock var de kritiska till programledningen för att förberedelserna varit otydliga, förberedelser som bland annat handlat om att ta fram frågor till cheferna på verkstadsbolaget. Här konstaterade Anna, personalchefen Lisa och jag att konsulten var bra på plats, men inte vid förberedelser. Programledningen var också orolig för kvaliteten på kommande seminarier. Vid programledningsmötet, på luciadagen år två, diskuterades om det skulle hållas ännu ett studiebesök, att konsulten skulle ta upp den lägre energinivån på nästa seminarium, att Gustav, Maria och jag själv skulle kliva fram tydligare i diskussioner och att det var mycket viktigt att återstående seminarier skulle bli skarpa.

I december var jag sen till ett ledningsgruppsmöte där alla utom Cecilia var närvarande. Det hade tidigare annonserats att mötet skulle vara kort och det kändes när jag kom in som att det var en bra stämning i rummet, även om Anna till en början var kortfattad. När vi nådde punkten som handlade om bemanning lugnades tempot ner. Sjukskrivningar-

na hade ökat. Jag undrade om det var personalneddragningen som var orsaken, att man jobbade för hårt, men Maria menade att det fanns andra orsaker. Vad gällde bemanning menade Gustav att om sjuksköterskorna arbetade för fullt och givet att det fanns tillräckligt många patienter, skulle läkarna inte hinna granska volymen.

En organisationsförändring som gick ut på att arbeta mer med utvecklingsfrågor och möjliggöra mer samarbete mellan olika enheter annonserades. Annas roll förändrades och hon blev nu chef för fler enheter. Hon behöll verksamhetschefsansvaret för RA tills vidare. Ledningsgruppen var överens om att undvika ordet ”organisationsförändring” och istället säga att man ”tydliggör organisationen”, vilket Gustav tyckte var bra. Förändringar hade också skett för läkargruppen, där Gustav liksom tidigare var chef för RA. En annan läkare, som hade varit chef på andra enheter, blev nu medicinsk chef och kvalitetsansvarig på övergripande nivå. Förhandling med facket skulle inledas i december, men diskussion med fackliga representanter hade redan hållits och de hade inte något emot förändringarna. Till sist skulle nya ”samordnarroller” skapas på RA.

Under december år två hade jag också ett av flera korta samtal med läkaren Jenny, som inte tyckte att processutvecklingsprojektet var väl förankrat. Hon hänvisade till en i hennes tycke exemplarisk processutveckling som ett konsultbolag genomfört på RA ungefär tio år tidigare.

År två till år tre planerades en relativt stor ombyggnation, där bland annat röntgenlab, administration och reception skulle förändras. I samband med det skulle avdelningens yta minskas. Anna och ledningsgruppen planerade också att kraftigt reducera antalet läkarrum och ytorna för dessa. Protesterna mot planerna för läkarrummen blev mycket kraftiga, vilket resulterade i att rummen fick finnas kvar, dock i en annan del av RA. Flera läkare skulle också få dela rum.

4.9. Vår år tre

Vid LEDU:s fjärde seminarium höll verksamhetschefen en inledning om Balanced Scorecard, något som andra delar av organisationen hade börjat arbeta med. Under diskussionen som följde undrade en läkare:

Vad behöver vi veta om detta? [...] vi behöver finnas i olika världar och bör nog göra det också... ... [det är] många ord, hänger inte ihop...

En annan läkare menade dock att detta var viktigt, hon ville veta mer och förstå helheten. Diskussionen fortsatte och en läkare menade att läkarsituationen var mycket bättre nu om man jämförde med tidigare då det var läkarbrist, men att man blev orolig för att ”ni”, vilket riktade sig mot ledningsgruppen, tror att läkarna har överkapacitet.

Gruppen fick göra en backspegel på de tre tidigare seminarierna. Kommentarer från läkarna löd:

”det var mycket ifrågasättande i början”

”vi har en tydlig bas för fortsatt arbete”

”det har varit ett bra forum för en frank och ärlig debatt”

”det som stör mig är importen av anglosaxisk terminologi”

(Fältanteckningar, januari år tre.)

Läkarchefen menade att det känts som en försöksmiljö, lite som Flugornas herre. Anna reflekterade över att gruppmedlemmarna hade varit misstänksamma över hennes roll i gruppen och att några sett det som att hon varit där för att bevaka.

Under samma seminarium, i januari år tre, presenterade jag under en dryg timme min empiri, analys och lite teori för båda grupperna, vilket gav mig värdefull återkoppling. Målet med presentationen var att väcka tankar och insikter om hur förändringsprocessen sett ut och vilken fas avdelningen nu befann sig i. Tanken var också att genom att tala öppet om beteenden och händelser kunna starta en diskussion.

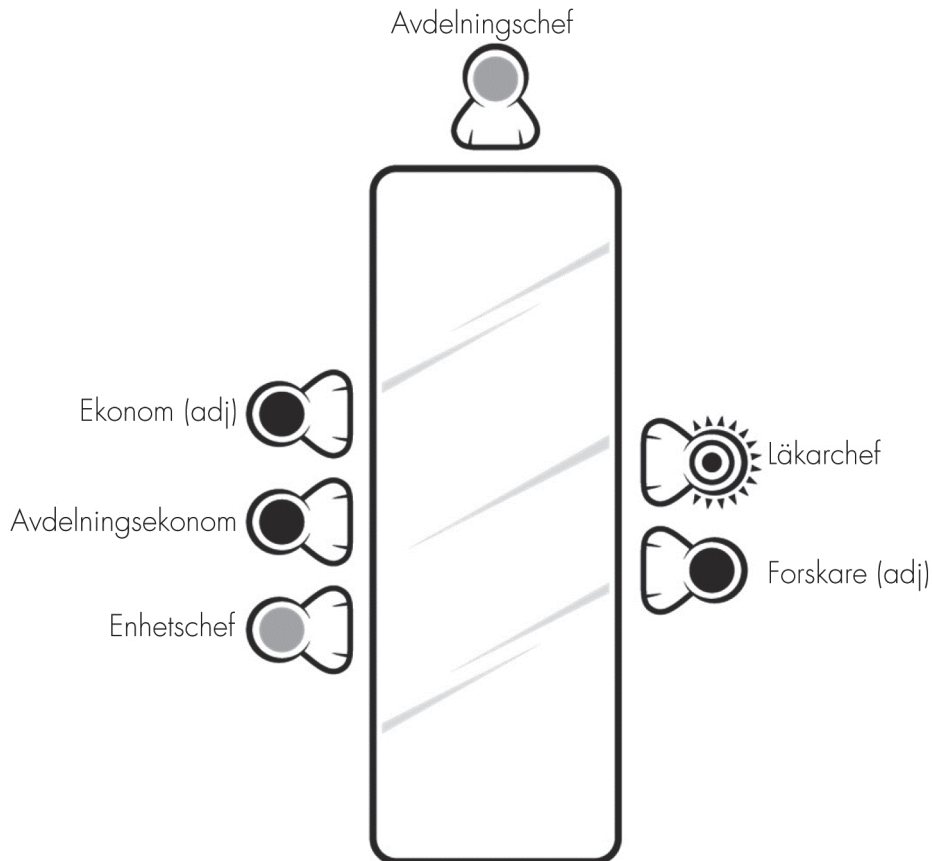
Jag inledde presentationerna med att berätta att det jag presenterar var identifierade, upplevda mönster, inte faktiska, baserade på intervjuer och observationer. Jag sade också att jag hade få teorikopplingar i nulä-

get, att jag anonymiserat mycket av materialet och att det jag publicerade också skulle vara anonymiserat. Jag bad deltagarna att ge mig återkoppling. Under presentationen var intressenivån hos de flesta hög och jag kunde se hur deltagarna nickade och skakade på huvudet i igenkännande/frustration/motsägande och en del kommentarer ledde till diskussion på plats.

Jag fick under den här perioden höra mycket om organisationen i stort, även enheter utanför RA. Jag besökte andra enheter och diskuterade med många medarbetare. Organisationen hade nu förändrats såtillvida att Johannas enhet inte tillhörde RA utan hade en egen ledningsgrupp. Johanna arbetade numera mycket med ekonomi- och produktionsmått i sin enhet och Anna uttryckte att hon var nöjd med sättet på vilket hon drev verksamheten.

Våren år tre var Anna inte längre med på RA:s ledningsgruppsmöten, då hon hade fått en mer övergripande chefsposition. Mötena leddes istället av Maria. Ledningsgruppen för RA var därför mindre sedan Amanda slutade och organisationsförändringen gjorde också att Johanna och en enhetschef inte längre var med i gruppen.

Figur 15. Ledningsgruppens sammansättning mars år tre.



I april år tre undrade Maria i en diskussion med mig varför RA hade så svårt att komma till avslut. Under ett ledningsgruppsmöte hölls en diskussion om Anna. Avdelningsekonomen Susanne, som var tillbaka i organisationen, tog upp vikten av att framföra att Anna var den som hade vänt förlust till vinst. Jag fick i samband med mötet reda på att Gustav hade pratat negativt om framför allt Anna och att han under en vecka på Enhet 1 sagt att han ville stanna kvar om Anna går.

Vid ett ledningsgruppsmöte för samtliga enheter som Anna var ansvarig för i slutet av april, berättade Anna att Gustav sagt upp sig via

mejl och att han ville bli av med alla ledningsuppgifter. Hon berättade också att läkargruppen ansåg att de inte fick vara med och fatta beslut. Anna ansåg å sin sida att läkargruppens deltagare själva inte ville vara med och delta i diskussioner om verksamheten som helhet. Hon upplevde att utvecklingen hade stannat av och det blev många ”brandkårsutryckningar”. Maria fick ta många frågor då läkarchef tillfälligt saknades. En relativt nyanställd läkare, Henrik, som haft chefsupdrag i andra verksamheter, bland annat tillsammans med Maria, var föreslagen som tillförordnad läkarchef. Han verkade också accepteras av läkargruppen. Anna berättade att det var viktigt att ledningsgruppen stöttade detta och menade att en orsak till att Gustav inte hunnit med sin ledningsuppgift var att han har arbetat mycket som läkare.

Henrik accepterade och klev på sin tillförordnade läkarchefsroll i maj. Maria och Henrik diskuterade metodansvariga sjuksköterskor och menade att dessa, trots LEDU, behövde mycket stöd i sitt ledarskap. Henrik berättade att Gustav inte lämnat över någonting till honom, det fanns alltså inget ”arvegods” att sätta sig in i.

Den tjugonde maj var det dags för sista mötet i LEDU, ett tvådagarsseminarium. Dag ett ägnades åt utbildning i patientmötet och föranledde inte särskilt mycket diskussion. Dagen avslutades med gemensamma aktiviteter och middag på konferensanläggningen. Dag två arbetade grupperna med gruppkontrakt och det blev mycket diskussion om hur arbetsplatsen borde vara. En av läkarna öppnade diskussionen med att det beteende som definierats på tidigare möten inte premierades i verksamheten, vilket läkaren Frida, som tidigare var medlem i ledningsgruppen, direkt sa emot. Den första läkaren svarade inte utan började istället småprata med en sjuksköterska som satt bredvid. Läkaren Sara menade att det handlade om inställningen till arbetet, där målet måste vara att ta gemensamt ansvar, något som hon ansåg att inte alla gjorde. Cecilia sa att ”den här kontraktsdiskussionen är lite konstig för sköterskegruppen – vi går igenom hur sjuksköterskor arbetar och agerar i lönesamtal och utvecklingssamtal.” En läkare tog då upp exempel från annat håll. I fältanteckningarna kommenterar jag att han inte tog upp Cecilias boll utan undvek diskussionen. Mot slutet av diskussionen menade en av läkarna

att han inte trodde att de kunde ha haft samma diskussion i höstas och att programmet medverkat till en större öppenhet. I diskussioner om vad IDI-testet hade gett tyckte Sara att det hjälpt henne förstå varför hon fungerade som hon gjorde i den här gruppen. En annan tyckte inte att det var någon större överraskning.

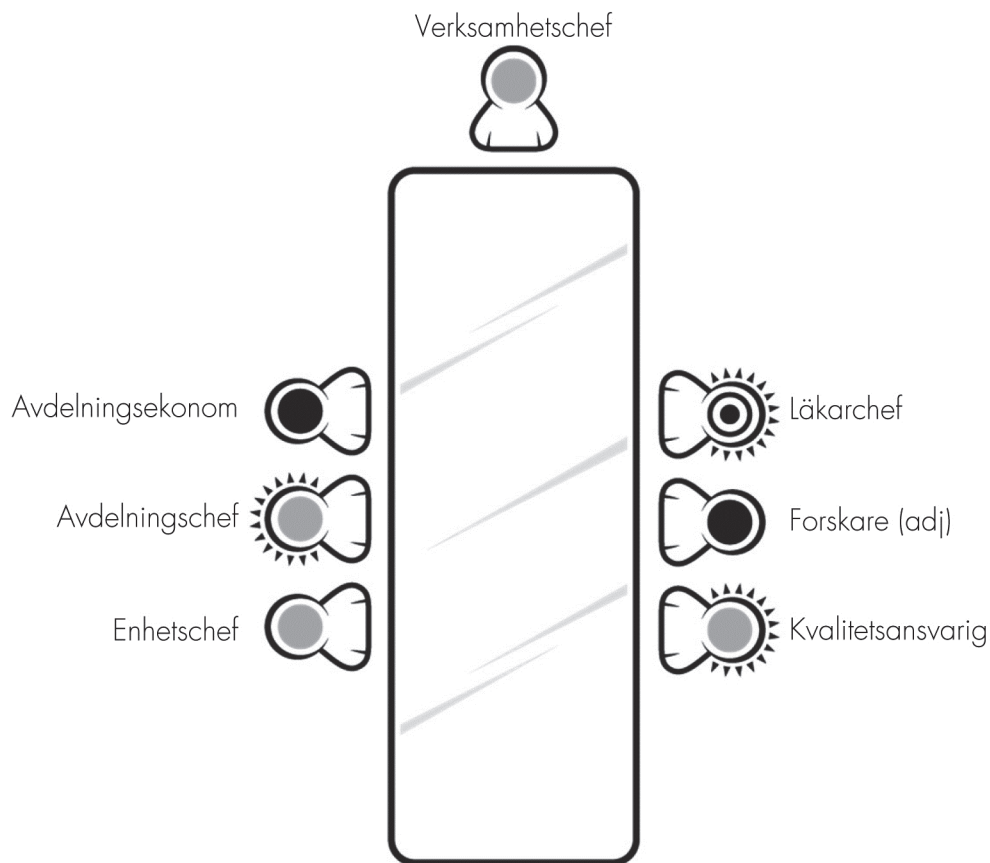
I början av juni år tre skickade Gustav ett, enligt min bedömning i fältanteckningarna, ”kraftfullt” brev i och med att han lämnade verksamheten. Brevet gjorde enligt samtal med Maria henne besviken, då hon uppfattade att Gustav såg henne som ”fienden”. När detta diskuterades på ett ledningsgruppsmöte ställde sig den nya tillförordnade läkarchefen Henrik på Annas sida. Mot slutet av mötet fastslogs att man i september måste arbeta med att få ihop gruppen.

I mitten av juni hölls sista ledningsgruppsmötet för Annas samtliga enheter, där man bland annat konstaterade att affärsutveckling och medicinsk utveckling skulle gå hand i hand. Anna sa också att våren varit hektisk.

4.10. Höst år tre

Den tillförordnade läkarchefen Henrik bestämde sig hösten år tre för att axla läkarchefsrollen fullt ut. Han berättade att han tyckte att rollen var intressant, att han såg utvecklingsmöjligheter och att han ville lära sig mer om nya områden. En stor händelse var också att Maria tog över som verksamhetschef. Hon blev den första verksamhetschefen på avdelningen som hade en bakgrund som sjuksköterska. Nu hade också två nya personer trätt in i ledningsgruppen: en enhetschef som var tänkt att ta över en del av Marias uppgifter, och en kvalitetschef. Ledningsgruppen såg därmed ut så här:

Figur 16. Ledningsgruppens sammansättning september år tre



Under hösten år tre kom arbetet med ombyggnationen av lokalerna igång på allvar. Det var en stor förändring av större delen av verksamheten som skulle genomföras: labstruktur, väntrum, reception, konferensrum, granskning och läkarrum. En projektorganisation skapades med Anna, Maria, en representant från sjukhuset och en från fastighetsägaren som styrgrupp. I projektgruppen återfanns större delen av ledningsgruppen, som också fick speciella ansvarsområden. Planen var att arbetet skulle påbörjas i november och slutföras i mars år fyra. Planerna föredrogs för en samverkansgrupp på samma sätt som vid övriga större för-

ändringar och ritningar hängdes upp så att all personal kunde se planerna. Ombyggnaden blev försenad, men ett halvår efter plan var ombyggnationen genomförd.

Under år tre till år fyra drev Henrik och jag tillsammans, på uppdrag av Anna, ett projekt som syftade till att undersöka nuvarande incitamentsmodell för läkargruppen och föreslå en ny. Upplägget var ambitiöst i omfattning och tid och Henrik valde att ta projektledarrollen. Jag var facilitator och noga utvalda läkare från olika delar av organisationen utgjorde projektgruppen. Högre chefer satt i styrgruppen och det lades mycket tid på att försöka få både projekt- och styrgrupp att höja blicken. Efter mycket diskussion med projekt- och styrgruppen om dolda agendor och misstankar om att detta var ett sätt att detaljstyra och kontrollera läkargruppen, blev det till slut en öppen stämning i projektgruppen, och gruppdeltagarna svetsades samman under projektets gång. Diskussionen om olika typer av system med individuell-, grupp- och avdelningsbonus avhandlades och en forskare togs in för att berätta mer om andra branschers system samt grunderna bakom incitamentssystem. Ett flertal andra enheter intervjuades, liksom externa parter. Jag reflekterade i mina fältanteckningar över Henrik och hans roll och tyckte det var ”roligt att se hur Henrik växer i projektledar/ledarrollen”. Jag var även positiv till hans sätt att använda projektmetodik och tyckte mig även se att han gjorde ett gott jobb som läkarchef.

Kommunikationen med övriga läkare var dock svår och vid ett par tillfällen fick projektdeltagarna själva sköta kommunikationen, utan vare sig projektledare eller metodstöd. Under dessa tillfällen kom en hel del protester som projektdeltagarna tyckte var besvärligt att hantera. Mot slutet av projektet anordnades en paneldebatt med fackförbund och experter sida vid sida med projektgruppen, som faciliterades av mig, filmades och dokumenterades. Anna var med, liksom representanter från högre ledningen. Hela RA var välkomna att delta och ett antal personer, främst läkare, var på plats. Flera känsliga frågor togs upp och besvarades av projektgruppen, experter, läkarchefen och Anna. Projektgruppen hade under arbetet fått träffa och även arbeta med styrgruppen, där man fick ventilera idéer såväl som orosmoln. Tanken var att paneldebatten

skulle ge samma möjlighet till övriga läkare. Mötet blev relativt uppskattat. Misstankar om dolda agendor och oro för konsekvenserna av ett nytt incitamentssystem kvarstod dock hos flera tongivande läkare. Trots det planerades piloter på rekommendation av projektgruppen och några intresserade läkare var redo att börja testa.

Nu stod det dock klart att läkarchefen Henrik inte var nöjd med sin roll, vilket var en av orsakerna till att rekommendationerna från projektet inte genomfördes vid detta tillfälle.

Den 25 augusti år tre hölls ett ledningsgruppsmöte med Annas enheter. Man konstaterade där åter igen att förändring tar tid, men att ”ekonomiskt tänkande” nu kunde ses som infört i verksamheten. Man konstaterade att rutiner måste uppdateras efter den digitalisering som genomförts och att ingen talade illa om organisationen, vilket sågs som en möjlighet för framtiden. Man önskade också en större öppenhet i gruppen. Som tidigare nämnts konstaterade läkarchefen Henrik att ingen längre sa något ofördelaktigt mot Anna och en ledningsgruppsmedlem såg Anna som en trygghet. Henrik menade att fler än tidigare nu tänkte ekonomi. I mina fältanteckningar från mötet tyckte jag att det var en trevlig inledning på mötet, som kändes öppet och okomplicerat, mycket välplanerat med en tydlig agenda och tillgängligt material. Jag skrev att uppgifterna blev mer och mer tydliga och att det var ”bra att låta saker ta sin tid”. I november år tre insåg jag att begreppet ”slimmad organisation”, som Anna använt många gånger, satt sig i organisationen och att allt fler faktiskt använde sig av uttrycket.

4.11. År fyra och epilog

Henrik fick en positiv start i sin läkarchefsroll och blev en tydlig del av ledningsgruppen. Han fick stöd i sin chefsroll, men valde ändå att lämna rollen under år fyra. Han lämnade även organisationen en kort tid därefter. Innan Henrik lämnade RA skrev han ett dokument som lednings- och läkargruppen fick ta del av, där han definierade de uppgifter och det

mandat som han ansåg att en läkarchef borde ha. Henriks frustration över att han upplevt att rollen urholkats och blivit otydlig syns tydligt. I slutet av fallstudien lämnar vi läkarchefsrollen med samma lösning som i början, då Johanna är tillförordnad läkarchef.

Ett par år efter det att jag lämnat RA hade antalet medarbetare varit stabilt under flera år. Personalomsättningen var också normal i jämförelse med liknande enheter. Ser man tillbaka på ledningsgruppen satt verksamhetschefen Anna på positionen en lång tid jämfört med de chefer som suttit åren före henne. Maria, som blev verksamhetschef efter Anna, var fortfarande kvar i rollen. Precis efter empiristudiens slut valdes en läkarchef: en respekterad radiolog från verksamheten. Han satt kvar som läkarchef under flera år och genomförde en rad förändringar tillsammans med verksamhetschefen. Ledningsgruppsmöten hölls regelbundet med ungefär samma agenda som skapats under Annas tid.

Det IT-system som införts fungerade väl och utvecklades kontinuerligt. Produktivitetsökningen höll fortfarande i sig och RA behöll den ekonomi i balans som Anna åstadkommit.

Jag fortsatte att hålla kontakten med flera av de mest framträdande personerna i fallstudien. Idag har flera av cheferna trätt in i nya roller där de hjälper andra sjukvårdsorganisationer att driva förändring i konsulterande roller, eller som chefer i olika organisationer. Jag kan konstatera att aktörerna inte bara påverkade förändringsprocesserna, utan att de i vissa fall ganska extrema förändringsprocesserna också påverkade dem i allra högsta grad. Flera har reflekterat över perioden. Någon har konstaterat att det var en märklig resa med ett gott resultat. En annan såg sin utveckling tydligt och att den kompetens som tillgodogjorts skulle kunna användas i andra organisationer.

De förändringar som genomfördes under fallstudien höll alltså generellt. Genom tillsättande av en sjuksköterska som verksamhetschef i kombination med en läkarchef, fanns möjligheten till nära kommunikation och ledarskap från sjukvårdsprofessionen.

5. Tematisk empirianalys

I detta kapitel analyseras empirin och presenteras i fem centrala förändringsteman. Varje förändringstema inleds med en sammanfattning av temat, följt av en beskrivning av bakgrundsförutsättningarna. I de olika temana integreras teoretiska perspektiv för att stärka och underbygga analysen. Sist i varje tema finns en konklusion och kapitlet avslutas med en sammanfattning. Hela kapitlet ligger till grund för den fördjupade analysen.

5.1. Introduktion

I empirikapitlet beskrevs empirin i kronologisk ordning som en berättelse och skildring av personers reaktioner, agerande och interaktion. Under analysprocessen arbetade jag med att jämföra citat från personer, dokument och fältanteckningar. Jag upptäckte att förändringarna på RA inte handlade om en förändring eller många orelaterade processer, utan om fem delvis parallella och delvis överlappande förändringsteman.

Dessa teman var inte valda och utmejslade av organisationen i förhand. Delar av förändringarna startades med en medveten avsikt hos initiativtagaren, som också planerade förändringen. Förändringarna hölls dock inte ihop som sammanhängande teman. Att identifiera dessa fem parallella förändringsteman bidrar till att belysa förändringens komplexitet och hjälper till att förstå hur en förändringsprocess kan gå till, i en kombination av planerad och framväxande förändring. Att följa ett tema i taget visar också att reaktioner i en förändringsprocess kan kopplas till en helt annan tid och förändring. Analysprocessen beskrivs närmare i metodkapitlet.

Tema 1 är *förändringsprocessen kring införandet av det digitala systemet*. Detta var Annas första uppgift. Digitalisering hade prövats tidigare med begränsat resultat. Förändringsprocessen bjöd på många tillfällen att studera aktörernas agerande och reaktioner. Även om själva planeringen och införandet var väl avgränsat i tid, hösten år noll till sommaren år ett, låg processen till grund för händelser långt senare i studien och påverkade även följande förändringsprocesser. Dramat i detta tema, det vill säga det som det mesta i temat kretsar kring, är själva förändringen av arbetsverktyget och hur processen kring detta hanterades.

Tema 2 är *förändring av lednings- och organisationsstruktur*. Detta temas huvudpersoner återfinns i ledningsgruppen men det handlar också om utvalda förändringsledare. Ledningsgruppens interna agerande och reaktioner utgör en del av dramat. Lika intressant är de förändringar i rol-

ler, ansvar och ledningsstruktur som ibland ledde till kraftfulla reaktioner från medarbetare. Tema två är vidsträckt men större delen avhandlar perioden år ett till år tre. Dramat består av förändringarna hos de personer som leder förändringen: vilka de är och uppfattas vara, hur de byts ut, men också att de förändras till sättet att vara och bete sig.

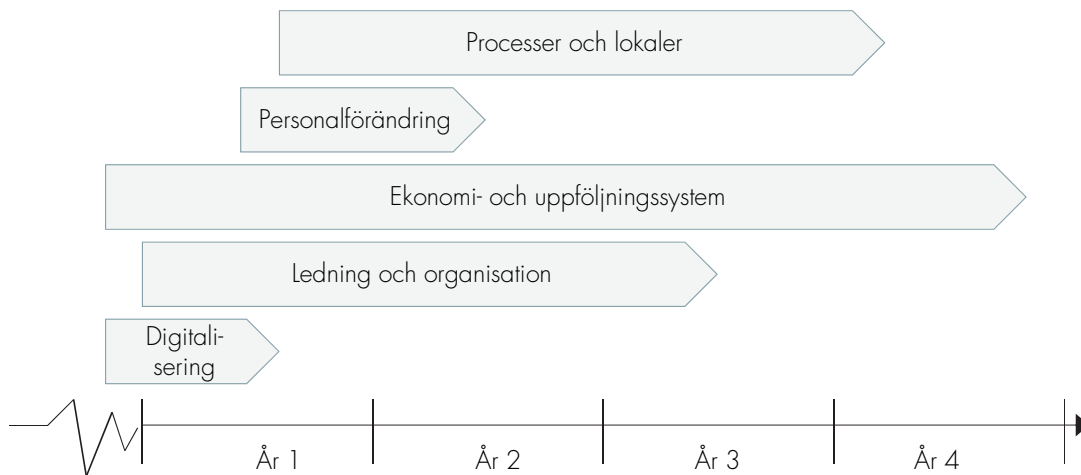
Tema 3 handlar om *införande och förändring av befintliga ekonomi-, uppföljnings- och incitamentssystem*, något som pågick under hela perioden. Redan innan fallstudien påbörjades hade det skett förändringar i styrning och uppföljning av ekonomiskt utfall. I temat finns försök att förstärka ekonomistyrningen, förbättrad produktionsuppföljning och försök till förändring av incitamentssystem. Det dramatiska med temat är inte systemen och uppföljningen i sig, utan det som förändringarna möjliggör: större transparens, ett nytt språk och kanske också nya värderingar. Det skapar spänningar och såväl positiva som negativa reaktioner och effekter.

Tema 4 består av *den korta period då en stor del av personalen berördes av uppsägningar*. Temat är av mer intensiv karaktär och utspelar sig främst under hösten år ett, men berör också våren år två, då många av de reaktioner som kom då var reaktioner på uppsägningsprocessen. Dramat kretsar kring förväntningar på och insikt om uppsägningarna och den faktiska förändringsprocessen i sig.

Tema 5 kretsar kring *förändringsprocesser på verksamhetsnivå och berör flödes- och processförändringar, samt förändringar i arbetsätt och lokaler*. Här finns bland annat initiativ som inte leder till förändring, men som återupptas och får effekt senare. Det finns också kraftfulla reaktioner på exempelvis lokalförändringar. Dramat handlar om att det är de dagliga arbetsverktygen som förändras, lokaler man rör sig i och processer man arbetar i, kort sagt mycket konkreta ingrepp i vardagsarbetet.

Bilden nedan visar när i tiden de olika temana i huvudsak utspelar sig:

Figur 17. Förändringsteman över tid



5.2.Tema 1: Införande av digitalt system (år noll till år ett)

Röntgenavdelningar runt om i Sverige och omvärlden hade påbörjat digitaliseringar en tid före år noll och RA hade vid ett par tillfällen gjort försök att digitalisera. Ett år före fallstudiens start lyckades man digitalisera Enhet 1, men då leverantören inte bedömdes klara av ett breddinförande stannade projektet av. Systemfunktionen godkändes men medarbetarna var missnöjda med delar av systemet och kostnaden blev högre än beräknat.

När beslutet fattades om en digitalisering av hela verksamheten hösten år noll, stod avdelningen utan en fast chef. Verksamhetschefsrollen hade en högre chef tagit på sig. Det rådde inget tvivel om att verksamheten var tvungen att digitaliseras. Utvecklingen inom radiologin gjorde det nödvändigt.

Anna anställdes med uppgiften och mandatet att genomföra digitaliseringen. Hon lyckades genom intensivt förankringsarbete få förtroende från läkarna. Ledningsgruppen såg ut att ställa sig på hennes sida och lita

på henne. Anna såg till att verksamhetspersoner blev inblandade i projektet, att en extern IT-projektledare med expertkompetens togs in och att projektet vidgades till att bland annat omfatta process och organisation.

Det visade sig snabbt att tid och kunskap att driva delprojekten inte fanns, att IT-projektledaren hade stor kompetens men samtidigt svårt att nå fram med kommunikationen. Utmaningarna i införandet av systemet blev större än förväntat. Idéerna om processutveckling och andra förändringar lades på is. Parallellt med detta kom krav från högre ledning på ytterligare kostnadsbesparingar, vilket Anna diskuterade med ledningsgruppen. Några veckor försenat infördes systemet lyckosamt, dock med mindre förändringar i processer och med viss frustration, främst från personer som varit inblandade i projekten.

Digitaliseringen av RA år ett hade stor påverkan på personerna på avdelningen gällande synen på och uppfattningen av förändringsprocesser. I och med att det var det första som Anna gjorde på RA kom det också att prägla hennes första period som chef.

Dramat i detta tema, det vill säga det som det mesta i temat kretsar kring, är själva förändringen av arbetsverktyget och hur processen kring detta hanterades.

5.2.1. Förändringsförutsättningar

Förutsättningarna för förändring på RA såg under hösten år noll inte särskilt lovande ut. RA hade i flera decennier letts av personer med hög professionell legitimitet. RA hade också haft en relativt låg personalomsättning och en upplevt lugn arbetssituation. Under senare år hade många diskussioner handlat om ekonomi och krav på effektiviseringar hade blivit vanligare, en utveckling som vid den här tiden inte var ovanlig i sjukvården (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000; Lindholm, 2003). Från att ha varit relativt förskonade från stora förändringar upplevde medarbetarna att förändringstakten hade ökat. I interna dokument kan man se att medarbetare upplevde att de mål som satts upp i förändringsprocesserna inte nåtts, att förändringarna inte genomförts fullt ut och att

kommunikationen lämnade mycket övrigt att önska. Flera chefer hade kommit och gått under en kort tidsperiod före fallstudiens början och flera förändringsinitiativ hade upplevts gått snett ur såväl medarbetar- som ledningsperspektiv. Neddragningen av personal året före fallstudiens start är ett sådant exempel, eftersom förankringen upplevts som dålig och resulterade i personalavhopp.

Medarbetare hade alltså lärt sig att förändringar inte föll väl ut, att de kommunicerades dåligt och den upplevda delaktigheten var låg. Kommentarer om verksamhetschefen året innan fallstudien började pekar också på ett lågt förtroende för ledningen. Det verkar ha lett till en känsla av att ”inget kommer att hända, det blåser över” var stark. Momentum för förändring (Ashforth och Humphrey, 1995; Eriksson, 2004) kunde därför förväntas vara lågt.

Från början var förändringen tänkt och kommunicerad främst som en IT-investering och driven av ett externt tryck på kostnadsbesparingar, vilket kan jämföras med teori E-driven förändring (Beer och Nohria, 2000). Fokuseringen på ekonomiska och tekniska frågor i digitaliseringsprocessens första steg hade delvis att göra med krav på sänkta kostnader och utvecklad teknik.

Teori pekar på att användarinvolvering och processutveckling i samband med införande av nya system är nödvändiga om förändring ska ske (Davenport, 1993). Fokus på IT och ekonomi speglades av den grupp som initialt satts samman för att utvärdera systemalternativen. Den bestod till största del av personer från staben, till exempel inköpsansvariga och personal från IT-avdelningen. Med detta val av personer riskerade man att inte få det deltagande av verksamhetsrepresentanter tidigt i förändringen som är så viktigt för att IT-förändringar ska kunna nå förväntad effekt (Markus och Robey, 1983; Venkatesh et al, 2003). Det handlade också om brist på förståelse hos högre ledning om vikten av att involvera verksamhetsrepresentanter och fokusera på processutveckling tidigt i processen. På RA var känslan av delaktighet troligtvis extra viktig, eftersom man, med tanke på tidigare dåliga erfarenheter från såväl andra förändringsprocesser som konkreta digitaliseringsförsök, kunde förutse en viss skepticism mot nya förändringar (Barley, 1986; Eriksson, 2004).

Sammanställningen av gruppen tyder också på en särkoppling mellan systeminvestering och verksamhetsförändring, samt mellan systeminvestering och genomförandeprocess, något som också riskerar att påverka resultatet negativt (Barley, 1986; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992). Brist på involvering kombinerat med tidigare dåliga erfarenheter från digitaliseringsförsök på RA, kunde ha lett till negativa konsekvenser av digitaliseringen.

Digitaliseringen var efterlängtdad och förhållandevis enkel att motivera. Tidigare försök till digitalisering hade misslyckats och medarbetarna på RA ville, liksom många andra röntgenavdelningar tidigare, ta steget in i den digitaliserade världen. Det pekar på att de var missnöjda med nuläget, en förutsättning för att större förändringar ska kunna genomföras (Eriksson, 2004).

I en förändringsovan organisation introducerades förändringsprocessen som fokuserad på IT och ekonomisk effektivisering. Även om själva digitaliseringen uppfattades som positiv var förutsättningarna för en samtidig verksamhetsförändring långt ifrån optimala.

5.2.2. God förankring och breddat fokus i IT-förändringen

En högre chef, John, tog tillfälligt över verksamhetschefsrollen, tills Anna anställdes som verksamhetschef. Det kan ses som ett försök från den högre ledningen att rekrytera en person med annan bakgrund för att hantera nya krav (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000; Westin, 2002), men det skapade onekligen reaktioner bland personalen. Greppet tyder dock på en viss insikt om förutsättningarna för förändring. Anna försökte skapa förtroende och legitimitet för sig själv och för IT-förändringen genom intervjuer och möten med främst läkargruppen, vilket tyder på att hon sett att läkargruppen var den dominerande professionen och att den därmed var viktig att få legitimitet hos (Freidson, 2001). Det såg till en början också ut att lyckas.

Trots att RA hade startat ett flertal förändringsprocesser de senaste åren verkade organisationen inte ha tillgodogjort sig egen kompetens i bland annat projektarbete. Det faktum att Annas första uppgift var att driva igenom digitaliseringen signalerar att satsningen på digitaliseringen var kraftfull. Annas beslut att direkt involvera personer från verksamheten för att öka kompetensen och möjligheterna till förankring bådade gott för förändringsprocessen. Det kan ses som ett tecken på förståelse för vikten av medarbetarnas delaktighet i förändringar. Genom att ta in läkare i projektet ökade möjligheterna att få bättre legitimitet för förändringen, inte minst då digitaliseringen vid tillfället sågs som ekonomiskt motiverad. Anna tog även in en extern IT-projektledare, Adam, som förväntades ha kompetens i såväl IT- som förändringsprojekt. Även detta lovade gott för förankringen i införandeprocessen och för informationssystemets förutsättningar att få den efterfrågade effekten.

Tillsättningen av Adam tyder också på att Anna såg vilken typ av kompetens som krävdes, till exempel vana att driva förändring i projektform (Garside, 1998; Zollo och Winter, 2002) och kunskap om IT kopplat till verksamhetsprocesser (Feeny et al, 1992; Lee, 1999; Mähring och Källberg, 2008; Peppard och Ward, 2004). Adam togs inte bara in för att han kunde projektledning. Anna förväntade sig även att han kunde ta en integrerande roll. Genom hans erfarenhet och personlighet var tanken att han skulle kunna vara en brygga mellan IT och verksamheten (Peppard och Ward, 2004). Anna hade förståelse för hur verksamheten skulle reagera på olika personligheter och perspektiv och beskrev Adam som en person som kunde passa in väl. Hon var också medveten om hans bristande röntgenkompetens.

Med Anna vid rodret höjdes ambitionsnivån dramatiskt. Förändringsinriktningen breddades med planer på förändringar i arbetsverktyg, processer, lokaler och ny utrustning. Det pekar på en större möjlighet att få effekt av digitaliseringen på processnivå (Brynjolfsson och Hitt, 1998; Davenport, 1993), det vill säga att man genom att kartlägga och förstå processer kan förändra arbetssättet. Teori säger att organisationen och teknologin påverkar och bör anpassas till varandra (Barley, 1986; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992). Redan den tjugonionde januari

år ett, samma dag som man hade information för hela avdelningen om digitaliseringsprojektet, informerade Anna ledningsgruppen om att organisationen skulle komma att behöva förändras i samband med digitaliseringen. Att Anna och delar av ledningsgruppen insåg vikten av att personer borde vara delaktiga i förändringen (Markus och Robey, 1983; Mähring och Källberg, 2007; Venkatesh et al, 2003) blev ännu tydligare i det uttalade målet att kommunicera och förankra samt att arbeta med projektgrupper under digitaliseringen.

Ekonomi var fortfarande en stark drivkraft. Eftersom RA hade ett tufft utgångsläge med röda siffror, handlade det till stor del om ekonomiperspektivet och att motivera till förändring. Det syns framför allt i Annas kommunikation med ledningsgruppen, men också i informationsmöten och i veckobrev, som tog upp det ekonomiska läget.

Sammantaget pekar tillvägagångssättet i början av digitaliseringen på stora möjligheter att få goda effekter av ett samtidigt systeminförande och process- och organisationsförändringar, trots det ekonomiska läget. Anna visade prov på insikt i förändringsledarskapets utmaningar och började bygga förtroende, bland annat i läkargruppen.

5.2.3. Höga ambitioner, optimism och delaktighet följs av fokus på systeminförande

Ambitionsnivån i planeringen och genomförandet av digitaliseringen var hög. Försöket att involvera verksamhetspersoner verkade ha lyckats väl under de första månaderna och under våren år ett påbörjades delprojekten om processer och bemanning.

Projektgrupperna i delprojekten visade sig dock inte leverera enligt plan. Såväl Anna som Adam upplevde att det hade mycket att göra med att medarbetare var mer vana vid att lösa snabba, akuta problem än att arbeta i projekt, en kompetensbrist som kan leda till problem i förändringsprocesserna (se exempelvis Mähring och Källberg, 2007; Zollo and Winter, 2002). Adam menade att medarbetarna bland annat hade svårt att använda projektverktyg och projektmodeller.

Inte heller den interna IT-organisationen levererade efter Adams förväntningar. Det visade sig också att datormognaden i verksamheten på vissa håll var mycket låg.

Konsekvensen av att medarbetarna var ovana vid projektarbete och av verksamhetens begränsningar i tid gjorde att Adam själv fick arbeta betydligt mer med projektgrupper och workshops under våren än planerat. Han uttalade sig tydligt om bördan och berättade att han var tvungen att facilitera de flesta seminarierna eftersom medarbetarna inte hade erfarenhet av att leda projektmöten, samla information och/eller strukturera materialet.

Under planeringen och införandet av systemet trodde Anna att IT-projektledaren skulle kunna axla rollen tillsammans med de utvalda personerna från verksamheten. Den forcerade tidplanen, som givet det externa trycket var tvungen att hållas, medförde begränsningar i möjligheten att förlänga projektet. Inom kort insåg man att tiden kombinerat med kompetensen för projektinvolvering inte räckte till, vilket bland annat gjorde att två läkare backade från sina uppdrag. När Anna och ledningsgruppen upptäckte att organisationen inte förmådde driva förändringarna samtidigt, främst på grund av brist på kompetens och erfarenhet i projektarbete, fokuserades förändringsprocessen till att enbart gälla IT-införandet och viss neddragning av personal. Majoriteten av projekten sköts på framtiden och den största kraften lades på att systemet skulle införas inom utsatt tid. Detta gick tvärtemot både teorin och Annas tidigare ambition om att samtidig förändring är det bästa. Givet att digitaliseringsförändringen hade ett tydligt momentum med höga förväntningar (Garside, 1998; Eriksson, 2004) kan detta trots allt ha varit ett bra beslut.

Även om Adam var en driven projektledare som såg till att saker genomfördes som planerat, visade det sig att även han hade tillkortakommanden i projektledarskapet. Ambitionsnivån var hög när han kommunicerade att alla medarbetare skulle få kontinuerlig information, exempelvis genom ett veckobrev. Men det blev aldrig någonting av ambitionerna. Kommentarer från Anna och medarbetare tyder på att de upplevde svårigheter i kommunikationen, vilket kan hänga samband

med Adams brist på erfarenhet vid att arbeta med förändringar i sjukvårdssektorn. I och med den låga datormognaden hos medarbetarna, men också mycket på grund av att medarbetare i en akutverksamhet av det här slaget inte var vana vid datorn som kommunikationsverktyg, fungerade mejl inte lika bra som Adam var van vid. Akut- och schemakaraktern gjorde det också naturligt svårt att samla medarbetarna till kommunikationsmöten.

De läkare som skulle arbeta mest i projekten nämns specifikt av både Anna och läkaren Sara. Anna och Sara anser att IT-systemets införande blev lyckat, men att några personer, främst läkare, inte levererade enligt plan. Sara var kritisk till såväl IT-projektledaren som de inblandade läkarna och sa att det fanns stora brister framför allt i informationsflödet och beslutsfattandet. De inblandade från läkarsidan hade inte lyckats föra informationen vidare till sin läkargrupp så att läkarna fick möjlighet att diskutera frågorna.

Den intensiva fas som IT-genomförandet innebar hade behövt tydligare kommunikation. Under införandet saknades en fast läkarchef och IT-projektledaren fick hantera mycket av kommunikationen. Adam kan därför ha hamnat i den roll som mellanchefer traditionellt har, som översättare mellan olika perspektiv (Zaccaro och Horn, 2003), från högre chefer till kortsiktiga mål och aktiviteter. Anna själv arbetade under denna period också mycket med information och kommunikation.

Ambitionen att förändra organisation, process och IT i kombination var god, men lyckades inte. Det berodde mycket på tillkortakommanden i projektledning och projektarbete. Det fanns även tecken på bristande kommunikation.

5.2.4. Ett fungerande system på plats i tid, men små förändringar i arbetsprocesser

Under våren år ett upplevde Adam att samarbetet med systemleverantören inte löpte smärtfritt, vilket ledde till merarbete och en hel del frustration. Det resulterade även i några uppskjutna deadlines. Adam lade ner mycket tid, vilket gjorde att införandet av systemet endast blev uppskjutet

en kortare period. Att lyckas med införandet på så kort tid sågs som en stor bedrift. Men införandet upplevdes som stressande och uppfattningen var att det fanns för få personer på plats i arbete under den första perioden. Efter införandet tog Adam ut en längre semester på Annas anmodan, eftersom han genom alltför långa arbetsdagar fått kompensera för den bristande projekterfarenheten i organisationen.

Beslutet att gå vidare med införandet av det digitala systemet, utan att genomföra stora processutvecklingar samtidigt, kan ha varit det enda möjliga givet begränsningar i tid och kompetens. Men det gav konsekvenser. I augusti år ett var de flesta mycket tillfredsställda med hur systemet fungerade, men frustrationen över att processer och rutiner inte hade arbetats igenom var stor. Ingen processförändring hade alltså genomförts i samband med IT-införandet för att säkerställa att systemet skulle bli accepterat och använt (Venkatesh et al, 2003). Efter någon dags inledande problem fungerade dock systemet som planerat, utan längre avbrott.

Enligt en utvärdering stod det klart att den största utvecklingsmöjligheten ansågs ligga i utbildning. Många upplevde den utbildning de dittills hade fått som snabb och otillräcklig. En undersköterska menade exempelvis att medarbetarna hade fått introduktion från leverantören men inte nog med utbildning, vilket gjorde att de inte förstod flödet i systemet. Hon uttryckte också missnöje för att ledningen inte hade fokuserat tillräckligt mycket på hennes grupp, som hade mycket av patientkontakten och som hon själv upplevde som hjärtat på avdelningen.

Läkare hade ända då från början varit med i förändringsprocessen, och trots att de själva valt att hoppa av projektarbetet kom det senare kommentarer om att vissa medarbetare, främst läkare, hade varit för lite inblandade i digitaliseringsprocessen. Händelserna på RA stärker den teori som säger att potentialen i IT-systemet bara kan utnyttjas då processerna arbetats om utifrån de nya förutsättningarna (Brynjolfsson och Hitt, 1998; Davenport, 1993). Det handlar om att designa och införa förändringar i processer som förbättrar arbetssättet, att se bortom avdelnings- och funktionsgränser och att se till att processen är effektiv givet

att patienten står i fokus (Davenport, 1993; Eisenhart och Martin, 2000; Markus, 2004; Modig och Åhlström, 2012).

Sättet på vilket som det nya systemet implementerades samt tillkortakommanden i projektorganisationen, gjorde att medarbetare upplevde att de ”drunknade” i många små och större förbättringsförslag, som i stor utsträckning gällde struktur- och processförändringar. Många ansåg att man borde ha åtgärdat dessa redan innan eller under införandet. Oavsett tillkortakommanden i förändringsprocessen - brist på kompetens för att lösa problemen, att man missat vissa delar i förberedelser och införande, att relationen till leverantören och dennes kompetens inte var tillfredsställande eller att projektledaren inte alltid kunde kommunicera - hade införandet lett till en stor nöjdhet med systemet. Ett allmänt missnöje kring förslag och idéer som det inte hände något med låg dock kvar och gnagde.

Det tekniska införandet av systemet lyckades väl efter extra arbetsinsatser. Men systemet, dess möjligheter och möjligheterna till samtidig förändring utnyttjades och förankrades inte.

5.2.5. Nöjdhet med systemet men inte med andra förändringar

Ledningsgruppen och Anna var dock medvetna om behovet av processförändringar. De kommunicerade att processutveckling skulle ske under hösten, samtidigt som de informerade om att organisationsförändringar i form av uppsägningar måste till. Under hösten år ett startades flödesgruppen, som skulle arbeta med processförändringar med representanter från alla yrkesgrupper. Processarbetet tog fart på allvar våren år två i ett projektsamarbete med sjukhuset. Mer om verksamhetsnära förändringar diskuteras i tema fem.

Superanvändargruppen, det vill säga de medarbetare som var experter på systemet, ändrade fokus i början av år två, från systemförvaltning till att förändra arbetssätt. IT-projektledaren Adam, som stannade i organisationen som inhyrd konsult en längre tid efter systeminförandet,

skulle tillsammans med den nya läkarchefen Gustav bli en del av gruppen. Adam skulle också komma att ta hand om den delen av läkarnas förbättringsförslagslista som handlade om IT-frågor, tillsammans med IT-frågorna från flödesgruppen. Först nu kunde man se att de konkreta förslagen gällande processförändringar på grund av digitaliseringen började arbetas med. Däribland hängningsprotokollen, de förbestämda sekvenser enligt vilka röntgenbilder ska hängas.

Utvärderingen av digitaliseringen våren år två visade att det skett processförändringar, eller snarare anpassningar vartefter, till systemet som samtliga yrkesgrupper tyckte påverkat arbetet till det bättre. Exempel på effekter var kortare väntetider och bättre arbetsmiljö för sjuksköterskor, stimulerande arbete och bättre diagnostik för radiologer, lätt hittade bilder för undersköterskor med mindre stress och lyft, samt lättare arbete för läkarsekreterare. En del av nackdelarna och utvecklingsmöjligheterna, som att patienter kunde missas i ankomstregistreringen, att systemet upplevdes som trögföränderligt, bristande möjligheter att jobba hemma, för kort utbildning och dåligt anpassade lokaler, kan till viss del ha att göra med bristen på processutveckling och genomtänkt arbetssättsförändring samt andra förändringsprojekt som lades ner.

I juni år två menade en läkare att det vore bra om det fanns en långsiktig plan, vilket han inte sett, exempelvis ”alla lab ska vara digitala om tio år”. Det visar på behovet av tydliga mål och också att ambitionen med ett sammanhållet förändringsprogram som Anna hade inte nådde ut eller inte hade mottagits.

Digitaliseringen gav upphov till successiva förbättringar i arbetssätt och arbetsmiljö. Men bristen på övergripande plan upplevdes frustrerande.

5.2.6. Digitaliseringen visar att förändring är möjlig och att en förändring ger förutsättningar för fler

Givet en kort deadline och alla historiska misslyckanden kan digitaliseringen ses som en framgång. Tidigare förändringsprocesser hade lett

till förändringströtthet och i och med tidigare teknikförändringsförsök var förväntningarna lågt satta. Det nya digitala röntgensystemet visade att planerad förändring var möjlig på RA, trots brister i införandet och att fokus smalnades av till endast IT-systeminförandet.

Denna förändring visade också att förändringar kunde genomföras mycket snabbt i verksamheten. Detta med en ambitiös plan för delaktighet och kommunikation, även om breddningen av förändringsagendan och kommunikationen inte lyckades fullt ut. Tre starkt bidragande faktorer till det lyckade införandet var att systemet var efterlängtat, att professionen själv fått delta i valet av system och att nöjdheten med det var stor. Utan den externa IT-projektledarens arbete och Annas lyckade ansträngning med att skapa förtroende i läkargruppen, hade förändringen förmodligen inte upplevts som så lyckad. Frågan är om den ens hade kunnat genomföras på det sätt som den nu gjorde.

Senare visade det sig att systemet även möjliggjorde andra förändringar i arbetssätt, men det var främst den praktiska, mycket tydliga förändringen i ett nytt, dagligt arbetsverktyg som gjorde det tydligt för medarbetare och chefer att det var möjligt att förändra verksamheten. IT-systemet gav senare även möjligheter till uppföljning av verksamheten och medarbetare. Konsekvenserna av den minimala processutvecklingen och att bland andra läkare inte känt sig delaktiga skulle synas i senare förändringsprocesser.

Forskare har tidigare visat att den typen av momentum som skapas när ny informationsteknologi introduceras i sjukvårdsorganisationer skapar möjligheter för ytterligare förändringar, exempelvis organisatorisk omstrukturering (Barley, 1986). Införandet kan också påverka gränser mellan administrativ och professionell kontroll över organisationsuppgifter, och i senare skeden även påverka maktbalanser (ibid). Förändring sker dock inte automatiskt, teknologirelaterade förändringsresultat kommer först i en komplex förändringsprocess som innefattar organisationen och teknologin (Lee 1999; Markus and Robey, 1988; Orlikowski, 1992). Teknikförändringen, som också ledde till nödvändiga anpassningar i arbetsprocesser, visade medarbetare och chefer att det är möjligt att förändra i denna verksamhet snabbt. Med andra ord: digitaliseringen kan

konstateras ha skapat momentum för förändring (Ashforth och Humphrey, 1995), tillräckligt med intresse hos medarbetarna och drivkraft för att förändringen kunde genomföras. Medarbetarna såg att förändring var möjlig i och med att systemet bevisligen fanns på plats bara några veckor efter utsatt tid. I och med att ”alla” var nöjda med att digitaliseringen blev av, att det gick snabbt och att det äntligen hände något, kunde problemen med den snabba implementeringen, bristen på kommunikation och samtidig processutveckling, överskuggas. Även Anna såg möjligheten i att utnyttja digitaliseringen som drivkraft till förändring:

Jag tror inte det hade varit möjligt att genomföra [...] processförändringar i den här verksamheten utan systemskiftet därför att man var tvungen att chocka organisationen. (Anna, verksamhetschef, intervju år två)

En annan positiv effekt av att genomförandet gick enligt plan var att förtroendet för Anna ökade i den högre ledningsgruppen. Det gav henne bra möjligheter att fortsätta förändringarna. Även medarbetarna verkade ha förtroende för Anna efter införandet.

Den lyckade digitaliseringsprocessen visade att förändring var möjlig och kunde vara positiv. Det gav ökat internt förtroende såväl som momentum för vidare förändringsarbete.

5.2.7. Sammanfattning tema 1

RA var en förändringsovan organisation som trots det såg fram emot digitaliseringen. Förändringsfokus upplevdes ligga på ekonomisk effektivisering och IT, och den initiala ambitionen att parallellt arbeta med nya IT-systemet, process och verksamhet fick överges mycket på grund av tillkortakommanden i projektledning och projektarbete. Systemets införande blev lyckat och gav senare upphov till gradvisa förbättringar. Det gav också momentum för vidare förändring.

5.3. Tema 2: Förändring av ledning och organisation (år ett till år tre)

Annas tankar om att organisations- och ledningsstrukturen borde förändras syntes tidigt i fallstudiens början, då hon pratade mycket om organisationsförändringar. Inte minst var Anna själv en del av förändringen i ledningsstruktur, som den första verksamhetschefen på RA som inte hade läkarbakgrund. Under åren skedde stora förändringar, bland annat revs den relativt nyinförda divisionaliseringen upp och externa personer rekryterades till positioner som avdelningschef och läkarchef. Vid fallstudiens slut hade nästan samtliga i den lokala ledningsgruppen bytts ut. Flera nya ledningspositioner hade tillkommit och gamla hade fallit bort. Vissa ledarpersoner visade sig vara mycket lyckade i sina nya roller medan andra inte blev långvariga.

Förutom individuellt stöd till ledare var den största satsningen på ledningsutveckling utvecklingsprogrammet LEDU. Initiativet kom från Anna och personalchefen som ett led i att utveckla verksamheten. Samtliga läkare och metodansvariga sjuksköterskor, ca 25 procent av medarbetarna, deltog i programmet.

Förändringen hade tidigare gått från det traditionella ”läkare som verksamhetschef med chefssjuksköterskor som sin högra hand”, till att vid studiens början ha en stor ledningsgrupp och vid slutet en mindre funktionell ledningsgrupp. Många upplevde troligtvis detta som temats största förändring.

Temats drama är det som utspelade sig i ledningsgruppen under åren, samt reaktioner från medarbetare, främst från läkargruppen, på förändringar i organisations- och ledningsstrukturen.

5.3.1. Förändringsförutsättningar

Under flera decennier hade RA haft läkare (främst manliga, disputerade radiologer) som chefer. De hade suttit länge på sin post, haft chefsskö-

terskor som sin högra hand och varit ansvariga för läkargruppen. Några år före fallstudiens början hade verksamhetscheferna suttit betydligt kortare tid på positionen och organisations- och ledningsstrukturen hade börjat förändras. Verksamhetscheferna var dock fortfarande radiologer.

Efter uppsägningarna av undersköterskor året innan fallstudien började (en process som enligt många medarbetare var dåligt planerad och kommunicerad) samt efter missnöje med de olika förändringsinitiativ som initierats och som inte upplevdes uppnå förväntade effekter, var frustrationen gentemot verksamhetsledare och högre chefer stor.

Flera uttalade sig också om att de upplevde att de som medarbetare inte kände sig delaktiga i beslut längre. Läkaren Jenny tyckte bland annat att man fokuserade på ekonomi, ”[man] pratar om brutto och netto... det är fel språk, en faktor man inte räknat med tidigare.”

Citatet från Jenny visar också på känslan av ett växande avstånd mellan ledare och medarbetare en tid före fallstudiens början. Det såg ut som att missnöjet vid den här tidpunkten riktades mot såväl verksamhetschef som högre ledning. Missnöjet manifesterades i ett brev till den högre ledningen, författat av huvudsakligen radiologer, i vilket de begärde verksamhetschefens avgång. Förtroendet för såväl lokala som centrala ledningspersoner var således lågt i början av studien och den så viktiga legitimiteten: att de drivande personerna har auktoritet (Scott, 1995), saknades.

Förtroendet för ledare var lågt och det fanns en tydlig signal att delaktigheten inte var hög och upplevelsen av avstånd mellan ledare och medarbetare var stor. Traditionen av disputerade läkare som chefer och en tilltagande känsla hos medarbetarna av brist på förankring och dialog präglade ledarskapet och organisationen initialt.

5.3.2. Ny ledare med annorlunda bakgrund ses som både positivt och negativt

Sommaren år noll tog ekonomen John över ledarskapet på RA. Han tillsatte en läkare som medicinsk chef och började leta efter en ny verksamhetschef. Eftersom han inte fann någon lämplig kandidat internt valde

han tillsammans med sin ledningsgrupp att rekrytera en extern person, Anna. Anna hade liksom John ekonomisk utbildning men hon hade också erfarenhet från att driva förändringsprocesser i sjukvårdsverksamheter. John menade att han insett läkargruppens särställning och hade blivit varnad för konsekvenserna av att anställa Anna. Han förankrade dock beslutet med läkargruppen. Anna hade i sin tur blivit förvarnad av John och av sin tidigare erfarenhet av vården och såg riskerna med att inte ha en läkar- eller sjuksköterskebakgrund. Men hon såg också att det fanns goda möjligheter till ett nytt ledarskap. Personalchefen Lisa trodde också att Anna skulle kunna bidra positivt.

Varningarna som Anna fick tyder på att flera i organisationen såg den stora risken för kontroverser gällande ledarskapet: att Anna som första fasta chef inte var läkare eller från en annan vårdprofession.

Att fokusera ensidigt på Annas bakgrund ger inte en helhetsyn på de berörda personernas syn på henne, lika lite som det är rimligt att behandla alla läkare som en homogen grupp. Däremot kan bilden av Anna och hennes ledarskap ha färgats av att hon tillhörde en annan yrkeskategori och därför tillskrevs mycket av hennes beteende hennes bakgrund. Personalchefen Lisa förstärkte den bilden när hon i en intervju i början av studien berättade om läkares ovilja att se andra än läkare som legitima chefer. Hon sa att läkare bara ”accepterar det egna skräet” och att de har svårt att acceptera Anna som chef.

Anna satsade mycket tid i början av sin period på RA, hösten år noll och våren år ett, på att bygga upp förtroendet i främst RA:s lokala lednings- och läkargrupp. Hon gjorde detta genom både möten och intervjuer. Stora insatser gjordes också för att öka förankringen i och acceptansen av förändringar i tidiga faser av olika förändringsprojekt, exempelvis i samband med temat ”införande av digitalt system”.

Annas och andra ledares förankringsarbete verkade göra att läkargruppen fick förtroende för henne och bilden av henne som chef under den första perioden var positiv. Bland annat togs beslutet om att avskaffa sektioneringen, det vill säga uppdelningen av avdelningen, emot väl. Läkaren Sara menade att stämningen var positiv när Anna kom, ”äntligen får vi en chef”. Hon sade också att läkargruppen hade en positiv bild av

henne, Anna lyssnade och upplevdes strukturera och förbättra verksamheten.

Annas bakgrund sågs således både som en för- och en nackdel. Avsaknaden av verksamhetskompetens i början av förändringarna gjorde att medarbetare kunde kritisera henne från ett annat perspektiv. De kunde försöka förklara och i vissa fall ursäkta mycket av hennes agerande med att hon inte såg det verksamhetspersoner såg, att hon inte förstod hur det kändes att verkligen arbeta i verksamheten. Detta trots Annas ambition att arbeta med att förstå verksamheten. Enhetschefen och tidigare verksamhetschefen, läkaren Johanna, menade att hon kunde prata med ”chefer däruppe”, men var samtidigt skeptisk till verksamhetsförståelsen:

Om man ska omorganisera – var då med och stå i skiten. Det är besvärligt att Anna inte förstår verksamheten, hon har aldrig haft jouten. Hon förstår ändå ganska bra, men... känner inte till ångestbesluten, kompetenshetsen – vetskapen om att konsekvenserna blir så stora om man gör en felbedömning. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

En utifrån kommande chef med icke-traditionell bakgrund väckte skepsis och ledde till viss brist på förståelse, men man såg också fördelar med en annan kompetens och att få en tydlig chef. Annas satsning på förankring verkade ge henne förtroende.

5.3.3. Det annorlunda ledarskapet ger resultat och reaktioner i förändringsprocesserna

Anna konstaterade själv under år ett, och även senare, att läkargruppen kände pressen från förändringsprocesserna och att de upplevde att de hade mindre inflytande än tidigare. Hon visade insikt i att förändringsprocessen inte skulle bli lätt då hon hösten år ett skrev till den högre ledningen att förändringsprocesser på RA hade upplevts som jobbiga och måttligt lyckade de senaste åren och att det därför krävdes större insatser. I och med det höga förändringstrycket förväntades protester.

Det är lätt att söka bekräftelse på motsättningar, men många var också positiva till Annas sätt att leda och driva förändringar. De koplade inte ihop det drivet med just den annorlunda bakgrunden. Många ansåg att Anna hade förståelse för att det finns andra perspektiv i sjukvården, bland andra personalchefen Lisa. Hon berättade att hon såg Anna som en främmande fågel som tillförde något nytt i förändringsprocesserna: en ny värld. En av läkarna tyckte att Anna var stark och att förändringsprocessen genomförts snabbt. Hon var imponerad av Annas beslutsamhet och målmedvetenhet och menade att det var en förutsättning för genomförandet.

Synen att det finns olika perspektiv i förändring delas också av läkaren Sara, som uttalar sig om ekonomer som kommer in i vården och ser det som att de nya bör lyssna på dem med erfarenhet, som läkarna:

Det finns en stor förväntan: då man jobbar i medicinsk verksamhet och det kommer in ekonomer – då är det ekonomerna som bör lyssna, för vi kan verksamheten och ”har haft det på ett sätt i hundra år”, vill man göra på annat sätt så får man ta till sig det som finns. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Tydliga åsikter om hur ledningen av verksamheten ska gå till och vad som är viktigt att tänka på som i förändring sjukvården hittade jag också hos personer som inte var läkare, som avdelningschefen och sjuksköterskan Amanda och avdelningsekonomen Susanne. Ett exempel är då Amanda menade att Anna gick fram för hårt och att man måste förstå läkarnas drivkrafter för att inte trampa på ömma tår. Amanda delar inte bara läkaren Saras tankar om att personer som inte har sjukvårdsbakgrund måste lära sig att förstå verksamheten när de kommer, utan gör också en analys av läkargruppens ledarskapssyn och jämför med lärare:

Om man ska förändra ett hundraårigt beteende måste man tänka efter... Anna är inte alltid smidig. Läkare har alltid sett sig som födda ledare, men de är otroligt dåliga på att organisera sig, [de är] enorma paragrafryttare. [...] En viktig del är att ha kvar deras status [...] inte som för exempelvis lärare, där man har tagit bort statusen. (Amanda, sjuksköterska och avdelningschef, informellt samtal, januari år två.)

Amanda hade också starka åsikter om läkares förhållande till andra yrkesgrupper och gick långt i sin analys av den, när hon säger att läkare endast är lojala mot sin egen grupp och inte mot exempelvis sjuksköterskor.

Under ett samtal på LEDU som handlade om ledarskap och förändring, nämnde den inhyrda konsulten att ”ett företag i kris hittar gärna en yttre fiende”, vilket till stor del syftade på Anna. Han sade också att känslor måste lyftas upp och processas, exempelvis känslor för den förändring som skett. Konsulten utmanade en kritisk läkare och menade att det inte var konstruktivt att bara diskutera Annas roll när man pratade om ledarskap och ansvar för förändringar. Det tyder på att man hittat ett sätt att arbeta med denna fråga under LEDU. Vid ett läkarmöte år två menade en läkare att ekonomerna numera styr och att läkargruppen upplevdes vara negativ mot högsta chefen och förändringens ”ekonomiska fokus”.

Det annorlunda ledarskapet togs också upp under ett ledningsgruppsmöte hösten år två, där avdelningsekonomen Susanne tog upp vikten av att framföra att Anna var den som hade vänt förlust till vinst. Det visar på hennes lojalitet mot Anna och känslan av vikten att lyfta fram resultat. Under våren år tre konstaterade Henrik också en förändring i attityden mot Anna, då han menade att kritiken hade dämpats. Susanne menade också att Anna innebar en trygghet, vilket ska ses i ljuset av att det vid den här tidpunkten generellt var turbulent i de högre ledningsskikten.

Sara, Johanna och till viss del Amanda visade att den utveckling som skett i sjukvården i Sverige också skedde och kunde observeras på RA, där ”ekonomismen” gjorde sitt inträde, marknadsekonomin trädde in (Axelsson, 2000), affärslogiken utmanade den professionella logiken (Lindholm, 2003), maktdistributionen började förskjutas till den ”manageriella” sidan (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000) och där så kallade administratörers makt ökade på bekostnad av den medicinska professionen (Axelsson, 2000).

Anna var precis som John från ”Control”-världen (Glouberman och Mintzberg, 2001a) och kunde därför ses som ytterligare en representant för administratörerna och deras affärslogik (Axelsson, 2000; Lindholm, 2003). Med de nya systemen kunde Anna dessutom införa nya kontroll-

modeller (Lindholm, 2003) och förändra den medicinska professionens dominans (Boureault, 2005). Eftersom Anna, med hjälp av sin ledningsgrupp, behövde översätta ekonomiska krav till något mer konkret som medarbetarna kunde relatera till, kunde hon också ses som en mellanchef, (Embertson, 2006; Zaccaro och Horn, 2003). Amandas analys om att läkargruppen måste få behålla sin status visar att flera på RA analyserade situationen väl i linje med professionsteori.

Man kunde ana en skepticism gentemot personer med annan bakgrund, kanske främst ekonomer, som inte ansågs förstå verksamheten. Sara kunde också sägas uttrycka en syn på att läkare bör leda. Läkargruppens uttalanden om Anna och hennes ledarskap såg ut att till en viss utsträckning grundas i bedömningar av hennes bakgrund. Gruppen upplevdes vara negativ mot ett ekonomiskt fokus, något som kan ses som ett uttryck för en oro över att makten började förskjutas till den administrativa hierarkin (Abbott, 1988; Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000).

Man kan se en tydlig utveckling från början till slutet av fallstudien: skepticism blandat med försiktig optimism i början, följt av en turbulent förändringsperiod och senare protester. Mot slutet av perioden tyder uttalanden på att det fanns en acceptans och uppskattning för ett nytt perspektiv och en ny typ av chef med annorlunda bakgrund, även om skepticismen kvarstod hos flera.

5.3.4. Förändringar i ledningsgruppen

Redan ett par år före fallstudien kom man genom ett projekt fram till att både organisationen och ansvarsförhållandena var otydliga och att ledningssituationen på RA var svår. Detta bekräftades i en intervju med den dåvarande verksamhetschefen, som såg som en av avdelningens största utmaningar att hitta fungerande ledare. Vid samma tidpunkt tillsattes en högre chef och man skapade för första gången en ledningsgrupp. Den traditionella strukturen, med en radiolog som verksamhetschef och medicinskt ansvarig, som ledde verksamheten tillsammans med två chefs-sjuksköterskor, bröts.

Anna ärvde hösten år noll inte bara en utan två ledningsgrupper. Om man ser på yrkesgruppsrepresentation dominerade läkarna i den

”lilla” ledningsgruppen, med fem av tio platser. Av övriga var två sjuksköterskor, en läkarsekreterare och två hade motsvarande samhällsvetarbakgrund: en ekonom och en personalvetare.

Efter det att Anna tillträtt förändrades den lokala ledningsgruppens sammansättning vid ett flertal tillfällen, både till antal och personers bakgrund. I mars år ett hade Anna minskat ledningsgruppens medlemmar från fjorton personer i den större ledningsgruppen till tolv, då en sjuksköterska och en läkare hade utgått. Arbetet med att förändra ledningsgruppen fortsatte och ett år senare hade gruppen tio medlemmar. Våren år två, när Peter lämnade ledningsgruppen – enligt egen utsago i protest men enligt Anna i samförstånd – märktes att åsikterna om ledningsgruppens sammansättning var många även hos medarbetarna. Förmodligen påverkade Peters situation till exempel uttalandet från Sara, om att gruppen var anonym för läkarna som inte tyckte att de hade någon relation till personerna i ledningsgruppen:

[...] för det första är ledningsgruppen helt anonym för oss. Peter, som var vår enda representant där, har blivit sparkad därifrån och nu sitter det folk som vi inte känner och som vi... ja, som vi inte har någon relation till. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

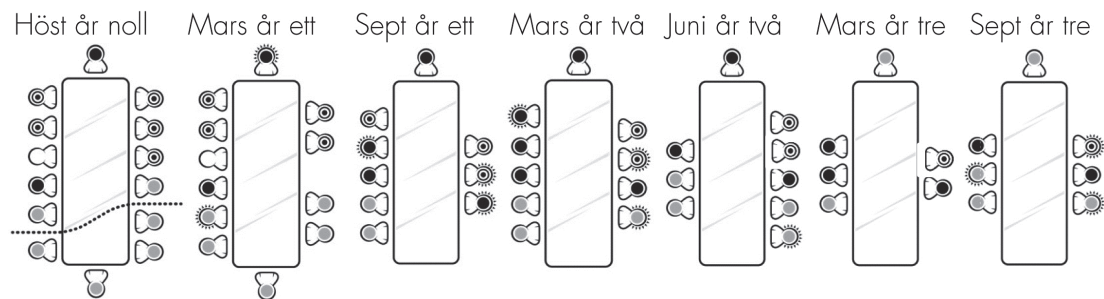
Uttalandet tyder på att ledningsgruppen hade svårt att profilera sig, men kan också ses som en läkares svårighet att knyta an till andra än läkarrepresentanter i ledningsgruppen. Att vara ”representerad” i ledningsgruppen var viktigt och kan till viss del ses som en motsats till Annas syn på det gemensamma ansvaret för avdelningen.

I mars år tre bestod ledningsgruppen av sex personer, varav två sjuksköterskor (enhetschefer), en läkare (läkarchef), en avdelningsekonom och två adjungerade ekonomer. Sjuksköterskan Maria ledde gruppen och Anna, i sin nya övergripande roll, var inte längre med på lokala ledningsmöten. Rollerna i ledningsgruppen stabiliserades och förutom att ett par roller bytte namn skedde minimala förändringar i medlemsantal och roller under resten av fallstudien. Personmässigt återstod endast två personer från den ursprungliga ledningsgruppen när vi befinner oss i te-

mats slut, slutet av år tre: avdelningsekonomen Susanne och sjuksköterskan Cecilia.

Nedan visas förändringen av ledningsgruppen i en figur. Här ser vi att läkarna dominerade den mindre ledningsgruppen hösten år noll och hur personer med samhällsvetarbakgrund, som ekonomer, ökar på be- kostnad av läkare, något som kulminerar mars år två. I mars år tre börjar ledningsgruppen finna sin slutliga form.

Figur 18. Ledningsgruppens sammansättning under hela perioden



Även om förändringarna kan ses som stora under åren kom Anna med tiden att arbeta med en ledningsgrupp med en läkarchef, enhetschefer som samtliga var sjuksköterskor och en avdelningsekonom. Det kunde anas redan i de första förändringarna, då läkarsekreteraren togs bort och en ekonom introducerades. Andelen personer med bakgrund inom ekonomi eller liknande växte, vilket kombinerat med andra faktorer, som avdelningens dåliga resultat, Annas egen bakgrund, sjukvårdens förändringar och nya uppföljningsmöjligheter, ledde till större fokus på ekonomiska frågeställningar i ledningsgruppen, men också till en snabbt ökad förståelse för ekonomi hos de som satt en längre period i ledningsgruppen.

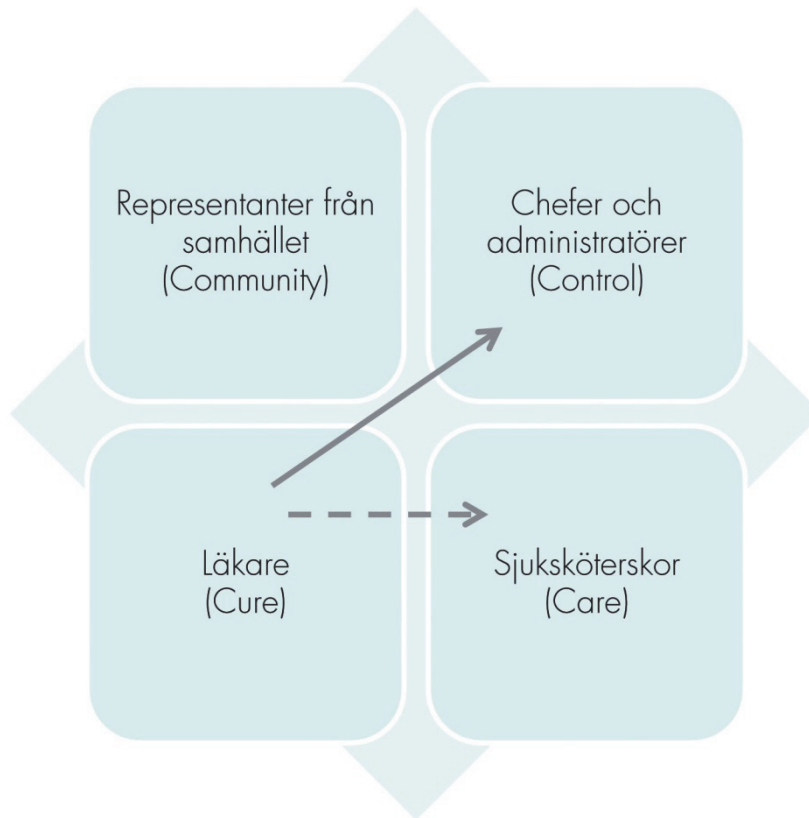
I en krissituation, som många medarbetare förmodligen tolkade de intensiva förändringsprocesserna på RA, ges mellanchefer ofta en specifik roll, givet deras unika tvåvägsperspektiv (Zaccaro och Horn, 2003). Mellanchefernas uppgift blir att översätta de ofta skiftande prioritering-

arna från högre chefer till kortsiktiga mål och aktiviteter. De kan således fungera som kommunikatörer och deras roll är ofta underskattad i sjukvården (Embertson, 2006). Mellancheferna kan också ta hand om de känslor som uppkommer i en förändringsprocess (Huy, 2002). Avdelnings- och enhetschefer, som spelade en stor roll under samtliga förändringsprocesser, kan ses som mellanchefer på RA. Dessa chefer var i stort sett uteslutande sjuksköterskor och hade dessutom tidigare ofta haft rollen som chefsjuksköterska, vilket borde ha borgat för ett stort förtroende och en viss trygghet. Mycket tyder dock på att de istället sågs som en del av ”de andra”, som ledningsgruppsmedlemmar. Det syntes inte minst under digitaliseringen och i projektet som syftade till att ta fram nya incitamentssystem för läkare. Enhetscheferna kom senare att spela en viktig roll i förändringen, som tolkare av de behov som medarbetarna uttryckte och som översättare av budskap från den högre ledningen och från Anna. Anna själv arbetade mycket med information och kommunikation samt med att försöka översätta mellan personer, däribland projektledare, med olika bakgrunder.

Det faktum att disputerade radiologer hade varit verksamhetschefer i decennier hade gjort att läkarprofessionen dominerande i maktsammanhang. Det professionella hierarkiska systemet, där professionen är i kontroll, var därmed starkt (Freidson, 2001; Bourgeault, 2005). Vid förtroendekrisen i juni år två blev det tydligt att läkargruppen och andra på RA tyckte att denna maktfördelning var olycklig. Formuleringen i protestbrevet om att den professionella kunskapen ifrågasattes tyder på att läkarna stod bakom brevet och tyckte att deras inflytande minskat. Inte minst kravet på förändring i maktbalansen kombinerat med avslutningen: att man hade fullt förtroende för läkarchefen, visade tydligt att man som läkare ville ha större möjlighet att påverka, även om man inte skrev det rakt ut. De så kallade administratörernas ökade makt och marknadsmekanismerna som införts, ”ekonomismen” av sjukvården som var tydlig under den här perioden (Axelsson, 2000) visade sig också på RA. Det skapade protester i läkargruppen, som till synes fick ge upp en del av sin makt. De förändringar som pågick på RA höll på att hända på flera ställen i vården vid den här tiden och går i linje med beskrivningen av

förändringen av sjukvårdens struktur, där först politiker men sedan även chefer och administratörer tog över mycket av styrningen (se exempelvis Axelsson, 2000). Bilden nedan visar hur makt förs över från läkare till Control-världen (Glouberman och Mintzberg, 2001a) och att även Care-världen, främst sjuksköterskor, fick en något större roll. På RA hade sjuksköterskorna en tydlig roll i ledarskapet i förändring, inte minst i slutet av fallstudien då en sjuksköterska tog över verksamhetschefsskapet.

Figur 19. Överföring av fokus från Cure till Control och Care



Den största förändringen i ledarskapsstrukturen var att verksamhetschefen inte längre var läkare. Det var en uttalad och väl genomdiskuterad förändring som också läkargruppen hade fått ta ställning till. I det läget torde alltså åtminstone den kognitiva tilliten till den nya chefen (McAllister, 1995) och även legitimiteten (Scott, 1995) ha varit tillräcklig. Föränd-

ringarna i ledningsgruppen kunde dock ur professionssynpunkt upplevs vara dramatiska och svårare att acceptera. Att andelen läkare krympte och att det fanns en oklarhet i varför Peter lämnade ledningsgruppen kan ses som ett tecken på att det administrativa systemet, den administrativa hierarkin (Abbott, 1988) stärkte sin position.

Ledningsgruppens sammansättning genomgick ett antal förändringar, men tog en tydlig riktning mot en större roll för det ekonomiska/administrativa perspektivet. Mellanchefernas nyckelroll och samtidigt utsatta position blev tydlig. Professionerna, framför allt läkarna, upplevde en försvagad ställning, även om förändringen till viss del upplevdes som förankrad och legitim.

5.3.5. Läkarchefer har svårt med sina dubbla roller som läkare och chefer

Hösten år noll, då beslut fattades om digitaliseringen, hade RA en tillförordnad läkarchef. Denna chef hade haft rollen förut och hade förtroende i läkargruppen. I samband med att beslut fattades om omstruktureringen under sommar/tidig höst år ett, ansåg Anna att det behövdes en fast, drivande läkarchef. Hon anlät därför en radiolog från annan ort, med, som hon upplevde, gott rykte som läkarchef. Läkarchefen själv, Magnus, talade i visionära termer, diskuterade produktivitet och kvalitet och även prestationslöner.

Magnus ansåg att läkargruppen var avvaktande men att många ville vara med och förändra. Till en början verkade han mötas med respekt men också med viss skepticism. Efter en kort tid fick han dock lämna läkarchefsrollen, bland annat då han kommunicerat felaktiga uppgifter och upprört delar av läkargruppen. Efter den mycket tillfälliga läkarchefen blev Johanna, läkare som tidigare varit tillförordnad läkarchef, fast läkarchef, till dess att man funnit en mer permanent lösning. Detta var första misslyckandet i att hitta en långvarig läkarchef, ett arbete som fortsatte under hela perioden.

Under resten av perioden bemannades läkarchefspositionen huvudsakligen av två externt rekryterade läkarchefer: Gustav och Henrik. Ett

par tillfälliga läkarchefer från den befintliga läkargruppen bemannade tjänsten vid enstaka tillfällen. Både Gustav och Henrik visade liknande tendenser som den första läkarchefen hade gjort, om än i ett längre perspektiv. Till en början tyckte Anna att de gjorde bra ifrån sig och att de var goda representanter för ledningsgruppen. Successivt förändrades dock läkarchefernas inställning till Anna och i vissa fall också till hennes (och ledningsgruppens) förändringsagenda.

Gustav, som tillträdde under tidig vår år två, såg till en början ut att kunna balansera läkargruppens önskemål och diskussioner med Annas och ledningsgruppens krav. Ett tydligt exempel på att Gustav också såg sig som en del av ledningsgruppen var vid ett ledningsgruppsmöte efter kick-offen mars år två. Läkargruppen hade då uttalat sig negativt mot en högre chef och en läkare menade att denne chef ”inte begriper sig på röntgenverksamhet”. Gustav ställde sig däremot positiv till samma chef och såg andra sidor. Samma vår menade Gustav att det var mycket intressant att se över bemanning kontra produktion på RA, ett tecken på nytänkande och förståelse för ett annat perspektiv. Själv sa Gustav, när han presenterade sig på det första informationsmötet, att det skulle bli spännande att bli en del av RA. Amanda sa på samma möte att Maria och Gustav var pusselbitar som fallit på plats. Anna tyckte att Gustav uppfyllde förväntningarna och att han fungerade i relationen med läkargruppen.

Gustav var fortsatt positiv under våren och menade vid ett ledningsgruppsmöte att högre chefer förmedlade något positivt, till skillnad från läkargruppen i stort, som var skeptiska mot både ledarna och ”ekonomiandan”. Kort därefter, på konferensen i maj, tog dock Gustav upp att han kände att något var fel.

Det protestbrev som kom i juni år två riktade sig till delar av den högre ledningen samt till Anna/läkarchefen. Brevet skrevs av läkare och viss övrig personal och var starkt formulerat. Det handlade om en djup förtroendeklyfta och om olycklig eller brist på maktfördelning. Brevet tog upp att medarbetare upplevde att beslut fattades utan förankring, ifrågasättande av professionell kunskap och dålig arbetsmiljö. Författarna av brevet krävde en förändring i maktfördelningen, underförstått i läkarche-

fens riktning då man menade att man hade fullt förtroende för honom. Anna tolkade situationen som att medarbetarna föredrog läkaren Gustav som verksamhetschef före henne. Under informationsmötet som följde efter brevet blev det tydligare att initiativet kommit från läkargruppen, då en medarbetare undrade varför läkarna inte kom eftersom ”initiativet är från dem”.

Gustav skrev vid samma tidpunkt ett eget brev. Det handlade om lågt förtroende för såväl lokal ledningsgrupp som för högre ledning. Gustav menade att han själv saknade mandat att utveckla läkargruppens arbete. Han uttryckte bland annat att han och Anna hade olika värderingar och synsätt bland annat gällande personers kompetens och arbetsmoral. Gustav skrev också att arbetssituationen var pressad, personalen var inte delaktig i pågående projekt, uppsägningarna hade dränerat energin och servicenivån mot kund hade försämrats.

Förtroendekrisen var ett tydligt ifrågasättande av Annas ledarskap. Trots den till synes lugnande effekt som informationsmötet några dagar efter brevet verkade ha, hämtade sig aldrig relationen mellan Anna och Gustav riktigt. Gustav markerade vid flera tillfällen att han, till skillnad från tidigare under våren, var en del av läkargruppen snarare än ledningsgruppen, bland annat genom att sätta sig med kollegorna istället för med programledningen, som han tillhörde, under ett LEDU-seminarium i oktober år två. Under samma möte, när Anna presenterade budgeten, ifrågasatte han delar av presentationen, något som kunde tolkas som att han varken hade satt sig in i tidigare budgetdiskussioner eller höll med Anna i det hon sade. Gustavs dubbla tillhörighet och lojalitet blev synligt vid samma tillfälle, då en av läkarna menade att Anna bara brydde sig om pengarna. Gustav klev in i diskussionen och sa att han och Anna arbetade med att definiera gränser. Detta var ett tecken på Gustavs tidigare positiva inställning att lösa situationen tillsammans.

Under LEDU menade delar av läkargruppen att de saknade ledarskap av ”handledartyp” och att de ansåg att läkarchefens relation med Anna fortfarande var otydlig. Anna menade då att cheferna skulle träda fram och ta ansvar och konstaterade att det är svårt att leda individualister, som läkargruppen var ett exempel på. Läkargruppen visade även på

självinsikt och menade att man var artig i möten och inte alltid tog upp kritik och frågor och att man behövde hjälp med att komma vidare. De menade dock att situationen blev bättre och det fanns gemensamma mål. LEDU var en del av att synliggöra och diskutera olika frågor och här lyftes diskussionen.

Relationen mellan Anna och Gustav blev inte mycket bättre. Gustav sade upp sig via mejl i april år tre och ville bli av med alla ledningsuppgifter.

Våren år tre blev Maria tvungen att ta många frågor, eftersom en ny läkarchef ännu inte hunnit ta plats. En relativt nyanställd läkare, Henrik, som haft chefsuppdrag i andra verksamheter, tog över som läkarchef och verkade accepteras av läkargruppen. Henrik klev in i sin tillfälliga läkarchefsroll i maj år tre, för att senare bli fast läkarchef. Han konstaterade att överlämningen från Gustav inte hade varit bra.

Henrik hade haft möjlighet att studera Gustavs och andras beteende och utmaningar under en period innan han tog över chefsrollen. Under en längre period var han tydlig med att han ville lära sig mer och utvecklas inom nya områden. Han ville ta en tydlig projektledarroll i incitamentsprojektet, fick mig som metodstöd och växte i rollen. Incitamentsprojektet var en utmaning men Henrik satt kvar som projektledare och projektgruppen fick, efter mycket diskussion bland annat om dolda agendor, ett bra arbetsklimat. Henrik verkade också se sig själv mer som en del av ledningsgruppen och kunde hantera sin relation till läkarna. När Gustavs skarpa brev, som han skrev till läkargruppen i samband med att han lämnade organisationen juni år tre, diskuterades i ledningsgruppen ställde sig Henrik på Annas sida. Mot slutet av det mötet slog man fast att man måste arbeta med att få ihop ledningsgruppen.

Trots en positiv start och trots att han fick stöd i sin ledarroll, kastade även Henrik in handduken och lämnade organisationen år fyra. Henriks chefsperiod slutade med att han lämnade in en skrivelse om vilka uppgifter och mandat en läkarchef borde ha. Skrivelsen visar på hans frustration över sin upplevt förminskade roll.

I slutet av fallstudien lämnar vi läkarchefsrollen med samma lösning som i början, då en tillförordnad läkarchef, Johanna, en respekterad radiolog och enhetschef, bemannar positionen.

Läkargruppen syntes lida av att inte ha en tydlig chef och de ständiga ledarbytena. Åsikterna om hur viktigt ledarskapet var gick dock isär. Johanna, som visserligen förändrade sin åsikt om chefskapet senare i processen, sa följande i en tidig fas:

Chefslösheten visar att verksamheten fungerar utan chefer, folk stänger öronen. När det blir ytterligare en organisationsförändring börjar det drabba folk, det börjar räcka... vi märker inte av någonting alls av förändringar. Det fungerar i alla fall [...] Alla chefer omorganiserar när de är nya. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

Anna såg det som en framgångsfaktor att ledarskapet för läkarna fungerade, vilket inkluderade trygghet och teamarbete. Svårigheterna att hitta en väl fungerande balans i den nya läkarchefsrollen, som innebar att vara chef över läkargruppen samtidigt som man är en del av ledningsgruppen och ser det övergripande perspektivet (Westin, 2002), syns tydligt. Bland annat ges det uttryck i citatet om att läkargruppen saknar en chef som är handledare, det vill säga mer av en "professionschef". Här syns också Annas uttryckta ambition att inte detaljstyra, vilket läkarcheferna ändå tyckte att hon gjorde.

Till en början såg det ut som att den tillfälliga läkarchefen Magnus kunde förstå flera olika världar och kanske också översätta mellan dem (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b). Det visade sig dock att denna läkarchef för ovanlighetens skull inte nådde fram till sin egen profession. Magnus och läkarchefen Gustav visade båda intresse för nya kontrollmodeller (Lindholm, 2003). Detta till skillnad från läkargruppen i stort, som till stor del var skeptiska både mot ledare från Control-sidan och "ekonomiandan". Gustav såg också läkargruppens oro för andra gruppers kontroll (Freidson, 2001), men såg till en början ut att kunna balansera läkargruppens önskemål och diskussioner med kraven från Anna och ledningsgruppen, det vill säga fungera som en mellanche

som översatte mellan olika perspektiv (Embertson, 2006; Zaccarro och Horn, 2003) och som såg de olika världarna.

Den osäkra ledarsituationen för läkargruppen och läkarchefers tendens att börja sitt arbete i positiv anda men sluta sitt uppdrag i moll, påverkade sannolikt läkargruppens syn både på ledare och förändringsprocesser. Tidigare var verksamhetschefen också läkare och läkarchef och även om RA nu hade en verksamhetschef som stannade kvar en längre period på sin position, kan dessa läkarchefsbyten förstärka föreställningen om att läkare inte uppmuntras att leda. Det kan också ses som en fortsättning på de senaste årens frekventa byten av läkare som chefer.

Det fanns en oenighet om vad verksamhetschefens kontra läkarchefens roll var: en krock mellan Control- och Cureperspektivets ansvarsområden (Glouberman och Mintzberg, 2001a). Det blev tydligt att LEDU erbjöd en arena för kommunikation även för rolldiskussioner och att man genom ibland tuffa diskussioner kunde närma sig gemensamma mål och en gemensam syn på ledarskap och verksamheten.

De nya läkarcheferna, började ofta med en positiv inställning till ledarskapet och sin roll i ledningen men mötte så småningom svårigheter inte minst i att balansera ledar- och professionsrollerna. De täta bytena och otydligheten i rollerna påverkade hela läkargruppen, som kunde uppfatta sig som ledarlös. Verksamhetschefen fick därmed ta ett större ansvar än avsett och krocken mellan olika världar blev tydlig.

5.3.6. Förändringsledares utmaningar och ledarutvecklingsprogrammet som arena

De mest framträdande förändringsledarna på RA var Anna, de två läkarcheferna Gustav och Henrik, personalchefen Lisa, avdelningschefen Maria, läkaren Sara och IT-projektledaren Adam, samt till viss del sjuksköterskorna och cheferna Amanda och Cecilia. Vissa av dessa, som Lisa, som förändringsledare i egenskap av sin position och erfarenhet av förändringsprocesser i organisationen. Maria blev anställd som avdelningschef, även hon med erfarenheter från förändringsprocesser, dock i

andra organisationer. De tre läkarna: läkarcheferna och Sara, valdes ut för att de var intresserade av förändring (Sara) eller i egenskap av sin roll (läkarcheferna).

Historiken kring olika förändringsprojekt som pekade på upplevd dålig kommunikation och effekter som inte uppnåddes, gav en skakig grund att bygga förtroende på för förändringsledare. Medarbetarna hade lärt sig att förändringar inte föll väl ut, samt att de kommunicerades dåligt. Det framgår tydligt att ledningen, såväl verksamhetschef och lokal ledningsgrupp som högre chefer, såg behovet av att stötta och utveckla ledare och medarbetare under åren och att arbeta med kommunikation och förtroende. Det syns bland annat i interna dokument från tidigare förändringsprocesser och i intervjun med den tidigare verksamhetschefen. Då högsta chefen, John, tog över och valde att anställa Anna, pratade han mycket med läkargruppen för förankring. Allra tydligast medvetenhet om behovet syns i Annas kommentarer och handlingar. Tillsammans med personalchefen Lisa såg hon till att nya chefer fick gå en generell ledarutbildning som organisationen tillhandahöll och lät också ett par av sina chefer få coacher och göra personlighetstester. Exempel på arbete med ledningsgruppsutveckling var seminariet som planerades inför kick-offen tidig våren år två och de konferenser som ledningsgruppen åkte på under den studerade perioden.

Anna och ledningsgruppen arbetade också med att försöka informera och förtydliga ledningsrollerna, både inom gruppen och gentemot verksamheten. Detta gjordes bland annat på informationsmötet våren år två, då Maria och Gustav presenterade sig för avdelningen, där en punkt handlade om information om och förtydligande av ledningsroller. Amanda förstärkte under mötet ledningsgruppens enighet genom att uttala sig om att Maria och Gustav var viktiga pusselbitar för organisationen.

Trots dessa satsningar verkade det som att medlemmarna i ledningsgruppen ofta kände att de hade behövt mer på fötterna, främst eftersom de själva upplevdes som förändringsledare. Förändringarna i organisation och i ledningsgruppens sammansättning var en bidragande orsak till att personer i ledningsgruppen från tid till annan kände sig osäkra i sina

roller. De nya ledarna upplevde att de hade ont om tid att växa in i sina nya roller innan de "kastades in" i en förändringsprocess. De tyckte också att ledningsgruppens uppgift och sammansättning var otydlig och att Anna ställde höga krav på dem. Det tydligaste exemplet är förmodligen avdelningschefen Amanda som upplevde förändringsarbetet som tungt.

Ledarutvecklingsprogrammet LEDU, den tydligaste satsningen på utveckling av ledare och medarbetare som genomfördes år två till år tre, hade en stor positiv inverkan på både ledningsgruppens interna relationer och medarbetarna som deltog i programmet. Detta stora program, som fokuserade på att öka förståelsen för medlemmarna själva, gruppen, organisationen och omvärlden, var en av de största satsningarna som RA gjort, räknat både i tid och i pengar. Beslutet om att genomföra LEDU togs redan i december år ett och fanns med i Annas diskussioner långt tidigare.

LEDU växte fram med delmålet att skapa trygghet, tillit och öppenhet och med delsyftena att skapa förutsättningar och ge verktyg för ledarskapet samt att tränas i ledningssituationer. Valet att låta alla läkare och metodansvariga sjuksköterskor delta, det vill säga i stort sett alla som hade någon form av ledande befattning på RA, såväl formellt eller informellt, visar också på insikten att många var tvungna att vara med för att diskutera exempelvis roller och ansvar, för att förtroendet skulle kunna återskapas.

Programledningen för LEDU ville bland annat att man skulle diskutera "Förändringsprocessen på RA – genomförande och ledarskap". Öppenheten skulle vara stor och man skulle få kritisera struktur och ledarskap och sättet på vilket genomförandet av förändringarna gått till. Man ville också få medlemmarna att fundera på frågor som Vilken roll har jag tagit under förändringen och varför Kan jag göra något för att påskynda och underlätta förändringen? Tanken var att deltagarna skulle få en bättre förståelse för sig själva och sina beteenden, för olika grupper, för RA som helhet och även kunna relatera detta till omvärlden. Programledningen hade också ett uttalat mål att arbeta med roller och ansvar.

Under seminarierna diskuterades också vem som hade makt och vilken kultur som fanns på RA. Det blev tydligt genom uttalanden och i reaktioner att idén om att man automatiskt hade en ledande position som läkare och metodansvarig, och att dessa roller och ansvar behövde diskuteras igenom, var relativt ny för många i gruppen. Deltagarna fick även ställa ledningsgruppen mot väggen och pratade om den senaste tidens förändringsprocesser livligt, öppet och känsloladdat. De diskuterade synen på ledning och ledningsgrupper specifikt, under planerade former såväl som spontant under seminarierna.

Till en början kom programmet att präglas av relativt positiv förväntan, kryddat med en generell misstänksamhet mot syftet och ett sökande efter dolda agendor. Närvaron var relativt hög och Anna var med på i stort sett alla seminarier. Åsikterna om programmet varierade: medan vissa tyckte det var en satsning i rätt tid, med rätt fokus, som gav en möjlighet att gemensamt ta ansvar för avdelningens framtid, menade andra att det inte ledde till något varaktigt resultat.

Ungefär halvvägs in i programmet upplevde Anna och programledningen en vändning. De personliga utvärderingarna i slutet av programmet visade att större delen av gruppen var mycket nöjd med att ha fått ta del av det. Möjligtvis med visst energitapp mot slutet. Vid slutseminariet framkom kommentarer som att LEDU hade bidragit till en större öppenhet, vilket bland annat syntes i hur deltagarna pratade. Det syntes också på det sätt som bland andra Cecilia, Maria och läkarcheferna diskuterade och planerade projekt.

Det kraftiga energiutbrott som uttrycktes i förändringsmotstånd våren år två kunde ha fått verksamheten att återgå till situationen före fallstudien, med hög förändringströtthet och låg energi. Anna drev dock på fortsatt förändring och LEDU skapade en annan sorts momentum. Tidigare förändringsprocesser visade att förändring var möjlig, skapade energi och tro på förändring samt en kognitiv tillit till Anna och förändringsledarna.

Tack vare LEDU fanns det nu alltså en tydlig arena för diskussion om ledarskap och makt (Angelöw, 1991; Engquist, 1997) mellan formella och informella beslutsfattare i lednings-, läkar- och sjuksköterskegrupp-

perna. Det handlade inte bara om ansikte-mot-ansikte-kommunikation, som är kritisk i förändringsprocesser (Garside, 1998). Det handlade också om att få höra andra ventilera sina åsikter, att få tid att löpa linan ut i argumentationen och för Anna att lyssna och svara.

LEDU hade förutsättningarna för att medarbetarna också skulle kunna få emotionell tillit (McAllister, 1995) till sina förändringsledare, trots misstankar om dolda agendor, tal om bristande delaktighet och förståelse och läkarchefens avgång under perioden. Avståndet mellan de olika världarna var fortfarande stort, vilket bidrog till att förändringse-nergin inte kunde riktas om till en positiv kraft fullt ut. Men förutsätt-ningarna för förändring var relativt goda.

Flera av de personer som utvecklade sin förändringsledningskompe-tens på RA driver idag förändring på andra ställen, bland andra Anna, Maria, Cecilia och Henrik.

Det var svårt att vara förändringsledare på RA, med många samtidiga förändringspro-jekt och till dels bristande förtroende. Förändringsledarna på RA fick dock olika typer av stöd i sina roller och LEDU visade sig bli en bra arena för förändringsdiskussion.

5.3.7. Sammanfattning tema 2

Utmaningarna för ledarskapet på RA grundades i den för sjukvården gängse, långvariga traditionen av chefskap grundat i den medicinska pro-fessionen. En ny verksamhetschef med annorlunda bakgrund ansågs ändå kunna ha vissa fördelar, trots att mycket av diskussionen och en del protester kom att handla om olika perspektiv och makt. Läkarchefsposit-ionen visade sig särskilt utmanande, med täta byten och konflikter mellan de egna ledar- och professionsrollerna. Ledarutvecklingsprogrammet LEDU blev en mötesplats som gav utlopp för diskussion, som lyfte ledar-skapsfrågorna och som efter blandade reaktioner landade i en övervä-gande positiv upplevelse.

5.4. Tema 3: Införande av ett nytt ekonomi- uppföljnings- och incitamentssystem (hela perioden)

Olika intressenters ökade krav på kostnadskontroll och kostnadsreducing i hälso- och sjukvården hade vid fallstudiens början lett till ett ökat fokus på möjligheten att följa upp verksamheter. På flera ställen hade också diskussioner om förändrade incitamentssystem börjat föras, så även på RA. Redan före år noll hade uppföljning och ekonomisk redovisning börjat införas tydligare på RA och andra ställen i organisationen.

När Anna började var hon tidigt tydlig med att ekonomi- och produktionsuppföljning var viktigt. Ett led i uppföljningsarbetet var att projektnämnda ekonomen Karl. Det digitala systemet möjliggjorde även en helt annan uppföljning än tidigare.

En del av medarbetarna tyckte att den nya uppföljningen var intressant. Andra tyckte att det tog tid från det ”riktiga” arbetet och vissa var tveksamma till nyttan. Vissa läkare ifrågasatte resultatet av uppföljningarna och de uträkningar kring kostnadsättning som gjordes. Förtroendet för den nya uppföljningen fick sig en ordentlig törn våren år två, då det visade sig att underlaget varit felaktigt.

År tre till år fyra genomfördes ett projekt som syftade till att undersöka förutsättningarna för och föreslå en ny incitamentsmodell för läkargruppen. Mot slutet av projektet slutade läkarchefen, vilket var en av orsakerna till att projektet, trots att intresse verkade finnas, inte genomfördes. Under projektets gång blev ovanan vid att jobba i projekt åter igen tydlig, liksom misstänksamheten mot ledningen. Projektgruppen utvecklades dock och var positiva till såväl projektarbetet som uppgiften.

Ledarutvecklingsprogrammet gav en möjlighet för viss ekonomiutbildning och skapade en arena för diskussion och ökad förståelse mellan olika perspektiv.

Dramat i detta tema är att ett nytt perspektiv, ett nytt språk och till viss del ett nytt tankesätt trädde in i organisationen, något som skapade

större transparens och delvis upplevdes som att det stred mot tidigare värdegrunder. Det skapade spänningar och både positiva och negativa effekter.

5.4.1. Förändringsförutsättningar

Ett ökat fokus på kostnader och ambitionerna att minska kostnaderna ett antal år före år noll, kan ses som en startpunkt för RA:s ökade inriktning på ekonomisk uppföljning. Flera projekt som handlade om förbättringar av produktivitet startades, till exempel ett decentraliseringsarbete av ekonomi- och personalansvar, som drog igång ett par år före fallstudiens början. Slutsatserna blev att dåvarande struktur inte gav incitament till effektivitet och kvalitetsstyrning. Personalen informerades om resultatet samt ett förslag till omorganisation som bland annat syftade till att förbättra och öka produktionen samt sätta patientens behov i centrum. Det ekonomiska resultatansvaret fördes ut till de nyskapade sektionerna, liksom lönesättning och utbildningsbudget. Mycket tyder på att satsningen inte fungerade tillfredsställande och att uppföljningen kring produktion och ekonomi fortfarande inte hade utvecklats i tillräckligt stor utsträckning. Högsta chefen John såg tillbaka på perioden med självkritik och menade att det lagts mycket tid på att beskriva investeringsbehov och annat, men att återkopplingen till läkargruppen var för dålig. Detta stärktes av uttalandet från läkaren Jenny, som menade att organisationen bara var intresserad av pengar och att man använde ett ekonomiskt språk, något som tidigare inte varit nödvändigt för personalen att känna till.

Redan innan år noll fanns vissa argument från medarbetare på RA av typen: ”kvaliteten fick ge vika för ekonomiska styrtalet”. Citaten tyder på att medarbetare upplevde att ”ekonomiskan” tog över som språk. Förändringsprocesser och styrning av verksamheten fokuserade alltså mer på kommunikation ur ett ekonomiskt perspektiv (jämför teori E, Beer och Nohria, 2000) än tidigare. Johns självkritik visar på en insikt om och en förståelse för att han kan ses som en representant för kontrollperspektivet (Glouberman och Mintzberg, 2001a). De olika världarnas

skilda perspektiv blir tydliga i fokuseringen på ekonomi och produktivitet (Lindholm, 2003).

5.4.2. Förstärkt ekonomisk uppföljning och kommunikation

När Anna började ansåg hon att ekonomi- och produktionsuppföljningen behövde förstärkas. Detta delvis då hon fått det speciella uppdraget att inte bara digitalisera, utan också att sänka kostnaderna. Det ekonomiska läget och fokus på ekonomi slog igenom i såväl kommunikation som i huvudfokus för flera efterföljande förändringsprocesser. Digitaliseringsförsök hade gjorts förut, men det som i slutändan sågs som avgörande för att RA införde ett digitalt system, var det externa ekonomiska trycket. Det menade bland andra personalchefen Lisa.

Neddragningen av personal hösten år ett handlade också mycket om resultatkrav från högre ledning och avdelningens dåliga resultat. Det trots att förändringen möjliggjordes av, och kommunikationsmässigt kopplades till, satsningen på modern teknologi och den ökade konkurrensen. I beskrivningen av förändringen tog man upp kraven från patienter och remitterter samt möjligheter till effektiviseringar. I förändringsunderlaget till den högre ledningen, som fattade beslutet, poängterades att flera försök till effektiviseringar skett på RA utan större effekt på resultat, kostnadskontroll eller produktionsplanering.

Anna och ledningsgruppen framhöll vikten av att medarbetarna skulle bli informerade om förändringarna, vilket även inkluderade ekonomiinformation. Anna ansåg att förståelsen för ekonomi var låg, liksom viljan att lära sig mer och arbeta med ekonomiska uppföljningar. Hon införde tidigt en resultatdiskussion på ledningsgrupps- och informationsmöten och diskuterade och förklarade ekonomiska krav löpande. I empiribeskrivningen syntes att Anna ofta informerade ledningsgruppen om kostnadsläget och konsekvenserna av att avdelningen under en lång period inte nådde budget.

Ett exempel på ekonomisk kommunikation till medarbetarna är Annas veckobrev. I ett av breven, våren år två, skriver hon om de goda nyheterna: ett positivt ekonomiskt resultat både på intäkts- och kostnadssidan. Vid ett informationsmöte samma vår informerade Anna om det mer positiva ekonomiska läget. Lönekostnaderna hade sjunkit och RA hade börjat få kostnadskontroll. Både Maria och Gustav sa vid tillfället att det inte bara är RA som fokuserar allt mer på ekonomi utan även andra röntgenavdelningar.

Även vid de tillfällen då högre chefer kommunicerade direkt med medarbetarna på RA, handlade budskapet till stora delar om ekonomi. På kick-offen i mars år två pratade ett par högre chefer och under dagen kommenterade medarbetarna att man fick höra mycket om övergripande perspektiv, men mindre om lokala idéer och verksamheten. Läkarchefen Gustav var en av dem som försvarade och poängterade nytan med bland annat produktionsuppföljning.

Vid ett läkarmöte i februari år två kunde man märka av en frustration. Läkaren Frida sa då bland annat att det bara är ekonomerna som styr. I utvärderingen av kick-offen mars år två syntes kommentarer om den högre chefens fokus på ekonomiska frågor. Läkargruppen var negativ till det ekonomiska fokuset och upplevelsen av att denne chef hade dålig koll på röntgenverksamheten, medan läkarchefen och ledningsgruppen var nöjda med presentationen och budskapet. Symptomatiskt var att en del trodde att förkortningen av kick-offen med en timme, som berodde på en dubbelbokning av lokalen, i själva verket hade med kostnadsbesparing att göra.

Polariseringen mellan de olika sätten att se på verksamheten tydliggörs också i läkaren Jennys uttalande, när hon säger att det känns som att allt under flera år varit fokuserat på organisationsförändringar och att den medicinska utvecklingen hade stannat upp. Det tyder på en sammankoppling mellan organisationsförändringar och bristen på fokus på andra mål. Sara delade Jennys perspektiv och var kritisk till sättet på vilket den ökade inriktningen på ekonomi hade införts:

Hela det ekonomiska tänkandet, högre chef, ekonomiska aspekter, ekonomisk utgångspunkt vältrades över oss. (Sara, läkare, intervju mars år två.)

Avdelningsekonomen fördjupade diskussionen om skillnaden mellan olika synsätt genom att beskriva sin syn på skillnaden mellan läkare och ekonomer. Hon menade att läkare är vana vid att ”... allt måste vara perfekt, det finns inte utrymme för osäkerhet, misstag och att göra om.” Ekonomi kan däremot se ut som en exakt vetenskap. Sättet som ekonomer arbetar på: ”att komma så nära sanningen som möjligt men nöja sig med ’good enough’ vid värderingar, [kan] kännas främmande och frustrerande.”

I fältanteckningarna efter krisen i juni år två skrev jag för första gången om de olika språken. Jag menade att sjukvårdspersonal inte vågar ta direkt konfrontation med Anna, och funderar över om det delvis kan bero på att de inte behärskar det nya språkbruket.

Anna kan ses som en mellanchef eftersom hon med hjälp av sin ledningsgrupp behövde översätta ekonomiska avkastningskrav till något mer konkret som medarbetarna kunde relatera till. Till en början kommunicerades den första förändringsprocessen, digitaliseringen, nästan uteslutande ur ett ekonomiskt perspektiv (se exempelvis teori E, Beer och Nohria, 2000). Anna breddade fokus, även om ekonomin fortfarande var en mycket stark drivkraft. Att legitimera förändringen ur ett ekonomiskt perspektiv kan ligga nära till hands för dem med ekonomisk/administrativ erfarenhet och utbildning. Genom att RA hade ett tufft utgångsläge med röda siffror handlade en hel del om motivationen till övriga förändringar också om ekonomiperspektivet, även om kraven från patienter och remitterter samt möjligheter till effektiviseringar också togs upp. Denna kommunikation kan ha haft konsekvenser bland annat för läkargruppens tolkningar av förändringsagendan.

Saras citat ovan, om det ekonomiska tänkandet och utgångspunkt, är en mycket tydlig indikation på Cure-representanters upplevelse av att Control-perspektivet är på väg att ta över (Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003). Uttrycket ”vältrades över oss” tyder på upplevelsen av att det inte var ett val, att man inte fick vara involverad i,

utan snarare utsattes för, en förändring. Avdelningsekonomen Susannes uttalande om skillnaden mellan läkare och ekonomer är ett exempel på insikt i grundorsakerna till vissa av de meningsskiljaktigheter som kunde uppkomma mellan ekonom/administrativ personal och läkare och andra professionella grupper i vården (Levay, 2003). Hon pekade på en högst påtaglig skillnad i sättet att arbeta mellan i detta fall ekonomer och läkare.

Det syns tydligt att ett externt (ekonomiskt) perspektiv påverkade RA:s och dess ledares agerande. Högre ledningens krav på bättre resultat påverkade en stor del av förändringsprocesserna. Det var den stora drivkraften till bland annat digitaliseringen och personalneddragningen. Det externa perspektivet handlar i detta fall om kontrollvärlden: införande av striktare uppföljning, kostnadsmedvetenhet och effektivitet.

5.4.3. Nytt system och ny kompetens möjliggör bättre produktionsuppföljning och annorlunda styrning

Fram till digitaliseringen år ett hade möjligheterna till produktionsuppföljning varit begränsade till mer eller mindre manuella uppföljningar, även om akutens system i viss utsträckning kunde användas för uppföljning. Anna arbetade till en början mycket tillsammans med avdelningsekonomen Susanne, men de blev inte nöjda med uppföljningsmöjligheterna. Digitaliseringen förändrade arbetsverktyget, arbetssättet och möjligheterna till uppföljning. Statistik som tidigare bra kunde tas fram manuellt genom ”pinning” blev nu tillgänglig.

Trots det nya systemet var det dock fortfarande inte självklart att man kunde få fram uppföljningar i rätt tid. Det fanns enligt läkarchefen Gustav våren år två inget lätt sätt att få tag i statistik över bemanning och produktion, även om produktionsstatistik fanns tillgänglig i röntgeninformationssystemet. Det kunde delvis ha att göra med systemkompetens, men berodde också på begränsningar i systemet.

Ekonomen Karls inträde på RA hösten år ett, markerade en tydlig inriktning. Hans specifika uppgift var att skapa bättre möjligheter till

uppföljning och planering och utnyttja ekonomi- och produktionssystem bättre. Synen på Karl och hans uppgift varierade. Läkarchefen Johanna tyckte om hans idéer och att han ”såg saker som folk inte tänker på”. Avdelningsekonomen Susanne tyckte att de nya sätten för uppföljning som Karl tog fram var bra, men påpekade att alla beräkningar inte var tillförlitliga. Anna, som anställt Karl, såg utvecklingen av uppföljningarna som nödvändig. Vissa läkare och sjuksköterskor såg förändringen som intressant och som ett viktigt verktyg för utveckling. Läkarchefen Gustav uttalade sig positivt efter kick-offen år två och menade att det på längre sikt var mycket intressant att se över bemanning kontra produktion. Andra var mer skeptiska och ifrågasatte nyttan. Amanda var positiv till att ha Karl till hjälp, men såg också att alla inte uppskattade hans roll.

I april år två upptäcktes att en del av produktionssiffrorna var felaktiga, vilket Anna informerade om under ett avdelningsmöte. Den tydligaste reaktionen på de felaktiga siffrorna var irritationen från en av de deltagande läkarna. Att döma av reaktionerna påverkades medarbetarnas syn på den nya uppföljningen negativt, vilket var en av orsakerna till att Karl lämnade organisationen våren år två.

Såväl vad som följdes upp som hur och av vem det gjordes förändrades när IT-systemet möjliggjorde en ny typ av uppföljning. De nya sätten att mäta och följa upp verksamheten samt den ökade användningen av informationssystem hade ökat synligheten, och genom det möjligheterna att övervaka och kontrollera även starka professioners, som läkarnas, arbete. Detta ökade fokus på produktionsuppföljning, som bland annat Karl blev en representant för, pekar tydligt på de nya uppföljningsmekanismerna. De krockar till viss del med det professionella systemets värderingar (Abbott, 1988; Bourgeault, 2005; Levay, 2003; Lindholm, 2003), men också med dess uppföljning.

Det upplevda avståndet mellan ledning/administrativ personal och medarbetare kunde ha att göra med detta tydligare fokus på nya uppföljningsmetoder och de stora förändringarna i ledningsgruppen. Läkaren Sara menade att läkarna inte längre kände någon i ledningsgruppen, gruppen var anonym för dem. Mycket tyder dock på att de istället sågs som en del av ”de andra”, som ledningsgruppsmedlemmar med ett annat

perspektiv. Det syntes inte minst under digitaliseringen och incitaments-systemen för läkare. Ekonomen Karl kan statuera exempel på hur svårt det kan vara för personer som kommer från ett tydligt Control-perspektiv att arbeta i sjukhusmiljön. Trots att Karl var uppskattad av flera och uppenbarligen bidrog med analys, fick han utstå en hel del kritik.

Digitaliseringen hade möjliggjort en ny uppföljning och styrning även om det inte var självklart att få fram allt material. Anna fokuserade på produktionsuppföljning, bland annat med hjälp av ekonomen Karl, men det ledde till vissa protester från framför allt läkare.

5.4.4. Kompetensutveckling och det nya språket ekonomi förstärker delvis motsättningarna

Arbetet med uppföljningar och kopplingen mellan produktion och ekonomi sågs av en del medarbetare som positivt, medan andra menade att ekonomiska diskussioner endast borde föras ekonomer emellan. Det ekonomiska perspektivet specifikt sågs under fallstudiens gång som en fördel av allt fler. Flera ansåg, som nämnts tidigare, att Anna hade ett annat perspektiv som behövde beaktas. Personalchefen Lisa var en av dem som ansåg att Anna tillförde något som tidigare inte fanns.

Läkaren Johanna sa också att Anna var bra i relationen med övrig ledning, att hon hade ett perspektiv som läkare saknade och att hon kunde ”prata med cheferna däruppe”. Johanna satt kvar som chef under hela perioden och var en av dem som utvecklade en förståelse för det ekonomiska perspektivet. Flera läkare försökte göra detsamma, men lyckades inte alltid särskilt bra. Den kortvariga läkarchefen Magnus september år ett var visionär. Han pratade om produktivitet, att man borde diskutera vad som kan mätas och fastställa vad hög kvalitet är. Även läkarchefen Gustav stöttade uppföljningarna och menade våren år två att det på längre sikt är intressant att se över bemanning kontra produktion. Hösten samma år gjorde han dock ett tydligt avståndstagande från kunskapen om ekonomin under LEDU, när han under Annas budgetpresentation frågade vad som ligger i ”övriga kostnader”. Han visade dock att

han hade tänkt på ekonomiska konsekvenser när budgetdiskussionen fortsatte.

Det är tydligt att förståelsen för och kunskapen om ekonomiska resonemang generellt var låg hos övriga medarbetare i början av studien. Anna och ledningsgruppen var medvetna om detta. Såväl antalet som andelen personer med ekonomibakgrund i ledningsgruppen växte under större delen av perioden. Det ledde automatiskt till större fokus på ekonomiska frågeställningar i gruppen, men också till en snabbt ökad förståelse för ekonomi.

LEDU satte olikheterna i synsätt under lupp, bland annat under temat ”möjligheten att jämföra med andra”. Ledningsgruppen och Anna ville jämföra medan en läkare menade att ”det är naturligtvis svårt att jämföra då andra sjukhus inte har siffror som är jämförbara”. Inför ett studiebesök på ett verkstadsföretag diskuterades jämförbarheten mellan RA och detta företag, där läkaren Peter menar att man inte kan jämföra en organisation med fokus på omsorg av människor med ett verkstadsföretag. I efterföljande diskussion konstaterades att både Anna och Peter ville ha en effektiv organisation, men att man inte rätt ut vad det innebär. Peter menade att RA är mer effektiva än andra sjukvårdsorganisationer, vilket Anna verkade hålla med om. Maria tillade att det kostar mycket tid och energi att göra fel saker. Under ledning av konsulten konstaterade gruppen att sjukvården är unik och att det gäller att hitta arbetssätt som kan hantera komplexiteten. Jag reagerade i mina anteckningar på en upplevd positionering gentemot Anna.

Genom LEDU fick läkare och metodansvariga sjuksköterskor utbildning i ekonomi, åtminstone till viss del. Vid planeringen av programmet var det tänkt att ett helt tema skulle heta ”Ekonomi”. Temat skulle syfta till att öka affärsförståelsen och förståelsen för planering och resultat, exempelvis klargöra innebörden av över- och underskott, hur detta relaterar till det dagliga arbetet och vad en produktkalkyl är.

När Anna gick igenom budgeten vid ett LEDU-seminarium sade en sjuksköterska att det är ”svårt för oss att förstå ekonomiskt”. En läkare tog upp ett upplevt gap i kommunikationen mellan ledning och medarbetare och menade att det uppkommit två olika sidor. En kommentar

från en annan läkare var: ”det som stör mig är importen av anglosaxisk terminologi”.

I LEDU diskuterades även jakten på kostnader och intäkter i vården. Anna gjorde en utblick och gav ett omvärldsperspektiv. En sjuksköterska menade att ”man kan inte tjäna pengar på svårt sjuka människor”, vilket kontrades av en läkare som menade att det var ett dåligt argument. Diskussionen på LEDU blev allt mer livlig och man kunde se tydliga åsiktskillnader. Läkaren Peter menade att det enda Anna borde bry sig om var pengarna.

På senare seminarium i LEDU höll Anna en inledning om Balanced Scorecard, något som andra delar av organisationen hade börjat arbeta med. Under diskussionen som följde undrade en läkare:

Vad behöver vi veta om detta? [...] vi behöver finnas i olika världar och bör nog göra det också... ... [det är] många ord, hänger inte ihop... (Citat från fältanteckningar, LEDU, läkare.)

En annan läkare menade att detta var viktigt, hon ville veta mer och förstå helheten. Mot slutet av fallstudien märktes en tydlig skillnad. Läkarchefen Henrik konstaterade då att allt fler ”tänker ekonomi” och i ledningsgruppen menade man att kritiken gentemot Anna inte var lika framträdande längre. På ett ledningsgruppsmöte i augusti år tre konstaterade man att förändring tar tid, men att ”ekonomiskt tänkande” nu kunde ses som infört i verksamheten.

Diskussionen i LEDU pekade tydligt på polariseringen mellan Cure och Control. Det blev tydligt att RA i Anna hade en mellanchef som kunde förstå kontrollperspektivet (Glouberman och Mintzberg, 2001a). Det som ifrågasattes var om hon kunde översätta till verksamhetsspråk. Vi ser också en vilja att avgränsa sitt ansvarsområde där man som läkare poängterade att man inte kan ekonomi utan medicin.

Genom bland annat diskussionerna i LEDU blev polariseringen mellan olika perspektiv tydlig. Det blev också tydligt att det fanns stora olikheter inom grupper. Vissa läkare ville till exempel se mer av och både förstå och använda sig av Control-perspektivet.

5.4.5. Sammanfattning tema 3

Digitaliseringen möjliggjorde ekonomiska och verksamhetsmässiga förändringar, som man tidigare inte lyckats genomföra. Den externa förväntan på ledningen och RA var tydlig: att sänka kostnaderna. Det ekonomiska och administrativa perspektivet vägde tungt i ledarskap och kommunikation, vilket gav upphov till frustration. Motsättningar mellan de ekonomisk/administrativa och medicinsk/professionella perspektiven tydliggjordes, men även likheter och gemensamma behov hos exempelvis ledning och läkare.

5.5. Tema 4: Personalförändringar (år ett till år två)

RA var redan år noll under hårt ekonomiskt tryck med ökande underskott. I och med digitaliseringen fanns möjlighet att dra ner på antalet anställda eftersom många uppgifter helt enkelt försvann. RA hade en historik kring personalneddragningar i och med uppsägningen av undersköterskor några år tidigare. Den ledde till att ”fel” personer, med rätt kompetens för avdelningen, valde att sluta och man blev tvungen att nyrekrytera.

Under våren år ett visade det sig att de planerade uppsägningarna på tio personer inte skulle räcka för att få avdelningen i ekonomisk balans. Man satte då samman en grupp vars uppgift var att se över hur många som behövdes för att bedriva verksamheten. Digitaliseringen var precis avslutad och den nya förändringsprocessen drevs i ett högt tempo. Processen sköttes på ett sätt som facket kommenterade i positiva termer. Man utgick från avdelningens behov, definierade kompetenskrav och matchade sedan behov med kompetens. De ledare som arbetade med omstruktureringen var relativt nya på sina positioner, vilket ledde till en del frustration.

Anna och ledningsgruppen valde att kommunicera denna nya förändring som en tydlig konsekvens av möjligheten att utnyttja nya arbets sätt, det externa trycket och det bistra kostnadsläget internt. Flera medarbetare kommenterade att de tyckte att det var rätt beslut att passa på att dra ner antalet anställda.

Nedläggningen av arkivet, som motiverade en stor del av uppsägningarna, drog ut på tiden och gjorde att mycket av det arbete som skulle slutföras innan alla lämnade, inte blev gjort. Långa uppsägningstider gjorde också att personer som skulle lämna var kvar i verksamheten länge.

Efter uppsägningarna och när personer hunnit lämna våren år två, såg det ut som att de som arbetat med bemanningsplanen hade tagit i väl mycket. Personalen upplevde att de hade (för) mycket att göra och ett fåtal personer nyrekryterades.

Temats drama är självskrivet, det kretsar kring den snabba uppsägning som genomfördes under en mycket kort tid, som skapade reaktioner och känsloutbrott under och efter förändringen.

5.5.1. Förändringsförutsättningar

Före fallstudiens början hade medarbetare genom erfarenhet fått lära sig att förändringar oftast inte faller väl ut och heller inte genomförs enligt plan. Frustrationen över tidigare förändringsprocesser gällde bland annat tillvägagångssätt och kommunikation vid uppsägningen av främst undersköterskor, året före fallstudien. Redan då skrevs ett protestbrev, där man krävde verksamhetschefens avgång. Erfarenheten påverkade medarbetarnas syn och tro på föreliggande förändring: det kommer inte att hända så mycket. Högsta chefen John var en av dem som gav uttryck för detta i citatet om att majoriteten inte trodde att det skulle bli några personalneddragningar, eftersom andra röntgenavdelningar hade misslyckats.

Missnöjet med läget före digitaliseringen var stort, vilket gjorde att digitaliseringen hade lättare att slå rot och accepteras. Det fanns en insikt hos medarbetarna om att en förändring var nödvändig. Digitaliseringen var också efterlängtd av många, men det fanns en viss oro för vad som

skulle hända i fortsatta förändringsprocesser. Den upplevt försämrade kontakten med ledningen hade förbättrats under digitaliseringen, bland annat med den nya verksamhetschefen och hennes försök att intervjua, involvera och kommunicera på ett strukturerat sätt. Det tyder på en insikt hos Anna om val av budskap. Den positiva andan ledde till att medarbetare och ledares tidigare uppfattningar om att förändringar ”blåser över” och att många initiativ startades utan att ge resultat, nu bröts.

Kraven på den nya verksamhetschefen Anna handlade till en början om att digitalisera verksamheten och att genomföra den mindre personalneddragningen i samband med det. RA gick med kraftigt underskott. Konsekvensen av en digitalisering skulle bli att omkring tio personer skulle bli övertaliga. Det verkar inte ha blivit någon större diskussion om detta, eftersom personernas arbetsuppgifter helt enkelt skulle komma att upphöra.

Redan i januari år ett informerade Anna om att en organisationsöversyn behövde göras. Under våren år ett insåg hon att den aviserade personalneddragningen inte skulle räcka för att få avdelningens resultat i balans och informerade ledningsgruppen.

Förändringsförutsättningarna för personalneddragningen var blandade. Tidigare erfarenheter från RA och erfarenheter från andra röntgenavdelningar pekade på att personalförändringar av detta slag sällan blev genomförda. Digitaliseringen hade dock visat att förändring på RA var möjlig. Anna hade också förtroende att driva den.

5.5.2. Välplanerad och förankrad planeringsprocess

Processen med ytterligare neddragningar av personal startades under sensvåren år ett. Under ett personalmöte i juni gavs information om hur digitaliseringsprocessen skulle fortsätta och att förändringar i arbetssätt, processer och personalstrukturer skulle komma att genomföras, dock utan närmare precisering. Det blev tydligt att Anna ville utnyttja den delvis positiva erfarenheten av digitaliseringen, när hon uttryckte att det var viktigt att all personal kände till förändringsarbetet och att det skulle ses som en fortsättning av digitaliseringen.

Under augusti skrev Anna ett underlag till den högre ledningen, med en beskrivning av avdelningens omstrukturering. I underlaget ingick också en historisk tillbakablick som var tänkt att ligga till grund för beslut, genom ökad förståelse för behoven. Anna beskrev bland annat att tidigare omorganisationer inte lett till större effekter på resultat och arbetssätt.

Anna skrev också att förändringsviljan hade ökat efter att man förstått att förändring var möjlig. Johanna instämde på sitt sätt och menade att i och med förändringsprocessen med den snabba digitaliseringen orkade inte medarbetare protestera mot nya förändringar i lika hög utsträckning.

Det går att förändra, inte för att viljan är stark utan att motståndet är svagt just nu. (Johanna, läkare och enhetschef, intervju juli år ett.)

En grupp som arbetade med att utvärdera neddragningarna startades. Den bestod av avdelningschefen Amanda, två chefssjuksköterskor och mig själv. Enligt Annas och personalchefens instruktioner arbetade gruppen med kompetenskriterier och med att ta fram en definition av bemanningsbehov. Det möjliggjorde en diskussion om både vilken typ av kompetens som organisationen behövde och därefter vilka medarbetare som passade in på beskrivningen. Gruppen kom fram till att RA kunde säga upp personal i en omfattning av 25 till 30 procent.

Anna kommunicerade förändringsbehoven till sin ledningsgrupp, men i mina fältanteckningar från hösten år ett reflekterade jag under ett ledningsgruppsmöte över förutsättningarna för förändring. Jag såg att en tidigare verksamhetschef, som jag också intervjuat, försökt genomföra samma typ av förändringar utan att lyckas. Det kunde ha lett till att medarbetare inte tog till sig förändringsbudskap då ”man hört det tidigare”. Jag menade att Anna måste vara tydlig i sin kommunikation.

Personalchefen var, liksom jag som forskare, adjungerad i ledningsgruppen under omstruktureringen på grund av den centrala kopplingen till personalfrågor. Vid ett ledningsgruppsmöte i september år ett diskuterades planerna och de stora neddragningarna möttes med kraftiga re-

aktioner från en av medlemmarna i ledningsgruppen. Det var en läkare vars del av organisationen skulle komma att bli direkt berörd av förändringen:

... vi har kämpat mot organisationens alla insatser. Dessa stora besparingar kan inte göras. När jag kom var det himmelriket, en röntgenavdelning som fungerade. (Citat från Ylva, läkare, ledningsgruppsmöte, september år ett.)

Anna bemötte kritiken bland annat med att säga att utveckling av arbetsprocesser var lösningen till att lyckas med personalneddragningar.

I augusti hölls ett stormöte för all personal, där informationen om omstruktureringen utvecklades. I september fattades beslutet om omstruktureringen och den högre ledningen gav Anna fria händer med förändringsprocessen. I stort sett samtidigt som den högre ledningen godkände Annas omstruktureringsplaner kom omvärldsinformation om att andra avdelningar i samma område också skulle komma att behöva spara pengar. Informationen gjorde att känslan av att förändringen var nödvändig ökade.

Argumentet att förändringsinitiativ aldrig blev något av tappade i trovärdighet i och med att digitaliseringen genomfördes i hög hastighet och med gott resultat. Det ledde till att Anna syntes åtnjuta en högre tillit än tidigare chefer, vilket gav en bättre förutsättning för att driva förändringsprocessen (Huy, 1999; McAllister, 1995). Budskapet att personalneddragningen var en förlängning av digitaliseringen och kopplingen till utveckling av arbetsprocesser visar också på ett försök att komma bort från kopplingen till tidigare misslyckade förändringsprocesser, bland annat gällande personalneddragningar.

Annas sätt att motivera de utökade neddragningarna, med rationella argument och effektivitetskrav, är i linje med teorin om att förändringar motiveras med en ny affärslogik (Lindholm, 2003). Kommunikationen riskerade dock att förstärka irritationen över avdelningens ekonomiska inriktning och över att man upplevde att man inte lyssnade på läkare mycket nog. Det kan ha motverkats av den tydliga kopplingen till nytt arbetssätt till följd av digitaliseringen och externa krav, och inte i första hand till interna kostnadsbesparingskrav.

De större personalneddragningarna kopplades till ett missnöje med den tidigare situationen, externa krav och förändring samt förbättring av arbetsprocesser. Den lyckade digitaliseringen gav en viss positiv förändringsbenägenhet och personalneddragningen upplevdes vara väl planerad.

5.5.3. Neddragningen väcker känslor som tas om hand med tydlig kommunikation

Under hösten insåg personer och grupper successivt att den stora neddragningen verkligen skulle bli av, vilket ledde till mycket oro i organisationen. Detta trots stora ansträngningar från ledningsgrupp och förändringsteam samt Anna att kommunicera så tydligt som möjligt. Vid en avstämning av förändringsläget på ett ledningsgruppsmöte i mitten av hösten är ett konstaterade man att personalen under våren hade blivit informerad om att en neddragning skulle komma att ske och ungefär hur många det skulle beröra, dock inte vilka personer. Det hade varit ganska lugnt en period, men nu ansåg ledningsgruppen att det hade börjat ”bubbla”. Personalchefen Lisa hade börjat märka av en ökad oro, framför allt gällande medarbetarnas egen framtid i organisationen och främst de direkt berörda grupperna: läkarsekreterare, undersköterskor och till viss del sjuksköterskor. Den väntade ryktesspridningen, som Anna, ledningsgruppen och förändringsteamet försökt undvika genom att hålla ett högt tempo och en hög kommunikationsnivå, hade kommit igång på allvar. Främst diskuterades hur många som skulle komma att få gå, från vilken yrkesgrupp och vilka dessa skulle vara. Den gemensamma hållningen var att kommunicera oavsett om man hade något att säga eller inte, men personnivån gick inte att kommunicera förrän planen var klar, vilket blev först på senhösten, efter diskussion och förhandling med facken. En av nycklarna till att förändra kulturen och minska förändringsmotståndet är att lyckas med kommunikationen i förändring (Garside, 1998). Rekommendationen från sammanfattad teori går i linje med RA:s lednings genomförande: att bara kommunicera fakta och bevaka rykten som sprids (ibid).

Tidsramarna för förändringsprocessen hölls. Under drygt tre månader utvärderades behovet av personal och personer sades upp. Efter den tuffa uppsägningsperioden konstaterade ett fackförbund att de inte hade något att protestera emot gällande tillvägagångssättet, vilket får ses som ett bra betyg. Anna fick återkoppling från en högre personalchef som sa att tidplanen och genomförandet var otroliga. Anna fick förfrågningar från andra sjukhus om hur processen gått till.

Reaktioner och känslor i förändring är oundvikliga. I detta fall blev det tydligt att reaktioner kom vid olika tillfällen för olika grupper. Om det skulle gå att separera temat ”Uppsägning av personal” från övriga teman och händelser i organisationen, skulle man se att gruppen som arbetade med bemanning var de första som insåg att förändringen verkligen skulle ge den effekt som Anna definierade, det vill säga en 25-procentig reducering av personalstyrkan. Därefter kom ledningsgruppen, och mycket riktigt reagerade delar av den kraftigt på beskedet vid ledningsgruppsmötet i september år ett. Läkaren Ylva menade att ”dessa besparingar kan inte göras”. De ledningsgruppsdeltagare som fick den konkreta uppgiften att fortsätta att arbeta med kompetenskriterier och dra igång personalsamtal, var tvungna att jobba sig igenom förändringskurvan snabbt och acceptera förändringen för att kunna arbeta vidare.

Nästa grupp att reagera kraftigt torde ha varit de som berördes direkt av neddragningen, det vill säga läkarsekreterare och undersköterskor, samt till viss del sjuksköterskor. Läkarnas reaktion som kollektiv uteblev under förändringsprocessens gång, men den reaktion som uteblev här kan istället ha lagrats till förtroendekrisen våren år två.

Kommunikation bör också ske ansikte mot ansikte och förändringen bör introduceras av en chef som är nära linjen (Garside, 1998). Den relativt ny tillträdde chefen Amanda var linjechef och en av nyckelpersonerna i omstruktureringsarbetet. Hon tyckte att det var en ansträngande process och var orolig för samtalen med dem som tvingades gå. Verksamheten befann sig då precis före en omfattande förändring, en tidpunkt då förändringsmotstånd ofta når sin maxpunkt. Det gör det extra viktigt för förändringsledare att stå stadigt (ibid).

När de konkreta åtgärderna med uppsägningar närmade sig steg oron och kritiken. Personalneddragningen genomfördes dock enligt plan, det fanns en tydlig kommunikation och processen upplevdes som legitim.

5.5.4. Sammanfattning tema 4

Personalneddragningen var en väl planerad process som involverade olika kompetenser och personer. Den var väl kommunicerad och trots att den naturligtvis var jobbig för de inblandade fick processen i sig lovord. Amanda, som stod i skottgluggen, fick dock ta en stor del av pressen.

Efter att tidigare försök till personalneddragningar misslyckats fanns nu, efter digitaliseringen, bättre förutsättningar och förståelse. Fokus låg mer på förbättrade arbetsätt än besparingar. Neddragningen blev tidvis tuff men processen kunde genomföras väl.

5.6. Tema 5: Verksamhetsnära förändringsprojekt kring processer, arbetsätt och lokaler (år ett till år fyra)

Konkreta, verksamhetsnära förändringsprojekt som syftar till att förändra arbetsätt, arbetslokaler och arbetsprocessers utformning, hade initierats på RA åren innan och under fallstudien. Före fallstudien upplevdes dessa förändringar ha begränsat resultat. Under hela den studerade perioden var det tydligt att verksamhetsnära förändringar stod högt på agendan.

Redan i digitaliseringsprojektet startades ambitiösa projekt för exempelvis arbete med processer, lokaler och utrustning. Ambitionsnivån, främst gällande process- och lokalförändringar, fick dock snabbt sänkas. Delprojekten som startades lades på is då allt fokus hamnade på införan-

det av det digitala systemet. Orsakerna var tidsbrist och för låg kompetens och erfarenhet av projektarbete.

Projekt glömdes inte bort utan återkom senare under perioden. Det digitala systemet tvingade fram förändringar i arbetssätt. På senhösten år ett startades flödesgruppen, med syfte att titta på mer strukturerade processförändringar. Läkargruppen tog även fram förändringsförslag för såväl arbetsprocesser som IT. Det största initiativet till flödes- och arbetssättsförändringar kom våren år två, då de första gränsöverskridande processprojekten startades tillsammans med representanter från samtliga inblandade avdelningar på sjukhuset. Dessa tre projekt pågick fram till våren år tre.

Lokalförändringarna pågick under en längre tid. De kom igång på allvar år tre och fyra och gällde bland annat flytt av arkiv, förändring och flytt av läkarrum och flytt och logistiska förändringar av hela laboratoriestrukturen.

Dramat i förändringen är sättet som förändringarna genomfördes på, med reaktioner på vem som ledde projekt, hur projekten kommunicerades och vad resultaten blev.

5.6.1. Förändringsförutsättningar

Ett antal år före fallstudien hade ett projekt genomförts med hjälp av externa konsulter, där verksamheten gicks igenom och processer utvecklades. Projektet uppskattades av bland andra läkaren Jenny. Flera andra verksamhetsnära projekt startades åren närmast före fallstudiens början, vilka upplevdes ha haft begränsad effekt. En projektbeskrivning gällande en översyn av processerna togs fram ett par år före år noll, med målet att ta fram en modell och lösning för hur man skulle kunna bedriva arbetet effektivare och även att få fler remitterter och patienter att utnyttja RA:s tjänster. Projektet verkar dock inte ha gett någon effekt. Två tidigare digitaliseringsförsök hade även de delvis misslyckats, med undantag för ett införande på Enhet 1.

Medarbetarna upplevde och kommenterade att många projekt gällande bland annat processer och arbetsätt startades men att få genomfördes och fick avsett resultat. Jenny tyckte att utvecklingen avstannat.

Anna konstaterade i underlaget för beslut om omorganisationen att de, för att lyckas med fortsatta förändringsprocesser, var i behov av externt stöd:

För att klara av en snabb omstrukturering krävs stöd av externa resurser som stöd i förändringsarbetet. Det finns inte tillräckligt med kapacitet, kunskap eller resurser i verksamheten som klarar av att driva förändringen. (Ur dokumentet "Underlag för beslut om omorganisation", september år ett.)

Avsaknaden av såväl verktyg för som erfarenhet av projektledning och kommunikation har framgått i empirin. Trots att RA hade startat ett flertal förändringsprocesser de senaste åren verkade organisationen inte ha tillgodogjort sig egen kompetens inom exempelvis projektarbete. Jennys kommentar om den avstannande utvecklingen tyder på att hon insett att något saknats. Anna menade att detta något bland annat är projektkompetens, som är en del av de viktiga kompetenserna i förändringsarbete (Mähring och Källberg, 2007). Kompetens i flödestänkande och beskrivningstekniker för processer är en annan viktig förändringskompetens (Davenport, 1993; Eisenhardt och Martin, 2000; Markus, 2004; Modig och Åhlström, 2012; Mähring och Källberg, 2007) som togs in externt i processarbetet ett antal år före fallstudien. Den verkar dock inte ha behållits eller spridits i verksamheten i tillräcklig omfattning.

Försök att förändra arbetsätt och processer hade gjorts tidigare, men med magert resultat. Det berodde på att tillräcklig projektkompetens inte funnits eller tagits till vara. Detta faktum hade sänkt förväntningarna på att förändring var möjlig.

5.6.2. Arbete med processprojekt initieras tidigt, förbättringsförslag genomförs först senare

Hösten år noll fattades beslutet om digitalisering. I och med det skulle det dagliga arbetet komma att förändras radikalt, från tungt arbete med

fysiska bilder till digital hantering av såväl bilder som svar. Arbetsverktygen och arbetssättet skulle förändras, kompetensbehovet likaså. Förutom de förändringar i arbetssätt som systemet förde med sig automatiskt, planerades ett processförändringsarbete. Det skulle säkerställa att systemet både stöttade arbetssättet och att arbetssättet förändrades för att utnyttja de digitala möjligheterna. Den korta deadlinen ledde, som beskrivits i avsnittet om digitaliseringen, till fullt fokus på införandet av det digitala systemet. Delprojekten om lokaler och processförändringar sköts på framtiden.

Det fanns flera orsaker till att process-, arbetssätt- och lokalförändringarna inte genomfördes som planerat våren år ett, som brist på kompetens för att lösa problemen, att relationen till leverantören och dennes kompetens inte var tillfredsställande, och att projektledaren inte alltid kunde kommunicera. Oavsett detta så hade införandet lett till en särskild nöjdhet med systemet, men ett allmänt missnöje kring förslag och idéer som inte hände något med. Sättet som det nya systemet implementerades på och tillkortakommanden i projektorganisationen gjorde att verksamheten ”drunknade” i många små och större förbättringsförslag. Dessa gällde i stor utsträckning struktur- och processförändringar, som många ansåg att man borde ha åtgärdat redan innan eller under införandet.

Anna visade en stark övertygelse för att förändringar i arbetssätt kunde leda till stora förbättringar. Redan i juni år ett informerades om att förändringarna i arbetssätt, processer och personalstruktur skulle komma att genomföras senare. I underlaget för beslut om omorganisationen skrev Anna om behovet av processutveckling. Hon menade att arbetssätt och processer var tvunget att förändras för att den nya tekniken skulle kunna användas på rätt sätt. Hon bemötte även kritiken mot personalförändringsplanerna i augusti med argument som fokuserade på processförändringar, då hon under ett ledningsgruppsmöte menade att ingen i Sverige gjort riktiga genomgångar av arbetssätt och processer och att RA nu hade möjligheten.

Till och med i informationen angående omstrukturering nämndes arbetssätt och processer som en nyckel till förändringar:

Övergången från analog till digital teknik gör det möjligt att förändra och effektivisera arbetsätt och processer inom röntgenverksamheter. (Citat från informationsbrevet om omstruktureringen, september år ett.)

En så kallad flödesgrupp startade under hösten och fick i uppgift att se över processer, hitta möjligheter och problem och föreslå förbättringar mot ett nytt arbetsätt. I gruppen fanns noggrant utvalda representanter från olika yrkesgrupper. Jag deltog för att öka gruppens förmåga att se möjligheter och driva förändring. Ett mer subtilt med ändå viktigt mål med gruppen var att öka känslan av delaktighet. Gruppen skulle fungera som ett "vehicle for change", en förändringsmotor, i organisationen, vilket visar på den vikt som Anna och ledningsgruppen lade vid gruppen. Första steget var att göra en kartläggning av processer och arbetsätt. Kartläggningen låg till grund för ett möte som kallades idéseminarium, där läkare och sjuksköterskor deltog. Syftet var att förankra förändringsprocessen.

Vid den här tidpunkten var pressen från personalförändringarna som högst. Det ledde till konsekvenser för flödesgruppen, som fick svårt att hålla möten med samtliga närvarande. Kommunikationen från flödesgruppen till medarbetarna var inte alltid den bästa då medlemmarna inte alltid förde vidare sin information.

Förändringsidéerna från flödesgruppen var många, men för att dessa skulle få effekt krävdes att de kunde tas om hand. Tanken var att en person ur ledningsgruppen skulle vara ansvarig för genomförande av förslag. I mars år två beslutade ledningsgruppen om genomförande av flera av flödesgruppens förslag, trots att en del av dem saknade konsekvensbeskrivningar. Flödesgruppen upplevde att ledningsgruppen inte var tillräckligt involverad i arbetet.

Våren år två började Anna använda bilder på processer och flöden i högre utsträckning. Förutom flödesgruppens arbete skulle organisations- och avdelningsöverskridande projekt genomföras. Olika personer i ledningsgruppen var tänkta att ha ansvar för definierade processer. Flödesgruppen skulle fortsätta arbeta men gå in i en mer strategisk fas, eventuellt med nya deltagare.

Process- och förändringsarbetet saktade ner, delvis eftersom flödesgruppen blev av med en av de mest drivande sjuksköterskorna under våren år två. De upplevde också att ledningsgruppen fortfarande inte gav dem återkoppling och stöd. Den nya avdelningschefen, Maria, tog under våren tag i flödesgruppen. Hon hade hjälp av sina tidigare erfarenheter som röntgensjuksköterska och ansvarig för projekt kring flöden och logistik. Hon blev dock frustrerad över sin arbetsbelastning och, som hon uttryckte det, flödesgruppens tillkortakommanden.

I juni lades flödesgruppen ner. Arbetet med förändringsförslag, bland annat från flödesgruppen, skulle nu ledas av andra projektgrupper. Flödesgruppen ansåg att de hade åstadkommit förändring, men att de hade haft problem att komma ifrån arbete och få tid. Situationen blev dock bättre med tiden. Maria betonade att expertkunskapen kommer att finnas kvar hos deltagarna även om gruppen inte finns kvar.

Flera deltagare i flödesgruppen var mycket engagerade. Ett exempel på en person som försökte överbrygga perspektivgränserna var läkaren Sara, som hade en framträdande roll. Sara var intresserad av att lära sig mer om förändringsledning och organisationsfrågor, men tackade ett tag efter det att flödesgruppen lades ner nej till att arbeta mer med projekt och ville istället fokusera mer på att utveckla sin specialistroll.

I april år två startade det första av tre gränsöverskridande processprojekt upp, med deltagare från RA, akuten och kirurgen. Det gemensamma processutvecklingsprojektet hade som syfte att korta ledtider, svarstider och väntetider och få ett effektivare flöde. Jag valdes som facilitator och som projektledare valdes en läkare från en annan avdelning. Gruppen hade representanter från alla yrkeskategorier och från samtliga tre inblandade parter. Gruppen hade bra möten och upplevde att de hittade relevanta förbättringar. Läkaren som var med från RA:s sida var dock frustrerad över att tiden som lades på projekt inte kompensades, vilket ledde till stress och mindre väl genomarbetade förslag. Problemet verkade delvis också ligga hos projektmedlemmar, som inte kommunicerade tydligt till sina chefer att de behövde tid till projektet. Det kom också kommentarer om att processutvecklingsprojekten inte alltid var väl förankrade.

I juni år två, i samband med att protestbrevet skrevs, höll jag en presentation om erfarenheterna från det gemensamma processprojektet. Förutom den engagerade projektgruppen kom endast en person. I oktober diskuterades erfarenheter från projektet i projektgruppen. Erfarenheterna var positiva och handlade om att det var bra att verkligen genomföra de förslag som kommit, att ha en blandning av yrkesgrupper och att ha fått nya kontaktvägar för bättre kommunikation och snabbare lösningar. Vikten av att lösningar som genomförts kommunicerades och att gruppens medlemmar kände ansvar för det togs också upp. Två processprojekt av samma slag startades och fick goda resultat. Återkopplingen från projektmedlemmarna var liknande och handlade om ökad processkunskap och goda erfarenheter.

Anna trodde på processutvecklingens möjligheter och hade åsikter om vad det var som möjliggjorde förändring. Hon menade det inte hade varit möjligt att genomföra processförändringar utan att chocka organisationen genom bytet av IT-system.

Medarbetarna var tidigare missnöjda med att verksamheten inte var digitaliserad, och detta missnöje kunde ge förändringsprocessen en bra start då medarbetarna såg fram emot flera av förändringarna (Eriksson, 2004). Man hade lyckats införa systemet på kort tid och givet nöjdheten med systemet och viljan att förändra verksamheten borde drivkraften för fortsatt förändring vara hög. Samtidigt var erfarenheten kring genomförande av konkreta verksamhetsförändringar låg och skepticism mot förändring kunde väntas. Breddningen av förändringsfokus till att innefatta process- och organisations- och lokalförändringar stämmer väl överens med teori om att man bör anpassa organisation, processer och teknologi (Barley, 1986; Brynjolfsson och Hitt, 1998; Davenport, 1993). Den externa kompetensen i såväl IT- som förändringsprojekt lovade gott för förankringen i införandeprocessen och för informationssystemets förutsättningar för att nå den efterfrågade effekten. Här fanns en tydlig tanke att öka förändringskompetensen ”integration”.

Resultatet av flödesarbetet var alltså positivt och effekterna av de gränsöverskridande projekten goda. Förståelsen för processutvecklingsbehov hos Anna med flera fanns och de medarbetare som deltog i pro-

cessarbetet utvecklade sin kunskap. Förändringskompetens saknades i ledningsgruppen, som inte tog sitt ansvar för genomförande och ledning av beslutade förändringsförslag. Det kan ha berott på att de inte tog sin styrgruppsroll på allvar, på grund av bristande tid, rollinsikt och kompetens.

Arbetet med förändrade processer hanns inte med som först planerat under själva digitaliseringen, men tog vid kort därefter. Försök till övergripande arbete i den så kallade flödesgruppen nådde delvis önskat resultat, men man nådde inte ända fram, mycket på grund av bristande förutsättningar och tid för deltagarna. Förändringen drevs istället vidare i enstaka projekt. Förändringsprojekt startade också med andra kliniker, med gott resultat. Bristen på förändringskompetens och prioritering av förändringsarbetet även från ledningen upplevdes fortfarande.

5.6.3. Förändringar i stödfunktioner pågår under lång period

Ett par år före fallstudiens början påbörjades förändringar för läkarsekreterar- och till viss del undersköterskegruppen, med förändringar av gemensamma funktioner som bokning/tidsbeställning, sekreterare och arkiv. Lokalmässigt slogs bokning och reception samman och förslag om att sekreterarna skulle flyttas ut till dåvarande sektioner för att komma närmare verksamheten lades fram. Under digitaliseringen förändrades arbetsuppgifterna för dessa grupper, dock endast i förhållande till vad som måste ske i och med det nya systemet. Nästa stora steg kom våren år två, då ett projekt om arbetssätt, rutiner och till viss del personal i patientmottagningsprocessen planerades, med Cecilia som projektledare. Delvis i samband detta projekt, men främst som en konsekvens av de nya möjligheterna med digitaliseringen, diskuterades en flytt av läkarsekreterargruppen till akuten, för ett bättre samarbete med sjukhuset. Denna förändring gick tvärtemot förändringen ett par år före fallstudien, då planen var att sekreterarna skulle komma närmare verksamheten.

Omorganiseringen och förändringen mot en gemensam patientmottagning väckte känslor. Till att börja med ifrågasattes om det var ett bra

sätt att organisera verksamheten eller något som hörde företag till och inte sjukvårdsverksamheter. Många reaktioner mot förändringen kom i samband med flytten av läkarsekreterargruppen, då identifikationen med RA var stark:

Anna vill sätta oss på akuten, men vi vill tillhöra Röntgen. Här har jag mina vänner... jag vill inte sitta i den miljön de har. (Läkarsekreterare, intervju mars år två.)

Det var dock inte bara innehållet i förändringen och den nya organisationen som folk reagerade mot, utan också namnet på projektet. Gustav var en av dem som protesterade mot namnet "kundtjänst", som Anna hade valt. Flera i ledningsgruppen och projektgruppen, däribland sjuksköterskan och projektledaren Cecilia, tyckte att det var en bra benämning. Gustav tyckte dock att det påminde för mycket om ett kunddrivet företag.

Under tidig höst år två ville Cecilia hoppa av rollen som ansvarig för kundtjänsten, efter att ha känt att hon inte har stöd i ledningsgruppen. Cecilia behöll dock ansvaret. Beslut fattades om bemanning och lokaler och projektet med utveckling av rutiner och processer fortsatte. En ny vision formulerades också: att skapa en ny serviceorganisation som skulle sköta alla kringtjänster.

För gruppen läkarsekreterare och undersköterskor var förändringsprocessen kring Kundtjänsten, i kombination med det nya digitala systemet, en stor förändring. Det kom en del protester, vilka till del hade att göra med valet av namn och en del med föreslagen flytt av delar av den berörda gruppen.

5.6.4. Ombyggnationer både upprör och engagerar

Ett annat exempel på verksamhetsnära förändring är ombyggnationen av avdelningen och inköp av ny röntgenutrustning. Det innefattar till viss del de förändringar av rum och utrustning som man gjorde i samband med digitaliseringen, som investeringen i nya datorer och nedläggning av det arkiv som tidigare behövdes för de analoga bilderna. En annan för-

ändring, som nämndes i förra avsnittet, var den så kallade kundtjänsten och tidsbokningen.

De största lokalförändringarna och investeringarna i nya röntgenlaboratorier kom igång först hösten år tre. Då startade planeringen för en stor förändring där bland annat väntrum, konferensrum, laboratorier och läkarrum skulle förändras. Förändringen planerades och genomfördes i samarbete med fastighetsägaren, med Anna och Maria som huvudansvariga och IT-projektledaren som projektledare. Ledningsgruppen var delaktiga och projektet förankrades med en samverkansgrupp. För att alla medarbetare skulle ha möjlighet att följa med i processen satte man upp ritningar på avdelningen.

Lokalförändringarna gav upphov till en del diskussioner men kunde trots detta genomföras som planerat. Undantaget var läkarrummen, som i de första planerna skulle reduceras kraftigt. Planerna renderade mycket kraftfulla protester från läkargruppen och fick revideras. Ytan minskades, men inte så mycket som enligt ursprunglig plan. Läkarrummen fick också en central placering på RA.

Lokalförändringarna kunde i stort sett genomföras som planerat, även om läkarrummen efter protester inte reducerades så mycket som ursprungligen var tänkt.

5.6.5. Sammanfattning tema 5

Många förändringar skulle genomföras på kort tid. De förändrade arbetssätten och processerna kopplades till digitaliseringen och personalneddragningen. Det övergripande förändringsarbetet hade svårt att finna förankring och det saknades fortfarande viss förändringskompetens. De enskilda förändringarna genomfördes ändå i stort sett enligt plan. En förändringströtthet kunde märkas i organisationen.

6. Fördjupad analys och diskussion

I kapitel sex fördjupas analysen och en diskussion förs om fyra huvudområden; förväntningar i förändring, förändringskompetenser, parallella världar och förändringsledare. Varje avsnitt inleds med en kort introduktion och avslutas med en konklusion. Sist i kapitlet finns en avslutande teoretisk diskussion.

6.1. Introduktion

Den tematiska analysen utgick från empiriberättelsen. Varje tema inleddes med empiri och diskussionen teman kopplades till teori. I den fördjupade analysen inleds varje avsnitt istället med teori där ett visst generellt fenomen diskuteras. Därefter lyfter jag fram exempel från RA och fördjupar, förtydligar eller utvecklar teorier. Urvalet av områden har skett successivt under analysprocessen och jag har sökt de variabler som hjälpte mig bäst i min förståelse av händelserna i fallstudien. Precis som den tematiska analysen växte fram i analysarbetet av empirin, utvecklades dessa fyra områden under arbetet med att sammanfatta de viktigaste påverkansfaktorerna för personers reaktioner och interaktion i förändringsprocesserna på Röntgenavdelningen.

Analysen behandlar dels olika förändringar separat, men genom att fallstudien sträcker sig över en lång tid och över flera olika förändringsprocesser, möjliggörs även en dynamisk analys. Forskare menar att det krävs just ett longitudinellt angreppssätt för att man ska förstå dynamiken i organisationsförändring (Armenakis och Bedeian, 1999; Pettigrew, 1990). Utvecklingen av de fyra områdena kan då följas genom olika faser.

I det första avsnittet diskuterar jag *förväntningar på förändring* och *förändringshistorik*. Det handlar bland annat om hur personers inställning till förändring kan se ut i starten av en förändringsprocess och hur detta kan påverka förändringsprocessen. Men också om hur förväntningar baserade på historiska händelser kan påverkas, bland annat genom att historien motbevisas.

Den komplexitet en förändringsprocess innebär kräver mycket av såväl förändringsledare som av medarbetare. Det finns ett antal kompetenser som är kritiska i en förändringsprocess. Avsnitt två handlar om dessa *förändringskompetenser*, om deras utveckling och vad konsekvensen kan bli om man saknar någon eller några av dem.

Sjukvårdens olika perspektiv, eller världar, blir extra framträdande i förändringsprocesser och innebär därmed en extra utmaning. Om energin i huvudsak blir positiv kan krocken mellan dessa världar ge mycket kraft till förändringsprocessen. Men den kan också leda till starka motsättningar. Om detta handlar det tredje avsnittet.

Förutom att de olika världarna har olika syn på mål och verksamhet, har de olika idéer om *ledarskapet* och *ledarskap i förändring*. Därför har det betydelse både vem som är förändringsledare och hur denne agerar i förändringsprocessen. Detta, samt förändringsledares utveckling, diskuteras i avsnittet före den avslutande teoretiska diskussionen.

6.2. Förväntningar på förändring och förändringshistorik

Förändringsprocesser genomförs inte i ett vakuum. Upplevt resultat av tidigare förändringsprocesser skapar förutsättningar för nästa förändringsprocess genom att medarbetarna skapar en bild av förändringen baserad på historiken (Barley, 1986; Beer och Nohria, 2000; Eriksson, 2004). I förändring måste man ta hänsyn till både kontext och personers agerande (Pettigrew, 2000). Händelser i omvärlden, olika personers ingångsvärden i form av förväntningar och förutfattade meningar samt verksamhetens historik, är därför några av de faktorer som kan påverka en förändringsprocess. Förväntningar och historik påverkar huruvida det finns en bra grogrund för förändringar eller inte.

X-modellen visar exempel på förutsättningar i en förändringsprocess, som på sakknivå kan handla om resurser och teknologi och hur verksamhetsprocesserna ser ut. Avsnittet behandlar dock främst personförutsättningar, exempelvis hur medarbetare uppfattar situationen och vilka känslor de förknippar med den (Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993).

6.2.1. Verksamhets- och sjukvårdshistoriken: två samverkande krafter för låg förändringsenergi och förändringströtthet

Oavsett om man anser att förändringsprocesser består av olika faser, där man exempelvis måste börja med att ”tina upp” medarbetare och strukturer (Lewin, 1997), eller om man anser att förändring handlar om en mer iterativ process (Lundeberg, 1993) eller växlande och improviserad (Orlikowski, 1996), krävs någon form av momentum för att en förändring ska komma till stånd (Barley, 1986; Garside, 1998). Det kan handla om ett missnöje med nuläget (Eriksson, 2004) som skapar en vilja att förändra. Ett sätt att få fram momentum är att lyfta fram en lyckosam förändring som exempel (Garside, 1998). Avsaknad av momentum när man når mittenfasen av projektet är en vanlig orsak till att genomförandet misslyckas (ibid).

Sammanhanget och kulturen påverkar synen på och förutsättningarna för förändring (Barley, 1986; Beer och Nohria, 2000; Eriksson, 2004; Pettigrew, 2000). Personers berättelser om sina tolkningar av det förflutna är också en del i påverkan på nya förändringsprocesser (Beer och Nohria, 2000). Tidigare erfarenheter från förändringsprocesser påverkar individens syn på nya förändringar och därmed också deras reaktion och agerande i förändringsprocesser (Barley, 1986; Eriksson, 2004; Garside, 1998). Aktörer lär sig alltså av tidigare förändringsprocesser och gör en både medveten och omedveten analys av sitt eget agerande från en tidigare förändringsprocess till nästa. Det gör att de tolkar förutsättningar för förändringar på ett nytt sätt: det upplevda resultatet av förändringsprocesser ärvs och ger premisser för nästa förändringsprocess (Barley, 1986; Beer och Nohria 2000; Eriksson 2004). Om medarbetarna har lärt sig att förändringsinitiativ i deras verksamhet sällan leder till effekter, är de ofta generellt skeptiska till nya förändringar (Garside, 2004).

I förändringsprocesser kan känslor vara katalysatorer för att nå ett organisatoriskt ”momentum” (Ashforth och Humphrey, 1995). För att förstå förändringsprocesser behöver vi därför också förstå den emotion-

ella historiken från tidigare förändringar (Eriksson, 2004). I större förändringsprocesser är tillit nödvändigt, såväl kognitiv som emotionell (McAllister, 1995). Organisationsmedlemmar har investerat känslomässigt i "sanningarna" om organisationen (Huy, 1999) och genom att utmana denna källa till stabilitet kan man sätta igång starka försvarsmekanismer och väcka oro (Schein, 1992). I radikala förändringsprocesser är därför den emotionella tilliten viktig.

Svensk sjukvård har genomgått stora förändringar de senaste decennierna (Palier, 2006). Det kraftiga förändringstrycket har ofta berott på ökade ekonomiska och produktionsinriktade uppföljningar och nya sätt att leda och styra verksamheten (Axelsson, 2000; Molin och Rom, 2009). Många medarbetare och chefer har upplevt att förändringsinitiativen varit svåra att förstå och att de inte har haft stor effekt, i alla fall inte på det som man själv har upplevt som viktigt i verksamheten (se till exempel Axelsson 2000; Garside, 1998; Mähring och Källberg, 2008). Många medarbetare är därför trötta på förändring och motsätter sig ofta nya förändringsinitiativ (Axelsson, 2000; Garside, 1998; 2004).

RA:s verksamhetshistorik visar stora likheter med sjukvårdshistorikens förändringsfaktorer. Eftersom tidigare lokala förändringsinitiativ stannat upp eller fått diskutabla effekter var förväntningarna på de nya förändringarna låga. Ett vanligt uttryck bland personer som upplever (eller är föremål för) förändring och inte ser förändringen som viktig eller varaktig är "Det blåser över". Uttrycket kan sägas känneteckna också detta exempel från förändringsförutsättningarna på RA: förändringar initieras utan att mycket händer och motiveras av externa faktorer. Professionella grupper i verksamheten, speciellt läkare, uppfattar att de får mindre att säga till om och är skeptiska mot personer från andra världar. Uppfattningen att ledningen inte lyssnar var vanlig redan innan de studerade förändringsprocesserna startade.

Den grundläggande skepsisen mot förändringarna och de drivande ledarna i fallstudien ser därmed ut att ha en del med organisationens historik att göra. I de olika förändringsprocesserna syntes att medarbetarnas bakgrund och deras historier påverkade synen på förändringen och inte minst förändringsviljan. Upplevelsen av och historier om en ti-

digare guldålder med få förändringar och en upplevd stabilitet var stark hos vissa medarbetare. Idén om att man relativt nyligen lämnat denna positiva period och nu gått in i en rörig tid med många samtidiga förändringar förstärkte känslor som frustration och irritation inför de nya förändringarna. Förändringströttheten uppfattades vara utbredd.

I fallstudien såg vi att förändringar som upplevdes som positiva hade bättre förutsättningar, men också att förändringar påverkas av andra faktorer, som upplevt behov att förändra. Digitaliseringen var till exempel efterlängtd. Trots tillkortakommanden i förändringsprocessen uppfattades den därför generellt som positiv. Personalneddragningen, som knappast kan ha uppfattats som positiv av majoriteten, framför allt inte då medarbetarna lärt sig att den typen av förändringar inte sköts väl, hade trots allt en relativt lugn förändringsprocess. Det kan ha berott på att det fanns en insikt om behovet och att kommunikationen var tydlig, men också på att förändringsprocessen ansågs vara väl genomförd.

De traditionella strukturerna som hör till en professionell organisation hade tidigare varit starka i den studerade organisationen, med en professionell dominans i ledningen sedan lång tid tillbaka. Givet det vi sett i fallstudien påverkar förändringar i ledarskiktet och i organisationen uppenbarligen inställningarna till förändring. Att bryta traditionen med läkare som chefer ledde till viss del till ökad oro, bland annat för den dominerande gruppen läkares egen beslutanderätt. Såväl högre chefer som verksamhetschefen visade att de var medvetna om dessa utmaningar och ägnade tid åt förankring i främst läkargruppen. Ledningsförändringarna fungerade också som en katalysator. En bidragande faktor till att exempelvis läkargruppen accepterade en icke-läkare som verksamhetschef kan ha varit det upplevda misslyckandet i förändringssammanhang från chefer åren före fallstudiens början. Historiken påverkade alltså synen på nya förändringar.

Studien åskådliggör således att verksameters historik i allmänhet påverkar synen på förändring. I det här fallet hade det skapat förändringströtta medarbetare som var skeptiska mot ledningen. Jag såg också att det större sammanhanget, sjukvården, följde samma mönster under den studerade perioden.

Förutom den allmänna synen på historiken, verksamheten och ledarna kan jag specifikt se att även det som hänt i tidigare förändringsprocesser påverkar synen på och starten av en ny förändringsprocess.

6.2.2. Fallstudien visar att det går att påverka inställningen till förändring

Inställningen till och förväntningarna på förändringarna i fallstudien visade sig alltså inte vara de bästa. Trots detta genomfördes förändringarna, och utmaningarna med låga förväntningar på förändringsprocesser, skepticism gentemot ledare samt förändringströtthet visade sig alltså kunna hanteras. Historikens påverkan på förändringsprocesser är stark (Hellgren och Löwstedt, 1997), men vi ser också att det är möjligt att bryta historikens makt.

Att visa att förändring är möjlig kan tjäna som en katalysator för andra förändringar (Ashforth och Humphrey, 1995; Barley, 1986; Eriksson, 2004; Garside, 1998). Ett exempel på en förändring som kan skapa momentum för kommande förändringar är ny informationsteknologi (Barley, 1986). I fallstudien användes den positiva känslan från tidiga förändringar, i första hand digitaliseringens framgång, tydligt och medvetet som katalysator, så att andra stora förändringar kunde få momentum. Digitaliseringen, och även den uppskattade processen kring personalneddragningen, påverkade således medarbetarnas syn på förändring positivt och gjorde att man kom undan den negativa förändringsenergin, motståndet och tröttheten som fanns.

För att kunna ändra förväntningarna på förändringar krävs dock en god förståelse. Utan att förändra eller förbättra ledares och medarbetares förståelse för situationen och förändringen, blir det svårt att förändra organisationen (Sandberg och Targama, 1998). För att kunna agera på rätt sätt i förändringsprocessens första fas gäller det att personer i verksamheten ser och förstår hur förutsättningarna ser ut. I fallstudien var det tydligt att delar av den högre ledningen och verksamhetschefen förstod den allmänna synen på förändringen och hur historiken kunde påverka

nya förändringar. Det gällde exempelvis förändringströtthet och vikten av läkarnas involvering. Ledningen agerade till stor del utifrån insikten om detta och försökte vara tydliga i kommunikation och med förankring. Den konstaterade kommunikationsbristen, främst i delar av digitaliseringsprocessen, hade inte lett till några större negativa konsekvenser vad gäller sakleveransen, införandet av det nya systemet. Missnöjet med införande och kommunikation låg dock kvar hos en del berörda, vilket skulle komma att påverka personförutsättningarna (Efter Baustad och Sörsveen, 1996; Lundeberg, 1993).

Förståelse för och vilja till förändring är bräckligt, särskilt om historiken och den kultur som skapats är stark. När pressen blir hård tenderar man att falla tillbaka i gamla roller. Detta sker om man inte får tid att ändra beteendet (reconciliation) och hjälp att identifiera det nya (identification) (Huy, 1999). I fallstudien valde förändringsledare att hålla ett högt tempo i flera på varandra följande förändringsprocesser. Det visade sig vara lyckosamt till viss del. Det fanns en energi i förändringarna som man lyckades hålla tillräckligt positiv. Energi kan i vissa fall snabbt vändas till motstånd, men här lyckades man kanalisera den till något fruktbart (ibid) i de flesta förändringarna, framför allt i processerna digitalisering och personalneddragning. I termer av förändringströtthet och förtroende för förändringsledare påverkade dock det snabba tempot många av medarbetarna negativt efter en längre tid. Det märktes framför allt efter ett och ett halvt års förändringsprocesser, då medarbetare uttryckte att de var nöjda med att förändringarna drivits igenom, men att förändringstakten borde minska. Ledare och medarbetare uttryckte att de behövde ”landa” för att orka. Detta tyder på att förändringsledare hade brist på insikt i timing, vilket är en orsak till osäkerhet (Huy, 1999). Bristen på genomförande av förändringsförslag bidrog också till att frustrationen gentemot ledningen och nya förändringsprocesser ökade. Något som kunde ha gett extra bränsle till frustrationen var skepticismen gentemot ett ökat fokus på Control-perspektivet som Anna och andra ledare upplevdes stå för (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

Fallstudien gav också något senare exempel på ett kraftigt energiutbrott, i form av starka protester mot ledningen och Anna. Om man ser

enbart på den perioden och de förändringsprocesser som då pågick kan de kraftfulla reaktionerna ses som överdrivna. Det är dock genom att se på en längre periods olika förändringsprocesser som man kan förstå att känslorna byggts upp under en längre tid. Händelserna ett och ett halvt år in i fallstudien var bara utlösande faktorer.

Den negativa energi som protestbrevet och känsloutbrott skapade på RA kunde ha lett till dåliga förutsättningar för vidare förändringar och hejdat de pågående. Men energin verkade också denna gång kunna användas till något kreativt. En anledning till detta var ledarutvecklingsprogrammet, där deltagarna fick möjlighet att uttrycka känslor och bryta perspektiv mot varandra. Det gav utlopp för behovet av att diskutera värderingar och meningen med arbetet (Sandberg och Targama, 1998; Södergren, 2000). Under programmet lyftes olika uppfattningar och misstron mot ledningen ventilerades. Det gjorde förmodligen att en del motstånd mot förändringar kunde undvikas och att missförstånd kunde redas ut. Det kunde skapas en arena för diskussion (Angelöw, 1991).

Studien visar därmed att det går att driva förändring även i en miljö med låg förändringsvilja och skepticism mot ledare. När verksamhetshistoriken förändras och motbevisar sanningarna från tidigare sjukvårdshistorik – förändringar går verkligen att genomföra, tid och pengar satsas på utbildning i förändringskompetens och läkare och ekonomer kan arbeta sida vid sida – verkar det finnas möjlighet för en ny förståelse att växa fram hos vissa grupper och personer och förutsättningarna för förändring förbättras. En arena för diskussion hade skapats.

6.3. Förändringskompetenser

Brist på kunskap i och erfarenhet av förändringsledning är vanligt i organisationer i allmänhet och kanske i sjukvårdsorganisationer i synnerhet (Garside, 1998). Personer som ska leda förändring väljs ofta ut på andra grunder än att de har erfarenhet från och kunskap om förändringsprocesser. Bristerna i förståelse för hur förändringsprocesser går till kan dels leda till att processen i sig inte blir optimal, och dels påverka resultat och

effekter av förändringarna. Förändringskompetensen blir därmed central i förändringsprocesser (Batalden och Stoltz, 1993; Eisenhart och Martin, 2000; Huy, 1999; Källberg och Mähring, 2007; Mähring och Källberg, 2008; Teece et al, 1997).

De sex förändringskompetenserna beskrevs i teorikapitlet i nedanstående figur. Tillsammans bildar de ett samlat förändringskompetensregister (Källberg och Mähring 2006, 2007; Mähring och Källberg 2006; 2008) som ligger till grund för avsnittets analys.

Tabell 6. Förändringskompetenser

Förändringskompetenser
1. Projektledning och projektarbete
2. Processutveckling
3. Organisations- och strukturförändringar
4. Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar
5. Hantering av emotionella processer
6. Kommunikation och samordning

Delar av dessa förändringskompetenser analyseras även i andra delar av den fördjupade analysen, framför allt förståelse för och integration av olika världar, som är en viktig komponent i perspektivavsnittet. Den emotionella processkompetensen finns representerad i samtliga avsnitt och kommunikation och samordning finns delvis med i kapitlet om olika förändringsledare.

6.3.1. Bristen på vissa förändringskompetenser ger konsekvenser för förändringsprocessen

När viktiga projektkompetenser saknas kan det leda till att förändringsprocessen upplevs ostrukturerad och oplanerad (Garside, 1998). Det handlar om såväl verktyg för som erfarenhet av *projektledning* (organisering, bemanning och kontroll av projekt) och *projektarbete* (Mähring och Källberg, 2008; Zollo och Winter, 2002). Denna kompetens fanns till viss del i fallstudien, men konsekvensen av dess brister blev tydlig, vilket jag beskriver senare i avsnittet. Ledningen visste hur en projektgrupp bör sättas samman och att det behövdes representanter med olika bakgrund, från olika yrkesgrupper och från olika geografiska enheter. Deras insikt i gruppammansättning blev tydlig flera gånger under fallstudiens gång, till exempel under digitaliseringen, vid olika processutvecklingar och i incitamentsprojektet. Genom att initiera informationsmöten, veckobrev och diskutera utvecklingsfrågor i LEDU och under avdelningsresorna, uppmärksammade man det viktiga behovet av delaktighet.

Dock saknade flera av de utvalda projektmedlemmarna och projektledarna kompetens. Tydligast blev det då delprojekten i IT-införandet fick läggas ner med hänvisning till avsaknad av projektkompetens. Projektledaren Adam fick i denna förändringsprocess ta en större roll än planerat, på grund av den bristande erfarenheten. I de gränsöverskridande processprojekten märktes bristen på förståelse bland annat gällande den tid som avsattes för projektdeltagarna, som de upplevde inte räckte till. Det märktes också i flödesgruppen, där även ledningsgruppen fick kritik för att inte fatta beslut om förbättringar.

Silotänkande och optimering av enskilda enheter är relativt vanligt i sjukvården, delvis beroende på finansieringssystemet men också på uppföljningsstrukturerna. Resultatet blir att fokus läggs på resursoptimering istället för på flödesoptimering (Brattström, 2012; Modig och Åhlström, 2012). Det krävs således både förståelse för att flödesarbete är viktigt men inte minst kompetens för arbeta med *processutveckling* (Davenport, 1993; Eisenhart och Martin, 2000; Markus, 2004).

I fallstudien stod det klart att kompetens saknades internt, trots att ett uppskattat processprojekt genomförts några år tidigare. Det fanns goda tecken på förståelse för att flödestänkande behövs i sammansättningen av den projektgrupp som skulle arbeta med processutveckling i digitaliseringen. Gruppen hade representanter från olika yrkesgrupper, men lades snart ner på grund av tids- och kompetensbrist. Bristen på processutveckling bidrog bland annat till att möjligheterna med det nya IT-systemet inte utnyttjades fullt ut. I senare processprojekt lånade man in kompetens och skapade därmed bättre förutsättningar. Man genomförde också gränsöverskridande processprojekt tillsammans med sjukhuset, vilket tyder på insikt i behovet av kompetensen. I detta projekt arbetade ett tvärfunktionellt team och projektet fick goda resultat.

En kompetens som krävs i förändringsprocesser är förståelse för *organisations- och strukturförändringar*. När verksamheter förändras måste också kontrollmodeller ändras, förändringar i exempelvis bemanning och organisation måste kopplas ihop (Mähring och Källberg, 2008). Det påverkar dels hur organisationen verkar internt och dels i relation med omgivningen (Källberg och Mähring, 2007; Zollo och Winter, 2002). På RA syntes en tydlig förändring i organisation och ansvar, inte minst i ledningsgruppens förändrade sammansättning. Organisationsstrukturen förändrades även genom nya enheter och avskaffande av den tidigare divisionaliseringen. Bemanningförändringen som kopplades till digitaliseringen är ett exempel på att förändringarna i verksamhet och processer samverkade med organisationsförändringar. Då arbetsuppgifterna förändrades togs konsekvenserna av det ut i reduktion av antalet anställda.

Affärsfrågor och strategiska frågor bildade en viktig punkt på agendan både i ledningsgruppen och hos verksamhetschefen. Strategin hängde alltså till stor del ihop med förändringar i teknologi som teori stipulerar (Peppard and Ward, 2004). För att stödja nya arbetssätt förändrade man således ledning, organisationsstruktur, bemanning, ansvar och befogenheter.

I och med ett större fokus på produktion och ekonomi samt nya möjligheter till uppföljning genom IT-systemet, förändrades även styr- och kontrollsystemen radikalt. Denna möjlighet utnyttjades av ledningen,

som också visade kompetens i ekonomi- och produktionsmodeller. Vi kan därför konstatera att RA till stor del hade och använde kompetensen i organisations- och strukturförändring.

En del av kompetensen *förståelse för och integration av olika kompetenser och världar* handlar om att ha fokus på olika intressenters behov i genomförandefasen (Lucas 1981; Mumford 1981), vilket är en av nycklarna till en lyckad process. I sjukvården fungerar teoribildningen om de olika världarna väl som förklaring till de olika perspektiven i sjukvårdssystemet (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a, 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009). I fallstudien kan vi se hur exempelvis högre chefer och pratar om hur avdelningen relaterar till helheten i samhället såväl som i organisationen. Denna kompetens hade dock svårt att få genomslag hos medarbetarna, delvis beroende på ovanan att se perspektiven men också på grund av sättet det kommunicerades på och av vem.

Sammanförandet av verksamhetskompetens och ekonomi mötte också svårigheter. Medarbetarna upplevde ett starkt fokus på ekonomiska och produktionsorienterade mål på bekostnad av medicinska frågor. Mellancheferna var tvungna att översätta den ekonomiska situationen och kraven från den högre ledningen till en konkret nivå som medarbetarna kunde relatera till (Zaccaro och Horn, 2003). Man försökte bland annat lära ut ekonomi, exempelvis genom LEDU, men också praktiskt i ledningsgruppsarbetet och på möten. Sjukvårdens parallella världar diskuteras utförligt i nästa avsnitt av den fördjupade analysen (sid 263).

Integration och förståelse handlar dock även om att exempelvis förstå IT-perspektivet i sjukvården. Bryggan mellan IT och verksamhet visade sig vara svår att bygga. Sammansättningen av gruppen som skulle utvärdera systemalternativen och sedan kommunikationen av digitaliseringen, där verksamhetsrepresentanter inte var med, tyder på en särkoppling mellan systeminvestering och verksamhetsförändring samt en separation från genomförandeprocessen, något som riskerade att påverka resultatet negativt (Barley, 1986; Brynjolfsson och Hitt, 1998; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992). Detta förstärktes av tidigare dåliga erfarenheter från digitaliseringsförsök, som gav sämre förutsättningar för ett nytt för-

sök (Barley, 1986). Fallstudien visar dock att när det finns personer som förstår behovet av att sammanföra kompetenser från olika perspektiv och till exempel kan säkerställa en koppling mellan systeminvestering och verksamhetsförändring (Barley, 1986; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1998), kan misstag av detta slag repareras relativt snabbt. Den nya verksamhetschefen ombildade arbetsgruppen för digitaliseringen till att även omfatta verksamhetsrepresentanter, vilket torde ha gett betydligt bättre förutsättningar att lyckas.

Känslor är sammanblandade med kognition i alla våra tankar och i allt vårt agerande. De är en oskiljbar del av det organisatoriska livet (Ashforth och Humphrey, 1995). Känslouttryck kan fungera som katalysatorer i förändringsprocesser. Emotionell dynamik kan även leda till att radikal förändring av andra ordningen kan uppnås (Huy, 1999). Här spelar också sammanhanget en viktig roll. Sammanhanget gör kombinationen av förståelse för känslor i förändringsprocesserna och sjukvårdssystemets och kulturers förändringar intressanta att studera. Precis som det är viktigt att förstå verksamhetens generella förutsättningar för förändring är det viktigt att förstå den emotionella historiken från tidigare förändringar (Eriksson, 2004). Kompetens inom området *hantering av emotionella processer* kan således göra att reaktioner i förändringsprocessen kan förstås, till viss del förutses och även leda till att energin i förändringsprocesser kan kanaliseras. Empatisk förmåga, organisationens förmåga att hantera emotionell dynamik, att erkänna och uppmärksamma känslor eller känslouttryck hos medarbetare som reaktioner på förändringsprocesser (Huy 1999), är en viktig kompetens, framför allt i genomförandefasen av en förändringsprocess (Källberg och Mähring, 2007).

Känslor är alltså en naturlig del av en förändringsprocess, framför allt om processen handlar om så genomgripande förändringar som RA stod inför. Det visar sig i fallstudien att det inte nödvändigtvis är de stora förändringarna som rör upp mest känslor. De förändringar som upplevs påverka mest är istället de som är viktiga för den enskilde, som till exempel beslutande- och tolkningsrätt i arbetssituationer. Flytten och minskningen av yta för läkarrummen är exempel på förändringar som till synes inte är stora eller komplexa, men som rörde upp mycket känslor.

När gamla strukturer ifrågasätts och inlärt beteende ska läras om, krävs en förståelse både för varför medarbetare reagerar som de gör och hur en förändringsaktör bör agera på detta, samt hjälp att kunna identifiera det nya och tid att acceptera förändringen (Huy, 1999). I fallstudien blev det tydligt att ledarna hade insikt om vikten av att få stöd från formella och informella ledare på avdelningen. De tog initiativ till att skapa ett bra samtalsklimat och att få såväl kognitiv som emotionell tillit (McAllister, 1995), framför allt från den starka läkargruppen. De lyckades skapa tillit och driva förändring, men förändringsledarna misslyckades från tid till annan med att skapa eller behålla denna tillit, den kognitiva men framför allt den emotionella. Läkargruppen ansåg också att ledningen var anonym. Det ledde förmodligen till att det var svårt att hitta en samtalspartner under förändringen, att veta vem man skulle vända sig till. Ledarna hade insikt om behovet av delaktighet, men upplevelsen hos medarbetarna var ändå att man från tid till annan inte fick vara med eller inte blev lyssnad på. Efter en period syntes resultatet från bristen på denna emotionella processkompetens och det uppkom protester. Förändringsviljan och förtroendet för förändringsledarna avtog och verksamhetsförändringarna började tappa fart. Förändringsledarna led samtidigt av en allt tuffare arbetssituation och klarade inte alltid av sin uppgift.

Den sista kompetensen handlar om förändringsledares förmåga att kunna *kommunicera och samordna* i förändring. Kommunikationsmässigt visar fallstudien att ambitionsnivån hos i alla fall flertalet av cheferna och förändringsledarna var hög. Flera förändringsledare pratade om vikten av att få medarbetare att känna sig delaktiga i informationsprocessen. De visade också en insikt i behovet att tänka ut budskapet samt vad man ska kommunicera och när, inte minst i personalneddragningsprocessen där informationen var välplanerad. Teori rekommenderar att endast kommunicera fakta och bevaka ryktesspridning (Garside, 1998), en rekommendation som man följde under personalneddragningarna. Beslutet om en snabb process och kontinuerliga diskussioner om medarbetarnas reaktioner visar på en insikt i vikten av väl genomtänkt kommunikation. Mängden information och kommunikation, i antal tillfällen och möjlighet att få information, var alltså ambitiös och ambitionen att kommuni-

cera mycket och snabbt var god. Däremot lyckades förändringsledarna inte alltid skapa ett gott klimat för kommunikation, inte heller en dialog (Södergren, 2000) eller en arena (Angelöw, 1991). Mer om kommunikation och samordning finns i avsnittet om världar (sid 263) och ledarskap i förändring (sid 276), där bland annat ledarutvecklingsprogrammet diskuteras.

Sammanfattningsvis visade studien goda exempel på insikt i och användande av de sex förändringskompetenserna. När kompetenserna fanns löpte förändringsprocessen på relativt smidigt. Ett exempel är den goda projektledningen, kommunikationen och stödet i emotionella processer vid personalneddragningen. På samma sätt syntes konsekvenser i form av utebliven effekt av förändringsprocessen då IT-systemet infördes utan processutveckling. Ett ytterligare exempel är bieffekten i form av frustration, då protestbrevet kom som resultat av bristande förståelse för behoven av integration och kommunikation, samt emotionella processer och timing i förändringsprocesserna är två.

6.3.2. Att lära sig förändring i en framväxande process

I studien syns tillgång och brist på olika förändringskompetenser och konsekvensen av detta tydligt. Sören Kierkegaard (1859) skriver att en förutsättning för att kunna hjälpa andra att lära sig något nytt, vidga deras perspektiv och förstå mer, är att förstå personen i fråga. Flera forskare menar att förståelse är nyckeln till lärande (Sandberg och Targama, 1998) och att lärande är grunden till konkurrenskraft (Hellgren och Löwstedt, 1997). En organisation kan inte förändras utan att medarbetarnas förståelse gör det. Tolkning av situationen möjliggör lärande (Sandberg och Targama, 1998).

Trots vissa tillkortakommanden visade flera i organisationen, däribland verksamhetschefen och ledningsgruppen tillsammans med personalchefen, att man var medvetna om flera av de förändringskompetensbehov som fanns. En god strategi enligt litteratur i förändringsledning och IT-implementering hade varit att ha en sekventiell, välplanerad förändringsagenda, där olika kompetenser kombinerades över tid och där

till exempel systemförändringar kombinerades med process- och verksamhetsförändringar (Brynjolfsson och Hitt, 1998; Davenport 1993). I fallstudien följde man dessa rekommendationer till en början, men då man såg att tid och kompetens saknades för att göra allt samtidigt genomförde man istället en förändring i taget, när tiden var mogen och kompetensen fanns. Det var en form av förändringsimprovisation och semistrukturerad förändringsprocess (Orlikowski, 1996). Beslutet om vad som skulle förändras hade fattats, men tidpunkten ändrades. Processutvecklingen fick vänta till senare, delvis på grund av att den processutvecklingskompetens som fanns var uppbunden till omstruktureringsarbetet, men också eftersom den finansiella situationen rent strategiskt krävde snabba ekonomiska resultat snarare än långsiktig processutveckling.

Ledande personer försökte också på olika sätt att kompensera för kompetensbristerna, bland annat genom att anlita den externa projektledaren, börja samarbeta med mig som forskare och kompetenskälla, engagera konsulter för coachning av några av ledarna samt arbeta med ledarutvecklingsprogrammet för läkare och metodansvariga sjuksköterskor. Utan IT-projektledarens förståelse för IT- och informationssystem hade införandeprocessen förmodligen blivit längre och, givet tidigare erfarenheter på RA, kanske inte ens kunnat genomföras. Inte minst Anna själv bidrog med en ny sorts kompetens som hon till vissa delar kunde föra över till medarbetarna. Genom att Anna, ekonomen Karl och avdelningsekonomen Susanne hade ekonomisk kompetens och erfarenhet av uppföljningar kunde en ny ekonomisk planering och uppföljning börja. Läkarna Sara och Henriks specialistkompetens och förståelse för drivkraften i läkargruppen gjorde att flödesgruppen och projektet med incitamentsstrukturer åtminstone hade förutsättningarna för att kunna genomföras. Sjuksköterskorna Cecilia, Amanda och Maria var med sin förståelse för sjukvårdens processer och den djupa kunskapen om RA:s förutsättningar centrala för flera förändringar. Processkompetensen i de genomförda processprojekten var en av förklaringarna till att effekten upplevdes som god. Deltagarna i projekten fick ökad kompetens i såväl processarbete som (till viss del) systemförståelse. Projektdeltagarna var

dock goda ambassadörer för flödesorientering. Förändringskompetens fanns alltså i relativt stor utsträckning, men däremot var spridningen av kompetens till övriga organisationen måttlig.

Två komplikationer var att flera av personerna med särskild förändringskompetens saknade andra förändringskompetenser och att de ibland inte tillhörde organisationen. Genom att de inte tog del i den ordinarie verksamheten hade de svårare att skapa förtroende och få genomslag för sina förändringsförslag. IT-projektledaren lyckades införa systemet, men bristen på möjligheter att kommunicera med medarbetarna gav konsekvenser. Ekonomen Karl lyckades inte få förtroende från tillräckligt många i de dominerande grupperna för att få igenom sin agenda. Ett misstag i statistikarbetet, som i andra fall skulle kunna ses som försumbart och bara att göra om, blåstes nu upp och blev en avgörande orsak till Karls avgång.

Beer och Nohria (2000) menar att teori O syftar till att utveckla organisationens humankapital, medan man i teori E ofta tar hjälp av extern kompetens, som konsulter. I förändringskompetenstermer verkar RA på sikt ha kombinerat dessa, i några fall med lyckat resultat. Medan flera av dessa nyckelpersoner och -kompetenser sågs som gäster i organisationen och som extern kompetens, hade samtliga en långsiktighet i uppdraget som kunde säkerställa en överföring av kunskap till organisationen. När den ökade kompetensen fanns hos personer som tillhörde Cure eller Care-professionen, uppkom en annan typ av möjlighet att få gehör från dessa grupper och att sprida kompetensen till flera. Maria är ett tydligt exempel på detta, liksom läkarcheferna, läkaren och enhetschefen Johanna samt läkaren Sara. De flesta av de personer som var förändringsansvariga var även mellanchefer. På grund av sin speciella position, där de kunde agera översättare mellan högre chefer och verksamhetens mål (Embertson, 2006; Zaccaro och Horn, 2003) fick de en viktig uppgift att sköta. Det tydligaste exemplet på förändringsledare som brottades med sin roll var de olika läkarcheferna, som hade svårt med översättningen mellan sin ledande administrativa ledarroll och sin specialistroll.

Läkargruppens utveckling av förändringsledningskompetens är komplex. Det fanns en insikt bland annat hos Anna och HR-chefen att vem som upplevs leda förändring är viktigt. Därför fick läkare flera gånger rollen som projektledare, något som hade varierat resultat. Flertalet av de läkare som tillägnade sig förändringsledarkompetens, bland annat läkarchefer, valde senare att inte fortsätta i rollen som förändringsledare utan gick tillbaka till specialistkarriären som läkare. Det berodde delvis på övriga medarbetares brist på kompetens i integration och på förståelse och acceptans för andra perspektiv. En annan orsak var att de inte orkade hålla kvar initiativet, då de upplevde ett tryck från sin egen professionella grupp (Westin, 2002). Förändringsledarna blev i vissa fall motarbetade när de försökte använda sin kompetens. I avsnittet om förändringsledare beskrivs läkarchefernas utveckling specifikt (sid 276).

Det är således tydligt att de förändringar som drevs var beroende av olika kompetenser, som ibland fanns internt i organisationen och ibland hämtades utifrån. Genom det stora antalet förändringsprojekt kunde jag över tid se en ökad kompetens i de olika förändringskompetenserna. Det gällde framför allt de som var satta i nyckelroller och kunde ses som förändringsledare. Ett tecken på att förändringskompetens går att utveckla var den förändringsprocess som handlade om ersättningsstruktur och incitamentssystem för läkare. Det faktum att det ens var möjligt att driva ett sådant kontroversiellt projekt, med läkarchefen som projektledare, en projektgrupp med läkare och högre chefer som styrgrupp, tyder på att initiativtagaren Anna litade på att kompetensen fanns i tillräckligt stor utsträckning. Det visade sig också att så var fallet, även om tiden av olika skäl inte var mogen för förändringen. Ett skäl var en kvarliggande misstron om en dold agenda hos Anna och andra från den icke-professionella världen.

Det sätt på vilket förändringsprocesser på RA genomfördes, genom växling mellan olika förändringsfokus, både krävde och tillät omfokusering och olika förändringstyper vid olika tidpunkter. Arbetssättet, som delvis var självvalt men även framtvingat och i några fall till och med oavsiktligt, byggde på att man fokuserade på olika utmaningar vid olika tillfällen. Först lärde man sig ett nytt tekniskt verktyg, därefter arbetade man med att förändra processer och arbetssätt samtidigt med personalneddragningen, sedan

kom ledarutvecklingen. De som var inblandade i planering och drivande av förändringsprocesserna, förändringsledarna, kunde därmed lära sig under vägens gång. Alla förändringsledare valde dock inte att fortsätta använda sin nya kompetens, bland annat eftersom trycket från den egna gruppen blev för stort.

6.4. Parallella världar och maktbaser

Sjukvården kan säga innehålla olika världar med olika syn på såväl mål som verksamhet (Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009). Brytningarna mellan olika synsätt, eller världar, har under fallstudiens förändringsprocesser lett till mer eller mindre kraftiga reaktioner. Jag har sett att somliga av dessa perspektivbrytningar har skapat mer eller mindre tydliga maktkamper. Garside (1998) menar att motstånd mot förändring inte bara förekommer på individnivå utan också på grupp- och organisationsnivå, där grupper kan vara emot förändring om exempelvis gruppstrukturen, sociala normer eller maktbaser påverkas. I teorikapitlet konstaterades att professioner vill behålla sin makt i en professionell organisation (Abbott, 1988; Freidson, 2001). Genom introduktionen av produktions- och ekonomistyrning i vården, tillsammans med nya verktyg, som digitala journalsystem och röntgeninformationssystem, ökar transparensen och möjligheten till uppföljning och styrning. Detta hotar gamla maktbaser och kan förväntas skapa en motreaktion från läkarprofessionen, då en del av denna makt handlar om att behålla kontrollen över definitionen och uppföljningen av arbetet (Freidson, 2001), men också, visar studien, över vem som har tolkningsföreträde (Roberts och Scapens, 1985).

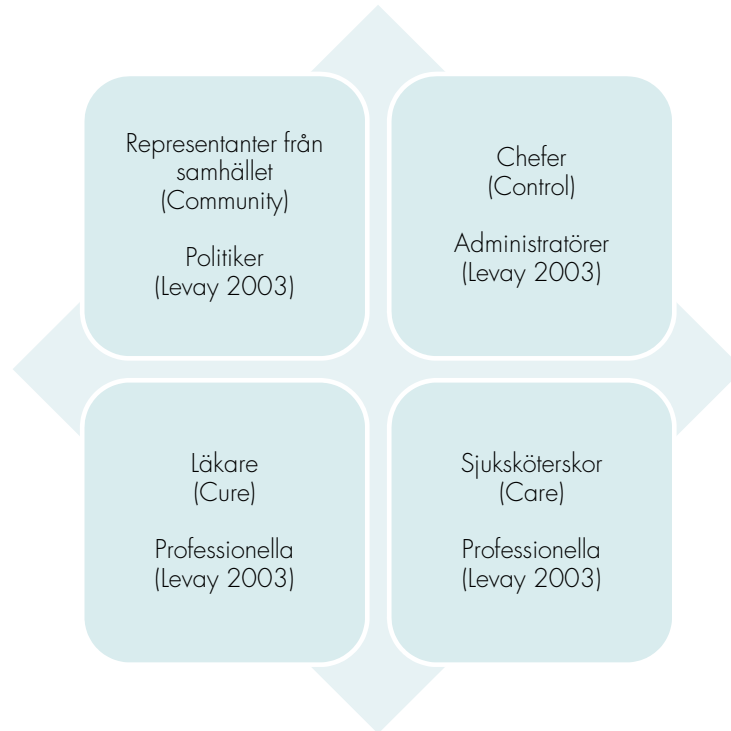
I detta avsnitt analyseras dynamiken som följer av sjukvårdens parallella världar och vad som kan hända när de ställs inför förändringsprocesser.

6.4.1. Sjukvårdens olika världar ger en speciell förändringsdynamik

Läkargruppens särställning i sjukvården visas i beskrivningen av hälso- och sjukvårdens framväxt från bland andra Palier (2006), kombinerat med teorier om professionella grupper generellt (Barley, 1986; Bourgeault, 2005; Freidson, 2001) och den professionella gruppen läkare specifikt (Abbott, 1988; Levay, 2003). Läkare har en maktposition som under lång tid varit ohotad (Freidson, 1970; Westin, 2002). Positionen har till stor del legitimerats av specialistrollen och det medicinska ansvaret (Palier, 2006). Sjukvården kan därför sägas ha legat nära den idealtypiska professionella organisationen (Freidson, 2001). Den professionella byråkratin (Mintzberg, 1983) har alltså i många decennier dominerat såväl det medicinska som det organisatoriska ledarskapet, men i och med förändringar i sjukvårdens struktur och införandet av mer marknadsekonomiska synsätt och uppföljningar, har ett nytt sätt att se på sjukvården introducerats. Sjukvårdsorganisationer kan numera anses innehålla två hierarkiska system: det medicinskt/professionella och det ekonomiskt/administrativa (Abbott, 1988).

Flera forskare har beskrivit utmaningen med olika perspektiv i vården (Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009). I teorikapitlet beskrivs en flitigt använd modell som delar upp sjukvården i fyra ”organisationer”, vars interna strukturer är svåra att förändra. Andra forskares beskrivningar av de olika ”världarna” kan relateras till Glouberman och Mintzbergs kategorier, exempelvis Levay (2003) enligt bilden nedan.

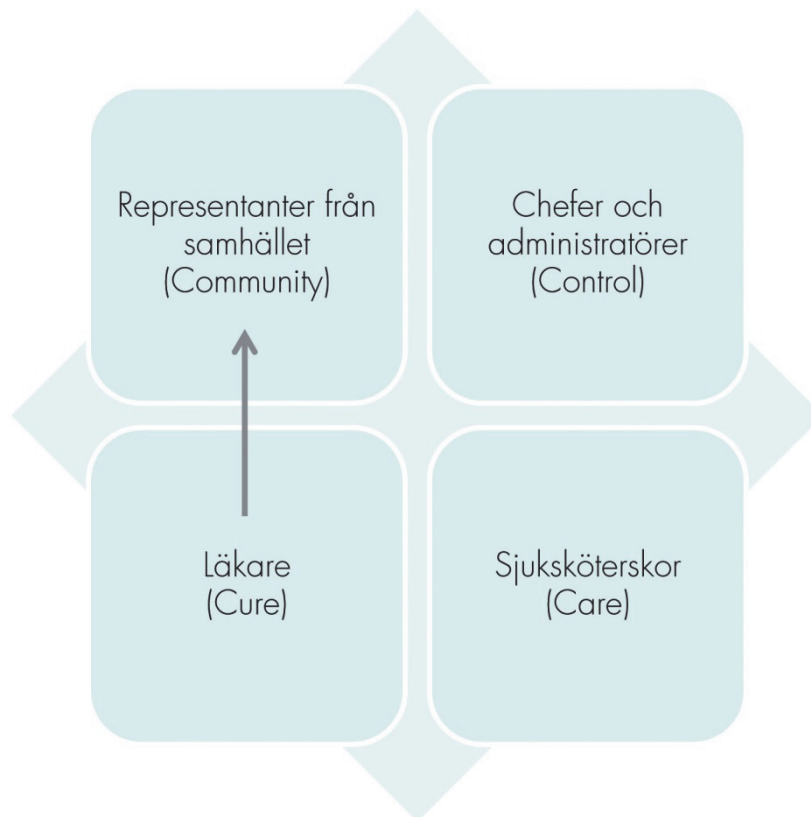
Figur 20. Sjukvårdens fyra världar. (Efter Glouberman och Mintzberg, 2001a; Levay, 2003)



Forskare menar att dessa olika världar, eller perspektiv, har olika mål som kan vara svåra att kombinera (Lindholm, 2003). Det är betydelsefullt för förståelsen för agerandet i förändringsprocesserna, eftersom mål och värderingar påverkar både hur personer agerar och hur de tolkar andras agerande, samt den reaktion som följer. Skillnader i värderingar och krocken mellan olika synsätt blir extra tydlig när organisationer och personer står inför förändringar (Södergren och Fredriksson, 1998). Ju mer radikala förändringarna upplevs vara och ju mer de påverkar det dagliga arbetet, desto mer friktion kan förväntas. De flesta medarbetare i sjukvårdsorganisationer vill inte förändra sitt sätt att arbeta. Kulturen: normer, värderingar, beteenden och policyer, så som de upplevs av medarbetare, måste dock förändras om förändring ska ske. Kulturen måste belöna förändring och i vissa fall bestraffa beteende som inte leder till förändring (Garside, 1998).

Redan på 1960-talet påbörjades förändringar i ansvar och makt i sjukvården. Tidigare var sjukvårdsorganisationer i realiteten dominerade av läkare (Axelsson, 2000), men samhällsstyrningen av vårdens finansiering påverkade läkarnas handlingskraft (Palier, 2006) och förde över makt till den politiska sfären (se figur nedan).

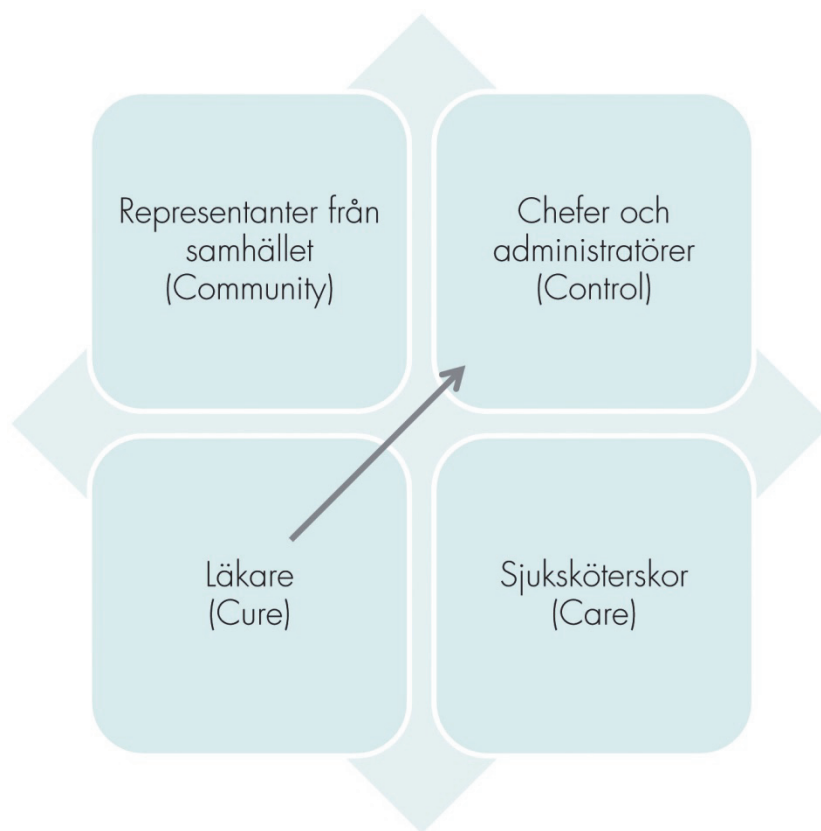
Figur 21. Överföring av makt till Community



På 1980-talet introducerades marknadsmekanismer i högre utsträckning och under 1990-talet kritiserades den så kallade "ekonomismen". Samtidigt började managementkonsulter förekomma i sjukvården (Axelsson, 2000). En hel del förändringsprocesser i sjukvården har de senaste åren handlat om effektivisering och har motiverats ur ett ekonomiskt perspektiv. Även i samhället i stort har diskursen under senare år kommit att handla om ekonomi och krav på effektiviseringar. Systemet som introduceras blir extra tydligt när beslutsfattare och ledningspersoners fokus

flyttas mot mätning av effektivitet och produktivitet (Lindholm, 2003), och att föra in ekonomisk styrning kan uppfattas som ett sätt för administrationen att öka kontrollen över den medicinska yrkeskåren (Lindvall, 1997) - att gå från en professionsstyrd till en manageriell organisation (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Det innebär att fokus förs över från Cure- till Control-perspektivet enligt bilden nedan.

Figur 22. Överföring av makt till Control.



Den förhärskande strategin för att driva förändring i sjukvården de senaste åren kan sägas ha varit den så kallade teori E-modellen (Beer och Nohria, 2000). Målet med teori E är att skapa ekonomiskt värde och att förändringar drivs på ett planerat sätt, ofta med externt stöd (ibid). Denna förändring stämde in i den studerade organisationen såväl som i sjukvården i allmänhet, det vill säga ett skifte i fokus mot uppföljning och ekonomi, förändring av teknik, förändring av ledares bakgrund samt

ombyggnationer. Teori E är också i linje med motiveringen av flertalet av förändringsprocesserna i fallstudien.

Redovisnings- och finansiella krav gör det nödvändigt med tydlig uppföljning på makronivå. Det syntes mycket tydligt på RA, där organisationen tidigt hade gått mot en mer ekonomi- och produktionsinriktad uppföljning. En del av de förändringar som Anna initierade i ett tidigt skede fokuserade på att få bättre översyn över verksamheten och att göra planering och uppföljning lättare och bättre. Då började reaktionerna komma. Det blev påtagligt att olika ledare, främst från högre ledning, inte hade tillräcklig förståelse för sjukvårdens professionella grupper för att anpassa sin kommunikation till målgruppen.

Andra, som Anna, hade ambitionen att förstå medarbetares perspektiv i allmänhet och läkares perspektiv i synnerhet och lyckades till stor del. Dock syntes tecken i hennes kommunikation på att budskapet inte översattes väl nog mellan de olika världarna. Anna såg ut att ha förmågan att fånga organisationens och professionens historik och verkade ha insett behovet av att förstå olika perspektiv och att nå fram till dem som tillhörde grupperna Cure och Care (Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b). Hon såg ut att kunna visualisera sina mål väl nog för att till en början få acceptans för förändringarna (Roberts och Scapens, 1985). Översättningen från strategiska mål – som handlade om strukturella förändringar och kostnadsmedvetenhet – till daglig, operativ verksamhet, verkade fungera och ambitionen att överbrygga IT-representanters och verksamhetsföreträdares förståelsegap såg i den första förändringsfasen också ut att gå bra.

Ledningsgruppen innehöll också alltid personer från verksamheten, såväl sjuksköterskor som läkare. Dessa upplevdes dock inte alltid som verksamhetsrepresentanter som kunde balansera det ibland styrnings- och kontrollinspirerade budskapet. Budskapet från medarbetarna pekar vid ett flertal tillfällen på svårigheten och ibland oförmågan hos dessa förändringsledare att se ett annat perspektiv och översätta, vilket ledde till frustration och också att dessa personer från Cure och Care ofta valde att kliva av ledarrollen. Det fanns dock undantag. För mer diskussion, se avsnittet om förändringsledare (sid 276).

Personerna som återfinns i Control-hörnet upplevdes ofta inte förstå verksamheten och dess utmaningar. Ledningsgruppens otydliga roller och medarbetarnas tankar om varför och vilka som satt i gruppen bidrog till frustration. Dessutom hade såväl antalet som andelen personer med ekonomibakgrund i ledningsgruppen vuxit samtidigt som antalet och andelen läkare minskat, vilket togs som ett tecken på en maktöverföring. Medarbetarnas upplevelse av gapet mellan ledning och medarbetare, eller mellan Controlvärlden och övriga, kulminerade i brevet till den högre ledningen och läkarchefens brev, som båda kräver en ny ordning för ledarskapet och i klartext verksamhetschefens avgång. Här blir kampen om vem som ska leda verksamheten tydlig och likheten med det protestbrev som skrevs några år innan fallstudiens start är slående.

Sjukvårdens olika världar blev tydliga i förändringsprocesserna i fallstudien och ledde till en speciell förändringsdynamik. Utvecklingen med tolknings- och maktförändringar i svensk sjukvård syntes även i fallstudien och ledde till frustration och diskussioner, bland annat vad gällde ny produktions – och ekonomisk uppföljning samt ledningsgruppens roll och deltagare.

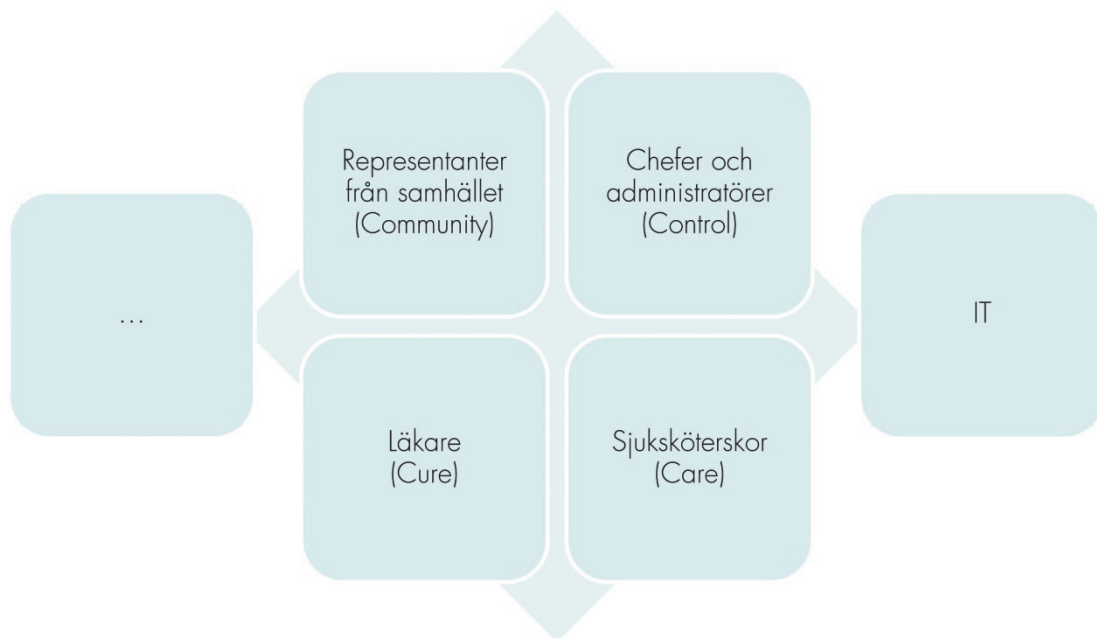
6.4.2. IT som en extra värld

Förutom de fyra C:nas perspektiv framträdde även andra typer av världar i studien. De hade relativt unika synsätt och hade inte alltid lätt att kommunicera med de andra världarna. Den tydligaste världen är den informationsteknologiska. Forskare har konstaterat att för att klara ett införande av informationssystem eller ny informationsteknologi krävs kunskap om hur man integrerar IT och verksamhetsfrågor (Feeny et al 1992) samt organisatoriska strategier och processer med val och införande av tekniska möjligheter (Peppard och Ward, 2004). I fallstudien såg vi att personer från IT-världen kunde ha svårt att hitta ett gemensamt språk och en gemensam förståelse med verksamhetsrepresentanter, exempelvis IT-projektledarens svårigheter att kommunicera i förändringsprocessen. Det var dock inte bara projektledarens tillkortakommanden som gjorde det svårt att kommunicera. IT-leverantören hade svårt att uppfylla sin del av projektet, liksom den interna IT-organisationen.

Medarbetarna hade också en låg förståelse för IT och en låg datormog-
nad, vilket gjorde att man hade svårt att se utvecklingsmöjligheterna av
IT.

Detta innebär att ytterligare ett perspektiv, IT, kan läggas till mo-
dellen över sjukvårdens olika världar. Modellen kan också kompletteras
med andra perspektiv, specifika för olika situationer och förändringspro-
cesser, i modellen nedan representerat av en tom ruta.

Figur 23. IT som ett ytterligare perspektiv.

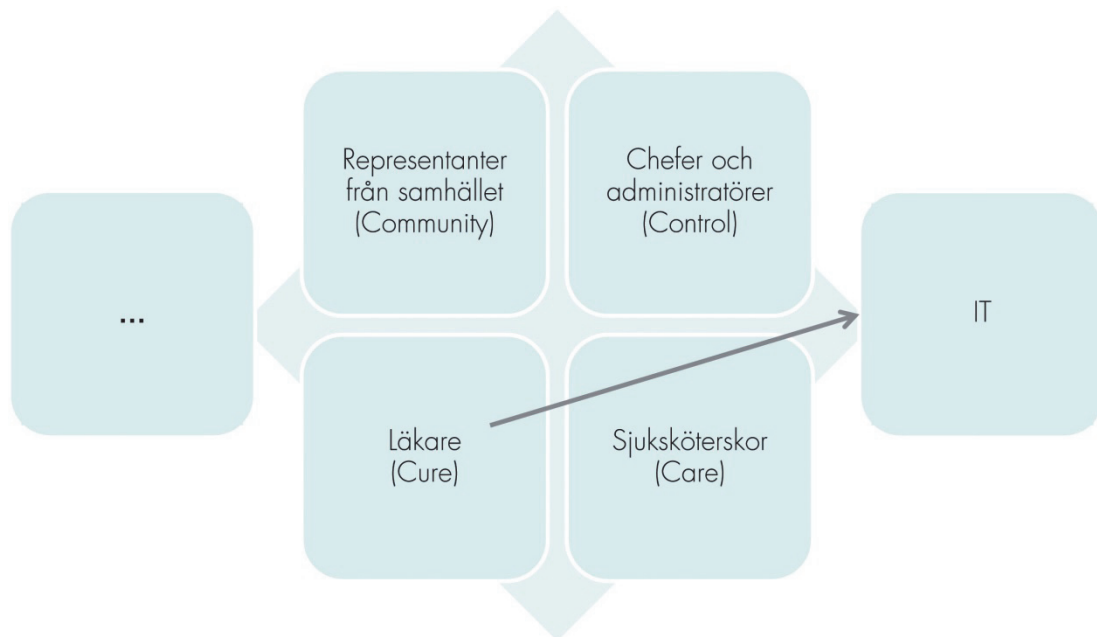


Införandet av nya IT-system kan påverka gränser mellan administrativ och professionell kontroll över organisationsuppgifter och senare också påverka maktbalanser (Barley, 1986). Man kan också hävda att även personer från IT-sidan har fått en ökad makt baserat på stora IT-systeminföranden och -förändringar i sjukvården. Nya verktyg som IT-system, för RA specifikt elektroniska remisser och röntgeninformationssystem, gav tillgång till statistik som tidigare bara kunde tas fram manuellt genom att ”räkna pinnar”. Därigenom ökade också möjligheterna att se

vad enskilda enheter, grupper och personer gjorde, vilket i sin tur skapade förutsättningar för kravställning och kontroll av produktion och till viss del av arbetssätt och processer. Chefer kunde nu jämföra medarbetare, läkare såväl som andra, gentemot andra i gruppen och benchmarka mot andra enheter med liknande verksamhet. Det nya maktmedlet gav en unik insyn i läkararbetet, jämfört med det tidigare autonoma arbetet där endast andra läkarkollegor kunde ha rollen som utvärderare. En av beståndsdelarna i professioners starka ställning är just kontrollen över de kriterier som används för att följa upp arbetet (Freidson, 2001). Med andra ord började de utestängningsmekanismer (Bourgeault, 2005) som läkarprofessionen tidigare kunde använda sig av, samt exklusiviteten i att endast läkargruppen själva kunde mäta och följa upp sitt arbete, att förändras och luckras upp.

I och med att denna nya typ av data kan användas för uppföljning kan den ses som ett maktmedel. Läkarna kan ha känt att deras tolkningsföreträde och deras maktbas, professionens auktoritet (Mintzberg, 1983), hotades. Även om maktmedlet oftast används av chefer, Controlvärlden, har IT-sidan kontroll över system och definitioner och kan därmed ses som en ny maktspelare. Det illustreras i bilden nedan:

Figur 24. Överföring av makt till IT-perspektivet



Till modellen över de olika världarnas kan läggas ytterligare en, IT-världen. Att ha detta perspektiv kräver en förståelse för teknologin och personer tillhörande den världen behöver vara duktiga kommunikatörer. Genom IT:s ökade betydelse i sjukvården kan en viss överföring av makt skönjas.

6.4.3. Reaktionen på det ekonomiska perspektivet: språket påverkar tolkningen

När en professions maktbas ses som hotad brukar professionen kunna bibehålla makten genom att kontrollera inte bara informationen utan också tolkningen av den (Roberts och Scapens, 2005). Läkargruppen har genom historien arbetat framgångsrikt mot andra gruppers inflytande för att behålla tolkningsföreträde och kontroll över arbetet samt uppföljningen av det, bland annat genom ”utestängandestrategier” av personer som inte tillhör gruppen (Bourgeault, 2005). De har behärskat den abstrakta kunskapen som gett direkt övergripande kontroll även över det konkreta

arbete som utförs av andra (Abbott 1988). I det nya hierarkiska systemet, det administrativa, baseras makt på ekonomisk och/eller administrativ status och kontrollen kan utövas med andra medel.

Vi konstaterade tidigare att de ord man använder kan vara en barriär mot att vilja och kunna ta till sig och förstå information (Garside, 1998). Ordet change management, förändringsledning, är ett exempel som många förknippar med negativa upplevelser (ibid). Även i den studerade organisationen reagerade medarbetare på ord, inte change management i sig, men på den som man sa ”anglosaxiska terminologin”, som Balanced Scorecard, som en läkare exempelvis menade att läkargruppen inte behövde veta så mycket om. Ett annat ord som en läkarchef reagerade mot var Kundtjänst, som påminde honom för mycket om ett företag med kunder. Vissa uppfattade den högre nivån av ekonomisk kontroll och ”teknikaliseringen” av arbetet som ett hot mot professionen. De tolkade det ökade ekonomifokus och kanske främst Annas och andra ledares retorik som att de använde ”ekonomspråk” för att legitimera förändringar. Det visar att språkbruket var en faktor som påverkade synen på olika världar.

Såväl på RA som i sjukvården i allmänhet gjorde nya mätetal och berättelser intåg. Det blev viktigt att mäta antal och kronor. Att läkarprofessionen på RA protesterade är ingen konstig reaktion utifrån teoridiskussionen, där professioner kan förväntas motsätta sig att andra yrkesgrupper följer upp och kontrollerar deras produktion (Bourgeault, 2005; Freidson, 2001). Det finns även en oro för hur det ekonomiskt/administrativa perspektivet kan förändra den medicinska kulturen. Man menar att ett starkt fokus på kostnader kan driva även läkare mot marknadsnormer (Hartzband och Groopman, 2009).

Sjukvårdsprofessionerna reagerar alltså i allmänhet mot skiftet till en mer marknadsfokuserad styrning av verksamheten. Detta skifte, reformer inom offentlig sektor, kan tolkas som försök att ”konstruera organisationer” (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). På RA kunde det ekonomiskt/administrativa perspektivet och språket potentiellt göra att fler personer fick insikt i arbetet och också möjlighet att följa upp och till viss del styra det, sätta agendan och därmed också språket. Om så är fallet

kan det förklara en del reaktioner som till synes inte står i proportion till förändringarna. Tecken på det är kommentarer som att ekonomi inte var rätt språk, att ”ekonomiskan” tog över på bekostnad av kvalitetsaspekter och att ekonomer styrde. Representanter för läkare har i samhällsdebatten fört fram att läkare behöver prata om ledningsfrågor på ”sitt eget språk” (Stensmyren och Johansson, 2010).

Samtidigt kan dessa reaktioner också bero på avsändarens misslyckande att översätta till termer som känns naturliga och angelägna för mottagaren. Avdelningsekonomen identifierade exempelvis just skillnaden mellan läkares och ekonomers olika sätt att se på siffror i verksamheten. Sådana skillnader leder till en osäkerhet och kan ses som en utmaning mot den egna autonomin och tolkningsföreträdet. Det är viktigt att komma ihåg att reaktionerna kan grundas i tidigare erfarenheter av liknande förändringar som uttryckts i liknande ekonomiska termer. Vi vet att förändringshistoriken påverkar framtida förändringsprocesser och historiken i fallstudien talar inte till det ekonomiska perspektivets fördel.

I fallstudien var det alltså inte självklart att det var den övergripande bestämmanderätten i sig som till exempel läkarchefer och läkargruppen eftersträvade i sina protester. De siktade kanske snarare på inflytande över vem som har rätt att tolka mål och syfte med verksamheten. Det innebär att det inte alltid är misstro mot det konkreta målet som ligger bakom motståndet mot en förändring. Det kan uppstå för att sakfrågans mål och chefers/förändringsledares agerande inte står i samklang med de egna övertygelserna, men ibland också för att personen som upplevs stå bakom förändringsinitiativet representerar värderingar och synsätt som är främmande. Här kan man säga att olika stereotypa bilder av olika yrkeskategorier (professioner) och bakgrunder förstärker vi och demkänslan. Det kunde ses från såväl Control och Care som Cure-sidan, exempelvis hos Amanda som uttalade sig om läkares beteende. Även läkaren Ylvas uttalande om att ”vi” kämpat mot tidigare förändringsförsök kan tyda på en ovilja, eller ett ointresse alternativt oförståelse för att förstå andra(s) perspektiv.

På RA hade kommunikationen konsekvenser för bland annat läkargruppens tolkningar av förändringsagendan. En stor del av diskussionerna handlade om varför förändringen

skulle ske, vem som var ansvarig och hur man skulle gå tillväga. Jag kunde därmed se att det inte nödvändigtvis är olika mål som är problemet, utan hur man tolkar mål och situationer, vem som bör leda en förändringsprocess och hur. Studien visar alltså att olika språkbruk och tolkningar har betydelse för det konkreta förändringsarbetet.

6.4.4. Förändrade perspektiv och ökad förståelse

Vi har sett flera exempel på att krocken mellan de olika världarna ledde till frustration, kraftfulla ageranden och protester. Det fanns dock också exempel på en utveckling av förståelse för andra perspektiv och en vilja att utvecklas. För att förändringsprocesser ska slå rot och för att beteenden ska förändras krävs att ledare och medarbetare vill förändra, förstår vad det innebär och börjar identifiera sig med det nya (Huy, 1999). I fallstudien blev det tydligt att intresse för och kompetens i kontrollvärldens strukturer inte var tillräckligt, men att det fanns en vilja till förändring genom ledarutvecklingsprogram och kommunikation kring ekonomiska frågor i såväl ledningsgrupp som hos medarbetare. Anna och ledningsgruppen, samt även andra chefer och medarbetare, var medvetna om de olika perspektiven och arbetade med att utveckla förståelsen för och kunskapen i perspektivet Control/ekonomi, exempelvis genom LEDU och information.

Vi kunde också se en mycket tydlig utveckling av förståelse för och en vilja att ta till sig perspektiv, inte minst från Control-sidan genom Annas arbete med att förstå verksamhetsperspektivet. Det gällde också för Cure- och Care-sidan i de mycket energirika diskussionerna i ledarutvecklingsprogrammet. Här lyckades man skapa en arena för diskussion (Angelöw, 1991; Engquist, 1997), där samtalet hade högt i tak och där man kunde tillåta känslouttryck, det som ibland kallas ”display of freedom” (Huy 1999). Här syns exempel på att läkare ville förändra sin situation och att de såg behoven, som läkaren som uttryckte att det fanns en vilja i läkargruppen men att de behövde råd om hur nästa steg ska se ut. I LEDU konstaterades att utveckling hade skett och att skillnaden mot början av programmet, då man inte kunde prata om frågorna, var stor. Mot slutet av fallstudien märktes en tydlig förändring i synsätt. En läkare konstate-

rade då bland annat att fler ”tänker ekonomi” än tidigare. Genom tillsättande av en sjuksköterska som chef etablerades bättre möjligheter för kommunikation och det nära ledarskapet av en av sjukvårdsprofessionerna skulle kunna förändra förändringsförutsättningarna.

Vi har sett att modellen över olika världar med fördel kan användas för att förstå reaktioner och interaktion i fallstudien. Vi har också konstaterat att den bör kompletteras med andra perspektiv, som exempelvis IT.

En del av händelserna i studien gav starka reaktioner från läkargruppen. De kan spåras till olika perspektiv och en upplevd maktförändring mellan dessa. Symbolik var en viktig roll vid exempelvis ombyggnationer, där kampen förmodligen hade mindre att göra med yta och plats och mer med upplevd beslutanderätt.

Mycket pekar på att fallstudien är ett exempel på att språkval och språklig ”hemvist” påverkar hur man ser på och reagerar i en förändringsprocess. Den visar också att genom att perspektiv stöts och blöts väcks nya insikter om andras sätt att vara och agera. Både Control och Care tog åt sig de nya sätten att se på verksamheten och utvecklades därigenom. Utvecklingen mot en bättre förståelse mellan de olika världarna fortsatte även efter protesterna år två, men olikheterna i synen på förändring, sätt att följa upp verksamheten och synen på vem som skulle leda sjukvårdsverksamheten, fortsatte att leda till viss misstro. Mot slutet av fallstudien och i epilogen syns ett mer utbrett samarbete mellan världar.

6.5. Förändringsledares roll och betydelse

I teorikapitlet konstaterades att ledare gör skillnad i organisationer (Bryman, 2004 och att ledarskapet har stor betydelse i professionella organisationer (Lindvall, 1997). Det innebär att vem som leder förändring och hur hon eller han agerar påverkar reaktioner på förändring. En av de viktigaste orsakerna till att förändringsprogram misslyckas är också att ledare och medarbetare ser olika på förändringar (Garside, 1998; Strebelle, 1996). Ledare förväntas skapa och visualisera gemensamma mål (Ashforth och Humphrey, 1995) och synen på förändringsprocesser påverkas av i vilka termer förändringen och målen med densamma kom-

munieras (Beer och Nohria, 2000). Oavsett vem som leder är det en stor utmaning att tolka övergripande visioner, syften och mål och översätta till det lokala sammanhanget så att medarbetare förstår (Zaccaro och Horn, 2003). Det kräver ledarskapsförmåga men också legitimitet och auktoritet nog för att engagera andra i förändringsarbetet (Källberg och Mähring, 2007).

Det är dock inte så enkelt att planera en förändringsprocess och förutse händelser. Känslor och kognition är sammanblandade i det vi gör och tänker och är också en tydlig del av en organisations liv (Ashforth och Humprey 1995). Förändringsledare bör även ha en förmåga att se olika perspektiv och förståelse för hur man ska hantera emotionella reaktioner i förändringar (Huy 1999, Källberg och Mähring, 2007).

I en organisation som har olika värderingar, målsättningar och maktbaser krävs det att ledare förstår grunden för dessa för att kunna driva en förändringsprocess som påverkar exempelvis maktbaserna (Roberts och Scapens, 1985). Det innebär att personer som arbetat i verksamheten, eller i en liknande verksamhet, kan ha en bättre utgångspunkt vad gäller förståelsen för den lokala situationen. På samma sätt kan det innebära att personen är färgad av sin professionstillhörighet eller sin verksamhetssyn.

6.5.1. Förändringsledare som inte tillhör sjukvårdsprofessionerna ses som representanter från "andra sidan"

Sjukvården, med sina olika världar, är en stor utmaning för förändringsledare. De nya målen i sjukvården (Levay, 2003), som kan realiseras tack vare nya uppföljningsmöjligheter, gör att maktdistributionen förskjuts till ett mer manageriellt fokus, med effektivitet och kostnadskontroll som ledord (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Den nya affärslogik som har gjort sitt inträde (Lindholm, 2003) utmanar den professionella logiken. Under de två senaste decennierna har sjukvårdens förändringsprocesser i många fall motiverats utifrån ett rationellt, effektdrivet,

ekonomiskt perspektiv. Här har såväl nya som gamla ledare i sjukvården mycket att lära. Tidigare, när klinikledningen ofta bestod av en senior läkare och en eller ett par chefsjuksköterskor med stor kompetens om verksamheten och dess uttryckssätt, var risken för missförstånd och tolkningssvårigheter liten. I den nya situationen, som i fallstudien, där nya chefer kommer till sjukvården, blir vem som leder förändringen, hur personen i fråga leder och hur medarbetare ser på denne, avgörande för förändringsprocessen.

Det finns en tendens i sjukvården att rekrytera personer med andra bakgrunder (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000; Westin, 2002). För Cure-gruppen, läkarna, torde en av de största förändringarna i ledarsammanhang vara att få en chef som är icke-läkare, det vill säga det som hände i fallstudien. Förutsättningarna var dock sådana att skiftet mot det manageriella fokuset, Control-världen, hade startat redan innan denna chef, Anna, kom. Missnöjet med det lokala verksamhetsledarskapet var också stort sedan tidigare. Tidigare mellanchefer hade kommit och gått och misstron mot ledare var stor, vilket gjorde det lättare att acceptera en annorlunda chefslösning. Med tanke på de senaste årens förändringsprocesser, som i flera fall förknippats med ekonomiska drivkrafter, måste det ses som en bedrift att få förtroende att driva förändring så snabbt, framför allt givet den nya verksamhetschefens uppförsbacke, som första chef med annorlunda bakgrund.

Förändringsledarna från Control, som inte fick automatiskt legitimitet och tillit på grund av sin professionstillhörighet, lyckades få åtminstone kognitiv tillit (McAllister, 1995). Den upplevt försämrade kontakten med ledningen förbättrades exempelvis under digitaliseringen, bland annat tack vare den nya verksamhetschefen och hennes försök att intervjua, involvera och kommunicera på ett strukturerat sätt. Det tyder på en insikt om problematiken med olika världar och val av kommunikation. Det fanns också mellanchefer som kunde stå för det nära ledarskapet (Embertson, 2006), den emotionella tilliten, som i flera fall kunde ta hand om känslorna i förändringsprocessen (Huy, 2002). Detta fallerade däremot till viss del för läkargruppen som under delar av perioden saknade en nära chef.

Valet att använda förändringsledare med annorlunda bakgrund sågs av flera som ett intressant inslag. Dessa ledare uppskattades av vissa för sina nya perspektiv. De ”främmande fåglarna” kunde tillföra en annan struktur och målmedvetenhet, till och med begreppet en ny värld (Glouberman och Mintzberg, 2001a). Samtidigt fanns en risk att dessa personer kunde ses som en del av något annat och därmed få svårt att få förtroende. Det ligger nära till hands att söka legitimera förändringar ur sitt eget perspektiv, i detta fall ett mer strukturellt/ekonomiskt eller IT-fokuserat än verksamhetsnära/medicinskt, och reaktionerna på detta kunde förutses. Fallstudien visar dock en insikt i detta problem och att cheferna ansåg att möjligheterna övervägde riskerna. Bland andra Anna ansågs av en läkarrepresentant kunna prata med ”chefer däruppe” och kunde därför fungera som en länk mellan röntgenavdelningen och den centrala administrationen (Lindvall, 1997). Samtidigt var hon inte en del av verksamheten och eftersom hon inte ”stod i skiten” ansågs hon inte förstå den fullt ut. Såväl den högre chefen som rekryterade henne som personalchefen förstod att Anna kunde bli kritiserad och att medarbetare kunde både ursäkta och skylla på hennes agerande, oavsett vad hon gjorde, med att hon inte förstod eller såg det som andra verksamhetspersoner såg. Det fanns också förändringsledare med IT-bakgrund, som IT-projektledaren. Vi har konstaterat att IT också kan ses som en av sjukvårdens olika världar och att även IT-projektledaren hade svårigheter med översättning i sin förändringsledarroll och fick kritik för sitt kommunikationssätt. Flera kommentarer om förändringsledare från andra världar handlade just om bristande förståelse för verksamheten, trots att de främmande fåglarna tillägnade sig en hel del kompetens i verksamhetsnära frågor.

De otydliga rollerna i ledningsgruppen och åsikter om vilka som satt i ledningen beskrivs i den tematiska analysens andra kapitel som bidragande till frustrationen i förändringsprocessen. Ledningsgruppen har i studien en tydlig roll som förändringsmotor och här satt flertalet av de personer som uppfattades som förändringsledare. Det var dock inte bara en verksamhetschef från Control-världen som gjorde att medarbetarna upplevde en förändring i ledarskapet och ledarskapsstrukturen. Föränd-

ringen av ledningsgruppen, med en större mix av personer och där förändringarna kunde tolkas som att läkare fick mindre makt då de blev färre både till antalet och i proportion till totala antalet, var symbolisk. Ledningsgruppens omvandling är en orsak till att läkare upplevde låg delaktighet och låg representation för den egna yrkeskategorin i ledningen. Medarbetarnas upplevelse av gapet mellan ledning och medarbetare kulminerade i och med brevet till den högre ledningen och läkarchefens brev i samband med det. Båda breven kräver en ny ordning för ledarskapet och i klartext Annas avgång. Här blir kampen om vem som ska leda verksamheten tydlig.

Den kraftfulla reaktionen på verksamhetschefens och ledningsgruppens förändringsagenda som uttrycktes i protestbrevet, kan lätt ses som ett uttryck för läkargruppens protest mot en chef från Control-rutan och hennes agerande i förändringsprocessen. Så enkelt är det dock inte i detta fall, eftersom vi kan spåra samma typ av reaktion från samma grupp några år tidigare, då en radiolog var verksamhetschef. Det verkar alltså inte nödvändigtvis vara personers agerande i förändringsrollen, utan istället synen på det som personerna representerar, som påverkar andras reaktioner och agerande. Som vi sett tidigare hade också språkbruket hos förändringsledarna en betydelse för reaktionerna i förändringen (Beer och Nohria, 2000). En intressant aspekt är att bland andra läkarcheferna, som valt att vara en del av ledningsgruppen, vid flera tillfällen gick utanför den administrativa hierarkin, ställde sig i Cure-rutan och protesterade. Enligt utsago var protesterna riktade mot Annas ledarskap, men man kan också ana en protest mot Control-perspektivet som helhet.

Den nya verksamhetschefen blev, givet sin bakgrund och förändringsdrivkraft, en katalysator för förändring och för processer som upplevdes som både positiva och negativa. De nya möjligheterna till förståelse för sjukvårdens produktion och processer kunde ge verksamhetschefen och hennes ledningsgrupp tillfälle att ställa nya krav och driva förändring.

Att döma av reaktioner och interaktion i fallstudien hade förändringsledare från Control-världen, som verksamhetschefen och de högre cheferna, ambitionen att lyssna på och förstå verksamhetsperspektivet ur Cures och Cares synvinkel. Det lyckades i

vissa fall men inte i andra. Det visar att en smidig förändringsprocess fordrar att representanter från olika världar blir bättre på att acceptera varandras utgångspunkter och kompetenser och på att förstå den andres perspektiv. Det visade sig också att medlemmar från Cure och Care kunde få kognitiv tillit till förändringsledare från Control, men att den emotionella tilliten var svårare att nå.

6.5.2. Läkare och sjuksköterskor har svårt i förändringsledarrollen, men utvecklas

På RA fanns flera ledare från medicinska, Cure, och vårdande, Care-perspektivet, som tog sig an förändringsledarskapet och som fick sin beskärda del av kritik och utmaningar under förändringsprocesserna. Flera av dessa återfanns i ledningsgruppen: tre sjuksköterskor som var chefer på olika nivåer, Cecilia, Amanda och Maria, och till viss del också läkarcheferna Gustav och Henrik. Samtliga hade viktiga roller under förändringsprocesserna. De kan alla ses som mellanchefer på RA och som översättare av budskap från såväl högre ledning som från verksamhetschefen (Emberson, 2006; Zaccaro och Horn, 2003). Det faktum att de var sjuksköterskor och läkare borde ha borgat för ett stort förtroende, och att verksamhetschefen valde just dem som nyckelpersoner tyder på insikt om behovet av tillit och delaktighet. Det syntes inte minst under digitaliseringen och diskussionen om incitamentssystemet för läkare. Enhetscheferna kom att spela en viktig roll i förändringen som tolkare av de behov som medarbetare uttryckte och som översättare av budskap från högre ledning och verksamhetschef. De kunde också vara den som såg och agerade på känslouttryck under förändringsprocessen (Huy, 2002). Mycket tyder dock på att även dessa förändringsledare istället till viss del sågs som en del av ”de andra”, som representanter för ett ledningsskikt som medarbetarna inte identifierade sig med.

Förändringsledare från Cure och Care visade stor förståelse för sjukvårdens och RA:s historik samt för den starka professionsdominansen. Vi kan dock se en spänning även mellan Cure och Care-grupperna. Ibland uttryckte sig personer nästan raljerande kring andras beteende och för-

knippade beteenden med specifika grupptillhörigheter. Amanda visade till exempel i ord och handling att hon förstod förutsättningarna, men att hon också var frustrerad över spelplanen och läkarnas maktposition. Hon menade att läkarna mest var lojala mot den egna gruppen och inte lyssnade på till exempel sjuksköterskorna. Även läkaren Ylvas uttalande om att "vi" kämpat mot alla tidigare förändringsförsök kan tyda på en ovilja, eller ett ointresse alternativt oförståelse för att förstå andra(s) perspektiv, i detta fall Control-sidans.

Jag har tidigare skrivit om vikten av "ansikte-till-ansikte"-ledarskap i förändringsprocesser (Garside, 1998) och att rekommendationerna är att kommunikation i förändring sker av en nära chef. En förändringsledare bör vara någon att luta sig emot, någon som kan hantera olika perspektiv och känslouttryck, som kan hantera det som Huy (1999) kallar emotionell dynamik och åtnjuta kognitiv och emotionell tillit. I och med att läkargruppen under delar av fallstudien hade tillfälliga chefer och att bytet av nära chefer skedde ofta, skapades en svår kommunikativ situation. Anna fick ta hand om en del av den förändringskommunikation som kanske hade skötts bättre av en närmare ledare. Det frekventa skiftet av läkarchefer gjorde att mellancheferrollen, som i normala fall hade fungerat som översättare av olika perspektiv (Embertson, 2006; Zaccaro och Horn, 2003) och kunnat hantera läkargruppens emotionella processer (Huy, 2002), ibland saknades och var oklar. Det torde ha försvårat förutsättningarna, gjort att läkargruppen kände sig vilsen och lämnades till att själva tolka olika budskap. Delar av gruppen uttryckte att de saknade ett nära ledarskap, eller ledarskap av "handledartyp". Johanna, som både var läkare och chef, uttryckte insikt i problemet och menade att gruppen behövde hjälp för att ta sig vidare. Även Anna konstaterade att det var svårt att leda läkare som är individualister och satsade därför på chefsstöd till läkarcheferna.

De fasta läkarcheferna, Gustav och Henrik, var tydliga exempel på läkare som försökte arbeta med flera perspektiv samtidigt och driva förändring. Till en början uttalade sig båda mycket positivt till förändringsagendan och det annorlunda tankesättet, och det syntes en positiv utveckling av deras förändringskompetenser. Det var dock något i situat-

ionen eller strukturen som gjorde att de ändå inte stannade kvar på sina positioner. Båda cheferna avslutade sin roll som mer eller mindre starka förespråkare för läkargruppens upplevda åsikter och position. Polariseringsen var speciellt tydlig under LEDU, då den dåvarande läkarchefen Gustav ifrågasatte Anna under pågående seminarium. Av läkarnas alternativa karriärvägar specialisering eller administration, har specialisering värderats betydligt högre än den ledande, administrativa vägen (Westin, 2002). Historiskt har läkarna vunnit förtroende och beundran genom att bli kunniga inom sin specialitet. Först därefter har man blivit vald eller accepterad som ledare. Läkargrupper ser inte alltid med blida ögon på läkare som väljer att bli ledare och därmed till viss del, eller helt och hållet, lämnar specialistkarriären. Det syntes tydliga exempel på detta inom RA. Det var till och med så att läkarchefen från tid till annan valde att inte se sig som översättare eller en del av ledningsgruppen, utan helt och hållet gick in i Cure-perspektivet. Läkarchefernas agerande i relationen till Anna och ledningsgruppen gick från positivt stödjande och lojalitet till konfrontation och alienering. Det är ett tydligt tecken på att läkarens dubbla roll som specialist och administratör (ibid) är svår. Först i epilogen, när sjuksköterskan Maria blev chef och så småningom fick en ny läkarchef som arbetat länge på avdelningen vid sin sida, ser vi ett mer långsiktigt engagemang i läkarchefsrollen.

Ett annat exempel på en förändringsledare som försökte överbrygga perspektivgränserna är läkaren Sara, som hade en framträdande roll i studien. Sara och andra som deltog i förändringsprocesserna var intresserade av att lära sig mer om förändringsledning och organisationsfrågor och tog på sig olika roller i förändringsprojekt. Det gjorde att de också hamnade i hetluften. De hade inte en formell chefsroll eller ledande position, men i och med att de accepterade och till stor del också tog rollen som pådrivande förändringsledare och förändringsaktörer blev de utsatta för ifrågasättande och kritik. Legitimiteten som förändringsledare ifrågasattes. Sara tackade efter en längre period nej till att arbeta mer med projekt och ville istället fokusera på att utveckla sin specialistroll. Drivkrafterna bakom det beslutet kan ha varit en känsla av att inte vara uppskattad av sina läkarkollegor. Det kan också ha handlat om en läkares

klassiska valsituation mellan att vara specialist eller administratör (Westin, 2002).

Vad som kan hänföras till olikheter i perspektiv och vad som istället har med relationen mellan läkarcheferna, Anna och resten av ledningsgruppen att göra, kan vara svårt att avgöra. Mönstren visar dock sammantaget på en tendens att efter att ha provat på förändringsledarrollen en tid vilja ta ett steg tillbaka och identifiera sig starkare med sin egen professionsgrupp.

Det fanns dock tydliga undantag, som sjuksköterskan som började som avdelningschef och som sedan blev verksamhetschef med en medicinskt ansvarig läkare vid sin sida. Hon behöll sin position även långt efter fallstudiens slut och hade således lärt sig manövrera i denna miljö: både att hålla kvar vid Control-perspektivet och att översätta tillräckligt bra för att få förtroende. Anna och andra ledare på RA med annorlunda bakgrund hade således banat väg för förändringar i synen på ledare. Sjuksköterskans tillträde som verksamhetschef blev därmed inte en lika stor sak som det hade blivit före Annas tid som verksamhetschef.

Flera från Cure- och Care-perspektiven var förändringsledare, såväl i sin formella roll som exempelvis läkarchef men även i projekt. Främst läkare hade svårt att balansera rollen som specialist och administratör, att vara i Cure och motsvarande Control samtidigt. Flera av dessa förändringsledare utvecklades dock i förändringsledarrollen.

6.6. Avslutande teoretisk diskussion

Min tanke med avhandlingen var att den genom organisationens specifika förutsättningar, den djupa empirin och analysen av olika teoretiska områden, skulle kunna bidra med en ökad förståelse för sjukvårdens förändringsprocesser. I detta avslutande avsnitt fördjupar jag diskussionen om de teoretiska områden som analyserats tidigare i kapitlet.

6.6.1. Sjukvårdens olika världar som analysraster i förändringsprocesser i vården

Genom att använda teoribildningen över sjukvårdens olika världar och deras betydelse för förändringsprocesser (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a; 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009) såg jag att den modellen kan användas för att förstå och förklara händelser och agerande i fallstudien. De olika perspektiven i sjukvården skapade specifika förutsättningar, en speciell kontext.

Jag har sedan kunnat koppla dessa världar till agerande, reaktioner och interaktion i en förändringsprocess. Att studera förändringens innehåll eller fokus separat, förklarade inte händelsernas utveckling. Genom att använda modellen som analysraster ökade förståelsen för reaktioner och interaktion i det specifika sammanhanget och jag kunde se händelserna i ett nytt ljus. Modellen visade sig därmed användbar även vid studier av förändringsprocesser i sjukvården, då process, kontext och innehåll studeras i kombination (Armenakis och Bedeian, 1999; Pettigrew et al 1988). De olika världarna visade sig kunna vara såväl en möjlig katalysator som ett eventuellt hinder i förändringsprocessen. De identifierade förutsättningarna för förändring övergick alltså till att vara en del av förändringsdynamiken. Krocken mellan olika världar (Abbott, 1988; Bourgeault, 2005; Levay, 2003) påverkade sättet på vilket förändringsprocesserna utvecklades och skapade reaktioner som förändrade processen.

Ett av de mest framträdande dragen i denna förändringsprocess var att reaktioner och interaktion påverkades av det motstånd som läkarprofessionen visade från tid till annan. Motståndet hade olika orsaker. Delvis berodde det på självintresse (Garside, 1998), eftersom läkargruppen uppfattade att deras arbete påverkades av, beslutades om och följdes upp av andra världar. Det leder naturligt till motstånd från en profession (Abbott, 1998; Bourgeault, 2005; Freidson, 2001). Det visade sig även att vem som upplevdes leda förändringen påverkade synen och till viss del

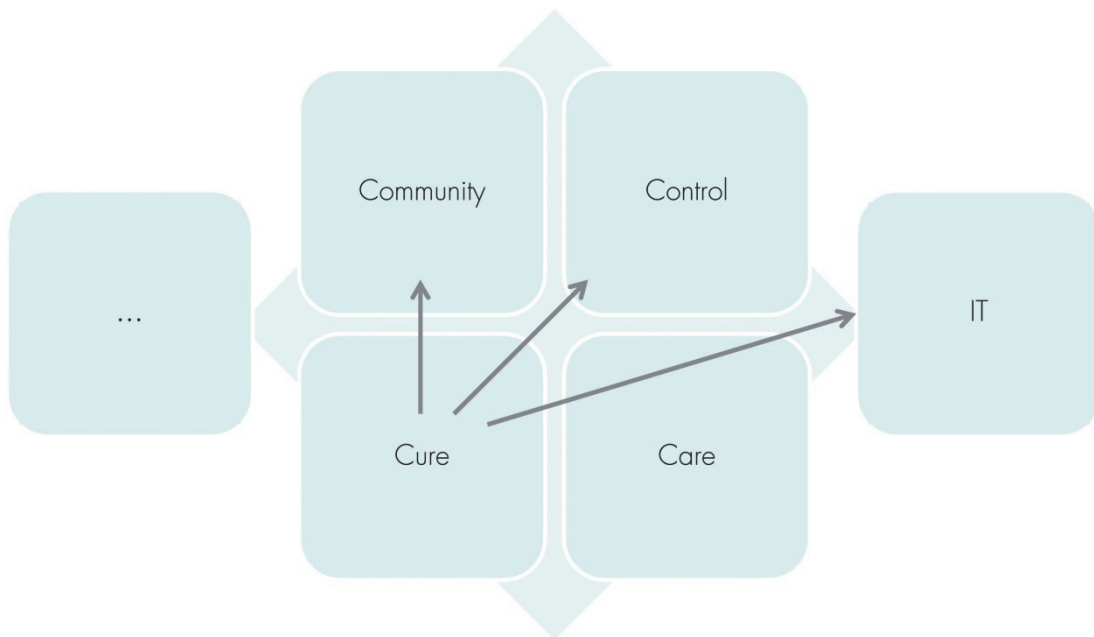
också reaktionerna på förändringsprocessen. Personer hyste alltså misstro mot förändringen och dess aktörer (Garside 1998), i det här fallet då ledare kom från Controlsidan. Motståndet hade även med sjukvårdens och fallstudiens historik att göra, historiken påverkade förändringsprocessen (Barley, 1986; Beer och Nohria, 2000; Eriksson, 2004) på såväl sak- som personnivå (Lundeberg, 1993). Historiken handlade delvis om att många förändringar hade drivits enligt teori E (Beer och Nohria, 2000), vilket innebar att förändringarna hade som mål att skapa ekonomiskt värde och drevs på ett planerat sätt (ibid). Motståndet handlade också om olika uppfattningar om förändringen (ibid) mellan de olika världarna. Stereotypa bilder av andra världars representanter påverkar således synen på förändring i sig.

Jag såg även att man bör komplettera modellen med ytterligare perspektiv som kan påverka en förändringsprocess utveckling. Det tydligaste i studien var IT-perspektivet. IT-världen hävdar sin plats i modellen genom det verktyg som IT-system i vården innebär, både för arbetsprocesserna, kravet på organisatorisk utveckling då ny IT införs, de nya strategiska möjligheterna och möjligheterna till uppföljning (Barley, 1986; Feeny et al, 1992; Larsson et al, 2001; Lee, 1999; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992; Orlikowski och Barley, 2001; Peppard & Ward, 2004).

Det ger möjlighet för andra än professionen att få insyn i och följa upp arbetet. I vanliga fall kan professionen kontrollera såväl information som tolkning av information, som ett sätt att bibehålla makten (Roberts och Scapens, 2005). Nya IT-system visade sig påverka kontrollen över arbetsuppgifterna, vilket kan tolkas som att en del av makten fördes över från professionen till Controlsidan, den administrativa (Axelsson, 2000; Freidson, 2001; Garside, 2004; Levay, 2003), men även till IT-sidan (Barley, 1986). Det språk som används av personer från denna värld visade sig också vara annorlunda, vilket ledde till kommunikationsproblem mellan världar (se diskussion om förändringskompetenser, sid 252).

Modellen nedan visar den delvis reella och ibland upplevda överföringen av tolkningsföreträde och makt först till politiker (Community), och senare till Control-världen samt delvis även till IT.

Figur 25. Överföring av makt från Cure till andra världar.



Vi har konstaterat att det finns en tendens att rekrytera personer med annorlunda bakgrund till chefspositioner i sjukvården (Brunsson och Sahlin-Andersson, 2000). Fallstudien visar att givet att förutsättningarna är rätt kan en chef från en annan värld fungera som en katalysator, införa ett nytt perspektiv och nya metoder och därigenom få både respekt och (främst kognitiv) tillit (McAllister, 1995). Därmed skapas förändring med tydligt positiva effekter. Vi såg också att den nya chefen från Control-sidan kunde bana väg för andra förändringar i synen på ledare, där sjuksköterskans övertagande som verksamhetschef förmodligen inte blev en lika stor sak som det hade blivit före Annas tid som verksamhetschef. Det var intressant att se att personer kunde tillhöra flera perspektiv samtidigt och att det var olika svårt. Sjuksköterskor (Care) verkade generellt ha lättare för detta än läkare (Cure), där de senare hade svårt att hantera sina dubbla roller som specialister och chefer (Westin, 2002).

6.6.2. Förändringskompetenser i sjukvårdsförändringar

Källberg och Mährings (2006; 2007; Mähring och Källberg, 2008) modell över de sex förändringskompetenserna baseras på en litteraturgenomgång av olika författares beskrivning av de olika typer av kompetenser som krävs för att driva förändring. Författarna fokuserade främst på IT-införande i vården. I denna studie har jag haft ett bredare perspektiv på förändringsprocesser i vården. Jag har studerat teori från organisationsförändringsfältet och kombinerat denna med professions-teori och förståelse för sjukvårdens särdrag. Därmed kunde jag vidareutveckla modellen till att omfatta förändringskompetenser i sjukvården. Modellen nedan är från teorikapitlet och visar de olika förändringskompetenserna samt de referenser som jag har inspirerats av.

Tabell 7. Förändringskompetenser och referenser

Förändringskompetens	Referenser
1. Projektledning och projektarbete	Organisering, bemanning, kontroll och utförande av projekt (Mähring och Källberg, 2007; Zollo och Winter, 2002). Att planera projekt och att ha ett adekvat projektteam (Garside, 1998).
2. Processutveckling	Design och genomförande av förändring i operativa processer som leder till förbättringar i exempelvis kvalitet och tidsanvändning (Eisenhardt och Martin, 2000). Metoder för att arbeta med effektiva flöden med kunden i fokus (Brattström, 2012; Davenport, 1993; Markus, 2004; Modig och Åhlström, 2011).
3. Organisations- och strukturförändringar	Förändring av exempelvis organisationsstrukturer och kontrollsystem som påverkar arbetet i organisationen såväl internt som i relation till omgivningen (Zollo och Winter, 2002). Förståelse för ekonomi, effektivitet och produktivitet i sjukvården (Allebeck, 2002; Kristiansson och Eriksson, 2007; Lindholm, 2003).
4. Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar	Olika kunskaper och världar i sjukvården och dess betydelse för förändringar (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a, 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009). Uppmärksamhet på olika intressenters behov i genomförandeprocessen (Lucas, 1981; Mumford, 1981). Urval och utveckling av IT, organisation och process i kombination (Barley, 1986; Feeny et al, 1992; Larsson et al, 2001; Lee, 1999; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992; Orlikowski och Barley, 2001; Peppard & Ward, 2004).
5. Hantering av emotionella processer	Förståelse för och bekräftelse av organisationsmedlemmars känslor i förändringsprocesser (Eriksson, 2004; Garside, 1998; 2004; Huy, 1999; McAllister, 1995; Senge, 2000).
6. Kommunikation och samordning	Språk och kommunikation som verktyg i förändringsarbete (Embertson, 2006; Garside, 1998; 2004; Hellgren och Löwstedt, 1997; Huy, 1999; Larsson et al, 2001; Sandberg och Targama, 1998;). Att skapa en arena för diskussion (Angelöw, 1991; Engquist, 1997). Koordinering och improvisation i förändring i allmänhet (Orlikowski, 1996) och i sjukvården i synnerhet (Glouberman och Mintzberg, 2001b).

Fallstudien gav mig möjlighet att studera flera på varandra följande förändringsprocesser av olika slag, i vilka jag kunde förstärka bilden av att

de beskrivna kompetenserna verkligen är centrala i sjukvårdens förändringsprocesser.

När man arbetar med förändringar i sjukvården är kontexten viktig. Den kompetens som Källberg och Mähring (2007) definierat som "Integration of IT knowledge and business knowledge" kombinerades med Glouberman och Mintzbergs (2001a; b) förståelse för de fyra världarna. De bildar då den i teorikapitlet definierade kompetensen "Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar". Denna kompetens visade sig i fallstudien vara en av de mest centrala för förändringsledarna. Konsekvenserna av bristen eller tillgången på denna diskuterades tidigare i avsnittet.

Kompetensen *hantering av emotionella processer*, inspirerad främst av Huy (1999), visade sig vara mycket viktig för hur förändringsprocesserna utvecklades. Brister i denna kompetens kan uppenbarligen leda till stora konsekvenser för såväl pågående som kommande förändringsprocesser. En central del av denna kompetens är den emotionella tilliten (McAllister, 1995), som ser ut att kunna vara det som kan balansera de reaktioner som uppkommer i en förändringsprocess. Saknas förståelse för emotionella processer kan det leda till förändringsmotstånd. Det visade sig i fallstudien att denna kompetens fanns till viss del och att främst kognitiv tillit kunde skapas genom förankring och kommunikation. Den emotionella tilliten var däremot svårare att åstadkomma, framför allt för förändringsledare som inte kom från Cure alternativt Care-världen och därmed sågs som mer eller mindre utomstående.

Kommunikations- och samordningskompetensen framstod som betydelsefull i fallstudien. Det blev tydligt att en hel del reaktioner och interaktion mellan världarna påverkades av olika ordval och språkbruk. Med andra ord, språklig "hemvist" såväl som symboliken i förändringar påverkar hur deltagare ser på och reagerar i en förändringsprocess. Det syns även i samhällsdiskussionen, där läkarrepresentanter menar att man måste få prata om ledningsfrågor på "sitt språk" (Stensmyren och Johansson, 2010). Att uttrycka sig i det som upplevs som termer från den administrativa hierarkin kan ha stora effekter på förändringens utveckling: jargongen påverkar synen på förändring (Garside, 1998).

Tabellen nedan sammanfattar några exempel på hur förändringskompetenserna har kunnat användas som analysraster för olika händelser i fallstudien.

Tabell 8. Exempel på händelser i fallstudien kopplade till förändringskompetenser.

Förändringskompetens	Exempel på händelser i fallstudien
1. Projektledning och projektarbete	I tema "Införande av digitalt system" deltog inte de utvalda läkarna i projektarbetet. Den externa IT-projektledaren var frustrerad över den låga kompetensen i projektarbete, vilket ledde till att flera projekt lades ned. Flera förändringsledare, exempelvis läkarchefen Henrik, visade prov på att han tillägnat sig projektledningskompetens i arbetet med incitamentsmodeller.
2. Processutveckling	Minimala förändringar i arbetsprocesser gjordes under digitaliseringen, då kompetens saknades. Flödesgruppen arbetade med och utvecklade kompetens i processutveckling. Det projektet och de gränsöverskridande projekten gav goda förändringsresultat och visade att kompetensen nu fanns tillgänglig i organisationen.
3. Organisations- och strukturförändringar	Ett antal personer i ledande position hade uppenbarligen denna kompetens. Förändringar i uppföljningssystem, mot en mer ekonomi/produktionsinriktning, gjorde att förståelsen för ekonomi ökade samtidigt som diskussion uppstod. Neddragningarna i personal gjordes i enlighet med den nya organisationens behov. Ledningsstrukturen och organisationen förändrades flera gånger, något som fick konsekvenser för tilliten till ledare.
4. Förståelse för och integration av olika kompetenser och världar	Inköp och införande av digitala systemet gjordes i en multiprofessionell grupp. Systemet fungerade sedan som ett bra arbetsverktyg och möjliggjorde andra förändringar. Diskrepans i synen på verksamhet och förändring syntes genom hela fallstudien. Förståelsen för de olika världarna ökade, även om en del motsättningar kvarstod.
5. Hantering av emotionella processer	Stress och frustration från de första årens förändringsprocesser ledde till kraftiga protester år 2, vilket tyder på bristande kompetens. Seminarier för hela verksamheten och ledarutvecklingsprogram med högt i tak visade på förståelse för emotionella behov.
6. Kommunikation och samordning	Diskussion om dolda agendor var vanlig under förändringsprocesserna. Läkargruppen saknade under längre perioder en nära chef, vilket gjorde kommunikationen besvärlig. Kommunikationen utvecklades och flera förändringsledare visade prov på att de kunde använda kompetenserna.

Fallstudien visade även att behovet av dessa kompetenser varierade med typen av förändring. När kompetenserna fanns löpte förändringsprocessen på relativt smidigt, men när en central kompetens saknades fick det konsekvenser för förändringsprocessen. Detta ledde även till reaktioner som handlade mer om tillkortakommanden i kompetens än om protester mot förändringen som sådan. Ett exempel är då IT-systemet genomfördes utan processutveckling. Även om processutvecklingen kunde genomföras senare fick det konsekvenser för arbetssättet. Protestbrevet var när det kom ett resultat av bristen på timing, dåligt hanterade av emotionella processer och ett icke uppfyllt behov av kommunikation och samordning i tidigare förändringsprocesser.

Studien visar på en särkoppling mellan förändringsprocessen och den direkta effekten/upplevelsen av den. Reaktioner och agerande i en förändringsprocess behöver inte ha mycket med den pågående förändringsprocessen att göra utan istället grundas i tidigare upplevelser av förändringsprocesser (Barley, 1986; Beer och Nohria, 2000; Eriksson, 2004). Känslor som väcks vid ett tillfälle kan byggas upp under en längre period för att få sitt utlopp vid en helt annan tidpunkt, triggade av en till synes mindre händelse. Det blev tydligt när några av de starkaste protesterna och kravet på ledarbyte kom vid en tidpunkt som inte var en av de mest förändringsintensiva. Vid den här tidpunkten syntes också en brist på emotionell processkompetens. Hade förändringsledarna kunnat bedöma den emotionella situationen på avdelningen hade protesterna förmodligen kunnat dämpas.

Det visade sig också att när olika perspektiv stöts och blöts väcks nya insikter om andras sätt att vara och agera. Genom de energirika diskussionerna i exempelvis ledarutvecklingsprogrammet lyckades man skapa en arena för diskussion (Angelöw, 1991), där det var högt i tak och man kunde tillåta känslouttryck, (display of freedom) (Huy, 1999). Både Control och Care utvecklade sin förståelse för de perspektiv de saknade, Controlsidan genom att ta till sig kunskap om verksamhetsperspektivet, sjukvårdsprofessionerna genom att lära sig Control-perspektivets verktyg och språk. Såväl Control som Care och Cure lärde sig om IT-sidan. Man kan lätt tillspetsat säga att ett gemensamt språk för förändring kan börja

skapas. Förändringsledarna visade sig få en viktig roll i översättningen mellan perspektiv, vilket kan jämföras med mellanchefernas tvåvägs- perspektiv (Embertson, 2006; Zaccaro och Horn 2003).

Kompetenser kan också lånas in till organisationen, exempelvis projekt- och processkompetens. Men om dessa kompetenser finns hos personer i organisationen, i detta fall främst från Care och Cure, finns också större möjligheter till emotionell tillit och radikala förändringar. En viktig fråga för de förändringsledare som inte kom från Cure och Care visade sig vara: Kan personer från Cure och Care lita på en person som inte har samma bakgrund, i detta fall profession? Svaret visade sig i detta fall vara ja, under vissa förutsättningar; åtminstone vad gäller den kognitiva tilliten. För ytterligare tillit, i detta fall emotionell, verkar en djupare förståelse hos såväl förändringsledare och medarbetare vara nödvändig. Här tycks en vilja att förstå andras perspektiv och att se dessa som legitima ha betydelse. Att inte ha deltagit i verksamheten som professionell aktör och att ses som tillhörande Control-världen hade tydliga effekter på förändringsprocessen och förtroendet för förändringsledarna. Studien visar att tillit kan öka och förtjänas, men också att den är bräcklig, främst den emotionella.

Förutom att modellen över förändringskompetenser har visat sig kunna användas för analys av förändringsprocesser, pekar fallstudien på att dessa kompetenser kan utvecklas på olika sätt beroende på vilken kompetens och vem personen är, men också på hur förändringen ser ut. Att förstå att kompetens behövs och att lära sig den är en sak. Att kunna och våga använda den är en annan. När förändringsledare från sjukvårdens professioner väl började få insikt i de olika världarna behövde de också styrka att förklara, motivera och ibland stå emot sin egen yrkesgrupp eller profession. Flera exempel från fallstudien där läkare tog på sig förändringsledarrollen men sedan valde att kliva av, visar att läkarna hade detta till viss del. Det kunde delvis förklaras av utmaningen i läkarens dubbla roll som specialist och administratör (Westin, 2002).

Under de specifika förhållanden som rådde i fallstudien bedömdes att organisationen inte hade möjlighet att driva samtidiga förändringsprocesser. Analysen visar att eftersom flera förändringskompetenser måste

kombineras för att man ska få god effekt av förändringar, till exempel organisations- och teknologiutveckling (Barley, 1986; Markus och Robey, 1988; Orlikowski, 1992), behöver inte dessa kompetenser finnas vid samma tillfälle i organisationen. Man kan lära sig förändring under vägens gång och ha en semiplanerad och semistrukturerad förändringsprocess, det vill säga kombinera planerad och framväxande förändring (Lychnell, 2010; Orlikowski, 1996): en sorts improviserande arbetssätt (Orlikowski, 1996). Arbetssättet gör att man kan fokusera på vissa förändringar vid vissa tidpunkter och vänta med andra, alltså skifta fokus över en längre tid av förändringsprocesser. En sådan strategi verkar dock kunna leda till att det tar längre tid för förändringarna att få effekt, samt bristande tillit till och förtroende för ledare. Dessa negativa konsekvenser bör dock vägas mot nytta. Om väl utvecklad kompetens i de senare förändringskompetenserna, emotionella processer och kommunikation och samordning, minskas risken för att bristen på emotionell tillit leder till starka protester. Utmaningen är alltså inte att undvika brott i planerade förändringar, utan att tillåta och underlätta för omfokusering samt att utnyttja olika kompetenser vid olika tillfällen. Kunskap i emotionella processer är då viktig för att kunna åstadkomma en form av emotionell balansering (Huy, 2002).

6.6.3. Sammanfattning av teoretisk diskussion

Samspelet mellan sjukvårdens olika perspektiv är ett utmanande men också nyttigt inslag i sjukvårdsverksamheter. Dessa perspektiv kan analyseras med hjälp av modellen över olika världar, inklusive IT. Mötet mellan olika världar påverkar utvecklingen av förändringsprocesser samt personers reaktioner och interaktioner. Mest framträdande är relationen mellan Cure- och Control-världen, vars perspektiv krockar mer och mer i och med sjukvårdens ökade fokus på ekonomi och uppföljning. Detta har även lett till en viss maktförskjutning från Cure till Community, Control och till viss del till IT. Chefer från Control-världen kan både stöta på motstånd och vara katalysatorer i förändringsprocesser. Det kan

vara svårt för förändringsledare från främst Cure att ta steget från sin specialistroll till administratörsrollen.

Sex förändringskompetenser identifierades och visade sig ha stor betydelse i sjukvårdens förändringsprocesser. Förändringskompetenserna kan till viss del lånas in och utvecklas med tiden. Man kan genomföra en förändring i taget och använda den kompetens som finns. Man bör då vara uppmärksam på att historik från tidigare förändringsprocesser ärvs till nästa förändring och att konsekvensen av brist på kompetens kan straffa sig senare.

De kompetenser som hade störst påverkan förutom förståelse för de olika världarna var hantering av emotionella processer samt kommunikation och samordning. Emotionella processer kunde avgöra hur stort förändringsmotståndet blev. Kommunikation och samordning handlar mycket om på vilket språk förändring kommuniceras. Om en arena för kommunikation skapas kan krockarna mellan världar och frustration i förändring ventileras och ett gemensamt språk för förändring utvecklas.

Även förändringsledare från Control kan få förtroende att driva förändring. Emotionell tillit är svårare att få än kognitiv tillit och mellanchefer i verksamheten kan här stå för den emotionella balanseringen i processen.

Studien visar att det går att driva förändring även i en miljö där förändringsviljan är låg och skepticismen mot personer i ledarposition är stark. Detta genom att visa att förändringar går att genomföra samt genom att låna in och utveckla kompetens.

7. Slutsatser

I detta kapitel sammanfattas avhandlingens viktigaste slutsatser utifrån de tre forskningsfrågorna.

7.1. Introduktion

Empirin, den longitudinella fallstudien av förändringsprocessen på Röntgenavdelningen, har presenterats som en berättelse i kapitel fyra. Analysen resulterade i identifieringen av fem förändringsteman, eller delförändringar, som presenterades i kapitel fem. Ambitionen var att genom kapitel fyra och fem beskriva händelser och aktörer i förändringsprocesser på en röntgenavdelning, det vill säga besvara forskningsfråga ett: Hur agerar, reagerar och interagerar aktörerna på Röntgenavdelningen i de situationer som uppkommer i förändringsprocesserna?

I ett andra analyssteg utforskades fallstudien utifrån fyra huvudområden som visar problem, utmaningar och möjligheter med att leda komplexa förändringar i vården. Dessa huvudområden redovisades i den fördjupade analysen, som ligger till grund för svaren till forskningsfråga två och tre. Den andra frågan, "Vilken betydelse har förutsättningar för förändring för hur aktörerna agerar, reagerar och interagerar i en förändringsprocess?", visar en mer statisk bild av förutsättningarna för de olika delförändringarna.

Fråga tre är mer dynamisk till sin karaktär. Här analyseras konsekvensen av det personer upplever och lär sig i de olika förändringarna i en analys som det longitudinella angreppssättet möjliggjort: Hur påverkas efterföljande förändringsprocesser av vad som har hänt i tidigare förändringsprocesser?

7.2. Forskningsfråga ett: Hur agerar, reagerar och interagerar aktörerna på Röntgenavdelningen i de situationer som uppkommer i förändringsprocesserna?

Den första forskningsfrågan handlar om hur aktörer på RA agerar, reagerar och interagerar i de situationer som uppkommer i förändringsprocessen. Empirin och den tematiska analysen visar att de separata förändringsprocesserna på RA hade mycket gemensamt och att det går att följa liknande mönster i respektive delförändring. Svaret på forskningsfrågan finns i empiriberättelsen och i den tematiska analysen, men jag ger här några specifika exempel. Exempelen visar också hur RA:s förändringsresa följer den generella utvecklingen av sjukvården i Sverige.

RA:s olika förändringsprocesser karaktäriserades generellt av energisvängningar, ibland kraftiga sådana. Reaktionerna på en av de stora förändringarna i ledarskapet, tillsättningen av en chef som inte var från en sjukvårdsprofession, var till en början svagt positiva. Interaktionen mellan den mest framträdande gruppen, läkarna, och verksamhetschefen kännetecknades då av viss optimism och acceptans, framför allt i och med involverandet av verksamhetsrepresentanter i digitaliseringsprocessen. Trots ett avsmalnat fokus i digitaliseringen och med tiden sämre delaktighet, var reaktionerna på IT-systemet goda. Verksamheten genomgick samma typ av systemförändring som många andra röntgenavdelningar vid den här tiden.

Den tuffa ekonomiska situation som RA liksom andra vårdenheter befann sig i, föranledde en personalneddragning. Processen förväntades bli ansträngande och var också jobbig för många medarbetare och ledningspersoner. Men en tydlig planering och god kommunikation gjorde att reaktionen på hur processen sköttes generellt var positiv, liksom interaktionen.

Det ökade fokuset på ekonomi- och produktion var i linje med sjukvårdens utveckling, där styrnings- och kontrollperspektivet hade gjort sitt intåg. Reaktionerna på detta förändringstema var blandade. Från sjukvårdsprofessionerna, framför allt från läkarna, märktes en inledande generell skepticism där den nya uppföljningsmetoden och sättet att styra med ekonomiska måttetal ifrågasattes. Det ledde till många diskussioner och ibland till upprörda reaktioner, men med tiden utvecklades en större förståelse och acceptans.

Den tydligaste energitoppen kom våren år två och manifesterades i kraftfulla reaktioner. De förändringsprocesser som pågick då var på grund av sin mindre art inte den utlösande orsaken, snarare var det en reaktion på tidigare förändringar och det övergripande förändringstrycket. Digitaliseringen, personalneddragningen, den ökade ekonomiska uppföljningen och förändringar i ledningen, bland annat med färre läkare i ledningsgruppen, gjorde sammantaget att situationen upplevdes intensiv och pressad. Sjukvårdsprofessionerna, främst läkargruppen, reagerade med att protestera mot verksamhetschefen och ledarskapet.

Efter den incidenten var interaktionen mellan främst verksamhetschef och läkarchef ansträngd och det rådde delade meningar om hur ledarskapet skulle utövas. Olika händelser hade redan tidigare pekat på att läkarchefen inte alltid hade en lätt roll att axla som både chef och läkare. Denna händelse förstärkte utmaningen.

Ledarutvecklingsprogrammet var en av huvudorsakerna till att situationen på RA och interaktionen mellan exempelvis ledning och medarbetare och mellan verksamhetschef och övriga förändrades. Programmet gav möjlighet till att diskutera svåra frågor, att reagera på varandras åsikter och att interagera med varandra. Det gav även en bättre grund för vidare förändringsprocesser.

I tema fem, verksamhetsnära förändringsprojekt kring processer, arbetssätt och lokaler, arbetade verksamheten vid olika tillfällen med processutveckling med på sikt ett gott resultat. Här är även ombyggnationen värd att nämnas som en intressant händelse. Framför allt kom kraftiga reaktioner på förändringen av läkarrummen, vilket kan ses som en viktig symbolfråga.

Om vi jämför olika teman kan vi se att reaktioner och interaktioner delvis följer ett mönster med viss skepticism mot förändringsagendan och andra perspektiv. Men vi kan också se olikheter mellan teman, bland annat beroende på hur förändringarna uppfattats, vem som kommunicerar och driver förändring och vilket perspektiv man själv tillhör. Det är också intressant att se att den förändring som kunde ha förväntats medföra starkast (negativa) reaktioner, personalneddragningen, visserligen visade sig vara besvärlig för de berörda, men inte gav starka negativa reaktioner på själva processen. Istället var det förändringar som ombyggnationer av läkarrum, förändring av ekonomi och uppföljning, samt ett samlat förändringstryck som gav de mest framträdande och kraftfulla reaktionerna, och som också ledde till komplicerad interaktion.

Fallstudien gav en bra möjlighet att studera olika förändringssituationer och hur individer såväl som grupper reagerade och interagerade. Några kraftfulla reaktioner var överraskande och interaktionen mellan olika grupper i organisationen växte fram som speciellt intressant. Studien av RA ledde fram till diskussionen om ursprunget till uppkomna reaktioner och interaktion, en diskussion som utvecklas i forskningsfråga två nedan.

7.3. Forskningsfråga två: Vilken betydelse har förutsättningar för förändring för hur aktörerna agerar, reagerar och interagerar i en förändringsprocess?

Forskningsfråga två handlar först om att identifiera förutsättningar för förändring och sedan att se vilken betydelse dessa har för aktörers reaktioner och interaktion. Frågan var tänkt att få sitt svar genom kombinationen att beskriva vårdens särdrag och RA:s lokala förutsättningar och

belysa detta genom organisationsförändringsteori. Vad påverkade aktörerna att agera, reagera och interagera som de gjorde?

De förutsättningar som visade sig vara mest framträdande identifierades i den fördjupade analysen. De var alltså förväntningar på förändring och förändringshistorik, förändringskompetenser, parallella världar och maktbaser samt förändringsledares roll och betydelse.

Verksamhetens och även sjukvårdens historik visade sig påverka synen på förändring. Eftersom konsekvensen av verksamhetens historik var förändringströtthet och skepticism mot förändring hade denna förutsättning stor betydelse. Medarbetarna var särskilt missnöjda med tidigare förändringar, vilket gav känslan av att ”det blåser över” en speciell förändringsförutsättning, främst i tidiga förändringsprocesser. Det var svårt att hitta momentum för förändring. Missnöjet med läget före förändringarna var dock så pass stort, och förväntningarna på att läget skulle förbättras med nya förändringar tillräckligt höga för att förändringarna kunde sättas igång. Förväntningar på förändring och förändringshistorik, de situations- och verksamhets-specifika ingångsvärdena vid förändringsprocessens start, visade sig alltså ha stor betydelse för hur aktörer agerade, reagerade och interagerade.

Sjukvårdens olika världar kan ha svårt att förstå varandra, vilket kan leda till missförstånd och misstro. Många organisationer i vården har utsatts för ett förändringstryck motiverat ur ett ekonomiskt perspektiv. Man kan därför anta att förändringar drivna ur ett så kallat E-perspektiv, motiverade med styrnings- och kontrollvärldens ord, kan upplevas som negativa. Fallstudien visade inte bara att denna förutsättning för förändring var viktig, utan pekade också på att det ofta fanns en misstanke från sjukvårdsprofessionerna om att syftet med förändringen var att spara pengar, oavsett vad förändringen sades handla om. Det fanns alltså en misstanke om dolda agendor. De olika världarnas skilda perspektiv blev extra tydliga genom sjukvårdens ökade fokusering på ekonomi och produktivitet. Här kan man säga att stereotypa bilder av yrkeskategorier (professioner) och bakgrunder förstärker ”vi och dem”-känslan. Mistankor om dolda agendor kan leda till att förändringsviljan blockeras och att medarbetare och mellanchefer får ägna tid åt att diskutera saker som inte ligger inom

fokus för förändringen. I fallstudien visade det sig således att särdrag som vårdens olika världar och mål var en av de viktigaste påverkansfaktorerna för förändringsprocessen och dess resultat. Det låg till grund för hur personer tolkade förändringar, synen på vem som ledde förändringen och synen på hur den borde drivas, samt med vilka mål.

Olika perspektiv visade sig alltså ha stor betydelse för hur personer och grupper reagerade och interagerade i förändringsprocesserna. Jag har framförallt kunnat visa att tolkningen av vad som sker i förändringarna, samt orsaken till andra personers agerande och reaktioner, till viss del påverkas av vilket perspektiv man har samt hur man uppfattar andras perspektiv och tillhörighet.

Tillit har stor betydelse för hur en förändringsledare uppfattas i förändringsprocesser. Olika reaktioner och interaktion i förändringsprocesserna visade tydligt på konsekvensen av huruvida denna tillit fanns eller inte. Det finns flera positiva exempel på när ledarna lyckades få förtroende och tillit för att driva förändring, men det finns också negativa, då bristen på tillit ledde till stora protester och upplevt misslyckade förändringsprocesser. Förutsättningen att ha eller kunna skapa såväl kognitiv som emotionell tillit var således central för förändringsprocessens utveckling.

Det visade sig i fallstudien att tilliten till viss del kunde bero på personers uppfattning om förändringsledare, grundat i bland annat professionstillhörigheten: vilken värld man tillhörde. Om personer som inte tillhör sjukvårdens professioner uppfattas leda eller vara initiativtagare till förändringsprocesserna påverkas processen ibland negativt. Motstånd behöver inte bero på att man misstror det konkreta målet med förändringen. Motstånd kan uppstå för att sakfrågans mål och förändringsledares agerande inte står i samklang med de egna övertygelserna, men ibland också för att personen som upplevs stå bakom förändringsinitiativet står för värderingar och synsätt som är främmande. Ekonomiskt motiverad förändring kan göra det svårare att få emotionell tillit. Ovanan vid ”ekonomismen”, nya arbetsverktyg och ny uppföljning blev i fallstudien under några tillfällen för mycket för medarbetarna från sjukvårdsprofessionerna.

Det visade sig också att även om det är viktigt vem som har formellt beslutsmandat, är det inte självklart att det är den övergripande bestämmanderätten i sig som är viktigast. Det handlar även om att känna sig representerad och att ha inflytande över vem som har rätt att tolka mål och syfte med verksamheten. Om det finns mellanchefer som kan ses som talespersoner från sin grupp och som kan översätta mellan olika perspektiv, kan de stå för den emotionella tilliten, som en trygghet. Emotionell tillit kan vara det som krävs för att balansera förändringsenergin.

Förändringskompetenser visade sig vara viktiga i förändringsprocesserna. Om de sex kompetenserna ”projektledning och projektarbete”, ”processutveckling, organisations- och strukturförändringar”, ”förståelse för och integration av olika kompetenser och världar”, ”hantering av emotionella processer” samt ”kommunikation och samordning” fanns i organisationen var förutsättningarna för att lyckas med förändringen betydligt större. Kompetenserna ”hantering av emotionella processer” och ”förståelse för och integration av olika kompetenser och världar” hade extra stor betydelse. Konsekvenserna av en brist på dessa kompetenser kunde visa sig långt efter det att en förändring genomförts. Det visade sig att kompetenser kan lånas in under förändringen, men att effekten blir störst om medlemmar från Cure och Care i den egna organisationen har kompetens.

7.4. Forskningsfråga tre: Hur påverkas efterföljande förändringsprocesser av vad som har hänt i tidigare förändringsprocesser?

Medan forskningsfråga två fokuserade på den statiska situationen i starten av en förändringsprocess handlar den avslutande forskningsfrågan om dynamiken i förändringsprocesser. Förändringsprocesser är inte iso-

lerade företeelser. För att förstå en förändringsprocess måste man både förstå den ordinarie verksamheten och ofta kunna hantera flera förändringar samtidigt.

Genom att studera flera på varandra följande förändringsprocesser kunde jag följa utvecklingen i de förutsättningar som finns för förändring. Jag kunde konstatera att händelser i förändringsprocessen påverkar följande förändringar och att personer lär sig om förändringarbete, vilket förändrar såväl förutsättningarna som personers syn på förändringar. Konsekvenserna av en förändringsprocess slutar inte för att förändringen formellt är avslutad. De tidigare förändringarnas effekt på såväl sak som person finns istället kvar i organisationen och påverkar efterföljande förändringar.

Jag konstaterade i svaret på forskningsfråga två att verksamhetens förändringshistorik, den lokala verksamhetens förutsättningar som utvecklas genom olika förändringsprocesser, tillsammans med sjukvårdens särdrag påverkar synen på och tolkningen av förändringsprocesser. Jag kunde se att precis som i många sjukvårdsorganisationer var medarbetarna på den studerade avdelningen förändringströtta och trodde inte att förändringar verkligen skulle komma att genomföras. Det berodde på tidigare upplevelser av förändringsprocesser, som uppfattats som dåligt genomförda och som att de inte uppnått förväntade effekter. Förändringströttheten och misstron mot förändringsledare, som utvecklats genom tidigare förändringsprocesser, påverkade senare förändringsprocesser och ledde till att förändringsledarna tvingades arbeta med att bygga upp momentum för förändring innan en ny förändringsprocess kunde påbörjas.

Det visade sig också att det går att påverka upplevelsen av förändringsprocesser genom att visa att förändring är möjlig. I fallstudien genomfördes ett par stora förändringar relativt snabbt. Det gjorde åtminstone att synen att ”ingenting kommer att hända, det blåser över” dämpades i följande förändringsprocesser. Tankestrukturen hos människorna i organisationen förändrades och den positiva konsekvensen blev att man såg att förändringar gick att genomföra. De gick till och med att genomföra fort. Att ”trycka igenom” en förändring för att möjliggöra

andra var i detta fall en hållbar strategi, åtminstone under de förutsättningar som fanns: att vissa förändringskompetenser saknades, att förändringsenergin var låg och att man var tvungen att göra snabba förändringar. På längre sikt pekar erfarenheterna från fallstudien dock på att förändringsledare behöver analysera och förstå vad tidigare förändringsprocesser har lett till i form av förtroende för ledare och förändringsledare. Sätts nya förändringsprocesser igång utan den kunskapen kan det vara lätt att missa viktiga åtgärder under förändringen.

Jag såg även att det i detta fall var framgångsrikt att satsa på en förändringskompetens i taget när man saknade samtliga, i varje fall under en viss tid. Genom att lära sig flera av förändringskompetenserna successivt och låna in andra, samt att fokusera på en förändring i taget (som den inledande digitaliseringen) kunde en förändring komma till stånd. Fallstudien visar alltså att det går att låna in kompetens. Genom att göra det kan kompetenserna också överföras till personer i verksamheten, som till nästa förändring behöver mindre stöd och själva kan klara förändringsprocessen.

Det visar sig dock att det är olika svårt att låna in kompetenser. Bristen på förståelse för och integration av olika världar, hantering av emotionella processer och möjligheten att omsätta dessa kompetenser i ett kommunicerande och samordnande förändringsledarskap, var i de flesta fall orsaken till att förändringsprocesserna skapade negativ energi, förändringsmotstånd och trötthet. En strategi att låna in dessa kompetenser visade sig alltså kunna ge bieffekter, som att medarbetarna inte kände sig tillräckligt delaktiga i processen. Det indikerar att för att uppnå en långsiktig förbättring av förutsättningarna för förändring krävs att dessa tre kompetenser finns eller utvecklas i organisationen. En specifik svårighet är bedömningen av vilka kompetenser som finns och hur mycket förändring organisationen och medarbetarna kan hantera på en gång. Det har att göra med timing men också med empatisk förmåga.

Av detta kan jag dra slutsatsen att när man driver förändringsprocesser i sjukvården kan man mycket väl låna in kompetens, men för att medarbetarna ska ha tillit och förtroende krävs ofta en person med stor förståelse för verksamheten och någon som medarbetarna känner tillit

till. Denna eller dessa förändringsledare behöver stöttning i förståelsen för och användningen av förändringskompetenser. Genom fallstudien kunde jag följa förändringsledare och medarbetare och se att det går att tillgodogöra sig förändringskompetens under förändringarnas gång. Förändringsledare lär sig av att delta i och analysera interaktion och reaktioner i förändringsprocesser, och förstår att de kan planera och kommunicera förändringarna på ett annat sätt. Fallstudien visar att utvecklingen av förändringskompetens delvis är erfarenhetsbaserad och att olika kompetenser kan vara olika svåra att tillgodogöra sig.

Att vara förändringsledare i sjukvården visade sig i studien vara en utmaning. För Cure och Care krävde det i vissa fall att de klev ur sin professionella roll. Fler exempel i fallstudien pekade på en tendens att vilja ta ett steg tillbaka och identifiera sig starkare med sin egen professionsgrupp. Detta skedde efter att de hade provat på förändringsledarrollen en tid och konflikter började bli tydliga. Med andra ord: när de olika världarna möts och krockar väger den professionella tillhörigheten ofta tyngre än den administrativa, framför allt på längre sikt.

Sjukvårdsverksamheter karaktäriseras ofta av en skepticism mot förändringsledare med annorlunda bakgrunder, så även RA. Här sågs dock också olikheten som nyttig. Ett par förändringsprocesser och ett ledarutvecklingsprogram senare kvarstod skepticismen, men den hade nyanserats. Synen på den som leder förändring handlade inte längre bara om vem det var utan också om vad hon eller han gjorde.

Specifikt visade fallstudien också att förändringsprocesser, exempelvis införandet av informationsteknologi och ekonomisk uppföljning, på sikt kan påverka maktfördelning och maktbaser och vem som har kontroll över olika uppgifter. Förutom den mer eller mindre tydliga maktkampen i och med de nya uppföljnings- och styrmekanismerna medför det också nya sätt att tala om och se på verksamheten. När ett nytt språk introducerades i verksamheten uppstod en perspektivkrock. De nya målen och uppföljningstalen blev ett nytt språk för medlemmar av "Cure-" och "Care"-professionerna och påverkade synen på och agerandet i efterföljande process.

8. Rekommendationer till praktiker och vidare forskning

I kapitel åtta ger jag mina rekommendationer till dig som arbetar praktiskt med förändringsprocesser i sjukvården, och förslag till vidare forskning för dig som vill fortsätta forska på området.

8.1. Rekommendationer till förändringsledare i sjukvården

Sjukvården förändras ständigt. Det gäller förändringar inom såväl medicin som omvårdnad, men också inom organisationsområdet. Jag vill uppmuntra fler i vården att se sig själva som förändringsledare. Du som är chef är i din roll som ansvarig för verksamheten och dina medarbetare automatiskt en förändringsledare. Politiker är i alla högsta grad ledare av förändring och bärare av förändringsidéer. Som läkare är du i din roll som medicinskt ansvarig en ledare och som tillhörande den starka professionen har du en speciell funktion. Sjuksköterskor har ofta ett flödesperspektiv genom sin roll i vården och kan ha lättare att se vissa förändringsmöjligheter. Som tillhörande styrnings- och kontrollsidan, som ofta har kunskap om ekonomi och styrning, gäller det att ha en genuin vilja att förstå sjukvårdsprofessionernas vardag och utmaningar.⁴

Jag har genom min forskning samlat på mig kunskap och lärdomar som jag gärna delar med mig av till dig som förändringsledare. Även du som inte ser dig som en förändringsledare men som har upplevt olika förändringsinitiativ i vården, kan dra nytta av lärdomarna för att förstå mer om vilka mekanismer som ligger bakom reaktioner och interaktion i förändringsprocesser.

8.1.1. Utnyttja olika perspektiv och olikheter

I sjukvården handlar en stor del av förändringar om att förstå olika perspektiv och varför personer reagerar som de gör. Jag har visat att modellen över olika världar i sjukvården inte bara kan användas för att förstå sjukvården och RA:s historik specifikt, utan även för att förstå och i bästa fall förutse eller undvika reaktioner på olika förändringsinitiativ.

⁴ Läs mer om sjukvårdens olika världar i teorikapitlet, avsnitt 3.1.4

Jag såg också att man med fördel kan komplettera modellen med ytterligare perspektiv, varav det som framkom tydligast i studien var IT-perspektivet.

Den här specifika kompetensen att se och hantera olika perspektiv i vården har jag valt att kalla ”förståelse för och integration av olika kompetenser och världar”. Har förändringsledaren den kompetensen kan hon eller han också agera på ett sätt som gör att den förändringsenergi som uppstår kan kanaliseras till något positivt.

Det är svårt att se sammanhanget i sjukvårdens ofta komplexa förändringssituation. Som förändringsledare måste man inte bara förstå det medarbetarna förstår, som Kierkegaard säger, utan också hjälpa dem att se olika perspektiv och tillägna sig kompetens

Att ha olika perspektiv ska inte ses som ett hinder för förändring utan som en möjlig styrka. Kan man utnyttja de olika perspektiven på rätt sätt finns det en stor dynamik. Problemet är översättningen mellan perspektiven. Det finns fortfarande för få personer som bejakar olikheterna, försöker förstå de ofta vitt skilda drivkrafterna och agerar som integratörer mellan dem.

8.1.2. Vem ska driva förändring i sjukvården?

Det finns olika åsikter om vem som bör leda i sjukvården, både gällande det formella ledarskapet och förändringsledarskapet. Oberoende av vilken åsikt man har om vem som ska leda på olika nivåer och vad man tycker om bakgrund, kompetens, erfarenhet och formellt eller informellt mandat, har ämnet organisation och ledarskap på senare tid förts in i kraven på exempelvis läkarutbildningar, sjuksköterskeutbildningar och på ST-läkarnivå. Det finns en mängd utbildningar inom motsvarande förändringsledarskap eller förbättringsarbete och det ses som ett naturligt inslag att läkare under sin utbildning relaterar exempelvis kvalitetsutvecklingsarbete till organisationsutvecklingsteorier och det allt mer använda och omdiskuterade begreppet lean. Detta tyder på en ny syn på vad en ledare ska kunna i vården, även på andra platser än på just den studerade röntgenavdelningen.

Hur den som tar sig an uppgiften kommer att lyckas beror inte bara på dennes kompetens och erfarenhet, utan också på hur personen i fråga uppfattas. Om det är en person med annan bakgrund än en sjukvårdsprofession tyder avhandlingens resultat på att denne kommer att uppleva en större utmaning i att få förtroende, i alla fall emotionell tillit. Du som kommer från Control eller Community-sidan har därför en extra utmaning. Det gäller att få förståelse för det sammanhang som du har hamnat i och vad som gäller där. Du måste erhålla tillit för att kunna driva förändring, vilket inte heller du med bakgrund från Cure och Carevärldarna alltid har automatiskt. Men misströsta inte. I fallstudien var nya perspektiv i många fall uppskattade och utan de nya perspektiven hade avdelningen inte nått dit de ville. Var också försiktig med hur du trampar. Den så kallade avmystifieringen av sjukvården för exempelvis ekonomer, som innebär att man idag kan följa upp och styra på ett nytt sätt, har lagt grunden för en ny mystifiering för sjukvårdsprofessioner. Dessa kan också känna sig maktlösa i systemet. Var därför öppen och lär ut ditt perspektiv, och lär dig förstå andras.

I fallstudien ökar såväl läkares som sjuksköterskors och ekonomers förändringskompetens över tid. De mötte olika utmaningar: Controlvärlden med förtroende från Care och Cure och Cure som hade svårt med rollen som "administratör" och inte specialist. Därför behöver förändringsledarna hjälp. Om du är på väg att välja ut en förändringsledare, försök att föreställa dig personen som du vill ska stå på barrikaden och genomföra förändringen. Hon eller han behöver vara prestigelös, uthållig, modig och öppen för nya perspektiv. Ge sedan det stöd i förståelse för förutsättningar, världar och kompetens som personen behöver.

Finns inte personen du söker internt, kan man låna in förändringskompetens utifrån. Det är dock viktigt att vara medveten om att en utomstående har svårare att vinna emotionell tillit än en person som redan arbetar i organisationen.

8.1.3. Kommunicera, kommunicera, kommunicera – med rätt språk

Det finns de som påstår att sjukvårdens olika världar har olika mål. Jag kunde dock se att det inte nödvändigtvis är olika mål som är problemet. Tvärt emot vad man kunde gissa ledde inte digitaliseringen, neddragningen av personal och ombyggnationerna till några större protester och diskussioner. Inte ens den något känsliga ekonomi- och produktionsuppföljningen gav entydiga protester. Det var snarare hur förändringarna kommunicerades och mängden förändringsinitiativ som påverkade reaktionerna.

Oavsett hur mycket du kommunicerar i förändringsprocesser kommer det alltid att finnas personer i verksamheten som tycker att du har kommunicerat för lite eller på fel sätt. Vi har alla olika sätt att ta till oss information och olika språk. I mitt fall visade det sig att sjukvårdens olika världar dessutom har olika sätt att kommunicera på. Vi använder olika ord. Ord kan uppröra och irritera och faktiskt påverka inställningen till hela förändringen. I dagens sjukvård är det till exempel populärt att inspireras av lean. Om ett leaninspirerat förändringsprogram initieras och upplevs som att det kommer ”uppifrån”, i synnerhet om det kommer från Control eller Community, är risken för missförstånd stor, liksom risken för upplevelsen av att förändringen är påtvingad.

Kommunikation kan både vara en orsak till och råda bot på en av orsakerna till motstånd mot förändring: att personer har olika uppfattningar om förändring. En tydlig förändringskommunikation och en öppenhet i dialogen kan leda till att förtroendet för förändring ökar. Kanske påverkar den då både den kognitiva och den emotionella tilliten.

Detta ställer höga krav på dig som förändringsledare, som har i uppdrag att bland annat kommunicera nya förändringar på ett sätt som gör att personer förstår, som inger förtroende och som uppmuntrar till diskussion. Välj därför ord noga. Om verksamheten ska börja arbeta leaninspirerat, är det då verkligen ordet lean du ska använda? Passar något annat, till exempel flödesorientering, kanske bättre i din miljö? För att

fånga upp medarbetare behöver du ha en roll som översättare vid förändringsprocesser i sjukvården och utöva ett kommunikativt, coachande ledarskap. Utmaningen är att kommunicera rätt och i rätt mängd. Att bli informerad om områden som man själv inte kan påverka och som inte direkt påverkar arbetet kan i vissa fall leda till mer stress än om man undanhållits informationen.

8.1.4. Var inte rädd för känslor i förändring

Förändringar påverkar människors arbetssätt och leder till reaktioner. När gamla strukturer ifrågasätts och beteenden ska läras in kommer personer alltid att reagera, ibland mycket emotionellt. Det är till och med så att för att få igång en stor förändring kan känslor vara katalysatorer för att något ska hända, eller uttryckt på annat sätt: att få ”momentum” för förändringen. Var därför inte rädd när reaktionerna kommer. Var förberedd och försök förutse vilka reaktioner olika personer och grupper kan ha i de olika faserna i förändringen.

Kom ihåg att personer och grupper går igenom förändringsfaser olika snabbt. De befinner sig därmed på olika platser i ”förändringskurvan” vid samma tidpunkt. Det gör att de reagerar på olika sätt på händelser vid samma tid. Generellt brukar personer sätta sig in i och förstå konsekvenserna av förändringen på det egna arbetet och i den egna situationen precis före genomförandefasen och när genomförandet börjar. Då är man som mest känslig. Då uppkommer ofta de kraftigaste reaktionerna för eller mot förändringen.

8.1.5. Det är inte ditt fel! Olika faktorer påverkar reaktioner i förändringsprocesser

Det är naturligt att söka orsaken till de reaktioner och känslor som uppkommer i förändringar. Som du har kunnat läsa i avhandlingen har reaktionerna ibland med förändringsledaren att göra. Ditt sätt att kommunicera och agera kommer att påverka dina kollegors reaktioner.

Men det är inte alltid som deras reaktioner har en tydlig koppling till det du som förändringsledare säger, gör eller representerar. Ibland är det så enkelt att de är trötta på förändringar och kommer att protestera oavsett vilken förändring det är och vem som leder den. Ibland beror tröttheten på att de tidigare har varit utsatta för förändring på arbetet, men även personliga händelser i privatlivet kan bidra till extra känslighet i vissa förändringsfaser.

Förändringar genomförs inte i ett vakuum. Därför är det nyttigt att, innan en förändringsprocess och till och med innan första kommunikationen om förändringen, fundera på hur organisationen ser ut och vilka medarbetarna är, men också på historiken. Verksamhetens historia, både i allmänhet och gällande förändringsprocesser i synnerhet, påverkar hur medarbetare ser på och reagerar i nya förändringar. Det kan finnas en särkoppling mellan förändringsprocessen och den direkta effekten/upplevelsen av den. Reaktioner och agerande i en förändringsprocess kan ha lite att göra med den pågående förändringsprocessen och istället grundas i tidigare upplevelser av förändringsprocesser, eller i helt andra händelser. Känslor kan byggas upp under en längre period och få sitt utlopp vid helt orelaterade tillfällen, triggade av till synes mindre händelser.

När personer reagerar på en förändring, fundera därför gärna en extra gång på vad det kan bero på. Många av oss har en ryggmärgsreaktion som säger ”det är mitt fel” när det kommer en kraftig reaktion. Det är inte alls säkert att det är så. Använd dig av den förståelse för emotionella processer som beskrivs i avhandlingen för att fundera på varför personer reagerar som de gör och vad du eventuellt kan göra åt det. Förståelse för både förutsättningar för och förväntningar på förändringen kan liksom förändringshistoriken hjälpa till att förstå såväl reaktioner som eventuell misstro och ovilja, samt om detta beror på förändringen i sig, på tidigare förändringsledares ageranden eller på någonting helt annat.

8.1.6. Planera – men var redo

Verksamhetsförändring sker genom både planerade och framväxande förändringar. Det innebär att du bör planera din förändringsprocess, förutse motstånd mot förändring och fundera på hur du kan hjälpa medarbetare att komma över motståndet. I planeringen ligger att förstå förutsättningarna för förändring i din verksamhet, både de sak- och de personmässiga. Fundera på vad som har hänt i verksamheten tidigare, studera dess historik. Har tidigare förändringsprocesser lyckats? Vad har man tyckt om tidigare förändringsledare? Hur ser utvecklingskraften och förändringskompetensen ut?

Men du måste också vara beredd på att det inte går att planera allt. Konsekvensen av att införa ett IT-system, att förändra personal och kompetens eller hur man kan utnyttja en ombyggd avdelning kan inte alltid planeras i detalj. Inte heller kan man förutse personers reaktioner, även om man kan gissa.

En förändringsprocess påverkas och utvecklas beroende på många olika faktorer och ju mer du förstår om förutsättningarna för förändring desto starkare står du i förändringen, även när det händer saker som du inte kunnat planera för.

8.1.7. Att använda en förändring som hävstång

Det finns många rekommendationer om att man måste förändra i kombination. Vid IT-förändringar bör till exempel process och organisation förändras samtidigt. Det är bra råd, men fallstudien visar att det inte nödvändigtvis är en dålig idé att genomföra en någorlunda isolerad förändring för att bryta ett dödläge. IT-förändringen i fallstudien visade medarbetarna att förändring var möjlig och bidrog till att deras inställning till förändring påverkades. Det banade väg för andra förändringar och förändrade även synen på förändringsledare. Man bör dock vara medveten om eventuella negativa bieffekter och utvärdera samman-

hanget, förutsättningarna och tänkbara konsekvenser innan man kör igång en isolerad förändringsprocess.

8.1.8. Var en integratör!

Studien har visat att förändringsledare behöver vara integratörer mellan olika perspektiv. I förändringsledarrollen ingår automatiskt att skapa en synergi och en form av översättningsfunktion mellan olika perspektiv och kompetenser. Man kan inte förändra organisationen utan att förändra medarbetarnas förståelse. Förändringsledarnas förståelse för hur situationen ser ut vad gäller historik och förväntningar, deras kompetens i och erfarenhet av hur förändringsprocesser kan gå till, samt deras verktyg för att möta förändringar, påverkar hur väl förutsättningar för förändringar kan hanteras. Förståelse för förutsättningar för förändring är mycket viktigt, kanske i synnerhet i sjukvården. När gamla strukturer ifrågasätts och inlärt beteende ska läras om krävs en insikt, både i varför medarbetare reagerar som de gör och hur en förändringsaktör bör agera på detta. Det krävs även hjälp att kunna identifiera det nya och tid att acceptera förändringen.

Konsekvensen av misslyckandet att integrera synsätten kan i vissa fall liknas vid ett "världarnas krig", där de nya tankesätten och språkbruket står mot de gamla och där striden om kontroll är en strid om makten över information och tolkningsföreträde. Om man inte har en arena i förändringsprocessen där man kan få utlopp för sina känslor, få prata eller skrika eller gråta av sig, lagras frustrationen. En mycket kraftigare och till synes omotiverat stark reaktion kan då uppkomma vid ett senare tillfälle.

Fastna därför inte i polarisering av olika perspektiv i vården som så många har gjort den senaste tiden, inte minst i media. Fokusera istället på det positiva med olika perspektiv, den möjliga sprängkraften i olikheterna. Var en integratör!

8.2. Vidare forskning

I detta avsnitt har jag identifierat ett antal intressanta områden för vidare forskning.

8.2.1. Den vändbara forskningsfrågan: hur påverkar förändringen aktörerna?

I mitt syfte och min forskningsfråga intresserade jag mig för hur aktörer och deras agerande påverkar förändringsprocesser i sjukvården. Frågeställningen är vändbar, vilket innebär att på samma sätt som förändringsprocesserna påverkas av att förändringen sker i en verksamhet präglad av olika starka aktörer och grupper, kan förändringsprocessen påverka de inblandade aktörernas syn på sig själva och varandra samt relationen dem emellan.

När man en gång har sett ett nytt perspektiv är det svårt att blunda för det. Utvecklingen i vården och på RA pekar på att det pågår en delvis medveten rollförändring i sjukvården. I läkar- och ST-utbildningar utbildas läkare i verksamhetsutveckling och systematisk kvalitetsutveckling. Diskussioner som idag handlar om läkarnas minskade inflytande kan snart komma att handla om läkarna som de nya förändringsaktörerna och hur detta kan komma att påverka sjukvården. I fallstudien såg jag att läkare och sjuksköterskor utvecklades i sin roll som förändringsledare. Flera valde dock att ta ett steg tillbaka, delvis då de upplevde att rollglidningen från specialist till administratör blev för betungande. En studie av hur aktörerna förändras under loppet av förändringsprocesserna, och av vilka eventuella nya roller de kan få, med angreppssätt där forskaren tillåts komma nära aktörerna, vore intressant.

8.2.2. Framtidens förändringsprocesser i sjukvården: ett krig om makt och tolkningsföreträde mellan olika världar eller en energigivande fusion av synsätt?

Jag har genom studien av Röntgenavdelningen kunnat konstatera att modellen över sjukvårdens världar kan användas som analysraster i förändringsprocesser i sjukvården. Ett intressant utvecklingsområde att studera är huruvida dessa världar kan användas för förändringsledares fördjupade förståelse även i andra sjukvårdsorganisationer.

En femte värld, IT, identifierades i analysen som betydelsefull för förändringsprocesserna. Nästa steg skulle kunna vara att studera denna världs påverkan på förändringsprocesser och se om andra världar, som exempelvis forskning och utveckling eller juridik, påverkar förändringsprocesser i vården och i så fall på vilket sätt.

I studien kunde jag se att språkbruk och tolkning mellan världarna påverkade synen på och förutsättningarna för förändring. Det skulle kunna vara intressant att gå vidare och undersöka i andra sjukvårdssammanhang.

Frågan är också om de till synes ökande konflikterna mellan sjukvårdens världar kommer att fortsätta, eller om aktörer liksom i fallet kommer att se nytta av olika perspektiv och samarbeta i förändring. Kommer professionerna att mötas, arbeta med varandra och lära mer om varandras olika ståndpunkter och kompetenser? Eller kommer dessa möten att leda till fler konflikter och göra samtliga aktörer i kriget, inklusive samhället, till förlorare? Vad är det i så fall som avgör åt vilket håll utvecklingen går?

8.2.3. Jämförelse med professionella grupper i andra branscher

Läkargruppen är en professionell yrkesgrupp med allt vad det innebär, till exempel utestängning av andra grupper. Samma karaktärsdrag kan även hittas hos andra professioner, som lärare och jurister, men även hos forskare. Det vore intressant att göra en jämförande studie mellan organisationer som kännetecknas av ett starkt professionellt inslag, för att se om det går att identifiera liknande världar där.

8.2.4. Användning av det kliniska, hjälpande angreppssättet i förändringsprocesser i sjukvården

Jag upplever att det kliniska, hjälpande angreppssättet gav mig en god förståelse för förändringsprocessernas utveckling på RA. Jag vill därför i högsta grad rekommendera denna typ av metod. För att få en djupare förståelse för förändringsprocesser i allmänhet och för sjukvårdens villkor i synnerhet är jag övertygad om att ett liknande tillvägagångssätt är fruktbart.

8.2.5. Utveckling och test av kompetensmodellen

Den modell över kompetenser som behövs i olika förändringsprocesser i sjukvården är inspirerad av olika forskare. Ett test av huruvida dessa kompetenser också är giltiga i andra förändringsprocesser i vården och en utvecklad diskussion om användning och utveckling av modellen, kanske även kompletterande kompetenser, skulle kunna ge ett bra bidrag till ökad förståelse i ämnet.

9. Slutord

Sjukvården består bevisligen av olika världar. Den ena, Cure, har länge dominerat ledarskapet av vården, men en överföring av makt och tolkningsföreträde pågår. Arbetsrutiner, flöden, produktion och enskilda personers arbete kommer att bli allt mer transparenta i en typ av avmystifiering av vården. Sjukvårdens personal, såväl de som tillhör "Care" som "Cure", har till en början ofta svårt att ta till sig nya uppföljningsstrukturer och ekonomiska måttal. Personer från Community och Control kan på samma sätt ha svårt att förstå sjukvårdens inre liv. De olika världarna kan ses som en spännande möjlighet att skapa nya synergier av perspektiv som kan möjliggöra en bättre framtida vård. Det kan dock lika gärna leda till en kamp om språk och makt över tolkningsföreträde.

Sjukvårdens olika världar kommer ofelbart att leda till svårigheter i att se och förstå olika perspektiv. Förändringsledare i sjukvården, oavsett bakgrund och synsätt, måste känna till förutsättningarna, förstå och acceptera att läkargruppen genom sin unika roll har haft, bör i många fall ha och kommer också att fortsätta att ha, ett mycket stort inflytande över sjukvårdsprocesser. Olika intresseorganisationer har uttalat sig om vikten av kompetenta ledare i vården och vissa menar att det är av stor betydelse vilken utbildningsbakgrund och vilken profession personen har och tillhör. Under åren från det att fallstudien började fördes vid olika tillfällen en livlig diskussion om läkarens roll som chef och ledare. Vissa aktörer menar att chefen alltid bör vara en läkare, medan andra ser sjuksköterskor som naturliga organisationsledare. Några tycker att det är helt andra professioner som bör leda. Oavsett vilket måste personer som är med och driver förändring ha kompetens att förstå och kommunicera med personer från samtliga perspektiv och kunna översätta mellan de olika synsätten.

Verksamhetshistorik som bekräftar sjukvårdshistorikens faktorer förstärker synen på förändring, exempelvis att förändringar initieras utan att mycket händer, att läkare bör leda eftersom de förstår vad verksamheten handlar om men att dessa gärna körs över av politiker och personer med ekonomisk bakgrund. När verksamhetshistoriken eller nya exempel på lyckade förändringar tenderar att motbevisa sanningarna

från tidigare sjukvårdshistorik, att förändringar verkligen går att genomföra, att det satsas tid och pengar på utbildning i förändringskompetens och att exempelvis läkare och ekonomer kan arbeta sida vid sida, då växer en ny nyfikenhet och förståelse fram. Denna förståelse och vilja till förändring är dock bräcklig, delvis eftersom historiken är så stark. När pressen blir hård tenderar man att falla tillbaka i gamla roller.

Utmaningen för förändringsledare är att förmå personer i verksamheten att delta i förändringar och skapa en vilja att förstå olika perspektiv samtidigt. Risken är att förändringarna introduceras på ett sätt som upplevs som antingen hotfullt eller som att förändringsledarna brister i förståelse. Det kan få sjukvårdsprofessionerna att välja att inte delta i förändringsprojekten i dess tidiga faser och att på olika sätt försöka lägga veto mot förändringar. Båda typerna av agerande är illa och borde göra att personen i fråga diskvalificerar sig som ledare i den nya komplexa omgivningen. Att säga att ”ekonomi är ingenting för mig” är att säga att man inte har intresse för att förstå och använda de olika världarnas perspektiv. Det borde, åtminstone vad gäller förändringsledare, accepteras lika lite som icke-vårdpersonals ointresse av att förstå hur verksamheten fungerar. Grupperna behöver skapa värde tillsammans, hellre än att försöka avgränsa sina domäner i förändringsprocesser.

Precis som mellanchefer med sitt unika perspektiv i gränssnittet mellan verksamhet och högre chefer spelar en viktig roll inte minst i sjukvården, får förändringsledare, oavsett formell chefsroll, också en roll som översättare. Svårigheten att hitta bryggor mellan IT-avdelningarnas tekniker, verksamhetens experter och ledningsgruppens strateger har varit känt sedan länge. Liksom man på 1990-talet pratade om behovet av en ny roll som kunde fungera som ett gränssnitt mellan dessa perspektiv behöver sjukvården idag integratörer, eller gränsöverskridare.

Förutsättningen för en sund dialog i förändringsprocesser är en tydlig arena där aktörerna kan bryta perspektiv och synsätt mot varandra. Om denna möjlighet att föra dialog inte finns, på grund av att man pratar förbi varandra och inte kan se varandras perspektiv, minskar möjligheterna till en god förändringsprocess och att en synergi av perspektiv uppstår. Istället formas ett skyttegravskrig, en professionernas kamp om man

så vill, där kombattanterna försöker skjuta varandras argument i sank och överbevisa varandra, istället för att söka förståelse, kompletterande perspektiv och nya fruktbara lösningar.

Förändringar kan planeras och drivas i förväntade faser, men man måste inse och vara beredd på att förändringsprocessen inte kommer att se ut som planen stipulerar. Personer kommer att agera utifrån sin egen bild av organisationen, personerna och förändringen, vilket i andras ögon kommer att verka irrationellt. Den förändringsenergi som skapas när personer sätts i en förändringssituation kan antingen leda till positiva reaktioner eller förvandlas till motstånd, bland annat beroende på hur dessa tolkar förändringsprocessen. Det är därför inte möjligt att planera för alla reaktioner och ageranden. En plan kan läggas upp för förändringsprocessens övergripande faser, men sedan måste förändringsledarna improvisera och hantera de reaktioner som kommer med hjälp av sin tidigare erfarenhet. Beroende på hur dessa förändringsledare agerar (deras förändringskompetens) kan förändringsenergin kanaliseras för att få till stånd en bättre förändringsprocess.

Dagens sjukvård behöver utnyttja alla de kompetenser och perspektiv som finns. På en arena för diskussion om förändring kan personer med integratörskompetens, vilja och kompetens att förstå olika perspektiv, se till att sjukvårdens perspektiv blir till en tillgång och inte ett hinder i förändringsprocesser i vården.

10. Referenser

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions—An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Allebeck, P. (2002). Strukturförändringar i vården måste ske med kunskap. *Läkartidningen*, 99(37), sid 3617-3618.
- Adler, N., Shani, A.B. och Styhre, A. (red.) (2004). *Collaborative research in organizations: foundations for learning, change, and theoretical development*. London: SAGE.
- Andersson, P. (1996). *Concurrence, transition and evolution: perspectives of industrial marketing change processes*. Utgör jämte förf:s: The emergence and change of Pharmacia Biotech 1959-1995 diss. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Angelöw, B. (1991). *Det goda förändringsarbetet: om individ och organisation i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Argyris, C. och Schön, D. (1974). *Theory in practice – increasing professional effectiveness*, San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), 293-315.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1995). Emotion in the workplace: A reappraisal. *Human Relations*, 48(2), 97-125.
- Askenäs, L. och Westelius, A. (2004). An Emotional analysis of an ERP system implementation. I *The roles of IT: studies of organising when implementing and using enterprise systems*, Linköping: Linköpings Universitet
- Atkinson, R.L. (red.) (1993). *Introduction to psychology*. (11. ed.) Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Axelsson, R. (2000). The Organizational Pendulum – Healthcare Management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28 (1), sid 47-53.
- Barley, S. R. (1986). Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. *Administrative Science Quarterly*, 31(1), 78-108.
- Batalden, P. och Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 19(10), 424-445.
- Batalden, P. B. och Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 2-3.
- Baustad, I. och Sørsveen, Å. (red.) (1996). *X-MODELLEN. Et universalverktøy for ledere og organisasjonsutviklere*. PDC Tangen AS.
- Beer, M. (2000). Research that will break the code of change: the role of useful normal science and usable action science, a commentary on Van de Ven and Argyris. I Beer, M., Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Beer, M. och Nohria, N. (2000). Resolving the Tension between Theories E and O of Change. I Beer, M., Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.

- Bentsen, Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G. och Sahlin-Andersson, K. (red.) (1999), *När styringsambitioner möder praxis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København, Danmark: Handelshøjskolens Forlag.
- Bergman, B. och Klefsjö, B. (2007). *Kvalitet från behov till användning*. (4. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Bourgeault, I. (2005). Rationalization of health care and female professional projects: Reconceptualizing the role of medicine, the state and health care institutions from a gendered perspective. *Knowledge, Work & Society*, 3(1), 25-52.
- Brattström, A. (2012). *Organisering för innovation i sjukvården: så kan organisationsteori bidra till mer utveckling*. Stockholm: Stiftelsen Leading health care.
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4), 721-746.
- Bryman, A. (2004). Qualitative research on leadership: A critical but appreciative review. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 729-769.
- Brynjolfsson, E. och Hitt, L. M. (1998). Beyond the Productivity Paradox. *Communications of the ACM*, 41(8): 49-55.
- Christensen, B. (2008). Framtida krav gör det ohållbart att jobba som chef och läkare samtidigt, *Dagens Medicin* 2008-11-05, (46)
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., och Brommels, M. (2011). Executive management in radical change—The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1), 11-23.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2012). Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 486-507.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: SAGE.
- Dahlbom-Hall, B. (1989/2012). *Lära läkare leda*. Stockholm: Natur och kultur.
- Davenport, T. H. (1993). *Process innovation: reengineering work through information technology*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4): 532.
- Eisenhardt, K. M. and Martin, J. A. (2000). Dynamic capabilities: What are they? *Strategic Management Journal*, 21(10/11), 1105-1121.
- Embertson, M. K. (2006). The importance of middle managers in healthcare organizations. *Journal of healthcare management/American College of Healthcare Executives*, 51(4), 223.
- Engquist, A. (1997). *Kommunikation på arbetsplatsen: chefen, medarbetaren, gruppen*. Stockholm: Rabén Prisma.
- Eriksson, C. B. (2004). The effects of change programs on employees' emotions. *Personnel Review*, 33(1), 110-126.

- Erwander, B. (2008). En läkare kan – och bör – visst vara läkare och verksamhetschef samtidigt, *Dagens Medicin*, 2008-11-19, (44)
- Feeny, D.F., Edwards, B.R. och Simpson, K.M. (1992). Understanding the CEO/CIO relationship. *MIS Quarterly* 16(4) 435-448.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Garside, P. (1998). Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. *Quality in Health Care*, 7(DEC).
- Garside, P. (2004). Are we suffering from change fatigue?. *Quality and Safety in Health Care*, 13(2), 89-90.
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease-Part I: Differentiation. *Health care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease-Part II: Integration. *Health care Management Review*, 26(1), 70.
- Hartzband, P. och Groopman, J. (2009). Money and the changing culture of medicine. *New England Journal of Medicine*, 360(2), 101-103.
- Hellgren, B. och Löwstedt, J. (1997). *Tänkens företag: kognitiva kartor och meningsskapande processer i organisationer*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Hjortsberg, C., Ghatnekar, O., Rico, A., Wisbaum, W. och Cetani, T. (2001). *Health care systems in transition: Sweden*. European Observatory on Health Care Systems.
- Huy, Q. N. (1999). Emotional Capability, Emotional Intelligence and Radical Change. *Academy of Management Review*, 24(2), 325-345.
- Huy, Q. N. (2001). Time, temporal capability, and planned change. *Academy of Management Review*, 26(4), 601-623.
- Huy, Q. N. (2002). Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers, *Administrative Science Quarterly*, 47:31-69.
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min forfatter-virksomhed: en ligefrem meddelelse: rapport til historien*. Kjøbenhavn: Reitzel.
- Kristiansson, R. och Eriksson, F. (2007) Vad krävs av ledare i sjukvården? *Läkartidningen* 104(10).
- Källberg, N. och Mähring, M. (2006). Pushing organizational change with technology: re-balancing in a radiology unit. I Lundeberg, M., Mårtensson, P. och Mähring, M. (red.) *IT & business performance: a dynamic relationship*. Lund: Studentlitteratur.

- Källberg, N., Mähring, M. (2007) Pushing Organizational Change With Information Technology: A Resource/Capability Re-Balancing Act, *Fifteenth European Conference on Information Systems, ECIS 2007*, St. Gallen, Switzerland, 2007. University of St. Gallen
- Källberg, N. (2012). *Förbättringskunskap i äldreomsorgen*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Larsson, P., Löwstedt, J. och Shani, A. B. (2001). IT and the learning organization: Exploring myths of change. *Organization Development Journal*. 19(1), 73-91.
- Lee, A. S. (1999). Researching MIS. I Currie, W. och Galliers, R. (red.). *Rethinking management information systems: an interdisciplinary perspective*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Levay, C. (2003). *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: en longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Diss. Uppsala: Uppsala Universitet
- Lewin, K. (1948 & 1951, sista upplagan 1997). *Resolving social conflicts: and, Field theory in social science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lindholm, C. (2003). *Ansvarighet och redovisning i nätverk: en longitudinell studie om synliggörande och osynliggörande i offentlig verksamhet*. Diss. Uppsala: Uppsala Universitet
- Lindvall, J. (1997). *Resultatansvar inom sjukvården*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Lucas, H. C. J. (1981). *Implementation: The key to successful information systems*. New York: Columbia University Press.
- Lundeberg, M. (1993). *Handling change processes: a systems approach*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundeberg, M. (2011). *Improving business performance: a first introduction*. Stockholm: SSE Institute for Research.
- Lychnell, L-O., (2010). *IT-relaterad verksamhetsförändring: processer som formar växel-spelet mellan utveckling och användning*. Diss. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Markus, M. L. (1983). Power, Politics, and MIS Implementation. *Communications of the ACM*. 26(6), 430-444.
- Markus, M. L. (2004) Technochange management: Using IT to drive organizational change. *Journal of Information Technology* (Palgrave Macmillan) 19(1), 4-20.
- Markus, M. L. och Robey, D. (1983). The organizational validity of management information systems. *Human Relations*, 36(3), 203-225.
- Markus, M. L. och Robey, D. (1988). Information technology and organizational change: causal structure in theory and research. *Management Science*, 34(5), 583-598.
- McAllister, D. J. (1995). Affect-and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38(1), 24-59.
- Meisiek, S. (2003). *Beyond the emotional work event: social sharing of emotion in organizations*. Diss. Stockholm : Handelshögskolan

- Mårtensson, P. (2001). *Management processes: an information perspective on managerial work*. Diss. Stockholm: Handelshögskolan
- Mintzberg, H. (1983). *Structures in fives*. New Jersey: Prentice Hall.
- Modig, N. och Åhlström, P. (2012). *Detta är lean: lösningen på effektivitetsparadoxen*. (2. uppl.) Stockholm: Stockholm School of Economics (SSE) Institute for Research
- Molin, R., Rom, M., (2009). *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård- struktur och arbetsätt för bättre resultat*, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Mumford, E. (1981). Participative Systems Design: Structure and Method. *Sys. Objectives, Solutions*, 1(1), 5-19.
- Mähring, M., och Källberg, N. (2006). Construction of technological determinism as a strategy for coercive organizational change: implementation of digital radiology in a for-profit healthcare organization, *22nd EGOS Colloquium*, Bergen, Norway, July 6-8, 2006.
- Mähring, M. och Källberg, N. (2008). IT i sjukvården: Evigt löfte och daglig förbannelse, i Helgesson, C-F., Winberg, H. (red.), *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL Executive Education
- Norbäck, L.E. och Targama, A. (2009). *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Orlikowski, W. J. (1992). The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations. *Organization Science*, 3(3), 398-427.
- Orlikowski, W. J. (1996). Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective. *Information Systems Research*, 7(1), 63-92.
- Orlikowski, W. J. och Barley, S. R. (2001). Technology and institutions: what can research on information technology and research on organizations learn from each other?. *MIS Quarterly*, 25(2), 145-165.
- Orlikowski, W. J. och Hofman, J.D. (1997). An Improvisational Model for Change Management: The Case of Groupware Technologies. *Sloan Management Review* 38(2): 11-20.
- Orlikowski, W. och Robey, D. (1991). Information technology and the structuring of organizations. *Information Systems Research* 2 (2), 143-169.
- Palier, B. (2006). *Hälso-och sjukvårdens reformer. En internationell jämförelse*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Peppard, J., och Ward, J. (2004). Beyond strategic information systems: towards an IS capability. *The Journal of Strategic Information Systems*, 13(2), 167-194.
- Pettigrew, A., McKee, L. och Ferlie, E. (1988). Understanding change in the NHS. *Public Administration*, 66(3), 297-317.
- Pettigrew, A.M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science* 1(3), 267-292.
- Pettigrew, A. och Whipp, R. (1991). *Managing change for competitive success*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Pettigrew, A. (2000). Linking Change Processes to Outcomes, A Commentary on Ghoshal, Bartlett, and Weick. I Beer, M., Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Roberts, J. och Scapens, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability – understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, Organization and Society*, 10(4), 443-456.
- Rothaermel, F. T. och Hess, A. M. (2007). Building dynamic capabilities: Innovation driven by individual-, firm-, and network-level effects. *Organization Science*, 18(6), 898-921.
- Sandberg, J. och Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse – Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Schein, E.H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*, 2nd ed., San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E.H. (1996). Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning, *Systemic Practice and Action Research*, 9(1).
- Schein, E. H. (2001). Clinical inquiry/research. I *Handbook of action research: participative inquiry & practice*. Reason, P., och Bradbury, H., (red.). London: Sage Publishing.
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Senge, P. (2000). The Puzzles and Paradoxes of How Living Companies Create Wealth: Why Single-Valued Objective Functions Are Not Quite Enough. I Beer, M. och Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Shani, A. R., David, A., och Willson, C. (2004). Collaborative Research: Alternative Roadmaps. I Adler, N. S., och Shani, A. B. AB and Styhre, A. (Red). *Collaborative research in organizations, Foundations for Learning, Change and Theoretical Development*. London: SAGE.
- SOSFS 1997:8, *Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*
- Stensmyren, H. och Johansson, P. (2010). "Chef i vården" går vidare, *Läkartidningen* nr 8 sid 487.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strebel, P. (1996). Why do employees resist change. *Harvard Business Review*, 74, 86-94.
- Södergren, B. (1992). *Decentralisering: förändring i företag och arbetsliv*. Diss. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Södergren, B. (2000). *På spaning efter ett nytt paradigm*, Working Paper, Handelshögskolan i Stockholm.

- Södergren, B. (2009). Kan en god arbetsmiljö främja energi, kompetens och innovationskraft. I *God Arbetsmiljö—En framgångsfaktor*, SOU 2009: 47.
- Södergren B. och Fredriksson, L. (1998). *Ledning i lärande organisationer – Lärdomar och idéer*. Arbetsgivarverket
- Södergren, B. och Thor, G. (1999). *Ledning av förändring: Exemplet flödesorientering i skogsbruk och träindustri*. Uppsala: SkogForsk.
- Teece, D. J., Pisano, G. och Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal* 18 (7), 509-533.
- Van de Ven A. (2000). Professional Science for a Professional School: Action Science and Normal Science. I Beer, M., Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B. och Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 425-478.
- Weick, K. E., och Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361-386.
- Weick, K. E. (2000). Emergent change as a universal in organizations. I Beer, M., Nohria, N. (red.) *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School
- Westin, J. (2002). *Läkaren som chef och ledare: fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef*. Lund: Studentlitteratur.
- Yammarino, F. J., Dionne, S. D., Uk Chun, J. och Dansereau, F. (2005). Leadership and levels of analysis: A state-of-the-science review. *The Leadership Quarterly*, 16(6), 879-919.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* 2nd ed (Vol 5). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zaccaro, S. J. och Horn, Z. N. (2003). Leadership theory and practice: Fostering an effective symbiosis. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 769-806.
- Zollo, M. och Winter, S. G. (2002). Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organization Science* 13 (3), 339-351.
- <http://www.idi.se/>

11. Summary in English

This thesis focuses on change processes in healthcare: how change actors act, react and interact in changes and what influences their actions. The purpose is to contribute to an increased understanding of how change processes in healthcare unfold.

11.1. Introduction

In recent decades the healthcare sector has been subject to increasing change pressure. One of the driving forces for change has been the need to gain control over the escalating healthcare costs. Cost-related challenges continue however to grow as the possibilities to cure and take care of people and the needs of an aging population are growing. This high change pressure has led to a change fatigue among healthcare workers, who often oppose change initiatives regardless of their ends or means (Axelsson, 2000; Garside, 1998; 2004).

Historically healthcare management has been dominated by (male) physicians. However, managers from other occupational groups have become more common (Bourgeault, 2004), predominantly managers drawn from other professional groups within healthcare. New change initiatives together with economic and production-oriented demands have put pressure on healthcare managers, both new and traditional. Members of the physician profession may perceive the “technicalization” of work and increasing economic control as a threat to the profession or, even more essentially, to the power of their expertise, the characteristic that constitutes authority within the professional group (Freidson, 2001; Mintzberg, 1983). This can result in a collision between the physicians’ professional system and the “economical-administrative” goals set for the organization partly by external stakeholders and partly by healthcare managers (Abbott, 1988; Bourgeault, 2005; Levay, 2003; Lindholm, 2003). Such a collision reflects an inherent conflict between the different perspectives on public organizations in general and on healthcare in particular, with goals that may be incommensurable and difficult to measure (see for example Glouberman and Mintzberg, 2001a; 2001b; Levay, 2003).

Research focused on content, goals and results does not always lead a new understanding of how to carry out change (Beer, 2000). This disser-

tation focuses on how change processes in healthcare can happen, and its most important section is an empirical study. In a single case study of an X-ray department I examine several change processes over a four-year period. The study incorporates observations, interviews, documents and researcher participation in the change process, i.e. a clinical research approach. By providing insight into how change processes at an X-ray department can happen, how different actors interact and how this may affect the change process, I aim to contribute to an increased understanding of the ways change processes unfold in the healthcare sector.

I present a story of what might happen when a manager with a non-medical background enters a healthcare organization facing diminishing resources and significant demands to change to change the organization. This 100-employee organization had already been subject to several change initiatives in a short period of time, several of which were looked upon as less successful. This background together with the extant conditions at the radiology department (RD)(specifically the growing focus on economic follow up and demands on efficiency, the presence of a new manager with a different professional background and high change ambitions, combine to make this an interesting case to study.

It is interesting and important not least because many healthcare units today face challenges similar to those faced by RD before and during the case study. I hope that by using the experiences illustrated and explained in this dissertation those units can persevere and succeed in their change processes.

Ultimately the purpose of this dissertation is to contribute to an increased understanding of how change processes in healthcare happen. This is done by answering the overall research question: How do actors in change processes in healthcare interact and how does this interaction then affect the change process? This overall research question was divided into three questions:

- How do the actors at RD act, react and interact in the different situations that result from the change processes?

- Do the extant condition for change influence how actors react and interact in the change process?
- How are subsequent change processes affected by the events of earlier change processes?

11.2. Research design

A single case study based on extensive field research (Yin, 1994) within a radiology unit provides the empirical basis for this paper. A longitudinal approach was chosen in order to study content, context and process over a longer period of time and in several change processes (Armenakis and Bedeian, 1999; Pettigrew et al 1988; Pettigrew, 2000).

I participated in the change processes over a period of four years, averaging two days per week in the organization. Interviews were conducted with medical professionals, managers and administrative staff, and corporate documents were collected and corporate records surveyed. Access was granted to all historical and current documents. Media coverage was also surveyed throughout the period. I devoted time to field note writing (Eisenhardt, 1989) and to reflection away from the field.

I used a clinical approach to develop a good understanding of the case's complexity by taking a supportive role (Mårtensson, 2001; Schein, 2001). Consequently, this meant that I also employed a collaborative research approach (Adler et al, 2004; Shani et al, 2004), discussing and analyzing parts of the material with the general manager.

The clinical, partially collaborative approach, gave me first-hand access to the change processes. The analysis was emergent, alternating between foregrounding the data and the theory. By analyzing the material, writing up and discussing the data with another researcher and by presenting the material for some of the staff at RD, I have had the opportunity to test the analysis and my conclusions.

In the empirical chapter, I present the change processes in chronological order in an effort to let the material speak for itself (Strauss, 1987).

The analysis yielded the five themes that are presented in the empirical analysis; the purpose of this thematic presentation is to provide a deeper and clearer understanding of the events relevant to each theme and the relation among those different events. The analysis and discussion identifies and discusses essential theoretical areas, and the concluding chapter presents answers to the research questions.

11.3. Theoretical framework

The first parts of the theoretical framework focus on understanding the healthcare sector and healthcare organizations. A healthcare organization can be defined as a professional organization where occupational members define the work and have ultimate power over evaluation and education (Freidson, 2001). With a focus on Sweden, the history of healthcare is described, showing a development of different perspectives in healthcare, different “worlds”, often defined as Community, Control, Cure and Care (Glouberman and Mintzberg, 2001a; 2001b). Through their unique role within healthcare, as medically responsible decision makers, physicians have been and still are the most influential group in healthcare settings, and they have fought to preserve this exclusive role (Westin, 2002; Bourgeault, 2005). Through the introduction of political control systems and with increased focus on economic result control and the follow-up in productivity terms (Palier, 2006; Axelsson, 2000), the picture has become more complicated, and the differences among the healthcare sector’s different worlds have become obvious. Moreover, the traditional dominance of the medical profession has weakened (Bourgeault, 2005) and the administrative system has come to play a more significant role. Changes often affect power structures and will therefore lead to territoriality (Södergren and Thor, 1999). When the power base of a profession is threatened, that profession works to preserve its position through control over information and interpretation (Roberts and Scapens, 1985). Another counter reaction often carried out

by the threatened profession is an effort to rebuild professionalism and the status of the profession (Freidson, 2001), many examples of which can be found in the history of healthcare.

These worlds and their different goals for and knowledge of healthcare strongly influence change processes (Abbott, 1988; Glouberman och Mintzberg, 2001a, 2001b; Mähring och Källberg, 2008; Levay, 2003; Norbäck och Targama, 2009).

The second part of the theoretical framework address organizational change, with a focus on change processes, actors and their actions. Phases of change are discussed as well, as is the importance of emotions and change leadership. The discussion concludes by identifying six vital change competences in healthcare.

1. Project management and project work
2. Process development
3. Changes in organization and structure
4. Understanding and integrating competencies and worlds
5. Managing emotional processes
6. Communication and co-ordination

11.4. Empirical setting

The Radiology Department is one part of a major urban hospital that has approximately 100 employees that can be divided into four groups: physicians, nurses, assistant nurses and medical secretaries. RD had been a rather stable environment until just a few years before the study began, when it was then subject to many change initiatives and a less stable management situation. At the study's inception, a new manager had been recruited, RD's first non-physician manager. The manager was recruited with a specific mission: to digitalize the department and to balance the budget, the latter primarily by reducing personnel costs.

The manager succeeded in gaining trust from the physicians, and the department manages to digitalize within six months. Further management-team changes took place throughout the study, and in fall year one there were significant layoffs of personnel. Process development projects were carried out on several occasions, both internally and in collaboration with other departments at the hospital. The pace of change was perceived as very high and in year two a protest letter was written that demanded the manager's removal, partly because of the pace of change, but lack of trust was also mentioned as an issue. The physician group changed its manager several times during the period and the relationship between physicians and the general manager was characterized by both energy and conflicts.

When the study ended, RD had successfully digitalized, thus partially changing the way the unit worked, the staff had been reduced, the leadership team altered and the department rebuilt. A large leadership program was planned and carried out, focusing primarily on physicians. The general manager had left the local management team, which by then had stabilized despite some accusations of hidden agendas. The department had also balanced its budget.

11.5. Empirical analysis

During the analysis, five change themes were discovered:

- Digitalization of the department
- Changes in leadership and organization
- A new economic follow-up and incentives system
- Personnel changes
- Changes in processes, ways of working and facilities

11.6. Analysis and discussion

The analysis and discussion address four theoretical areas considered central to the understanding and analysis of the case. These are:

Change expectations and change history. The personnel's attitudes to change can influence the change process. Attitudes and expectations are based in part on reactions to historical events. However, it is possible to alter expectations and thereby alter propensity for successful change, by for example refuting a negative interpretation of change history.

A change process is complex and makes high demands on change leaders and other personnel. Therefore change competencies are needed to handle change processes. Naturally, an absence of these competences leads to negative consequences for the change process.

Different perspectives and different professional worlds create a challenge in change processes. While these perspectives can lead to energetic engagement and interesting dynamics, they can also lead to antagonism and conflict.

Change leadership is crucial in change processes and especially so in healthcare. It matters who the change leader is, how she acts during the process and whether she is trusted and perceived as legitimate.

11.7. Conclusions

In a concluding chapter, the research questions were answered in brief. The first question, How does the actors at RD act, react and interact in the different situations made by the change processes?, is answered primarily in the empirical narrative and the empirical analysis.

The second question, Do the prerequisites for change influence how the actors react and interact in the change process?, can in brief be answered yes. The preconditions had a significant influence. The most important of these conditions are identified in the analysis and discussed briefly:

The history of RD as well as the history of the healthcare sector influenced the way managers and other personnel perceived change. People were dissatisfied with earlier changes, and this led to change fatigue and doubt that changes would lead to effects.

People occupying the different worlds of healthcare have difficulties understanding each other, which can lead to misunderstanding and distrust. Changes that are motivated by economics, i.e. the Control world, can be perceived as negative. This characteristic proved to be one of the most important factors affecting the change process. It laid the foundation for how people interpreted changes and for perception of who should lead, who lead change and what the goals of change should be.

Trust, both cognitive and emotional, is important for how a change leader is perceived in change processes. Trust can be based in part on people's perception of the change leader, which in turn is founded, for instance on professional identity. Resistance to change is not necessarily due to distrust over change goals per se, but rather from different points of view, from personal perceptions.

Change competencies are important. When the six competencies were present, the likelihood to succeed with the change was greater. Managing emotional processes and integrating both competencies and worlds proved to be of great importance. Failure to create or utilize these competencies can influence changes negatively long after the first change was implemented. Organizations can borrow competencies, but best result is attained when Cure and Care people have the competence.

The third research question, How are subsequent change processes affected by events in earlier change processes?, focuses on the dynamics of change. Events in the change process influence following changes, and people learn about change work. This alters the conditions for and perception of change. The perception of change can also be influenced by showing that change is possible.

In this case it was successful to use one competence at a time when others were missing, at least for a limited period of time. By learning new change competencies and borrowing others, and by focusing on one change at a time, change could happen. Borrowing competences howev-

er was shown to have negative effects, such as some personnel not feeling that they participated in the change processes.

To be a change leader in healthcare is a challenge. Change leaders from Cure and Care had to step out of their professional roles and understand other perspectives. There was also a tendency among these change leaders to revert to their professional roles and disregard other perspectives when change protests got heavy. Change leaders from Control were also forced to understand the worlds of Cure and Care and how they work in order to gain trust.

