

Det neoprofessionella sjukhuset

for the NFF 2005 Meeting, Track "Health sector management and organisation"

Lars Erik Norbäck och Axel Targama, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet.

Abstract

Planerad ledarutveckling sker ofta genom att enstaka chefer från skilda organisationer deltar i externa kurser och program. Det kan ge förståelse för och kunskaper om vad som krävs för att åstadkomma utveckling och förnyelse. Det är dock sällan som lärdomarna omsätts i handling på hemmaplan. Därför har vi utvecklat ett nytt koncept för ledarutveckling, vilket vi prövat i ett öppet program med tre deltagande organisationer och i en storskalig tillämpning på Sjukhuset.

Konceptet bygger på att man inte enbart arbetar med enskilda chefer utan även med hela ledningsgrupper och att arbetet äger rum i den egna verksamheten och inte i tillfälliga kursgrupper. Att utveckla den egna verksamheten kan ses som ett "case i skarpt läge" i ledarutvecklingen. Arbetet stöds av externa akademiker och praktiker i form av konsultstöd och utvecklingsseminarier.

Utvecklingsprogrammet på Sjukhuset startade hösten 2002. Konsulter och akademiker lämnar hösten 2005. Programmet involverade inledningsvis samtliga 40 chefer på de tre högsta nivåerna, dvs. sjukhuschef, områdeschefer och verksamhetschefer. I takt med att programmet gått vidare har konsultstöd getts till ledningsgrupper på lägre nivåer och seminarier har hållits med dem liksom med berörda läkare. I konceptet ingår också utbildning av interna resurspersoner som ska ta över konsulternas och akademikernas arbetsuppgifter.

Sjukhusledningen har först fått anstränga sig att tydliggöra de intentioner och bärande principer som ska vägleda verksamheten. Dessa har sedan belysts och bearbetats på seminarier med de 40 cheferna så långt att de börjar resonera och agera i enlighet med dem. Samma principiella arbetssätt har tillämpats när arbetet gått in i konkreta faser av förbättringsarbete inom kliniker, avdelningar samt enskilda arbetsplats- och processteam.

Programmet präglas av samverkan mellan aktörer med skilda men kompletterande kompetenser. Sjukhusets chefer, medarbetare, styrelse och fackliga organisationer samverkar med konsulter med egen cheferfarenhet av verksamhetsutveckling och med universitetsakademiker. Konsulterna och akademikerna är således inte sjukvårdsexperten som går in och gör egna analyser av hur verksamheten bör utvecklas.

I stället medför de teoretisk och praktisk kunskap och erfarenhet om exempelvis organisering, ledarskap, chefs- och ledarutveckling, förbättringsarbete och professionella organisationer, nödvändiga för att skapa former och processer för att exempelvis hantera identitetsförsvaret på individ-, grupp- och organisationsnivå.

Förutom akademiker som medverkar i programgenomförandet ingår också forskare som studerar det lärande som sker inom sjukhuset.

Titeln "Det neoprofessionella sjukhuset" anspelar på ambitionen att förvandla en företagskultur som präglas av kamp mellan professionella yrkesutövare, administratörer (=ledningen) och politiker till en professionell förbättringskultur där skilda logiker kan hanteras.

Praktiken behöver inte ytterligare forskning av hur sådana motsättningar ser ut. Istället borde forskarsamhället, i ”den tredje uppgiften”¹, använda de kunskaper man redan har. Känslan är densamma som när förlaget skickat ännu en Strategic Management bok - 11 kapitel modeller för strategiframtagning - och så ett 12:e kapitel med titeln ”Implementation”. Den här rapporten besjålas av genomförande. Den beskriver ett medvetet försök att genomföra en kulturförändring i en komplex verksamhet, byggt på forskarsamhällets kunskaper och på praktisk beprövad erfarenhet.

1. Att reformera ett sjukhus – att förändra en professionell organisation.

Bakgrund

I svenska media används ofta termen ”kris” för att beteckna den svenska sjukvårdens situation. Det är ett starkt uttryck och kanske inte en särskilt adekvat beskrivning av en sjukvård som trots allt fungerar väl i de flesta situationer. Men det speglar ändå att de som ansvarar för sjukvården står inför utmaningar som upplevs mer krävande än tidigare. Det är lätt att se vissa förklaringar. Andelen äldre i befolkningen blir större i relation till andelen av befolkningen som är i arbetsför ålder. Ekonomiska och politiska förutsättningar gör det svårt att höja skatterna för att den vägen öka sjukvårdens resurser för att möta ett ökat vårdbehov. Under hela efterkrigstiden - fram till 1990 - ökade sjukvårdens andel av BNP stadigt. Därefter har andelen hållit sig relativt konstant. Samtidigt pågår en snabb medicinsk-teknologisk utveckling. Det blir tekniskt möjligt att sätta in behandlingar som inte blir ekonomiskt möjliga med nuvarande finansieringssystem.

För sjukvårdens organisationer och deras ledningar skapar det här två utmaningar. För det första ökar kraven på prioriteringar av vilka sjukdomstillstånd som skall hanteras inom ramen för den offentliga finansieringen. För det andra växer behovet av effektiviseringar i sjukvården. De här båda processerna är i stort sett de enda möjligheterna att generera resurser för att satsa på något nytt. I den här rapporten beskriver vi ett exempel på den senare processen – att på ett landstingsägt sjukhus driva ett målmedvetet arbete för att effektivisera verksamheten och därmed frigöra resurser.

Det gäller ett förändringsarbete som är inne på sitt tredje år och som bedrivs på Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) med sin huvudsakliga verksamhet i Borås och Skene. Det är ett medelstort sjukhus med ca 4.000 anställda. Vi vill beskriva hur arbetet bedrivits, men vi vill speciellt belysa de speciella utmaningar som det innebär att driva ett storskaligt förändringsarbete, som bygger på lärande och som drivs inifrån i en professionell organisation. Vi försöker också identifiera några faktorer som vi tror har en nyckelroll när det gäller om förändringsarbetet skall leda till resultat, dvs. en effektivisering som genererar resurser för nya satsningar.

Det arbete vi här presenterar är för vår del ett slags fältexperiment. Vi har själva varit aktiva i det förändringsarbete som vi beskriver, och vi har medvetet försökt att praktiskt pröva de principer för utveckling av professionella organisationer som vi tror på. Den empiriska beskrivningen är baserad på våra egna erfarenheter och observationer under arbetets gång och

¹ I Sverige har universiteten, förutom forskning och utbildning, sedan 1996 en tredje uppgift: ”Högskolorna skall också samverka med det omgivande samhället och informera om sin verksamhet.” (Högskolelagen, 1 kap 2 §)

är följaktligen klart subjektiv till sin karaktär. Förändringsarbetet har följts av två doktorander som inte har varit involverade i själva arbetet (se t.ex. Fagerling, 2005 och Öfverström, 2004)

Att förändra en professionell organisation

En professionell organisation karaktäriseras av att kärnan i organisationens verksamhet utgörs av en eller flera professionella yrkesgruppers vardagliga arbete. Vad som är en professionell yrkesgrupp låter sig inte alldeles enkelt definieras, även om begreppet är väl etablerat inom organisationsteorin. Snarare har forskare som studerat frågan kommit fram till att yrken kan ha varierande grad av professionalisering (Wilensky, 1964). Hos de yrken som kan anses ha en hög grad av professionalisering, återfinns följande drag (Abrahamsson, 1985):

- Yrkesutövarna har en stark yrkesidentitet som förvärfvas genom speciell utbildning och underhålls i slutna yrkesorganisationer.
- Yrkesområdet har en direkt knytning till en teoretisk kunskapsbas, som underhålls och vidareutvecklas av en yrkesinriktad forskning och som präglar yrkesutbildningen.
- Yrkesutövarna erkänner en uppsättning etiska regler och normer som specificerar yrkesutövarens skyldigheter gentemot klienter, kolleger och det omgivande samhället. I en del fall (t ex läkare, journalister och advokater) kompletteras de yrkesinterna regelverken med att samhället tilldelar de yrkesutövare som har en speciell legitimation vissa juridiskt grundade rättigheter och skyldigheter (t ex tystnadsplikt, meddelarskydd).

Den starka betoningen av yrket och yrkesidentiteten leder till att de professionellas intresse fokuseras på det individuella yrkesutövandet även i de fall där yrkesutövningen förutsätter insatser från ett omfattande stöd av helt andra yrkesroller som t ex på ett sjukhus eller en tidning. De professionella ser sig snarare som individuella yrkesutövare som utför sitt arbete inom en organisation än som aktörer som tillsammans med andra åstadkommer det som är positivt för *organisationen som helhet*.

Sociologer som studerat professioner har i första hand ägnat sig åt enskilda yrkesgrupper utan att intressera sig för samspelet mellan skilda professioner. De har noterat att yrkesgruppens autonomi värderas högt och försvaras starkt (Hellberg 1978). Professionen är angelägen om att ha kontroll över yrkesspecifika frågor men också över de vardagliga arbetsvillkoren för yrkesgruppen. Vi har själva med viss förvåning noterat att t ex schemaläggningen av läkarnas arbete sköts av en läkare i gruppen som utsetts att handha rollen, utan att samplanera med andra yrkesgrupper.

Det finns argument för att hävda rationella medicinska sakskaäl för en sådan praxis, men den skulle också kunna ses som ett uttryck för en strävan att upprätthålla autonomin. Den är kopplad till att professionen arbetar utifrån en kunskapsbas, som har en exklusiv knytning till professionen men samtidigt en stark samhällelig legitimitet. Att en profession lyckas behålla kombinationen av hög autonomi och samtidigt en stark samhällelig legitimitet bottenar i ett förhållningssätt, där yrkeskåren har höga krav på sig själv att ständigt ligga i kunskapsfronten och hela tiden utveckla metoder i yrkesutövningen som anses bättre motiverat utifrån klienternas behov (Sarfatti-Larsson, 1977). Yrkeskårens utveckling bygger således på att den kan upprätthålla sitt kunskapsmonopol samt hävda sin status och sina villkor via processer som samtidigt uppfattas som värdefulla utifrån klienternas och samhällets behov.

På sjukhuset är den dominerande professionen utan tvekan läkarna. Enligt Thunborg (1999) kännetecknas deras yrkesidentitet – dvs. deras föreställningar, handlings- och interaktionsmönster – av att läkarna har det yttersta medicinska ansvaret. De ställer själva och förväntar sig att andra ska ställa krav på hög medicinsk kompetens hos dem och att de utifrån denna kompetens ska fatta korrekta medicinska beslut. Det innebär också höga krav på att läkarna individuellt och tillsammans med kollegor ska utveckla kunskaper, kompetens och metoder. Skillnaderna mellan subspecialiteter kan dock vara mycket stora, t.ex. mellan högteknologiska högstatusområden som neurokirurgi och kardiologi och lågteknologiska lågstatusområden som psykiatri, hud och geriatrik. Sådana uppfattningar om olika specialiteters sociala status verkar vara mycket utbredda inom läkarkåren och de utvecklas relativt tidigt hos läkarstuderande (se t.ex. Waldau, 2001). Thunborg (1999) menade att läkaridentiteten inom skilda subspecialiteter, det hon kallar verksamhetsnivå, kan skilja sig avsevärt även om de alla delar synen på det medicinska ansvaret. Socialstyrelsen redovisar i sin statistik per 041231 att svenska läkare kan ha specialistkompetens inom 65 olika områden.

Specialiseringen gör att yrkesidentiteten delvis blir snävt inomprofessionellt orienterad. Denna aspekt på läkarnas yrkesidentitet benämner Thunborg som individrelaterad. Då avser hon hur kollegialiteten inom specialiteten differentieras efter graden av erfarenhet som varje individ har, alltifrån AT och ST till ”överläkare”. Erfarna läkare har egna ansvarsområden, fattar självständiga beslut, arbetar mer ensamma, blir ständigt konsulterade (avbrutna) av oerfarna kollegor och andra yrkesgrupper. Oerfarna läkare rådfrågar och konsulterar ofta erfarna kollegor. De har svårt att påverka beslut som rör verksamheten. De blir ofta överkörda i sitt arbete av äldre kollegor och kanske också av andra yrkesgrupper. Det fungerar som en kollegial variant av ett mästar- lärlingssystem.

Inom svensk hälso- och sjukvård finns, förutom läkare, ytterligare sexton legitimationsyrken enligt Socialstyrelsens statistik samt ytterligare fyra grupper (audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer) med skyddad yrkestitel men utan utfärdad legitimation från Socialstyrelsen.

Alla dessa specialiteter finns inte på varje enskilt sjukhus men mångfalden av olika professioner gör att man som Söderström (2005) gör, kan kalla sjukhuset för en multiprofessionell organisation. Komplexiteten i dem ökar jämfört med monoprofessionella organisationer, med enbart en eller ett par professioner, såsom apotek, advokat-, arkitekt-, eller revisionsbyråer. Delvis för att multiprofessionella organisationer, såsom universitet och sjukhus, normalt är betydligt större men framförallt därför att det uppstår rivalitet mellan professioner med skilda värdegrunder, kunskapstraditioner, språkbruk och kommunikationsformer i såväl löpande verksamhet som i förbättrings- och utvecklingsfrågor.

Sjukhuset som organisationsform är ett exempel på vad Mintzberg (1993) kallade en professionell byråkrati. Läkarna har, som den dominerande professionella yrkesgruppen, en hög grad av autonomi och leder sin egen verksamhet. Ansvar för organisationen som helhet och dess ekonomi, t.ex. resursfördelning till olika specialiteter, ligger hos ”administratörerna”. Dessa utgör ett byråkratiskt system som agerar med stöd i lagar och förordningar och i huvudmannens/ägarens budget. Organisationen fungerar genom att det råder ett beroendeförhållande mellan professionen med dess strävan att behålla autonomi i sin yrkesutövning och administratörerna som kan hantera tvister och konflikter och reglera verksamheten utifrån regelverk och en uppifrån begränsad budget. Förhållandet skulle kunna

betecknas som en hatkärlek, där retoriken ofta innehöll klagomål och kritik, men där vardagsrealiteterna förutsatte ömsesidig respekt för varandras roller.

Lagstiftaren har på olika sätt försökt reglera maktfördelningen mellan profession och administration. Före 1971 fanns det en överläkare som ansvarade för en kliniks verksamhet, både medicinskt och administrativt. Den tilltagande medicinska specialiseringen gjorde att lagstiftaren då tillät flera överläkare på en klinik med medicinskt ledningsansvar för sin specialitet. Någon av dem måste dock vara klinikchef med det administrativa ledningsansvaret. 1983 blev det möjligt även för andra än läkare att leda det administrativa arbetet. 1991 var det dags för den s.k. chefsöverläkarreformen där man åter gav möjlighet för ett samlat ledningsansvar på en klinik. Detta varade till 1997 då Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) angav följande regler för maktfördelningen.

Patientansvarig läkare

27 § Om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, skall för patienten utses en patientansvarig legitimerad läkare. Lag (1996:787).

Ledningen av hälso- och sjukvård

28 § Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Lag (1996:787).

29 § Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Reformeringen innebär en tilltagande ”managerialism”, dvs. att ledningsarbete i sig betraktas som ett eget yrke, och därmed en struktur som mer liknar den vi hittar i de flesta företag. En central ledningsroll tilldelas verksamhetschefen, som fortfarande har hand om en klinik men nu med ansvar för både läkare, vårdpersonal och lokala administratörer och samtidigt med ett tydligare ekonomiskt och administrativt ansvar.

En viktig princip är att chefsroller inte ska vara exklusivt tillgängliga för någon speciell yrkesgrupp, även om fortfarande majoriteten av verksamhetschefer är läkare. Den principen kolliderar helt klart med läkarprofessionens traditionella krav på autonomi och har blivit en het facklig debattfråga i de djupare leden inom yrkeskåren. Personalpolitiskt har den nya strukturen lett till att man på landstingsnivå/regionnivå börjat bedriva en systematisk ledarutveckling, där man försöker identifiera kandidater som är intresserade av att ta sig an en ledningsuppgift och samtidigt förbereda dem för ett mera långsiktigt arbete i chefsroller. Det är en klar förändring i relation till den gamla modellens syn på klinikchefskapet som en ”temporär värnplikt” som de vetenskapligt mest meriterade läkarna fick ställa upp på. Det administrativa systemet reducerades till stabsroller, medan man på flera håll inrättat chefsroller såsom områdes- och divisionschefer med ett tydligare helhetsansvar för operativ drift och utveckling av sjukhuset.

I inledningsavsnittet hävdade vi att de ekonomiska och politiska förutsättningarna lett fram till en situation där sjukhus kommer att känna ett starkt tryck på effektivisering av sin verksamhet som ett medel att generera resurser för offensiva åtgärder. Det här upplevda behovet av effektivisering kommer sannolikt att innebära en ännu tydligare utveckling i riktning mot ”managerialism” och en konfrontation mellan sjukhusledningarnas helhetsansvar med krav på effektivisering och professionens krav på autonomi. Den konfrontationen skulle kunna

utvecklas destruktivt eller konstruktivt. Vårt arbete på Södra Älvsborgs sjukhus är ett försök att pröva en väg som förhoppningsvis innebär det senare alternativet.

2. Varför är det så svårt att förändra en professionell organisation?

Två grundläggande ansatser för att få till stånd förändringar i organisationer.

Det finns en mycket omfattande forskning om förändringsstrategier, som ledare har utnyttjat för att förändra och utveckla organisationer. Ändå går det att urskilja en stark huvuddimension i alla dessa studier och i den dimensionen kan man urskilja två huvudstrategier för att från ledningshåll få till stånd förändring och utveckling (se t ex Beer och Nohria 2000):

1. Uppifrån- eller utifrånstyrda förändringar med expertanalyser som utgångspunkt,
2. Inifrånstyrda (men initierade eller stöttade uppifrån) förändringar som bygger på lärande och erfarenheter inom olika lokala enheter i organisationen.

Beer och Nohria noterar att de båda huvudstrategierna visserligen representerar klart skilda managementideologier men att de inte nödvändigtvis utesluter varandra. I ett krisläge kan drastiska strukturförändringar (t ex nedläggning av olönsamma enheter) skapa ekonomiska förutsättningar för fortlevnad. Genom uppifrånstyrda förändringar kan en ledning också skapa strukturer och system som ger förutsättningar för en vidare utveckling med inifrånstyrda insatser.

De här två förändringsansatserna skiljer sig åt inte bara när det gäller vilka som bestämmer över förändringen och vad som är objekten för förändringsansträngningarna. De skiljer sig också åt när det gäller synen på hur en verksamhet påverkas. Den första modellen bygger på principen att människors handlande förändras som följd av att de konkreta och formella förutsättningarna för handlandet ändras. Människor blir mer eller mindre tvingade att handla annorlunda, t ex när enheter slås samman och får en gemensam chef eller när ett nytt ekonomisystem tas i bruk. Den andra modellen bygger mera på att en grupp människor skaffar sig en annorlunda förståelse av vad som är problematiskt, vad det finns för olika möjligheter att hantera problemen och hur man skall gå tillväga i den egna verksamheten. Chefer och konsulter kan påverka den processen, men till slut är det ändå de berörda människorna som måste skapa sig nya uppfattningar om den aktuella vardagsverkligheten och i enlighet med dem agera på ett annorlunda sätt. Lärande blir därmed ett centralt tema i modellen.

På senare tid har det funnits en hel del projekt som drivits enligt Beer och Nohrias modell 2. De har oftast varit av mindre omfattning och gällt en klinik eller motsvarande, ofta med kvalitetsarbete som övergripande tema (QUL-programmet, Genombrottsmetoden, m m). och ibland inriktat på någon del av klinikens verksamhet, t.ex. mottagningen. Några exempel som diskuteras i branschen är medicinkliniken i Eksjö, kvinnokliniken i Motala och geriatrik i Göteborg. Motsvarande insatser för hela sjukhus är mindre vanliga och ibland kopplade till icke landstingsägda sjukhus (se t.ex. Öhrming och Sverke, 2001).

Under de senaste decennierna har ”marknadslösningar” varit ett ledmotiv för hur den offentliga sektorn ska kunna produktivitetshöjas och effektiviseras, under begreppet ”New Public Management” (Lindkvist och Aidemark, 2005). Ökad konkurrens och valfrihet för

medborgarna, bl.a. genom privatiseringar, har ackompanjerat ledmotivet. Sjukvården har inte varit något undantag. Tvärtom har beställarutförarmodeller, ekonomistyrning, husläkare, valfrihet - rätt att välja vårdcentral och/eller sjukhus utanför den egna kommunen – prestationsbaserad ersättning och andra marknadsliknande lösningar införts i allt flera kommuner och landsting.

Hallin och Siverbo (2003) har studerat om sådana marknadsreformer haft några effekter på styrning och organisering av vården. Deras slutsats är att flera av reformerna inte har påverkat organiseringen av den medicinska verksamheten och heller inte betytt särskilt mycket för produktivitetsutvecklingen!

Marknadsreformerna har kompletterats med olika försök till strukturrationalisering, dvs. att landstingen försöker lägga ned mindre enheter, specialisera mindre sjukhus, sammanföra verksamheter till större specialiserade enheter, etc. Hittills har de här förändringarna troligen inte lett till någon större förändring av det konkreta arbetet på sjukhusens kliniker.

Levin och Normann (2001) har identifierat sjukvårdens problem som i första hand en överdriven "produktionsorientering" till skillnad från en "marknads- eller kundorientering" för att använda industrins begrepp. De ser behovet av en förändrad verksamhetslogik, men även de ser i första hand strukturella förändringar som medlet att nå dit.

Utmaningar i det studerade förändringsarbetet

Befintlig forskning har givit goda förklaringar till varför seriösa reformer inte lyckas och samtidigt givit normativa förslag till vad som behöver göras för att åstadkomma ett framgångsrikt förändringsarbete. Förslagen pekar i riktning mot Beer och Nohrias modell 2, där lärande, hög grad av delaktighet och förändring inifrån är centrala inslag.

Hallin och Siverbo (2003) använde nyinstitutionell teori för att förklara varför reformerna leder till begränsade resultat i sjukvårdens vardag. En förklaring är att många reformer införs i första hand för att legitimera organisationen och dess ledning. Det är viktigare än att åstadkomma operativa resultat. Denna s.k. frikopplingsteori går ut på att legitimeringslogiken på överordnad nivå är annorlunda än den operativa logiken på "golvet" och att de därför frikopplas.

”Har marknadsreformerna egentligen införts? Om de inte har införts kan det vara en förklaring till att det inte blivit enklare att styra. ... När marknadsmodellernas principer möter den resursknappa vardagen i landstingen och regionerna formas de om. I praktiken blir det mer av traditionell planering och styrning.” (s 191)

Även om frikopplingsteorin är en relevant förklaring så måste aktörerna inom enskilda vårdenheter förhålla sig till de reformer som införs. Östergren och Sahlin-Andersson (1998) har studerat hur läkare inom skilda landsting förhåller sig till olika reformer. De utgår också från ett institutionellt perspektiv och urskiljer tre typer av logik, den politiska, den professionella och den administrativa.

”Så har politik, administration och profession kunnat leva sida vid sida, men ganska ostört från varandra.

De senaste åren har de dock blivit tvungna att leva allt mer integrerat. En orsak till det är att systemen blivit så komplexa att de griper in i varandra. Politiken utvecklas med administrativa modeller, professionen tar hjälp av ekonomiska modeller, och professionella och politiska

bedömningar integreras i ekonomisystemen. En annan orsak till integreringen är den försämrade ekonomin och nedskärningarna. Särkoppling var vanligare vid överskott av resurser.” (s 185)

De konstaterar att enskilda läkare i rollen som verksamhetschefer utvecklar sinsemellan skilda sätt att hantera dessa nya och närgångna krav på samtidig hantering av skilda logiker. Alla sätt främjar inte ett effektivt lärande och kunskapsbildande.

Östergrens och Sahlin-Anderssons (1998) normativa slutsatser stämmer med vår ansats för att bistå Södra Älvsborgs sjukhus i sitt förbättringsarbete. De nämner bl.a. ökat samförstånd och överbryggande av gränser mellan yrkesgrupper och nivåer, inte för att ”lösa” motstridiga mål och logiker, men väl för att hantera dem. Dessutom menar de att sjukvården är i ständig förändring. Det finns en risk för att imitationen av marknadsidéer blir stiliserade och principiella och inte riktigt översätts och anpassas till sjukhusets kontext.

”Det krävs därför en aktiv reflektion över hur modellen redigerats om på sin väg och ett aktivt arbete för att översätta modellerna till det sammanhang i vilket de införs. Eftersom sjukvården styrs av flera logiker är det *nödvändigt att översättningen diskuteras relativt samtliga dessa logiker, något som kräver att en bred uppsättning personer och grupper som är verksamma i sjukvården bör delta i denna reflektion.*” (s 203-204) (vår kursivering)

De menar också att sjukvården behöver en organisation för omprövning som ställer ”särskilda krav på mått, gruppammansättning och erfarenhetsåterföring”. (s 205).

Själva idén om hur man bör gå tillväga om man vill åstadkomma en effektivisering av sjukvården går således att härleda från studier av sjukvården där modern organisationsteori använts. Men att gå från ord till handling är desto besvärligare.

Utgångspunkten för vårt arbete i förändringen av Södra Älvsborgs sjukhus har varit att en reell och djupgående förändring av effektiviteten i sjukhusets verksamhet bara kan åstadkommas genom en *utveckling inifrån*.

- De professionella grupper som utgör kärnan i sjukhusets personal måste integrera behovet av effektivisering och förbättring i sin egen föreställningsvärld och därmed börja betrakta det som något naturligt och nödvändigt.
- De måste vidga sin uppfattning av den egna arbetsrollen till att innefatta ett ansvar för att sjukhusets verksamhet som helhet fungerar effektivt och känna en skyldighet att bidra till detta i vardagsarbetet.
- De måste uppleva sig som verkligt delaktiga, d v s uppfatta förändringsarbetet som en aktivitet där de själva är tongivande aktörer och även fortsättningsvis har kontroll över den professionella sidan av verksamheten.

Att uppnå det här innebär en uppgörelse med flera djupt rotade föreställningar som är knutna till den professionella identiteten. Även om läkare, sjuksköterskor, terapeuter m fl är klart medvetna om att resurserna är begränsade och att det finns givna kapaciteter ifråga om tid, utrymme och pengar, uttrycker man ändå sin primära hållning som "mitt jobb styrs av hänsynen till patienterna, inte till ekonomin". Underförstått säger de att någon (d v s politikerna och administratörerna) har fastställt de resursmässiga ramarna, men inom dessa

ramar gäller patientbehovet som helt styrande för de professionella bedömningarna. De ekonomiska bedömningarna finns där som en allmän nivåangivelse, men för den enskilda patienten, som fått möjlighet att komma in i sjukhusets behandlingssystem, är det medicinska bedömningar som helt avgör vilka åtgärder som skall vidtas.

Vår strategi i förändringsarbetet har varit att försöka etablera en medvetenhet om att ett aktivt arbete från de professionellas sida för att förbättra och effektivisera verksamheten skulle kunna *påverka den allmänna nivån* och därmed ge utrymme för mer generösa insatser för enskilda patienter eller *ge fler en möjlighet* att komma i åtnjutande av sjukhusets behandlande insatser, när det finns köer till behandling.

Ytterligare ett problem som följer av den professionella yrkesstrukturen är att inom sina respektive specialområden är professionella yrkesutövare vana vid att vara de som vet och därmed de som har legitimitet att klargöra vad som skall göras. Om yrkesrollen vidgas till att innefatta delaktighet i uppgifter, där man inte har en självklar kunskapsauktoritet som t ex frågor om förbättring och effektivisering av verksamheten, måste de professionella vänja sig vid att delta i diskussioner och försöka påverka utan att ha någon självklar legitimitet att vara den som vet bäst. Vi mötte ofta påståenden av typen: "Vi har faktiskt ansträngt oss att presentera synpunkter på de här frågorna men det är ingen som lyssnar på oss". Steget från att vara självklar expert till att vara konstruktiv diskussionspartner innebär att förändringsarbetet för de professionella inte bara innefattar ett *engagemang i nya frågor* utan också innebär ett *annorlunda arbetssätt* i vissa frågor.

Försöken att effektivisera sjukvården har dominerats av uppifrån- och utifrånstyrda förändringar av organisationsstrukturer och system. Ansträngningarna har oftast gjort anspråk på någon form av delaktighet från läkare, sköterskor och andra yrkesgrupper. Resultaten har ofta blivit en besvikelse ur de professionellas synvinkel. Förändringsarbetet kan ha stött på svårigheter i genomförandet och antingen runnit ut i sanden eller lett till strukturella förändringar som beslutats med stöd av den formella makthierarkin. Det kan också ha innefattat förväntningar på fortsatt genomförande på lokal nivå som det av olika skäl inte funnits ork eller förmåga att åstadkomma. I de flesta fall har de här förändringsansträngningarna skapat besvikelse hos professionen, antingen över att förändringarna skett över huvudet på dem eller att de fått en möjlighet att bidra men att detta inte lett till något resultat. Besvikelserna har troligen förstärkts av den generella misstron mellan profession och administration.

I slutet av 90-talet hade exempelvis Södra Älvsborgs sjukhus genomfört en stor organisationsgranskning (kallad OG) i samarbete med dåvarande SPRI. Anställda och chefer på olika nivåer, grupper och enheter hade fått svara på detaljerade frågor om tillståndet i verksamheten, om vad som fanns, vad som saknades och vad som behövde göras. Det var ett mycket bra material för att kartlägga och analysera tillståndet i organisationen. Det som saknades var en genomtänkt plan, idé eller angreppssätt om hur en sjukhusledning kunde ta tillvara resultaten och använda dem för att åstadkomma ett systematiskt förbättringsarbete.

Utmaningen i arbetet på Södra Älvsborgs sjukhus var därför att komma över en historik av besvikelser och misstro och *etablera ett mått av förtroende*, som skulle kunna förstärkas av positiva erfarenheter i förändringsarbetet. Satsningen på att åstadkomma ett systematiskt

förbättringsarbete inom sjukhuset kom att kallas LIFT². Det är en förkortning av Ledarskap i Förbättring och Tillämpning, som var ett ledarskapsprogram som Handelshögskolan i Göteborg hade utvecklat. Det bygger bl.a. på att universitetsakademiker och praktiker samarbetar som ”lärare”. De två akademiker (= författarna) som medverkat i programmet har lång erfarenhet av chefs- och ledarutveckling i olika former. De tre praktiker som medverkat har en gedigen egen erfarenhet av att genomföra stora förändringsprogram, antingen som chef eller som konsult. Dessa fem personer har inom sjukhuset kallats för Programgruppen. En sådan konstellation är nog nödvändig om man ska kunna genomföra en ledarutvecklingsinsats i en organisation med över 4.000 medarbetare med syfte att skapa en kulturförändring i riktning mot ett ständigt förbättringsarbete.

3. Det konkreta tillvägagångssättet

Formerna för förbättringsarbetet på Södra Älvsborgs Sjukhus är ett försök att utveckla en praktik utifrån en form av ”förståelseskapande management”. Vi har försökt dra ut konsekvenserna av den omfattande forskningen om lärande i arbetslivet genom erfarenhetsbaserade, situationsbundna och sociala processer (t ex Brown och Duguid 1991, Lave och Wenger 1991). Den stora utmaningen är att få dem att bli ett verksamt utvecklingsinstrument. Men det räcker inte med teoretisk kunskap. Man behöver också praktisk erfarenhet. Här har vi försökt att sammansmälta idéer och erfarenheter från flera huvudområden:

1. Erfarenheter från arbetet med att förändra arbetsorganisation inom Volvo Skövdeverken, (Forslin, 1990) och andra enheter inom Volvo.
2. Erfarenheter från Volvos arbete med verksamhetsutveckling, vars psykologiska dynamik beskrivits av Ramquist och Eriksson (2000).
3. Egen erfarenhet från ledarutveckling inom professionella organisationer, som högskolor och sjukhus (Norbäck et al, 1999)
4. Arbete med och studier av sociala lärprocesser i studentgrupper och i olika chefsgrupper. (Norbäck et al, 2002; 2003).
5. Studier av kompetens, förståelseskapande och handling hos ingenjörer mfl. (Sandberg, 1995; Sandberg och Targama, 1998)

Från vår sida har programmet hela tiden varit ett ledarutvecklingsprogram och det har också sålts in till Sjukhuset som ett sådant med Handelshögskolan som leverantör. Utgångspunkten för programmet har varit följande:

Chefsutveckling och verksamhetsutveckling i en integrerad process

Chefsutveckling har sedan länge betraktats som ett viktigt instrument för att stärka förnyelsen av organisationer. Den tänkta principen har varit att chefer lär sig vissa idéer och metoder på utbildningar som de sedan försöker förverkliga i sin hemmiljö när tillfälle erbjuds. För att underlätta det konkretiseras ofta utbildningens idéinnehåll genom att de tillämpas i projekt knutna till chefsutvecklingsprogrammet. Vår erfarenhet är att enskilda individer utvecklas genom sådana program, men att det sällan blir några större effekter i den organisation som individen arbetar i.

² LIFT bör inte förväxlas med det utbildningsprogram som ALMI utvecklat för småföretagsledare och som också marknadsförs av privata konsulter. Sedan 2002 har det inte använts av Handelshögskolan för att marknadsföra chefs- och ledarutbildningar.

Sjukhusprogrammet har vänt på principen. Det har varit ett program för verksamhetsutveckling på bred front, drivet inom ramen för den ordinarie strukturen. Chefernas och medarbetarnas lärande *blir ett resultat av ansträngningarna att utveckla verksamheten*. Praktikerna i programgruppen har fungerat som stödpersoner/processkonsulter till enskilda chefer, ledningsgrupper och staber. Det här kan man kalla *lokalt förbättringsarbete med professionellt stöd*.

Lärandet har förstärkts genom *seminarier* där ledande personer från olika organisatoriska nivåer och enheter samlats till diskussioner. Seminarierna har löpt parallellt med arbetet på hemmaplan och de har varit direkt knutna till deltagarnas egna erfarenheter. Innehållet i seminarierna har således inte varit bestämt på förhand utan det har bestämts i samråd med sjukhusledningen utifrån de frågor som successivt aktualiserats genom det lokala förbättringsarbetet.

Praktikerna har också tillsammans med akademikerna i programgruppen medverkat i seminarierna.

I ansatsen ingick redan från början att ha seminarier och dialog med såväl den lokala sjukhusstyrelsen som de fackliga organisationerna, så att de skulle kunna ha förstahandsinformation om programmet. Genom att bli delaktiga i diskussionerna från ett tidigt stadium har det inte varit några som helst problem med att få dem att ställa upp bakom programmet. Tvärtom har de blivit aktiva förespråkare av det.

Samma tanke har legat bakom överenskommelsen mellan sjukhuset och Handelshögskolan om att inte gå ut och informera om programmet externt innan samtliga medarbetare har fått egen erfarenhet av vad programmet går ut på. Ingen skulle behöva läsa i tidningen eller "höra på sta'n" om det nya programmet som "administratörerna där uppe" hade hittat på, innan de själv fått bilda sig en uppfattning om det. Denna ambition har kunnat hållas.

För att programgruppen skulle kunna lämna efter ca 2,5 år behövde man utbilda interna stödpersoner som skulle kunna ta över praktikernas roll i stödet till chefer, ledningsgrupper och andra grupper. Två kullar har utbildats.

Något som inte var planerat på förhand var de läkarseminarier som genomfördes. Men mycket tidigt under programmet blev det klart att detta var ett starkt önskemål från de 40 högsta cheferna.

Vi redogjorde tidigare för Östergrens och Sahlin-Anderssons (1998) syn på vad som behövdes om man vill införa nya marknadsorienterade idéer inom sjukvården:

"..... Eftersom sjukvården styrs av flera logiker är det nödvändigt att översättningen diskuteras relativt samtliga dessa logiker, något som kräver att en bred uppsättning personer och grupper som är verksamma i sjukvården bör delta i denna reflektion." (s 203-204) (vår kursivering)

Av tabell 1 framgår att vi under programmet haft åtminstone 112 seminariedagar för sju olika typer av grupperingar för att diskutera hur ett uthålligt och systematiskt förbättringsarbete ska kunna åstadkommas. Det beräknas motsvara 2.500-2.700 seminariedeltagardagar. Under dessa dagar har vi endast haft externa resurspersoner med vid fem olika tillfällen. Och vid tre av dem blev det inte så lyckat eftersom de inte kunde relatera sina teorier, modeller och

språkbruk till sjukhusets verklighet. Seminariernas huvudsyfte har inte varit att presentera sofistikerade teorier, modeller och metoder, utan de har varit till för att diskutera, reflektera och skapa förståelse för olika idéer ("logiker") och om och hur "jag" och "vi" kan ha använda dem. Denna typ av seminarier kommer att fortsätta även efter det att programgruppen lämnar sjukhuset. Det är de allra flesta överens om bland dem som deltagit.

Tabell 1. Antal genomförda seminariedagar fördelat på olika grupper av deltagare från januari 2003 till och med maj 2005.

Seminariegrupper	Antal seminariedagar
De 40 högsta cheferna/ + 15 stabspersoner (”40-guppen/55-gruppen)	27
Styrelse och fackliga organisationer	4
Klinikledning	19
Läkare	34
Blivande stödpersoner	22
Staber (”15-gruppen”)	2
Avdelningschefer	4 ³
Summa	112

Tre bärande idéer

Vad behövs då om man vill åstadkomma ett långvarigt och systematiskt förbättringsarbete i en stor organisation, om man vill införa en förbättringskultur? Den samlade erfarenhet och förståelse som programgruppen hade med sig när vi startade kan sammanfattas i tre enkla och grundläggande idéer. Som slagord kan de uttryckas som:

1. Enighet i ledningen
2. Engagera alla
3. Skapa uppföljning, resultat och lärande.

Vi startade programmet med att våra praktiker under hösten 2002 arbetade som konsulter åt sjukhusledningen med punkt 1. Om en ledning vill dra igång en stor strategisk förändring måste man bli eniga om en lång rad saker. Till det grundläggande hör hur man förstår organisationens uppdrag och uppgift och den omvärld man befinner sig i. Vilka

³ Flera avdelningschefsseminarier är inplanerade under hösten 2005.

förutsättningar har man? Vad är det som styr? Vilka tendenser kan man se? Vilka hot och möjligheter finns? Vilka är vi till för? Vad är vår roll i hälso- och sjukvårdssystemet? Hur väl anpassade är vi för uppdraget? Vilka styrkor och svagheter har vi i organisationen? Har vi någon vision om hur vi vill utvecklas, om ett framtida önskvärt tillstånd? Vilken är vår värdegrund? Vilka är våra viktigaste framgångsfaktorer, dvs. vad ska vi kännetecknas av för att bli framgångsrika och uppskattade av ägare, patienter, anhöriga, anställda...? Vilka mål och måttal är viktiga? Vad vill vi uppnå på kort och lång sikt? Hur ska vi veta att vi är på rätt väg? Finns det några viktiga nyckeltal som leder i rätt riktning? Om vi nu inte kan börja förbättra allt på en gång, vad är viktigast att ta itu med, vad kan vänta, vad ska vi sluta göra, hur ska vi skapa tid för förbättringsarbete, kort sagt: vilket fokus ska vi ha för förbättringsarbetet den närmaste tiden?

Sjukhusledningen arbetade med att skapa en samsyn i dessa frågor liksom med hur ledningsarbetet (verksamhetsplan, genomförande, uppföljning) kunde tänkas se ut under hösten 2002. Programgruppen fungerade som handledare och pådrivare utan att lägga sig i innehållet. Men som handledare utmanade man och påpekade tveksamheter och oenigheter.

I januari 2003 samlades sedan de 40 högsta cheferna till tre tvådagarsseminarier. Samtliga områdeschefer (t.ex. för medicinska respektive opererande specialiteter) och verksamhetschefer (dvs.klinikchefer) deltog liksom sjukhusdirektören och hennes stabschefer. Denna grupp kom att kallas 40-gruppen, trots att det var 47 personer, plus programgruppen, närvarande vid det första seminariet.

Seminarierna organiserades så att det var korta inledningar, bl.a. till de tre bärande idéerna ovan, varefter vi utnyttjade all vår pedagogiska erfarenhet till att skapa förutsättningar för alla att ta plats i rummet och få komma till tals och mötas över professions- och organisationsgränser. Sjukhusledningen presenterade sina idéer till verksamhetsidé, vision, värdegrund, framgångsfaktorer och mål. Även kring dessa organiserade vi diskussioner i olika konstellationer. Sjukhusledningen fick accept på vissa idéer och formuleringar och bakläxa på andra. Där lovade man att arbeta om tankarna och återkomma på kommande seminarier, vilket man också gjorde.

Det fanns en möjlighet för sjukhuset att säga nej till fortsatt samarbete med Handelshögskolan efter de första sex seminariedagarna. Strax innan den sista dagen var slut reste sig en av verksamhetscheferna upp, med en allvarsam och smått förbannad min och påminde om att enligt den ursprungliga planen var det nu dags att ta beslut om man skulle fortsätta eller inte. Men sedan kunde han inte hålla masken längre utan utbrast: ”Och för min del är det ingen tvekan om att vi måste fortsätta med det här.” Stort jubel och så var det beslutet taget.

Det är inte så konstigt att förstå, eftersom de sex dagarna hade visat att det inte skulle bli en ny ”Organisationsgranskning”, utan här fanns det tankar, planer och idéer om hur förbättringsarbetet successivt skulle föras ned i organisationen till alla medarbetare. Det hade också under dagarna skapats en slags pionjäranda. Man hade träffat och lärt känna kollegor från andra områden. Det började byggas upp en vikänsla om att det inte bara skulle vara ”blomstrande kliniker utan ett blomstrande sjukhus”. Man kände att man fick vara delaktig i hur sjukhusets strategier och ledningssystem skulle formars. Öppenheten från sjukhusledningen och viljan till dialog var inte bara tomma fraser. Den demonstrerades i deras sätt att agera under seminariedagarna. Man hade kunnat prata öppet om det som tidigare bara pratades om på tu man hand. Sådana tabubelagda områden definierades som ”blocking stones” som man måste ta itu med. Dit hörde t.ex. bristen på disciplin och tidsanvändning,

schemaläggning, men också läkarnas bristande delaktighet och utanförskap. Det resulterade i att man bestämde sig för att ha seminarier även med läkarna. Man började även i 40-gruppen utveckla en enighet i vissa frågor. Det kändes som om det var något nytt på gång och det ville man vara med på.

Frustrationen och utanförskapet inom läkarkåren är inget lokalt utan ett framväxande internationellt (västerländskt) fenomen. Enligt Stolt (2005) har läkarnas missnöje med sin arbetssituation beskrivits inom den vetenskapliga litteraturen de senaste 15 åren, med en kulmen de senaste 5-7 åren.

Den andra bärande idén handlar om att engagera alla i förbättringsarbete. Det är något som är lätt att säga och svårt att genomföra, framförallt i en genomspecialiserad och – professionaliserad verksamhet.

Sjukhusledningen hade formulerat ”Inga köer – mer tid” som det fokus och inriktning som förbättringsarbetet skulle ha. Det utvecklades successivt en gemensam insikt om att det är i arbetet mellan specialiteter och enheter som det fanns möjligheter att effektivisera verksamheten. I vården väntar man på varandra, på provsvar, på journalen, på en säng, på att rondens ska börja. Det gäller inte bara patienterna som får vänta, i administrativa köer och i väntrum. Utan det gäller i hög grad också personalen.

Om man då vill engagera ”alla” i förbättringsarbete måste man skapa förutsättningar, kommunikations- och mötesformer, processer och arenor där människor stimuleras att utveckla sin förståelse av verksamheten och löser de problem man ser. Men man kan inte bara skapa nya strukturer, möten och rutiner utan att integrera dem med t.ex. de möten som redan finns. Hur tar man itu med vardagsirritationer som t.ex. att det saknas band när läkaren ska diktera, att rondens inte startar i tid, att vissa prover inte är tagna när patienten möter läkaren, att sköterskan inte kan slutföra utskrivningen av en patient därför att läkaren inte hann lämna sina uppgifter innan hon/han rusade iväg till något akut? Det är rätt uppenbart att ingen enskild person eller ens yrkesgrupp på egen hand kan lösa sådana vardagsproblem.

Att engagera alla medarbetare i vardagsrationalisering kräver därför att man skapar former där de personalkategorier som är inblandade kan mötas för att lösa dem. Den lösning som kom att utvecklas kom att kallas för platsteam, eller t.o.m. tvärprofessionella platsteam. Någon gemensam och standardiserad form kommer inte att finnas. Det måste bli lokala utformningar beroende på verksamhetens förutsättningar. Det här har diskuterats på flera seminarier och sjukhuset har också tillsatt en referensgrupp med olika personalkategorier för att kunna hitta vettiga former.

Eftersom läkarna är den profession som har det yttersta medicinska ansvaret så blir det ofta nödvändigt att ha med en läkare i platsteamet. Det har visat sig att även relativt enkla administrativa förändringar kan få medicinska konsekvenser. Därför behöver man ha med en läkare i sådana platsteam som arbetar med den typen av frågor. Ett problem kan då vara att läkare på en klinik arbetar på flera olika platser, t.ex. mottagning, operation och (vårdplats)avdelning. Övrig vårdpersonal är normalt på en och samma plats. Det kan man lösa om varje läkare mentalt skaffar sig en ”hemvist”, som om man var anställd på en plats och ingår i något av de platsteam som finns där.

Medan vårdpersonal i övrigt är normalt underställd en avdelningschef, så kan läkarna vara direkt underställda verksamhetschefen. Denne är i sin tur chef för avdelningscheferna. Det här

ställer till en del bekymmer med kommunikationen när de lösningar som ett platsteam har tagit fram ska verkställas om de berör annan personal än den som ingått i platsteamet. På en och samma plats kan det ju finnas flera platsteam (och ibland är det svårt att få läkarna att räkna till).

I maj 2005 hade mer än 220 platsteam kommit igång. Programgruppen har haft seminarier med dem för att få igång dem, men också med de mötesledare som utsetts.⁴ På platsteamens möten bestämmer man vilka frågor man vill arbeta med, vilka åtgärder som i det korta perspektivet ska göras, vem som ska göra det samt när det ska vara klart. Arbetet dokumenteras i en slags förbättringsjournal, där man också bockar av när man följt upp att åtgärderna är gjorda. Det skrivs alltså inga långa PM om problemen vilket kan vara det normala i vissa professioner. Representanter för dem har uttryckt sin förtjusning över detta enkla sätt att dokumentera förbättringsarbete.

När vi haft seminarier med olika grupper (enligt tabell 1) som behandlat platsteam har det huvudsakliga syftet varit att få deltagarna att förstå varför man ska ha platsteam, vad de kan tänkas uträtta, hur de idealt kan sättas samman, vad man ska försöka undvika, etc. och hur dessa principiella resonemang kan tillämpas i och anpassas till den egna verksamheten. Vi har aldrig startat i metoder och tekniker som sedan ska tillämpas. Om man förstår varför man ska göra någonting är det lättare att välja de metoder och tekniker som passar den egna verksamheten. Detta är ett förhållningssätt som har gällt hela programmet.

Fördelen med detta har blivit uppenbart när det gäller den form för effektivisering (och kvalitetssäkring) som har handlat om processteam. De flesta patienter slussas mellan olika specialiteter och enheter medan ledningen följer den traditionella hierarkin (sjukhus – område - klinik - avdelning). Det visade sig att det fanns rätt så många personer på sjukhuset som hade blivit utbildade i processkartläggning, dvs. i någon form av metodik. Det är ju ett uttryck för att man insett att man behöver någon form av flödesorientering som komplement till den hierarkiska ledningen, men någon processorganisation hade inte etablerats. Innan man börjar med processkartläggning måste man ju bl.a. ta ställning till hur ledningen av processer ska integreras med ledningen av enheter.

Vilka processer ska man ha? Ska man skapa dem utifrån diagnosgrupper eller efter andra kriterier? Hur många ska man ha? Ska man börja med några få sjukhusövergripande processer, t.ex. diabetes, eller ska man låta varje klinik börja utifrån de patientflöden som de ser inom sin klinik? Vilka kompetenser behöver man ha med i ett processteam? Vilken ställning ska processledarna få? Vilken form av mandat ska man ge dem? Hur ska deras inflytande kanaliseras? Ska de sitta med i klinikledningarna eller inte? Hur ska relationen mellan processledare och avdelningschefer se ut? Hur gör man med processer som går över klinikgränser? Ska sådana processledare hämtas från tidiga eller sena steg i processen? Ska de sitta med i områdesledningarna? Hur ska de rekryteras? Ska man välja de bästa specialisterna eller är det andra egenskaper man ska gå efter? Måste det vara läkare som är processledare? Ska man öppet be om intresseanmälningar eller ska ledningen handplocka dem man tror på? Hur ska samspelet med platsteamerna se ut? Enighet i ledningen var det ja!

Det är kanske inte så konstigt att processledningsfrågor av ovanstående typ hamnar på agendan i ett program som heter "Ledning i förbättring och tillämpning". Även här inrättade sjukhuset en referensgrupp som skulle hålla samman arbetet. Sjukhusledningen bestämde

⁴ Dessa seminarier är inte redovisade i tabell 1.

också att det i princip skulle vara läkare som utsågs till processledare. Det fanns lite olika skäl till det. Det viktigaste var nog att försöka få med läkarna igen i ledningsorganisationen. Läkarna själva hade också mera intresse av processteam än av platsteam. Det var lättare att se att det passade bättre in i det medicinska ansvarstagandet, även om de förstod att processledning också har med "administration" att göra, t.ex. att upptäcka flaskhalsar och strul i patientflödena och försöka få dem åtgärdade.

Den tredje bärande idén om att skapa former för uppföljning, resultat och lärande börjar på allvar aktualiseras när detta skrivs (sommaren 2005). Med de begränsade resurser som programgruppen haft har det inte varit möjligt – och kanske inte ens önskvärt – att arbeta med samtliga kliniker samtidigt. I stället har det arbetet skett i vågor, några kliniker i taget. De första klinikerna har nu kommit så långt att man börjar skaffa sig erfarenheter av hur arbetsplatsträffar (APT) och utvecklingsdagar kan användas för uppföljning och lärande. Och man har nu etablerat former för hur ledningsgrupper på olika nivåer kan föra de strategiska diskussionerna.

Självklart kommer frågan upp om programmet har varit framgångsrikt eller inte. Hittills tyder det mesta på att det har varit framgångsrikt, även om det gått trögt på vissa håll, t.ex. därför att klinikens ledning och organisation inte funnits på plats. Då är det svårt att starta.

Viktiga intressentgrupper har ställt upp på ansatsen, förtroendet mellan professioner och mellan ledning och professioner har ökat. Nyanställda klinikchefer som kommer från andra sjukhus liksom läkare som har varit ute och "randat" (randutbildat sig på andra ställen och som sedan har kommit tillbaka) är förvånade över den samsyn och beslutsamhet som man möter i ledningsarbetet. Man har skapat ett ledningssystem som är inriktat på ständigt förbättringsarbete. Det börjar dyka upp konkreta resultat på enskilda kliniker. Ledningen tror att man kommer att klara den kommande nationella vårdgarantin. Men framtiden får utvisa hur framgångsrikt det kommer att bli. Att förändra en företagskultur gör man inte på 2,5 år.

Ett mått på framgången kan vara våra läkarseminarier. I första vågen tog de tre gånger så lång tid som i sista vågen. Förklaringen är väl att vi lärt oss hur man bäst formar sådana seminarier, men framförallt att den inledande misstron mot ledningen och Programgruppen har försvunnit i takt med att programmet fortgått och blivit genomfört i organisationen.

Referenser

- Abrahamsson, Bengt (1985) Vad är intressant med professioner? *Ingår i D. Broady (red.): Professionaliseringsfällan. Carlssons förlag.*
- Beer, M. och Nohria, N. (2000) *Cracking the Code of Change*. Harvard Business Review, May-June.
- Brown, John Seely och Paul Duguid (1991) Organizational Learning and Communities-of-Practice. *Organization Science*, Vol. 2, nr 1.
- Fagerling, Marita (2005) *LIFT på SÄS: Ett nytt sätt att förnya sjukvården*. Planeringsrapport för doktorsexamen. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Forslin, Jan (1990) *Det klippta bandet – en Volvo-industri byter kultur*. Stockholm: FA-rådet, Norstedt.
- Hallin, Bo och Sven Siverbo (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund
- Hellberg, Inga. (1978) *Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Lave, J. och Etienne Wenger (1991) *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levin, B. och Normann, R. (2001) *Vårdens chans. En modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Ekerlids förlag, Stockholm.
- Lindkvist, L. och Aidemark (2005), L-G.: *Sjukhus som bolag. Om legitimitet och identitet*. SNS, Stockholm
- Mintzberg, Henry (1993) *Structure in Fives. Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Norbäck, Lars Erik, Christina Nordberg och Lars-Erik Olsson (1999) National Devolution in Swedish Higher Education - a Quest for New Local Leadership. The Case of Leadership Development at Göteborg University. *Tertiary Education and Management*, 5(3), 227-243.
- Norbäck, Lars Erik, Torbjörn Stjernberg och Axel Targama (2002) *Managing the Unmanageable? From Teaching to Learning in Management Education*. Submitted in December 2002 for publication in Academy of Management Learning och Education.
- Norbäck, Lars Erik, Torbjörn Stjernberg och Axel Targama (2003) *Rationality and micro processes in management learning*. For the 17th Nordic Conference on Business Studies in Reykjavik 14-16th of August 2003.

- Ramquist, Lasse och Mats Eriksson (2000) *Manöverbarhet. VU-processen – en ledningsmodell för strategisk fokusering, medarbetarengagemang och konkurrens på livets villkor*. Stockholm: Ekerlids förlag.
- Sandberg, Jörgen (1995) *Human Competence at Work. An interpretative approach*. Göteborg: BAS.
- Sandberg, Jörgen och Axel Targama (1998) *Ledning och förståelse – ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Sarfatti-Larsson, M. (1977) *The Rise of Professionalism. A Sociological analysis*. University of California Press.
- Stolt, Carl-Magnus (2005) De olyckliga läkarna. Om en medicinsk sociologisk studie. *Socialmedicinsk Tidskrift* 3: 179-186.
- Söderström, Magnus (2005) Ledarskap i multiprofessionella organisationer. I *Fjaestad, Björn och Lars-Erik Wolvén (red) Arbetsliv och samhällsförändringar*. Studentlitteratur.
- Thunborg, Camilla (1999) *Lärande av yrkesidentiteter. en studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*. Inst. för pedagogik och psykologi. Linköpings universitet.
- Waldau, Susanne (2001) *Prioriteringar i hälso- och sjukvården – att hushålla för rättvisa*. Studentlitteratur.
- Wilensky, H. (1964) The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, Vol 70, No 2.
- Öfverström, Helena (2004) Chefskap, profession och identiteter – en studie av verksamhetschefer inom Västra Götalandsregionen. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Öhrming, Jan och Magnus Sverke (2001) *Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus – en proaktiv organisering*. Studentlitteratur.
- Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson (1998) *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.