

Introduktionen av ett försök att förnya sjukhusvården

- ringar skrivna på vattnet

©2013 Marita Fagerling och Bokförlaget BAS
Allt mångfaldigande utan skriftligt tillstånd förbjudet.

Bokförlaget BAS
Handelshögskolan vid Göteborgs universitet
Box 610
405 30 Göteborg
Tel. 031-786 1634
E-post bas@handels.gu.se
Hemsida: <http://www.basforlag.se>

ISBN: 978-91-7246-319-6

Foto: Jenny Hein, FotografGbg, (fotograferat vid Vällsjön i Mölnlycke)

Tryckt i Sverige
av Ineko, Kålleröd

Introduktionen av ett försök att förnya sjukhusvården

- ringar skrivna på vattnet

Marita Fagerling

Förord

Jag vill tacka så många personer och vill gärna namndroppa lite här. Kanske blir det bara er som inte redan finns i referenslistan som jag nämner, kanske nämns ni dubbelt och nämns ni inte kommer jag säkert ihåg er för något fint ni gjort ändå. Jag nämner er utan inbördes ordning.

Björn, Wajda, Maria, Sara, Rebecka, Xianghong, Maria N
Karl, Vedran, Fredrik
Alice, Gitte, Leon, Ester, Mirko, Thomas, Ekaterina, Anne-Marie
Susan, Richard, James, Woody, Mark, Gerardo, Karl
Kollegor på ÖF3 och ÖF6
Annette, Ingela, Inger, Ulrika, Jessica, Elin och Dam-ligan
Frida, Madelene, Anne Marie, Anna-Maria, Anna-Lena, Sussie, Anneli och Helena
Gudrun, Gunnar, Peter, Mikael, Petter, Kristina
Robin, Maria Laura, Uli, Sladjana, Anna, Niko
Stefan, Pauline, Henrik, Kristina, Carola

Tack till all sjukhuspersonal för att jag fått observera, intervjuva och läsa era dokument.

Tack till mina handledare; Östen Ohlsson för att du gett studien handlingsutrymme, tålt mina febertoppar och delat många skratt. Tack till Thomas Polesie för att du cirkulerat mina texter fler än en gång och bidragit med ord. Tack till Birgitta Sönstebjörnsdotter för att du hittade många skall i texten. De har jag tagit bort för de lät så gällt. Hoppas att du blir författare en dag.

Tack till Kajsa Lundh, forskningsadministratör, dirigent med mera.

Tack till Lars-Erik Norbäck, Barbara Czarniawska, Torbjörn Stjernberg för handledning vid introduktion, handledning till och från, samt försök till handledning.

Tack till min farbror Martin Fagerling för en inte oansenlig hög med stålar. Utan dem hade jag inte kunnat slutföra avhandlingen. Tack till Hilda Ahlström, Monica, Tommy, Lasse och Monica Nilsson. För finansiering tack till Vinnova, FAS, ett flertal stiftelser och okända välgörare.

Tack till Alingsås kommun där jag fick chansen att verka operativt med strategi i nio månader. Tack till Jane, Carina, Peter, Hans, Åsa och Rebecka.

Tack mest av allt till den jag tycker allra mest om, Micke – en studie, ett företag och en hund tillsammans till att börja med...

Marita Fagerling, Göteborg september 2013

INNEHÅLL

DEL I: INTRODUKTION, LITTERATUR OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT ..1

KAPITEL 1. SJUK VÅRD – ETT STÄNDIGT SAMTAL 1

<i>Genom 1850-talets medicinska specialisering till 2000-talets avdelningar, kliniker och (akut)sjukhus</i>	7
<i>Ett initiativ att förnya Södra Älvsborgs Sjukhus</i>	9
<i>Ingång till studien: organisering – stabilitet och förändring</i>	10
<i>Varför ännu en studie om ett försök att organisera?</i>	12
<i>Är det möjligt att lyfta sig själv i håret?</i>	13
<i>En studie från sidan – fokus</i>	15
<i>Avhandlingens disposition</i>	18

KAPITEL 2. SJUKVÅRD, MANAGEMENT OCH FÖRÄNDRING 20

<i>Studier av sjukvården</i>	20
<i>Sjukvården – en professionaliserad sektor i omvandling</i>	20
<i>Försök till omvandling</i>	24
<i>Från ett fokus på profession till ett fokus på diskurser</i>	27
<i>Studier av management i tid och rum</i>	31
<i>Kulturprogram, TQM och BPR</i>	32
<i>Organisationsrecept i Skandinavien från 1960-talet till mitten av 1990-talet</i>	35
<i>TQM, SIQ och QUL – inte främmande akronymer inom sjukvården</i>	39
<i>Konsekvenser av reformer</i>	42
<i>Att studera förändringar med hjälp av ett kombinerat reform- och praktikperspektiv</i>	43
<i>Amerikansk nyinstitutionalism</i>	44
<i>Framväxten av skandinavisk institutionalism</i>	46
<i>Fransk översättningssociologi</i>	47
<i>Exempel från Storbritannien, Amerika och Nederländerna</i>	49
<i>Översättning i organisationsteorin</i>	52
<i>Sjukhusets inarbetade praktik möter ett försök att organisera</i>	54

KAPITEL 3. STUDIETEKNIK 57

<i>Observationer, intervjuer och dokument</i>	57
<i>Att hantera material med hjälp av anteckningsböcker</i>	62
<i>(Re)Presentation</i>	63

DEL II: EMPIRISK DATAKONSTRUKTION.....65

KAPITEL 4. ETT INITIATIV ATT FÖRNYA PÅ SÖDRA ÄLVSBOGGS SJUKHUS.....65

Kliniker i SÄS i Västra Götalandsregionen 65
En ny sjukhusdirektör tar tag i ekonomin och vill förnya 68
En läkarprotest på sjukhuset och i media 73
“Brevduvor och knåhundar” 76
“Från ‘tésagt é téragt’ till kommunikativt ledarskap” 81
En medicinsk konstellation blir mer chefsinriktad 83
Kommentarer: Ekonomin går igen, ett intresse för administrativ verksamhet och en ny nivå i blivande 86

KAPITEL 5. SAMTIDA FÖRSÖK ATT ORGANISERA88

Från Utvecklingsstrategi via QUL, OG och Mål till Vision och LIFT 88
LIFT – flera färger på sjukhuset 99
Kommentarer: Fler verktyg för förnyelse – lika och olika 108

KAPITEL 6. ETT MANAGEMENTSKIKT MÖTER ETT FÖRSÖK ATT ORGANISERA114

Udda säljgrepp introducerar LIFT 114
“Rolling Stones” – Konsulter, forskare och chefer sätter agendan 120
Möte med SIQ – “ ‘Det där kan vi allt om och så begrep de ingenting’ ” 122
“LIFT är som Gud – många pratar om det men ingen har sett det” 126
Medicin pratar med hetta 130
Strategier “landar med ett PANG” och “att konkretisera samtalet” 135
“Gravöl” för LIFT och LIFT “skrotas” på intranätet och LIFT går igen 139
Kommunikation för chefer – “en animerad diskussion” 142
Den från sidan synliga handen pekar ut riktning 145
Kommentarer: Kliniknivån möter sjukhusnivån – ett försök att överskrida gränser 147

KAPITEL 7. ETT MANAGEMENTSKIKT ARBETAR HÅRT151

Organisering i processer – kunnsande inom SÄS 151
Att hitta ett tempo – kirurgkliniken som exempel 157
“Svarta fär” arbetar stenhårt – kirurgkliniken och kvinnokliniken 164
Ett språkrör pratar – “Ortopedkliniken: från atlantångare till ortopedisk flygmaskin” 170
“LIFT’s sound of music” 177
“Nälstick” och “Nu börjar det skarpa läget” 180
Kommentarer: Konsten att använda ett verktyg 183

KAPITEL 8. TRE SPRÅKRÖR PRATAR.....	186
<i>Språkrör talar för medicin, management och governance</i>	<i>186</i>
Revisorer granskar SÄS-modellen på uppdrag av VGR.....	186
Läkarkårens språkrör svarar på granskningen.....	198
Förändringsråkrör rapporterar organiseringsförsöket.....	204
Kommentarer: Olika tongångar ger energi till organiseringsförsöket.....	209
<i>Offentligt prat</i>	<i>212</i>
En attitydundersökning, rekrytering och löner skapar hetta.....	213
Språkrör för management – bilindustrin som förebild.....	218
Språkrör för medicin som förändringsförespråkare.....	222
Språkrör för management och medicin om kompetens, vårdkvalitet och status	225
Kommentarer: Språkrör jämför öppet i en tid av Öppna Jämförelser.....	227
<i>Idéerna materialiseras på sjukhuset!!!.....</i>	<i>229</i>
DEL III: STUDIENS RESULTAT, SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	236
9. FÖRÄNDRING, MANAGEMENT OCH ORGANISERING I SJUKHUSVÅRDEN	236
<i>Handlingar kopplas i sjukhusvården.....</i>	<i>237</i>
Olika tidsramar	241
Samverkan för att intressera	244
Strategier i användning.....	247
Att se intressen som verkan för sin sak.....	250
Idéer visar sig svåra att översätta	252
<i>Management lyfter till en övergripande nivå.....</i>	<i>256</i>
Management som tjänst i sjukhusvårdens framflyttande organisering.....	257
<i>Försök att organisera – en rundad bild</i>	<i>258</i>
En ny intrig för att introducera ett samtal	259
Fler rekommendationer.....	260
Vidare forskning i transmedialiseringens, globaliseringens och regionaliseringens tid.....	260
BILAGA – OBSERVATIONER, INTERVJUER OCH DOKUMENT	262
REFERENSER.....	272

DEL I: INTRODUKTION, LITTERATUR OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Kapitel 1. Sjuk vård – ett ständigt samtal

”Hur sjuk är vården?”
SVT, Aktuellt 14 februari 2013

När den här studien inleddes i december 2003 pågick det här samtalet både i Sverige och i Västra Götaland ...

... Inom svensk hälso- och sjukvård har det aldrig funnits fler landstingsanställda läkare och sjuksköterskor än det finns nu. Trots att antalet sängplatser på sjukhus har minskat med 80 procent, från 136 000 till 29 000, mellan åren 1975 och 2001 och det totala antalet läkarbesök har sjunkit med 25 procent, från drygt tolv miljoner till drygt nio miljoner. Under samma tidsperiod, har den landstingsanställda kvalificerade personalen samtidigt ökat kraftigt¹. Antalet utförda patientbesök per läkare har mer än halverats sedan 1975. Då hann en läkare inom öppen- och slutenvården med nio patienter om dagen medan man idag hinner med fyra patienter. Skillnaderna är stora gentemot primärvården, där 13 besök per läkare och dag hinns med. I en internationell jämförelse visar sig svenska läkare ha lägst antal patienter inom OECD-länderna: 903 per år gentemot OECD-snittet: 2 167. Det låga antalet patientbesök beror inte på att man ägnar mer direkt tid åt patienterna utan en stor del går istället till pappersarbete kring patienten och ren administration. Information, kommunikation och administration tar mellan 50 och 80 procent av sjukhusläkarnas tid. Det brittiska (NHS) och ett amerikanskt sjukvårdssystem (Kaiser) lyckas till samma kostnad som Sverige ha väsentligt kortare värdköer, högre service och nöjdare patienter. Stefan Fölster med flera (2003), vilka utgörs av representanter för Svenskt Näringsliv samt en ekonomijournalist, redovisar i *Den sjuka vården: En granskning av hur sjukvårdens resurser används* ovanstående siffror. De uppger att resurserna inte används särskilt väl: Personalen får ofta ägna sig åt fel arbetsuppgifter – administration istället för vård. Lokaler och utrustning används inte effektivt. Flödet av kunder uppvisar stora brister där ledtiderna är långa innan en patient är färdigbehandlad. Ohälsotalen är höga bland sjukvårdspersonal. I den mån IT-system finns fungerar de inte särskilt väl eller på fel sätt. Inte heller mäter och redovisar man systematiskt antal fel som begås samt patientnöjdhet. Den grundläggande orsaken till ineffektiviteten anser författarna ligga i bristande patientmakt.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2004) tar en mer optimistisk ton i sin rapport *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Tvärtom att som Fölster med flera betona att

¹ Antalet läkare har ökat från 8 511 anställda personer 1975 till 24 233 år 2001, sjuksköterskor från 31 000 till 71 000 samt undersköterskor från 9 000 till 34 000 (Fölster m.fl. 2003).

”allt fler behandlar allt färre” menar förbunden att ”allt färre åstadkommer allt mer och med allt bättre resultat”. Befolkningen i Sverige blir allt äldre och med fem procent av befolkningen över 80 år har Sverige den äldsta befolkningen inom EU. Samtidigt innebär den medicinska utvecklingen att möjligheterna att behandla olika sjukdomar och skador blir allt bättre, vilket gör att kraven och förväntningarna på vården stiger i samma takt. Detta leder till uppenbara problem att hålla kostnaderna nere. De siffror förbunden redovisar betonar att de landstingsanställda minskat med 22 procent mellan 1993 och 2002². Det är alltså med färre anställda som vården tar hand om allt fler och allt äldre patienter och genom strukturförändringar har man lyckats förbättra resursutnyttjandet. Kostnaderna är inte heller högre i Sverige än i andra länder oavsett om man mäter det som andel av BNP eller reallt uttryckt i dollar³. Nyckelord för fortsatta effektivitetsförbättringar är patientfokusering, processorientering och utveckling av lärande i arbetet summerar förbunden.

Läkarna hamnar ofta vid skampålen när ineffektivitet inom sjukvården diskuteras, som i *en hemligstämplad studie*⁴ av kirurgkliniken vid Mölndals sjukhus. Chalmeristerna Robert Olbe och Martin Ljung har i sitt examensarbete studerat hur kirurgkliniken skulle kunna öka antalet planerade operationer. Nonchalans, slöseri och ineffektivitet är ingredienser i den bild Olbe och Ljung visar av kirurgen i Mölndal. De konstaterar bland annat: att läkarnas arbetsschema lämnas så sent att det försvårar en effektiv operationsplanering, att det ”snarare är regel än undantag” att kirurgerna är 10 till 15 minuter försenade till operation, att kirurgerna ”relativt ofta” inte är pålästa på patienten utan läser in sig i journalen först när det är dags för operation, att kirurgerna ”emellanåt” inte ens befinner sig på sjukhuset trots att de är uppsatta som operatörer samt att kirurgerna slarvar med att kalla in ersättare när de med kort varsel tar ledigt. Agerandet skapar irritation hos väntande operationspersonal, ökar risken för misstag, leder till att operationer blir inställda och innebär att den begränsade operationsresursen inte utnyttjas fullt ut för att korta kirurgens långa köer. Det innebär också slöseri med pengar – personalkostnaden för en fullbemannad operationssal ligger runt hundra kronor per minut. Olbe och Ljung har kommit fram till att om alla operationer startade på utsatt tid skulle Mölndals kirurger hinna med 25-33 procent fler operationer. De har också visat hur kirurgens nuvarande två vårdavdelningar skulle kunna organiseras om för att klara scenariot ökade antal patienter. Studien visar att kontakten mellan kirurgens två vårdavdelningar är minimal och att den huvudsakligen handlar om att skjutsa patienter sinsemellan. Kirurgerna arbetar i tre team med olika specialisering och även mellan teamen råder rivalitet och dåligt samarbetsklimat, vilket medför att

² Antalet läkare har ökat med 14 procent och antalet sjuksköterskor har ökat med 7 procent medan undersköterskor/sjukvårdsbiträden har minskat med 33 procent mellan 1993 och 2002 (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004).

³ Sverige, 2 270 US dollar per invånare, redovisas på nionde plats i tabellen där 18 länder jämförs. I topplacering syns Grekland med 1 511 US dollar och på sista plats visas USA med 4 887 US dollar. När det gäller andel av BNP placerar sig Sverige på elfte plats med 8,7 procent jämfört med Luxemburg i topp med 5,6 procent och USA sist med 13,9 procent (Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2004).

⁴ Återgiven på gp.se 2004-02-27, dock utan att journalisten fick tillgång till studien från Mölndals sjukhus.

personalinterna frågor upptar mycket av klinikledningens tid. ”Budskapet är som så ofta i sjukvårdssammanhang: Jobba smartare, inte hårdare” sammanfattar en GP-journalist (gp.se 2004-02-27).

Ovan har tre röster och bilder från år 2003 och 2004 presenterats där en mängd siffror kopplade till produktivitet och effektivitet redovisats. En kan uppfattas dystert och betonar att ”allt fler behandlar allt färre” och en annan kan tyckas betydligt ljusare genom att betona att ”allt färre åstadkommer allt mer och med allt bättre resultat”. En tredje pekar specifikt på läkarna som en del av problemet inom sjukvården i en röst som kopplar an till den förstnämnda men ändå skiljer sig då den går nära och illustrerar vad som hänt i ett specifikt sammanhang. Dessa bilder och röster anger motiv och ton för hur sjukvården brukar diskuteras av politiker, sjukhusledningar och media. De skapar en verklighet som sjukvårdens aktörer har att förhålla sig och handla i förhållande till. Och det gäller även för tiden runt decennieskiftet 2010 ...

... ”Välkomna till Uppdrag granskning. Ikväll om den sjuka vården”, så låter det klockan 20 den 26 augusti 2009 då Janne Josefsson introducerar ett avsnitt av SVT:s Uppdrag granskning. Reportaget sänds i två delar och följande program den 2 september introduceras med ”Välkomna till Uppdrag granskning. Ikväll fortsätter vi att undersöka den sjuka vården”. Programmen handlar om läkarbrist, om hyrläkare/stafettläkare och om Sveriges läkarförbund⁵, som journalisterna i programmet diskuterar huruvida de medverkat till att begränsa utbildningsplatserna för läkare för att skapa ökad efterfrågan och därmed säkra höga löner och exklusivitet.

2008 uppmärksammas dessutom Svenska Läkaresällskapets, SLS, 200-års jubileum, för övrigt ett av de äldsta Läkaresällskapen i världen⁶, med boken *Från blodhosta till vardagsstress: Sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige*. Här skriver Lars Werkö (2008) som var professor i medicin och som verkat inom både den medicinska professionen, näringslivet och det offentliga på uppdrag av sällskapet. Dessutom fick Werkö, som gick bort i oktober 2009, *Dagens Medicin*s stora debattpris för sitt bidrag till ”en aktiv och engagerande sjukvårdsdebatt” 2007. ”Jag skriver här för att med kritisk blick försöka bedöma vad vi läkare egentligen har haft för oss under nittonhundratalet”, säger Werkö på bokomslaget. Werkö skildrar den medicinska

⁵ Sveriges läkarförbund, SLF, bildades 1903 och ingår i SACO. SLF består av 28 lokalföreningar (t.ex. Älvsborgs Södra läkarförening) och några samarbetsorgan som arbetar med lokala frågor, 8 yrkesföreningar (t.ex. Sjukhusläkarföreningen, Sveriges läkarförbunds chefsförening och Sveriges Yngre Läkares Förening, SYLF), Medicine Studerandes Förbund, 51 specialitetsföreningar, 12 intresseföreningar (t.ex. Läkemedelsindustrins läkarförening, Sveriges Äldre Läkare, Sveriges Kvinnliga Läkares Förening) samt fristående nätverk (t.ex. Läkare i världen, Läkare utan gränser, Svenska läkare mot kärnvapen och Läkare för miljön) En specialitetsförening ska representera en specialitet som finns på den officiella specialitetsförteckningen för att bli upptagen som delförening och en intresseförening ska vara en riksomfattande sammanslutning av läkare med gemensam facklig inriktning för att bli upptagen som delförening. 2009 fanns ca 33 400 yrkesverksamma läkare i Sverige och 2013 finns 32 349 per den 1 januari 2013. Antalet medlemmar i SLF är ca 45 000 (slf.se 2013-07-22).

⁶ British Medical Association grundades 1832 och American Medical Association 1847

utvecklingen och tillägnar kirurgin ett kapitel: ”Kirurgi – från slaktarkniv till titthålsteknik”. Här frågar han sig: ”kniven som botar – finns den kvar?” och ”vill dagens unga bli kirurger?”

När Werkö beskriver omvandlingen inom sjukvården utgör vad som kom att kallas Sjukronorsreformen som trädde i kraft 1970, en vändpunkt (av flera). Namnet kommer från att det då kostade sju kronor för patienten att besöka läkaren. Reformen innebar bland annat att läkarna timavlönades och att deras arbete schemalades i viss utsträckning – ”en ökning av administrationen i stort och smått”. Dessutom infördes förbud att bedriva privatpraktik parallellt utan arbetsgivarens medgivande. På 1920-talet gjordes försök att fastställa arbetstider inom sjukvården, men det förkastades av både politiker och läkare i chefsställning. 1970 kom arbetstidslagen att omfatta även sjukvårdspersonal – ”till dess arbetade man inom sjukvården så länge det fanns något att göra” (Werkö 2008, s. 29). Det tog dock tid för Sjukronorsreformen att slå igenom och många läkare hade ”extra” arbetstid ända till millenniumskiftet (s. 27). Många nackdelar med Sjukronorsreformen bottenar i den aversion mot läkare som tongivande politiker och tjänstemän kommit att odla, säger Werkö: ”Man kan beklaga detta, men det är inte någon tvekan om att många läkare själva genom sitt uppträdande orsakat det motstånd och ifrågasättande som fortfarande finns mot hela kåren. Att det funnits många andra läkare som bättre förstått att förvalta sitt pund har inte hjälpt” (s. 177). Här pekar Werkö på att SYLF, Sveriges Yngre Läkares Förening, bildades just för att de yngre läkarna skulle få möjlighet att påverka sin arbetssituation. SYLF:s aktiviteter var de första decennierna lika mycket riktad mot överläkarna, som bestämde löner och arbetsvillkor, som den var riktad mot samhället och arbetsgivaren, påtalar Werkö.

I juni 2009 kom förbundet som nu heter Sveriges Kommuner och Landsting⁷ med en rapport⁸ som följer upp den rapport från 2004 som refererades tidigare – *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat* (2009). Rapporten beskriver trenderna i sjukvården: Den akuta vården koncentreras, akut och planerad vård bedrivs i ökad grad åtskilt, sjukhusen blir allt mer specialiserade och allt mer av vården tillhandahålls som öppenvård. Strömningarna har fört sjukvården

⁷ 1999 inledde Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet en samverkan. I maj 2003 beslutade förbundens kongresser att bilda ett förbund för samtliga kommuner, landsting och regioner. En extrakongress i oktober 2004 beslutade bland annat namn och stadgar för det nya förbundet – Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. På valkongressen i mars 2007 blev SKL ett nytt förbund fullt ut och samtidigt upphörde de tidigare förbunden. Förbundskongressen är SKL:s högsta beslutande organ med samtliga Sveriges 290 kommuner och 20 landsting inklusive regionerna Skåne, Västra Götaland, Gotland och Halland som medlemmar. Partiernas representation på kongresserna speglar resultatet i de allmänna valen till kommun- och landstingsfullmäktige. ”År 2008 är det hundra år sedan Sveriges Kommuner och Landstings föregångare Svenska Stadsförbundet bildades. Då som nu var en av förbundets viktigaste frågor att bevaka det kommunala självstyret” (skl.se 2009-09-11; 2013-07-22).

⁸ Rapporten har tagits fram av Roger Molin och Maj Rom från Avdelningen för Vård och Omsorg. Lena Bäckström och Siv-Marie Lindqvist från Avdelningen för Ekonomi och Styrning har tagit fram statistik (SKL 2009).

mot ett minskat antal akutsjukhus och vårdplatser⁹. Flera sjukhus är specialinriktade på planerad vård. Trenden har till exempel varit att sjukhusen slutat operera akuta höftfrakturer för att istället operera planerade höftplastiker. Akutsjukvården med traumaberedskap, akuta operationer och förlösningssvård har koncentrerats till färre platser och till de större sjukhusen. De mindre sjukhusen finns dock kvar med nytt innehåll och med fokus på internmedicin och geriatrik, och på flera håll med fokus på planerade operationer. ”Det kan tyckas paradoxalt men det är alltså i takt med att antalet vårdplatser vid sjukhus halverats som de äldre¹⁰ fått ta del av allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser och med allt bättre resultat” (s. 9), hävdar förbundet.

Vårdens resultat för patienterna står i fokus på ett nytt och mer öppet sätt anger rapporten vidare. Genom så kallade öppna jämförelser, som sedan 2006 årligen publiceras av SKL och Socialstyrelsen, jämförs landstingens och enheters resultat, tillgänglighet och patientfarenheter. De innehåller mer än hundra kvalitetsindikatorer, allt från överlevnad efter stroke, hjärtinfarkt eller cancer till bristningar efter förlösning och väntetid till höftledsoperation exemplifierar rapporten. En klinik vid ett sjukhus kan följa hur de egna resultaten utvecklats över tid och jämföra med andra kliniker. SKL kommenterar uppsluppet sin egen ton genom att konstatera: ”det är en i stora stycken positiv bild av en modern vård som tecknas /.../ Det betyder inte att allt är frid och fröjd” (s. 8). Förbundet betonar vikten av öppna jämförelser: ”Om vården hade förmått att mer öppet redovisa de medicinska sammanhangen och effekterna i termer av bättre resultat och kvalitet, skulle befolkningens och patienternas trygghet ha ökat, liksom personalens stolthet” (SKL 2009, s. 3). Dessutom visar förbundet (SKL 2008) att den svenska sjukvården står sig fortsatt väl gentemot andra länder¹¹.

⁹ Vårdplatser vid sjukhus används numera effektivare påtalar förbundet. I slutet av 1960-talet fanns mer än 120 000 vårdplatser vid svenska sjukhus. Efter Ädelreformen 1992, då långtidssjukvård flyttades från landsting till kommuner, återstod drygt 50 000 vårdplatser och sedan dess har vårdplatsantalet minskat till drygt 25 000. Rapporten betonar att Sverige år 2007 med 2,2 vårdplatser per 1000 invånare har det lägsta antalet vårdplatser bland 17 jämförda länder (EU 15, Norge och USA). Den största minskningen av vårdplatser ägde rum under 1990-talets mitt men även under 2000-talet har antalet fortsatt att minska. Även antalet vård dagar har minskat men inte i samma omfattning som vårdplatserna. I och med att medelvårdtiden kortats, från knappt åtta dagar 1992 till drygt fem dagar 2007, har antalet patienter som vårdas i slutet av vård vid sjukhus endast minskat från 1,6 miljoner 1992 till knappt 1,5 miljoner år 2007. Varje vårdplats används alltså på ett effektivare sätt än tidigare betonar rapporten och fem stycken längre fram i texten har siffrorna kring medelvårdtiden översatts till: ”Expansionen har möjliggjorts genom att medelvårdtiden nästan halverats sedan 1990-talets inledning” (SKL 2009, s. 9).

¹⁰ Personer 75 år och äldre som år 2007 utgjorde nio procent av befolkningen stod för 45 procent av vård dagarna i slutet somatisk vård (SKL 2009).

¹¹ Svensk sjukvård rankas som trea i en jämförelse med 17 länder i ett index för effektivitet utifrån indikatorer på resultat och kostnader sammanställt av SKL. I tre internationella jämförelser gjorda av andra organisationer kommer svensk sjukvård på andra, tredje respektive sjätte plats av 27, 17 respektive 29 länder. I början av 1960-talet låg sjukvårdskostnadernas andel av BNP på fem procent, efter 1980 pendlade de mellan sju och nio procent, 1990 låg de på 8,8 procent och 2000 på 8,5. BNP-utvecklingen placerade Sverige i särställning i EU vid sidan av

Av de tre senast återgivna rösterna från slutet av 2000-talets första decennium framgår att tonen i form av den sjuka vården lever vidare – här exemplifierad av Uppdrag granskning. För övrigt inte enbart ett svenskt fenomen – 2007 kom Michael Moore-filmen *Sicko* som jämför amerikanska sjukvårdssystem med sjukvården i länder som bland andra Kanada, Kuba och Frankrike. Samtalet ackompanjeras med SKL:s positiva och uppmanande röst samt den medicinska professionens berättelse som tar sin utgångspunkt i 1900-talets början. Werkö (2008) pekar både på en heterogenitet och på en konflikt inom kåren – de yngre läkarna, hävdar en talesperson för professionen, skulle kunna se sig lika mycket skilda gentemot de erfarna specialistläkarna som arbetsgivaren.

Namnen på SKL:s rapporter antyder en förskjutning i fokus från resursanvändning (2004) till struktur och arbetssätt (2009). När det gäller arbetssätt betonar SKL system och processer, där bättre logistik och standardisering är ett par nyckelord. Standardisering har fungerat väl för vårdprocesser med stor volym och likartade förlopp samt varit framgångsrikt inom planerade operationer påtalar förbundet. Rapporten visar också upp några som lyckats väl: Skaraborgs sjukhus ”tillhör pionjärerna” när det gäller ”processtänkande” och Ögonkliniken på Växjö lasarett omnämns också som framgångsrik. På ett liknande sätt som GP-journalisten uttryckte sig 2004 säger nu förbundet: ”Förändringarna bygger på att jobba smartare, inte hårdare” (SKL 2009, s.12). Det är alltså arbetssättet inom sjukvården som varit i fokus såväl när studien inleddes som när den går mot en avrundning.

I den här avhandlingen är jag också intresserad av att studera sätt att gå till väga, men då inte från samma utgångspunkter som diskuterats ovan. Jag har gått in i studien från en annan ingång – organisering. Men först kommer jag att beskriva några ytterligare rådande institutionella omständigheter baserat på en kort historik och regelramverk för att sedan komma in på den händelse på Södra Älvsborgs Sjukhus i Västra Götalandsregionen som är i fokus för den här studien. Intresset för arbetssätt och arbetsprocesser är heller inget nytt. Frederick W. Taylor som levde mellan 1856 och 1915 var också intresserad. *Sjukvården möter Taylor* är en opublicerad uppsats av Ingrid Rasmussen (1993) som Sune Dufwa (2004) refererar till i sin avhandling *Kön, lön och karriär: sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*¹² och som Helena Öfverström (2008) i sin tur refererar, med hänvisning bakåt till Rasmussen, i sin avhandling *Steg till chefskap – Om läkare som verksamhetschefer*. Taylors återkomst är det flera som noterat och diskuterat (Holmblad Brunsson 2007; Czarniawska 2008).

Finland – De var de enda länderna som visade en minskande andel men därefter har utvecklingen vänt. År 2005 blir andelen 9,1 procent och här syns det stabilisera sig, vilket placerar Sverige nära genomsnittet för EU länderna (SKL 2008). 2010 motsvarar andelen 10 procent (Socialstyrelsen 2012).

¹² Svensk sjuksköterskeförening företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning, utveckling och utbildning inom vård och omsorg. Föreningen bildades 1910 och fyller alltså hundra år 2010. Idag har föreningen ca 70 000 medlemmar (swenurse.se 2013-07-22). Av Sveriges 110 000 sjuksköterskor är drygt 58 000 yrkesverksamma (telefonsamtal med Alexandra Berkta, medlemsansvarig på Svensk sjuksköterskeförening 2013-07-30).

Genom 1850-talets medicinska specialisering till 2000-talets avdelningar, kliniker och (akut)sjukhus

Redan på 1700-talet inleddes en omfattande utveckling för svensk del som en följd av att den vetenskapligt baserade medicinen började slå igenom. En introduktion av lasarettens omvandling till sjukhus skulle kunna börja med vad som brukar beskrivas som det första egentliga sjukhuset i Sverige – Serafimerlasaretet som stod färdigt 1752 på Kungsholmen i Stockholm (även om det under samma tid även fanns snarlika institutioner). Lasaretten skilde sig från helgeandshusen och hospitalen som inrättades redan på medeltiden. Helgeandshusen i städerna tog sig an kroniskt sjuka, gamla och fattiga och hospitalen utanför städerna tog hand om framförallt leprasjuka. Lasaretten var avsedda för sjuka människor som bedömdes botbara och akut sjuka. Serafimerlasaretet hade inledningsvis åtta sängar. Anders Anell och Rosita Claesson (1995), då vid IHE – Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund, beskriver vidare hur Serafimerordensgillet, som var tillsynsmyndighet, i slutet av samma århundrade gav ut en instruktion som innebar att ett länslasarett och ett hospital skulle upprättas i varje län. Under 1860-talet tog de nyinrättade landstingen sig an de statliga kroppssjukhusen, medan staten behöll ansvaret för bland annat provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården.

Den här perioden, med en början i slutet av 1700-talet i England, går idag under beteckningen ”den industriella revolutionen” och inbegriper stora, radikala och snabba samhälleliga förändringar. Öfverström (2008), som kommenterar hur det moderna samhället växte fram, skriver också om professionaliseringsprocessen. Hon talar om hur det moderna samhället gav en ”grogrund för professionell fortlevnad”. Den närmaste tiden efter landstingens bildande följer perioder av kraftig expansion av sjukvården som sträcker sig långt in på 1900-talet. 1860 fanns det 2653 vårdplatser och 20 år senare hade antalet ökat till 5550 och som en följd av vårdplatsutvecklingen ökade också lasarettens antal. År 1861, det vill säga före landstingens uppkomst 1862, fanns 46 lasarett i landet, år 1900 fanns 76 lasarett och 47 år senare fanns det 102 (Anell & Claesson 1995). Öfverström (2008) cirkulerar kring decennieskiftet och talar om att det 1890 fanns 187 sjukhusanstalter och 20 år senare 332.

Medicinska framgångar, teknikförändringar och framtagning av läkemedel innebar att specialiseringen ökade inom sjukhusen. Utvecklingen mot delade lasarett påbörjades under 1930-talet och specialiseringen och delningen av verksamheten på allt fler kliniker och avdelningar ökade efter andra världskriget. Den medicinska professionens uppdelning av sin kunskap i olika specialiteter har sin upprinnelse på 1850-talet då medicinen delades i medicin och kirurgi. Anell och Claesson (1995) utgår från Lunds universitetssjukhus och beskriver den tilltagande uppdelningen: 1900 var de fem: medicinsk, kirurgisk, obstetrisk – gyn (kvinno), pediatrik (barn) och ögon, 1950 var de 16 och 1968 var de 32 kliniker och laboratorier. Petra Adolfsson och Rolf Solli (2009) bygger vidare på Anell (1990) och lägger till utvecklingen fram tills idag utifrån ett typsjukhus: 1988 var de 38 och 2008 44 enheter på det sjukhus de tog som exempel. Werkö (2008) delar in specialiseringen i tre omgångar: vid 1900-talets början, vid mitten av seklet och under 1990-talet. Ögon, öron och obstetrik, som räknades till kirurgin i början, blev självständiga och bildade egna föreningar i början

av 1900-talet. 1950 bildades svensk anesthesiologisk förening och allmänkirurgin började delas upp inom barnkirurgierna 1952.

Den medicinska specialiseringen kan också ge upphov till samverkanssträvanden. Ortopederna bildade egen förening 1944 och 1973 kom en utredning som ledde till att kirurgi- och ortopedföreningarna kom överens om att frakturer skulle behandlas av ortopederna. Anesthesiologi och intensivvård gick samman 1989 och blev då också antagen till sektion i Svenska Läkaresällskapet. Under 1990-talet bildades ett flertal föreningar, till exempel traumatologi 1995. Fragmentering tillkom för att utveckla teknisk och biologisk kunnskap så långt som möjligt. Även delar av organismen, till exempel sektioner för övre och nedre bukkirurgi, finns representerade bland sektionerna. Werkö (2008, s. 180) talar också om vad han kallar en specialitet som inte finns¹³: Cancerkirurgi förekommer inom så gott som alla subspecialiteter och koncentration på tumörer har blivit något för enstaka läkare inom varje specialitet. Kunskapen ökar också via vad som ofta går under beteckningen EBM, Evidence Based Medicine, och leder till förändrade professionella förutsättningar.

Hälsa- och sjukvården har också ett formellt regelramverk där styrningen omfattar lagar och förordningar. *Hälsa- och sjukvårdslagen* (HSL), SFS 1982:763, utgör en bas kompletterad av *Lagen om yrkesverksamhet på hälsa- och sjukvårdens område*¹⁴ (LYHS), SFS 1998:531. Lagar och förordningar följs ofta av nationella riktlinjer, kvalitetsregister¹⁵, vårdgarantier, mål, handlingsplaner och övergripande översyn. Staten styr också landstingen via en del av finansieringen i form av statsbidrag. Socialstyrelsen är den offentliga tillsynsmyndigheten¹⁶ som granskar och verkar för ökad insyn i hälsa- och sjukvårdssektorn med den dubbla rollen att både utöva tillsyn och stödja. Socialstyrelsen bidrar med författningar, föreskrifter, allmänna råd och kungörelser, till exempel föreskrifterna *Kvalitetssäkring i hälsa- och sjukvård inklusive tandvård*, SOSFS 1993:9, samt *Kvalitetssystem i hälsa- och sjukvården*, SOSFS 1996:24, som ställer krav på att verksamheter i vården ska ledas på ett sätt som stödjer arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. I januari 1997 trädde den lagändring (HSL 1996/1997) i kraft som gjorde systematiskt kvalitetsarbete till en skyldighet för all vårdande verksamhet. Föreskriften ersattes den 1 september 2005 med *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälsa- och sjukvården*, SOSFS 2005:12. En fokusförskjutning från kvalitetssäkring via kvalitetssystem över till

¹³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17) trädde i kraft den 1 september 2008. Specialitetsstrukturen består av 57 specialiteter fördelat på 31 basspecialiteter, 24 grenspecialiteter och 2 tilläggspecialiteter. Den gäller alla som fått svensk läkarlegitimation fr.o.m. 1 juli 2006 och som genomgår sin specialiseringstjänstgöring. De 57 offentligrättsligt reglerade specialiteterna har vardera 19-21 delmål som ska uppfyllas för att få specialistkompetens. Av dessa är 1-12 medicinska delmål medan delmålen 13-21 avser kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete (socialstyrelsen.se 2013-07-26).

¹⁴ 2006 tillkom 4 yrken och reglerna kom då att omfatta 21 yrken som kräver legitimation (socialstyrelsen.se 2013-07-26).

¹⁵ 73 nationella kvalitetsregister finns i drift (SKL:s kvalitetsregister.se 2013-07-26).

¹⁶ Socialstyrelsens verksamheter inom tillsyn och vissa tillstånd övergick till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) den 1 juni 2013 (socialstyrelsen.se 2013-07-26).

ledningssystem syns alltså i föreskrifterna. Socialstyrelsen ger även ut vägledningar och handböcker som *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* om hur SOSFS 2005:12 kan tillämpas (Socialstyrelsen 2006). Såväl SOSFS 2005:12 som *God vård* hänvisar till standarden ISO 9001 som en lämplig modell för hur arbetet ska bedrivas.

Vården hamnar ofta i topp när väljarna ska ange vilka politiska frågor som är viktiga. Den hamnar också i topp när medborgarna ska ange vilket område de har förtroende för. I 2009 såväl som 2013 års SOM-undersökning, *Samhälle, Opinion och Media*, har sjukvården högt förtroende. I samtiden är alltså hälso- och sjukvården en av grundpelarna i ”det svenska välfärdssamhället”, också en beteckning som den här perioden går under, där medborgare är potentiella patienter¹⁷ under hela sin livscykel. ”Patienterna är mer pålästa, kräver andra behandlingsformer och finner sig inte i att vänta” påtalar Maria Blomgren och Kajsa Lindberg (2009) som skriver om pågående omvandlingar i hälso- och sjukvården.

I *Svensk samhällsorganisation i förändring: Västsverige vid millennieskiftet* (2004) med Lennart Nilsson, då vid CEFOS och Förvaltningshögskolan, som redaktör visas ett foto av gångtrafik vid ingången till Södra Älvsborgs Sjukhus på omslaget kombinerat med andra foton av båt-, bil-, spårvagns-, cykel-, lastbils- och järnvägstrafik. I början av 2000-talets första decennium tar en ny sjukhusdirektör ett initiativ (jfr Collins 1998, s. 92) att förnya Södra Älvsborgs Sjukhus och tar hjälp av konsulter och forskare. Låt mig här kort presentera initiativet.

Ett initiativ att förnya Södra Älvsborgs Sjukhus

Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) fick en ny sjukhusdirektör i början på februari 2000. Sjukhusdirektören tar ett initiativ att förnya och här ingår idéer om att hushålla med knappa resurser, främja samverkan över (verksamhets)gränser samt att ge management en tydligare roll. Traditionellt har sjukvården byggts med initiativ från de professionella med kliniken som en utgångspunkt och det är på avdelningar och mottagningar vården bedrivs. Sjukhusdirektören tar hjälp av forskare och konsulter som har ett program de talar för. Det organisationsrecept (Røvik 2000) som grupperingen diskuterar att föra in heter LIFT – Ledning i förbättring och tillämpning. Den nybildade managementformationen: sjukhusdirektör, forskare och konsulter, talar för att förbättra sjukvården på sjukhuset. Här är alltså management en källa till förändringsinitiativ som tidigare i hög grad kom från de professionella.

Tidigare omvandlingsförsök inom hälso- och sjukvården har styrts av idéer med fokus på planering på 1970-talet, decentralisering på 1980-talet, marknadsefterlikning, som egentligen var en vidareutveckling av decentraliseringen och även betecknat New Public Management (NPM) i början av 1990-talet. NPM berör sätten att styra, kontrollera och redovisa verksamheten via olika reformer och bidrog till mer avgränsade organisationer. I *The Audit Society: Rituals of Verification* beskriver

¹⁷ Patient, från patio – lida, vänta, passivitet (saol.se)

Michael Power (1997), vid London School of Economics, framväxten av NPM som beroende på tre faktorer: en nyliberal ideologi som växer fram på 1980-talet som vill reducera offentlig verksamhet, behov av att minska statens kostnader samt kraven på ökad kontroll och styrning av offentlig verksamhet. Inom sjukvården syftar NPM främst till att skapa nya former för ekonomisk styrning. Professionellas makt ska reduceras genom att kopplingen mellan professionell verksamhet och ekonomisk styrning från management görs mindre lös. Mot slutet av 1990-talet började man betona samverkan och samordning, som egentligen är diametralt motsatt marknadsefterlikning, det vill säga en helomvändning mot en integrering av tidigare separerade enheter. Reformen som byggts på dessa idéer har syftat till effektivisering samt att underlätta styrningen för landstingsledningarna (Hallin & Siverbo 2003).

Omvandlingsförsök baserade på dessa idéer har inte lyckats avhjälpa de problem som finns inom sjukvården. Programmet kallat LIFT, där talespersoner: forskare och konsulter (dock utifrån lite olika sätt att argumentera) vill erbjuda ett nytt och annorlunda sätt att komma tillrätta med problemen genom att skapa ett ”nyprofessionellt sjukhus”, där ”*fokuset ligger på ledningen och att utvidga den medicinska professionaliteten till att även innefatta organisatorisk och ledningsmässig kompetens*” kopplas till initiativet. Syftet med det utvidgade initiativet skulle kunna översättas till liknande det GP-journalisten och SKL formulerade ovan – att ”jobba smartare, inte hårdare”.

För att avgränsa vad denna studie omfattar behöver jag diskutera det perspektiv som ligger till grund för studien samt ett antal relaterade begrepp och dess inbördes relationer: Här är organisering en ingång.

Ingång till studien: organisering – stabilitet och förändring

First there were losses, then there was a plan of change, and then there was an implementation, which led to unexpected results (Czarniawska & Joerges 1996, s. 20)

Genom att använda citatet ovan från Göteborgsbaserade Barbara Czarniawska och Bernward Joerges (WZB, Berlin) text *Travels of Ideas* i antologin *Translating Organizational Change* från 1996 beskriver de amerikanska socialpsykologerna Karl E. Weick och Robert E. Quinn (1999) en typisk handlingssekvens som skildrar planerad förändring i sin artikel *Organizational Change and Development*. De likställer den med organisatorisk förändring, och att den rutinartat dyker upp kopplat till människors misslyckanden att skapa kontinuerligt adaptiva organisationer. Weick och Quinn skiljer mellan episodisk förändring och kontinuerlig förändring. Den förstnämnda bygger på en metafor kring organisationer som trögörliga och inaktiva och förändring som något icke-frekvent, diskontinuerligt och avsiktligt förekommande, medan den sistnämnda ses som framväxande och självorganiserande och att förändring är konstant, under utveckling och kumulativ. De menar att vilket synsätt man väljer har att göra med hur man ser på tröghet och betonar vidare att

samtida analyser av organisatorisk förändring har riktat ett ökat intresse mot förändringens tempo, uppfattad som aktiviteternas hastighet, rytm och mönster.

I artikeln *On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change* går de europeiska organisationsteoretikerna Haridimos Tsoukas och Robert Chia (2002) ett steg längre och efterfrågar att studier av ”organizational change” närmar sig fenomenet från perspektivet att förändring skulle vara ständigt pågående snarare än att utgå från stabilitet. Författarna menar att det skulle möjliggöra en annan förståelse av de mikroprocesser som sker när förändringar kommer till och att till och med de mest stabila delarna av organisationer, som till exempel rutiner är potentiellt instabila. Vidare menar de att förändringsprogram som tar sin utgångspunkt i stabilitet inte producerar någon förändring. Om man då väljer att se på förändring som ständigt pågående, riskerar då inte själva begreppet förändring att bli tautologiskt? Spänningen mellan förändring och stabilitet är en av samhällsvetenskapernas allra äldsta filosofiska angelägenheter som jag vill förhålla mig till genom att i högre grad betona det pågående än det befintliga i enlighet med vad Tsoukas och Chia föreslår.

Inom studier som tillämpar ett skandinaviskt nyinstitutionellt perspektiv, som den text som refereras till av Weick och Quinn ovan ingår i, förhåller man sig till den här frågan genom att utgå från att både förändring och stabilitet utgör norm och på så sätt kan man studera organisering snarare än organisation, med andra ord verbet snarare än substantivet och då blir studier av processer en viktig del i studierna. *On footnotes to Organizational Change* är en artikel från 1981 där den amerikanske statsvetaren och organisationsteoretikern James March nämner att förändring i organisationer huvudsakligen handlar om aktiviteter. Noterna betonar en relation mellan förändring och anpassning av sätt att agera, det vardagliga i förändring, ”the way in which ordinary processes combine with a confusing world to produce some surprises” samt den utsagda altruismen i organisatorisk galenskap. Stockholmsbaserade Nils Brunsson (1990), som sedan länge samarbetat med March, skriver om att tillgången på problem, lösningar och glömska är viktigt för att förstå reformer. Reformerna innehåller idéer om problem och lösningar och de är därför beroende av en tillräcklig tillgång på sådana. Problem och lösningar räcker längre om de kan användas flera gånger, något som underlättas av glömska betonar författaren. I *A Garbage Can Model of Organizational Choice* skriver Michael D. Cohen, James March och Johan P. Olsen (1972) om hur problem och lösningar möts i vad de kallar soptunnor vid en viss tid. Aktiviteter och processer kan alltså vara en ingångspunkt när och där perspektivet är organisering, vilket skildrar den kompromiss Czarniawska (2000; 2004c) talar om när det gäller att allt är under ständig konstruktion samtidigt som det ger sken av att vara färdigorganiserat.

Studier av planerade förändringar har en lång historik inom det organisationsteoretiska ämnet. Kurt Lewin (1951), också han socialpsykolog, formulerade det numera klassiska exemplet på en ”organizational change”-sekvens: ”unfreeze – change – refreeze”. Sekvensen kom senare att omformuleras av till exempel Weick och Quinn (1999) till en sekvens som börjar med ”freeze”, när de istället fäster vikt vid att det är en redan pågående praktik som avbryts. I Lewins tappning är det förändringsagenternas, i Lewins termer, perspektiv som är norm

medan det i Weick och Quinns version är den praktik som förändringstalespersoner riktar sig till som är ingångspunkt. Czarniawska (2004a) pekar på fördelen med Weicks och Quinns (1999) ”freeze” framför Lewins ”unfreezing” som en beskrivning av samma fenomen, vilket jag använder som en del i den här studien. Jag antar därmed att förändring ständigt pågår och att det i de fall då praktiken lyssnar till utifrån kommande förändringsförespråkare avbryts tillfälligt.

Här vill jag börja med att ge en mycket kort introduktion till ett antal antologier och skrifter som tillsammans utgör en tradition studier kopplat till temat förändring som jag kommer att relatera till och bygga vidare på i denna studie. Exposén syftar inte till att vara uttömmande utan till att visa på likheter och skillnader i förhållande till den här studien och därigenom motivera studien i de kommande avsnitten.

Varför ännu en studie om ett försök att organisera?

En betydelsefull antologi inom ämnet – *Makten att reformera* – redigerad av Nils Brunsson och Osloprofessorn Johan P. Olsen publicerades år 1990. Den beskriver reformer inom offentlig sektor främst utifrån svenska erfarenheter. Brunsson (1990) beskriver här *Reformer som rutin*. Denna tradition har fortsatt med bland annat antologin *Organisationsexperiment i kommuner och landsting* (Jacobsson 1994a) följt av ytterligare en antologi – *Standardisering* (Brunsson & Jacobsson 1998).

1999 samlades ett antal studier av hälso- och sjukvården i antologin *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige* med Eva Zeuthen Bentsen, Finn Borum, Guðbjörg Erlingsdóttir och Kerstin Sahlin-Andersson (1999) som redaktörer. Sahlin-Andersson beskriver i ett kapitel hur de liknande reformerna får en variation när de tillämpas i praktiken, dock genom nya varianter snarare än som nya alternativ.

I antologin *Kvalitet utan gränser* från 2002 redigerad av Eva Bejerot och Hans Hasselbladh samlas ett antal studier kopplade till TQM (Total Quality Management). Studierna i antologin tar sin ingångspunkt där ”verktyget möter praktiken”, med bland andra en referens till Bentsen med fleras (1999) sätt att studera reformer ovan. Studierna beskriver till exempel hur Kaizen – en japansk teknik för ständiga förbättringar där allt som inte tillför värde ska elimineras – möter praktiken i verkstadsindustrin. Kaizen anpassades här till svenska förhållanden och karaktäriseras som ett samtal mellan medarbetarna för att identifiera problem. Alexander Styhre (2002) kom fram till att Kaizen bidrar till en perspektivförskjutning till tekniker som tilltalar viljan att delta och att engagera sig hos de anställda. En annan studie från verkstadsindustrin är Eva Gustavssons (2002) som visar hur säljare styrs genom långtgående formalisering och dokumentation. I en manual fastslås vad som är korrekt för att på så sätt reglera säljsituationen.

Inom hälso- och sjukvårdens område studerar Jan Öhrming och Magnus Sverke (2002) hur ett kvalitetssystem möter sjukvården. Deras kapitel *Andemeningen är bra, men* visar de svårigheter som hänger ihop med att de flesta som arbetar med

kvalitetsstyrning är fokuserade på mätningar för att lösa kunskapsproblem i en komplex vårdverksamhet. Bejerot och Erlingsdóttir (2002) betonar att arbetet med ”kvalitet” tar vida längre tid i anspråk än man vanligtvis räknar med, eftersom man inte tar hänsyn till kvalitetsidéns många operationaliseringar och översättningar. På uppdrag av regeringen granskade Socialstyrelsen år 2000 omfattningen av administrationen i den direkt patientrelaterade delen av vården och kom fram till att den utgjorde en fjärdedel av arbetstiden för läkare och sjuksköterskor medan kvalitetsarbetet endast tog någon timma i veckan för dessa yrkesgrupper. Bejerot och Erlingsdóttir påpekar att detta är en underskattning och betonar att dokumentationen hänger samman med kvalitetsidén samt även är central i Socialstyrelsens föreskrifter – ”Om kundlogiken är kvalitetsidéns hjärna så utgör dokumentationen dess allt mer komplexa nervsystem” (s. 73).

TQM-verktyget som spridit sig från det privata näringslivet till den offentliga sektorn har använts flitigt inom hälso- och sjukvården (Hasselballdh & Lundgren 2002). Trots att man vid ingången till millennieskiftet kunde märka en viss mättnad inför begreppet ”TQM” och ”kvalitet” bland såväl forskare som praktiker och konsulter, finns själva kärnbudskapet hos TQM, det vill säga idéerna om kund-, medarbetar- och processorienterad verksamhetsstyrning kvar som ett väl förankrat styrningsideal inom såväl den tillverkande industrin som inom privat och offentlig tjänstesektor (Adam & Hansson 2002).

Flera studier visar alltså att ett flertal organiseringsförsök inte varit speciellt framgångsrika. Är det ett argument för att ge upp hoppet? Och apropå programmets förkortade namn: LIFT – ”what a difference a name makes” (Bowker & Star 1999)?

Är det möjligt att lyfta sig själv i håret?

En fråga om det är möjligt att lyfta sig själv i håret ställer sig Czarniawska (2004a) i skriften *Is it possible to lift oneself by the hair? And if not, why is it worth trying?* Hon påtalar att det till största del är ett fördömt företag att försöka reformera organisatoriska strukturer och processer men att det ändå är värt att försöka då det inte nödvändigtvis behöver vara så alltid. Reformerna resulterar ofta i frustration och oväntade konsekvenser, men de kan trots detta visa sig nyttiga och värda att göra bestående. Czarniawska anser därför att reformer kan behandlas som perioder av avsiktligt skapad instabilitet, vilket gör det nuvarande systemet ömtåligt och transparent. Sådan framkallad instabilitet kan leda till förnyelse (innovation) som bevarar systemet och uppfinningar (invention) som hotar systemet och därmed bidra till att skapa spontan förändring. En fördel med planerad förändring är att den problematiserar vad som har tagits för givet och ett resultat av problematiseringen är skapandet av möjligheterna till självreflektion. Människor går från att vara aktörer till att bli observatörer – från handling till kommunikation¹⁸. Systemet observerar sig

¹⁸ I sista kapitlet kommer jag att resonera kring vad jag kallar prat och samtal som verbala handlingar.

självt. Det kan dock inte förändras, eftersom det observerar sig självt med samma kategorier som konstituerar det, men det stannar tillfälligtvis.

... when people become employees they are socialized, or rather, acculturated, into working life, with its norms, customs, and routines. After a time, however, the original message becomes lost or obsolete. A reform is a method of re-training employees other than sending them to a course; the reform is more expensive, but it involves everybody. 'Back to basics' is often a message of the reformers, suggesting that the main mission of an organization was forgotten in the hassle of everyday management. (Czarniawska 2004a, s. 6)

Syftet är vanligtvis att avskaffa gamla rutiner och införa nya. För det mesta kommer de nya rutinerna in utifrån via konsulter, men socialt och kroppsligt minne är oftast starkare än kognitiva omformuleringar, vilket gör det osannolikt att sättet att tänka och handla kommer att förändras som ett resultat av konsulternas intervention. Dock kan sättet en organisation presenterar sig gentemot offentligheten ändras, vilket kanske är den huvudsakliga nyttan av konsultarbete enligt Czarniawska. Utrymmet som öppnas, ett liminalt tillstånd i författarens språk, kan istället möjliggöra uppkomsten av spontana uppfinningar. Lösningar som uppstår som en oförväntad konsekvens skulle kunna vara den primära nyttan med reformer. Det är dock inte säkert att reformen producerar ett liminalt rum av öppenhet för kreativitet. Liminala rum kan även vara en ”skärseld” – många reformer skapar både hets och olust för både reformatorer och de reformerade.

Inom det organisationsteoretiska ämnet vid den institution jag studerar, Företagsekonomiska Institutionen vid Göteborgs universitet, har ett flertal avhandlingar kopplade till förändring som tema gjorts i anslutning till tiden då jag påbörjar denna studie. Czarniawska jämför några av dem och uppmärksammar i detta sammanhang Maria Tullbergs (2000) studie av en organisationsförändring på Statens Järnvägar, Carina Löfströms (2003) studie av reformer inom Posten samt Andreas Diedrichs (2004) studie av ett försök att införa ett IT-system på ett stort industriföretag. Czarniawskas svar är att hoppet ligger i improvisation.

I skuggan av framtiden – Modernitetens idéhistoria, en text författad av den Göteborgsbaserade idéhistorikern Sven-Eric Liedman, utgår också från samma allegori. Det gjorde även den då Lundbaserade sociologen Joachim Israel redan på 1970-talet: *Om konsten att lyfta sig själv i håret och behålla barnet i badvattnet* (1971).

Svärigheten framträder i princip alltid så snart den moderna utvecklingen uppfattas som en frigörelseprocess. Upplysningens stora projekt tycks försätta alla i baron Münchhausens prekära situation. Mänskligheten skall lyfta sig själv i håret upp ur okunnighetens, ofrihetens och fördomarnas träsk. Men vem är det som lyfter, och vem blir lyft? (Liedman 1997/2003, s. 187)

På ett liknande sätt som Czarniawska (2004a) kommer jag att använda mig av termen reform synonymt med ”planerad organisatorisk förändring” då initiativet inkluderande LIFT är ett medvetet försök att förändra sjukvårdsverksamheten. Hon poängterar dock att ”planerad förändring” är ett vidare begrepp – reformer förändrar former eller strukturer medan planerad förändring kan handla om innehåll och processer. I de allra flesta fall handlar det dock om en planerad förändring av en organisatorisk form: en struktur, procedur eller rutin. Även Sahlin-Andersson (1999) benämner de idéer hon beskriver avseende organisation, styrning och ledning inom hälso- och sjukvården för reformer, vilket hon jämför med ”förändringsarbete” genom att använda orden som synonymer. Med organisering som ingång blir det en konsekvens att uppmärksamma studier som berör varaktiga styrnings- och ledningsambitioner, det vill säga inte tidsbegränsade projekt. Jag börjar med vad jag kallar ett initiativ och försök att förnya som jag jämför med planerad organisatorisk förändring och reformer som dessa författare förhåller sig till fenomenet.

Studier om reformer har delats in i en mer kritisk skola och en mer hyllande skola (jfr Collins 2004). Martin Rogberg (2006) gör i sin avhandling från Handelshögskolan i Stockholm en indelning i vad han benämner reformstudier och verktygsstudier. Den här studien går en balansgång *mellan* dessa skolor och med det menar jag att min ingångspunkt vare sig är att kritisera eller att hylla *på förhand*. En förskjutning i synen på verktyg håller också på att ta form inom forskningen. När Czarniawska (2004a) skriver om verktyg använder hon på åtminstone ett ställe (2004a, s. 9) citattecken medan när hon fyra år senare redigerar texten refererar hon till verktyg¹⁹ utan citattecken (2008, s. 84). Jag tolkar det som om att delar av fältet går mot en mer generös syn på möjligheterna till att verktyg kan verka som just vad ordet antyder – ett hjälpmedel.

En studie från sidan – fokus

Studiens fokus är att belysa ett *initiativ* och *försök att organisera* introducerat av en ny sjukhusdirektör som kom att inkludera ett *verktyg* som heter LIFT – Ledning i förbättring och tillämpning, med ljuset riktat mot det som initiativet eventuellt sätter i rörelse – i första hand sjukhusets chefer. Det är en *studie på gränsen* mellan studier som riktar fokuset på vad som brukar delas in i reformer och styrambitioner och studier som riktar fokus på ”praktiken” – en studie *mellan reformstudier och praktikstudier* om man så vill. När studien primärt inriktar sig på management, som en konsekvens av försökets inriktning, finner den inte sin hemvist inom praktikstudierna, då management traditionellt ansetts skilt från ”praktiken”. Administration, eller management som jag väljer som motsvarande begrepp²⁰, kan på ett sätt beskrivas som aktiviteter eller ett antal tekniker, som en ideologi och som en elitgruppering (Collins 1998). Och allting är lokalt någonstans. Jag ser därför på aktiviteterna som en managementpraktik.

¹⁹ Redskap för bearbetning av material; (även bildligt) hjälpmedel (saol.se, hämtad 2013-06-03)

²⁰ Management är en lingvistisk synonym till administration som endast nyligen har fått en skild och nästan motsatt betydelse (Czarniawska 1999).

I den etnografiska studien *In Search of Management* visar den brittiske sociologen Tony Watson (1994/2001) att företagsledning kan se ut som en aldrig sinande ström av av formaliserade program (jfr Kallifatides 2002). Och i *Making Sense of Management – a critical introduction* (1996) nämner Lundbaserade Mats Alvesson och Hugh Willmott, också brittisk sociolog, att deras engagemang i management bygger på att de anser att management är ett för viktigt ämne för att lämnas till vad de kallar managementgurus och standardtextböcker. År 2000 förhöll sig Alvesson och Karl Ydén till management på följande sätt: ”Ledarskap är en handling, en ’konkret’ aktivitet”, där de bland annat skriver om ”ledarskap som process” (Alvesson & Ydén 2000, s. 67). Låt mig poängtera att Alvesson och Ydén (2000) sätter konkret inom citattecken. I den här studien kommer jag att gå nära de konkreta aktiviteter som försöket drar igång. Och skilt från att betrakta temat som tautologiskt – förändring av förändring – väljer jag att kalla det *metaförändring* med den förskjutna betoning det medför – förändring på förändring – ett tillägg alltså.

Därtill har jag ett intresse för det tidiga skedet och det är därför en studie i *introduktionen av ett försök att förnya sjukvården* på ett *sjukhus* inkluderande dess mottagande, där jag intresserar mig för processen som jag kallar organisering (Weick 1969; 1995; Bakken & Hernes 2006) snarare än organisation och organisationer. Det är ett etablerat synsätt inom organisationsteorin att organisationer är stabila enheter med tydliga gränser mot ”omgivningen”. Organisationer kan snarare ses som en del av (om)världen och medverkar till att skapa denna – enactment i Weicks vokabulär. Med ett organiseringsperspektiv kan man istället se organisationer som föränderliga och framväxande. Handling och interaktion i ständigt pågående processer skapar via organiseringsorganisation, som ett resultat av handlingar snarare än som en ingång. I organisationen pågår en *dragkamp* mellan olika intressen om vad organisationen är och vad den ska bli. Människor och ting, som jag också kommer till först senare, skapar organisation genom att organisera.

Hur kan man då närma sig sitt studieobjekt? Den holländska forskaren Annemarie Mol (2002, s. 25) som bland annat studerat sjukvården, talar om tre figurationer: bredvid, inuti och över. Czarniawska (2005a) talar om att närma sig från sidan. Det betyder att studieobjektet då vare sig studeras från ”ovan” eller heller ”underifrån”. Därtill anför en studietradition att man kan närma sig från ”utsidan” och från ”insidan” (Bejerot & Hasselbladh 2002) medan den tidigare nämnda inte använder sig av den distinktionen, då den utgår från att forskaren befinner sin inom händelseförloppet, eller ”garbage can” som refereras här (Czarniawska & Joerges 1996). Forskare som specifikt diskuterat forskarens roll i studier av sjukvården, Hasselbladh och Bejerot (2002), påpekade 2002 att nästan allt som har skrivits på svenska tidigare, med främsta undantaget av Erlingsdöttirs avhandling (1999a), är att framställningen är formulerad av dem som är aktivt involverade i att försöka etablera förändringar, som det naturliga sättet att styra organisationer, TQM i det fallet som forskarna avsåg. Författarnas utgångspunkt ligger nära de kritiska studier som gjorts i den internationella forskningen kring TQM (t.ex. Wilkinson & Willmott 1995). Vid samma tidpunkt talar Sahlin-Andersson och Lars Engwall (2002) om forskarens roll i *The expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows, and Sources* och betonar att rollen för vad

de kallar teoretiker är att reflektera och analysera snarare än att driva utvecklingen. Här riskerar jag att slå in öppna dörrar, men från en figuration inom händelsförloppet ser jag ändå kommentaren som motiverad. Mitt förhållningssätt i den här studien är att jag befinner mig inuti det som händer och därmed relaterad till det och dem jag kommer i kontakt med – därmed inte sagt vilken *slags koppling* som dessutom varierar över tid. Jag är osäker på om jag kommer att kunna förhålla mig neutral (jfr Rorty 1989), men jag ska försöka att inte ta parti och om jag når fram kommer texten att nå en icke fixerad jämvikt. Studien är alltså ett försök till en studie från sidan i förhållande till det jag studerar.

I boken *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet* beskriver den norske statsvetaren Kjell Arne Røvik (1998/2000) hur lokala förändringsförsök ofta ingår i större samtida rörelser i samhället. 2007/2008 kom Røvik ut med en efterföljande bok som heter *Managementsamhället: Trender och idéer på 2000-talet*.

Det råder ingen tvekan om att spridningen, adopteringen och verkan av organisationsidéer är ett mycket komplext fenomen som varken är tillräckligt utforskat eller förstått. Därför finns en potential för att utveckla nya insikter om detta fenomen genom att använda metaforer. (Røvik 2008)

På 1990-talet kom många starka profetior om att det nya millenniets organisationer skulle bli radikalt *annorlunda* utformade än ”den gamla tidens” organisationer (Røvik 2008, s. 87) och vid millennieskiftet talades det frenetiskt om plattare, flexibla och mer processororienterade verksamheter. Då idéer vanligtvis är betydligt mer tidlösa och universella än de lokala berättelserna gör gällande, enligt Røvik (2008, s. 295), kommer jag att bland annat använda mig av Røviks olika klassificeringar av idéer, trender runt millennieskiftet samt hans försök att säga något om framtidens idéer för att på det sättet kunna närma mig ett sätt att se på organiseringsförsöket i relation till tidens florerande idéer. Røviks fokus, som syns i titlarna, har förskjutits *från organisationer (2000) till management (2008)* i dessa texter.

Redan här vill jag nämna att jag, likväl som till exempel SKL:s rapporter, Røviks böcker och Czarniawskas texter ovan, har förskjutit fokus för mitt forskningsintresse under studiens nära tio års arbetstid (jfr Hasselbladh m.fl. 2008). När någonting börjar beror också på vilken ingång man tar som forskarstuderande (jfr Strannegård 2003). När jag nämner Røviks böcker ovan fokuserar jag på två årtal: 1998/2000 och 2007/2008 för den norska respektive den svenska utgåvan²¹. Det gör jag bland annat också för att betona att det inte är självklart när någonting börjar. Nu ska jag börja där studien behöver börja för att försöka göra sig relevant för ett samtal pågående i det fjärde året i det nya årtiondet i det nya seklet och millenniet – 2013. Jag förskjuter alltså startpunkten för studien från organiseringsförsöket med hjälp av ett specifikt organisationsrecept (Røvik 2000) till det organiseringsinitiativ (Collins 1998) som togs två år tidigare av en då nyutträd sjukhusdirektör – som ett sätt att koppla

21 Jag har använt de svenska texterna – 2000 och 2008.

initiativet mer direkt till managementsamhället (Røvik 2008), eller hellre managementpraktiken och introduktionen av ett organiseringsförsök. Med andra ord, jag följer Røvik, i det här avseendet, från ”organisationstänkande” till ”managementsamhället”. Till temat förändring adderar jag temat management med hjälp av ovanstående författare.

För att ta möjligheten att se de små aktiviteterna i vardagen tar jag hjälp av Weick – organisering och enactment är ingångsbegrepp. Jag betraktar försöket som ett led i en pågående omvandling av sjukvården som bedrivs av kollektiva rörelser, det vill säga processuellt och kontextuellt – management i sjukhusvården under 2000-talets första decennium framför allt i Skandinavien.

Innan jag går vidare till en litteraturgenomgång – som gjordes för flera år sedan i anslutning till insamling av fältmaterial och jag är inte säker på att allt är en gårdagshistoria – något om vad man kan förvänta sig av resterande del av boken, dock med en början i en sammanfattning av det här kapitlet.

Avhandlingens disposition

I dagens samhälle pågår *ett samtal om en sjuk vård*. Inledningsvis gavs *tre olika bilder av pratmakare vid två olika tillfällen* – vid studiens början 2003/2004 samt vid tiden jag följer försöket framför allt genom media vid det första decennieskiftet i det nya århundradet. Texten har också uppdaterats med några aktuella uppgifter i fotnoterna med flera platser när texten går mot sin slutredigering sommaren 2013. Bilderna framfördes av representanter för Svenskt Näringsliv, SKL samt media – i det här fallet GP där en hemligstämplad studie gjord av Chalmersister diskuterades och vid en senare tidpunkt Uppdrag granskning, Svenska Läkaresällskapet samt SKL återigen. Dels visar jag olika bilder med olika räckvidd som alla deltar på sitt sätt i samtalet och dels visar jag förskjutningar över tid. Sedan gör jag en kort beskrivning av de rådande institutionella omständigheterna inom sjukvården innan jag beskriver det initiativ till förändring som tas på Södra Älvsborgs Sjukhus. Därifrån går jag vidare till att beskriva mitt perspektiv – organisering samt motiverar varför jag gör ännu en studie av ett försök att organisera och använder mig av frågan om det är möjligt att lyfta sig själv i håret. Sista avsnittet i kapitlet beskriver fokus och studieobjekt – *introduktionen av ett initiativ och försök till organisering*. Mitt förhållningssätt är att studera organiseringsförsöket från sidan, dock kopplad i något och över tid varierande slag, till mitt studieobjekt.

För att sätta in organiseringsförsöket i ett sammanhang gör jag en litteraturgenomgång i kapitel två, där jag börjar med att gå igenom studier av sjukvården och studier av management samt dess reformer, omvandlingsförsök, styrambitioner etc. för att därefter gå över till att behandla olika idéer, koncept, recept, och eller verktyg (beroende på hur man väljer att se på dessa) så som de utvecklats över tid – först på ett allmänt plan och därefter specifikt i relation till sjukvården. Kapitlet avslutas med hur man kan studera förändring och mynnar ut i ett mer preciserat val av perspektiv baserat på litteraturgenomgången, vilken också möjliggör en formulering av

forskningsfråga. Litteraturgenomgången putsar ett fönster som gör det möjligt att se vad studien kommer att inskräpa fokus kring.

I kapitel tre beskriver jag mitt tillvägagångssätt relaterat till insamling, hantering och rapportering, av material samt en reflektion kring hur jag arbetat på fältet samt i relation till förändringstalespersonerna.

Kapitel fyra till åtta beskriver material från fältet och vidare samt avrapporterar studien i form av delar av händelseförloppet under 2000-2010, samt några tillbakablickar och framåtblickar. Kapitel fyra behandlar år 2000-2002, kapitel fem år 1991-2002, kapitel sex och sju år 2003-2005 och kapitel åtta visar tre språkrörs tal som utvärderar processen år 2007-2008 följt av ett avsnitt som följer processen vidare år 2008-2010 samt ett antal glimtar från år 2012. I kapitlen ingår sammanfattande kommentarer.

Kapitel nio bygger ut en analys och avrundande diskussion, vilka sammanfattar de viktigaste resultaten, analyserar vad de innebär i vidare betydelse samt adderar studiens slutsatser. Dessutom följer rekommendationer samt förslag till vidare forskning.

Kapitel 2. Sjukvård, management och förändring

Litteraturgenomgången som följer består av tre delar: Här kommer jag först att beskriva ett antal studier av sjukvården, följt av studier av management och dess organisationsrecept, reformer och verktyg i tid och rum samt avslutningsvis olika, även här över tid och plats, relaterade sätt att studera förändring som kommer att mynna ut i formulerandet av min forskningsfråga. Jag vill betona att avsnitten inte på något sätt är ömsesidigt uteslutande. Det är en indelning där studier kommer att återkomma, överlappa och ibland verka motsägande.

Studier av sjukvården

I följande avsnitt går jag över till att skildra den svenska sjukvården och dess aktörsgrupperingar för att ge en bakgrund till i vilka omständigheter det studerade organiseringsförsöket befinner sig, vilket följs av en genomgång av studier av omvandlingsförsök av sjukvården i Sverige. Därefter går jag över till att beskriva hur man resonerar kring forskningsansatser gällande professioner i några, då studien inleddes, aktuella brittiska artiklar samt ger exempel på vad som gjorts inom svenska studier. Brittiska studier är här av speciellt intresse, eftersom Sverige brukar imitera Storbritannien (Erlingsdóttir 1999a; Furusten 2002). Mike Dent, som är en brittisk sociolog, jämför i en studie från denna tidpunkt (2003a) europeiska akutsjukhus och visar att den svenska sjukvården har många gemensamma drag med den nederländska. Andra länders sjukvård han jämför inbördes är Storbritannien och Frankrike, Tyskland och Italien samt Polen och Grekland, vilka utgör de jämförelsepar han använder. Avslutningsvis summerar jag ett antal, vid samma tidpunkt, aktuella studier av sjukvården som gjorts inom (Brittiska) Samväldet, vilka beskriver hur aktörer inom sjukvården hanterar motstridiga diskurser: till exempel dem mellan profession och management. Sjukhus som professionella organisationer; ledning, styrning och organisering av sjukvård; reform- och förändringsförsök inom sjukvården samt professionella och managers inom detta fält – har varit utgångspunkten för litteratursökningen. Övriga studier relaterade till hur sjukvårdens aktörer uppfattar och hanterar sin tillvaro som kommit i min väg har också varit av intresse.

Sjukvården – en professionaliserad sektor i omvandling

Den professionella och politiska regleringen av sjukvården är typiskt för åtminstone de skandinaviska länderna. Fördelningen av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper är ofta reglerad av lagar, regler och traditioner som uppstått och utvecklats utanför själva sektorn (Sahlin-Andersson 1999).

Katarina Östergren och Kerstin Sahlin-Andersson (1998) har beskrivit sjukvårdsorganisationen som tre skilda världar: den professionella, den administrativa och den politiska, där varje värld har sina principer och handlingslogiker. Maria Blomgren (1999) talar om ytterligare en logik: omvårdnadslogiken, där omvårdnad traditionellt bestått av dels sjukskötsel som enbart utförts av sjuksköterskor och dels allmän omsorg som varit undersköterskornas domän. I praktiken består sjukvården av betydligt fler världar (t.ex. Einarsdóttir 1997; Hallin 2000), vilka skulle kunna kallas

för subvärldar eller subdomäner knutna till olika yrkesgrupper och arbetsplatser. Bo Hallin och Sven Siverbo (2003) menar dock att när övergripande organisation och styrning är i fokus är det befogat att tala om de tre domäner som Östergren och Sahlin-Andersson beskriver. I anglosaxisk litteratur skiljer man mellan profession och yrke (occupation) – bara några yrken är professioner (Abbott 1988). Sjukvård är ett typiskt exempel: traditionellt var läkare en profession och sjuksköterska ett yrke, men numera pågår det en professionalisering av sjuksköterskeyrket (Blomgren 1999).

Professionella organisationer definieras av att ha en övervägande del yrkesgrupper med hög grad av professionalisering. Professioner är de yrkesgrupper, som genom ett organiserat strävande tillåts institutionalisera ett kunskaps- och yrkesmonopol. Inga Hellberg (1991) skriver att det är professionernas anspråk på diskretion i yrkesutövningen som är den primära kraftkällan i professionaliseringen, vilken grundar sig på en verksamhet eller arbetsuppgift som inte kan rutiniseras eller automatiseras eftersom den innehåller unika och varierade moment som inte kan förutsägas. Diskretionskravet innebär följaktligen frihet och rätt att besluta och handla utan annan kontroll än det egna omdömet. De som underordnar sig yrkesutövarens diskretion tillskriver legitimitet till verksamheten och basen för diskretionen är vetenskaplig och erfarenhetsmässigt förvärvat kunskap.

Betoningen av och indelningen i professionella grupper har även ifrågasatts. Caroline Waks (1999) som har studerat arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningen mellan professioner på en ortopedisk klinik skriver att yrkesidentitet snarare formas utifrån kontexten än från professionen och att handlingsmönstret är mer knutet till tid och plats än till yrkesgrupp. Waks (2003) bygger vidare på detta resonemang i sin avhandling där hon studerar sjukgymnasters samarbete inom och mellan grupper och deras arbetsorganisation – en studie jag kommer att återkomma till.

Här kommer jag först att beskriva den medicinska professionen, management samt läkare som chefer följt av ett delavsnitt om den ökade ”managementiseringen” (Furusten & Lerdell 1998).

Medicinsk profession, management samt läkare som chefer

Läkaryrket är en av världens äldsta professioner och läkarna som yrkesgrupp kännetecknas i hög grad av egenskaper som är utmärkande för professioner: systematisk teori utvecklad ur det område professionen omfattar, auktoritet att i kraft av sitt kunnande ha rätt att yttra sig, samhällelig sanktion i det att samhället uppfattar professionen som nödvändig, etiska koder kring verksamheten och en gemensam kultur. Kunskapsövertaget har tillsammans med stark kollegialitet bland läkarna medverkat till att de utvecklat en stor självständighet i sin yrkesutövning. Läkarnas position i hierarkin är kopplad till utbildningens längd och status. Kirurgi är en specialitet med hög status, medan specialiteter som geriatrik, psykiatri och allmänmedicin har lägre status. Att arbeta på sjukhus, särskilt på universitetsklinik, värderas högre än arbete i den öppna vården, på vårdcentraler och liknande. Inom den professionella hierarkin pågår en fortlöpande kamp om resurser, prestige och inflytande i organisationen enligt Hallin och Siverbo (2003).

Enligt Sveriges läkarförbunds etiska regler ska läkaren ”i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud” (slf.se). Hos den enskilde läkaren byggs värdesystemet upp under utbildningen och i interaktion med kolleger. Den successiva betoningen av teori och praktik gör att professionsmedlemmarna med tiden liknar varandra alltmer i synsätt, värderingar och attityder gentemot omvärlden. Läkarnas värdesystem innebär att de känner en lojalitet mot patienter och den egna professionen snarare än mot organisationen och dess ledning. En historisk förklaring till de starka professionerna inom sjukvården är att den medicinska professionen var först in på arenan. Därefter kom de förtroendevalda och administratörerna.

För den administrativa ledningen, eller management som jag väljer som motsvarande begrepp (se introduktionskapitlet), är effektivitet främsta idealet: en kvalitativt god sjukvård till låg kostnad, både som inre och yttre effektivitet (där den sistnämnda främst är en politisk uppgift). Ekonomin är central och det finns en allmän acceptans för att ekonomin sätter gränser för verksamheten. Att arbeta för en effektiv verksamhet är ett sätt för management att få en tydligare identitet och skapa legitimitet för sin roll i organisationen hos politikerna.

Studier som belyser mötet mellan profession och management förekommer också. Charlotta Levay (2003) studerar läkare som går in i ett chefskap. Hon har studerat medicinsk specialisering och läkares ledarskap på tre olika kliniker. I studien om ledarskapet på anestesikliniken framförs att dagens chefer inte beundras lika mycket av yrkeskollegerna som tidigare. Cheferna beskrivs som gisslan, som ofrivilliga fångar, i dålig ekonomi i ett köp- och säljsystem. Det är vidare viktigt vem som är chef, det vill säga vilken identitet chefen har. I samma studie redovisas att anesthesiologerna inte kan acceptera en kirurg som chef, inte heller en sjuksköterska eftersom de anser att det skulle försvaga deras position till andra specialiteter. Chefen måste vara en disputerad anesthesiolog. Vidare ska en chef företräda arbetsgivaren, vilket kan vålla lojalitetskonflikter. Mötet mellan profession och management hos en och samma person ställer alltså krav på både kunskaper relaterade till personens specifika yrke/profession och samtidigt en förståelse för organisationens behov som helhet och en förmåga att agera i ett bredare perspektiv. Managementtänkandet har dock fått ett ökat inflytande under senare tid, där näringslivets idéer utgör en väsentlig inspirationskälla för de ledningsrelaterade reformerna inom sjukvården.

Ökat managementtänkande och ekonomisk medvetenhet i sjukvården

Staffan Furusten och David Lerdell (1998) talar om ”managementisering” av offentlig verksamhet som en våg som sköljer över västvärlden vid sidan av marknadsiering, företagisering och organisering. Det sistnämnda avser en tendens att allt fler kollektiva handlingar definieras som att de sker i organisationsform: att allt fler sociala enheter väljer att presentera sin verksamhet som att den skulle ha en identitet, vara rationell och kunna styras och kontrolleras via en hierarki. Managementiseringen innebär att organisationers resultat ses som en funktion av vad cheferna gör och att allt fler sociala processer bedöms behöva chefer.

Den professionella självständigheten förefaller att ha minskat under de senaste decennierna (se t.ex. Östergren & Sahlin-Andersson 1998; Nilsson 1999). Det är ekonomins ökade betydelse och en därmed förändrad diskurs inom sjukvården samt en närmare uppföljning av verksamheten som har inneburit att management och politiker har flyttat fram sina positioner, enligt Hallin och Siverbo (2003). Läkarnas intresse för ekonomi uppkom när de märkte att de kunde påverka sina intäkter och att systemet med prestationsfinansiering medgav en expansion. Därför blev de också besvikna när prestationsfinansieringen begränsades. De registreringssystem som finns idag har medfört att läkarna inte längre har ett lika stort kunskapsövertag. Kanske är läkarna av den anledningen lättare att styra idag, menar Hallin och Siverbo (2003).

Maria Blomgren (1999) som har studerat sjuksköterskorna visar att de till en början var skeptiska till beställar-utförar-modellen men motvilligt började acceptera den efter ett tag. De ansåg sig tvingade att godta den ökade ekonomiseringen och dessutom såg de en möjlighet att flytta fram positionerna för sin yrkesgrupp. De kunde använda ekonomiska argument för att få mer ansvar och utökade arbetsuppgifter, vilket utvecklade sjuksköterskeyrket.

Dessutom har de ekonomiska restriktionerna ökat framförallt sedan början på 1990-talet – Det är en konstant resursbrist i det offentligt finansierade sjukvårdssystemet och alla grupperingar tvingas att acceptera att hälso- och sjukvårdsstrukturen inte växer lika snabbt som tidigare.

Sammantaget har den medicinska professionens autonomi naggats i kanten från olika håll. Management och politiker för en grundligare uppföljning av verksamheten. Sjuksköterskorna har målmedvetet arbetat för en professionalisering av sitt yrke och ett ökat ledningsansvar i verksamheten. Medicinsk information har blivit mer tillgänglig för medborgarna och patientens ställning har stärkts i lagstiftningen. Även internt har synen på patienten förändrats. Lars Nordgren, som arbetat trettio år i sjukvården som ekonom, utvecklingschef, organisationskonsult och sjukhusdirektör, diskuterar i sin avhandling (2003) ankomsten av marknadstänkande i sjukvården. Han menar att det skett en förskjutning av patientens position mot ett mer kundinriktat synsätt. Betydelseförskjutningen mot till exempel ordet kund kommer till uttryck genom att begrepp som kund, val, vårdpeng och rätt sprider sig till sjukvården där de används och legitimeras. Den förskjutning av patientens position som äger rum innebär att den medicinska diskursen kompletteras med marknadens språk och rutiner som bidrar till att förändra sjukvårdens organisation.

I nästa avsnitt kommer jag att belysa ett antal studier av reformförsök inom svensk sjukvård över tid med början i en studie påbörjad i mitten av 1980-talet.

Försök till omvandling

Omarrangering

av en begränsad mängd idéer vid decentralisering och tidig NPM

Hur det kommer sig att omorganisering av sjukvården ofta karaktäriseras av kampanjer och standardisering, vilka endast ger små effekter på vardagsarbetets rutiner, frågar sig Leif Borgert (1992) från Stockholms universitet i sin avhandling. Han undersöker, under slutet av 1980-talet och de första åren under 1990-talet, tre då samtida organisatoriska idéer i svensk sjukvård: basenheten (utgångspunkt och den minsta oberoende administrativa enheten i den decentraliserade organisationen), verksamhetsplanering (ett styrinstrument för decentralisering: en procedur för att sätta mål och formulera strategi för basenheten) samt Dalamodellen (en marknadsorganiserad struktur av sjukvårdsorganisationen). Det gemensamma med dessa tre idéer är att de diskuterades eller tillämpades i praktiskt taget alla landsting eller motsvarande under början av 1990-talet, enligt Borgert, och därför är goda exempel på tidsandan när det gäller organisationstänkande. De fördelar man trodde sig vinna genom Dalamodellen var att patienterna skulle få bättre service, politikerna skulle få tydligare roller och de anställda skulle få större befogenheter och ansvar. Införandet av den nya organisationen skulle också kombineras med rationaliseringsåtgärder för att bringa ner kostnaderna. Borgerts slutsats presenterar en bild av sjukvårdsorganisationen som ett modefenomen och som han säger en process av ”diffusion” och (om)tolkning som syftar till att skapa ordning. Organisatorisk förändring kan på detta sätt ses som en form av ”kaleidoscoping”, det vill säga omarrangering av en begränsad mängd idéer på ett sätt som är förenligt med tidsandan. Detta leder till vågor av mode, vilka endast har mindre effekt på mikrovärlden inom sjukvården, till exempel interaktionen mellan patient, sjuksköterska och läkare enligt Borgert.

Likhet i reformer och variation i praktiken vid NPM

1999 samlades ett flertal studier av olika specialiteter, olika typer av sjukhus och olika nivåer i sjukvården i en antologi (Bentsen m.fl. 1999) kring reformer inom dansk och svensk sjukvård, som jag omnämnde redan inledningsvis. Här skriver Sahlin-Andersson om att dessa studier har visat att likheterna är påtagliga när det gäller vilka reformer som genomförts. Liknande termer, modeller, förhoppningar och förebilder återfinns i stora delar av världens sjukvård. Samtidigt uppvisar sjukvården påtaglig variation mellan länder, specialiteter och sjukhus. Reformerna uttrycker för det första varligen en ambition att förbättra styrningen och då avses framförallt att det är ledningen inom en verksamhet som ska få bättre möjligheter att styra. Sammankopplat med styrambitionen är betoningen av samordning. I viss mån men inte lika tydligt återkommer drag av marknadsskapande och konkurrens. Ett tredje drag är betoningen på mätbarhet, dokumentation, redovisning och revision. Samtliga tre trender hänger också samman med att sjukvården i ökad utsträckning ställts inför nya ekonomiska krav. Reformeringen görs enligt managementlogik sedan 1980-talet och har utgått från och drivits som reaktion på en spridd misstro samtidigt som de i sig uppmärksammat problem och spätt på en misstro mot sjukvårdens tradition.

Sjukvårdens reformering är därför i hög grad reaktiv. Reformerna har innefattat sådana former för styrning, ledning och organisation som redan är välkända och som därmed har hög trovärdighet.

Sahlin-Andersson menar att reformerna har lanserats som nya, varigenom ett tydligt brott mot tidigare utveckling har markerats. Därför tycks det också viktigt för reformatörerna att reformerna initialt inte är grundade i eller knutna till sjukvårdens praktik. Samtidigt som brottet mot det gamla är en mycket påtaglig del av reformeringen är det mindre klart var den tänks leda. Framtiden beskrivs gärna i allmänna termer som effektiv, kvalitativ och styrbar. Gemensamt för reformerna är vidare att de inspirerats av en generell diskussion om vad som kännetecknar effektiva organisationer och de har introducerats av personer som kunnat hänvisa till erfarenheter från annan verksamhet än sjukvården. Mötet mellan reform och praktik sker först efter det att reformerna har lanserats. Studierna visar att alternativen tycks vara få. Ätminstone större reformer tycks följa de dominerande trenderna. För den som väljer förnyelse tycks det inte finnas mer än en tydlig väg utstakad. Sahlin-Andersson och hennes kolleger efterfrågar fler lokala experiment.

Ändå visar studierna i antologin på stora variationer när det gäller hur styrning, ledning och organisation går till i praktiken. Bakom en likartad terminologi återfinns olika praktiker och kombinationer. De olika modellerna har införts och översatts i olika sammanhang. Det handlar om varianter på alternativen, snarare än nya alternativ. Varianter har utvecklats genom att modellerna redigeras när de sprids. I några av studierna där man följt en och samma modells resa över tiden ges de olika betydelse i olika tidpunkter (Erlingsdóttir 1999b) och av olika grupper (Lindholm 1999). Modellerna omformuleras, översätts eller redigeras om när de sprids (Czarniawska & Joerges 1996; Røvik 1996; Sahlin-Andersson 1996). Detta kommer jag att återkomma till i avsnittet som beskriver val av perspektiv.

Trots att reformer i det korta perspektivet kanske inte alla gånger direkt påverkar handling så mycket kan de ha en mer genomgripande och långsiktig påverkan, påtalar Sahlin-Andersson (1999). Reformerna ger många gånger inte så tydliga instrumentella effekter men däremot är de identitetspåverkande genom att modellerna för med sig en logik som kan få avgörande effekter på det sätt man identifierar vad som är rimligt, möjligt, problematiskt och önskvärt inom sjukvården. Sahlin-Andersson drar slutsatsen att reformatörer lägger alldeles för liten vikt vid att organisera den lokala översättningen av reformer och att involvera sjukvårdens personal i diskussioner och omprövning av sjukvården. Denna brist på integrering har i många sammanhang förklarats av att reformatörerna kanske inte i första hand försöker förändra den interna arbetsorganisationen, utan snarare sjukvårdens identitet och trovärdighet – reformerna utgör en signal till en utvärderande och bedömande omgivning snarare än att försöka organisera arbetet. Vidare täcks inte politik och profession av jämförelserna med privata företag, vilket många gånger lett till att just dessa aspekter av sjukvården setts som särskilt svåra att hantera vid reformer. Reformerna har också i viss utsträckning inriktats på att minska betydelsen av politik och profession.

Många av de nya reformerna har syftat till att bryta igenom professionsgränser och inordna de olika yrkesgrupperna i en gemensam organisation. Ändå är det tydligt att de professionella gränserna är så starka att professionerna förmår underordna de införda reformerna under en professionell logik. I några studier (Blomgren 1999; Lindholm 1999; Waks 1999) framgick att den införda ekonomistyrningen med sin starka betoning på dokumentation, mätbarhet och redovisning på vissa håll lett till att läkarna som haft högst professionell status och en lång tradition av utvecklad dokumentation, mätning av effekter och redovisning (om än i medicinska snarare än ekonomiska termer) ytterligare stärkts genom de nya reformerna på bekostnad av grupperingar som haft lägre grad av professionalitet. De införda ekonomistyrningsreformerna har i viss mån kunnat utnyttjas i yrkesgruppers professionaliseringssträvanden för att stänga ute andra och stärka professionella gränser, vilket speciellt framkommer i Blomgrens (1999) studie av sjuksköterskorna.

Men som påpekas av Caroline Waks (1999) så är professionella gränser inte givna eller absoluta. I praktiken sker hela tiden en förhandling om gränserna, ett samarbete och förflyttande av gränser, ett överbryggande, rivande och byggande av professionella gränser. Medan de nya styrteknikerna i vissa sammanhang stärker de professionella gränserna har de i andra miljöer bidragit till att andra enheter än professionella grupperingar blivit viktiga.

Sålunda kan reformerna samtidigt få olika, delvis motsatta, verkningar – de kan stärka professionernas autonomi och de kan minska professionernas autonomi – beroende på vilket sammanhang de införs i, hur de översätts och införlivas i det lokala sammanhanget samt vilka grupperingar som haft störst inflytande över modellernas lokala redigering enligt Sahlin-Andersson.

Reformatörerna är ofta högre administratörer och politiker. Byte av sådana centrala aktörer följs ofta av reformer och aktörerna är ofta bärare av reformidéer och reformerfarenheter. Hur de sedan påverkats av reformerna vet vi mindre om, enligt Sahlin-Andersson. Hon har därför vid ett senare tillfälle studerat politikernas *Ledning på distans* tillsammans med Blomgren (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003).

Likheterna i reformer och variationen i praktiken med de delvis motsatta effekterna vid NPM-tiden kan alltså till viss del förklaras av att reformatörerna snarare har varit inriktade på att förändra sjukvårdens identitet och trovärdighet än dess interna arbetsorganisation. Nästa studie är ett exempel på hur en sammanslagning av flera sjukhus kan gå till under tidsperioden som betonar samverkan och samordning under slutet av 1990-talet.

“Hela havet stormar” – en sammanslagning av flera sjukhus

Bo Hallin (2000) studerade hur en ny ledningsorganisation etablerades när Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) uppstod 1997 genom en sammanslagning av tre sjukhus. Efter 20 månaders etableringsprocess avgick den nytillsatte sjukhusdirektören och ledningsorganisationen var i kris. Hallin visar på flera

förklaringar till krisen, som även beskrevs som ”hela havet stormar”, bland annat bristande handlingskapacitet, personalens meningsskapande kring ägarnas uppdrag och aktörernas olika motiv med sammanslagningen. Etableringen av SU har även studerats (med frågetecken) av Östen Ohlsson (2001) *Sammanslagna sjukhus?* och Björn Brorström (2004) *Den stora vändningen?*

Politiker, administrativ ledning och den medicinska professionen är som tidigare diskuterats tre ledande aktörer i styrningen av sjukvården. I gränssnittet mellan de tre domänerna finns fortlöpande konflikter som bland annat handlar om vilken rollfördelning som gäller. Läkarna anser att politikerna intervenerar i den operativa verksamheten och lägger sig i löpande driftsfrågor. Politikerna anklagar den medicinska professionen för bristande lojalitet och dålig respekt för politiska beslut. Ibland gör två aktörsgrupperingar gemensam sak mot den tredje. Politiker och professionella går ihop för att påverka ledningen. I andra situationer kan ledning och politiker förenas för en attack mot de professionella. Däremot går inte management samman med de professionella för att angripa politikerna, i varje fall inte så att det syns offentligt, påtalar Hallin (2000).

Flera av de i den här texten redovisade svenska analyserna gäller tidigare situation inom sjukvården och forskningen inom detta fält. På sistone har man reviderat även de gamla antagandena om till exempel konflikten mellan professionella och managers. Jag vill därför gå över till att redovisa några brittiska artiklar som gör en genomgång av professionslitteraturen.

Från ett fokus på profession till ett fokus på diskurser

Fokus på professioner i brittiska och svenska studier

I de följande brittiska artiklarna betonar man dels skillnaden mellan professioner i olika typer av verksamheter vid reformarbete (t.ex. revision, juridik och statlig verksamhet) och dels heterogeniteten inom grupperingar av professioner. Efter varje delavsnitt kommer jag att återknyta till vad som gjorts inom svenska studier.

Skillnad mellan professioner i olika verksamheter vid reformarbete

Ian Kirkpatrick och Stephen Ackroyd (2003) från Leeds University respektive Lancaster University, diskuterar olika orsaker till efterfrågan på förändring i professionella organisationer. De menar att mycket beror på i hur stor utsträckning de professionella äger eller kontrollerar de formella organisationerna och i vilken utsträckning de har möjlighet att förhandla om grader av självständighet. Kirkpatrick och Ackroyd menar att professionella grupper som dem inom revision och juridik är framgångsrika i detta avseende och att det därmed är mer sannolikt att dessa kommer att vara nyckelgrupper i att driva förändring. Inom den offentliga sektorn har de professionella varit mindre framgångsrika att hävda autonomi och kontroll över deras organisationer: Managementidéer kan förespråkas oavsett professionella grupperingars intressen, eftersom de uppfattas som policymål för förbättrad statlig reglering eller effektivitet. Även om professionella grupperingar kan spela viss roll i

spridandet av förändringsidéer så är de inte nyckelaktörer när det gäller att initiera sådana förändringar påtalar Kirkpatrick och Ackroyd.

Administrativ omorganisering kan uppfattas som ett medel för att öka konkurrens och hjälpa professionella att behålla kontroll över nyckelmarknader inom vissa yrkesgrupper (speciellt bland revisorer och advokater). Förändring kan också uppfattas som en möjlighet att utsträcka jurisdiktionen, det kunskapsområde som kontrolleras av professionen, för att komma över tillgångar som relateras till management samt ökade ekonomiska ersättningar. Inom statliga professioner är fördelarna av managementreformer mindre uppenbara för de professionella grupperna. Inom dessa områden kan den låga entusiasmen för förändringar förstås genom de professionella gruppernas ålagda karaktär men också genom att omstrukturering kan uppfattas som ett försök att underminera professionellt inflytande generellt. Utifrån detta synsätt kan dessa grupperingar ha ett intresse av att behålla ett svagt och ineffektivt management.

Kirkpatrick och Ackroyd menar vidare att olika gensvar på förändring också kan förstås utifrån olika former av kulturellt kapital, så som de uppfattas inom professionerna. Å ena sidan är professionella anspråk baserade på en kommersialiserad version av professionalism, som betonar tekniska förmågor, ledarskapsfärdigheter och ekonomiska ersättningar. Denna bild kan kontrasteras mot professionalism som baserad på ett "social service ethos" och den associerade principen om att erbjuda en tjänst baserat på behov snarare än möjligheten att betala. Vissa professioner som revisorer kan tänkas acceptera ideologin kring effektivitet i deras egen verksamhet medan andra inte gör det. Professioner inom den offentliga sektorn har speciellt differentierat sig markant från administration och har traditionellt undvikit managementangelägenheter (speciellt i relation till att kontrollera resurser). Dessa grupper är mindre villiga att stödja förändringar delvis eftersom deras professionalism grundar sig på ett socialt etos menar Kirkpatrick och Ackroyd.

Exempel på studier av professioner i Sverige är till exempel Inga Hellbergs studie av veterinäryrket (1978) och akademiker i offentlig tjänst (1991), Karin Winroths (1999) studie av advokaters möte med management samt studier av läkaryrket, till exempel Torgerdur Einarsdottirs (1997) studie *Läkaryrket i förändring: En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering* samt Charlotta Levays (2003) studie *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*.

Betoning av heterogenitet inom professionella grupper

Mike Dent (2003b) från Staffordshire University visar i sin genomgång av professionslitteraturen att det som utgjort ett karaktärsdrag inom samtida organisations teori och sociologiskt tänkande kring professionalism och professioner nu håller på att markera ett fundamentalt skifte från tidigare ansatser. Man försöker upplösa mängden av uppdelningar och betoningen ligger nu mer på relationerna mellan och inom grupper, snarare än på binära motsatser. Studier visar att det för det

första har skett en erosion av indelningen mellan professionell-managerialistisk. Det är inte längre ett antagande att relationen mellan professionella och chefer är antagonistisk. Professionella blir allt mer involverade i management. För det andra har det inom den privata sektorn, till exempel inom revision och hos ingenjörer blivit allt mer accepterat med vad som kallas kommersialiserad professionalism. Denna version av professionalism betonar entreprenörskaps- och management-förmågor. För det tredje har ”professionalism” blivit en erkänd del i managements vapenförråd: ett medel för att uppmuntra till samtycke och för att berömma dygden av professionalism som en disciplinär logik bland personalen. Personalen förväntas demonstrera initiativ i att erbjuda högkvalitativa tjänster såsom de definieras av management.

Även Catherine Farrell och Jonathan Morris (2003) från University of Glamorgan respektive Cardiff University talar om relationerna mellan och inom olika yrken framför att betona professionella grupperingar genom att peka på tre grunddrag inom professionslitteraturen. För det första handlar det om interaktion, gränssnitt och potentiella spänningar mellan professionella och managers, där de sistnämnda representerar diskursen kring managerialism och NPM och de förstnämnda sägs försöka behålla sin autonomi. Författarna menar att detta är en ganska grovt tilltydlig deterministisk syn på personliga, yrkesmässiga och organisatoriska relationer, vilken argumentativt underminerar den vardagliga samarbetsdynamiken som är nödvändig i alla organisationer. För det andra förutsätter detta att managers själva har tagit till sig managerialismen och NPM. Många chefer har verkat som administratörer inom offentlig sektor och är lika mycket motståndare till den nya diskursen som de professionella. Detta antyds i flera studier men endast delvis eftersom det övervägande fokuset har riktats på de professionella snarare än på cheferna: Det existerar därmed en betydande forskningsöppning här enligt Farrell och Morris – något jag vill ta fasta på. Till sist indikerar forskning i den privata sektorn att speciellt mellanchefer ofta också är motståndare till förändring. Om de inte är uttalat motståndare kan de istället vara passiva aktörer i förändringsprocessen snarare än förespråkare för en ny managerialism.

Mycket av den tidigare litteraturen kring professionella inom offentlig sektor i Storbritannien var extremt pessimistisk, menar Farrell och Morris. En ökad managerialism inom offentlig sektor skulle leda till minskad professionell och finansiell autonomi för professionella grupperingar till fördel för den ökande grupperingen managers och många av reformerna ansågs syfta till att management skulle få kontroll över de professionella: Professionella skulle bli förlorare och managers vinnare. Den rådande nästan klassiska analysen av professionella som defensiva och exploaterade kontrasterar skarpt mot 1970-talets syn på professionella och professionell makt som representant för överdrivna krav, misslyckanden i professionellt ansvar och avsaknaden av professionell neutralitet. Denna bild av professionella som hotade och defensiva har i allt större utsträckning blivit modifierad genom empiriskt baserad forskning, vilken pekar på heterogeniteten hos professionella som grupp. För Farrell och Morris handlar den kritiska frågan om management av expertkunskap, inte de professionella positionerna per se. Överhuvudtaget kan professionella uppfattas som marginaliserade, men de svarar på

detta på ett varierat komplext sätt som kan vara reaktivt men även kreativt, menar artikelförfattarna.

Betoningen av och indelningen i professionella grupper har även ifrågasatts i svenska studier som omnämndes inledningsvis i föregående avsnitt: Caroline Waks (2003) studerar i sin avhandling hur sjukgymnaster samarbetar både inom den egna grupperingen och med andra yrkesgrupper. Waks menar, trots att hon här studerar sjukgymnaster som inte brukas räknas till professionerna i första hand, att analyser av sjukvården ofta karaktäriserar dess utnämnda professioner som byggnadsblock med klara identiteter och väldefinierade uppgifter. Professionella strukturer snarare än arbetet i sig själv har varit i fokus för litteraturen om professionella grupper, vilket har befäst denna bild. Avhandlingens ansats betonar heterogeniteten inom yrkesgrupper. Resultaten visar att välartikulerade professionella gränser ofta är en förutsättning för flexibelt samarbete och att det är svårt att planera i förväg för samarbete som inbegriper överskridande av professionella gränser. Dessutom visar resultaten att de professionella grupperingarnas kamp för att kontrollera arbetet inte nödvändigtvis är motsatta till vad organisationen som helhet efterfrågar. Samarbete och arbetet i sig själv skapar möjligheter för att kontrollera arbetet.

Efter att här ha belyst skillnaden mellan professioner inom olika verksamheter samt professionernas heterogenitet inom grupperingar inom samma typ av verksamhet kommer jag nu att gå över till att sammanfatta ett antal aktuella, fortfarande under den tidsperiod då min studie inleddes, internationella studier av sjukvården.

Fokus på motstridiga diskurser: forskning inom (Brittiska) Samväldet

Ett flertal studier av sjukvården inom (Brittiska) Samväldet i tidskrifterna *Organization* och *Organization Studies* beskriver hur människor inom sjukvården hanterar motstridigheter mellan olika diskurser i sin vardag (t.ex. dem mellan profession och management). Jag redogör mycket kort för dessa studier var och en. Dels för att visa upp hur aktuella studier av sjukvården kan vara (och frekvent är) utformade – de fokuserar på *relationerna mellan* professionella och managers och *främst på de professionella* (jfr Farrell & Morris 2003). De visar också att de ömsesidiga relationerna mellan professionella och managers inte är så antagonistiska som antogs tidigare. Dels för att de kan komma att visa sig relevanta för min studie i det att de visar hur människor kan ge respons på reformförsök.

I en studie från Nya Zeeland visar Bill Doolin (2002) en balansering av motstridiga diskurser på två olika sjukhus. En av de undersökta grupperna av seniora doktorer (den största av tre) använde sig av professionsdiskursen inom den offentliga vården medan de använde sig av managementdiskursen inom deras privata kliniker som de arbetade deltid inom. I en annan studie ”i närheten”, från Australien, visar Rick Iedema med flera (2003) hur *en* läkare och samtidigt manager positionerar sig över tre typer av diskurser och därigenom försöker hantera deras inneboende oförenligheter till och med inom en och samma mening: en professionaliseringsdiskurs, en managementdiskurs samt en interpersonaliserad diskurs (för att minska motsägelserna). Heteroglossiskt tal (en term lånad från den ryske semiotikern Mikhail

Bakhtin) definierat som flerröstade diskursiva handlingar hindrar stängning av den pågående konversationen genom att ge semantiskt utrymme för manövrering.

I Frank Muellers med fleras (2003) studie från Storbritannien visar författarna att professionella genom att argumentera för och i enlighet med management kan sätta sin egen prägel på diskussionen, vilket inte varit möjligt om de argumenterat emot management och därmed riskerat en stängning av diskussionen. Här argumenterar man för att ett mindre skarpt perspektiv behövs i diskussionen om sjukvården – *'A Rounded Picture is What We Need'*. I ytterligare en studie från Storbritannien, den som omnämndes redan i föregående delavsnitt, visar Mike Dent (2003b) hur läkarna och cheferna ges möjlighet att samarbeta för att rädda ett sjukhus genom att definiera hotet om en rationalisering av den medicinska verksamheten istället som en stängning av sjukhuset. Det var mot bakgrund av kampen mot en uppfattad stängning av deras kliniker som de seniora doktorerna och de kliniska direktörerna senare kom att acceptera rationaliseringen av verksamheten.

Studierna från Nya Zeeland och Australien fokuserar på en person eller en mindre gruppering människor, medan studierna från Storbritannien fokuserar på större kollektiv. För att återknyta till de skandinaviska studierna och de tre ”skilda världarna” som beskrivs av Östergren och Sahlin-Andersson (1998) och som omnämndes inledningsvis i det inledande avsnittet, verkar professionens värld studerats i relativt stor utsträckning och även av dessa författare 1998, medan reformatörerna inte studerats i samma omfattning enligt Sahlin-Andersson (1999). Blomgren och Sahlin-Andersson (2003) har därför studerat den ”ledning på distans” som är kopplad till politikerna. Farrell & Morris (2003) menar att management inom sjukvården är understuderade jämfört med professionerna. Dessutom visar några av studierna omnämnda i det här kapitlet att uppdelningen i management och profession vid denna tidpunkt kan vara på väg att erodera och minska i betydelse jämfört med tidigare analyser.

Nu går jag över till att beskriva studier av management och reformer i ett bredare perspektiv, alltså utanför sjukvården med dess speciella koppling till politik och profession, då de skulle kunna visa sig relevanta i jämförelse med organiseringsförsöket i den här studien.

Studier av management i tid och rum

New techniques for better management are frequently introduced and widely spread around the world (Abrahamson 1991; Lindwall 1998; Collins 2000), some of them specifically labelled with acronyms that quickly become recognized parts of management vocabulary. These waves have included total quality management (TQM), business process reengineering (BPR), management by objectives (MBO), supply chain management (SPC), New Public Management (NPM), project management, integrated management control, intercultural

management, knowledge management, and others (Sahlin-Andersson & Engwall 2002, s. 4)

I det här avsnittet går jag igenom ett antal av dessa globala managementverktyg för att sedan belysa utvecklingen i Skandinavien på det här området med start i 1960-talet och fram till drygt mitten av 1990-talet. Därefter går jag in på de omvandlingsförsök, institut och utmärkelser som är vanligt förknippade med sjukvården i Sverige. I det nu förestående har jag valt att gå närmare in på tre managementverktyg: Kulturprogram, TQM samt BPR, som kan representera en utveckling över tid. Kulturprogram och TQM har släktskapsband och TQM har använts flitigt inom sjukvården i sin vidareutveckling i form av OG och QUL. Dessa varianter kommer dock att beröras först inom nästa avsnitt som är explicit ägnat sjukvården. Här kommer även NPM beröras närmare då det också är särskilt riktat mot offentlig sektor. TQM är dessutom det verktyg som har absolut flest publikationer kopplat till sig och TQM tillsammans med BPR var bland andra några av 1990-talets mest populära managementmodeller (Bäckström 1999). Avsnittet avslutas med ett delavsnitt om typiska konsekvenser av reformer. Följande genomgång tar sin ingångspunkt främst från den brittiske sociologen David Collins hantering av managementverktygen i boken *Management Fads and Buzzwords* (2000).

Kulturprogram, TQM och BPR

Kulturprogram – med en start

i början på 1980-talet eller med Frederick Taylor i början av seklet

I början av 1980-talet publicerades en av världens mest sålda managementböcker: *In Search of Excellence*, som även kom ut på svenska samma år: *På jakt efter mästerskapet*, av Tom Peters och Bob Waterman (1982), två managementkonsulter från McKinsey. Härmed föddes den moderna managementgurun och managementpraktikens grammatik började formuleras i imperativ och ”excellens” blev ett modeord, enligt Collins. Författarna argumenterade för att management bör ta ansvaret för ledning av företagskulturen genom att matcha de hårda delarna från strategi och de mjuka faktorerna från kultur. Även Deal och Kennedy (1982) betonade vid samma tidpunkt de negativa konsekvenserna av ”weak cultures”. Många chefer världen över tog efter den nya vokabulären och ”the cultural turn” växte sig allt starkare under 1980-talet.

“Taylor-ed and Cultured?”, frågar sig Collins och blinkar till Frederick Winslow Taylor (1856-1915), den amerikanske ingenjören och konsulten, vars böcker *Shop Management* (1903) och den mer kända *The Principles of Scientific Management* (1911) blev en första formulering av en sammanhängande organisationsteori. Collins menar att olikt de som propagerar för ”cultural management” markerar inte Taylorism någon nödvändighet att styra känslomässiga aspekter i arbetslivet och skilt från Taylors föredragna ansats blev cheferna föreslagna att arbeta med och genom team.

Att kultur skulle kunna styras för att skapa framgång i företag betraktas med skepsis i till exempel Gideon Kundas (1992) avhandling *Engineering Culture*. Ett annat populärt koncept är kvalitet.

TQM – med en utgångspunkt i efterkrigstidens Japan eller i USA på 1980-talet

Ursprunget till Total Quality Management (TQM) kan betraktas som sprunget ur diskursen om företagskulturens betydelse i managementfrågor enligt Steven Barley och Gideon Kunda (1992). *In Search of Excellence* kan betraktas som ett tidigt uttryck för tanken kring nödvändigheten av ett kvalitetsarbete som utgångspunkt för ett ledningsperspektiv och enligt förespråkarna till TQM både skapar TQM kulturförändring likväl som är beroende av den, menar Collins.

I kvalitetslitteraturen brukar man dock vanligen härleda TQM:s ursprung till japanska erfarenheter av kvalitetsarbete. När man byggde upp industrin efter andra världskriget kom behovet av förbättrade produkttegenskaper att hamna i fokus. Denna tyngdpunkt kom att förflyttas för att under 1990-talet snarare fokusera amerikanska företag och att skapa ”total kvalitet” i verksamheten – från att ha fokuserat på produkten och senare tjänster började man fokusera organisationen och styrning samt betonade företagsledningens roll för framgångsrika satsningar. Angreppssättet kom allt mer att gå under beteckningen TQM och förespråkarna konstaterar ofta inledningsvis att organisationer har allvarliga brister, speciellt när det gäller konkurrensförmåga och kundtillfredsställelse och går sedan vidare med att tala om hur man med utgångspunkt i ett ledningsperspektiv på kvalitetsfrågor ska komma tillrätta med dessa problem inom såväl industriföretag som banker och sjukhus.

När Collins beskriver utvecklingen av TQM i Storbritannien delar han in utvecklingen i fyra faser. Den första fasen från sena 1970-talet till tidiga 1980-talet handlar främst om inter-organisatoriska kvalitetskedjor. Brittiska chefer valde med en mer ad hoc-inriktad ansats endast valda delar ur den japanska modellen, som var en mer sammanhängande systematisk modell för kvalitetsutveckling. Den andra fasen fram till mitten av 1980-talet handlade om en ökad statlig reglering. Här gavs ökad kraft åt utvecklingen av kvalitetsstandarder som till exempel ISO 9000 och dokumentation av kvalitetssystem och procedurer blev viktiga. Den tredje fasen fram till slutet av 1980-talet representerar ett försök att flytta kvalitetsarbetet in i tjänstesektorn och i jämförelse med tidigare faser ett försök att utveckla en mer sammanhängande ansats till management via försök att styra företagskulturen – kulturmetaforen uppmuntrade till att fästa mindre avseende på de statistiska analyserna. På ett sätt representerar detta en förflyttning från de ”hårda” teknikerna till de ”mjukare”. Fokuset flyttades från verktygen för kvalitetssäkring till en diskussion om den interna kunden och ett nytt marknadsorienterat fokus. Den fjärde fasen från slutet av 1980-talet beskrivs som en utvidgad kulturansats för att utveckla system och procedurer riktade mot den offentliga sektorn. Från och med denna fas och speciellt under det tidiga 1990-talet har den brittiska staten intervenerat mer direkt i ledningen av den offentliga sektorn som ett försök att implementera och behålla kvalitetsstandarder som ytterst syftande till att öka det finansiella ansvarstagandet inom offentlig sektor.

BPR – med start 1990 i USA

Hammer launched what he was later to term ‘the reengineering revolution’ (Hammer and Stanton, 1995) with an article in the *Harvard Business Review* (Hammer, 1990) This article entitled [Reengineering Work:] ‘Don’t Automate: Obliterate’ began with an examination of the state of corporate America. (Collins 2000, s. 255)

Tre år senare, 1993, kom den bok ut som skulle komma att bli den mest refererade relaterat till akronymen BPR – *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution* av MIT-professorn Michael Hammer och managementkonsulten James Champy. Författarna menade att de huvudsakliga förändringarna i demografi och teknik som de kallade ”the three Cs of a competitive crises” – customers, competition och change – krävde flexibilitet och snabb respons. Re-engineering ”is the fundamental rethinking and radical redesign of business processes to achieve dramatic improvements in critical contemporary measures of performance, such as cost, quality, service and speed” (Hammer & Champy 1993, s. 32). I den här definitionen igår fyra nyckeltermen: fundamental, radikal, dramatisk och process.

Re-engineering är fundamental och börjar med att fråga grundläggande frågor om ledning och organisering. Den uppmanar chefer att fråga sig varför organisationen gör de saker den gör för att upptäcka de förgivettagna regler och antaganden som är inbyggda i managementprocessen – ”re-engineering begins with no assumptions and no givens” (s. 33). Re-engineering är radikal då den söker grundläggande förändringar i organisationens design. Olikt TQM och Kaizen, vilka söker förbättringar inom nuvarande ansatser till management vill re-engineering ”reinvent” organisatoriska strukturer, processer och policys. Den dramatiska komponenten kommer till uttryck både i att syftet är dramatiska förbättringar – exempel ges av en förbättring av processtiden från 22 dagar till 17 minuter (s. 106). Re-engineering gör sig av med gamla antaganden och söker radikalt nya lösningar till problemen som härstammar från de myntade tre C, och även i författarnas dramatiska prosa enligt Collins. Processer är nyckeln till re-engineering, då de flesta företag fokuserat på funktioner och strukturer enligt författarna – specialistfunktioner existerar endast för att möjliggöra en process och varje enhet och anställd har endast ett syfte – att tillfredsställa kunden. Författarna påpekar att det krävs mod och uthållighet för att lyckas med processfokuserad organisation. Första steget i processen av re-engineering börjar med ett tomt papper och i nästa steg sätts team samman från olika funktioner som tänks bidra till affärsprocesser. På det tomma pappret ska således teamet återuppfinna verksamheten. Utifrån en förståelse av dessa processer tänks ”re-engineers” återstrukturera organisationen, dess uppgifter, dess ledning och dess värdesystem (s. 80).

”Does re-engineering, truly, begin with a blank sheet of paper?” frågar sig Collins (s. 272) och undrar samtidigt om BPR verkligen är en ny idé. Collins menar att

Michael Hammer har mycket gemensamt med Tom Peters i det att de inte undersöker hur väl management är en styrka för i det här fallet re-engineering utan snarare utgår från det. Vidare menar Collins att Hammer och Champys attack på den funktionella uppdelningen av arbete för att istället förespråka teamarbete inte är speciellt nytt och exemplifierar med att Volvo införde en teambaserad organisation för ett 30-tal år sedan (s. 273).

Att ”implementera” programmet skulle kunna misslyckas beroende på för lite stöd inom organisationen. För att komma över problemen med ”motstånd” och gränsbevakning föreslår Hammer och Champy utvecklingen av specialistroller och re-engineerings-team. Författarna menar att det krävs en ledare för att auktorisera projektet, en processägare som ansvarar för processen, ett re-engineerings-team som diagnostiserar processerna och redesignar dem, en styrkommitté som ansvarar för projektet på företagsnivå samt en ”czar” som kan ”kick ass” och överkomma ”motstånd” och ”blockeringar”.

Sammanfattningsvis kan ursprunget till de tre programmen spåras minst tillbaka till Taylors böcker från 1903 och 1911 eller Peters och Watermans från 1982 när det gäller kulturprogrammen, efterkrigstidens Japan eller även här *In Search of Excellence* när det gäller TQM. När det gäller BPR: Hammers arbete från 1990 samt Hammer och Champys från 1993. Innehållet i programmen har skiftat fokus från ett huvudsakligt intresse för kultur vidare till kvalitet över till processer, vilket motsvarar en indelning av hur managementintresset i svenskt arbetsliv har förflyttats från struktur via kultur till process (Bäckström, 1999). Innan jag återkommer till svenska förhållanden går jag igenom en bredare utveckling – den i Skandinavien.

Organisationsrecept i Skandinavien från 1960-talet till mitten av 1990-talet

För att beskriva utvecklingen av organisations- och managementtänkandet i Skandinavien kommer jag att ta hjälp av den norske statsvetaren Kjell Arne Røviks studier av främst det norska Postverket och norska Televerket/Telenor som publiceras 1998 på norska och senare i den svenska utgåvan från 2000 uppdateras med ny litteratur och nya forskningsresultat samt fler referenser till svenska fall – *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet* (1998/2000). I detta delavsnitt följer en genomgång av Røviks beskrivningar av decennierna från 1960-talet och fram till drygt mitten av 1990-talet följt av Uppsalaforskaren Henrik Bäckströms (1999) beskrivning av det svenska arbetsorganisatoriska fältet över tid i nästa delavsnitt.

De organisationsrecept som Røvik (2000) finner utifrån sina studier av Postverket och Televerket/Telenor registreras till 1060 recept på ”bra” organiserande och management som Røvik klassificerar i sex huvudkategorier – grundkomponenter i vad han kallar det samlade organisatoriska arrangemanget (som därefter delas in i undergrupperingar). De kategorier Røvik använder sig av är: ledarskap, formell organisationsstruktur, organisationers sociala system och struktur, personalpolitik och

personaladministration, procedurer och processer, strategier i förhållande till omgivningen (konkurrenter, medborgare, kunder) samt kategorin annat. Røviks kategorier vill jag främst visa som en grov indelning att hänga upp beskrivningen på. Jag lånar (och omformulerar till viss del) Røviks rubriker.

1960-talet: Taylorism på skandinaviska – vanligen rationalisering och arbetsstudier

Under 1960-talet inriktar man sig främst på tidsstudier och rationalisering samt intern upplärning och utbildning av anställda i allmänkunskaper och i praktiska verksamhetsspecifika färdigheter under skolmässiga former. De flesta teknikerna när det gäller rationalisering kommer från USA medan de flesta erfarenheterna och inspirationen kommer från Sverige, kommenterar Røvik med utropstecken. Inrättandet av nya administrativa avdelningar är vanligt och det sker en betydande ”administrativ expansionism”. Det är en period då begrepp som ”företagskultur” och ”informell organisation” knappt existerar och den innehåller heller inte några recept för att hantera kunder och konkurrenter. Røvik kallar tidsperioden för en ”förledarskapstid”. Chefsupplärningen är mycket praktisk och saknar helt inslag av ”luftiga” ledarskapsteorier. Ordet ”kontroll” är under perioden viktigt i definitionen av ledarskap. En relativt liten del av alla de studerade recepten (10,4 procent) härstammar från 1960-talet och receptrepertoaren är ”smal” under denna tid.

1970-talet: De politiserade receptens decennium – decentralisering och medbestämmande

Det traditionella rationaliseringsarbetet med tidsstudier förs vidare och även innehållet och omfattningen av upplärningen av anställda och chefer. Den sällan klart uttalade doktrinen om ledarskap är att bra ledarskap är bra ledarskap inom branschen, det vill säga att chefens viktigaste kompetens är kunskaper om den särskilda verksamheten som ska ledas. Det är sålunda inte så mycket utrymme för generella teorier om ledarskap och organisation inom den högre chefsutbildningen. Även den administrativa expansionen fortsätter. Den viktigaste och mest typiska av 1970-talets förändringar är decentraliseringsvågen, som dock ebbar ut under slutet av årtiondet. Decentraliseringen, till exempel i form av att flytta ut statliga myndigheter från Oslo, är ett starkt politiserat recept med stor symbolisk sprängkraft. Denna kommer till uttryck genom att man etablerar nya och administrativt viktiga självständiga avdelningar på olika nivåer, vilket kräver nya principer för att styra mellan nivåerna och därmed blir målstyrning ett begrepp. Detta sker i norska Televerket ungefär samtidigt som begreppet når sin topp i USA, men tio till tolv år före det växer till en våg som entusiasmerar i stort sett alla offentliga verksamheter i övriga Norge samt Norden. Ett annat organisationsrecept som dyker upp är personalfältets ”tre m”:

massupplärning, medbestämmande och medarbetarsamtal. Ungefär dubbelt så stor andel recept härstammar från denna period (19,9 procent), vilket avspeglar en högre resursinsats och aktivitetsnivå när det gäller denna typ av utvecklingsarbete under detta decennium.

1980-talet: Identitetsbyte och idémångfald – de stora ledarskapsatsningars decennium

1980-talet är det decennium, från vilket flest recept registreras (38,7 procent), vilket är en fördubbling gentemot 1970-talet. Røvik anger tre orsaker till den markanta aktivitetsökningen, där den första beskrivs så här:

1980-talet präglas av att intresset för ämnet organisation och ledarskap sprids som eld i torrt gräs till de flesta befolkningslager. Detta är decenniet då managementböcker intar nattduksbordet hos de flesta och blir bästsäljare och lektyr för folket. (Røvik 2000, s. 226).

Andra avgörande orsaker till aktivitetsökningen är att offentlig förvaltning sätts mycket högt på regeringars dagordningar samt att man under detta decennium bygger ut företagets utvecklingsavdelningar och tillsätter ny personal. Som tillägg till de övriga huvudklasserna som man arbetat med under tidigare decennier blir nu både ”ledarskapsrecept”, ”kulturrecept” och ”strategier i förhållande till konkurrenter och medborgare/kunder” vanligt förekommande. Under 1980-talet sker alltså en förskjutning och utjämning av fördelningen av recept inom de sex huvudkategorierna samt en kraftig utvidgning av repertoaren. Idémångfalden bör enligt Røvik sättas i samband med en mycket viktig förändring som framträder gradvis vid övergången från 1970-tal till 1980-tal – framväxten av en klarare organisationsidentitet. Detta innebär att de två studerade verken förstår sig själva i ljuset av teoretiska och generella organisationsmodeller i ökande grad. Røvik jämför den framväxande organisationsidentiteten med ett nyinstallerat modem som gör att man kommer ”ut på nätet” (tiden är 1998/2000) och därmed snabbt kan jämföra sig med och motta impulser från olika typer av verksamheter som har det gemensamt att de ser sig själva som organisationer, det vill säga man kan söka jämförelser mycket bredare och längre ut. En starkare organisationsidentitet medför också föreställningen om att den egna verksamheten bör ha samma komponenter som ”alla andra” formella organisationer har.

1980-talet är decenniet för de stora ledarskapsatsningarna. Man arbetar med ledarskap generellt samt utformar specifika chefutvecklingsprogram. Røvik menar att den samlade doktrin ”alla” ställer sig bakom är en önskan om att överge fackbaserat ledarskap och komma till en position där ledarskap betraktas som en profession för sig. Dels är man inspirerad av den så kallade managementdoktrinen som bland annat innehåller föreställningen om chefen som den stora ”härföraren” som kan utträta stordåd och ”vända” organisationer som hamnat efter. Denna doktrin kommer till uttryck i idéer som ”målinriktat ledarskap” och ”resultatinriktat ledarskap”. Dels är man inspirerad av den norska/skandinaviska samarbetsdoktrinen där bra ledarskap främst är ledarskap baserat på medverkan av de anställda när man fattar beslut. På 1980-talet återkommer denna doktrin och man lägger vikt vid att chefer och anställda utvecklas samtidigt och tillsammans. Den sistnämnda doktrinen får åtskilligt större stöd i de studerade verkens chefutvecklingsprogram – Postverkets SLUT-program (Stedlige Lederutviklingstiltak) och Televerkets PLUT-program (Personal- och Ledarutveckling).

1990-talet: Decenniet för bantningsrecept och hårda tag

Under nittiotalet pågår en fortsatt stark ökning av antalet recept (31 procent av de registrerade recepten). Fördelningen av recepten är ganska likt fördelningen under det tidigare decenniet: andelen ledarskapsrecept är något mindre medan andelen recept på processer/procedurer och utformandet av verksamhetens sociala system/kultur är något större. De fem mest populära recepten under 1990-talet är kvalitetskoncept, personalminskning/nedbantning, etik, executive-träning samt annan upplärning/kompetensutveckling. Listan är rätt så olik jämförbar lista från åttiotalet. De tre förstnämnda recepten är nya för nittiotalet.

De omfattande ledarprogrammen är huvudsakligen förbi vid ingången till nittiotalet. De två doktriner för ledarskap som kunde spåras i 1980-talets program som nu genomsyrar de flesta initiativ på området är resultatorienterat ledarskap och förändringsorienterat ledarskap. På nittiotalet styr man i långt större utsträckning efter uppnådda resultat, till exempel med hjälp av prestationslönesystem och man har starka förväntningar på chefer att de ska acceptera snabba omställningar i sin karriär, till exempel som respons på strategiska beslut från högsta ledningen. Kraven på omställningsförmåga kommer ofta till uttryck i krav på ”ökad ledarrotation” och ökad chefsmobilitet.

Nu adderar jag vad Uppsalaforskaren Henrik Bäckström (1999) visar i sin studie *Den krattade manegen* av det svenska arbetsorganisatoriska fältet som han studerar över tid.

Olika ideologier men samma uppsättning organisationstekniker

Bäckström (1999) utgår bland annat från Barley och Kundas (1992) samt Røviks (1998) resonemang när han talar om decenniumism och klassificerar 1970-talet som inriktat på strukturer och systemtänkande kopplat till en demokratiseringsideologi, 1980-talet som inriktat på kultur anslutet till en humaniseringsideologi samt 1990-talet inriktat på processer tillsammans med en rationaliseringsideologi. Under dessa perioder med dess olika ideologier, används samma uppsättning organisationstekniker (under 1970-talet kallade självstyrande grupper, under 1980-talet självstyrande enheter och under 1990-tal team-arbete, kopplat till den generella organisationsmodellen). Bäckström kallar teknikerna ”den integrerade arbetsorganisationen”, karaktäriserad av låg grad av vertikal och horisontell arbetsledning samt låg grad av extern styrning, vilka många ansluter sig till redan på 1960-talet och därmed blir ”manegen krattad” enligt Bäckström. Den integrerade arbetsorganisationen består av en uppsättning tekniker som av olika aktörer uppfattas åtgärda såväl demokratiserings-, humaniserings- som rationaliseringsproblem. Att denna specifika montering av organisationstekniker förespråkas över tid kopplar Bäckström till en specifik generation aktörer, vilket jag kommer att återkomma till.

Härnäst går jag över till managementverktyg som används specifikt inom hälso- och sjukvården och då återknyter jag till antologin *Kvalitet utan gränser* (Bejerot & Hasselblad 2002) som introducerades i kapitel 1.

TQM, SIQ och QUL – inte främmande akronymer inom sjukvården

Total Quality Management (Övreveit 2000) och delar brukar kallas kvalitetssäkring, kvalitetssystem och kvalitetsstyrning inom svensk sjukvård och kan ses som inslag i en process av institutionella förändringar som påbörjades i mitten av 1980-talet där idéer och modeller når offentlig förvaltning via det privata näringslivet (Jacobsson 1994a; Erlingsdóttir 1999a; Hasselbladh & Lundgren 2002). Det privata näringslivet har verkat som en förebild under den här tiden, vilket var typiskt för NPM där en tro på att de organisationer som är marknadsstyrda per definition blir effektiva. Kvalitet kom därefter att bli på modet när allt fler organisationer inom hälso- och sjukvården använde sig av olika modeller för att mäta och säkra kvaliteten (Borgert 1992; Czarniawska & Sevón 1996). Idén har dock kommit att bli mer än ett modedefenomen som Bejerot och Erlingsdóttir (2002) visar i sin studie av hur kvalitetsidén reser inom sjukvården. Idén har gett upphov till en rad ledningsverktyg som har det gemensamt att de kommer utifrån, till skillnad mot från den vårdande praktiken, och att de har management som kunskapsbas. Centralt är att normer hämtas utanför verksamheten, i kundens preferenser, och att de förmedlas till medarbetarna genom systematiska åtgärder, mätningar och uppföljningar inom området.

I en undersökning inom svensk hälso- och sjukvård redovisad 2001²² av Hasselbladh och Bejerot (2002) framkom att 92 procent av högre chefer och 80 procent av klinikchefer använder ledningsmodeller för systematiskt kvalitetsarbete. Internt har ”eldsjälar” och kvalitetsansvariga varit viktiga för spridningen av arbetssättet medan fackliga representanter inte uppfattats spela någon större roll (Bejerot & Erlingsdóttir 2002). Viktiga aktörer vid introduktionen av kvalitetsstyrning har bland annat varit Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och SIQ som introducerat ett flertal ledningsmodeller. Jag kommer därför gå över till en närmare beskrivning av både aktörerna och ledningsmodellerna samt även redogöra för de lagar och föreskrifter som tillkommit under 1990-talet inom området, då de ses som en avgörande faktor för att införa kvalitetssystem.

Kvalitetsrörelsen i Sverige

I kapitlet *Kvalitetsrörelsen i Sverige* beskriver Hasselbladh och Rikard Lundgren (2002) hur denna rörelse utvecklades från efterkrigstiden då kvalitet var något som främst engagerade kvalitetsingenjörer på låg hierarkisk nivå, till 1980-talet då det blev en nationell angelägenhet och då forskningsinstitutet SIQ, Institutet för kvalitetsutveckling, bildades efter förslag i december 1990. Ett stödjande råd för kvalitetsutveckling bildades med Volvos dåvarande vd som ordförande. SIQ arbetade snart i fyra huvudprogram – information, utbildning, forskning och utveckling samt speciella uppgifter. Inom ramen för den sistnämnda uppgiften utvecklades ett

²² Refereras till som en stencil [Bejerot & Hasselbladh 2001] i Bejerots & Hasselbladhs (2002) referenslista.

nationellt svenskt kvalitetspris motsvarade Malcolm Baldrige National Award som instiftats i USA 1987 (Hasselbladh & Lundgren 2002).

Det svenska kvalitetspriset kom att kallas USK (Utmärkelsen Svensk Kvalitet) och delades ut första gången 1992. Huvudmännen bakom SIQ representerar både näringslivet, offentlig sektor och staten. USK delas ut av kungen eller hans ställföreträdare – den har alltså bred förankring och även ett stort symbolvärde enligt Furusten (2002). SIQ och liknande organisationer vars huvudsakliga uppgift är att tala om för andra organisationer vad de ska eller bör göra kallas av John Meyer (1996) för ”others” – andra än dem som ska genomföra det som påbjuds.

Skillnaden mellan utvecklingen i USA och Sverige är att i USA uppträder kvalitetsinitiativ på lokal, regional, bransch eller företagsnivå innan eller parallellt med statens initiativ. I Sverige uppstår motsvarande utveckling först efter att näringslivet uppvakat Industridepartementet 1984 och staten därefter tar initiativ till en nationell ”kraftsamling” på området (Hasselbladh & Lundgren 2002). Nu kommer jag att gå över till Bejerot och Erlingsdóttirs (2002) studie av kvalitetsidéns utveckling inom hälso- och sjukvården som bland annat bygger på Erlingsdóttirs (1999a) avhandling, som ett exempel på hur en idé tagits emot inom svensk sjukvård på 1990-talet.

Kvalitetsidéen i hälso- och sjukvården

Bejerot och Erlingsdóttir (2002) följer kvalitetssäkringsidéen i hälso- och sjukvården från mitten av 1980-talet till början av 2000-talet och delar in kvalitetsstyrningens resa inom fältet i tre faser. Den första är en fas av problematisering och sökande efter en nationell modell där ljuset föll på Organizational Audit (OA) – Organisationsgranskning (OG) 1992, som provades av 12 sjukhus, även om den aldrig kom att utvecklas till en nationell modell. Arbetet drevs främst av myndigheterna SPRI (Sjukvårdens planerings och rationaliseringsinstitut) och Socialstyrelsen, vilket ledde fram till föreskrifter om kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården liksom till en förändring i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1996/1997).

Den andra fasen innebar en introduktion av Landstingförbundets modell ”Kvalitetsutmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård”, QUL (Qualitet, Utveckling och Ledarskap) 1996, som är det närmsta sjukvården kommit en nationell modell enligt författarna. Modellen fokuserar på visioner och utbildning i ett nytt sätt att tänka om kartläggningar av de lokala enheternas arbetsprocesser. I instruktionerna till verktyget framgår att tvärfunktionella arbetsgrupper bör inrättas som involverar både ledning och medarbetare. Modellen fick stor uppmärksamhet 1996 då lungmedicinska kliniken vid Linköpings universitetssjukhus vann den nationella USK-tävlingen i konkurrens med företag i det privata näringslivet.

Författarna beskriver hur läkarnas motvilja att involveras i kvalitetssystemen ”kringgås genom deras intresse för medicinska framsteg” (s. 67). Många klinikchefer är positiva till verktygets innehåll och budskap och upplever ”inte sällan” att arbetet

med USK/QUL ger en god struktur och överblick av verksamheten. De negativa kommentarerna handlar framförallt om formen – att verktyget är omständligt och tidsödande att arbeta med. Dessa synpunkter stämmer även med en utvärdering av Stockholms läns landstings satsning på USK/QUL enligt författarna.

Inledningsvis sågs USK/QUL som ett verktyg som skulle involvera medarbetarna i organisationen för att några år senare, år 2001, betraktas som en av många modeller i en ”komplett verktygslåda”. Bejerot och Erlingsdóttir menar att den förändrade synen på i vilket sammanhang QUL/USK bör användas kan bero på att det kommit nya modeller som uppfattas passa behoven bättre. En annan tolkning författarna pekar på kan vara att QUL/USK spelar en viktig roll framförallt i den inledande fasen då modellen fungerar som en ”murbräcka” i etableringen av nya värderingar och begrepp samt som en ram för kartläggning av arbetsprocesser och identifiering av centrala mått för uppföljning av verksamheten. När denna grund väl etablerats är det mer användbart att introducera andra verktyg för övergripande uppföljningar av nyckeltal och för det praktiska förbättringsarbetet.

Den tredje fasen som inleds vid millenniumskiftet fokuserar på informationsteknik och centrala resultatuppföljningar samt jämförelser med andra vårdgivare. Här är initiativet tillbaka hos Socialstyrelsen som samordnar aktiviteterna.

Bejerot och Erlingsdóttir delar upp kvalitetssystemen i diagnos- och ledningsinstrument, pedagogiska verktyg för medarbetares praktiska förbättringsarbete samt mått, nyckeltal och metoder för mätning, synliggörande och informationsspridning. Indelningen i typ av verktyg speglar också faser i utvecklingen enligt författarna. Under 1990-talets första hälft är modellerna av typen övergripande system för diagnos och ledning. Därefter introduceras pedagogiska verktyg för förbättringsarbete. Här utgörs kvalitetsarbetet av förändringsprojekt, verksamhetsbeskrivningar, flödesscheman, visionsarbete och patienttillfredsställelseundersökningar med mera lokalt och ”ägs” av klinikerna. I nästa fas, runt 2000, handlar utvecklingen av kvalitetssystemen om systemiserad kunskap som anges i standardiserade mått och där resultatet aggregerats i centrala databaser. Författarna ”anar ett stort arbetsområde för organisationskonsulter, dataspecialister och lokala kvalitetsutvecklare” (s. 69).

Författarna betonar att om man betraktar modellerna var för sig kan man felaktigt dra slutsatsen att introduktionen av kvalitetsstyrning inte varit framgångsrik. Om man istället studerar idén, som alla dessa typer av system bygger på, kan man se att den materialiserats i form av både förändrade normer och handlingar. När Erlingsdóttir (1999a) beskrev organisationsgranskingsprojektet vid Universitetssjukhuset i Lund under perioden 1992-1995 och ”hur pärmarna stod och samlade damm på klinikadministrationens kontor” beskrev hon vad som skedde i termer av ”buffring”, vilket var kopplat till detta tidiga skede. Att idén senare materialiserats beror enligt författarna förmodligen dels på att de verktyg och metoder som införts senare krävt större delaktighet och dels att idén funnits under så lång tid att den hunnit påverka praktiken. Dessutom har den lagändring som tillkommit inom området varit viktig för

att idén ska få fäste samt den ökade resursinsats som ägnats information, dokumentation och resultatmätt.

Nu kommer jag att bland annat vända mig till några avhandlingar, författade av forskare vid den institution jag studerar vid, som belyser olika problem vid reformer.

Konsekvenser av reformer

Czarniawska (2004a) går igenom fyra typiska konsekvenser av reformer. Ett problem handlar om när syftet blir reifierat. Det är inte ovanligt att syftet med reformer formuleras relativt annorlunda efter reformens slutförande då effekterna förväntas vara synliga och att syftet i den nya formuleringen skiljer sig mot hur det formulerades under själva reformen. Att anpassa förväntningarna under händelseförloppet borde vara sunt förnuft men anses ofta som hyckleri, då pragmatism och opportunistiska ofta ges samma innebörd inom det organisatoriska språkbruket enligt Czarniawska. Konsistensen hos reformer testas ofta i form av utvärderingar, där syftet jämförs med effekterna. Evert Vedung (1995), statsvetare och då verksam i Uppsala, visade hur utvärdering användes i svensk offentlig sektor och kom fram till att den vanligaste användningen var, i nämnd ordning: som en ritual, i taktiska syften, som ett medel för interaktion, i legitimeringssyften, för utbildning och sist (och minst) som ett verktyg för förbättring. Czarniawska påpekar att trots detta resultat har dock ingen skada skett, men sidoeffekten av utvärderingen stabiliserar, till en grad av reifikation, det ursprungliga syftet med reformen. Reformatorerna pekar vanligen på att det är för tidigt att se resultaten av reformen och kanske räknar de med att syftet med tiden ska uppfattas som irrelevant och obsolet.

Ett annat exempel är Maria Tullbergs avhandling (2000) där hon studerade planerad förändring inom Statens Järnvägar. Här har organisering blivit ett sätt att förbereda för reformer. Tullberg använder ett psykodynamiskt perspektiv och menar att en av de vanligaste formerna för ”fight/flight”-aktiviteter, vilka är typiska ”försvarsmekanismer”, är att initiera förändringsprogram. Härigenom kan ledningen kämpa mot kritiserade omständigheter inom organisationen genom att visa sig aktiva och det kan också vara ett sätt att undgå ansvar. Men förändring producerar ångest och nya behov av avledning krävs, vilket gör att förändringsaktiviteterna leder till mer och mer av samma sak – processen blir alltså självgenererande istället för stabiliserande.

Ytterligare ett problem är när spontana uppfinningar (inventioner) ignoreras eller avvisas. Carina Löfström studerade i sin avhandling (2003) hur det statliga Posten blev företag 1994. Posten hade konstant reformerat sig själv sedan dess start 1636 – det hade blivit en vana (jfr Brunsson 1990) och naturligt sätt att organisera arbetet inom postverksamheten. Löfström observerade dock hur förändringar skedde lokalt utan att de uppmärksammades och erkändes utav ledningen förrän uppemot tio år efter att ursprungsidén hade lanserats och materialiserats.

Ett fjärde problem är när det visar sig att medlen, metoden eller själva den anordning som introduceras kommer att utgöra själva syftet, då medlen blir centrala för reformerna. I extrema fall kan en observatör få intrycket att det var uppslukandet med själva metoden som var det som låg till utgångspunkt för reformen. Andreas Diedrichs avhandling (2004) utgör ett exempel på detta. Han studerade hur man försöker förändra ett knowledge management-system i ett stort industriföretag med hjälp av ett Best Practice-verktyg – en mjukvara och ett system av praktiker kopplade till verktyget. Systemet fungerade inte men aktörernas uppehållande vid planer, design, kontroll och standardiserad dokumentation fick dem att missa förbättringen i verktyget som en förbättring i själva processen. Att de inte ”släppte sina verktyg” (inspirerat av Karl Weicks (1996) *Drop your tools* kopplat till att lära om, anpassning och flexibilitet) under de ständiga nederlagen berodde enligt Diedrich på en rädsla för att etikettera projektet som ett misslyckande, vilket de slutligen gjorde – ett överlevande misslyckande alltså, enligt Diedrich. Czarniawska menar att det kanske inte är så konstigt att människor är envisa med att byta ut medel och syfte, speciellt under ett modernt tidevarv, då det inte finns så många syften att välja på: ökad effektivitet, ökad produktivitet, ökad vinst eller ökad demokrati, där dock en viss grad av nyhet kan uppnås genom att kombinera dem. Czarniawska menar att det är de nya verktygen som fångar uppmärksamheten hos både reformatorer och reformerade och väcker nya hopp om att uppfylla gamla drömmar.

Förutom ritualisering, ångest, ovillighet att uppmärksamma spontan förändring samt rädsla för att misslyckas nämner Czarniawska även en femte orsak till att reformer verkar fortlöpa utan att de två senaste decenniernas forskning verkar ha lagts märke till av praktikerna: förändringsteorier – andra än de ovan använda, som har en stor popularitet bland praktiker. Detta kommer jag dock inte att beröra här utan istället återkomma till i nästa avsnitt som rör val av perspektiv. Och tillbaka till frågan om det är möjligt att lyfta sig själv i håret? Ja, hoppet står till improvisation, ”tinkering” och kultivering av oföretsdda händelser påtalar Czarniawska.

I tidigare avsnitt i detta kapitel har jag beskrivit studier av sjukvården och dess blivna aktörsgupperingar samt studier av management och dess reformer och verktyg. Nästa avsnitt beskriver det perspektiv som ligger till grund för den här studien med en ingångspunkt också det i hur det växt fram. Här beskriver jag ett fönster att titta in igenom för att kunna formulera min forskningsfråga.

Att studera förändringar med hjälp av ett kombinerat reform- och praktikperspektiv

Det här avsnittet, som bland annat har inspirerats av Richard Scotts föreläsningar i kursen *Institutional Analysis of Organizations Sociology 367* vid Stanford University hösten 2006 samt Erlingsdöttirs och Lindbergs (2007) genomgång av hur det forskningsfält jag kommer att relatera till växt fram. Scott har bland annat studerat

den amerikanska sjukvården samt professioner och har ett stort intresse för sektorn²³, vilket gör kursen användbar också i den här studien. Forskningsfältet tar sin ingångspunkt i amerikansk nyinstitutionalism och går vidare till framväxten av en skandinavisk institutionalism och därpå vidare till en fransk översättningssociologi, även med exempel från brittiska, amerikanska samt en holländsk författare, för att avrunda med översättningsperspektivet inom organisationsteorin i Skandinavien samt en jämförelse av vad Blomgren och Sahlin-Andersson (2003) kallar reform- respektive praktikperspektivet. Exempelen som lyfts fram syftar inte på något sätt till att ge en heltäckande bild av forskningsfälten utan snarare att lyfta fram exempel som är viktiga för att ge en illustration av hur det perspektiv jag valt vuxit fram och utgör en ingångspunkt för analys i den här studien.

Amerikansk nyinstitutionalism

I slutet av 1970-talet började vad som kom att bilda en skola under namnet nyinstitutionalism genom antologin *The New Institutionalism in Organizational Analysis* redigerad av Walter Powell och Paul DiMaggio (1991). John Meyer och Bryan Rowan (1977/1991) beskrev i sin numera klassiska artikel *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony* vad de benämnde den institutionella omgivningen och dess institutioner, vilka var viktiga för de organisationsinterna angelägenheterna. De normer och värderingar som institutionerna utgörs av är avgörande för hur världen uppfattas, vilka handlingar som anses möjliga att utföra och vilka aktörer som kan utföra dessa handlingar. De har utvecklats under lång tid och är förhållandevis stabila. De är därför rutinartade och tagna för givna – handlingar så vanliga att man inte reflekterar över dem. Författarna menade att organisationer inte överlever enbart genom koordinering och kontroll, utan även av myter som många organisationer tillämpar ceremoniellt, vilka bidrar till att skapa legitimitet och stabilitet. När nya strukturer förs in i organisationer kopplas ofta den formella strukturen och den praktiska verksamheten isär som ett sätt att hantera motsättningar. En grundläggande tanke inom den nyinstitutionella skolan är att det inte räcker att organisationer fungerar effektivt i teknisk mening för att överleva. Organisationer måste också reflektera över utbredda normer i samhället kring vad som utgör ett trovärdigt, rationellt och modernt sätt att bedriva verksamheten på.

²³ På ett liknande sätt som Östergren & Sahlin-Andersson (1998) beskriver sjukvården i tre skilda världar beskriver Scott med flera (2000) hur styrningen av den amerikanska sjukvårdssektorn har förändrats under perioden 1945-1995, i en studie av ett område runt San Francisco. De professionella dominerade från 1920-talet till 1964 och fokuserade på kvalitén i sjukvården definierat utifrån professionen (på den kliniska nivån, inte den epidemiologiska). Nästa tidsepok varade från 1965 till 1982 och utgjordes av en federal involvering – tillgänglighet hade nu tillkommit vid sidan av kvalitén i vården. Från 1983 och framåt har varit en tidsperiod av ökat managementinflytande och marknadsmekanismer med ett fokus på effektivitet. Scott summerar vid ett senare tillfälle: "With respect to shifting power and conflicting interests, the story is largely one of physicians being forced to share power with, first, federal agencies and their administrators, and then with corporate managers" (Scott 2004, s. 312). Författaren menar att trots att den amerikanska sjukvården genomgått en genomgripande omvandling under perioden har dock inte allt förändrats – I förvånansvärt stor utsträckning existerar gamla organisationsformer och handlingsmönster sida vid sida med nya.

Mot denna bakgrund intresserar sig DiMaggio och Powell (1983/1991) för varför organisationer inom vad de benämner ett organisatoriskt fält – organisationer som på något sätt delar institutioner eller utbyter resurser med varandra – uppvisar sådan likhet i både form och aktiviteter. Författarna tar upp tre mekanismer genom vilka den institutionaliserade omgivningen driver organisationer mot likriktning, vad de kallar ökad isomorfism (samma form). Den tvingande mekanismen bygger på lagar och regler samt starka normer och värderingar i samhället. Den mimetiska, eller härmande och imiterande, mekanismen har sin grund i osäkerhet och får till följd att organisationer imiterar andra organisationer inom fältet. Den normativa mekanismen slutligen kommer från grupperingar som har starka gemensamma föreställningar tvärs över organisationsgränser och som sprids genom professionella grupperingar. Samhälleliga sektorer är ett motsvarande begrepp till organisatoriskt fält som användes av Scott och Meyer (1983/1991). Under den här tiden återinfördes samhället till organisationsstudierna. Roger Friedland och Robert Alford (1991) talade i sitt kapitel *Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions* om ett interinstitutionellt system av olika logiker mellan vilka det finns en potentiell motsättning som ger utrymme för konflikter och förändringar.

Studier av samhällsomvandlingar som fokuserar den institutionella omgivningen som till exempel staten eller lagen är vanliga bland nyinstitutionalister menar Lynne Zucker (1977/1991). I efterskriften i det kapitel som ursprungligen publicerades som artikel 1977 menar Zucker att studier av samhällsnivån vanligtvis fokuserar innehållet i institutionaliseringen snarare än processen i sig självt, vilken ofta kvarstår som en svart låda. Fokuset har legat på institutionernas egenskaper och förändringsprocesser har beskrivits på ett så övergripande sätt att olika variationer och delprocesser gått förlorade.

Nyinstitutionalismen är en mycket använd teoriansats inom en rad ämnesområden som till exempel statsvetenskap, sociologi, ekonomisk historia, nationalekonomi och företagsekonomi som även utvecklats av invändningarna som följde i användandet av den. Scott (1995) menar att förändring och variation inte ges tillräcklig uppmärksamhet och Pamela Tolbert och Zucker (1996) ger i sitt bokkapitel *The Institutionalization of Institutional Theory* uttryck för hur förgivettagen och stabil institutionell teori kommit att bli och poängterar att institutionaliseringsprocesser har en historisk dimension och tar tid. Hon betonar därför att tidsdimensionen bör beaktas i studier.

Flera av de ovan nämnda forskarna är eller har varit verksamma vid Stanford University som under en lång tid har haft ett intensivt samarbete med forskare i de skandinaviska länderna. Jim March och Johan P. Olsen skrev redan (1976) om ”loose couplings”, apropå särkoppling ovan. Samma år användes begreppet även av Karl Weick (1976)²⁴, verksam vid University of Michigan. Weick brukar dock inte räknas till den nyinstitutionella skolan och det perspektiv han tillför i form av sensemaking och organisering har inte använts så ofta tillsammans med nyinstitutionell teori. 1995

²⁴ Om Weick var först med synsättet redan 1969 är inte poängen att reda ut här.

utkom både *Sensemaking in Organizations* (Weick 1995) och Scotts (1995) *Institutions and Organizations* och dessa banbrytande böcker inom sina respektive fält har sällan använts tillsammans i studier (Weick m.fl. 2005, s 17). Weicks arbete utgör dock en inspirationskälla inom delar av den skandinaviska översättningssociologin som jag snart kommer att beskriva, men först vill jag gå över till en skandinavisk institutionalism som vuxit fram delvis som ett svar på kritiken riktad mot nyinstitutionalismen men även som en frukt av samarbetet mellan de amerikanska och de skandinaviska forskarna.

Framväxten av skandinavisk institutionalism

Med en förenkling kan man säga att en skandinavisk institutionalism vuxit fram i mötet mellan en nyinstitutionell referensram, som beskrivits ovan, och erfarenheter från nära fallstudier av reformer och förändringar i skandinaviska organisationer (t.ex. Brunsson & Olsen 1990; Jacobsson 1994a; Czarniawska & Sevón 1996). Prefixet skandinavisk är dock inte självklart: Meyer (1996) talar om ett europeiskt sätt att resonera som delvis skiljer sig från de amerikanska formuleringarna. Det är dock brukligt att prata om en särskild variant av nyinstitutionellt tänkande som härstammar från en skandinavisk forskningsmiljö som till exempel framkommer i antologin *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia* (Czarniawska & Sevón 2003).

Ett annat sätt att uttrycka den särkoppling som beskrevs av Meyer och Rowan (1977) samt Di Maggio och Powell (1983) ovan, är att som Brunsson (1989/2002) tala om skillnader mellan det prat, de beslut som fattas och de handlingar som utförs på olika nivåer och platser i organisationen – även uttryckt som hyckleri (hypocrisy). Det som här kallas frikoppling skapar ett glapp mellan prat och handling, då man pratar som om man tagit till sig de idéer reformen bygger på medan de praktiska handlingarna visar sig relativt opåverkade. Förklaringen är att organisationer både är beroende av effektiviteten från gamla tillförlitliga lösningar och av den legitimitet som nya moderna styrkoncept ger. Organisationen hanterar detta genom att de tar in de moderna lösningar som reformerna utlovar, men håller dem skilda från organisationens praktiska verksamhet. På så sätt nås legitimitet utifrån samtidigt som verksamheten behålls ostörd.

Inom den skandinaviska traditionen lyfter man fram att organisationer inte nödvändigtvis blir mer lika varandra. När lokala organisationer imiterar generella förebilder, verkar inte homogenisering vara något självklart empiriskt baserat resultat. Inom skolan betonar man ett samspel mellan avsiktlighet och förgivettagna normer och jämte stabilitet finns förändring med som institutionell norm (Czarniawska & Sevón 1996). Överhuvudtaget finns det ett större intresse för förändring i den skandinaviska traditionen. Resultatet från flera av dessa studier pekade på att imitationsprocesser också kan innebära en hel del nyskapande, eller om man så vill innovation (Sahlin-Andersson 1996). Med utgångspunkt från denna insikt började man ifrågasätta om ”passiv imitation” och ”aktiv innovation” verkligen ska betraktas som motsatser. Karin Fernler (1996) pekade i sin avhandling på att det till och med kunde vara tvärtom – att imitation kunde medföra olikhet medan innovation kunde

medföra likhet på ett mer allmänt plan. Hon menar vidare att man ägnat betydligt mer uppmärksamhet åt spridningen av idéer till organisationer, än åt organisationers utrymme för självständigt agerande gentemot idéer. Att likriktningstesen sågs som problematisk har att göra med att nyinstitutionaliserna tenderar att studera resultaten av de institutionaliseringsprocesser som de beskriver, snarare än processerna i sig självt, vilka Erlingsdóttir (1999a) fokuserat.

Inom den skandinaviska institutionalismen har man i stor utsträckning fokuserat spridningen av populära managementmodeller (Johansson 2002). Överhuvudtaget har intresset för hur modellerna växer fram och sprids i ett internationellt perspektiv haft ett starkt skandinaviskt fäste, vilket bland annat uttrycks i de tidigare nämnda antologierna på detta tema (t.ex. Brunsson & Jacobsson 1998; Sahlin-Andersson & Engwall 2002). Tidigare har man ofta intresserat sig för om organisationer har tagit till sig managementverktyg eller inte, liksom för när i spridningsförloppet införlivandet har ägt rum. För att få svar på dessa frågor har man sedan intresserat sig för formella beslut eller för något annat relativt entydigt kriterium som kan underlätta en statistisk bearbetning. Detta angreppssätt har varit särskilt vanligt i amerikanska studier (Czarniawska & Joerges 1996).

Om man istället i enlighet med Fernler (1996) och Erlingsdóttirs (1999a) resonemang ovan väljer att fokusera organisationens mottagande av idéerna med ett processperspektiv menar Erlingsdóttir att nyinstitutionell teori är ett trubbigt redskap när det ska användas på ett detaljerat material, vilket beskriver till exempel personers sätt att handla eller resonera. Hon menar att det är viktigt att kunna beskriva faktiska händelser och hur institutionaliseringen sker på plats i praktiken när ett organisationsfält eller händelserna inom en och samma organisation studeras. Vidare är det dock viktigt att inte komprimera fältmaterialet tidsmässigt till den grad att institutionaliseringsprocessens variationer och ofta motstridiga delprocesser går förlorade, vilket får till följd att förklaringsvärdet minskar.

Skandinavisk institutionalism betonar alltså förändring – tillsammans med stabilitet – som norm, lyfter fram de mimetiska mekanismerna och har ägnat sig åt fältnära studier som belyser både förändringar samt även *hur* förändring sker. Frånvaron av ett uttalat processperspektiv inom den nyinstitutionella skolan har medverkat till att man inte uppmärksammat hur idéer som till exempel managementmodeller förändrats i samband med att de sprids till allt fler organisationer och blir till föremål för olika slags förändringsprogram. Mot denna bakgrund började delar av den skandinaviska institutionalismen att betrakta spridningsprocessen i termer av översättning. Inspirationen för att sådant betraktelsesätt kan i sin tur spåras till det sätt på vilket den franske tekniksociologen Bruno Latour (1986) och hans kolleger studerat spridningen av artefakter.

Fransk översättnings sociologi

För att motivera och förtydliga tankarna om översättning ställer Latour (1986) sitt resonemang i kontrast till tanken om spridning som diffusion. Om man vill förstå

utbredningen av artefakter finns det enligt författaren två diametralt olika spridningsmodeller att välja mellan. Dessa modeller har olika syn både på artefakten ifråga och på vad som främjar respektive hindrar dess utbredning. Enligt Latour fokuserar en diffusionsmodell på kraften i utgångsläget, vanligtvis tillräknad högsta ledningen eller deras representanter och de ”trögheter” som ”motstånd” i olika former bidrar med när artefakter reser i tid och rum. Det är en spridningsmodell som kan relateras till fysikaliska lagar om rörelseenergi och friktion. På så sätt utgår den från att artefakter och immateriella ting tillförs en inledande kraft som sedan minskar i takt med ökad spridning.

Samma år 1986 beskriver Michel Callon hur ett intressenätverk för musselodling skapas i St. Brieuc Bay, genom att analysera hur tre forskare mobiliserar fiskare och musslor för deltagande i nätverket. Callon delar in översättning i fyra faser: problematisering; att identifiera och definiera aktörer som kan komma att bli allierade, att väcka intresse; att stabilisera aktörernas identiteter och få dem att avstå från konkurrerande verksamheter, att enrollera; att få aktörerna att acceptera och förbinda sig till projektet eller processen samt slutligen att mobilisera; att nå utanför den ursprungliga grupperingen och få ett vidare deltagande som kan översättas vidare till siffror och grafer.

Diffusionsmodellen, som troligtvis introducerades av den franske sociologen Gabriel Tarde 1890, har en lång historik med ursprunget i två olika skolor inom antropologi – ”the diffusionalist” och ”the evolutionalists” (Czarniawska 2004a). Skolorna studerade liknande tekniker på olika platser under olika tider och kom båda att vinna acceptans men diffusionsmodellen har kommit att bli den primära modellen i studier av innovations- och teknikspridning med en början hos Everett Rogers på 1960-talet (ibid). Som en konsekvens kom planerad ”top-down”-förändring att bli en mycket vanlig utgångspunkt även vid studier av managementverktyg.

Enligt spridningsmodellen som bygger på en tanke om översättning är allt som sprids i händerna på olika personer, vilka var och en kan göra motaktioner, anamma, förändra eller aktivt föra vidare artefakten. Översättningsmodellen utgår därmed inte från någon inledande kraft som successivt minskar i takt med ökad friktion utan i stället utgår man från att aktörer kontinuerligt behöver tillföra ny energi för att utbredningen av fenomenet ska kunna fortsätta. Enligt detta sätt att se på spridning utgår man från att artefakten och immateriella ting är ett subjekt som förändras i samband med att den används. Istället för en passiv överföring av samma artefakt, handlar det om kontinuerlig modifiering av densamma av betydligt mer aktiva aktörer. Om man betraktar mötet mellan reformer och praktiken utifrån diffusionsmodellen, uppfattas en förändring av reformen som ett undantagsfall om det överhuvudtaget uppmärksammas och där reformen möter motverkan ses det som ett problem som behöver förklaras. Då översättning tillämpas uppfattas istället uteblivelsen av förändringar som en avvikelse som behöver belysas. Här uppmärksammar man på vilket sätt och under vilka förutsättningar reformen och verksamheten i fråga omtolkas i ljuset av varandra. Översättning som spridningsmekanism bejakar det kollektiva skapandet och att det är det mänskliga intresset som gör att något sprids. Idéns eventuella effekter beror bland annat på hur idén omtolkas *när* och *där* den översätts.

Både människor som kan tala och ting har språkrör. Latour (1987) kallar vem som helst eller vad som helst som agerar för aktant. Aktörer skiljs från aktanter i det att de förstnämnda har en intention och ger intryck av att kunna agera självständigt. Aktanter är någon eller något som kan handla men inte har en egen röst. Latour (1998) beskriver tillsammans med Callon hur makroaktörer konstrueras: makro-aktörer är mikro-aktörer som sitter högst upp på en mängd ”(otäta) svarta lådor”. De är varken större eller mer sammansatta än mikro-aktörer – faktiskt till och med mer okomplicerade än mikro-aktörer. För att kunna växa och för detta ändamål har mikro-aktörerna enrollerat andras viljor och blivit till en kraft som är kapabel att förena så många andra krafter att den agerar som ”en enda man”. Även makt är en effekt av människors handlingar. Latour (1998, s 41) beskriver hur makt rymmer en paradox: ”när du helt enkelt *har* makt – *in potentia* – händer ingenting och du är maktlös; när du *utövar* makt – *in actu* – utför andra handlingen och inte du.” Skillnaden mellan makt ”in potentia” och makt ”in actu” är alltså andras handlingar och den mängd makt som utövas varierar i enlighet med det antal människor som kommer in i en viss komposition. Relationerna är därmed ingångspunkten där makt skapas och alltid finns närvarande.

Exempel från Storbritannien, Amerika och Nederländerna

Ytterligare forskare som använt tankarna om översättning inom ett fält som ofta benämns STS, Science in Technology and Society, i andra länder är bland annat John Law i Storbritannien som med boken *Organizing Modernity* (1994) behandlar fyra berättelser: en etnografi om organisering, en berättelse om vad vi kan lära från andra om karaktären hos socioteknisk organisering, en berättelse om politik och en personlig berättelse. Law använder begreppet ”modes of ordering” istället för ”translation” (s. 101). ”Modes of ordering” är ”imputable ordering arrangements, expressions, suggestions, possibilities or resources” (s. 20), det vill säga ett sätt på vilket man organiserar men även ett sätt att berätta om organiserandet. ”Modes of ordering” är alltså medel genom vilken organisationen berättas eller uppförs, vilka är rekursivt berättade, inbäddade och framförda i en mängd olika material. De organisatoriska arrangemangen medlen genererar inkluderar till exempel tal, text, människor, maskiner, tekniker, arkitekturer, naturligt uppkomna entiteter och processer. Andra begrepp som är nära relaterade till ”modes of ordering” är enligt Law: tankestil, idealtyp, ideologi och diskurs inom andra sociologier. Till skillnad mot vissa användningar av dessa är ”modes of ordering” inte reduktionistiskt – det är relationellt materialistiskt, det vill säga den sociala ordningen är inte enbart social (jfr Searle (1995) *The Construction of Social Reality*) utan den handlar om de flerfaldiga processerna av socio-tekniskt ordnade.

Inom sjukvården har perspektivet bland annat använts av Malcolm Ashmore, Michael Mulkay och Trevor Pinch (1989) som gjort en studie av hälsoekonomi och hälsoekonomer inom brittisk sjukvård och akademi. Geoffrey Bowker och Susan Leigh Star (1999) har studerat sjuksköterskornas professionalisering med hjälp av ett

klassificeringssystem inom den amerikanska sjukvården och Annemarie Mol (2002) har studerat hur kroppen flerfaldigas inom medicinsk praktik i Nederländerna.

Ashmores med fleras (1989) studie av hälsoekonomi och hälsoekonomer inom brittisk sjukvård och akademi undersöker tre strategier och tre centrala delar av ekonomernas reformprogram: utbildning i hälsoekonomi, interventioner i form av konsultarbete och försök att påverka aktiviteterna inom NHS genom att delta i den offentliga debatten samt genom kvalitetsmätningar, kliniska budgetsystem och en form av kostnadsnytto-analys. Särskild uppmärksamhet fästs vid hur hälsoekonomernas tekniska procedurer är designade för att omforma de kollektiva beslutsfattandeprocesserna inom NHS i enlighet med ekonomernas modeller för rationella, individuella aktörer och till hur dessa antagna rationella procedurer modifieras och absorberas av vad hälsoekonomerna antar vara en irrationell, socio-politisk process inom sjukvården.

Författarna menar att hälsoekonomi kan ses som en social teknik – att klinisk budgetering involverar ett försök att förändra mänskligt beteende genom att använda ekonomiska principer och som ett system inkluderar materiella artefakter som datorer och mjukvara där alla tekniker oåterkalleligen är en mix av sociala, materiella, ekonomiska och politiska element i ett sömlöst nät. Ashmore med flera studerar hälsoekonomernas tre strategier, tre av deras tekniker och boken slutar med tre läsningar från olika perspektiv: en hälsoekonom, en sociolog och en lekmans läsning och författarna påminner om att de är tre forskare som ett sätt att betona ett avsteg från upprättandet av dualismer och dikotomier, vilka de visserligen anser fruktbara men dock begränsande.

De tre läsningarna betecknas rationell affirmation – hur hälsoekonomen ser studiens resultat som en bekräftelse på rationalitet och hur de rationella metoderna kan förbättras; kritisk dekonstruktion – hur sociologen ser de rationella teknikerna transformeras inom sjukvården och hur de blir tillgängliga och flexibla resurser i en i huvudsak politisk process av beslutsfattande samt skeptisk självrealisering där slutsatsen från lekmannen är att forskare inom samhällsvetenskapen endast kan prata för lekmännens räkning genom att förvägra dem att tala för sig själva och detta kan kallas för paradoxen av tillämpad samhällsvetenskap.

Bowker och Star (1999) studerar bland annat konstruktionen av ett klassificeringssystem för sjuksköterskors aktiviteter, vilket innefattar en drivkraft att abstrahera iväg från det lokala och det särskilda – att göra sjukskötsel till samma entitet varhelst det uppkommer. Syftet med klassificeringssystemet var att göra sjukskötsel synligt samtidigt med att balansera kontroll och jämförbarhet och att professionalisera sjuksköterskorna fullt ut. Det aktualiserade frågan om vad som är specifikt i en sjuksköterskediagnos gentemot en medicinsk diagnos. Sjuksköterskearbete har länge definierats som den odifferentierade andre (allt läkare inte gör) och därför var det omöjligt att skapa precisa argument för professionalisering baserat på forskningsresultat från omvårdnadsfältet.

Att ta fram omvårdnadsarbetet i det öppna och differentiera dess komponenter stötte även på problem från sjuksköterskorna själva. Det kan vara en fin linje mellan att vara

alltför tydlig och att vara alltför vag i att namnge och differentiera någons arbete. Om uppgiften som namnges är alltför tydlig och trivial kan sjuksköterskor som testat systemet finna det förolämpande. Att berätta för erfarna sjuksköterskor att de ska skaka ner en termometer efter temperaturtagning sätter dem i ett naivt sammanhang – liknande uppgifter benämndes NSS: ”No shit, Sherlock”-aktiviteter. Det visade sig alltså svårt att dela upp kontinuumet av att ”se efter patientens välfärd”. Över projektets gång ökade dock erkännandet av sjuksköterskornas indirekta omvårdnadsaktiviteter och dessa inkluderades i den andra versionen av klassificeringssystemet. I en tredje version inkluderades även administrativ vård.

Klassificeringssystemet var ett försök till ett universellt standardiserat verktyg med ett gemensamt språk och samtidigt var dess fortskridande utveckling och användning ett sätt att styra och artikulera det lokala och särskilda. ”It is in that sense a boundary object between communities of practice, with a deliarte cooperative structure” (Bowker & Star 1999, s. 254). Ett ”boundary object” uppstår när integration dels blir en pågående stabil relation mellan olika sociala världar och dels att gemensamma objekt byggs tvärsöver samhälls- och gruppgränser. ”Boundary objects” är ett sätt att styra spänningen mellan olika synsätt.

Boundary objects are those objects that both inhabit several communities of practice and satisfy the informational requirements of each of them. Boundary objects are thus both plastic enough to adapt to local needs and constraints of the several parties employing them, yet robust to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use and become strongly structured in individual-site use. These objects may be abstract or concrete (Bowker & Star, 1999: 297).

Star och James R. Griesemer (1989) noterade först fenomenet när de studerade ett museum där olika provexemplar av döda fåglar hade mycket olika innebörder för amatörfågelskådare och professionella biologer men ”samma” fågel användes av båda grupperna. Sådana objekt har olika innebörder i olika sociala världar men deras struktur är tillräckligt gemensam för mer än en värld för att göra dem erkända – ett medel för översättning. Skapandet och styrningen av ”boundary objects” är en nyckelprocess för att utveckla och bibehålla koherens över genomkorsade ”communities”.

Organisering av sjuksköterskornas arbete genom klassificeringssystemet är enligt Bowker och Star inte en fråga om att kartlägga ett förexisterande territorium utan ett sätt att möjliggöra att kartan och territoriet konvergerar.

I *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice* har Annemarie Mol (2002) beskrivit den kardiologiska praktiken knuten till ”atherosclerosis”, en form av åderförkalkning, på två sjukhus i Nederländerna. Mol visar hur aktörernas praktiker, med den svåröversatta term hon använder, ”enact” det medicinska tillståndet som studeras.

Nu vänder jag tillbaka till Skandinavien.

Översättning i organisationsteorin

Ett tidigt uttryck för skandinavisk institutionalism inspirerad av översättningsmodellen, utgjordes av antologin *Translating Organizational Change* redigerad av Czarniawska och Guje Sevón som utkom 1996 och var ett bidrag till ett annorlunda sätt att studera förändringsprocesser men också organisering i allmänhet. I antologin uppmärksammade man till stor utsträckning de mimetiska processerna, som i det här sammanhanget inte behöver leda till likriktning då det handlar om översättning snarare än överföring. Översättning fungerar här som ett redskap som gör det möjligt att fånga det lokala och ofta motsägelsefulla och oväntade samtidigt med det övergripande generella. I den skandinaviska skolans ansats bidrar översättning till förståelse för hur en idé som sprids kan få olika form och betydelse i olika kontexter.

Czarniawska & Joerges (1996) fokuserar på hur organisationer förändras som ett resultat av hur idéer materialiseras. Författarna intresserar sig för hur idéer reser i tid och rum och hur förutsättningarna ser ut för att det ska kunna leda till organisationsförändring. De beskriver vad som händer med dekontextualiserade idéer efter att de lösgjorts ur sitt ursprungliga sammanhang till dess att de rekontextualiseras i samband med att de används. Denna process delas in i tre delar som fokuserar på hur idéer först objektifieras, därefter hur idéer reser och till sist hur de iscensätts (rekontextualiseras) i en viss praktik. Det handlar om en analys där såväl institutionaliserade idéers påverkanskraft som aktörers möjlighet att anpassa dessa idéer till de egna förutsättningarna är i fokus och man tänker sig att uppfattade egenskaper hos idéer, uppfattade egenskaper hos de problem man identifierat och deras matchning skapas, förhandlas och påtvingas i översättningsprocessen. Den teoretiska analysen fokuserar vidare på *hur* resan går till snarare än *vad* det är som reser, det vill säga på översättningsprocessen snarare än egenskaperna hos idén.

Enligt detta synsätt krävs till att börja med att idéer behöver framstå som objekt. Endast i en sådan form kan en idé på allvar påbörja sin resa från sitt ursprungliga sammanhang. Författarna pekar här på att det knappast råder någon brist på idéer och att de flesta idéer "cirkulerar" åtminstone någonstans vid en viss tid. Det betyder i sin tur att det sätt på vilket idéer får fotfäste i en viss lokal praktik handlar mer om vilka processer som skapar uppmärksamhet än på vilket sätt ny information tillförs denna kontext. Objektifiering av idéer kan ske i form av språklig eller grafisk återgivning som genom ett frekvent och oförändrad användning uppmärksammas av många personer. Det är idéers kollektiva karaktär som gör det möjligt att betrakta dem som ting.

När idéerna är objektifierade kan deras resa påbörjas och de kan beskrivas som en slags "svarta lådor". Modellerna är dock långt ifrån några fysiska ting men de uppmärksammas och sprids *som om* de vore det. Det sätt på vilket idéer reser analyseras sedan med hjälp av ett resonemang om modets betydelse för att skapa

bilder av vissa idéer som särskilt värdefulla och spännande vid en viss tid samt institutionaliseringsprocessernas betydelse för att stabilisera dessa bilder. Det tredje steget i den teoretiska analysen av hur organisationer förändras som ett resultat av att idéer materialiseras, handlar om hur idéerna iscensätts i den lokala praktiken. Författarna tänker sig vidare att detta sker genom att idéerna används för att beskriva redan pågående eller planerade aktiviteter och/eller genom att det skapas nya aktiviteter. De avslutar sedan resonemanget med att påpeka att organisationsförändring inte kommer av sig självt utan att det för det första krävs många idéer för att åstadkomma även en enkel handling och för det andra att nytillkomna idéer tenderar att generera motidéer.

I modellen kombineras översättningssociologi med nyinstitutionell teori och Berger och Luckmanns (1966) beskrivningar av institutionaliseringsprocesser. Detta bidrag har fungerat som inspirationskälla för flera andra analyser och ibland kommit att gå under benämningen "idémodellen" (se t.ex. Erlingsdóttir 1999a). Erlingsdóttir och Lindberg (2007) beskriver idémodellen genom de moment de kallar lösryckning – om hur idén externaliseras och görs kontextlös, paketering – om hur idén görs om till en prototyp, modell eller text, som gör den lättare att kommunicera vidare både genom att göra den unik och igenkännbar, mottagning – idén måste packas upp för att kunna omsättas i handling, som utgör nästa steg och slutligen institutionalisering.

Aktörerna i organisationen kan alltså översätta reformer på olika sätt. De kan som Latour (1987, s. 104) uttrycker det ignorera dem och låta dem falla platt till marken, acceptera dem som de är, modifiera och förändra dem eller använda dem i ett sammanhang som inte var avsett från början. Samtidigt är inte översättningsprocesser helt öppna frågor. De är vanligen präglade av social kontroll, konformism och traditionalism och begränsas därför ofta av en rad redigeringsregler (Sahlin-Andersson 1996). Idén redigeras av dem som tar emot den i den lokala verksamheten genom att de kombinerar gammalt och nytt samt det lokala och det främmande i modellerna.

Røvik (1996) är en av dem som intresserat sig för hur "recept" anpassas till lokala förhållanden, vilket visades både i introduktionskapitlet och i tidigare avsnitt, med ingångspunkt ifrån att både idéns innehåll och logik samt den praktik och de regler den möter är av betydelse. Författaren menar att när organisationer försöker tillämpa managementmodeller tenderar aktiviteterna att löpa längs ett mindre antal mer allmänna färdvägar, vilka han kallar konkretisering, delvis imitering och kombineringsregler. Røvik (2000) talar om att det skapas en "multi-standard organisation" där nya och gamla reformer lever sida vid sida. Reformerna "lagras" på varandra i organisationerna och det är svårt för dem som arbetar där att skilja dem från varandra. Lagringen gör det därför svårt att utvärdera en specifik reform, vilket också förstärks av att organisationen inte är något slutet system utan omges av de kulturella regler och styrningsideal som cirkulerar i dess omgivning.

Platser, människor, problem och händelser är möjliga utgångspunkter när management studeras. Czarniawska (2000; 2004c) menar att händelser kanske är forskarens mest lovande studieobjekt eftersom de på ett oproblematiskt sätt förenar

forskningens och praktikens uppfattningar om verkligheten – att något har hänt även om man inte vet vad det består av. Från början kan det också vara värt att inte skilja mellan händelser och handlingar eftersom handlingar är händelser som blivit tilldelade en intention påtalar Czarniawska. Det räcker emellertid inte att studera enskilda händelser. Czarniawska menar att poängen ligger i att studera hur de kopplas till varandra, det vill säga att studera händelsekedjor. Händelserna länkar sig till varandra av aktörerna eller observatörerna, framför allt genom ”sensemaking” (Weick 1995). Skillnaden mellan begrepp som nätverk och aktörs-nätverk och begreppet handlingsnät ligger i tiden. I nätverk göms antagandet att det *först* finns aktörer som *sedan* skaffar kontakter. I handlingsnät ligger antagandet att förbindelser mellan handlingar skapar aktörer. I det här perspektivet blir aktanter, aktörer och makt en effekt snarare än en ingångspunkt. Czarniawska exemplifierar med att en författare blir till genom att skriva böcker, inte genom att ha ett visitkort med detta epitet på. ”Ett ’handlingsnät’ är en kompromiss som ska fånga både den konstruktionistiska aspekten hos allt organiserande (ingenting är ’färdigorganiserat’) och dess effekter (ett ögonblick tycks allt redan färdigorganiserat och oföränderligt)” (Czarniawska 2000, s. 11). ”Handlingsnät’ är inte en nyckel till managementdörren men kanske ett nytt fönster att titta igenom” (Czarniawska 2000, s. 22).

Denna tradition publicerade en ny antologi 2005: *Global ideas – How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy* (Czarniawska & Sevón 2005) där namnet på Czarniawskas (2005b) kapitel ger en förklaring av mekanismerna: *Translation is a Vehicle, Imitation its Motor, and Fashion Sits at the Wheel*. Nu kommer jag att gå över till att sätta samman det som är speciellt relevant för den här studien för att kunna formulera studiens forskningsfråga.

Sjukhusets inarbetade praktik möter ett försök att organisera

Minst två år tidigare talade Blomgren och Sahlin-Andersson (2003) gemensamt om en uppdelning i vad de kallar reform- och praktikperspektivet, vilka enligt författarna kan ses som komplementära synsätt vid studier av vad som händer när reformer införs. De menar att reformperspektivets största bidrag är att det visar att reformer ofta bygger på rationella och instrumentella antaganden som ligger långt från verkligheten och att reformerna istället för att vara effektiva verktyg för rationell styrning, som idealbilden bygger på, kan ha andra symboliska funktioner. Reformperspektivet tar den ideala modellen som utgångspunkt för analysen och jämför intentionerna med reformen med dess utfall och har därför svår att upptäcka annat än avvikelser från reformernas utgångspunkter. Författarna påtalar att vi därför kan förvänta oss att en användning av ett reformperspektiv ger ”negativa” besked om reformernas möjlighet att skapa ”förändring i praktiken”. De menar dock att de senaste årens organisationsreformer fått en ”avgörande inverkan” på sjukvårdens utformning i betydelsen att de infört nya jämförelseobjekt, prioriteringar, normer, en ny terminologi och en ny logik trots att de inte gett de resultat som var planerade från början. Därför behövs ett perspektiv som är känsligt för att reformer kan medföra andra oväntade förändringar – även om de effekter som idealt eftersträvas inte realiseras. Ett perspektiv som möjliggör detta är praktikperspektivet: Det visar att

reformerna, modellerna och teknikerna kan ta sig olika uttryck och ger olika effekter i olika sammanhang (jfr Czarniawska & Joerges 1996; Sahlin-Andersson 1996; Bentsen m.fl. 1999; Sahlin-Andersson & Engwall 2002), det vill säga de översätts olika i olika praktiker. Genom att istället för att starta i programmets intentioner starta närmare praktikerna och föreställa sig deras vardag kan vi få en annan bild av organisatorisk förändring (Czarniawska & Joerges 1996).

Antologin *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows and Sources* som publicerades 2002 redigerad av Sahlin-Andersson och Lars Engwall visar bland annat ett exempel på ett samarbete mellan skandinaviska och amerikanska forskare, som framskyttade både i introduktionskapitlet och i avsnittet ovan, där samarbetet mellan Stockholmsbaserade Nils Brunsson och Stanfordsbaserade James March utgör ett av flera. Med ingångspunkt i ett seminarium som hölls på Scancor, Stanford University 1999 formades antologin som bland annat beskriver fyra typer av aktörer med utgångspunkt i praktiken, med vilka författarna menar företag och förvaltningar och där speciellt vd:ar och direktörer omnämns. Ytterligare aktörer som omger praktikens aktörer (bild i form av en triangel, s. 15) utgörs av (affärs)media, handelshögskolor och konsultverksamhet.

Tidsaspekten är viktig i praktikperspektivet. Det är ofta en avsevärd tidsförskjutning från det att man talar om att införa en reform och till dess att den införs. Det är därför troligt att det är fråga om frikoppling i början men på lång sikt är det en öppen fråga. Teorier om frikoppling bör därmed kompletteras med teorier om vad som händer när reformerna adopteras av organisationer enligt Sahlin-Andersson och Engwall (2002).

Idéer och begrepp som förbindelser, översättning samt aktörer, aktanter och makt är alltså centrala i den här studien. De förbindelser som kopplar samman handlingar och händelser via olika översättningsprocesser skapar aktörer och makt. Makt är alltså en effekt som alltid finns närvarande i relationer.

Här kommer jag också att ta hjälp av vad Silvia Gherardi (2006) kallar för ”talk in practice” och ”talk about practice”, när jag riktar ljuset på de heterogena material som eventuellt tar emot och gör något med initiativet.

För att koppla tillbaka till introduktionskapitlet: mitt studieobjekt är ett initiativ att organisera och studien fokuserar introduktionen och initiativets mottagande, där jag intresserar mig för processen som jag kallar organisering. Genomgången av ovan redovisade studier, vilka ger mig ett användbart språk, leder fram till att jag nu kan formulera min forskningsfråga, som jag vill ta mig an i delar:

Hur översätts initiativet, däribland organiseringsförsöket LIFT, på SÄS?
Vad är det som görs? Av vem/vad görs det?

På vilket sätt görs det och hur sätts det ihop?

Frågan fokuserar hur initiativet introduceras och stabiliseras eller destabiliseras samt hur ett managementskikt drar in, uppfattar, hanterar och omformulerar organiseringsförsöket.

Forskningsfrågan cirkulerar kring de *förändringsproducerande arrangemang* försöket drar igång, däribland delar av det som heter LIFT samt dess *mottagande*. Jag kommer att följa organiseringsförsökets händelser med fokus på *sätt att gå tillväga (arbetssätt)* både vid införandet och främst vid *användandet av det försök som introduceras*. Detta sker genom att bland annat belysa hur de aktörer som skapas i processen pratar och därmed konstruerar eventuella förändringar. Annorlunda uttryckt: På vilket sätt (re)kontextualiseras organiseringsinitiativet i samband med att det förs in samt hur responderar den praktik försöket möter? Med ytterligare andra ord studerar jag de moment och det användande som kanske förändrar organisationslivet under försökets introduktion och vidare som en konsekvens av händelseförkopplet.

Frågan kommer att besvaras genom att jag först går närmare in på *vad* aktörerna – introduktörerna om man så vill – gör. *Varför* de vill göra det de artikulerar intresse för – det vill säga vilka uttalade motiv och argument används? Därefter belyser jag *hur* initiativtagarna försöker väcka intresse för den lösning de talar för och *hur* de aktanter och aktörer som dras till försöket ger respons – eller svarar. Här intresserar jag mig för olika sätt att prata – *i praktiken* och *om praktiken*. Avslutningsvis kommer jag att resonera kring *konsekvenserna* av försökets introduktion.

I inledningen skrev jag om försöket som en *metaförändring, förändring på förändring*. Jag kommer att vidareutveckla det i kapitel tre som beskriver den studieteknik jag använt och som bygger på att samla in kvalitativt material.

Kapitel 3. Studieteknik

Det här kapitlet beskriver hur jag gått tillväga i studien och koncentrerar sig på hur fältmaterialet samlats in samt hur jag hanterat materialet och avslutningsvis vad som ligger till grund för hur det kommer att (re)presenteras i kommande kapitel. Fältmaterialet består mestadels av observationer och intervjuer, men även av dokument i form av texter från SÄS intranät och personaltidning samt media och rapporter relaterade till organiseringsförsöket. Jag börjar med att beskriva intervjuerna, då det fungerar i text. Min introduktion till fältet kom annars till via observation av ett möte. Dokumentstudier kom att intensifieras senare.

Observationer, intervjuer och dokument

Silverman (2001) till exempel skulle ha sagt ”talk, text and interaction”.

Intervjuer

I studien ingår tre intervjutillfällen. Våren 2004 genomfördes ett första tillfälle med chefer, för att på sommaren följas av intervjuer med konsulter och ungefär ett och ett halvt år senare, hösten 2005, av intervjuer med cheferna återigen. Här ingår sjukhusledningen, bestående av sjukhusdirektör, fem områdeschefer och tre stabschefer samt ett antal verksamhetschefer.

Första intervjutillfället utgör 23 intervjuer inkluderande 22 chefer, och därefter intervjuer med tre konsulter. Det tredje tillfället utgör 26 intervjuer med 24 chefer. Fyra chefer har tillkommit vid andra tillfället och två chefer tackade nej till att medverka återigen, det vill säga det är 20 chefer som intervjuats vid två tillfällen (se vidare i bilaga för en sammanställning av både intervjuer och observationer). De första intervjuerna gjordes av en kollega, Helena Öfverström, och mig gemensamt (det vill säga vi var samtidigt närvarande vid de flesta intervjuerna) och det tredje tillfället genomfördes av mig under november 2005 till och med januari 2006. Min kollega blev tidigare gravid (Öfverström 2008) och om hon inte varit föräldraledig vid intervjutillfället hade vi kanske gjort intervjuerna tillsammans då detta upplägg var en rekommendation från forskarna, och tillika handledare vid tidpunkten²⁵. Intervjuerna har transkriberats av ett par studenter och yrkesverksamma – ett tidskrävande arbete jag känner igen från en annan studie som senare formulerades i text tillsammans med en annan doktorandkollega, Maria Norbäck (Fagerling & Norbäck 2005), överlappande med att avhandlingsstudien pågick.

Valet av verksamhetschefer baserades vid första tillfället på vilka som valts ut av sjukhusledningen att starta med LIFT på klinik- och enhetsnivå. Vi utgick vid första intervjutillfället från att de var de chefer som hade mest att berätta om organiseringsförsöket även på kliniknivå. Dessa verksamhetschefer är relativt spridda över sjukhuset då sjukhusledningens urval av vilka som skulle starta med LIFT bland

²⁵ Vi var två doktorander som ingick i forskningsprogrammet: Det nyprofessionella sjukhuset, där forskarna var handledare för våra respektive avhandlingar. Vi ingick dock inte i LIFT, vilket markerades av att vi inte deltog aktivt under mötena utan medverkade som observatörer.

annat baserades på att få med några ur varje område/division (se kommande kapitel). Vi ville intervjua dem som hade kommit igång för att de skulle kunna ha något att säga om hur försöket verkade ute på deras kliniker och enheter – ett urval som jag i efterhand har sett fördelar i att komplettera med till exempel verksamhetschefen för kirurgkliniken, då denna klinik, tillsammans med andra, ofta ses som centrala klinik i sjukvården. Även andra chefer som på ett eller annat sätt visat sig aktiva under mötesseriens gång eller kommit med senare i LIFT (både som representanter för medverkande klinik/enhet och baserat på att personen anställts som chef på sjukhuset) har tillfrågats om de varit intresserade att medverka i intervjuer. Flera av de chefer som själva uppfattade sig som relativt perifera samt de relativt, under mötesserien, tystlåtna cheferna fanns representerade redan vid första intervjutillfället. Jag kontaktade också de chefer som vid det senare tillfället lämnat sjukhuset, varav en av dem frånsade sig att medverka i en intervju. De förskjutningar i relation till det första urvalet som har skett är alltså att två personer tackade nej till att medverka vid det senare tillfället, då de uppfattade det som att de ”inte hade så mycket nytt att komma med”. Därtill har jag intervjuat ytterligare fyra chefer då jag ville fokusera på studiens processinriktning framför att jämföra två intervjutillfällen, då jag började uppfatta att det skulle kunna bli än mer relevant.

Då vi var två doktorander vid första tillfället med olika infallsvinklar, dock tämligen oklara vid den här tidpunkten, intog vi en bred ansats och ville främst få cheferna att prata om det de var intresserade av och ”hålla dem pratande” (jfr Kunda 1992; Öfverström 2008). Vi frågade om deras bakgrund, varför de valde sjukvård, SÅS och att bli chef. Vi bad dem berätta om kliniken/enheten för att få en bild av deras verksamhet, något som i stor utsträckning gav en presentation av klinikens produktion och antal anställda. Vi frågade om hur de agerade, reagerade och interagerade då de kom i kontakt med LIFT första gången, hur de uppfattade att andra gjorde samt om de kom ihåg någon period eller episod som varit extra jobbig, svår, lätt, intressant och eller rolig relaterat till programmet. Dessutom frågade vi om hur de uppfattade och arbetade med LIFT och de idéer som relaterades till programmet samt hur deras medarbetare uppfattat och kommit i kontakt med LIFT. Vi frågade också om hur de uppfattat forskarnas och konsulternas stöd under mötena och på kliniker och enheter.

Frågorna blev en slags bas som försköts något allt eftersom intervjuerna gick: någon fråga som inte tillförde plockades bort och det tillkom någon annan. Dessutom lät vi cheferna tala fritt, vilket gjorde att vi i vissa fall inte hann med alla frågor, då det var andra saker interlokutörerna talade om istället. Dessutom blev det något annorlunda frågor till områdescheferna, då de hade en annan närhet till sjukhusdirektören och oftast engagerades i moment tidigare än verksamhetscheferna. På en vanligt förekommande fråga från cheferna om var vi ville att de skulle starta sin berättelse återkom vi med förslaget ”där du tycker att du behöver börja” och vi avslutade intervjuerna med att möjliggöra att de vi intervjuat fått prata om det de fann viktigt – ”Är det något du tycker vi har glömt att fråga om?”

Drygt ett och ett halvt år senare gick jag tillväga på ett liknande sätt men med något modifierade frågor som dessutom ändrades efterhand beroende av vad de tidigare intervjupersonerna sagt och vilken position den intervjuade hade på sjukhuset och i

LIFT. Intervjun syftade även här till ett samtal, som vid något enstaka tillfälle drog iväg till att mer likna en välrepererad Powerpointpresentation och vid något annat mer likna en situation att prata av sig och vid ett tredje börja med ”en hink kallt vatten”, för min del, för att sedan flyta på. Några chefer verkade alltså vilja visa upp klinikens och eller sjukhusets arbete, prata om sin egen situation eller kanske visa mig på ”rätt” väg.

Vanligtvis innehöll intervjun tre delar: Först en allmän del med liknande frågor (större delen av intervjun) där cheferna pratade fritt kring hur de uppfattar organiseringsförsöket och att de och andra agerat under programmets gång. Som en andra del, en mer till mötesserien återkopplande diskussion, där jag frågade om händelser och objekt jag funnit viktiga i materialet och bad dem exemplifiera mer i detalj och mer konkret samt förklara vad som egentligen hände vid vissa tillfällen som jag valde att fråga om. Som en tredje och avslutande del hade jag ibland några chefsspecifika frågor: när du kommenterade, presenterade eller gjorde [ett exempel] – vad betydde det, vad handlade det om? Intervjuerna har tagit från 45 minuter till två timmar och de flesta har hållit i runt en och en halv timma. Första tillfället fokuserade mer på LIFT än det tredje då sjukhuset var mitt uppe i arbetet med det man kallar processororientering vid den tiden.

Observationer

Observationerna har skett på möten från och med december 2003, då jag kom in i forskningsprojektet, till november 2005. Dessa består av totalt 35 heldagar – 25 mötestillfällen (vissa har spänt över två dagar) samt programgrupperingens möten (konsulter och forskare) under 15 heldagar – 14 tillfällen. De femton dagarna jag suttit med på programgruppens möten har jag inte betraktat som observationstillfällen på samma sätt och har inte heller tagit lika detaljerade anteckningar som vid mötestillfallen på sjukhuset, utom vid ett av de senare tillfallen då jag kommit att se mötena på ett annat sätt än jag gjorde inledningsvis. Observationstillfallen består av anteckningar i fältdagböcker (anteckningsblock) samt noteringar jag gjort efter observationstillfallen. Undantaget är delar av en presentation som gjordes inför Västra Götalandsregionen och som finns upptagen på Minidisc. Dessa observationer utgör enbart en liten del av det totala antalet möten som hållits på sjukhuset. En bredd är dock representerad i observationerna, då de enda möten jag inte kunnat studera är dem med styrelsen och de fackliga organisationerna, vilka genomfördes innan jag kom in i forskningsprojektet. I tabellen nedan visar Norbäck och Targama (2005; 2006) antalet mötestillfällen till 128 medan sjukhusdirektören räknar dem till 475, då hon räknar in möten med olika team som hållits tillsammans med konsulter och eller verksamhetschefer och medarbetare på sjukhuset.

Totala antalet mötesdagar från jan. 2003 till och med okt. 2005	
55-gruppen [verksamhetschefer, staber och sjukhusledning]	27
Styrelse/fackliga organisationer	4
Klinikledningar	25
Läkare	34
Interna stödpersoner/Lift-guider	22
Staber (15 av 55-gruppen)	2
Avdelningschefer	14
Totalt	128

Källa: Norbäck & Targama (2005; 2006)

Observationerna ägnades olika LIFT-arrangemang på skilda nivåer på sjukhuset. De som främst kom i fokus är vad som kallas för 40/55-gruppen, bestående av verksamhetschefer, områdeschefer och sjukhusdirektör (40-grupp) samt senare också staber kopplade till respektive område (55-grupp). Vissa tillfällen riktade sig till halva konstellationen av medverkande (kallat ”27,5”-grupp) med olika sammansättning. Jag har observerat följande tillfällen.

LIFT-arrangemang	Tillfällen	Dagar	När (samt antal tillfällen)
Sjukhusledning	3	3	mars, maj 2004, maj 2005
55-gruppering	3	6	jan 2004, feb 2005, nov 2005
Delar av 55-grupp	5	7	mars (2), jun (1), sep (1), nov 2004 (1), maj 2005 (2)
LIFT-guide-utbildning	1	2	dec 2003
Läkarmöten (2 olika)	4	6	dec 2003 – jan 2004
Klinikledningar (2 olika)	5	6	dec 2003 – mar 2004 (5 resp. 7 klinikledningar/möte)
Teammöten	1	1	mar 2004
Stabsmöten	1	1	apr 2004
CVU*/SÄS-dag	1	1	apr 2005
AC-möten	1	2	maj 2005
Sammanlagt:	25	35	dec 2003 – nov 2005
Programgruppering	14t	15d	dec 2003 – mars 2006
*Centrum för verksamhetsutveckling inom Västra Götalandsregionen			

Dokument – rapporter, intranät-”blogg” och media-klipp

Vid observationstillfällena fanns det få tillgängliga dokument att studera, dels för att det ligger i LIFT-receptet att inte stödja sig på dokument och dels för att de overheadbilder med mera som användes under möten inte delades med de medverkande. ”Det finns inget material” blev ett svar när jag frågade forskare och konsulter om skriftligt material. Jag har dock tillgång till ett antal overheadbilder och jag har tagit del av årsredovisningar, personaltidningen – *Injektionen* – samt en sida på SÄS intranät där sjukhusdirektören berättar om aktuella händelser i dagboksliknande form en till två gånger i månaden (innan bloggen blev populär). Webb-loggen kom jag i kontakt med efter intervjutillfällena och har därför inte ställt några frågor relaterat till den. Jag använder också, de genom initiativet tillkomna, aktörernas presentationer och berättelser som ett komplement till de formella intervjuerna och de direkta observationerna – presentationer som sker i ett annat sammanhang inför en större publik och kompletterade med tekniker som Powerpoint. Därtill använder jag sporadiska artiklar om sjukhuset som visat sig i media.

Därefter har jag fortsatt följa händelseförloppet via dokumentstudier: främst i media men också via utvärderingar på olika håll. Senare i studien dök det upp ett flertal textobjekt. Västra Götalandsregionen publicerade en utvärdering *Västra Götalandsregionen: Säs-modellen* (2007) följt av en skrift av Läkarsällskapet Södra Älvsborg²⁶ *Tack – men nej tack: Artig sågning av SÄS-modellen i rapport från Revisionsföretaget Ernst & Young* (2007) och Vinnova, Verket för innovationssystem, publicerade en rapport (2008:01) där forskarna tillsammans med sjukhusdirektören rapporterar sitt arbete i texten *Gamla hundar och nya sitsar*. Dessutom har sjukhusets angelägenheter diskuterats flitigt i media. Dokumenten som inte finns inledningsvis kommer alltså till.

Hur hanterar man fyra anteckningsböcker med fältobservationer, intervju- och andra transkriptioner bestående av cirka tvåtusen sidor samt övrigt tillgängligt material i form av dokument som tillkommit under studiens senare tid? James G. March och Herbert A. Simon (1958) beskriver hur svårt det kan vara att finna ett tillräckligt kriterium, för att inte nämna ett optimalt: “An example is the difference between searching a haystack to find the sharpest needle in it and searching the haystack to find a needle sharp enough to sew with” (March & Simon 1958, s. 141). Och en av mina handledare för gärna Buridans åsna på tal (jfr Ohlsson & Rombach 2006). Man får alltså nöja sig med om man finner tillräckliga kriterier när man tar tillvara på mängder av material (jfr Czarniawska 2008). Eller som John Law (2004) formulerar det: *After Method: Mess in Social Science Research*. För mig har det varit viktigt att försöka förbli sann till material och litteratur – Om det är att lita på lämnar jag till läsaren.

²⁶ Heter numera Älvsborgs Södra läkarsällskap. Jag kommer dock att använda mig av det äldre namnet, eftersom texterna som figurerar i studien skrivits i dess namn.

Att hantera material med hjälp av anteckningsböcker

2005 då en ny publikation av Latour kom läste jag den och fann att vad han talade om som anteckningsböcker var ett arbetssätt jag använt mig av. Då jag tog del av texten såg jag att det fanns andra delar som skulle kunna utgöra viktig data än vad jag först inriktat mig på. Latour (2005) talar om fyra anteckningsböcker i metaforisk bemärkelse (de kan inkludera filmer, intervjuer, webbsidor etc.). Allt är data och som forskare bör man samla denna i:

(1) En logg av hur undersökningen gjordes: För att dokumentera den egna förändringen under resans gång – möten och sammanträffanden, andra människors reaktioner på studien, känslor av förvåning inför ett ”konstigt” fält och så vidare.

(2) En anteckningsbok som möjliggör att samtidigt hålla alla händelser kronologiskt och att omorganisera dem i kategorier som senare kommer att utvecklas till mer och mer raffinerade filer och underfiler (t.ex. skriva om data på kort eller post-its): Det här är enda sättet att som forskare bli så böjlig och smidig som det ”subjekt” som ska tacklas är.

(3) En mapp för skrivförsök, fortlöpande sketcher och utkast: Vad som kommer spontant från tangentbordet är generaliseringar, klichéer, idealtyper, kraftfulla förklaringar och abstraktioner: Sociala genrer skriver sig själva utan ansträngning, därför måste det automatiska skrivandet brytas upp. Det är inte enklare att skriva ”accounts” än att bestämma experiment-design i ett laboratorium. Idéer, stycken, paragrafer och metaforer kan komma slumpmässigt under skrivprocessen. Om de inte har en förvaringsplats, kan de antingen förloras eller ännu värre spolia det hårda arbetet av datasamling genom att blanda metaspråket hos aktörerna med språket hos den som analyserar.

(4) Dokumentation av effekterna av det skrivna hos aktörerna, vilkas värld har blivit antingen spridd eller grupperad. Det här andra experimentet adderat till fältarbetet i sig självt är viktigt för att se hur berättelsen i sig självt spelar sin roll i ”sammansättningen av det sociala”. Studien kanske är avslutad, men experimentet fortgår: Den nya berättelsen adderar sin performativa handling till alla de andra och producerar således också data. Det betyder att en förhandling mellan ”informanterna” och författaren börjar – om vilka de ingredienser är som ingår i den gemensamma världen (eller inte). Eftersom relevansen hos ett ”risky account” kan uppkomma mycket senare måste dess spår finnas dokumenterade.

Jag hade redan tidigt en bild av att ”allt är data”, men mer snävt till den plats jag befann mig på. Med den här insikten vidgades mitt fönster och min uppmärksamhet började riktas allt vidare till att inbegripa fler ting. Med utgångspunkt i de antropologiska begreppen *emic* och *etic* kan jag ta hjälp att skilja på fältets begrepp och de begrepp jag som forskarstuderande och avhandlingsförfattare använder. Det förstnämnda har även kallats *första ordningens* tolkning och det senarenämnda för *andra ordningens* tolkning (jfr Kunda 1992). Och Latour (2005) påminner om att inte blanda metaspråket – *emic* – med det språk jag använder när jag skriver ihop avhandlingen – *etic*. Det emiska begreppet förändringsarbete och därmed relaterade

begrepp blir i den här studien lätt tautologiska i ett etic-perspektiv. Mitt sätt att hantera perspektiven är att tala om temat förändring, då det utgör ett tema i den organisationsteoretiska litteraturen. Här är mitt synsätt alltså att förändring ständigt pågår, som jag redan nämnde i introduktionskapitlet. Och med association till Latours metaspråk har jag valt att kalla försöket en metaförändring – förändring på förändring. Hur kan man då berätta om datan?

(Re)Presentation

Narrativ kan ses som den huvudsakliga formen av mänsklig kunskap och kommunikation (Czarniawska 1998; 2004b). Utifrån detta synsätt finns det anledning att titta närmare på vad narrativ innebär som metodologiskt angreppssätt. Enligt Czarniawska (1998) innehåller en snäv definition av ett narrativ i sin mest fundamentala form minst tre element: ett ursprungstillstånd, en handling eller händelse samt ett förändrat tillstånd i konsekvens med handlingen/händelsen. Dessa element kan presenteras som en lista, men för att bli begripliga och göra dem till ett narrativ i egentlig mening krävs en intrig (plot) – att på något sätt sätta samman dem till en meningsfull helhet. Enklaste sättet att göra detta är genom att tillföra kronologi, vilket lätt omvandlas till kausalitet av läsaren eller åhöraren. Alternativen till narrativ är listor och formell logik.

Inom organisationsstudier närvarar narrativ i minst fyra former: forskning som är skriven på ett historieliknande sätt ("tales from the field"); forskning som samlar på historier från organisationer ("tales of the field"); forskning som ser livet i organisationer som "story making" och organisationsteori som "story reading" (tolkande ansatser) samt en reflektion som tar formen av litteraturkritik (Czarniawska 1998). Med hjälp av ett narrativt synsätt kan jag få hjälp att tolka vilka förklaringsmodeller interlokutörerna tillskriver olika skeenden beroende på vilka intriger de sätter samman sina berättelser med och hur förhandlingen går till då en viss intrig får övertag över en annan under tiden då skeendet förhandlas fram. I nästa steg kan jag även ta hjälp av narrativa stilgrepp när jag representerar materialet.

... the plot of a historical narrative is always an embarrassment and has to be presented as 'found' in the events rather than put there by narrative techniques (Czarniawska 1998, s. 2)

Det är viktigt att inte bli "vampyrisk" (Latour 2005) men heller inte empirisk. Att säga sig vara empirisk kan tolkas som att samla på sinnedata. Istället handlar det om att sätta samman texter till ett samtal som kanske annars inte hade kommit till stånd. Texterna tvingas att tala med varandra till författarens musik (Czarniawska 2004b). Jag studerar alltså det som kommer till ytan och sätter samman det med litteratur på ett område som formas genom aktiv sökning, mer slumpmässigt framkomna texter samt konversationer i samtalsrum i vilka jag tagit del.

Inspiration och präglig har också kommit från de kurser jag valt till utöver de obligatoriska. Som jag nämnde redan i litteraturgenomgången har Scotts (2006) kurs *Institutional Analysis of Organizations Sociology* 367 varit en av ingångspunkterna

för analys. Även Åsa Boholms (2003) kurs *Socialantropologiska perspektiv på moderna organisationer och byråkratier*, Czarniawskas (2005c) *Narrative Devices in Social Science Research – A transdisciplinary qualitative method course* och Latours (2006) *Three Modes of Existence: Attachment, Organization, & Morality* har influerat studiens intresseriktning och sammansättning.

I *Tales of the Field* beskriver John Van Maanen (1988) hur ”representationen” av etnografiska studier har getts allt större uppmärksamhet. Han delar in olika representationsstilar i realistiska tal som speglar ”the done”, bekännelsetal som återger ”the doer” och impressionistiska tal som skildrar ”the doing”. Czarniawska (1998) har en vidare definition av realistiska tal och inbegriper alla tre stilarna i vad för henne är ett realistiskt tal. Hon menar vidare att narrativ ställer ut en förklaring istället för att demonstrera den, vilket är samma förhållningssätt som Van Maanen menar gäller för impressionistisk etnografi. Czarniawska (2004b) skiljer också mellan berättande som är ”ending-embedded” och ”outcome-embedded”. Det förstnämnda är en historia där de logiska kopplingarna mellan de olika episoderna framgår på slutet – det vill säga slutet låter avgöra strukturen på historien, medan att skriva outcome-embedded innebär att innehålllet i en episod är en konsekvens av slutet på den tidigare episoden – det vill säga strukturen är beroende av vad som händer under det att historien berättas. Då jag är intresserad av hur förändring blir till har den sistnämnda berättartekniken inspirerat och strukturerat flera av mina försök till textsammansättningar²⁷.

Deploy the content with all its connections and you will have the context in addition (Latour 2005, s.147)

Latour (2005) talar om att skriva ”risky accounts” och ger rådet ”simply go on with the description” (s. 150) – Om beskrivningen behöver en förklaring är den inte en bra beskrivning. Jag kommer att fläta samman materialet i form av observationer, intervjuer och dokument i första hand kronologiskt, inkluderande återblickar, men också tematiskt kompletterat – för tillräcklig läsbarhet, täthet och upprepning. Delar av organiseringsförsöket (re)presenteras i de följande kapitlen.

²⁷ (2005) *LIFT på SÅS – Ett nytt sätt att förnya sjukvården?* Planeringsrapport för doktorsexamen, Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet – Opponent: Kajsa Lindberg
(2006) *Organisatorisk förändring i tillblivandet: En studie av ett nytt försök att förnya sjukvården på ett sjukhus*. Halvvägsrapport för doktorsexamen, Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet – Opponent: Andreas Diedrich
(2007) *Organizational Change in the Making – A Study of a New Attempt at Renewing Health Care in a Hospital in Sweden*, Paper presented at the *Scancor Seminar*, June 4th 2007, Stanford University – Commented by the Scancor Collective
(2009) *Ringar på vattnet: Introduktionen av ett försök att förnya sjukvården på ett sjukhus*, Slutmanus för doktorsexamen, Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet – Opponent: Martin Selander & Björn Trägårdh
(2013) *Ett försök att förnya sjukhusvården – ringar skrivna på vatten*, arbetsmaterial. (In)formellt arbetsmöte med Anna Cregård 2013-05-30 på Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet, som läst och gav synpunkter på texten.

DEL II: EMPIRISK DATAKONSTRUKTION

Kapitel 4. Ett initiativ att förnya på Södra Älvsborgs Sjukhus

Det här kapitlet beskriver Södra Älvsborgs Sjukhus och dess nära omvärld samt ger en kort historia kring de omständigheter sjukhuset rör sig i. Våren 2000 börjar en ny sjukhusdirektör, som tar ett initiativ att förnya. Här kommer jag att beskriva delar av initiativet.

Kliniker i SÄS i Västra Götalandsregionen ...

I början av 2000-talet ingår omkring 274 000 invånare i upptagningsområdet för Södra Älvsborgs Sjukhus cirka 640 vårdplatser. Inom SÄS finns i det närmaste 4200 anställda personer, varav 1400 sjuksköterskor, 1100 undersköterskor och 400 läkare. Omkring 300 anställda per yrkeskategori utgör paramedicinsk personal, läkarsekreterare och administrativ personal och 260 ingår i kategorin ekonomi/transportpersonal. Budgetomslutningen uppgår till drygt två miljarder kronor. Kliniker, laboratorier och enheter som organiseras inom SÄS blir i början av decenniet ungefär 30 till antalet och akutsjukhuset SÄS finns som en av fyra sjukhusgrupper invävt i Västra Götalandsregionen²⁸ (VGR). Sjukhuset bedriver länssjukvård²⁹ inom alla specialiteter och genomför sjukvård företrädesvis vid sjukhusen i Borås och Skene samt även vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar i varje kommun samt behandlingshem. (SÄS informationsmaterial 2002; Årsredovisning 2002).

Till och med 1960-talet fanns ett lasarett runt ursprungshuset (Årsredovisning 2003) som invigdes den 18 januari 1930 på Brämhultsvägen 53, omringad av Klinikvägen, Lasarettgatan, Samaritvägen och Gamla Brämhultsvägen i Borås. Det blev det fjärde lasarettet med specialiteter som röntgen, gynekologi, öron och ögon. Borås första lasarett, med sex vårdplatser, etablerades 1782 på Stora Brogatan 9. Liknande Serafimerlasarettet fanns en bild av Borås sjukhus som ett mönstersjukhus (Stolt³⁰

²⁸ Vid bildandet av Västra Götalandsregionen 1999 tillkom en gemensam huvudman för SÄS, NU-sjukvården (inkluderande NÄL: Norra Älvsborgs länssjukhus och Uddevalla sjukhus), Skaraborgs sjukhus (SkaS) samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), vilka tillsammans består av 17 sjukhus som redan tidigare bedrivit samarbete kring region- och länssjukvård. Den norra delen av Hallands län och VGR bildar tillsammans Västra sjukvårdsregionen där SU är ett regionsjukhus. I Sverige finns sex sjukvårdsregioner och åtta regionsjukhus, vilka samtliga räknar sig som universitetssjukhus (SOU 2007:12, s. 165). År 2013 finns 18 sjukhus i VGR (vgregion.se).

²⁹ SKL (2009) uppger att de senaste 15 årens utveckling har medfört att indelningen i läns- och länsdelssjukhus i stor utsträckning förlorat betydelse. År 2013 finns ett femtiotal läns- och länsdelssjukhus i Sverige (skl.se).

³⁰ Carl-Magnus Stolt ingår i SÄS sjukhusledning till omkring årsskiftet 2003/2004.

1994) på 1700-talet. Efter bränder i staden öppnades 1828 det andra, det Holmerska lasarettet, vid Sturegatan. När det revs 1897 hade staden sedan sex år ett tredje lasarett med plats för 130 patienter. På 1970-talet ordnades sjukhuset i tre lasarett baserat på geografisk indelning: Borås, Alingsås och Skene inom Södra Älvsborgs sjukhusområde.

År 2001, ett år efter att den nya sjukhusdirektören tillträder, formaliserar hon fem områden inom sjukhuset: medicinska specialiteter, opererande specialiteter, psykiatriska specialiteter, medicinsk service samt allmän service – det sistnämnda syns horisontellt på ett liknande sätt som staberna på den skiss som visar en organisation. Staberna utgörs av ekonomi- och informationsenheten med chef för enheten och tillika biträdande sjukhusdirektör, sjukvårdsstrategisk enhet med chefläkare samt personal- och utvecklingsenheten med personalchef. Omvandlingen innebär alltså en förskjutning från ett sjukhusområde med tre geografiska lasarett till ett sjukhus med fem områden avgränsade utifrån olika specialiteter och servicefunktioner. Organisering i vad som brukar kallas divisioner sker vid flera större sjukhus sedan mitten av 1990-talet.

Inom regionen används en beställar-utförarmodell³¹ och sjukhuset har en politiskt tillsatt (sjukhus)styrelse³². Medicinska sektorsråd³³ har byggts upp med ledande medicinska företrädare för regionens sjukhus och primärvård. Inom regionen finns också sedan 2002 en enhet som heter Centrum för verksamhetsutveckling (CVU)³⁴

³¹ I BU-modellen är SÅS utförare av beställd vård och hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) inom VGR (12 stycken 2003) är beställare (HSN 6 Mittenälvsborg och HSN 8 Sjuhärad beställer gentemot SÅS). Den högspecialiserade vården beställs dock av regionstyrelsen. Som stöd till hälso- och sjukvårdsnämnderna finns en tjänstemannaorganisation med fyra hälso- och sjukvårdskanslier i Borås, Göteborg, Mariestad och Uddevalla. Som mest har 11 av 26 landstingskommuner beställar-utförarmodeller under första hälften av 1990-talet. 2005 är det fyra landsting/regioner där de finns kvar, bland andra VGR (Öhrming 2009), vilket gäller för VGR även år 2013 (vgregion.se). För studier av VGR:s beställarstyrning och politiska styrning, se t.ex. Berlin (2006) och Anjou (2008). Jämfört med konventionell förvaltningsorganisation innebär modellen att roller särskiljs inom sjukvårdsorganisationen – beställare och utförare, och att verksamheten utsätts för konkurrens. Den tidigare budgetstyrningen kopplat till anslag går över i prestationsersättning, det vill säga ersättning utgår efter utförd prestation. Styrmodellen medför delvis att den politiska och administrativa styrlogiken utmanar den professionella (Berlin 2006).

³² Benämndes innan år 2004 för utförarstyrelsen på grund av att beställningen då kom från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS). HSS beställde gentemot sjukhusen och nämnderna gentemot primärvården. 2004 finns enbart de 12 nämnderna kvar på beställarsidan – således är det numera endast på utförarsidan det finns en styrelse. Mandatperioden januari 2003 till och med 2006 har styrelsen en socialdemokratisk majoritet med nio ledamöter (4 S, 2 M, 1 C, 1 MP, 1 KD) samt tre ersättare (S, FP, SVG (Sjukvårdspartiet Västra Götaland, sedan 2003)).

³³ Sektorsråden arbetar med kvalitetsutveckling och gemensamma medicinska indikatorer samt värderar nya och befintliga metoder (SOU 2007:12).

³⁴ 2007 fick CVU ett nytt uppdrag: att stödja verksamhetsutveckling (VU) inom Hälso- och sjukvården. Tidigare kunde verksamheterna som CVU arbetade med själva ta initiativet, men nu övergick möjligheten att ge uppdrag till enbart förvaltnings- eller regionnivå, det vill säga enbart strategiskt formulerade uppdrag. Tidigare har kvalitetsutvecklare arbetat inom klinikerna men nu handlade CVU:s uppdrag om att stödja chefer och uppåt – ”Görandet får verksamheterna sköta själva” (CVU-företrädare på kursen: Att leda verksamhetsutveckling och förändringsarbete (ALV) vid HGU, för chefer i offentlig sektor hösten 2008).

och våren 2002 förs en diskussion inom VGR kring att starta ett samarbete med forskare för att ”stärka ledarskapet” i regionen och samtal förs med Handelshögskolan vid Göteborgs universitet (HGU, och kort Handelshögskolan i texten). Även Sveriges läkarförbund i Västsverige blir engagerade. På SÅS intranät beskriver sjukhusdirektören arbetet med att ta fram en vision och framtidsbild för sjukvården i regionen där betydelsen av management betonas:

... ledarskapets betydelse för att nå en framgångsrik region. [Regiondirektören] medverkade med sitt tydliga budskap att den som inte gillar spelreglerna får allt fundera över om man skall vara chef och ledare eller göra något annat. Mest syftade han dock i dagsläget på behovet av chefer med ett tydligt arbetsgivaransvar och om hur viktigt det är att vi alla bidrar till att hålla oss till de förutsättningar vi får för uppdragen (Sd på intranätet 7 december 2001)

Och i en allt mer globaliserad värld kan händelser av annan karaktär också visa sig viktiga:

... två stora globala händelser [har] inträffat. Terrorattackerna den 11 september och virusattacken Nimda. Båda händelserna visar vår sårbarhet i en värld utan gränser. Trots sina skilda storheter är de båda exempel på hur vår vardag snabbt som ett trollslag kan förändras. (Sd på intranätet 28 september 2001)

Texten fortsätter med att förutspå att ekonomin kommer att påverkas – med en tidsfördröjning både på sjukhuset, i regionen och i Sverige – ”Den begynnande lågkonjunkturen i västvärlden och i Sverige har fått extra kraft genom oron i världen”. Vidare följer att ekonomin i regionen är god, med skatteintäkter från ”det goda 1999” som ger intäkter två år senare och att sjukhuset också har ”klarat” sin ekonomi. Tiderna kommer dock att bli ”kärvare” 2004 och framåt. Även om världen ter sig gränslös finns dock begränsningar när det gäller ekonomi och personaltillgång, vilket påverkar sjukhusets möjligheter att möta efterfrågan på vård, uppger sjukhusdirektören i texten: ”Just nu gör vi vårt yttersta för att balansera dags läge.”

Även lokala händelser kan få verkningar, som ett åsknedslag i huvudbyggnaden på sjukhuset den 15 juli 2005. Detta orsakar stora skador på larmsystem som brand, personsökning, passagesystem, överfall, hissar och ventilationssystem samt även viss medicinsk teknisk utrustning påverkas, skriver en områdeschef på sjukhusledningens sida på intranätet 3 augusti 2005. Men det blir att gå händelser för långt för tidigt: åter till tiden runt sekel- och decennieskiftet.

En ny sjukhusdirektör tar tag i ekonomin och vill förnya

I början av februari år 2000 börjar den nya sjukhusdirektören, som har erfarenheter av vd-arbete i kommunala och statliga bolag samt arbete med politik på heltid inom Göteborgs Stad, på sjukhuset. Hon gör ”en snabb analys av hur läget var”:

Jag såg ju hur turbulent det var. Jag såg att här var man inte van vid att ha ordning på sina pengar. Man har inte klarat sin budget på 11 år. Jag gjorde ju så att jag intervjuade ju alla, både den dåvarande ledningsgruppen som bestod utav 17 personer och sen satt jag i enskilda samtal med alla verksamhetschefer. (Sd våren 2004)

Förutom de enskilda samtalen med cheferna ägnar sjukhusdirektören även tid åt att analysera organisationsgranskningen (OG) som genomfördes 1998. Vid intervjun tar sjukhusdirektören fram en sammanställning av den analys hon gjort under sin första månad på sjukhuset. En distinkt bild framträdde: “Jag fick ju en bild av en ålderdomlig organisation, utan klarhet och tydlighet.” Sjukhusdirektören fortsätter med att räkna upp flera av punkterna från sitt presentationsmaterial genom att retoriskt ställa sig frågan: “Vad har jag mött under min introduktion?” Här nämner hon att sjukhuset kännetecknats av många pågående utvecklingsarbeten och att det fanns en förändringströthet. Samtidigt fanns en vilja att samverka mellan kliniker och att öka samverkan mellan klinikerna och lasaretten samt att slå ihop kliniker berättar sjukhusdirektören. En organisation baserad på funktion var att föredra framför en geografisk lasaretsorganisation. Det fanns även en hög medvetenhet om vikten av att ha ”patienten i centrum” samt en besvikelse över vad man uppfattade som en ringa politisk förståelse från regionledningen – “Hur ska vi egentligen tolka uppdraget?” Sjukhusledningen och verksamhetscheferna pekade på en otydlig organisationsstruktur, otydlig beslutsångång samt en otydlig ledningsorganisation, enligt sjukhusdirektören. Sjukhusledningen uppfattades som för stor, det pratades för mycket dagliga frågor på bekostnad av strategiska, det var stor skillnad mellan mål och verklighet, och ansvar och befogenheter följdes inte åt tillräckligt, påtalade sjukhusdirektören. Vidare pekade analysen på att läkarna inte hade något att säga till om då de inte ingick i linjen, att arbetsmiljöfrågorna borde sättas i fokus samt att ”ledarskap” och uppföljning saknades.

Och så ställde jag ju frågan till alla som jag hade varit runt och pratat med: Vilka förväntningar ställer ni på mig? Ingjuta mod, skapa en vision, ha bärande argument, ge strategiska frågor, kompetens och personalförsörjningsstrategi, inför process... – det hade jag glömt... det fanns med redan då... jag har inte läst de här på ett tag – inge en stark ledning: jag sa till dom då att ’den dagen som vi är det så kommer ni inte att tycka om det’ [skrattar]. Och så liksom hörde man bara suset [skrattar]. Det är sant... effektiva och färre möten, mindre storlek... ta i problem, omvärldsanalys... – ja, den här är intressant att titta på nu alltså – ... mod, stå upp för beslut, ärlighet, uppföljning... /.../ Och mina viktigaste huvuduppgifter nu då var: gifta ihop SÅS-ledningen med verksamhetscheferna, utveckla ett gemensamt ledningsteam för

SÄS, återskapa förtroendekapitalet till ägarna, fokus på några nyttiga nyckeltal samt mötesstruktur för dialog. (Sd våren 2004)

Sjukhusdirektören beskriver att de viktigaste frågorna var kostnaderna, övertiden och arbetsmiljöfrågorna, då en arbetsmiljöinspektion visat på brister. Volymutvecklingen skulle underordnas dessa uppgifter och det var något som var helt nytt enligt sjukhusdirektören. Den första månaden gick sjukhusdirektören bredvid en tillförordnad sjukhuschef på sjukhusledningens möten.

Jag undrade varför ekonomichefen satt och tryckte utefter väggen när vi hade så stora underskott. Jag fattade ingenting. (Sd våren 2004)

När sjukhusdirektören bladdrar i buntarna av papper framför sig på bordet hittar hon även ekonomirapporten.

Jo, ekonomirapporten såg ut så här alltid, den hade ett gult försättsblad [skrattar]. Vet ni vad den kallades för? Gula faran [skrattar]. Ja, herregud vad jag har skrattat många gånger när jag har tittat på detta. (Sd våren 2004)

Ekonomi introducerades alltså med gul färg och uppfattades som en möjlig risk, enligt sjukhusdirektören.

Och då sa jag det att det är bara en sak som vi ska göra först av allt och det är att vi ska visa ägarna att vi kan ha ekonomisk kontroll. Vi ska inte göra slut på mer pengar än vad vi har fått. Och det var en chock naturligtvis för organisationen. Så där började turbulensen. (Sd våren 2004)

Chefen för ekonomi- och informationsenheten³⁵ beskriver hur samtalet kring ekonomin till en början fördes på ett mycket förenklat sätt och att det ”för fem år sedan [ungefär 1999] fick kosta vad det kosta ville”. Han tillskriver sjukhusdirektören det nya fokuset på ekonomin samt kopplar ekonomin till arbetsmiljöfrågorna – det räcker att producera enligt uppdrag.

För det var ju mycket det här med vulgärdiskussion i början kring ekonomin när [sjukhusdirektören] och jag försökte hävda detta då. Framförallt så var det ju [sjukhusdirektörens] trick som gjorde detta att nu är det ekonomin som gäller här. Och det fanns också ett större genomslag för den här tanken, den kom tydligare från

³⁵ Chefen för ekonomi- och informationsenheten arbetar även som biträdande sjukhusdirektör, som nämndes redan i föregående avsnitt. I kommande citat refererar jag till det han säger med benämningen Ec eller chef i sjukhusledningen på liknande sätt som jag benämner områdescheferna när jag inte specifikt skriver om prat från dem som områdeschefer. (Det finns också en ekonomichef utanför sjukhusledningen). På motsvarande sätt kortar jag titeln Personalchef till Pc.

regionledningen också. Så det samförde på något sätt att det fanns en... Och det fanns hela tiden från de flesta i sjukhusledningen, som då var läkare. 'Varför ska vi göra detta, när inte de andra gör det? Jag har ju mina verksamhetschefer som hugger mig i baken eller som sticker mig och som säger att kollegerna på SU gör inte det, varför ska jag göra det?' Och det måste visa sig att detta lönar sig att vi gör detta. Och det var några, det var de två första åren kan man säga, att det var några... där man rent pedagogiskt fick verkligen... inte pedagogiskt utan nära på fick hålla igen bara för att visa att vi måste göra så här. Och sen kom vinsterna på något sätt. (Ec våren 2004)

Och om sjukhuset genomför sitt uppdrag till lägre kostnad kan pengarna användas till ett större uppdrag berättar personalchefen med förhoppningen att "man inte ska rycka undan den resursen från oss".

För någonstans ska koncernen gå ihop, i regionen alltså. Och det är ju det klassiska mönstret att de som har överskridit sina ekonomiska ramar, de har fått det täckt i efterhand och så har det rullat på. Istället för att ha pressen på varje organisation att det här är er restriktion och i den får ni agera. Är det så att ni inte klarar det så, då innebär det ett åläggande att förändra er verksamhet så att det är möjligt, och så tvärt om då, genererar ni ett plus, så ger det en möjlighet att utveckla er verksamhet ytterligare. Investera i teknik och annat som behövs och annan verksamhet – att expandera. Det är ju den ruljansen man vill in i. Någon slags positiv spiral. Och det tror jag börjar gå upp för fler här på sjukhuset, att det har ett värde att gå plus. (Pc våren 2004)

Fler chefer i sjukhusledningen berättar om tidigare erfarenheter av att sjukhusledningen "konfiskerat" lösgjorda resurser från utvecklingsarbeten och de höjer en varningens finger för att använda liknande försök i besparingssyfte.

Och att man faktiskt låter de resurser som man frigör vara kvar i organisationen. Inte självklart på den platsen som de ligger men att man ser att de inte bara täcker svarta hål centralt i kassakistan, utan för att utveckla verksamheten på sjukhuset. Det köper de flesta för att det finns en bra vilja till det. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Till att ta ett grepp om ekonomin vill sjukhusdirektören förnya.

Jag gick ju faktiskt väldigt medvetet in... Jag visste inte hur jag skulle göra, men jag ville förändra sjukvården. För jag tyckte att det var... Min bild utav sjukvården var att jag tyckte att politikerna hade tappat greppet, politikerna var fångna av ett antal bilder som de levererade utan att egentligen ha kunskap om hur det faktiskt förhöll sig. Där jag trodde att det fanns mera utav kraft i själva organisationen, än vad den politiska nivån kunde fånga. Så jag var väldigt nyfiken på vad det

fanns för några krafter man kunde fånga i sjukvården. /.../ Mina slutsatser av vad jag hittills har sett, det är att det i mångt och mycket är en organisation som kan leverera mycket mer resultat än vad den gör i dagsläget. Därför att man lägger så mycket energi på det här som vi pratar om nu, att ha otidsenlig arbetsorganisation och ett otidsenligt sätt att leda och utveckla verksamheten. Och det tycker jag att jag har fått bekräftat, rätt mycket. (Sd våren 2004)

Nu kommer jag att beskriva hur chefer uppfattade sjukhusdirektörens inträde på sjukhuset. De flesta uppfattade det som att det medförde någonting annorlunda.

“Från förvaltning till utveckling, strategi och styrning”

I och med [sjukhusdirektörens] början här för fyra år sen så inleddes ju någonting som är annorlunda, det är ju helt uppenbart. Och det tror jag du kommer att höra av flera. Så det är det här att kunna få någon slags... Att ändå samlas kring någonting som bärs framåt på ett annat sätt. Det är både ett risktagande men det är... Och i synnerhet i en sådan här organisation så är det ett risktagande. Sticker man ut hakan och utmanar kulturella mönster eller traditionella sätt att kommunicera och så där, så får man en och annan snyting. Så är det. Och det innebär ju här i en sådan här kultur, att då kräver man ju i olika grupperingar att chefer avgår. För man vill inte ha det på det sättet. Man vill ha sina egna kommunikationsvägar och direkt access till inflytande och så där. (Pc våren 2004)

Och nu skedde en förskjutning av fokus från förvaltning till utveckling, strategi och styrning.

Ledningsgruppen var ganska mycket förvaltande och inte så mycket utvecklade och strategisk... Utan vi var en del utav landstinget då, gamla landstinget. Och vi skulle fixa vårt då, och så där. Vi hade ekonomiska problem och det försökte man då parera på det traditionella sättet genom att förklara hur de här situationerna har uppstått. Det har inte varit vårt fel utan det har blivit så av olika skäl. Och man har ingen styrning, inget sånt ledningsarbete. (Pc våren 2004)

Flera chefer i sjukhusledningen betonar att det går en ”väldigt tydlig gräns” när sjukhusdirektören tillträdde, i riktning mot en tydligare styrning. Tidigare var det oklart med mandaten men nu blev det en tydlig linjeorganisation. Vidare beskriver cheferna i sjukhusledningen att man i tidigare sjukhusledning agerade som representanter, det vill säga man representerade sin yrkesgrupp eller verksamhetsområde snarare än att se till sjukhusledningens gemensamma uppgift. Sjukhusledningen har fått en annan betydelse under senare år:

När jag började här en gång i tiden [mitten av 1970-talet samt mitten av 1990-talet efter att ha arbetat i en annan verksamhet en tid] så kände man ju att det var skottpengar på administrationen allmänt här. Det var ju överskottslogret och sådana här saker. Man kallade det här huset [där sjukhusledningen placerat sig] för det mesta på något sätt då. Men idag... Och det är klart att nu sitter man ju mera i ett ledningsläger. (Ec våren 2004)

Chefen för ekonomi- och informationsenheten beskriver en önskan om att ta ett grepp för styrning.

Innan [nuvarande sjukhusdirektör] då så var det en sjukhusdirektör som... ja, det förföll på något sätt här styrningsmässigt och... lite allmänt förfall på något sätt. Så man hade väl också bilden att herregud här skulle man ju kunna ta tag i detta och få lite bättre grepp på något sätt, och bättre styrning. (Ec våren 2004)

Och att han sökt tjänsten som sjukhusdirektör. Han berättar även att han blev allvarligt sjuk och gick tillbaka till SÄS vid den tiden.

Men sen så blev jag lite... inte lite, jag blev ganska allvarligt sjuk. Jag skulle egentligen ha fortsatt som förvaltningschef [i en annan verksamhet]. Men så var jag tvungen att börja med dialys. Så att jag sökte mig tillbaka hit. Och då började jag som ekonomichef, och började om igen på ett sätt då. Och det var väl roligt men det var ju rätt mycket för att hitta en trygghet också i tillvaron på något sätt. Och... Sen var det väl något år då som jag skulle transplantera, det var ju... Då var man ju rätt så mycket inne i det med sjukdomen och så. Fast sen då fick vi en ny förvaltningschef här. Det var innan [sjukhusdirektören] då. Då fick vi uppgiften att samla ihop ekonomiavdelningen. /.../ Och det blev rätt bra tillslut. Och så kom [sjukhusdirektören] och då blev det ännu bättre för att... Jag hade i och för sig då sökt också sjukhusdirektörtjänsten i det läget. Och så vi var ju egentligen då rivaler och... Jag vet inte egentligen hur... Vi var två-tre stycken, men det var ändå så ganska klart att det skulle vara [sjukhusdirektören]. Och jag hade inga som helst problem med det sen när jag hade träffat [sjukhusdirektören]. För att det kändes så. Det kändes riktigt bra. /.../ Och efter då att hon hade kommit hit så utsåg hon mig som ställföreträdare. (Ec våren 2004)

Flera chefer i sjukhusledningen beskriver sjukhusdirektörens sätt att agera i positiva ordalag och håller fram henne som en förebild. Det gör även flera verksamhetschefer. En verksamhetschef som arbetat en längre tid på sjukhuset talar om en budgetprocess förskjuten i tiden.

Men det görs ju på ett oerhört mycket mer strukturerat sätt nu än tidigare. Och sedan [sjukhusdirektören] kom så är ju budgeten klar i

god tid före årsskiftet. Dessförinnan har jag upplevt sju-åtta sjukhuschefer. Dessförinnan har ingen lyckats vara klar med budgeten före årsskiftet, utan ibland kan det ha dröjt in till april, maj, juni innan budgeten är spikad, så att visst har det blivit bättre. (Vc hösten 2005)

Och att mindre kliniker tidigare fick lämna företräde för de större.

Det har fungerat bättre nu än vad det har gjort någon gång tidigare. Vi har en väldig tydlig ledning idag vilket vi inte har haft innan. Innan [sjukhusdirektören] kom och hennes organisation började fungera, så att säga, så hade vi alltså då en sjukhuschef med väldigt många verksamhetschefer som det var svårt att nå och att kommunicera med alla personliga preferenser från vissa sjukhuschefers sida och andra glömdes bort. De stora klinikerna fick oftast företräde. Jag var ju då som lungläkare, representerade en ganska liten verksamhet. Vi har haft förr en så kallad blockorganisation, då många kliniker var organiserade i block, ungefär som vi idag är organiserade i områden. Men chefen för de här blocken, det var alltså den största hövdingen för den största kliniken så att säga. Och det innebar lätt att de mindre klinikerna i det här blocket blev förfördelade helt enkelt. (Vc våren 2004)

Även verksamhetscheferna påpekar alltså att det blev en ”tydlig ledning” med den nya sjukhusdirektören samt att det blivit ”turbulent”, ord flera chefer använder för att beskriva rådande omständigheter.

En läkarprotest på sjukhuset och i media

När sjukhusdirektören tillträdde formellt första mars 2000 samlade hon alla verksamhetscheferna för att presentera vad som framkommit i intervjuerna med dem.

Ja, så det var ju herrar i vita rockar, med kragen uppfälld. Ni förstår vad jag menar: hela maktspråket. /.../ Så då vet jag att det var någon utav verksamhetscheferna som begärde ordet och så sa han: ’Ja, men om vi ska hålla budgeten i varje läge så kommer ju inte jag alltid att kunna... Men vad händer då om jag inte kan ta mitt medicinska ledningsansvar?’ Och då sa jag att: ’Då får du som är den mest kompetenta bedöma hur den medicinska prioriteringen ska göras, komma med ett förslag på hur det ska ske och sen så får du diskutera det med mig och när vi har fattat ett beslut så står jag bakom det sen.’ Och det var aldrig någon som kom under hela året. Och vi gick plus 25 miljoner. Jag tycker att det är väldigt fascinerande. Det har aldrig hänt någon annanstans jag har varit... Jag var lite chockad, för månad efter månad som gick här tänkte jag: vad är detta? Men det visar ju två saker. Jag har bara kunnat dra två slutsatser utav det. Ett, att det faktiskt fanns luft i maskineriet, det var väldigt mycket krav, krav, krav, och att inte redovisa allt, att det inte var genomarbetat i kalkylen.

Och det andra, det var att det var tydligt i budskapet: 'Kom inte hit och kräv mer pengar för det finns det inte'. Jag kan inte tänka mig att det var någonting annat. Men det är klart att det skapar turbulens. (Sd våren 2004)

2001 kan man läsa i *Läkartidningen* (nr 46:2001) om ett öppet brev som Södra Älvsborgs överläkarförening³⁶ riktat till regionstyrelsen där de "kräver konkreta och snabba åtgärder" under rubriken "överläkare protesterar mot regionpolitiker". Yrkesföreningen har synpunkter på tillgängligheten och väntetider till icke akuta undersökningar. De anser att det inte finns tillräckligt med personal, att det saknas bemannade operationsalar och att vårdplatserna inte är tillräckliga. Arbetsituationen upplevs som "mycket otillfredsställande". Många läkare söker sig till andra arbetsgivare eller överväger pension vid 61 års ålder. Föreningen vill ha en "direkt diskussion utan mellanhänder med alla överläkare angående brevets innehåll och övriga arbetsmiljöproblem". Ordföranden för överläkarföreningen kunde inte nås för en kommentar enligt artikeln. Ordföranden i Läkarföreningen Södra Älvsborg³⁷ säger i samma artikel: "Ytterst handlar det om att tillföra mer pengar för att kunna fylla alla vakanser." Ordförande i regionstyrelsen (S) och ordföranden i utförrarstyrelsen (S) för SÄS svarar på brevet genom en debattartikel i lokalpressen, enligt samma artikel, att de inte delar överläkarföreningens bild. De hänvisar till exempel till 16 miljoner extra för att förbättra arbetsmiljön och personalrekrytering. Ordföranden för fackföreningen säger:

Man måste ge arbetsgivaren viss credit. Nu har man fått instrument att upptäcka arbetsmiljöproblem, vilket man inte haft tidigare. Troligen blir effekten att man upptäcker ännu fler problem. Men med en bättre arbetsmiljö blir det kanske lättare att rekrytera personal, och då kan vi på längre sikt lösa problemen och öka kapaciteten. Och för det krävs mer pengar. (*Läkartidningen* nr 46:2001)

Sjukhusdirektören uppfattar det som att hon "undermineras" av ett antal läkare och senare kom protesterna att förskjutas till ett möte i yrkesföreningen där 70 läkare krävde sjukhusdirektörens avgång våren 2002. Sjukhusdirektören beskriver att hon fick signaler från sjukhuset om att det var viktigt att hon "stod upp under det skedet":

Att jag inte gick. Utan att jag liksom tog den fajten även om den var påfrestande offentlig. Och fem inslag i Västnytt och det höll på i en hel vecka. Alla möjliga förtal, att jag hade bolag och att jag sålde konsulttjänster och det var så mycket så att det inte var klokt – Taget ut luften. Sen blev det väldigt lugnt. (Sd våren 2004)

³⁶ Södra Älvsborgs överläkarförening, nu Sjukhusläkarna: yrkesförening inom Sveriges läkarförbund

³⁷ Läkarföreningen Södra Älvsborg, idag Älvsborgs Södra läkarförening: lokalförening inom Sveriges läkarförbund

Sjukhusdirektören berättar att hon kände sig ensam i att gå ut och ”ta fajten” trots att hon hade bra stöd från sjukhusledningen. Hon upplevde områdesledningarna som ”passiva” och ”vilsna”, vilket fick henne att dra slutsatsen att hon måste jobba mycket mer ”systematiskt med ledarskapet” och att få ihop vad hon uppfattade som ett ”vi och dom” mellan sjukhusledningen och verksamhetscheferna. Sjukhusdirektören summerar att kritiken från verksamhetscheferna handlade om att hon ”bara var intresserad av ekonomin”. Dessutom riktades fokuset mot henne trots att det varit en av områdescheferna som sagt upp en av de läkare som deltagit i drabbningarna, beskriver sjukhusdirektören vidare och gör analysen att det handlar om att hon inte är läkare och att hon är kvinna. Så här säger en verksamhetschef.

Det fanns ju ifrågasättande i tillsättandet av henne. Hon kommer inte från vården och... Det fanns ju gamla strider och revirtänkande och... Det är ju en sådan stor organisation och det ser man ju nu här innan. Jag jobbade ju med den gamla lasaretschefen [namn] och då... I [namngivet projekt]... som han engagerade sig väldigt mycket i. Men han styrde ju inte verksamheten här ute, så där väldigt mycket tror jag. [Sjukhusdirektören] ville ju leda verksamheten på ett annat sätt. Och det märks ju /.../ det var väl ett flertal kliniker och ett par chefer har ju efter det slutat, och sånt där. Så att de har ju inte gillat läget och då har de fått flytta på sig. Jag tror nästan alla de här som utmärkte sig som motsägare, har ju flyttat på sig. (Vc våren 2004)

Och så här säger en chef i sjukhusledningen:

Man kan säga att vi har haft under [sjukhusdirektörens] första år då, när hon kom så blev det motstånd eftersom hon gjorde den där omorganisationen då. Allt som organiseras som på något sätt kan hota det befintliga ser man som ett hot då. Det fanns liksom en grupp i verksamhetschefgruppen, man får väl säga att de bedrev väl lite subversiv verksamhet, minst sagt.

Intervjuare: Vad innebar det?

Att de försökte underminera sjukhusledningen. De hade sina egna möten vid sidan av och satt och pratade dynga om oss. Och man försökte mobilisera krafter mot. Men de var redan försvagade innan då successivt, någon hade flyttat härifrån och de andra var inte så starka. Men i och med att det här kom, och den här enigheten växte fram, så har det här fullständigt upphört. Det finns inte kvar längre alltså. (Oc våren 2004)

“Brevduvor och knähundar”³⁸

På frågan om hur tidigare sjukhusdirektörer verkat på sjukhuset betonar sjukhusdirektören skillnaden gentemot dagens ordning: ”Ja, alltså den här nivån har ju aldrig existerat, om jag säger, men det var ju små springpojkar man hade här”.

Jag glömmer aldrig det. Den [chef] som var i Alingsås han kom en gång: ’Ja, nu kommer jag med en skrivelse att vi behöver mer resurser.’ ’Skrivelse’, sa jag, ’Var ska du ställa den?’ ’Ja, den ställer jag ju till sjukhusledningen’, sa han. ’Där sitter du ju själv’, sa jag. Vad liknar detta... [skrattar]. De var vana att jobba på det viset. Ja, det är helt otroligt. Jag kan skratta åt det nu. Men då var jag nästan... Jag tänkte att vad är det här för en värld. (Sd våren 2004)

Resurser, främst i form av pengar, är en ständigt närvarande del i beskrivningarna.

Och då ledningsarbetet, det var alltså... Det kallar jag för brevduvesyndromet. Och jag sa att ’jag är ingen brevduva’. Men jag beskrev hur man såg på ledningsarbetet som en brevduva. Att man lämnade som verksamhetschef sina petitioner, så att säga sina önskemål, till sjukhusdirektören och sen skulle sjukhusdirektören se till att framföra dessa till nästa instans så att det blev mer pengar. Sen skulle sjukhusdirektören inte göra så mycket mer. Då har jag svarat att då är det billigare att ha en brevduva. Då tar man den där petitionen i näbben och flyger vidare till nästa instans. Det är kulturen i detta: Brevduvan – Flyg vidare med våra krav. Och är det så att du inte kommer hem med någonting i retur så kan du lika gärna hälsa hem, lite så. (Sd våren 2004)

Sjukhusdirektören berättar om ett ”svagt ledarskap generellt” samt att det under tolv års tid funnits en kontinuitet med två ”våldigt starka” chefer från slutet av 1970-talet. En av dem var kirurg och arbetade med anmälningsärenden och hade uppdrag för Socialstyrelsen. Han var mycket ansedd både på sjukhuset och nationellt enligt sjukhusdirektören.

På den tiden så levde kirurgen i sus och dus. Så, så fort de ville ha pengar, så har det beskrivits till mig, så var det bara att... för den dåvarande kirurgchefen och gå upp till [lasarettens-/sjukhuschefen]. Så grejade det sig. (Sd våren 2004)

³⁸ Orden är metaforer från fältmaterialet (som används som både liknelser och metaforer i citaten) som min kollega skrivit om i sin avhandling (Öfverström 2008). Jag kommer att låna flera av de formuleringar hon medverkat i att skapa tillsammans med fältaktörerna, både för att de bygger på ett gemensamt material och för att de säger en del om statusen för olika sätt att arbeta samt om relevanta andra på sjukhuset. Dessutom kommer jag att låta mig inspireras av och bygga vidare på flera av de idéer hon satt i rörelse.

När han gick i pension tillträdde en chef ”som inte var läkare” och ”han var elak, sa man, alla var rädda för honom”, påtalar sjukhusdirektören och exemplifierar med att han kunde skälla ut personer och avskeda dem ”mer eller mindre”. De båda tidigare sjukhuscheferna drev ett skräckvälde, som sjukhusdirektören uppfattar det.

Och det intressanta var att när politiken ville avveckla honom, för det fanns ett missnöje från den politiska nivån, så kallade han samman sina verksamhetschefer och så sa han, nu ser ni väl till att ni skriver på här och stöttar upp mig. Men det var ingen som gjorde det. Så det var ju naturligtvis ett trauma i sig att ha ett sådant chefskap, i den här världen. (Sd våren 2004)

... Och han efterträddes av en ”utvecklingsinriktad” chef som hade tjänsten i ett och ett halvt år:

Men han kom ifrån näringslivet. Jag har träffat honom. [Chefen] har haft några utredningsuppdrag inom VG[R]. Han var med när vi hade Skenejubileet för ett tag sedan. Våldigt bra person tror jag. Men han passar inte ihop med politiken, för han låg ju så många år före dem. Så det blev för stort glapp där. Han började mycket med processtänkande och så. Och du vet det här var ju då i mitten av [19]90-talet, så det var ganska tidigt. Så han blev inte gammal: ett och ett halvt år. Så det blev ju mycket stiltje. (Sd våren 2004)

... Och därefter kom en ”administrativ” chef i tre år:

Först det här skräckväldet med [lasarets-/sjukhuschefen som inte var läkare, som omnämndes ovan] och något som började tända hopp och som bara gled ut i intet. Och sen efter det så tillsattes en då som var mera administrativ chef, i tre år, som var rädd och satt på rummet och administrerade. Och samlade papper, i tre år. Och sen så kom jag då. Och då hade inte sjukhuset hållit sin budget på 11 år. Ja, det är nästan i slutet på [perioden med lasarets-/sjukhuschefen som var kirurg] om man tänker efter. Ja, och så säger jag då i ett läge när vi till och med var underfinansierade, och man upplevde det att, nej nu ska vi visa ägarna att vi kan hålla budget. Det är klart att det var en kulturchock. (Sd våren 2004)

Sjukhusdirektören beskriver att man hade ett ”abdikerande” chefskap och områdescheferna kallades för ”knähundar” bakom ryggen.

I början var det förskräckligt. Och sen var det kulturförändring. Jag stod ju också för kulturförändring väldigt mycket, även om... Du vet, de kallades ju... inom förtalets ram på sjukhuset så kallades områdescheferna för knähundar [skrattar]. Så man ser små pudlar framför sig: vov, vov. De kallades för det. Jag hade en läkarlunch där... Nu kommer jag inte riktigt ihåg vilket år det var... Det var väl 2002

eller något sådant där. Det var alldeles i efterdyningarna av den där kulmen som var på våren. Och då var det en utav de läkarna på den läkarlunchen som sa det att, då kallade han dem inför hela gruppen: knähundar. Ja, jag satt och tänkte att: vänta bara tills jag sätter rosett på dom också. Men det sa jag inte [skrattar]. Och då blev de ju arga, områdescheferna. Det gillade de ju inte att bli kallade för knähundar. Du förstår, så förnedrande. Det var ju inte klokt... Och [en av områdescheferna som] var på det mötet: 'jag var så arg på mig själv: varför gick jag inte upp och gläfsste?', sa hon [skrattar]. Hon var så arg på sig själv efteråt. Och det liksom... det visar ju också lite grann den här ledningskulturen. Inte ens hon fick riktigt... utan då satt man där och tog emot. Och det retade hon sig på efteråt: 'Varför gjorde jag det?' (Sd våren 2004)

Det är fler som hört talas om områdeschefer som ”knähundar”. En chef i sjukhusledningen berättar om hur personen uppfattade att verksamhetscheferna såg på sjukhusledningen.

De hade fått en bild utav sjukhusledningen... att [sjukhusdirektören] var mer eller mindre en [ett par tre ord ohörbara³⁹] i det och vi var hennes knähundar som styrde detta med liksom järnhand och så. Det var ingen diskussion utan det blev bara som sjukhusledningen hade sagt och så där. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

“Ingen jävel över bron” och “rör inte min klinik”

På intranätet skriver sjukhusdirektören om ett transparent samhälle som kommer att ställa allt mer krav på sjukvården:

Jag vill ha en stor öppenhet om vårt arbete – och så ska vi jobba. /.../
Den framtida utvecklingen av det transparenta samhället kommer att ställa högre krav på oss också i detta avseende. Och jag tycker inte att vi ska bli uppmanade till att arbeta så – vi ska själva föregå med gott exempel (Sd på intranätet 11 februari 2003)

Sjukhusdirektören beskriver vad hon uppfattar som en slutenhet inom klinikerna och en laddning kring öppna prioriteringar och kvalitetsregister. I årsredovisningen 2001 kan man läsa om att ett prioriteringsarbete inleddes år 2000 baserat på ett riksdagsbeslut.

Och det är så intressant när jag läser den här NU-rapporten [refererar till NU-sjukvården] nu, alltså... Jag känner så väl igen det här med slutenheten i klinikerna. För den framkommer också utav den intervjun jag har [refererar till intervjuerna sjukhusdirektören gjorde

³⁹ Jag kan inte höra vad som sägs när jag lyssnar igenom ljudupptagningen.

under sin första månad på sjukhuset]. Man har sin egen hank och stör, ingen jävel över bron, så att säga. För vi vill ju få in... jag tar bara detta som ett exempel, vi vill ju få in all rapportering ifrån kvalitetsregistren, ska vi mäta då på sjukhusnivån. Och det faller ju tillbaka på att ledningar inom sjukvården aldrig har jobbat med kärnverksamheten. Utan sjukhusledningar i tradition, i svensk sjukvård och även internationell, vågar jag nästan uttala mig om även om jag inte har hört så många nedslag utomlands, så är det, det här att ledningar är administrativt ledarskap. Det är ta mig fan inte att vara inne och kolla upp hur vårdresultaten ser ut eller kolla hur prioriteringsarbetet bedrivs eller någonting liknade. Att en ledning har med det att göra, det är fullständigt ny terräng, ny mark man bryter när man går in i de områdena. (Sd våren 2004)

Här gör sjukhusdirektören en koppling till *Fänrik Ståls sägner*⁴⁰ och Sven Dufvas kamp mot ”ryssen”, medvetet eller utanför medvetandet som en del i ett spontant samtal. Graden av slutenhet uppfattas hursomhelst som betydande.

Jag hade gjort ett försök med det här med prioriteringar, för när jag tillträdde var det ju kärvt... ja, kärvt har det väl alltid varit, det är en balansakt det här med ekonomi och verksamhet och så. Men då hade vi en exceptionellt svår ekonomisk situation. Och då sa jag att det finns bara ett sätt att hantera det och det är att vi öppet redovisar våra prioriteringar och att... upplever vi att vi måste... klarar vi det inom vårt eget sjukhus så att säga, så ska vi göra det, men är det utav sådan dignitet att vi bedömer att även politikerna ska ha en insyn hur vi prioriterar så är det vår skyldighet att lägga fram våra förslag och prioriteringar till den politiska ledningen och så startade vi ett arbete där de skulle börja jobba med sina aktiva prioriteringar. Detta var innan regionen hade börjat med det prioriteringsarbetet. Du vet, det var bara en fyra-fem kliniker som överhuvudtaget gjorde någonting. (Sd våren 2004)

Vid ett senare tillfälle beskriver sjukhusdirektören det ogenomskinliga förhållandet genom att exemplifiera med att verksamhetschefen vid ortopedkliniken⁴¹ inte hade koden till höftprotesregistret som var det första i Sverige – Det hade enbart den ortoped som rapporterade dit.

⁴⁰ Diktverk av finlandssvenske författaren Johan Ludvig Runeberg, utgivet i två samlingar 1848 och 1860

⁴¹ Vid ortopedkliniken finns en stark tradition att arbeta med kvalitetsregister påtalar Årsredovisningen (2005). Här kan man läsa om att evidensbaserad vård (EBV) är en metod för uppföljning av vården t.ex. i form av kvalitetsregister. I dessa finns personbunden data som används i ökande utsträckning även i den administrativa verksamheten (tidigare enbart på kliniknivå). Rikshöft är ett av fem register kliniken är ansluten till innehållande fyra variabler som beställaren vill följa upp vid höftfraktur. Kliniken upptäcker fel, t.ex. har man hittat implantat och proteser som kunnat bytas ut mot bättre fabrikat. Registren används för jämförelse med andra kliniker (Årsredovisning 2005).

Det var en verksamhetschef som till och med sa så här: 'Du tycker det är en självklarhet', sa han till mig. 'Jag har ju inte ens tillgång till koden till ett utav mina kvalitetsregister på kliniken'. Jag menar, så här slutet har det varit. (Sd hösten 2005)

Sjukhusdirektören uttalar en besvikelse över att Socialstyrelsen, i egenskap av tillsynsmyndighet, inte gjort mer i frågan om kvalitetsregistren.

Nej, det har då intresseföreningarna, specialistföreningarna inom läkarförbundet, drivit, uppbyggnad av kvalitetsregister. Och det är väl en sak om det kan börja på det sättet, men det som är så märkligt är ju att det har pågått i så många år. Och det är först nu som Socialstyrelsen har vaknat till liv och menar på att det här då är en uppgift som vi borde jobba med. Så det visar återigen hur ledningsarbetet i sjukvården har gestaltat sig. Det har varit liksom en 'one man show', varje klinik... Du vet, så sent som i början av [19]60-talet då utsågs klinikcheferna av Kunglig Majt. /.../ Då hette ju den här Kungliga Socialstyrelsen⁴², så det var naturligtvis inte kungen som skrev på, det hette så. De godkändes liksom utav Socialstyrelsen. Det är klart vi har en lång historia med oss. (Sd hösten 2005)

Fler chefer i sjukhusledningen önskar sig mer insyn.

Nu närmar vi oss slagfältet. Vi är på klinikknivån. Här finns det många småpåvar som vill ha det på sitt eget sätt och som inte vill ha den här insynen av personal och ekonomi i sin egen verksamhet. (Pc våren 2004)

En chef i sjukhusledningen beskriver också hur var och en drog sin klinik utifrån krav på självständighet – ”rör inte min klinik”⁴³.

Man var väldigt nöjd om man lyckades köpa över någons personal. Alltså en nyckelperson på en annan klinik kryper över till mig, då har jag lyckats. Det är ett bevis på att vi är attraktiva och min klinik är bra. Om det sedan blir ett stort hål eller om den personen behövs bättre på

⁴² Socialstyrelsen bildades 1968 genom en sammanslagning av Kungliga Medicinalstyrelsen och Kungliga Socialstyrelsen (socialstyrelsen.se)

⁴³ Rör inte min kompis var en kampanj som startades 1985 i Frankrike av organisationen SOS Racisme som Touche pas a mon Pote och spred sig efter några år även till Sverige med budskapet om alla människors lika värden. Tidningen Bamse innehöll under samma årtionde klippbilder och/eller klistermärken med kampanjens slogan. Kampanjen spred sig även till Tyskland under mottot Mach meinen Kumpel nicht an. Kampanjen har sedan 2003 sin hemvist hos DGB, den tyska paraplyorganisationen för fackföreningar. Stockholms läns SSU-distrikt startade kampanjen i Sverige och sålde hundratusentals knappar i landet. Kampanjen återupptogs 2007 som ett led i kampen mot ungdomsvåldet utav fyra ungdomsförbund i Stockholmsregionen, under ledning av SSU Stockholms län (wikipedia.org och rorinteminkompis.se 2010-02-03).

den klinik den gick ifrån så spelar det ingen roll. Det är min verksamhet som räknas. Om servicefunktionen kan driva genom ett system som gör att man dränerar patientverksamheterna på pengar så har de lyckas oavsett om det var så att resurserna behövdes bättre där ute. Det var en tendens att vi hittar på egna lösningar och talar om för de andra hur de ska göra för att anpassa sig till dom. Det var nog mycket det och krav på autonomi: 'rör inte min klinik'. (Oc hösten 2005)

Kravet på oberoende förklarar chefen som grundat i konkurrensomständigheter: patientarbete gentemot serviceverksamhet, somatisk vård gentemot psykiatrisk och medicinska specialiteter gentemot opererande. För att ta sig över bron vill sjukhusdirektören föra samtalet på ett annat sätt.

“Från ‘tésagt é téssagt’ till kommunikativt ledarskap”

När sjukhusdirektören resonerar kring hur underskottet kunde försvinna summerar hon att det fanns utrymme för att effektivisera och att den tidigare styrningen byggd på en auktoritär ordgivning.

Men det som förvånar mig, det som jag inte riktigt kan förstå, det är hur kan man gå ifrån ett underskottsläge med den kulturen till att helt plötsligt klara det på ett år? Det måste ju vara mycket luft i systemet. Det är det enda som jag kan komma fram till. Men varför ställer de in sig i ledet då? Det har jag funderat mycket på. För vad som hände det första året det var ju att första juli [2000] så ändrade jag organisation men då ska man ju komma ihåg att jag var väldigt noga med att inte ändra någonting på kliniknivå. För det är ju här pengarna låg. Pengarna låg ju här. Så jag rörde ju inte i den. Utan vad jag gjorde var att jag rörde i den strukturen: Den man rapporterade till. Och hur man så att säga aggregerade resultatet. Men jag rörde ju inte här. Så vi kunde ju på det sättet mäta, det blev inte den här oredan som det oftast blir vid omorganisationer på grund av det. I och med att man ju inte kunde kliva ur sitt ansvar och påpeka att här har det blivit nya förutsättningar eller de hade jag inte förra gången och nu har jag de och du vet allt sånt här som dyker upp i omorganisationer. Men det har jag funderat väldigt mycket över själv. Men varför ställde de in sig i ledet har jag tänkt då? De grejade ju sin budget. Det var ju inte många kliniker som gick med obalans det året. Jag fattar inte det. Och den enda slutsatsen jag kan dra det är att det fanns luft. Och sen har jag funderat mycket på... man var ju så kritisk. Men det var ju kanske den auktoritära prägel som denna organisation har, att 'é det téssagt så é det téssagt'. Ja, det är de enda slutsatserna jag kan finna. Det fanns utrymme och det var det auktoritära. För varför skulle de annars ställa sig lojala med det budskapet. När de inte var lojala med mig. Ja, det kan man fråga. (Sd våren 2004)

Chefläkaren beskriver samma fenomen – tésagt é tésagt – och exemplifierar med att hantera nålar, bedövningssprutor och handskar.

Och där har vi hamnat i väldigt konstiga lägen ibland i sjukvården. Man kan ibland göra saker på ett bakvänt sätt och att 'det är så det ska göras'. Eftersom man inte överhuvudtaget har ansvar för det man gör utan det är någon annan som har bestämt hur man gör. Det är den här [ohörbart] delen av ledningsstrukturen som har varit. Säger man att man ska göra så, så gör väldigt många i vårdpersonalen så. Och säger man att man ska göra på ett annat sätt så gör man på ett annat sätt. Och det här blir ibland i absurdum. Man kommer upp på avdelningarna och ser att man dukar för samma ingrepp på olika sätt, ett för varje doktor. Att han vill ha den sortens nål och han vill ha bedövningssprutan till höger och han vill ha handskarna under duken och han vill ha handskarna över duken. Då ska man då lära sig detta och det är fullständigt meningslöst. (CI våren 2004)

Sjukhusdirektören vill istället införa ett ”kommunikativt ledarskap”. Den 23 april 2001 kan personalen på SÄS läsa följande på intranätet:

Bästa SÄS:are! Två intensiva veckor är till ända. Det är fredag eftermiddag och jag har precis avslutat vårt verksamhetschefsseminarie om Kommunikativt ledarskap. /.../ En av diskussionerna handlade om avdelningscheferna[s] situation med så många underställda, en annan om den dubbla roll som verksamhetscheferna har när man både jobbar kliniskt och är chef. (Sd på intranätet 23 april 2001)

Den 2 september 2002 omnämns mötena igen med rubriken: ”Hur kan vi förbättra kommunikationen inom SÄS?”

Förra våren tog jag initiativ till ett antal seminarier under rubriken Det kommunikativa ledarskapet. Seminarierna genomfördes, med våra linjechefer (ett seminarium för verksamhetscheferna och sjukhusledningen, två seminarietillfällen för avdelningscheferna och klinikassistenterna, vid de senare var även våra fackliga företrädare inbjudna). Vid dessa seminarier kom ett stort antal frågor upp som vi har anledning att jobba vidare med, men som vi hitintills inte gjort tillräckligt mycket för att genomföra i organisationen.

Bara för att nämna några av dessa vill jag lyfta fram följande:

- *Vi måste erkänna ledarskapet som en egen profession.* Hos oss har vi ibland svårt att skilja ledarskapet från vår yrkesprofession. Detta skapar problem för såväl chefer som för medarbetare.

- *Vi behöver öka läkarnas delaktighet.* Frågan är inte ny, men vi kan inte bara prata om detta, vi måste komma vidare och praktiskt gestalta vad vi menar.
- *Många av våra chefer har för många underställda.* Det är inte möjligt att sköta sitt chefskap på ett meningsfullt sätt om man har 30-100 underställda. En omöjlig situation som vissa av våra chefer har.
- *Vi behöver samsyn* i flera viktiga frågor i organisationen.

Till detta kommer resultaten av vår klimatundersökning. Den pekar bl a på vårt behov av att utveckla teamarbetet inom och utom klinikerna. Att vi behöver bli bättre på att hantera konflikter inom organisationen och att vårt anseende som en attraktiv arbetsgivare måste förbättras.

/.../

En punkt i handlingsplanen omfattade frågor som rör områdeschefernas synlighet och delaktighet i klinikledningsmöten, mm. Här framfördes starka önskemål om att då och då ha en dialog direkt med områdescheferna. Områdescheferna deltar gärna i klinikernas möten av olika slag, men endast när detta är förankrat hos verksamhetschefen eller avdelningschefen. Här vill jag för tydlighetens skull betona att detta *förslag ingalunda betyder avsteg från linjeorganisationen.* (Sd på intranätet 2 september 2002)

I mötena under rubriken: Det kommunikativa ledarskapet, ingår alltså samtal om verksamhetschefens hybrida roll, läkarnas aktiva medverkan, antalet medarbetare för varje chef, samt vikten av att arbeta tillsammans och att områdescheferna kan bli mer synliga. Speciellt betonas att kontakter bör ske i linjen.

En medicinsk konstellation blir mer chefsinriktad och en sjukhusnivå i blivande

Sjukhusdirektören berättar om att hon inte ansåg sig kunna ha kvar den befintliga ledningsorganisationen utan valde att divisionalisera, vilket var tabubelagt vid den dåvarande politiska styrningen enligt henne.

För det hade man gjort på SU och det var ju hela havet stormar⁴⁴. Så jag hade ju inte mer än att knystat någonting om det här med att jag skulle göra om organisationen förrän [namn], som var vår dåvarande ordförande i regionstyrelsen, ringde till den dåvarande tillförordnade sjukhusdirektören, och sa rakt ut att det där får du sluta upp med

⁴⁴ jfr Hallin (2000) *Hela havet stormar*

[skrattar]. Så var den politiska ledningen på den tiden. Den gick rakt in. (Sd våren 2004)

Organiseringen i områden beskriver sjukhusdirektören som ovanlig i svensk sjukvård där klinikcheferna traditionellt varit direkt underställda sjukhusdirektören. I samband med att gå från geografisk lasaretsorganisation till organisation baserad på funktioner tillsätter sjukhusdirektören en styrgrupp bestående av vice ordföranden och sjukhusdirektören för att "hålla ihop politiken och mig då" samt två referensgrupper: en med de fackliga organisationerna och en med fem verksamhetschefer, en från var och en av de fem dåvarande "områdena" (lasaretten: Borås, Alingsås, Skene samt två områden: psykiatri och allmän service). De som samlas är cheferna för barnkliniken, rehabkliniken, ambulansenheten, ortopedteknik samt kliniken för barn- och ungdomspsykiatri. Några verksamhetschefer utsågs av områdescheferna och några anmälde intresse för att medverka. En av verksamhetscheferna berättar att de kom med i formeringen för att de gått chefsutbildningar tidigare och en annan chef berättar att sjukhusdirektören sökte stöd hos dem och att hon fick det också – "vi hade ett försprång". De blir förberedda alltså.

Konstellationen medverkar till att arbeta fram en vision – "det attraktiva sjukhuset" – något gemensamt och framtidsinriktat. Visionen sjösätts på sjukhuset i januari 2002, men omnämns till exempel redan 5 juni 2001 på intranätet som ett sätt att betona vikten av att alla verkar som "ambassadörer" och "marknadsförare" av vården på SÄS.

Visionen ja, i dagarna får alla medarbetare på SÄS hem vår visionsbroschyr i brevlådan. Arbetet med att ta fram visionen har pågått en tid på sjukhuset, över ett år närma[re] bestämt om jag räknar från det att vi började samtalet i sjukhusledningen (Sd på intranätet 25 januari 2002)

Sjukhusdirektören beskriver det som givande möten men "det som var så märkligt var att när jag skulle sjösätta den här omorganisationen [sommaren 2000], så blev det ju ett herrans väsen att jag skulle införa en ny nivå". Däremot argumenterade ingen emot omorganisationen som sådan, enligt sjukhusdirektören.

Och det brydde jag ju mig inte om i det läget. Det är ju ingen ny nivå. De har fått det här om bakfoten. Men du vet, det var ju inte det, utan det var ju det att lasaretscheferna var inget värda. Men helt plötsligt skulle jag tillsätta läkare som var områdeschefer. De skulle få en som hade varit kollega och som skulle gå upp ur det här kollegiala sammanhanget och bli chef över dem. Så det var ingen ny nivå, men det uppfattades som det. Så då var det ju en första reaktion här då, att 'hur kan du göra så här' då. (Sd våren 2004)

Sjukhusdirektören berättar om hur möten var organiserade när hon kom till sjukhuset. Det fanns de som kallades verksamhetschefsmöten, där de medicinska klinikcheferna – chefsöverläkarna (chölar) – träffades, vilket sjukhusdirektören beskriver som ett

mycket traditionellt forum inom sjukvården. Forumet kallades 30-gruppen och hösten 2001 vill sjukhusdirektören göra om mötena till att bli mer chefsinriktade, vilket innebar att bjuda in allmän service. Det sade 30-gruppen nej till vid den här tidpunkten. Det var ett sätt att "hålla sjukhusledningen stången", enligt sjukhusdirektören.

Så före sommaren det året [2002] så brydde jag mig inte om vad verksamhetscheferna tyckte utan då kallade jag ihop det jag kallade för 40-gruppen. Och det var ingen som sa någonting. Jag tror de insåg i det läget att, nej, det här var nog någonting annat som vi fick börja jobba med. Det var ingen som reagerade när allmän service var med. (Sd våren 2004)

40-gruppen kom sedan att utgöra den utvidgade gemensamma sjukhusledningen bestående av både områdeschefer och verksamhetschefer inkluderande cheferna inom allmän service, vilket jag kommer att benämna sjukhusnivå då det inte är en formell sjukhusledning utan snarare en nivå baserad på en uttalad önskan om att överbrygga sjukhusledning och områdesledning – och som det uttryckets tidigare: verksamhetschefsmötet och sjukhusledningen – med ett fokus på frågor som rör sjukhuset.

En attitydundersökning blir en "glad överraskning"

Den 22 mars 2002 är rubriken "Hur mår vi i SÄS?" på sjukhusdirektörens intranätsida. Sjukhusdirektören beskriver 2001 års attitydundersökning som en "glad överraskning". Vad som glädjer sjukhusdirektören mest är SÄS placering när det gäller "arbetstillfredsställelse": 4,5 och "ledarskap": 4,6 på en 5-gradig skala. Den 4 oktober samma år hänvisar sjukhusdirektören igen till undersökningen på intranätet och nämner att den bland annat visar att sjukhuset är en "konfliktradd organisation". Undersökningarna sker vart annat år och 2003 års enkät berättar sjukhusdirektören om den 3 november 2003 på samma plats. "Mycket var sig likt från förra gången" och sjukhusdirektören betonar att "arbetsvillkor" och "upplevda krav" båda har bättre index än föregående tillfälle. Detta gör sjukhusdirektören glad då dessa områden prioriterats sedan föregående undersökning. Vad SÄS lyckats mindre bra med, enligt sjukhusdirektören, är bland annat "konflikthantering, planering och genomförande samt resurser och förutsättningar. Här får vi ta nya tag!" När sjukhusdirektören summerar året den 18 december betonar hon att vad som betyder mest är att:

... vi lyckats med att förbättra upplevda krav och arbetsvillkor för medarbetarna. Det framkommer tydligt i vår klimatundersökning som vi genomfört under hösten. Nöjda och glada medarbetare är det bästa vi kan ha för att leva upp till patientens behov. Därför sätter jag det allra högst upp på listan över uppnådda resultat. (Sd på intranätet 18 december 2003)

Så såg alltså flera omständigheter ut på sjukhuset då initiativet kom att utvidgas. Nu följer ett avsnitt där jag sammanfattar och kommenterar innan jag går vidare med att beskriva tal om samtida, gångna och överlappande försök att organisera.

Kommentarer: Ekonomin går igen, ett intresse för administrativ verksamhet och en ny nivå i blivande

Initiativet tas år 2000 då en ny sjukhusdirektör börjar på sjukhuset. Ett år före bildas regionen där det fanns (och kanske finns?) en önskan att ge management ökad betydelse. Ekonomin återkommer efter elva år och att sjukhuset började gå plus ser sjukhusdirektören som att det fanns ”luft i systemet”: ”Budskapet blev tydligt” – resurserna var begränsade och nu ställdes krav på att kostnaderna skulle hållas inom budget. Förutom att ta tag i ekonomi vill sjukhusdirektören också förnya genom att tydliggöra sjukhusets verksamhet, den administrativa verksamheten och beslutsgången.

Sjukhusdirektören börjar med att divisionalisera genom att skapa en matrisorganisation för att tydliggöra hur hon ser på organisationen. De tre lasaretten överges för en organisation byggd på fem specialitets- och servicefunktioner. Organiseringen i områden med läkare som chefer för specialitetsområdena beskriver sjukhusdirektören som ovanlig i svensk sjukvård där klinikcheferna, numera verksamhetschefer sedan verksamhetschefsreformen 1997 (SOSFS 1997:8), ofta varit direkt kopplade till sjukhuschefen. Det införs alltså en distans mellan basorganisationen och högsta nivå. Organiseringen som sjukhusdirektören drar igång rör dock inte klinikerna – ”där pengarna finns.” ”Man kunde fortsätta att mäta så det blev ingen oreda.” Att divisionalisera beskrivs som ”tabubelagt” vid dåvarande politiska styrning och politikerna gick ”rakt in”, genom att ringa och säga ”rakt ut att det där får du sluta upp med”, vid den tiden. Sjukhusdirektörens bild av sjukvården var att politikerna hade ”tappat greppet” – de var ”fångna av ett antal bilder som de levererade utan att egentligen ha kunskap om hur det faktiskt förhöll sig.”

Tidigare lasarets-/sjukhuschefer hade sedan slutet av 1970-talet varit: en chef som var ”kirurg – han fixade pengar”, en chef som ”inte var läkare – han drev ett skräckvälde”, ”en utvecklingsinriktad” chef – ”han låg före politiken” och var redan under mitten av 1990-talet intresserad av ”processtänkande” samt ”en administrativ” chef – ”han samlade papper”. Lasaretscheferna blev ”brevduvor” och chefer i den nya områdesorganisationen blev ”knähundar”, vilket säger något om hur statusen uppfattas för dessa managementskikt: Lasaretten styrdes inte av sina chefer och de nya områdena styrdes heller inte av sina chefer. Brevduvorna flög över och knähundarna satt nedan. Ingen av dem uppfattades som *i* den administrativa verksamheten: några tog inte tag i verksamheten och andra satt passiva. Sjukhusdirektören ville gå in aktivt. Tidigare lasarets-/sjukhuschefer styrde på ett ”auktoritärt” sätt och svaret blev ”tésagt é tésagt”. Nu vill sjukhusdirektören införa vad hon kallar ”kommunikativt ledarskap”.

2002 inleds en läkarprotest som riktas mot sjukhusdirektören och som övergår till att överläkarföreningen går till media med kritik mot både sjukhusledning och regionledning. Sjukhusdirektören ”tog fajten”, enligt sjukhusdirektören, och får ett antal ”snytingar”, enligt en annan chef. Det sjukhusdirektören introducerar markerar en inriktningsförskjutning från förvaltning till förnyelse, strategiska frågor – bland annat visionsarbete – och aktiv styrning. Sjukhusdirektören går för något annorlunda och främmande för dem runt omkring. Hon utmanar sedan länge etablerade maktstrukturer.

Som jag beskrivit i introduktionskapitlet styrde man på 1970-talet med regler, på 1980-talet med mål för att därefter låta marknaden styra. Kopplat till målstyrning gjorde man även klinikerna mer självständiga genom att forma basenheter på sjukhusen. Den under 1990-talet vanligt förekommande beställar-utförarmodellen var sprungen ur försöken att efterlikna marknaden men kom också den att övergå till en betoning av samverkan i takt med tiden. Gränserna mellan sjukhusledningen och klinikerna uppfattas som skarpa – ”ingen jävel över bron” och ”rör inte min klinik” och nu finns en önskan om att bygga en sjukhusnivå, inkluderande både sjukhusledning och områdesledningar samt att öka ”vi-andan”. Den medicinska ”30-grupp” som fanns på sjukhuset transformerades till en ”40-grupp”, inkluderande även servicechefer och blir mer chefsinriktad – En utvidgad större gruppering baserad på en managementlogik. Inom denna formering finns en uttalad önskan om att överbygga olika nivåer och bygga en strategi för sjukhuset.

I en ekonomiskt hållbar situation – en ekonomi i balans – vill det managementskikt som brukar beskrivas som top management alltså styra på ett nytt sätt och bygga en ny nivå – en sjukhusnivå, influerat av styrning av koncerner, för gemensam management av sjukhuset. Man vill alltså bygga hierarki utan byråkrati. Det finns en ”förändringströtthet” på sjukhuset men flera inom managementskiktet syntes pigga och visar intresse för administrativ verksamhet. Sjukhusdirektören tar hjälp utifrån för att starta samtal kring sjukhusets förnyelse. Först kommer jag dock att beskriva några av de försök som tröttnat medarbetarna tidigare.

Kapitel 5. Samtida försök att organisera

Ett antal verksamhetschefer har gett sjukhusdirektören stöd och nu tar hon hjälp av konsulter och forskare och får också stöd från regionen. I det här kapitlet kommer jag att beskriva samtida, gångna och överlappande försök till förnyelse. Sedan beskriver jag konsulter och forskares synsätt och uppfattningar kring vad de gör och vill göra på sjukhuset. Kommentarsavsnittet som följer jämför verktygen och återkopplar försöken till litteraturgenomgången.

I det följande avsnittet kommer jag att låta en områdeschef berätta om tidigare organiseringsförsök på sjukhuset genom att använda mig av en presentation som områdeschefen håller på en arena för verksamhetsutveckling i regionen den 7 april 2005 i Handelshögskolans aula inför ungefär 180 personer i auditoriet⁴⁵, kompletterat med några ytterligare chefs kommentarer. Här fokuserar jag den administrativa verksamhetens prat om praktiskt arbete med strategi (jfr de La Villes och Mounouds (2003) formulering i artikeln ”How Can Strategy Be a Practice? Between Discourse and Narration” i antologin *Narratives We Organize By*). Chefen för opererande specialiteter som arbetat på sjukhuset sedan början av 1980-talet, är också läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård och har bland annat arbetat kliniskt i 20 år, som verksamhetschef och som biträdande chefläkare.

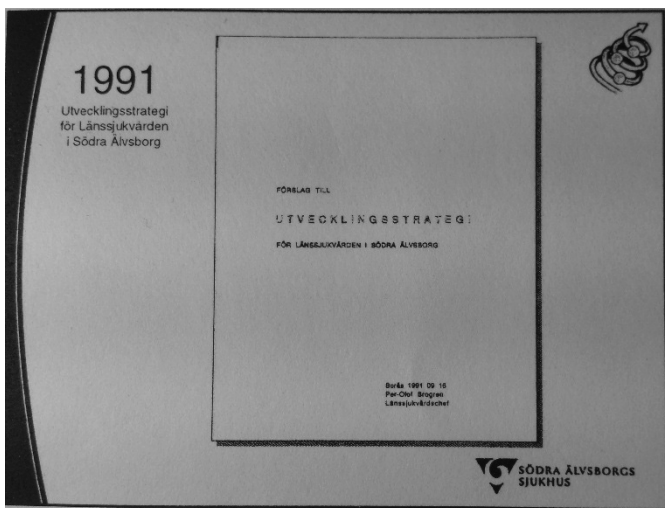
Från Utvecklingsstrategi via QUL, OG och Mål till Vision och LIFT

”Från OG [Organisationsgranskning] till LIFT – Utveckling och förändring vid Södra Älvsborgs Sjukhus” heter den första Powerpointbilden⁴⁶:

Ska vi börja någonstans så börjar jag 1991. 1991 hade vi en sjukhusdirektör, eller en länssjukvårdschef hette det på den tiden, som hette [-], som fortfarande är verksam i regionen i olika sammanhang. Många känner nog till honom. Han hade tillträtt några år tidigare och 1991 så kom den här skriften som jag då hade kvar i original. Den är jag rädd om. Det var förslag på sjukvårdsstrategi för Länssjukvården i Södra Älvsborg.

⁴⁵ Sjukhusdirektör, en områdeschef, fackförbund samt forskare presenterar vid plenumtillfällen och personaldirektören i VGR inleder dagen som pågår från klockan 9.30 till 16.30. Vid parallella moment presenterar biträdande sjukhusdirektör, ytterligare en områdeschef, verksamhetschefer, biträdande verksamhetschefer, avdelningschefer, läkare, chefläkare, vårdutvecklare, teamrepresentanter, biträdande personalchef, verksamhetsutvecklare och Lift-guider. Konsulter, forskare och sjukhusdirektör modererar de parallella presentations- och diskussionstillfällena.

⁴⁶ Områdeschefen visar sammanlagt 15 Powerpointbilder – Här väljer jag att visa de som innehåller mer än text (då texten på bilderna framgår av chefs presentation). Jag har inte gjort något avbrott i områdeschefens föredrag.



Och det är en fantastisk och väldigt läsvärd skrift. Några ord som man bara kan plocka ur den är: Att den ekonomiska situationen... Det här är alltså skrivet 1991 [områdeschefen läser:] Den ekonomiska situationen och förväntningarna från politiker och allmänhet på att det ska bedrivas en effektiv, ändamålsenlig och kvalitativ bra vård kräver att vi kontinuerligt måste utvärdera, utveckla och vid behov omprioritera i verksamheten. Den här utvecklingsstrategin den byggde man på fem hörnstenar, eller byggstenar. Och de handlade om... Man kallade det omstrukturering, ledarskap, kvalitetssäkring, informations- och styrsystem och kompetensutveckling. Jag antar att ni säkert har hört detta vid andra tillfällen: om byggstenar. Att det alltid ska vara tre eller fem är ju en intressant forskningsuppgift för någon doktorand att ta reda på, men så är det.

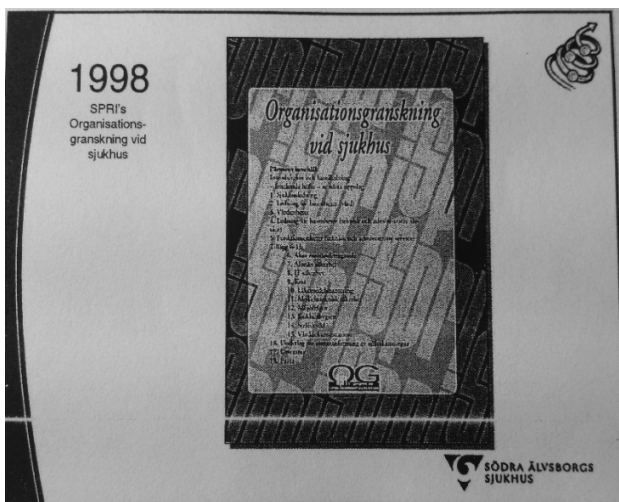
Områdeschefen känner till att jag studerar organiseringsförsöket och har sagt ja till en ljudupptagning⁴⁷ vid tillfället. Presentationen visar att det verkar ha blivit en omständighet värd att koppla till inför auditoriet. Områdeschefen fortsätter:

Man skriver på ett annat ställe till exempel om samverkan. Inom länssjukvården sker 1991, observera, inom länssjukvården så sker en utveckling mot öppnare vårdformer, mot poliklinisering, dagsjukvård, patienthotell med mera, den medicinsktekniska utvecklingen av till exempel endoskopiverksamheten och förkortade vårdtider bidrar också till ett minskat behov av vårdplatser. Det finns hur mycket guld

⁴⁷ Det gäller även andra personer som presenterar vid tillfället som kommit att kallas "SÄS-dagen".

som helst att ösa ur den här skriften när man sätter sig ner och tittar: gränslös sjukvård, vårdgaranti, står där. [Den tidigare omnämnde länsjukvårdschefen] var sjukhusdirektör fram till den 18 december 1995, då slutade han. Men jag vill påstå att hans avtryck i SÅS historia finns kvar ända in i 2000-talet som vi kommer att se. Vi fick egentligen inte någon ny utvecklingsstrategi, eller tydlig strategi om hur vi skulle arbeta med utveckling förrän en bit in på 2000-talet. Innan [f.d. länsjukvårdschefen] slutade så hade han hunnit teckna ett kontrakt med en organisation som inte finns längre, men den fanns då, SPRI: Sjukvårdens planerings och rationaliseringsinstitut. Och det var under 90-talets mitt så arbetade de med en metod som hette Organisationsgranskning⁴⁸. Är det någon som har arbetat med den på SÅS? Det var den här pärmen, den har jag också bevarat. Den släpper jag inte i första taget. OG hette den.

Områdeschefen framhåller de tidigare dokumenten som gångna artefakter värda att hålla kontakt med och visa upp.



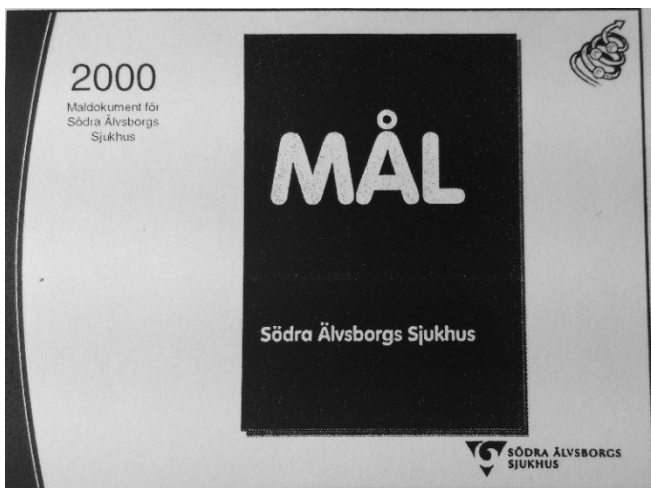
Och några kloka ortopedier på sjukhuset döpte snabbt om den till 'organiserat gnäll'. För det var faktiskt på något sätt precis vad det var, för *alla* [områdeschefen betonar] i organisationen, alla medarbetare skulle svara på ett antal frågor om hur de uppfattade delar av verksamheten. Det var strukturerade frågor och på samma sätt som

⁴⁸ SPRI (1992/1996) *Organisationsgranskning av sjukhus: Underlag för självskatning och extern granskning*, Spri rapport 433, Stockholm: SPRI. Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut har senare bytt namn till Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut.

man hittar guldkorn i sådana här gamla dokument så kan man plocka fram... Så här såg alltså frågorna ut. Det är alltså kryssfrågor och det klarade de flesta. Till exempel till sjukhusledningen så ställde man frågan: Finns dokumenterade mål på vad sjukhuset ska uppnå på lång sikt? Omfattar vården vad som ska uppnås beträffande utveckling av vården från sjukhusets större patient- och diagnosgrupper? Och så fick man svara ja eller nej på en skala från ett till fyra då. Har sjukhusledningen konkretiserat uppdragets innebörd för verksamhetens utveckling i en verksamhetsplan? Har ni verksamhetsplan? Och jag skulle kunna säga att vi kan lägga den på bordet idag igen och svara på frågorna. Och sen kunde man göra på samma sätt på alla enheter, svara på likartade frågor och det var ett helt batteri. OG fokuserade i sitt utvecklings- eller förbättringsarbete på några punkter: det var ledningen och ledningens engagemang. Den var mycket inne på det här med tydliga uppdrag, med visioner och med mål. Den fokuserade också på, eller hade som grundprincip att man skulle jobba med alla medarbetarnas engagemang och man skulle jobba med uppföljning. Anar på något sätt att det är ord som ni har hört vid andra tillfällen och i andra sammanhang.

Områdeschefen betonar kontinuiteten i försöken att organisera och jag hör något av en skämtsam ironi, som framkom redan tidigare vid blinkningen till forskningsprojektet där en studie föreslogs fokusera på antalet punkter som kan klassificera strategiarbete. Områdeschefen fortsätter:

Vi fick en rapport från en granskningsgrupp som var hos oss och de levererade sin rapport i januari 1998. Och den visade den rapporten att det fanns öar av väldigt bra utvecklingsarbete på sjukhuset. Men det fanns ingen samlad strategi för hur utvecklingsarbetet skulle bedrivas. Och det tycker jag är en sådan här sak som vi kan komma tillbaka till: Att det finns öar av väldigt gott arbete på många ställen i våra organisationer. Men det finns ingen samlad bild av det. OG gav oss några tips om vad vi kunde förbättra. Den sa att se till att klarlägga era grundläggande värderingar, skapa mål, tydliga mål för verksamheten. Det var väldigt uppenbart att där man till exempel i en sjukhusledning eller en basenhetsledning hade väldigt god uppfattning om att man hade tydliga mål, där hade medarbetarna aldrig hört talas om målen. Tydliggör ledningens engagemang. Hitta former för allas delaktighet. Det räcker inte att säga det, likaså med tvärprofessionell samverkan. Och arbeta med uppföljning av resultat och lärande. Med det i handen så gick vi vidare i vårt arbete med utveckling och nästa dokument i raden av milstolpar för sjukhuset är det här måldokument.



Man kan tycka det är konstigt att det tog två år innan det arbetades fram. Men så lång tid tar det alltså.

Områdeschefen poängterar tiden det tar att översätta tips till mål – två år tog det, vilket uppfattas som lång tid.

Man började arbeta... vi hade fått en tydlig vink om att vi inte hade ett bra målarbete i sjukhuset och då arbetade grupper fram det här dokumentet - ett ganska tunt men mycket innehållsrikt dokument. Där hade man bestämt sig för, eller vi bestämde oss för att vi skulle jobba med fem målområden. De målområdena ska vara patientens ställning, vård- och verksamhetsutveckling, forskning och utveckling, personal och ekonomi. Och då gjorde man så att under varje del av de här målområdena så skrev man in ett antal mål, ganska övergripande som sedan verksamheterna hade att arbeta mot. Bara för att ta ett exempel: Vård och verksamhetsutveckling och det målområdet, så stod det så här: Målet är att varje verksamhet ska identifiera och beskriva sina huvud- och stödprocesser. Har ni hört det?

”Anar på något sätt att det är ord som ni har hört vid andra tillfällen och i andra sammanhang” och ”Har ni hört det?” Områdeschefen visar återigen på det välkända och det återkommande i det arbete han berättar om.

Detta var i mars 2000 som det här dokumentet kom ut. Det var det första som [nuvarande sjukhusdirektören] fick sätta sin namnteckning under. Jag tror det var nästan det första dokumentet... Hon började ju här första mars 2000. Så det kan ju inte ha varit många dagar innan

någon tryckte detta framför henne och sa skriv här, för det står faktiskt [sjukhusdirektörens namn]. Men detta gjorde [sjukhusdirektören], vill jag påstå. Inte för att hon kanske var så insatt i innehållet, för hon hade absolut inte varit med i framttagandet av det, men av respekt för det arbete som egentligen hade bedrivits, minst sen 1991, och som hade kommit så här långt när det gällde utveckling på sjukhuset. På samma sätt som OG på olika sätt togs omhand i vår organisation, så hände det samma sak i det här. I vissa delar av organisationen så tyckte man: jättebra, nu har vi något att förhålla oss till. Man arbetade in det i sina verksamhetsplaner, tillsammans med medarbetare och hade det som ett tydligt styrdokument. Andra verksamheter lade det åt sidan som ett förhoppningsvis snabbt förbipasserande tåg. Sen gick det några år... nej det gick inte några år, det gick några månader innan den... sedvanliga omorganisationen blev aktuell...

Några år blev några månader – Områdeschefen pekar på tempot i vad han kallar omorganisationer.

... vi hade fått en ny sjukhusdirektör. Och det innebar att vi som tidigare hade varit organiserade geografiskt i lasarett: Borås, Alingsås och Skene, nu skulle dela in oss i mera funktionella delar, det vill säga verksamheter som på något sätt hörde ihop skulle plockas samman. Och vad som hände var att man då från en geografisk indelning med tre lasarettsschefer valde fem stycken områden med vardera en områdeschef istället. Så det gjordes en annan nivåindelning på sjukhuset. Man kan ju säga att det egentligen var det första steget, kan man se i efterhand, till ett mera processororienterat tänk.

I april 2005 ser de som engagerar sig i arbetet att nivåindelningen, som beskrevs i föregående kapitel, kom att bli ett första steg i en processororganisering.

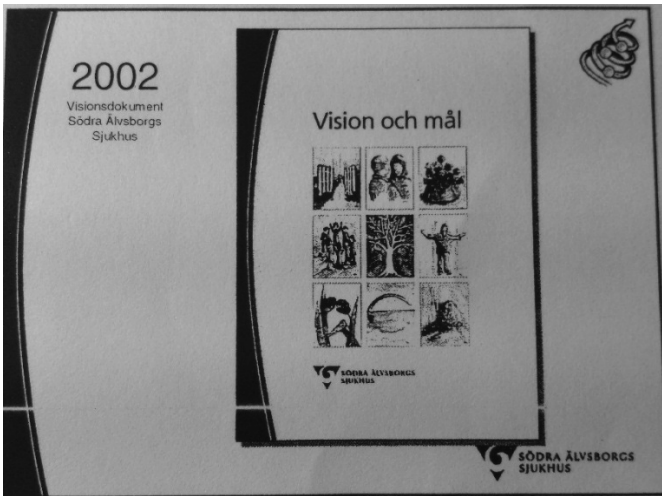
Det fick mig att komma ihåg... Eller jag kommer ihåg i alla fall när [sjukhusdirektören] var på en intervju och jag var med på den inför sin anställning och vi frågade vad du tänkte göra, vad din vision var för sjukhuset. Och då log du och sa att i så fall ska jag processororientera det här sjukhuset. Det sa du, men jag vet inte om du minns det själv.

Sjukhusdirektören, som medverkar, flikar in: ”Och jag sa att det tar minst fem, sex år”, varpå områdeschefen fortsätter:

Ja, det stämmer säkert, så är det, ok. Den nya sjukhusledningen då, som bestod utav fem områdeschefer, tre stabschefer och [sjukhusdirektören] förstås, arbetade sedan träget vidare både med operativa och förhoppningsvis också med strategiska frågor. Och i januari 2002 så var det dags med nästa dokument, och jag säger det här till er, jag hoppas det sista, men det är inte säkert. För det som skiljer det arbetet som jag upplever att vi nu bedriver ifrån det tidigare

arbetet, är att vi inte lämnar spår efter oss i form av dokument. Så att tyvärr, de som har kommit hit för att få dokumentation, manual, biktmanual, för hur man utvecklar ett sjukhus, ni kommer att gå tomhänta i det avseendet, för vi har inga papper att visa. Vi vill med det säga att det faktiskt är viktigare att göra än att visa papper.

Här visar områdeschefen det fjärde dokumentet i en kedja som han betonar att han hoppas ska bli det sista. Det nya sättet att praktisera strategi handlar om att vara aktiva och där räknas inte produktion av texter in. Områdeschefen uppfattar dock de gångna dokumenten som viktiga i strategiarbete, annars skulle han väl inte visa alla dessa? Eller också är det ett sätt att kontrastera det som gällde tidigare med det som gäller här och nu.



Det här dokumentet, visionsdokumentet, gick ut i januari 2002. Vi hade en stor upptakt den 14 januari 2002 med rätt många samlade. För att försäkra oss om att alla medarbetare fick det här så skickades det ut i 4 500 exemplar till varje medarbetare hem i brevlådan. Det väckte en del känslor på sjukhuset kan jag säga, hur vi använde våra pengar, i fyrfärgstryck och så...

Hur sjukhusets pengar används väcker känslor påtalar områdeschefen.

Men här bröt vi då upp lite nya delar för första gången. Vi försökte förtydliggöra vår vision, något bättre än vad vi hade gjort tidigare. Och det var här visionen om det attraktiva sjukhuset dök upp första gången. Och med 'det attraktiva sjukhuset' så menar vi att vi ska vara attraktiva för våra patienter. Man ska alltså vara tacksam och nöjd... inte tacksam, men nöjd och glad och uppskatta att man kan få sin vård

på det här sjukhuset. Vi ska också vara attraktiva för våra medarbetare. Men ibland så tolkas det här med det attraktiva sjukhuset lite felaktigt och då tror man att det är just för medarbetarna som man är attraktiv. Men det är patienten som kommer i första hand. Men vi ska också vara attraktiva för våra ägare. Det vill säga att när man sitter i Västra Götalands högsta ledning och funderar över hur man ska förvalta sina pengar, så ska man känna att SÅS är i alla fall en bra samarbetspartner och där kan vi lita på att vi får valuta för våra pengar. Vad vi identifierade i det här dokumentet det var ett antal framgångsfaktorer. Vi hade inte använt det begreppet tidigare. Det är ju inget nytt begrepp i sig, men för oss inom sjukvården, i vårt sjukhus var det, det. Och framgångsfaktorerna var ju det som vi skulle bli bra på. Om det ska bli ett framgångsrikt företag.

År 2002 har alltså det företagsekonomiska synsättet gjort avtryck och inspirationen kommer nu från vad som uppfattas som framgångsrika företag eller kanske den norska sjukvårdsreformen⁴⁹.

Det var att utveckla patientfokus, öppna prioriteringar, etisk reflektion. Här ser vi tydligt... eller jag ser tydligt avtrycken av dåvarande chefläkaren, [-] som var med i sjukhusledningen. Han är ju professor i humanistisk medicin. Det är rätt spännande att se hur det kan prägla en ledningsgrupp när man har sådana kompetenser med i... Då lyfte man fram saker som etisk reflektion. När man kanske på ett annat sjukhus inte har det på agendan. Men här fanns också andra mera operativa delar som typ aktiv personalrekrytering, attraktiva arbetsplatser, kommunikativt ledarskap, ekonomi i balans: sju stycken framgångsfaktorer. Jag brukar kalla det här dokumentet den 'felande länken'.

Visionsdokument omnämns som "felande länken" och Organisationsgranskningen kallades "organiserat gnäll". Tidigare strategiarbete har alltså inneburit både felgrepp och inte blivit speciellt populära på sjukhuset.

För det är nämligen här som övergången nu sker från det gamla tänket till det nya. För vi vågade inte riktigt släppa de här målområdena, så de finns kvar i dokumentet, de här fem målområdena. Ni kanske förstå att det blev lite förvirrande ute i organisationerna när vi hade framgångsfaktorer som man skulle bli bra på och så hade vi målområden om patientens ställning och vad man då skulle jobba

⁴⁹ En norsk sjukhusreform introducerades 2002 och "representerar en övergång till påtaglig statlig styrning genom ägarskap. /.../ Sjukhusen fick efter statens övertagande företagsstatus som innebär eget ansvar för personal, drift och ekonomi. Detta innebär att sjukhusen själva kan förfoga över sitt kapital och sin finansiering, men de kan inte gå i konkurs. Resurserna kommer från staten via tillskott från de regionala hälsoföretagen." (Jonsson, Agardh & Brommels 2006, s. 8f)

med. Så jag tror inte att det här dokumentet egentligen gjorde jättemycket avtryck när det gäller arbetssätt, men däremot med avseende på visionen så fick vi nog ut en del.

Områdeschefen kommenterar att det sker en övergång från gammalt till nytt genom visionsdokumentet och att tillägget med sju framgångsfaktorer utan att ta bort de fem målområdena blev förvirrande.

Sen hände någonting, det här var januari 2002, och utifrån det så arbetade vi ju vidare i drygt ett halvår, men i oktober 2002 så steg två personer in på sjukhusledningens ordinarie ledningsmöte en onsdag, och det var [två av konsulterna] som finns med här idag. Alltså jag har väldigt starka minnen från den här händelsen och den blir starkare varje gång jag funderar över den. Vad var det egentligen som hände? [Sjukhusdirektören] hade ju naturligtvis tidigare haft kontakt med Handelshögskolan och regionen och med [konsulterna] då. Men de gjorde en sak: de gav oss alla tio i sjukhusledningen ett litet papper.

Efter nio månader möter ”ett litet papper” upp visionsdokumentet.

Jag har fått det här, det var inte mer än så: Det var ett frågeformulär, där de frågade oss om enighet i ledningen, och då fick vi tio personer, var och en för sig fylla i det här kryssformuläret då, från 1 till 5, om vi höll med om påståendet eller om vi inte alls höll med om det. Och det var frågor som så här: Har ni en tydlig verksamhetsidé? Har ni en gemensam syn på verksamhetsidén? Har vi en engagerad och tydlig vision? Står alla bakom vision? Och så fick vi fylla i då om vi höll med eller inte höll med. Och när man lade alla de här svaren på varandra på en overhead, så upptäckte vi att det spretade så här. Då talar vi om en sjukhusledning på 10 personer som har jobbat ihop i två och ett halvt år och som tyckte att vi hade kommit långt på banan när det gällde samsyn och att vi tyckte ganska lika om saker och ting.

En sjukhusledning med tio personer som arbetat tillsammans i två och ett halvt år visade sig med konsulter hjälp olikartad i sina uppfattningar.

Men hur kan det komma sig? Att vi har så olika syn: Där en av oss tyckte att det är klart att vi har en tydlig och engagerade vision, den står ju här: Vi vill att SÅS ska vara det attraktiva sjukhuset. Ja där, säger en annan, ja men vad betyder det? Hur konkretiserar vi det? Arbetar vi efter det? Betyder det någonting? Nej, för oss betyder det ingenting. På så sätt visade det sig att den här spretigheten den finns där hela tiden. Vi tror oss tycka lika, men i grunden har vi inte stämt av att vi har sagt det. Och detta blev början till det samarbete med Handelshögskolan som vi kallar LIFT då.

Områdeschefen ser alltså likheter med tidigare strategiarbeten men betonar också att det är något nytt på gång.

Dagen i Handelshögskolans aula inleddes med att personaldirektören inom VGR gjorde en kort introduktion och pratade om LIFT som en metod, vilket får både sjukhusdirektören och senare även områdeschefen att lägga till (rätta): ”LIFT är ingen metod, projekt” – eller ”baksmälla”, som områdeschefen flikar in.

Vid ett annat tillfälle nämner områdeschefen att ”LIFT-spiralen” (som ses i övre högra hörnet på Powerpointbilderna) ingick i SIQ:s visualisering av deras kvalitetsarbete. I områdeschefens berättelse framgår att sjukhusledningen önskar bli tydlig, aktiv och bygga ett gemensamt synsätt. Så här säger en annan chef i sjukhusledningen om de tidigare arbetena vid ett annat tillfälle.

QUL⁵⁰ hade vi i södra Älvsborg här tidigare. Det tyckte jag var ett jättebra projekt /.../ Jag förstår inte varför, men folk pratar med rysningar om det här OG-projektet, som heter Organisationsgranskning, som vi hade kring [19]99 någon gång. Det är någonting som folk mår illa av att höra. Jag jobbade inte här just då, men när man tar fram papper och tittar på vad man kom fram till så ser papperna ganska bra ut men...[skratt], folk tycker inte om att höra om den perioden. (Oc våren 2004)

Ytterligare en chef i sjukhusledningen berättar om riktningen sjukhuset tagit när vi som intervjuar för visionen på tal.

Ja, ett attraktivt sjukhus. Ett sjukhus ska helst inte behövas [skratt]. Men nu behövs ju sjukhus. Nej, men det är väl ett sjukhus som både, som ska vara attraktivt då för patienterna. Vi ska kunna erbjuda god vård till dem som behöver sjukhusvård eller den specialiserade sjukhusvården. /.../ Det krävs ju egentligen att alla tre parterna i det här ska vara nöjda: patienterna och deras anhöriga, personalen och uppdragsgivarna.

Områdeschefen ifrågasätter dock tajmingen då visionen infördes.

Sen var nog inte tajmingen i införandet av begreppet kanske riktigt bra. För det var en period där det var mycket knorr på SÅS. Man satte den där loggan: SÅS – Det attraktiva sjukhuset, på alla leasingbilarna direkt, egentligen innan vi hade varit ute och kommunicerat vad det här stod för. Så för många tror jag nästan att det var som ett hån alltså.

⁵⁰ SÅS Skene och sju andra sjukvårdsinrättningar arbetade med ytterligare ett verktyg: QUL, tillsammans med Landstingsförbundet, både genom att bli granskade genom konceptet och att vara med som examinatore vid andra sjukhus. QUL användes även av några kliniker i Borås 1995-1997. SÅS Skene har också använt sig av terapilinjor som beskrivs som en variant av vårdkedjor. (*Injektionen* 6:2004, sista sidan – SÅS personaltidning)

'Vadå, här där det är så eländigt'. Så att... Vi kanske skulle ha skrivit ett frågetecken eller på väg mot... Jag vet inte [skratt]. Idag kan jag ju känna att... Den delen av SÅS som jag upplever och som jag upplever strömningarna så är det mycket mer positivt kring SÅS idag, både internt och externt än vad det var om man går några år tillbaka i tiden. (Oc våren 2004)

Personalchefen ser en situation där sjukhuset inte behöver annonsera efter personer som vill arbeta där.

... då söker sig folk hit. Och det finns utvecklingsmöjligheter naturligt inbyggt i vårt sätt att arbeta. Det är ju drömmen så att säga. Det är min vision. Att komma dit. Att vi inte ens behöver annonsera efter medarbetare. Utan vi har ständigt sökande hit. Det skulle ju vara lyckan för en personalchef [skratt]. Att känna så. 'Ja, du vi har många... det är roligt att höra ifrån dig men vi har väldigt många på ingång här' [skrattar]. Vi kan välja och vraka. Inga sådana här flaskhalsar där verksamheten hotas. För det är ju det som vi råkar ut för. Har vi inte röntgenläkare så darrar ju hela sjukhuset så att säga. Har vi inte patologer så får vi leta runt om i hela Sverige och hela Europa kanske efter ett sätt att lösa den problematiken. Ett komplett välfungerande sjukhus, där man blir bemött på ett bra sätt och dit man gärna vänder sig. Det är ingen dålig ambition [skratt]. (Pc våren 2004)

Och så här beskriver en verksamhetschef att han använder visionen.

Det har ju raljerats en del kring det. Jag tycker det är en bra vision. Jag tycker att den kan ha bärighet. Jag tycker att man kan använda den som en förklaringsmodell. Jag tycker att man kan diskutera kring den. Det vore ju jätligt kul att vara ett attraktivt sjukhus. Man kan ju vända på det. Det är ju ingen människa som har lust att vara oattraktiv egentligen [skratt], attraktiv ur många aspekter alltså. Jag tycker den är ok. Den förädlades ju lite. Man tog ju bort de där tilläggsmeningarna som fanns, att den skulle vara attraktiv för patient och för personal och för samarbetspartnern. /.../ Ja, [sjukhusdirektören] startade det. Hon hade ju ett gammalt måldokument som hon ärvde. Jag tycker ju att [sjukhusdirektören] hade en jäkla klok tanke att samla upp det gamla och ändå få någon struktur här på vägen och få ihop det. Så att... Men det var ju så att när den diskussionen började så var den ju inte så rolig. Där var vi några tunga sådana här, ska man säga då, från de konservativa specialiteterna, du vet kirurgi, ortopedi, gynekologi och kirurgerna brukar ju ofta vara de som sätter hälen i backen och säger att 'sånt här drävel kan vi inte ha'. /.../ Men det är rätt så spännande att det sattes i pränt. Det är ju rätt bra att kunna gå med ibland och säga... Det är faktiskt det förhållningssättet vi ska ha här. (Vc våren 2004)

Hitintills i det här kapitlet har jag visat fler försök till organisering på sjukhuset där LIFT och visionen ses som de aktuella⁵¹. Nu kommer jag att gå över till att beskriva LIFT som verktyget formuleras av konsulter och forskare samt hur sjukhusdirektören kopplar verktyget till sjukhuset.

LIFT – flera färger på sjukhuset

Bredvid sjukhusdirektören i organiseringsförsöket går två forskare från organisationsavdelningen inom Företagsekonomiska institutionen samt tre konsulter, varav en av dem är anställd vid CVU inom regionen. Konsulterna har erfarenhet av verksamhetsutveckling i näringslivet och offentlig verksamhet. Forskare och konsulter kallar sig gemensamt för programgruppen.

Då jag studerar ett organiseringsinitiativ som kommer att involvera LIFT kommer jag att låta den gruppering som fungerar som idé- och teknikbärare på plats på sjukhuset, det vill säga både forskare och konsulter, bilda utgångspunkt för beskrivningen. Det program användarna kommer i kontakt med innehåller idéer från både konsulternas och forskarnas erfarenheter. Med andra ord, jag ser det inte som att forskarnas definition och klassificeringar av hur LIFT kan beskrivas skulle ha en förtur framför den beskrivning konsulterna ger av programmet. Dock kommer så att ske i den närmast förestående texten, då jag har tillgång till en skriftlig källa i form av en forskningsansökan författad av forskarna: Det nyprofessionella sjukhuset, skriven i augusti 2003 (Norbäck & Targama 2003) till Vinnova – Verket för innovationssystem⁵². När jag i det följande beskriver LIFT bygger det således dels på uppgifter från en forskningsansökan samt intervjuer med konsulter som ingår i programmet. Jag börjar med en beskrivning utifrån textmaterialet.

LIFT bygger på idéer och erfarenheter från det de kallar förändringsarbete inom Volvo samt inom Lärande och Förändring (LOF) – en arbetsenhet vid Företagsekonomiska institutionen vid Handelshögskolan vid Göteborgs universitet (se t.ex. Norbäck, Stjernberg & Targama 2003). Inom LOF, som bildades 1999, finns⁵³ erfarenheter av att traditionella chefskurser kan bidra till att enstaka chefer får en god förståelse och kunskap för vad som krävs för att åstadkomma förnyelse, men att det är sällan som kunnandet omsätts i handling väl hemma i organisationerna. Därför argumenterar man inom LIFT för ett omvänt upplägg där syftet är att cheferna ska arbeta i vardagen med

⁵¹ Regionens verktyg Balanced Scorecard används också på sjukhuset, vilket jag inte går vidare in på då intervjuerna inte fäster speciell uppmärksamhet vid verktyget mer än i någon enstaka intervju.

⁵² Vinnova är en myndighet som bildades 1 januari 2001 och betonar vikten av samverkan mellan företag, offentliga organisationer och universitet för att främja innovationer och tillväxt i samhället. Den stödjer projekt som arbetar i vad de kallar kluster utifrån konceptet Triple Helix. För att få finansiering ska innovationsprojekten ha deltagare som samverkar från dessa områden. Vinnova:s målsättning är att skapa ny kunskap, kompetens och innovationer när det gäller framgångsrika produkter, tjänster och processer (vinnova.se).

⁵³ Företagsekonomiska institutionen är 2013 indelad i sektioner där det organisationsteoretiska ämnets sektion heter Management & Organisation.

verksamhetsnära frågeställningar med bas i en serie möten. Man kontrasterar tillvägagångssättet med att "åka på kurs" och att arbeta med teoretiska frågor tillsammans med kursdeltagare från olika företag, vilkas projekt tenderar att stanna just på projektbasis när deltagare i utbildningen är tillbaka i organisationerna. I forskningsansökan beskrivs programmet som en...

... modell för systematisk verksamhetsutveckling på organisationsnivå där ledaruppbyggnad och kunskapsuppbyggnad ingår i en och samma process /.../ Praktikerna [konsulterna] bidrar med egen chefserfarenhet från industrin om hur man driver verksamhetsutveckling som ett normalt inslag i vardagsarbetet, där processorientering och teamarbete är viktiga inslag. (Norbäck & Targama 2003, s. 1)

Med ett team- och processinriktat arbete avses tvär-funktionella/professionella grupperingar som arbetar tillsammans där patienten är utgångspunkten för organiseringen (jämfört med organisering utifrån verksamhetens art och/eller personalens krav). Programmet riktar in sig på professionella organisationer.

Om en ledning i en sådan organisation vill åstadkomma förändringar som inte bara innefattar formella strukturer utan innebär förändringar även i arbetsorganisationen, dvs. arbetssätt, vardagspraktik och samspelsmönster, är den hänvisad till att använda processorienterad, förståelseskäpande förändringsstrategi (Sandberg & Targama, 1998). (Norbäck & Targama 2003, s. 3)

För att få professionella yrkesutövare att ändra sitt sätt att agera är det viktigt att olika professionsspecialiteter och yrkesgrupper deltar aktivt betona forskarna.

... en processorienterad ansats med hög grad av delaktighet. Det räcker inte med att 'ha fått ett ord med i laget', utan förståelseskäpande förutsätter aktivt deltagande, där yrkesutövarna blir huvudaktörer som bearbetar frågor 'i skarpt läge'. Utifrån en teoretisk klassificering av förändringsstrategier skulle Liftprogrammet kunna sägas vara en hybrid mellan linjechefs och processmodellen (Targama, 1978). Den har likheter med traditionella OU-ansatser i så måtto att konsulter har en viktig funktion och att de agerar som katalysator. De har till uppgift att stimulera aktiviteter i linjeorganisationen, inte att bidra med lösningar. Å andra sidan har i Liftprogrammet linjeorganisationen en tydlig huvudroll. Arbetet bedrivs inte som ett projekt vid sidan av den ordinarie verksamheten. (Norbäck & Targama 2003, s. 3)

Programmet bygger på tre bärande idéer: att sjukhusledningen först tydliggör de föresatser och grundläggande "principer" som ska vägleda verksamheten genom att "skapa enighet i ledningen", att "engagera alla" och "uppföljning av resultat och lärande". Den första idén handlar om att tydliggöra normer och värderingar. I ansökan relaterar forskarna till begrepp som organisations- och medarbetarkultur samt pekar på en bristande samordning mellan enheter. Vidare vill forskarna använda "dialog

som instrument” mellan nivåer och yrkeskategorier – inte mellan parter. När det gäller att ”engagera alla” betonas att...

Liftprogrammet arbetar inte med representanter för en enhet. Utan alla anställda i den berörda enheten dras in i utvecklingsarbetet. Det möjliggörs genom att arbetet sker i linjeorganisationen och att ledningen tvingas klargöra förutsättningar och formulera vägledande idéer (Norbäck & Targama 2003, s. 4)

Forskarna betonar att de professionella möter ”tongivande kolleger” via mötesserien som, om de tar till sig de nya idéerna, kan få andra att ta efter. Kopplat till ”allas delaktighet” omnämns även stabspersoner inom ekonomi, personal och verksamhetsutveckling som särskilt viktiga då de förväntas få nya relationer till cheferna. Läkarna intar dock en nyckelroll, som forskarna vill ska medverka i team.

Andra ”bärande principer” i ansökan handlar om att skapa förtroende genom ”att våga släppa kontrollen” samt resultatorientering med fokuserade ansträngningar: ”Många förändringsansträngningar misslyckas för att ambitionerna är alltför generella och vittomfattande” (s. 5). Inom programmet vill idébärarna fokusera på ”ett eller ett par viktiga och önskvärda resultat”.

Norbäck och Targama (2003) diskuterar vidare NPM:s verkningar inom sjukvården och nämner att marknadsrelationer, strategiskt utvecklingsansvar och ekonomistyrning har lett till ”mer tydliga konflikter mellan det professionella tankemönstret och det ekonomiskt administrativa tänkandet” och vidare att denna konflikt ofta blir destruktiv, vilket gör att strukturella ansatser ofta misslyckas. ”Därför har vi haft som en primär grundsats i det angreppssätt som ’Lift’ representerar att *en förändring av sjukvårdens arbetsformer och effektivitet måste komma inifrån*” (s. 2). Forskarna vill hitta ett ”fruktbart samspel mellan professionella och managementorienterade perspektiv” och balansera dessa intressen genom att skapa en ny och utvidgad professionalitet. Det handlar om att överbrygga gränser mellan grupperingar och nivåer genom att hantera motstridiga intressen, inte att försöka lösa dem, som ansökan betonar.

Den första tiden med LIFT omnämner forskarna som verksamhetsplanering och i detta sammanhang omnämns uppföljning av mål och mätetal samt hur dessa kommer till användning. Programmet beräknas pågå med hjälp av externa aktörer i två och ett halvt år (fram till sommaren 2005) för att ”därefter gå över i en naturlig intern självgående process”.

Forskarna ger en bild av vad de vill göra.

'Lift' blir därför ett relevant exempel på hur ett landstingsstyrt sjukhus som helhet försöker ta bort köer, samordna verksamheter, förenkla administration etc. genom att införa ett team och processtänkande. Istället för det existerande 'avdelningstänkandet' försöker vi få Sjukhuset att uppmärksamma och hantera patientflödena så att dubbelarbete, onödig administration och stress med tillhörande ohälsotal bland personalen kan undvikas. Det påminner starkt om situationen inom näringslivet innan man med modern processorientering kunnat genomföra kraftfulla rationaliseringar, höjd kvalitet och ökad kundtillfredsställelse; *samtidigt*. Detsamma är naturligtvis möjligt inom vården! (Norbäck & Targama 2003, s. 9)

Här ses management som centralt.

'Management' ingår inte i det som professionen (främst läkarna) anser sig behöva bemästra. Det kallas 'administrationen' och är något professionen är 'allergisk' mot. Inom 'Lift' tror vi oss dock veta hur vi ska gå tillväga för att få med oss professionen. I princip handlar det om att skapa en ny och utvidgad professionalitet som också inbegriper organisatorisk och ledningsmässig kompetens. (Norbäck & Targama 2003, s. 9)

Forskarna vill alltså skapa "*ett nyprofessionellt sjukhus*" genom att "göra sjukhuset till ett arbetsorganisatoriskt och ledningsmässigt innovativt och kunskapsutvecklande sjukhus" (s. 10).

Nu kommer jag att gå över till att beskriva konsulternas erfarenheter och uppfattningar om programmets innehåll och utformning. Konsulternas gemensamma erfarenheter kommer främst från privat sektor med inriktning mot både produktionsindustri och serviceverksamhet. En av konsulterna beskriver hur hon under 1980-talet arbetat med verksamhetsutveckling på en personalavdelning, "men på den tiden fanns inte det begreppet, då hette det mer organisationsutveckling" men det "var nästan samma sak". En annan konsult beskriver hur han ansvarat för Volvokoncernens chefsförsörjning innan han slutade på Volvo. Erfarenheterna därifrån var att de som deltagit i programmen ofta gjorde en mycket positiv utvärdering av själva chefsprogrammet. Det ledde bland annat till en personlig utveckling och ett värdefullt nätverk. Samtidigt fann man att dessa program hade en begränsad verkan på chefsarbetet i vardagen. Konsulterna beskriver alltså på ett liknande sätt som forskarna problemen kopplade till att "åka på kurs". En tredje konsult beskriver hur han blev mer och mer intresserad av TQM under 1990-talet, vilket "var ju rubriken på vad vi idag kallar verksamhetsutveckling i min mening". Han arbetade utomlands för Volvo under en period och blev då TQM-koordinator. Efter utlandsåren jobbade konsulten på ett mindre konsultbolag med TQM och ett processynsätt, men relativt snart köptes

bolaget upp av Volvo och kopplades till Volvos koncernövergripande verksamhetsutvecklingsprogram, som koordinerades av den andre konsulten.

Så att våra tres erfarenheter ifrån verksamhetsutveckling, där [de andra konsulterna] är från bilindustrin och jag är från de andra branscherna, plus då bilindustrin, fast då i mindre omfattning än vad de är. Det är ju det som vi försöker sy ihop som en gemensam erfarenhet. Och sedan så är det naturligtvis [forskarna] som står för forskningssidan då. Så att vi har ju aldrig arbetat ihop något gemensamt så, utan det gör vi på resans gång. /.../ Och varken [de andra konsulterna] eller jag ville ha det som det var på Volvo. Utan det pratade vi igenom att det var ju inte så vi skulle ha det. (Konsult sommaren 2004)

Konsulterna hade olika bilder av vad de skulle göra.

Det här var något helt annat som vi skulle dra igång. Och jag tror vi hade helt olika bilder då från början. /.../ Och [konsulten] hade ju hela sin bild med det här med att starta upp underifrån och starta upp i team och så. Medan [sjukhusdirektören] såg hela komplexiteten att kunna komma igenom. Här skulle vi jobba just underifrån och det är man väldigt vana vid i sjukvården att man ska gå in och göra ett projekt. Gå in och sätta igång någonting. /.../ Och sen om det lever kvar är en annan fråga. Men [sjukhusdirektören] ville förändra kulturen, så i min funktionsbeskrivning så står det ju att jag ska etablera en kommunikationsstruktur i SÅS. Det var liksom något annat. (Konsult sommaren 2004)

Konsulterna hade dessutom olika status i grupperingen. Det märktes också på programgruppens möten då en konsult kunde skriva något på tavlan varpå en av forskarna eller de andra konsulterna snabbt suddade ut. En konsult kom att få en hybrid och gränsöverskridande roll mellan programgrupp och sjukhusledning.

Sen är ju [konsulten] tung så, för hon har ju en lite del av dubbelroll som jag känner. Och hon är en del av programgruppen, men hon är en del av SÅS och jobbar ju väldigt nära [sjukhusdirektören]. Och har [sjukhusdirektörens] öra. Så på något sätt så är hon både en del i... nu har hon ju sin anställning i regionen men... en del av SÅS också. Så hon är en blandning av utvecklare och uppdragsgivare. Så att hennes tankar blir ju tunga på så sätt i och med att hon har... står [sjukhusdirektören] så nära och vad [sjukhusdirektören] vill. Så hon... Ja, det är klart att hon har en stark position utifrån att vara i båda de här rollerna om man hårdrar det då. Det är min känsla. Så blir hon ju en tung spelare. Så hennes vilja blir ju stark. (Konsult sommaren 2004)

Chefskap i offentlig sektor uppfattas inte som tillräckligt tydligt av konsulterna. På sjukhus allmänt och över kliniknivå speciellt beskrivs situationen som ”ganska

chefslös”. Konsulterna betonar att det saknas ett sjukhusperspektiv då man tidigare utvecklat på kliniknivå i sjukvården:

... utvecklat underifrån historiskt då. Sen så har chefskapet varit att, inte roffa åt sig men, ta till sig så mycket som möjligt för sin klinik oavsett hur sjukdomspanorama förändras. Var och en har ju jobbat utifrån sin profession och sin specialitet. Och sen har man levererat uppåt det man ska då. Men det har ju inte funnits någon som har hållit ihop helheten i sjukvården. (Konsult sommaren 2004)

Med utgångspunkt i en jämförelse mellan industrisektor och tjänstproducerande sektor beskriver en av konsulterna en skillnad i synsätt inom konsultgrupperingen vad avser hur deras förändringsarbete går till. I näringslivet ”ska man ju gå in och luckra upp de här hårda fasta chefstrukturena. Och här är det ju lite tvärtom. Här ska vi ju etablera...”. Konsulterna betonar att vad de ska göra är nytt både för dem och för sjukvården i Sverige.

Vi har ju aldrig gjort något sånt här förut. Något sjukhus har aldrig gjort så här i Sverige. Vi har ju inga förebilder så. Utan det är ju med allt det som vi har med oss och vad vi kan då ifrån forskningsperspektiv och från hur vi har arbetat med det då. Det är ju bara det som vi kan ge. (Konsult sommaren 2004)

Konsulterna antar att vi fått höra olika versioner, något som föranleder två av dem att påtala att det ska bli ”spännande” att se vilka olika bilder som framträder medan en av konsulterna verkar uppfatta det som problematiskt att olika bilder kan komma att visas upp. Några av konsulterna och forskarna har träffats tidigare. En av konsulterna beskriver hur han blev involverad redan på slutet av 1990-talet då programmet hette LIF:

Och då tog jag upp den här idén att man skulle kunna tänka sig att Handelshögskolan skulle kunna skapa sig en ny profil för sina ledarutvecklingsprogram, att de inte bara är att ge folk en kick utan också skapa förändring på hemmaplan. Så vi gjorde en skiss då på ett program som innebar inte bara ledarskap i förändring utan också att man skulle göra någonting och därför kom det här med tillämpning med, och så blev det LIFT då. Och så tog vi kontakt med [en av forskarna] då som intresserade sig, så [vi] var de som skrev första skissen på det. (Konsult sommaren 2004)

Sjukhusdirektören blev intresserad, men ville inte vara med i det ”öppna programmet”, som riktade sig till olika organisationer utan var mer intresserad av ett program riktat till sjukhusets ledningsgrupperingar. En annan konsult beskriver hur det gick till:

... öppna programmet som [konsulten] hade dragit igång med, som inte fick tillräckligt många anmälningar. Och de jobbade förtvivlat för att

få ihop fler anmälningar. Så att de ville ju få in SÄS i det öppna programmet. För att tanken från [konsulten] var ju att vi skulle få flera ledningsgrupper och som skulle lära av varandra. Och jag sa nej till det. Det är inte lämpligt i det här fallet. Och [sjukhusdirektören] sa ännu mer nej. (Konsult sommaren 2004)

Programmet som riktade sig till sjukhuset ändrade namn till Ledning i förbättring och tillämpning och finansieras av SÄS och VGR, med vardera cirka 7 Mkr, inom ramen för ett samarbetsavtal mellan Handelshögskolan, personalstrategiska avdelningen inom VGR och SÄS. Sjukhusdirektören berättar om hur LIFT till viss del var sprunget ur hennes tidigare arbetsliv och kontakter medan det vid en introduktion var viktigt att betona idéns fristående ställning representerad av dels en ”mer oberoende” Handelshögskola och dels VGR:s uppmärksammande av ett sjukhus värt att satsa pengar på. Konsulterna betonar också vikten av stöd från regionen och att ha med sig akademiska talespersoner:

Jag tror att det är väldigt viktigt att man från ledningen, från regionledningens sida såg att SÄS var det sjukhuset man ville satsa på. Och det var väldigt viktigt tror jag för 40-gruppen, att man såg en massa stöd därifrån. Sen tror jag att man tyckte att det var viktigt att det fanns en akademi som var mer oberoende som gick in. (Konsult sommaren 2004)

... Speciellt då sjukvården uppfattas ha likheter med universitetsmiljön...

... bra att koppla en forskningsverksamhet till dem som man ska möta i sjukvården. Det är väldigt forsknings- och akademikerstyrt. (Konsult sommaren 2004)

... också vid tiden då forskare och konsulter går i verksamheten. Här kommer jag att låta en av forskarna beskriva verktyget så som han gjorde vid tillfället då SÄS presenterade sitt strategiska arbete inom ramen för VGR – samma tillfälle som då områdeschefen beskrev gångna, samtida och överlappande strategiarbeten ovan. Platsen är Handelshögskolan den 7 april 2005.

... Men det är ju så att när man på något sätt ska få i stånd utvecklingen i organisationer av alla slag... Det är ett utomordentligt beforskat område. Det finns mängder utav studier kring utvecklingsarbete och förändringar i organisationer. Och man kan väl säga att i slutändan så kokar de flesta sådana här studier ner till att det finns på något sätt två huvudsakliga grundideologier för hur förändring åstadkoms och hur utveckling kommer till stånd. Och de har till och med formaliserats, de har fått bokstavsnamn av Harvardforskare. Men jag tror inte att vi ska ge oss på dem.

Forskaren gör en indelning i vad han kallar E-type och O-type, där den förstnämnda går för...

... rätt mycket en styrning uppifrån, i förhållande till de som egentligen berörs utav utvecklingen i fråga. Det är väldigt mycket baserat på experter och expertis i de flesta fall. Och där finns den här tanken att man har på något sätt ritningen klar. Man gör alltså analysen först på något sätt: Analys och så börjar man rita... och sen så börjar man då med implementering.

Forskaren betonar att detta sätt att gå tillväga inte fungerar på organisationer som sjukvården och till exempel universitet.

Universiteten är ju rätt hopplösa på det sättet också. Vi är rätt så immuna mot sådana här förändringsförsök. Det händer aldrig något ute på fältet egentligen. Man kan naturligtvis göra hårda saker och ändra i strukturer och man kan slå ihop organisationer och dela upp dem och så där men att få någonting i vardagen att hända, det är ganska svårt.

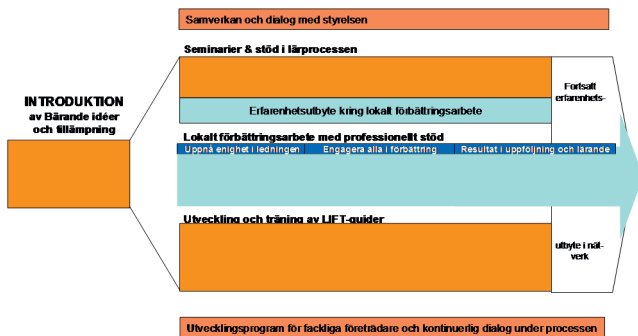
Det andra sättet är när förändring börjar inifrån.

Att det växer fram inifrån bland dem som arbetar. Och det är på något sätt hög delaktighet. I princip skulle man kunna säga att det är de som sitter i vardagen och gör jobbet som också driver förändring och utveckling. Och att det är väldigt mycket att lära och inse, pröva och i sin tur lära, inse och pröva i flera loopar. Och det här kan göras i liten skala väldigt lokalt och det har vi exempel på mycket i kvalitetsarbete och det är tänkt att det ska fungera på det sättet. Men det går också som det nu beskrevs på SÅS att man kan göra det här väldigt storslaget då. Och göra det som en satsning på ett helt sjukhus och försöka arbeta inifrån. Och det är det som är det spännande just, för det här är en storskalig variant utav inifrånarbete. Men även inifrånarbete då måste ju ha ett visst upplägg. Det finns ändå något konkret. Vad man egentligen ville komma fram till, det vill säga den här ritningen fanns ju inte till en början. Det fanns ingen som helst ritning egentligen. Vad var det som skulle komma ut av det här. Det skulle komma att växa fram under processens gång.

”En storskalig variant av inifrånarbete som växer fram utan ritning” alltså.

Men vi hade en ritning till proceduren, hur skulle vi då jobba? Den ritningen fanns där när vi började. Och det var den som... Jag har en bild här som faktiskt gjordes innan vi började på SÅS:

LIFT - Ledning i Förbättring och Tillämpning Södra Älvsborgs Sjukhus



Den här är det som programgruppen egentligen då plockade fram och hade som någon slags modell för hur det var tänkt. Och här kan vi också se då historiskt, hur såg vi då det här jobbet när vi började då för två och ett halvt år sen drygt egentligen?

En ritning till ”proceduren” fanns dock – ”gula, blå och skära historier”.

Och det är intressant att det är åtminstone ett par tre färger här. Det ena är att det finns gula fält och det som är gult är då aktiviteter som har rätt mycket med lärande att göra. Det är aktiviteter som har som huvudsyfte att bidra till reflektion, fundering, lärande. Och det blåa är då väldigt mycket sådant som har att göra med att man konkret gör saker i vardagen. Det är det att man gör något på fältet och som ni har förstått så är hela LIFT-indelningen en integration av det här att å ena sidan så gör man saker och ting i vardagen och parallellt med det så finns det reflektioner och funderingar kring det här, varför gör vi det här och vad är vitsen med detta och så vidare. Och vad lär vi oss av detta. Och sen så finns det då... Ni ser några skära historier här. Det är att... i det här LIFT-arbetet fanns indirekt då med också parter utanför SÅS, eller mer eller mindre, man kan ju säga att ja, facket finns ju också innanför i allra högsta grad, men den fackliga sidan finns med så den måste också på något sätt vara delaktiga i det här. Då har vi haft seminarier och diskussioner med den fackliga sidan. Och på motsvarande sätt har vi haft det med den politiska nivån och med styrelsen. Och den var väl egentligen lite mera enkelspårig. Det vill säga att vi önskade att vi fick vara ifred och driva det här arbetet under några års tid och underförstått att lägg er inte i det under tiden. Låt det här nu få ha sin gång och låt oss pröva det här då. Och tror ni på det.

Säg ok. Men låt det sen fungera på sjukhusets egna villkor. Och det har faktiskt politikerna ställt upp på och det har fungerat på det sättet. De har inte på något sätt försökt att peta i det under gång. Det kan man nog säga.

Forskaren nämner att några grupperingar ingick i arbetet indirekt – fackföreningen ingick dock ”i allra högsta grad” medan den politiska nivån och styrelsen ”inte försökt att peta i det under gång”.

Vi räknade lite granna här och vi kom fram till på ett ungefär att ledningsmänniskorna på SÅS, alltså allt ifrån sjukhusdirektör till avdelningschefer i SÅS har totalt lagt ner 2500 dagar på rena seminarier, där man har suttit ner en dag och fört diskussioner, totalt sett. Bara i den grupp som du tillhör [forskaren pratar till verksamhetschefen för ortopedkliniken], som kallas 40-gruppen ibland, och 55-gruppen ibland: verksamhetschefer och uppåt, så är det ganska många dagar under den här tiden som vi har ägnat åt det. Och då skulle man tycka att det är en väldigt belastning på organisationen, men samtidigt kan vi se att samtidigt som ni har gjort det här under två och ett halvt års tid nu. Så har ni ändå fått mer gjort i vardagen. Ni har faktiskt presterat mer produktivt arbete i det här samtidigt som man har haft [några ord ohörbara]. Och poängen just är ju att det här inte är något som ligger vid sidan av det man sysslar med. Utan det är ju ett annat sätt att arbeta med det man faktiskt gör.

Arbetsgången i LIFT visualiseras alltså i form av en ”LIFT-pil”, som den kommit att kallas på sjukhuset. De olika stegen består av en introduktion med cheferna för att sedan övergå i regelbundna möten som syftar till att användarna ska vara aktiva och rapportera mellan sig vad de gjort sedan föregående möte samt ta stöd i arbetet genom tillhandahållna gemensamma samtal. Dessutom utbildas LIFT-guider, som tränas till att agera som interna stöd konsulter. Parallellt arbetar konsulter i verksamheten för att ge stöd till cheferna där de tre idéerna utgör riktlinje och visar ordningsföljden för arbetssättet. När mötesserien tar slut visar LIFT-pilen på en uppmaning till fortsatt erfarenhetsutbyte i vad som benämns nätverk på bilden. Ytterligare en del i arbetssättet är att samverka med styrelsen och fackliga företrädare (fyra mötestillfällen inledningsvis), vilka dock tappades från LIFT-pilen i arbetets intensivaste delar – de ”skära historierna” kopplades alltså bort och fokuset riktades främst mot de ”blå och gula historierna”.

Kommentarer: Fler verktyg för förnyelse – lika och olika

I det här avnittet kommer jag att göra jämförelser mellan verktyg chefer, konsulter och forskare presenterat i kapitlet.

När områdeschefen i april 2005 presenterar en berättelse om ”utveckling och förändring” vid sjukhuset börjar han berättelsen 1991. Då fanns en utvecklingsstrategi

inkluderande fem byggstenar: omstrukturering, ledarskap, kvalitetssäkring, informations- och styrsystem samt kompetensutveckling – även samverkan omnämns. 1998 arbetade sjukhuset med Organisationsgranskningen, OG, vilket innebar att arbeta med ledningen och ledningens engagemang, att klarlägga grundläggande värderingar samt att skapa tydliga mål för verksamheten då medarbetarna inte hört talas om målen. Måldokumentet från 2000 innehöll fem målområden: patientens ställning, vård- och verksamhetsutveckling, forskning och utveckling, personal samt ekonomi – ”Målet är att varje verksamhet ska identifiera och beskriva sina huvud- och stödprocesser. Har ni hört det?” säger områdeschefen när han läser ur dokumentet. Här omnämns också en nivåindelning på sjukhuset som kom att uppfattas som ett första steg i vad som brukar kallas processorganisering (Trägårdh & Lindberg 2002).

OG kallades ”organiserat gnäll” och områdeschefen kallar visionsdokumentet från 2002 för ”felande länken”. Vid den här tiden sker en övergång ”från det gamla tänket till det nya”, då de fem målområdena kopplas till sju framgångsfaktorer i visionsdokumentet: utveckla patientfokus, öppna prioriteringar, etisk reflektion – samt vad områdeschefen ser som mer operativa delar – aktiv personalrekrytering, attraktiva arbetsplatser, kommunikativt ledarskap samt ekonomi i balans. Målområdena i kombination med framgångsfaktorerna blev förvirrande påtalar områdeschefen och istället var det visionen som gjorde visst avtryck, en vision i form av ett ”attraktivt sjukhus” – attraktivt för patienten, personalen och ägarna. En annan chef i sjukhusledningen ifrågasätter ”tajmingen” när visionen introducerades – det var ”mycket knorr” på sjukhuset vid tidsperioden. Områdeschefen berättar vidare att sjukhusdirektören började med att läsa OG, vilket hon uppfattade som början till en gemensam strategi, skrev på måldokumentet och medverkade till framtagningen av visionsdokumentet. 2003 påbörjas ännu ett arbete – LIFT – och här börjar SÅS ett samarbete med Handelshögskolan och regionen – I oktober 2002 en onsdag på sjukhusledningens ordinarie möte med ”ett litet papper”.

Som jag visade i litteraturgenomgången kan re-engineering ses som fundamentalt och börjar med att fråga grundläggande frågor om management och organisering. Första steget i processen börjar med ett tomt papper och i nästa steg sätts team samman från olika funktioner som tänks bidra till affärsprocesser. På det tomma pappret ska således teamet återuppfinna verksamheten. Utifrån en förståelse av dessa processer tänks ”re-engineers” återstrukturera organisationen, dess uppgifter, dess ledning och dess värdesystem. ”Does re-engineering, truly, begin with a blank sheet of paper?” frågar sig Collins (2000, s. 272) och ifrågasätter samtidigt om BPR verkligen är en ny idé.

Omslag till tidigare strategiarbeten har synts i områdeschefens presentation och det nya arbetet saknar spår av dokument påtalar områdeschefen – ”Vi vill med detta säga att det faktiskt är viktigare att göra än att visa papper.” ”Att arbeta utan dokument” blir delar av det som karakteriserar arbetet som ett sätt att distansera sig från att till exempel ”sitta och samla papper” för att jämföra med sjukhusdirektörens berättelse i föregående kapitel. Dessutom berättar områdeschefen om sjukhusledningen och vad som eventuellt skiljer den från andra sjukhusledningar baserat på de medverkande kompetenserna: ”Då lyfte man fram saker som etisk reflektion. När man kanske på ett annat sjukhus inte har det på agendan.” Områdeschefen kopplar de återkommande

strategiarbetena till de gångna: ”Har ni hört det?” Berättelsen blir en historia om kontinuitet och förändring (jfr Polesie 1991) på sjukhuset.

LIFT går för ”förändringsarbete” – som i för ändring (jfr Abrahamsson 1994) – och vill genom dess talespersoner: forskare och konsulter, erbjuda ett nytt och annorlunda sätt att komma tillrätta med vad talespersonerna definierar som problem genom att skapa ett ”nyprofessionellt sjukhus”, där ”*fokuset ligger på ledningen och att utvidga den medicinska professionaliteten till att även innefatta organisatorisk och ledningsmässig kompetens*”. Forskare och konsulter ser det som sin uppgift att agera som katalysatorer, det vill säga att stimulera till aktiviteter men inte att bidra med lösningar. Programmet bygger på att deltagarna är aktiva och själva formulerar både problem och lösningar. Genom LIFT försöker förespråkarna förändra människors handlingsmönster. Forskarna vill skapa förnyelse – ett ”arbetsorganisatoriskt och ledningsmässigt innovativt och kunskapsutvecklande sjukhus” – en innovation alltså.

Forskarna sätter LIFT inom citationstecken och visar därmed att de distanserar sig från sitt verktyg. LIFT som namn (Law 1999) ses inte som viktigt och forskarna differentierar sig starkt mot trebokstavskombinationer, och använder istället fyra bokstäver (...?). Konststycket medför alltså ett tillägg. Samtidigt talar de om Liftprogrammet och visar också att LIFT för dem blir mer än en förkortning. På Handelshögskolan finns sedan slutet av 1990-talet ett program som först hette *Ledarskap i förändring* som kom att bli: *Ledning i förändring och tillämpning* – ett program Handelshögskolan Kompetens AB⁵⁴ erbjudit chefer med verksamhetsansvar. I en transformering på sjukhuset kom namnet att bli *Ledning i förbättring och tillämpning*. Från LIF till LIFT till LIFT alltså, i förkortningarna finns tillägg och transformering – från ledarskap till ledning och från förändring till förbättring.

Som jag visat i tidigare avsnitt finns det olika ingångar till hur LIFT kan beskrivas och om man enbart ser till de verktyg, recept och tekniker som forskarna och konsulterna använder i sina beskrivningar blir det en ansevärd mängd namn, etiketter och ledord: OU (Organisationsutveckling även kallat Organizational Development, OD, som har brittiska rötter medan en systerskola Change Management, CM, har amerikanskt påbrå), kultur- och ledarutveckling kopplat till utbildningsansatser, TQM och kvalitetsutveckling samt verksamhetsutveckling (som är den svenska benämningen för BPR) samt att inrätta en kommunikationsstruktur eller använda dialog som ”utvecklingsinstrument”. Kärt barn får många namn alltså: Vad som på 1980-talet kallades organisationsutveckling blir i dagens språkbruk verksamhetsutveckling med en koppling till både TQM och BPR och ”kultur” i talespersonernas berättelser. Här är processer och team centrala inslag, både med inspiration från arbetet på Volvo och med en önskan om att det inte ska bli som på Volvo.

⁵⁴ Handelshögskolan Kompetens AB, ett dotterbolag inom GU Holding, förvärvades av Handelshögskolan vid GU i maj 2002. Verksamheten flyttar in i Handelshögskolan där den samordnas med Program för Partnerskap.

Föregångare till LIFT går att finna i forskningspraktiken. Bäckström (1999) talar om generationism och går igenom de svenska 40-talisternas forskning inom fältet över tid. Under rubriken 1980-tal, då kulturmodellen var rådande, beskrivs två program som är direkt kopplade till LIFT:s ursprung baserat på skrifter forskarna inom LIFT författat tillsammans med forskare inom de program Bäckström tar upp: *Utvecklingsprogrammet* vid Arbetsmiljöfonden (1982-1987) samt *Ledningsprogrammet* vid Rådet för företagsledning och arbetsliv (1983-1988). Ett tredje relaterat program som omnämns under samma tidsperiod är *LOM-programmet* vid Arbetslivscentrum och Arbetsmiljöfonden (1985-1990). Dessa program använde sig av teknikerna lagarbete, produktionsgrupper respektive dialogkonferenser och drevs främst av ideologierna rationalisering-humanisering, humanisering respektive demokratisering enligt Bäckström. Utifrån Bäckströms indelning skulle det program som närmast, till exempel baserat på författarsamverkan, kan kopplas till LIFT – Ledningsprogrammet – grundas på ideologin humanisering kopplad till tekniken produktionsgrupper. Under 1970-talet kallades dessa självstyrande grupper, under 1980-talet självstyrande enheter och under 1990-tal teamarbete. Denna teknik skulle åtgärda såväl demokratiserings-, humaniserings- som rationaliseringsproblem.

Ledningsprogrammet var ett sätt för SAF att möta den arbetslivsforskning för arbetstagarna som Arbetslivscentrum genomförde. Programmet var sedan upptaget med att finna det goda svenska ledarskapet. 1980-talets program hade överhuvudtaget en svagare koppling till lokala arbetsorganisationiska problem än på 1970-talet. Under 1990-talet utvidgades problemkällorna och inriktades på både lokala arbetsorganisatoriska problem, nationella produktivets- och kompetensproblem samt internationella produktivetsproblem, vilka fungerade som utgångspunkter för programmen. Utmärkande för 1990-talet var hur produktivetsproblem såväl på arbetsplatsnivå som på samhällsnivå uppfattades som stora. I LIFT syns delar av 1970-talets sätt att arbeta med grupper, 1980-talets inriktning på ledarprogram och 1990-talets intresse för lärande.

Forskningsansökan skrivs i augusti 2003. Då håller i programmet blivna aktörer på att arbeta med verksamhetsplaneringen inkluderande mål och mätetal. Intervjuerna med konsulterna görs tidig sommar 2004. Då är aktörerna i gång med att närma sig klinikknivån. Som en av konsulterna nämner har man på många platser i sjukvården bedrivit utvecklingsarbete på klinikknivån tidigare med till exempel genombrottsmetoden (jfr Erlingsdóttir 1999a). Här vill man istället börja med sjukhusnivån. Konsulterna har också olika föredragna ansatser med sig in. Det ena tillvägagångssättet är att försöka ”luckra upp fasta chefsstrukturer” och här är det förmodligen Kurt Lewins förändringsansats – tina upp, förändra, återfrys – som framskymtar. Det andra sättet som förordas är att försöka ”etablera något som inte finns”. Båda dessa ansatser finns alltså med. Vidare vill man arbeta ”underifrån” men man börjar ”överifrån”, vilket kom att kallas ”vattenfall och fontän” av programgrupperingen på sjukhuset. En av utgångspunkterna är att forma en hybrid mellan linje- och processorganisation där forskare och konsulter vill starta processer och team. Försöket syftar till att bli bestående och förespråkarna betonar att det inte är något projekt, det vill säga med karaktären engångs- eller sällan förekommande

satsning. Argumenten är främst kunskapsmässiga, snarare än ekonomiska. Man vill få olika yrkesgrupperingar att samverka över professions- och enhetsgränser.

Jämfört med tidigare strategiarbeten som QUL (1995-1997) och OG (1998), där syftet var att tydliggöra brister i efterhand genom kartläggning och granskning, är det här organiseringsförsöket en satsning där vad man kanske skulle kunna kalla programmerarna vill bygga något. Jämfört med måldokumentet (2000), där det ”inte fanns något om hur man skulle ta sig dit” tar sjukhusdirektören hjälp av konsulter och forskare som säger sig veta råd kring vad som kan och bör göras i organisationer.

På sjukhuset var LIFT till viss del sprunget ur sjukhusdirektörens tidigare arbetsliv och kontakter medan det vid en introduktion ansågs betydelsefullt att betona idéns frigående hållning representerad av dels en ”mer oberoende” Handelshögskola och dels regionens finansiering av satsningen.

At the persuasion stage, it is convenient to present ideas as impersonally derived, from God, destiny or the *Zeitgeist* (on the assumption that ideas are greater than people.) (Czarniawska & Joerges 1996, s. 31)

Jämfört med visionsdokumentet (2002) som innehöll både fem byggstenar och sju framgångsfaktorer är LIFT (2003) bärare av tre idéer och talar för att ”lära genom att göra” – alltså mer i nuet än i framtiden. Dokumenten – stabiliserade och materialiserade uppfattningar – verkar ha olika tidshorisont och förhåller sig olika till tiden. Områdeschefen som presenterar sjukhusets strategiarbeten kopplar till sjukhusdirektörens anställningsintervju innan hon tog jobbet och sjukhusdirektören svarar: ”Och jag sa att det tar minst fem, sex år”. Tidsperspektivet kommer jag att återkomma till.

På ett liknande sätt som sjukhusdirektören vill utmana ”tésagt é tésagt” vill man med LIFT aktivera chefer och personal att delta och prata sig samman genom det man kallar dialog – eller som sjukhusdirektören benämner det: genom att skapa kommunikation. Men man ska inte fråga efter lösningar – de ska man själv presentera. Ett paket med komplementära varianter på idéer och tekniker kommer till sjukhuset. Tre yrkeskategorier: konsulter, forskare och chefer kopplade till regionen, Handelshögskolan och SÅS kommer att packa upp paketet. Cheferna ingår i olika praktiker där sjukhusdirektören kommer att befinna sig närmast programkonstruktionen följd av områdeschefer och verksamhetschefer. Också andra yrkeskategorier kommer i kontakt med organiseringsförsöket.

Att hitta *en* klassificering (Bowker & Star 1999) till innehållet i paketet, som alla känner sig hemma i, blir därmed tämligen ogörligt och motiverar mig inte närmare. Här förnöjer jag mig med att hitta referenser till managementidéer med anor minst tillbaka till Frederick Taylor, Henri Fayol och Henry Ford. LIFT, som går från *Ledning i förändring* till *Ledning i förändring och tillämpning* och här vidare till *Ledning i förbättring och tillämpning* ser jag härefter som en platsbyggnad för det arbete som kommer att rymmas inom och tillskrivas dess namn. Beskrivningarna av LIFT är

influerade av positioneringar inom forskningsfält och därmed bakomliggande perspektiv på vad organisationer och organisering är för något – det som i den här studien blir vad jag benämner emic eller första ordningens tolkning. Som omnämndes i tredje kapitlet är andra ordningens tolkning, etic, det språk jag använder för att beskriva det som ligger till grund för den här studiens inriktning. Innehållet och formen på försöket är heller inte lika viktigt som hur användarna tar till sig verket – och om det får någon verkan, därför släpper jag en närmare precisering än den här beskrivna i det här skedet. Jag kommer att återkomma till en vidare diskussion av LIFT, eller snarare den riktning LIFT tar, relaterat till de managementverktyg som florerar under det första decenniet i det nya århundradet i det avrundande kapitlet i denna text.

I analogi med forskarnas beskrivning – Hur visar LIFT färg på sjukhuset och var och när syns LIFT? Vad gör sjukhuset när LIFT anländer? ”Freeze” (Weick & Quinn 1999) – ”Nu ska vi utveckla!” Och vad gör programmerarna när de försöker frysa sjukhusets pågående aktiviteter med ett försök att organisera? Är det någon skillnad mellan tre bokstäver, som konsulter och forskare tar avstånd ifrån, och fyra? Och är det LIIIFT, LIFT eller ’Lift’ och Liftprogrammet, som forskarna säger, som kommer till sjukhuset? För som David Collins (2004) säger apropå BPR, så kan ett svar finnas mellan ”BPRRR” och ”debunking”. Låt mig ställa ut vad som händer och fokusera på hur användarna tar till sig verket för att lägga något till allusionen av att befinna mig på ett konstmuseum – en soptunna i fokus för intresset – eller varför inte en blomkruka? Vad händer i den? Låt mig visa vilka grepp introduktörerna tar – både programmerare och användare.

Kapitel. 6.

Ett managementskikt möter ett försök att organisera

Det här kapitlet beskriver introduktionen med verksamhetscheferna i september 2002, introduktionen med sjukhusledningen i oktober-november 2002 på sjukhusledningens etablerade möte samt introduktionen med en sjukhusnivå i blivande i januari 2003 och vidare. En formering inkluderande sjukhusledning och verksamhetschefer (det vill säga både vad som tidigare kallades klinikchefer och servicechefer) samlas för att arbeta fram en gemensam strategi med hjälp av konsulter och forskare. Kapitlet visar hur innehållet i försöket tar form och hur de som kommer i kontakt med försöket agerar och reagerar.

Udda säljgrepp introducerar LIFT

Fars Hatt, ett konferenshotell, i Kungälv blir platsen där programmet introduceras för verksamhetscheferna. Sjukhusdirektören beskriver vad som hände och hur det gick till.

I september [2002] då skulle jag presentera de här tankarna. Och då bad jag [en av forskarna och en av konsulterna] att komma och presentera det och det gjorde man för 40-gruppen då. Och det var då de gjorde det här bejublade... [Forskaren] berättade då lite allmänt och så men [konsulten] hon sa det att 'det här som jag kommer att beskriva för er nu det kommer ni ändå inte att förstå'. Och då tänkte jag, att börja i den ändan tänkte jag... [skrattar]. Och jag liksom såg på de andra runt bordet där... Henne hade jag kallat dit för att hon skulle hjälpa mig att sälja in det här, tänkte jag. Men... och då var det ju... I det läget så var de lite... De kände att nej, vi kan inte fortsätta som vi har gjort hittills. Det fanns i luften. Det fanns en öppning bland väldigt många fler i verksamhetschefgruppen. /.../ Så det kom i en väldigt bra tajming. (Sd våren 2004)

Sjukhusdirektören uppfattar att LIFT introduceras med ”tajming” och “det här kommer ni ändå inte att förstå”, kom att återberättas av flera. En av konsulterna berättar också om hur de presenterade programmet för verksamhetscheferna.

I den här 40-gruppen så gjorde vi ju bort oss totalt, både [forskaren] och jag, vill jag påstå. /.../ Jag gick fram och sa att det som vi ska berätta om nu, vad det egentligen är, det kan jag inte berätta om på 20 minuter så att ni förstår det [skrattar]. /.../ [Sjukhusdirektören] höll på att sjunka genom golvet [skrattar]. Jag är ingen konsult och ingen säljare. Så det kommer alla ihåg att jag sa. Men det var ju sant. Jag kunde ju inte det. Ja, och då blev beslutet i alla fall att de gick med på att följa det här programmet och satsa sex dagar på att begripa vad det var eftersom jag inte kunde förklara det på 20 minuter. (Konsult sommaren 2004)

Konsulten gjorde en ”strukturerad dragning” medan forskarens presentation handlade mer om att ”söka sig fram längs en mörk stig”, som en chef i sjukhusledningen uppfattar det.

[Konsulten] hade väl en ganska strukturerad dragning för oss i sjukhusledningen också och det var mer att ’så här är det’, en tydligare bild. Jag tror att på första verksamhetschefsmötet så hade [forskaren] en dragning. Och det här var ju mer att ’det här vet vi ingenting om och i själva verket har vi ingen aning om hur det här kommer att bli’. Så det var ju mer den typen utav... att ’vi söker oss fram längs en mörk stig’. Det tror jag fick en och annan att känna ett litet sug i magen. /.../ Sen var väl även [sjukhusdirektören] lite så där mer sökande själv i början då, att vi ska se om det här kan vara någonting och så. Och sen när vi hade kommit en liten bit in, så var ju hon som hon har varit allt sedan då, så... är hon väldigt drivande i projektet. Men en liten period i början så var hon själv lite grann så att ’undra om det här kan bli bra?’ Men det var en kort fas. (Oc våren 2004)

Områdeschefen nämner att sjukhusledningen var mer förberedda då de hört talas om programmet till viss del före mötet med verksamhetschefgruppen. En chef i sjukhusledningen beskriver att han möttes av en ”stor ful bild” och en annan chef beskriver en ”snygg broschyr”. Programmet uppfattades som omfattande av flera chefer och därför föreslog sjukhusdirektören att de skulle börja med sex dagar i januari 2003 och därefter besluta om de skulle arbeta vidare med det föreslagna arrangemanget.

För jag ville markera för dem att det handlade inte bara om att testa det och sen gå hem och göra som man alltid har gjort utan var man inte nöjd med det här och hur det här arbetet utvecklade sig, så fick vi välja något annat stöd för att utveckla sjukhusets ledningsarbete och strategiska arbete. Och det tror jag att de förstod. Så det fanns ett allvar i luften när vi beslöt detta. Och sen så började jag tillsammans med [konsulterna], var det främst då i det läget, att planera för våren. (Sd våren 2004)

I oktober 2002 möter sjukhusledningen konsulterna (tillfället som områdeschefen berättade om i föregående kapitel) och i november samlas de på Gullholmen i tre dagar och arbetar med SWOT och verksamhetsplan inkluderande verksamhetsidé, värdegrund, vision, framgångsfaktorer samt mål och mätetal för att komma fram till ett fokus som formuleras till ”inga köer – mer tid”. En av konsulterna beskriver hur det gick till då de introducerar programmet för sjukhusledningen. Här kommer det igen.

Då hade vi med oss ett litet frågepapper, som de fick frågorna enskilt [på] och sen satte vi upp hur de hade svarat. Hur pass enhetligt det var i olika frågor. Och då såg de att det spretade lite grann. Och fick tänket lite grann med enighet i ledningen och så. Och det utmynnade ju i att

i oktober någonting åkte vi iväg med sjukhusledningen i tre dagar och låste in dem – Det blev vit rök. (Konsult sommaren 2004)

De här dagarna blir flera ”frälsta”, vilket blir en vanligt förekommande benämning av den kollektiva atmosfären runt programmet vid den här tiden...

Jag tror inte att det var så värst många i den lokalen som reste sig upp och gjorde vågen [vid septembermötet i Kungälv] utan alla var väl milt, för att inte säga mycket, avvaktande till vad det här skulle innebära då. Så vid det tillfället var det egentligen väldigt svårt att egentligen ha någon uppfattning om vad det innebar. Sen nästa gång så var det väl faktiskt när vi var iväg på Särö, i slutet på januari förra året då. Och det var väl då frälsningen började kan man säga. Jag tycker att det har varit otroligt roligt, otroligt givande. Det känns som ett helhetsgrepp. (Vc våren 2004)

... kombinerat med grader av ”ljum” inställning.

Det har ju varit kan jag tänka mig ett antal sådana här initiativ förut, så att de som hade varit chef längre än jag hade väl varit med om sånt... Jag tror att det var så där avvaktande, försiktigt, positiv reaktion: Ljum men naturligtvis inte avvisande, så någonting, tolkade jag det. (Vc våren 2004)

“Närkontakt med högljudda herrar” och tystlåtna

De första sex dagarna, två sammanhängande dagar vid tre tillfällen i en månad, möts bärare och användare på Säröhus i internatform. Det som kallas 40-gruppen inkluderar, som jag nämnde tidigare, alla verksamhetschefer och sjukhusledningen, ungefär 45 personer. Här arbetar grupperingen vidare med verksamhetsplanen, introduceras vidare i LIFT samt möter en inbjuden konsult som talar om balanserade styrkort. För att visa hur idébärarna arbetar låter jag konsulterna beskriva hur de gick till väga och de eventuella användarna beskriva hur de agerade.

Det som jag tror bröt isen lite var... [Forskaren] är ju väldigt duktig på det här med de pedagogiska delarna, det var det här med akvariet. Att det inte var det här vanliga att ni går ut i grupparbeten och så, utan alla fick vara med. Så i det här trånga rummet så gjorde vi ett akvarium på tio [personer]. Nu kommer jag inte ihåg frågeställningen, jag skulle ha haft papper med mig, men att de fick sitta och prata och de andra var tysta och lyssnade. Och några vågar bryta isen och sen så kom det någon annan och så kom det mer och mer. Jag inbillar mig att det fanns ett behov. Man förstod att det var allvar, några vågade... Så tredje dagen på eftermiddagen så sa jag det till [sjukhusdirektören] att ’hur ska du göra nu med fortsättningen?’ Och det hade hon glömt bort. Det var passerat. ’Men för trovärdigheten så måste du...’ Så sent

på eftermiddagen den sjätte dagen blir det så att då var det en utav verksamhetscheferna, det var [den verksamhetschef] som sa att 'nu skulle vi fatta beslut om vi skulle fortsätta'. Och jag kände is i magen och så. 'Och det tycker jag' [sa han]. Och sen var det tyst. Och alla nickade bara. (Konsult sommaren 2004)

Vad som kommit att bli ett återberättat moment av sjukhusdirektören, konsulterna och forskarna är hur en av verksamhetscheferna säger med bestämd ton att de bör fortsätta med mötesserien. En annan konsult beskriver också "en kritisk verksamhetschef".

[I] utvärderingen efter det, så var det någon som sa att 'var det inte så nu att... nu sitter vi bara här och pratar som att vi bara ska fortsätta, men var det inte så att vi gemensamt skulle ta beslut om vi skulle fortsätta eller inte, efter det här seminariet?' Och då tror jag att vi alla tänkte att nu kommer det något alltså. För det här var en utav de mer kritiska. Så sa han att 'är det bara så att det hänger på mig så tycker jag att vi ska göra det'. Och sen blev det aldrig något beslut, utan nu fortsätter vi. Och då var det också ganska naturligt vad det var för teman vi skulle ta upp. (Konsult sommaren 2004)

En verksamhetschef pratar om betänketiden som utlovats innan de gick vidare med programmet och påtalar att de problem som grupperingen skulle ta tag i inte syntes tydligt.

Egentligen slutade detta med att vi fick frågan om vi tyckte att vi skulle gå vidare med det här utbildningspaketet. Och då skulle vi ha ett par tre månaders betänketid. Sen har det väl uppkommit frågor från många håll. Och inklusive oss, om vi nu kallar det för 40-gruppen eller 55-gruppen då, så frågar vi ju oss ibland: 'Vad är problemet? Var i består problemet som vi ska lösa?' (Vc våren 2004)

Och sjukhusdirektören pratar om samma moment.

Då i alla fall, tredje tillfället, andra dagen, då hade alla glömt av det här att vi skulle ta ställning till fortsättningen, alla utom en. Och det var en verksamhetschef på [kliniken], som då begärde ordet. 'Ja', sa jag, 'vad är det, [förnamn]?' 'Var det inte nu vi skulle ta ställning till resten? Och jag för min del, jag säger ja' [skrattar]. Utan att avvakta de andra. Och det var ingen... Alla hade glömt det på något sätt redan efter de tre dagarna [tillfällena]. (Sd våren 2004)

En konsult berättar om en "närkontakt" under de första sex dagarna:

Sen fick vi ett väldigt litet rum och då var de väl lite skeptiska till det. De satt alltså i den här ringen som vi har, fast i dubbla led, med väldigt lite luft. Så de var inte riktigt nöjda med att rummet var så litet. [En

av konsulterna] har funderat efteråt då, för vi har ju resonerat rätt mycket med henne då, om de här dagarna. Och hennes eftertanke var att det kanske var bra att det var tajt då. Att det blev närkontakt. Jag vet inte om det hade betydelse. Men jag tror det. (Konsult sommaren 2004)

Konsulten betonar att forskarnas roll är speciellt viktig då det blir ett samtal akademiker emellan, när det gäller dem som är både chefer och läkare i grupperingen.

[Forskarna] som pratade om den professionella organisationen, sittande ner i dialogform. /.../ Det blev väldigt lyckat. Och speciellt detta att de var akademiker... mellan akademiker då – läkardelen i 40-gruppen. Och att de beskrev sig själva och samtidigt var det en väldigt träffande beskrivning av hur det är på ett sjukhus. (Konsult sommaren 2004)

En konsult berättar om att sjukhusdirektören inte sa ett ljud.

Jag skulle vilja veta vad som hände där som gjorde att det blev så bra. För det var några chefer som kom fram till mig, som jag inte vet vad de heter, jag var ny: 'hade ni kommit ett halvår eller ett år senare [tidigare?] och gjort det ni gör här nu så hade ni blivit utslängda'. /.../ Det var flera stycken som kom fram och sa det. Jag tror att [sjukhusdirektören] hade röjt marken rätt så mycket, och det som hade hänt då med att de ville ha henne avsatt och att hon inte blev avsatt och ekonomin hade hon fått ordning [på] och så då. /.../ En del gick in i rummet och undrade och backade lite där. Men de hade, tror jag, ett sånt stort behov av att äntligen få prata av sig. Och [sjukhusdirektören] var suverän. Hon var tyst. Vad som än hände så var hon tyst. Så mycket aggressioner kom ju ut. (Konsult sommaren 2004)

En annan konsult påtalar att det var en litet antal personer – ”högljudda herrar” – som talade högst, mest frekvent och ”responderade omedelbart”. Konsulten berättar om att de försökt släppa fram de tystlåtna och en verksamhetschef från servicesidan berättar om ”pratglada” personer i kombination med en tystnad.

... försöker väl den här programgruppen, att tona ner de här pratglada och försöker få andra pratglada att prata, men.../.../ Det har ju inte varit någon riktig debatt så där att, ifrågasättande av LIFT under den tid som jag har varit med. /.../ Om jag jämför då med mitt [19]70-tal och kom ut i arbetslivet, så var det annorlunda. Och det beror väl på många saker, självklart. Men där kan jag bli lite förundrad, ibland tycker jag att det är tyst och stora karlar förvandlas till lydiga skolpojkar och bastanta damer till skolflickor. Ja, det finns en sådan tendens tycker jag. Och det är inte för att någon styr genom ett skräckregemente utan varför det är så – jag vet inte. (Vc våren 2004)

Områdeschefen för de kliniker där de som för talet arbetar berättar att han använder sig av pratet för att hålla diskussionen öppen och komma till ”någon slags konsensus”.

Om man tänker en tidsstudie så tror jag nog att området opererande specialiteter, lägger beslag på någonstans i storleksordningen, 70-80 procent utav den tid då någon talar. Och inom mitt område, bara, så skulle jag tro att två personer lägger beslag på 90-95 procent av den totala tiden. Och det är ju någonting jag behöver försöka jobba med. (OC våren 2004)

Verksamhetscheferna visade intresse för materialet från mötena.

Och sen kom de fram till mig efteråt [och] sa att 'kan vi inte få materialet och skicka ut det', så 'nej, det kan man inte skicka ut' sa jag. 'Ni ska få det, men först när ni själva kommunicerar det'. De ville ha så småningom verksamhetsplanen och skicka ut. De ville skicka ut våra overheadbilder och lägga ut på nätet och visa alla. Ville skicka ut det så att alla kunde läsa dem och förstå det. 'Nej, när ni kan kommunicera det så får ni dem'. Ja, men nu vet de, så nu kommer ingen att fråga mig, utan nu har de förstått att nu är det inte bara att skicka ut ett papper, utan nu måste jag själv som chef... Men i början så var det ett tryck som var lite obehagligt, i början tyckte jag då. (Konsult sommaren 2004)

I programmet finns en utgångspunkt att inte informera utanför den involverade grupperingen, vilket väckte frågor hos dem som befann sig i periferin.

Det var i början egentligen, de här första månaderna då. När vi hade fått våra utbildningar så... Då fick jag ofta frågan utav mina stabspersoner att... 'Vad är det för någonting? Varför är inte vi... Varför är det så hemligt?' För det var ett visst hemlighetsmakeri. Kanske inte hemlighetsmakeri, men det fanns en viss avvaktande inställning till att informera på bredden. Jag tror att man kunde tolka... Och det sa [konsulten] också många gånger att 'lägger vi bara ut det så tror jag att det blir en mer fri tolkning utav det'. (Oc våren 2004)

Från konsulternas sida vill man undvika ”fri tolkning” av materialet, då syftet är att cheferna ska arbeta tillsammans med programmet och från konsulternas sida har man också en agenda man vill ge företräde. En chef i sjukhusledningen berättar om en enig sjukhusledning, vilket inte varit vanligt förekommande på sjukhuset de senaste 15 åren, och att det fanns ett intresse samt att fler fick komma med i samtalet.

Vi kom ju faktiskt ut i andra ändan med en samsyn på det hela. Och när vi sen åkte till Säröhus, där vi startade det här med verksamhetscheferna då, så upptäckte de ju i princip redan efter de två

första dagarna, att man hade en sjukhusledning som höll ihop och var eniga om vad man ville då. Och det har man väl inte sett till så mycket utav, de sista femton åren innan. Plötsligt så fanns det ett annat intresse och så upptäckte man ju faktiskt också att man fick vara med och diskutera och påverka det som var sagt. Så sjukhusledningen kom inte ut med färdiga förslag, utan vi tog faktiskt till oss synpunkter och modifierade och utvecklade. (Och våren 2004)

En av verksamhetscheferna beskriver det första mötet med programmet som ”ryggskott” och ”vackert väder”. Det fanns alltså uppmärksamhet även på andra saker som uppfattades som viktiga – både mer fysiska och mer allmänna. Efter de första sex introduktionsdagarna träffas nu cheferna, halva ”40-gruppen” åt gången, vid fyra tillfällen under 2003⁵⁵. När vi intervjuar cheferna våren 2004 är det några speciella moment som drar till sig uppmärksamhet, vilket jag kommer att beskriva närmare i kommande avsnitt.

“Rolling Stones” – Konsulter, forskare och chefer sätter agendan

Vad som kategoriseras som problemområden av forskare och konsulter baserat på vad cheferna formulerat tillsammans våren 2003 visas på en overheadbild så här:

Chefsrollen

Brist på civilkurage
Otydlighet
”låt gå” (visstidsförordningar)
Ansvar och befogenheter
Ambitionsnivån
Följsamhet till beslut

Läkarnas delaktighet

Missnöjeskontext
Resursslöseri
Utanförskap

Informella ledare

Särintressen
Revir

Tidsanvändningen

Scheman
Jourtid
Tillgänglighet
Arbetstid
Punktlighet - samtidigthet
Ledtider

Bristande disciplin

Dubbelarbete
Reaktiva aktivitetsmönster
Brist på arbetsmoral
Frihet-egenintresse-helhetssyn

Team

Dela med sig av problem
Avsaknad av...

⁵⁵ Ett möte spänner över två dagar och formeringen delas i två grupperingar: 1A 3-4 mars, 1B 27-28 mars; 2A 28-29 april, 2B 15-16 maj; 3A 28-29 aug., 3B 8-9 sep.; 4A 3-4 nov., 4B 10-11 nov.

Sjukhusdirektören vill tydliggöra chefsrollen genom att tillsvidareanställa chefer, som har treårsförordnanden, och ”erkänna ledarskapet som en egen profession”, som jag visat i tidigare avsnitt. ”Informella ledare” hänger ihop med en otydlig chefsroll berättar sjukhusdirektören vidare – ”det är två sidor av samma mynt”. Här handlar det om att förhindra vad man kallar särintressen att få inflytande. Team är också ett uttryck för en önskan om att arbeta över gränserna och beskrivs som en förutsättning för att kunna arbeta processinriktat, vilket också finns med som en idé under mötena. Läkarkåren tilldelas rollen som ”utanför” på sjukhuset. I team kan den bli ”innanför”. Tidsanvändningen handlar om synkronisering av arbetstider och öppettider samt om scheman, jourtid, tillgänglighet, punktlighet och ledtider. ”Bristande disciplin” blir också en punkt på agendan. Konsulterna berättar om hur dagordningen arbetades fram.

De fick jobba själva... vad är de största stenarna? Det var så det kom fram. Jag tog bilden då att det finns alltid svårigheter, delar som ligger i vägen och en del kan man gå runt och behöver inte ta i. Och en del tar man till grus ganska fort. Men så finns det de där som man varken kan gå runt eller mala sönder. De bara ligger i vägen. Och vilka är de? Och sen har de fått sitta och jobba i grupper på vad de var. Och utifrån det så vaskade vi fram sex. Så från början så var det större och var fler så. Men vi lade ihop dem lite grann. Vi har ju varit med och påverkat de sex utifrån vad de har arbetat fram. /.../ Och sen var det då något skämt någonstans att de här stenarna behöver komma i rullning då och den ålder som det är på gruppen så blev det Rolling Stones då. (Konsult sommaren 2004)

Om det är cheferna eller konsulter och forskare som tar fram punkterna i problemsammanställningen och till exempel att de ska arbeta i team skapar livliga diskussioner hos interlokutörerna som kommer att synas längre fram i texten. En verksamhetschef beskriver det som att de arbetade i mindre grupperingar och ”plötsligt var de på plats” – agendan som främst av sjukhusdirektör, konsulter och forskare kallas för ”Rollig Stones”, då de som medverkar i framtagningen tillhör en Rolling Stones-generation. Detta begrepp används inte av verksamhetscheferna och kommer senare att uppfattas som ”fikonspråk” av några verksamhetschefer, då de inte uppfattar sig relaterade till problembeskrivningens uppkomst. För verksamhetscheferna blir läkarnas organisering och team de mest ”laddade” frågorna enligt en verksamhetschef i en servicefunktion. En chef i sjukhusledningen jämför att frågorna gick till ytan med att ”sticka hål på en varböld”.

Just att lyfta upp de här frågorna som på något sätt... onämnbare frågorna. Att de lyftes upp, av också då verksamhetscheferna själva. Det var som... Det var på något sätt som att sticka hål på en varböld. Sådana här saker som... jag vet inte om du läste nu senast i tidningen så hade Chalmers varit inne på Mölndal[s sjukhus (i SU)]. Och gjort en jättebra utredning kring... Och så står verksamhetschefen och säger att så kan det inte vara. Då vågar man ju inte se liksom, då vågar man inte se frågorna. /.../ Det var nog mest fascinerande, efter så många år

som man har jobbat här, att höra dem säga sanningen på något sätt då.
(Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Problembeskrivningarna uppfattas som kontroversiella och sammantaget uppfattas problembilden ny. Så här säger en verksamhetschef.

... man hade listat de punkterna som man då skulle göra upp med. Bland annat att man skulle få med läkarna på banan och så vidare. Och i detta kanske det fanns en hel del kontroversiella frågor som man inte jobbat med tidigare på det sättet och nu lyfter man ju på allting på en gång. Så vad jag förstår så var det ju mycket nytt. (Vc hösten 2005)

Under hösten fortsätter formationen att diskutera team och processorganisering. För att ge en introduktion⁵⁶ till ämnet bjuder programgruppen in en konsult från SIQ.

Möte med SIQ – “ ‘Det där kan vi allt om och så begrep de ingenting’ ”

På SIQ, ja, han pratade i alla fall om processtyrning och alla... ett, två, tre, fyra, tydligt och klart. Och så tog han också några exempel då. Och när han väl var färdig och dagen var slut så: 'det här kunde vi allt om innan, variationen och det här behövde vi inte' och så vidare. Men det tog inte många timmar förrän det kom fram att de inte hade förstått alls vad han hade pratat om [skratt]. (Oc våren 2004)

Jo, det glömde jag att säga. Som en erfarenhet utav de här seminarierna och utöver att vi fick en öppenhet, så var det ju också det här att så fort det kom in någon utifrån som skulle tala om ett kunskapsområde, typ nu när [SIQ] kom och berättade om processledningsarbete: 'Det där kan vi allt om. Och så begrep de ingenting'. (Sd våren 2004)

Och så här säger sjukhusdirektören ett och ett halvt år senare:

Då bjöd vi ju in den här gurun, [namn] heter han väl, ifrån SIQ, som är en guru på området i Sverige, har varit väldigt mycket ute i många olika branscher och företag, koncerner och kommit långt i att beskriva vad som fordras om man ska göra processororientering... Då blev ju gruppen fullständigt frustrerad när han kom... Han var lynchad... mer eller mindre... Fullkomligt lynchad. Och folk sa, 'men vad kommer han för? Vad ska han här och lägga på sina bilder för? Vi kan ju det här. Vi jobbar ju redan i processer'. Iskna som

⁵⁶ Även tre representanter för Socialstyrelsen, personaldirektören i VGR, en forskare från Handelshögskolan som pratar om Balanced Scorecard samt en chef från Länssjukhuset Ryhov bjuds in till mötena i LIFT:s regi.

bin... Men en verksamhetschef kom fram till mig... när jag stod där lite frågande till den här reaktionen på slutet, och så sa han så här, 'du, de förstår inte och det vill man inte erkänna... Det är därför du får den här reaktionen.' (Sd hösten 2005)

En av konsulterna kommenterar också varför reaktionen blir stark och att SIQ-konsultens presentation medför kritik. Konsulten kommer fram till att man borde ha tagit vara på sjukhusets erfarenheter istället för att bjuda in någon utifrån.

Och det seminariet fick ju väldigt dålig utvärdering för det... man tog inte åt sig någonting, 'det här kan vi redan, det här har vi hört, det här vet vi vad det är och det där var egentligen inget och'... Och det var väl också vad vi kände att om... att förstå den process som vi hade startat så var det... för mig var det en viktig lärdom, att om man inleder ett arbete som innebär en väldigt hög grad av delaktighet så kan man inte bryta av det och säga att nu för vi in ett nytt arbetssätt. Enligt min uppfattning så skulle vi ha fortsatt att jobba mer med utgångspunkt från deras egna erfarenheter och sökt dem snarare än att ta till föreläsningar utifrån. (Konsult sommaren 2004)

En chef säger att det blev "raka motsatsen till LIFT": Den inbjudna konsulten gav lösningar och talade om vad man skulle göra.

Jag tror att det var mycket att han körde det här traditionella konsultstuket. Det vi har sagt att vi inte skulle ha haft, som programgruppen hade lovat att vi inte skulle ha. Och du vet om man skulle göra en parodi på en ledarskapskonsult, så skulle man ändå ta med vissa tekniker som är vanliga, och mycket utav de hade han ju också då. Det är sånt här som jag tror att doktorer retar sig på, liksom folk man inte känner kallar en för ens förnamn och man ska liksom få folk att engagera sig i en fråga och efter då att man har föreläst ett tag så kommer man fram till folk och 'ställer ni upp på det här nu då?' Det är lite Pingstkyrkan över det hela. Och det köper inte våra ändå ganska akademiskt tunga doktorer. /.../ Folk började prata om att, 'nu skiter vi i det här' och 'vi som trodde att det här var ett program som skulle hålla ett tag och komma dragande med sånt här' och... Så det var lite jobbigt att ta emot det sen efteråt. Tittar man sen efteråt på hans overhead som han hade med sig, så var det jättebra. Det beskriver processarbete och så. De är hur bra som helst, men det är ju knappt så att jag vågar visa dem för folk ute [skratt].

Intervjuare: Kommer du ihåg hur programgruppen reagerade på det här?

/.../ Det var alla möjliga reaktioner från programgruppen, dels alltifrån det här att 'de begriper inte, åhörarna har liksom inte förstått hur han

är'. Till det här att 'vi måste rädda det här, vi måste byta ut honom, vi kan inte ha honom igen' och så. Nu fick han nog vara nästa tillfälle också, när det hade lugnat ner sig lite grann så att... han blev inte utlyft. Men de hade då fått modifiera sig på något vis. Fast det blev reaktioner efter andra gången också så att jag tror inte att programgruppen insåg vad det var som... eller hur starkt de ifrågasatte honom. (Oc våren 2004)

Många chefer nämner just mötet med SIQ som ett moment som inte "blev bra". "Det blev fel en gång", dels berodde det på dålig "tajming" då det var direkt efter semestern – "när man hade glömt allting", och dels var det inte tillräckligt förankrat i sjukhusledningen förklarar en chef i sjukhusledningen: "Man behandlar inte akademiker, framförallt inte läkare, med förslag som inte är förankrade".

Och det kunde vi nog ha varit mycket bättre på att snacka igenom innan. Om vi nu ska börja presentera processer och presentera processtänkande. /.../ Och då tror jag att det var ett sånt tillfälle där bara [två av konsulterna] varit snabbt inne på sjukhusledningen och sagt att nu tänker vi till nästa 55-grupp ha med detta med processledning. Och jag tror inte att någon riktigt hann reagera... den här killen kom och presenterade och det var säkert teoretiskt riktigt och bra på alla sätt. Men det fanns ingen mottaglighet i gruppen. Det var total blockering. På det sättet att presentera... och att det inte heller fanns någon diskussion att haka in i på något sätt då. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Nu introducerar jag kort några av de olika moment som ingår i LIFT.

Moment i LIFT – "skarpt läge" med kliniker

Den 23 augusti 2003 kan medarbetare läsa om LIFT på intranätet.

... Nu går nämligen startskottet för skarpt läge när det gäller LIFT – på verksamhetsnivå! På berörda kliniker och verksamheter kommer först av allt klinikledningarna att samlas för att planera och diskutera sig samman, därefter kommer läkarseminarierna att gå av stapeln och därefter kommer alla medarbetare att bli involverade och delaktiga. (Sd på intranätet 23 augusti 2003)

Kliniker och enheter delas in i en konstellation som ska möjliggöra en representation från varje division och som ska bli hanterlig för programgruppen att arrangera möten för. En av cheferna berättar att turordningen bestämdes av hur många "störande faktorer" det fanns på varje klinik. Det blev främst de kliniker som var "stabila" och "lätta" som fick starta – de som inte hade några "andra person- eller organisationsförändringar på gång" eller "ändå behövde förändra". Flera av cheferna nämner att de fick hålla tillbaka verksamhetscheferna – fler kliniker och enheter ville

starta än vad som tilläts i sjukhusledningen. Kliniker inom opererande specialiteter kom med i stor utsträckning vid introduktionen.

Inom opererande specialiteter börjar ortopedkliniken och ögonkliniken följda av barnkliniken och kvinnokliniken. Inom medicinska specialiteter börjar rehabkliniken och hudkliniken och inom medicinsk service börjar akutsjukvårdscentralen (AVC) följd av laboratorier som uppfattas ha mycket gemensamt och därför får börja samtidigt. Områdeschefen för psykiatriska specialiteter berättar att de inom området arbetat tvärprofessionellt i team mer än inom den somatiska vården samt har en annorlunda läkarroll och därför behövde inte vuxenpsykiatriens läkare vara med på läkarmöten inom LIFT. Kliniken medverkade istället på kliniklednings- och teammöten. Inom allmän service börjar man med försörjningsenheten där det till exempel finns en städfunktion: ”för att bygga en stolthet”.

Även fackliga företrädare och sjukhusstyrelsen deltog i möten, dock innan jag kom in i forskningsprojektet, och i senare versioner av ”LIFT-pilen” tappades styrelsen, då konsulter och forskare koncentrerade sig på andra aktörsgrupperingar samt de fackliga representanterna till viss del. Dessutom utbildades ”LIFT-guider”, 14 personer. En viktig del av deras arbetsuppgifter blir att jobba med ”effektiva möten”, som ett stöd till chefer och medarbetare, på kliniker andra än den de huvudsakligen arbetade inom.

Möten med klinikledning och med läkarkår från respektive kliniker arrangeras. Läkarmöten pågår till en början vid två mötestillfällen uppdelat på tre dagar för att därefter kortas till en arbetsdag utan internat senare i mötesserien. Teammöten påbörjas inom vuxenpsykiatri och AVC och dras av respektive verksamhetschef samt en av konsulterna. Konsulterna delar divisionerna mellan sig. En av dem jobbar för opererande specialiteter och en annan för medicinska specialiteter och psykiatriska specialiteter och en tredje för medicinsk service och allmän service. Divisionerna uppfattas som mycket olika. ”Vi jobbade ju i olika företag fastän att vi var på samma sjukhus. Och hade fullt upp att göra och hade inte en gemensam bild.” Konsulterna berättar om hur de arbetar på sjukhuset – ”Jag gör så lite som möjligt”.

Jag är väldigt mån om att på seminarier och på alla sådana där övningar vi har, så tar jag aldrig på mig rollen att inleda eller är den som håller ihop agendor eller något sånt där. Utan att jobba ihop mig med den som är chef för verksamheten i förväg och alltid se till att det är den personen som inleder och håller ihop hela jobbet. Och att jag egentligen gör så lite som möjligt. /.../ Är man vid sidan om så kan man kommentera det som händer på ett annat sätt. Så där går jag in ibland och håller ihop grupper. Likadant att man kan klargöra förutsättningarna för ett grupparbete. Jag menar, vissa sådana roller har vi på seminarierna tycker jag. Men det är väldigt viktigt att markera att vi är där som stöd åt ledningen och teamen då. (Konsult sommaren 2004)

”LIFT är som Gud – många pratar om det men ingen har sett det”

Flera chefer reflekterar kring innehållet i LIFT och vid tillfällena kanske vi uppfattas som långrandiga.

Är vi klara? Eller har ni mer frågor? För då får vi ta det snabbt. Om du har några specifika frågor.

Intervjuare: Det är väl mer om det är något som du själv vill tillägga?
Men vi är väl klara med våra.

Ni har fått med allt, ja. Är det något som saknas i LIFT kan man fråga sig? Nej, det har jag inte kommit på. Men eftersom man inte riktigt kan säga vad LIFT är, så kan man inte riktigt säga vad som saknas i det. Nej. Och det är väl ett bra upplägg. (Vc våren 2004)

När vi frågar vad cheferna ser i LIFT finns det de som uppfattar innehållet som välbekant, mindre känt och tämligen främmande – ”gammal skåpmat”, att programmet hade ”touch” och att man ”inte fick något direkt hum” samt att en ”japansk sushi-metod att luta sig mot” hade kunnat komma väl till pass, vilket kommer att komma på tal i senare kapitel.

Ja, då var reaktionen genast den att det var ju inte första gången jag hörde talas om det här. För att det är egentligen för mig gammal skåpmat, de här ledande principerna och de här bärande idéerna i LIFT-projektet. Jag tyckte väl att det var kul att man tog tag i det igen. Men samtidigt lite skeptisk för alla tidigare goda försök har ju runnit ut i sanden. Men jag vet exakt vad det handlar om och jag vet exakt vilka förutsättningar som gäller och jag vet det goda det kan föra med sig. Så jag tyckte det var bra. Har aldrig känt något motstånd mot idén i alla fall eller...

Intervjuare: Hur upplevde du att de andra reagerade, verksamhetscheferna och områdescheferna, om det var någon skillnad eller...?

Ja, det beror på att de... ja... De vantolkar reflexmässigt saker och ting. I sin tur beroende på att de flesta chefer ändå är revirhävande. Och när det talas om samverkan och arbete över gränserna, så undrar de: ”Är de ute efter mina vårdplatser? Är de ute efter min personal?” Alltså, det är ganska primitiva reaktioner. Ja, jag tolkar det så i alla fall. Det är sånt här som man inte talar öppet om med mina kolleger. Det gör jag inte... men... Men det är så jag tolkar det. Sen kan man då få folk övertygade bara man ger sig tid. Och det är det som är en fördel med LIFT också, att det får ta tid. Nu är en del lite otåliga naturligtvis. Men det har alltså varit en väldigt bra strategi från början med de här återkommande mötena för verksamhetscheferna i 40-gruppen. Det är något... Det är självfallet en form av indoktrinering,

det är det ju. Men det har fungerat och [sjukhusdirektören] ljuger inte när hon säger att 'nu har vi enighet i 40-gruppen, nu ställer vi oss bakom detta'. Ingen kommer undan nu liksom. Och det är väldigt självklart sunda grejer man ställer sig bakom. Det är värdegrunderna, det är visionen och fokus. Det kan ingen säga någonting om för det vore ju underbart om man inte hade några köer och alla inser ju också då att försvinner köerna så blir det mera tid. (Vc våren 2004)

En verksamhetschef jämför med ett annat organiseringförsök han ser likheter med.

Jag har deltagit i ett landsövergripande projekt i början av [19]90-talet som heter [-]. Och då var det tre män som... är [två namn], som ni kanske känner till? Och en man som heter [ett tredje namn], som är professor i Linköping. Som samlade en gång, en och en halv månad, representanter från åtta eller nio sjukhus i Sverige och då vi diskuterade så att säga förändringsarbete. Och kom fram till ungefär det samma som gäller som ledstjärnor för LIFT-projektet. Absolut inga nya uppfinningar utan de här farbröderna är inspirerade av allt annat som har hänt i världen under 1900-talet då. Rent historiskt så är det japaner som har varit först ute i bilindustrin, sen har det ju spridit sig till USA och många har tagit efter och sett att det här är nog ändå modellen och om man ska summera det här så handlar det om att hitta en modell för lärandestyrt förändringsarbete helt enkelt. (Vc våren 2004)

Verksamhetschefen berättar om ”farbröder”, kanske för att det är en bild han ser föreställande till yrket seniora personer inom och relaterat till sjukvården, kanske för att han uppfattar det som en kontrast till oss, två forskarstuderande kvinnor vid intervjutillfället 28 och 37 år, och kanske för att han vill planera en genuskommentar – eller kanske ingetdera: vi är alla, här möjliga att associera till, vuxna människor, kanske är berättelsen från interlokutörens synsätt ett exempel på det historiska sammanhang där amerikanska och japanska arbetssätt tagit en given plats. Uppfattningen om det välkända kompletteras av en uppfattning om någonting till viss del annorlunda.

Det var inte så detaljerat första gången. Man visade ju den här LIFT-bilden med de här fälten med pilar och vilka steg man skulle göra med de olika sakerna. Det var väl så då att man fick väl inte egentligen något direkt hum om... eller plan, för det visste man inte. Man visste inte var man skulle hamna. För det var ju ganska tydligt från början att det skulle... att Handelshögskolan inte skulle... 'se oss inte som några konsulter, utan vi ska försöka leda er i ert utvecklingsarbete' då. Det var inte de som skulle jobba utan det var verksamheterna själv som... Det var tydligt från början. Så att det... Det kände man ju att det låg ju på oss själva att vi skulle göra. Och det kändes ju bra. För det har ju funnits andra saker som har kommit uppifrån att nu är det så här. Så det var ju i alla fall en möjlighet att påverka det själva. Det tror jag att

många kände att det här var lite touch på vad som har varit tidigare.
(Vc våren 2004)

Flera uppfattar LIFT som svårfångat med en rik grad av komplexitet.

Ja, områdeschefer och övrig sjukhusledning och så tror jag nog ändå hela tiden har ställt sig rätt så positiva till det. Även om jag nog tror att vi inte, jag kan ju bara prata för mig själv, att ingen egentligen... Under lång tid så var det egentligen ingen som förstod vad det var. Det blev på något sätt ett begrepp LIFT, men någon sa att 'Det är som Gud. Många pratar om det men ingen har sett det'. Det är liksom... Det fanns ingen riktig röd tråd, en tydlighet. Och det kanske inte skulle finnas heller men det... Jag tror inte många visste vad det handlade om. Jag tror fortfarande idag att många inte riktigt... inte alla, men att många inte riktigt... Eller, låt säga så här. Vi har olika bilder av vad det egentligen är vi håller på med. Ehh... De andra i sjukhusledningen uppfattar jag ändå hela tiden har varit positiva. När det gäller verksamhetschefer, så har man ju introducerats på ett lite annorlunda sätt. Och... ja, som sagt de har väldigt olika målbild, verksamhetscheferna. 'Vad är det? Är det någonting nytt? Är det bara en fördjupning utav det gamla?' Har man frågat... 'Vad är LIFT?' Om du frågar det, så får du nog ett stort antal varierande svar. (Och hösten 2005)

... Och kanske kanoniskt? Eller något flera valde att tro på. LIFT tillskrivs en lös karaktär. Och det finns en nyfikenhet inför vad verktyget kan användas till.

Och jag menar som vi hörde från någon klinik när vi var på Två skyttlar, de hade ju inte ens en mötesagenda. Då kan man ju tycka att det är genant att man ska behöva börja ett sådant här omfattande förändringsarbete för att de ska få en mötesagenda [skrattar]. Det kan man ju tycka. Men... Men det jag har sett hittills det har ju ändå... jag är ganska så allergisk, brukar jag säga, mot olika sorters konsulter. Men det här har ändå hitintills varit bra. Jag tyckte förra gången på Pulsen, då kändes det som att det var lite för oförberett. Vi kom dit utan föredragslista. Det kändes lite för lösligt tycker jag. För det är ändå så att en arbetsdag är en väldigt dyr tid. Och det är ju väldigt mycket folk där. Och en del har väldigt höga löner som sitter. Så det kan jag tycka då, och det kan bli spännande på måndag, för då har vi fått veta att man ska prata om chefsproblematiken tror jag det var, fördjupning av chefsrollen ja, och erfarenhetsutbyte. Och det får vi ju se vad det kan bli då. (Vc våren 2004)

Att formulera ord som får gemensam mening ses som viktigt.

Ja, det blev ju mycket det här med att diskutera ord, vad de betyder. Och sen så var det... Konceptet hade ju beskrivits så att säga, men det

blev lite mer tydligt att det var ett arbete som skulle göras utav oss allihop och inte något som man kommer dit och introducerar och... Så det började ju ganska snabbt då med att vi skulle definiera ord och uttryck. Och så ganska mycket att sitta och prata ihop oss. Så att de första dagarna där tror jag att de flesta tog som väldigt positiva. /.../ Det som jag kände någonstans när vi hade kommit igenom det första genom att bara prata igenom värdegrunder, ord och uttryck och sådana saker, som i och för sig är väldigt viktigt. Det tycker jag, för att har man inte samma syn så är det ju svårt att gå åt samma håll, så att det är väldigt viktigt, vet du. (Vc våren 2004)

Samtidigt som det visar sig svårt att sätta ord på innehållet.

Ja, områdescheferna har ju varit steget före oss. Verksamhetschefer tyckte också från början att det var lite diffust och så. Men jag tror väl att det har gått upp för de flesta vad det handlar om. Och jag tror att vi har nog varit tvungna att ha gjort den här resan. För det var ju mycket diskussioner i början här då. Och vad står det här värdegrunden för och... Ja, visionen och hela den här biten. Det var någonting som vi... tidigare så var det mer sjukhusledningen som tog fram de här: verksamhetsidén och förutsättningen och den här biten. Och sen har ju då vi fått ta till oss att 'det här är det som gäller'. Och det är ju då det är så lätt att klaga. Tycka att, ja... Men nu fick vi själva ta ansvar för det här. Och det var väldigt nyttigt. Utan nu har jag själv varit med och bidragit till det här. Och det tror jag är viktigt, som sagt. Sen har jag legat lågt här [i verksamheten]. För jag har då inväntat att få med klinikledningen. Och jag tycker att det har varit svårt att sätta ord på allt det här. De måste ju också få uppleva det här. Så jag har varit... inte så där jättegenerös och gå in i detalj och tala om vad det är. (Vc våren 2004)

Att berätta om vad chefsgrupperingen kommit fram till genom arbetet i LIFT uppfattades många gånger som svårt.

Sen kan jag väl säga att jag ibland har känt mig lite ensam eftersom det bara i princip varit jag som har varit iväg. Och jag... när man då nu ska föra vidare det här budskapet till klinikledningen, då har många frågat mig 'vad har ni nu gjort under det här året egentligen?' Och det är ju då rätt så svårt att förklara. För det är ju liksom... vad har vi gjort? Vi har pratat och haft diskussioner. Det är på något sätt en mental resa som inte är så lätt att förklara för folk att vi har fått en kanske bättre förståelse för varandras villkor och sånt. Men där har jag väl känt lite att det inte är så helt lätt att... att den här överkopplingen nu från oss på verksamhetschefsnivå ner på klinikledningsnivå. Det är inte helt lätt att få det att flyta och det är... det får man nog jobba på.

Samtidigt som chefsgrupperingen kommit överens om att inte berätta för mycket.

För vi har ju valt efter ett gemensamt beslut i 40-gruppen att inte gå ut med för mycket information. Och vi har ju också diskuterat det med programgruppen, hur mycket information ska man gå ut med här egentligen? Och då har vi valt att inte gå ut med för mycket information för att inte... och återigen som jag sa tidigare, det är väldigt svårt att förklara någonting som man inte själv förstår. Då hamnar man lätt i sjön. (Vc våren 2004)

Och en verksamhetschef pekar på vikten av att se arbetssättet i ett vidare sammanhang – i relation till andra kliniker, enheter och regionen i övrigt.

Jag har väl hela tiden haft det här att vi måste försöka och sträcka på nacken och titta först uppåt. Och sen titta i vår verksamhet, att vi är bara en del, måste kanske förändra oss eller ändra oss på vissa saker. Och det har väl jag markerat väldigt tydligt här innan också. Att vi kan inte bara titta på oss utan vi måste faktiskt blicka på andra och titta på hur det ser ut i regionen och hur det påverkar oss. Jag tänker om det kommer in mer privatlab. Vad kan vi göra då för att vara konkurrenskraftiga? Så att de beställer och skickar proverna just till oss till exempel. Men det jag har sett med LIFT och som jag har tyckt varit en otrolig styrka att träffa de övriga verksamhetscheferna. För jag tror att det har nog de flesta tyckt att det har varit mycket giv och tag. /.../ Jag måste kanske faktiskt titta och ta hänsyn till kirurgens situation. Sånt kom ju inte upp [tidigare] utan det var ju regelrätta möten med agenda och ekonomi och det var så... (Vc våren 2004)

Nu går jag över till att beskriva de första mötesaktiviteterna med medicinen samt chefernas kommentarer till händelserna.

Medicin pratar med hetta

Den 2 och 3 december samt den 20 januari vid årsskiftet 2003/2004 möts ena hälften av rehab-, hud-, ortoped- och ögonklinikens läkare på Två Skyttlar, en konferensanläggning i Örby i internatform samt på Pulsen i Borås för en återkopplingsdag. Den andra delen av klinikernas läkarkår från de medicinska och opererande specialiteterna möter konsulter och forskare motsvarande tre dagar den 13, 14 samt 27 januari.

Rummet möbleras med stolar i ring med en öppning för tavla och blädderblock. Vi doktorander sätter oss längst bak utanför stolsraden, framför allt för att ytterligare stolar inte går plats i U-formationen. Det första tillfället samlar flest medverkande från ortopedkliniken, med enbart män närvarande och rehabkliniken med majoriteten kvinnor samt några äldre män (jämfört med andra medverkande kliniker). Från ögonkliniken deltar flertalet kvinnor och från hudkliniken deltar en kvinna och en

man. Utöver klinikernas deltagare är läkarföreningens ordförande också här. Ett trettiotal personer närvarar på mötet⁵⁷.

Sjukhusdirektören inleder dagen med att berätta kort om LIFT samt presentera programgruppen. Hon fortsätter med att berätta om sin historia på SÅS och det tidigare utvecklingsarbetet – OG 1999, samt om 40-gruppens första år och hur de arbetat fram en gemensam verksamhetsplan. Avslutningsvis visar hon två artiklar: en från GP som påtalar att det köfria sjukhuset skulle vara ”en läkares mardröm” samt en från *Läkartidningen* (nr 44:2003) – ”Den etablerade åskådaren eller varför bryr sig inte läkarna?” Sjukhusdirektören frågar sig varför läkarna inte är med i att utveckla sjukhus. Hon förklarar att det inte var tänkt att ta med läkarkåren i programmet från början men att det i efterhand visat sig att ”ni måste vara med” – ”Ni har svaret och det ska hjälpa oss. Välkomna!”

En av forskarna börjar med att kort introducera LIFT – att det handlar om ”lärande i vardagen”. Han berättar att forskningsprojektet fått pengar från Vinnova: ”De tror på er, att ni kan utgöra en innovativ verksamhet: Hur känns det?” Senare under dagen lägger en av konsulterna till att regionen ”stöttat programmet med hälften av pengarna”. Därefter presenterar forskaren oss doktorander och att vi kommer att observera vissa möten följt av att den andre forskaren och konsulterna presenterar sig och berättar att det medvetet inte är ”någon medicinare” med i programgruppen då den kunskapen redan finns på sjukhuset.

Konsulter och forskare pratar om professionella organisationer och hur det är att vara chef i sådana verksamheter, samverkan över gränser och att ”lära genom att göra”. Forskarna jämför med hur det är att arbeta inom professionella yrken som advokat, forskare och läkare. De beskriver basen för LIFT, forskningsprogrammet: Det nyprofessionella sjukhuset, och arrangerar övningar som till exempel ”akvarier”, ”bikupor”, ”fyra hörn”, ”eländesbeskrivning” och ”det bästa som kan hända”. Relationer, roller och konflikthantering går i fokus. Den första övningen går ut på att deltagarna ska svara på frågor i stil med: ”Upplever du ibland, utan något särskilt skäl, en känsla av överklighet” där man beroende på svaren kan klassificeras i en ”fyrfältare” där nöjdhet, censur, förvirring/konflikt och inspiration/förnyelse ingår. Deltagarna får till uppgift att både föreställa sig en person som svarar flest ja respektive nej på frågorna och får även frågan ”Var befinner sig SÅS i matrisen?” Några olika svar ges av deltagarna och en läkare kommenterar att det är svårt att prata om SÅS som en enhet ”eftersom vi är så uppsplittrade”. Forskaren berättar att 40-gruppen tror att läkarna befinner sig i ”censur” och att cheferna är bekymrade för det. Han frågar sjukhusdirektören var sjukhusledningen befinner sig och hon svarar att de är i nöjdhets-rummet och att 40-gruppen har gått från censur till nöjdhet. En läkare kommenterar att det är tråkigt att hela läkarkåren ”buntas ihop”, eftersom det skiljer sig mycket. Forskaren svarar att cheferna stereotypifierar läkarkåren: ”Cheferna är rädda för er? Kan ni förstå det?”

⁵⁷ Beskrivningen utgår från mötet den 2-3 december och kompletterar med prat från ytterligare mötestillfällen successivt. En rakt igenom kronologisk beskrivning skulle riskera att tappa materialets möjligheter att bygga en empirisk datakonstruktion.

Vid lunchbordet sitter doktorandkollegan och jag tillsammans med ett antal läkare. En av dem kommenterar lite skämtsamt att LIFT antagligen går för ”lågt inflytande i framtiden” och de flesta runt bordet småskrattar uppsluppet. Utmed kvällen fortgick en diskussion bland läkarna om att de jobbade gratis då de dels arbetade vidare med en uppgift på kvällen och dels förutsattes sova över. Flera valde dock att åka hem över natten. ”Mellan ost och vin”, som tillfället kommit att kallas av delar i sjukhusledningen då aktiviteten låg till grund för en lönediskussion: ”Facket säger att det är timma för timma och områdeschefen säger att det är åtta timmar som gäller.” Till ost och vin pratar några av läkarna och vi doktorander om sjukvården, LIFT-arrangemanget och bostadspriser i Göteborgsområdet.

Dagen därpå återupptogs samtalet och med hänvisning till forskaren frågar en läkare: ”Du nämnde varven på [19]70-talet, du nämnde SAS på [19]80-talet och du nämnde IT-branschen på [19]90-talet. Vad kommer att hända med oss?” Dagen fortgick med att läkarpubliken deltog i övningar och pratade om ett flertal teman, varpå jag här kommer att ta upp några av dem.

Prat om sjukvården, olika yrkesgrupperingar och LIFT-arrangemanget

Patientrelationen sätts i fokus. ”Det finns ingen möjlighet att vara sig protester mot eller kanalisera något som ligger utanför patientrelationen.” ”Det är jobbigt att möta patienternas missnöje med väntetiderna.” ”Det är jobbigt att neka patienter. Remisser skickas tillbaka till vårdcentralerna så får de göra det.” ”Det är meriterande att arbeta med projekt. Man betraktas ju som mindre vetande om man arbetar med patienten.” Kopplat till prioriteringar säger en representant för medicin att det görs hela tiden: ”Vi ska inte ha hundra procent nöjda patienter.” En läkare ger exempel på patienter som kräver morfin i ”tid och otid”. En annan läkare fyller i och säger att det svåraste i hennes jobb är just att prioritera. Och på rasten beskriver en läkare dagens patienter i den yngre generationen som ”Emlagenerationen⁵⁸”.

Operationssalar uppfattas som svårtillgängliga och verksamheten uppfattas som förknippad med ”dödtid”. ”Man väntar på operation hela dagen. Det är dags att operera vid lunch och när man ska gå hem. Det är dåligt använd läkartid, man behöver uppbackning också.” Medan det inom andra verksamheter och mer allmänt inte finns tillräckligt med tid. ”På dagkirurgen är det operation hela tiden – man hinner inte äta.”

Sjukvårdssektorn uppfattas som ”osexig” – ”Folk tycker inte det är roligt att gå till jobbet inom sjukvården – tonåringar ser det som ett nedköp att arbeta inom sjukvården.” ”Rekommenderar man verkligen sina bara att söka till sjukvården?” ”Utbildningen är tråkig. Man härdas i tråkigheter. Man ska vara duktig och klara allt.”

Chefer, management och hierarkier utgör också ett samtalsämne. ”Sedan [sjukhusdirektören] kom hit har avståndet till ledningen ökat. Ytterligare en hierarki

⁵⁸ Emla: läkemedel i kräm- eller plåsterform som ger lokalbedövning av huden (fass.se).

har införts – Områdeschefer. De tjänar 75 000 kronor i månaden. Det är ett dyrt tillägg.” Att sjukhusdirektören sitter med och lyssnar delar av tiden uppfattas positivt av flera och att hon inte är med hela tiden uppfattas negativt samtidigt som en läkare frågar en av konsulterna på rasten om sjukhusdirektören sitter med och ”tjuvlyssnar”, något som återberättas för de andra konsulterna och forskarna och som jag observerar. Och en läkare frågar: ”Är det verkligen sjukhusdirektörens uppgift att vara med här rent operativt idag?” Fackföreningens representant kommenterar att han uppfattat en större representation av ledningen vid förra mötet. Sjukhusdirektören kommenterar efter mötteserien: ”Antingen tjuvlyssnar jag eller så är det svagt att jag inte är där – ja, man har alltid svansen bak.” Ytterligare en läkare frågar efter en halvtimme hos sjukhusdirektören för att berätta om sina idéer. Kommunikationen mellan medicinens företrädare och managementrepresentanter uppfattas som otillräcklig. ”Det vore trevligt med besök från ledningen i det dagliga arbetet. Det skulle ge förtroende.” Vidare är det flera som frågar efter läkarrepresentanter som inte är chefer och som samtidigt uppfattas höra hemma i klinikledningen, vilket kommenteras av en verksamhetschef vid senare tillfälle: ”När man sitter i klinikledningen är man ju arbetsgivare. Det är ju själva grejen.” Och en områdeschef frågar en av de mest högljudda läkarrösterna: ”Du vill ha en ledare som inte är chef – ja?”

Samtalet cirkulerar även kring läkarkåren. ”Det känns fel att det finns en så negativ bild av vad läkarkollegiet står för och det är även negativt att fokusera på det negativa med en eländesbeskrivning.” En läkare påtalar att ”läkaryrket har proletariserats” genom att hänvisa till en doktorsavhandling. ”Piedestalen finns inte längre.” ”Läkarrollen är problemet. Den skapar inte inspiration.” Och även kommunikation inom läkarkåren diskuteras: ”Den här diskussionen visar att vi har för lite dialog kring problemen i läkargruppen.” Rekrytering och utbildning berörs också. ”Hitintills har det bara varit besparingar, men nu börjar vi skapa tid för utveckling. Vi som läkare måste vara med på golvet, till exempel på APT [arbetsplatsträff]. Vi behöver utbildning i ekonomi, administration och ledarskap.” ”Rekryteringen är en tickande bomb.”

Yrkesgrupperingar som också omnämns är sjuksköterskorna som uppfattas orädda om sina jobb eftersom det är ett bristyrke på centraloperation – ”Man vet att man kan få vilken tjänst som helst.” Och taxichaufförer tar en oväntad roll: ”Arbetet styrs från andra håll än professionen, till exempel av när taxichaufförer kan hämta.”

LIFT-arrangemanget kommenterar de medicinska företrädarna: ”Synd att man måste ägna sig åt annat än det kliniska – Det ger inget att vara här.” ”Man måste skilja mellan att fylla i blanketter och att medverka i planering av verksamheten – det är positivt att vara här.” ”Problemet är komplext. Vi kan inte hitta lösningen själva.” Professionella organisationer och ”konfliktmatrisen” uppfattas av flera som intressanta perspektiv. En läkarkommentar tar upp en kvalitet hos LIFT som ”pseudodemokratiskt” – ”Vi får inte mer makt för det. Vi får mer utrymme att diskutera men inte för att påverka.” Varpå en av forskarna svarar: ”Ja, mer makt får ni ju inte för då måste ju den tas någon annanstans ifrån.” Och en av konsulterna lägger till: ”Ledningen visar riktningen för sjukhuset med mål och ramar och lämnar över hur-frågorna.” Och en av läkarna säger: ”Jag räddar min vardag genom att gräva där jag står. Jag skulle bli galen annars.”

Andra frågor som berörs är en ökande administration, fler mötestillfällen och ett dubbelarbete genom digitalisering av journaler och en problematik som är förenad med IT-systemen⁵⁹. En läkare uttalar en önskan om att arbeta effektivare, ”som till exempel på Toyota”, medan en annan uttalar en rädsla för att man ”närmar sig löpandebandprincipen”.

Relaterat till pengar säger flera att det är ”tabu att prata löner.” ”Det är roligt att jobba mycket och att tjäna mycket pengar. Det är ju det som driver en delvis.” Flera skrattar runt omkring. Vidare kommenterar en läkare att det är konstigt att samma yrkeskår kan gå på olika löner som stafettläkare. De medicinska talespersonerna diskuterar också att ”dyra konsulter” tas in – ”annars kunde vi producerat.” En läkare ger ett exempel från sin hemmiljö: ”En klinikchef på Sahlgrenska bor granne. Han har renoverat hela sitt hus. Varför opererar han inte? Det lönar sig inte...” Och när det gäller närheten till pengar säger en läkare: ”Det är tveksamt om kirurgen ska ha inblick i budgeten, eventuellt ha en ekonom knuten till sig.” Och så frågar en läkare: ”Mjölkar man personalen i onödan när budgeten är i balans?”

En av hudkliniken läkare kommer fram till mig på rasten och påtalar att ”många är så negativa”. Personen har nyligen börjat på SÄS och uttalar en förhoppning om LIFT som en möjlighet. Hon nämnde att hon sökt sig till en verksamhet som skulle kunna erbjuda bra arbetsmiljö.

Dag två deltar också områdescheferna för medicinska- och opererande specialiteter delar av dagen. De talar bland annat om vilka lagar som sätter ramar för sjukvården och hur chefskap och ansvar kan organiseras. Verksamhetschefen ska ha ett ”överblickbart” område och sjukhusledningen drar slutsatsen att det är möjligt att delegera stadigvarande till visst område och position, men inte till viss person. En av presentationerna på agendan delas in i VGR med dess omorganisation av HSN, sparprogram och anställningsstopp, SÄS samt området medicinska specialiteter. En annan områdeschef beskriver området opererande specialiteter följt av att verksamhetschefen för ortopedkliniken beskriver arbetet inom 40-gruppen. Deras presentationer följs av en avslutande frågestund där bland annat områdeschefen för opererande specialiteter kommenterar läkarnas roller: Läkarna ska komma in som ansvariga i någon form i processarbetet. De måste därför få utbildning i ledarskap och förbättringsprocesser. Man ska inte tro att man kan leda enbart genom sin medicinska kompetens – ”Vi vill ha aktiva läkare som säger: Jag vill vara med!”

Ortopedläkarnas tongångar blir de som hörs högst och mest frekvent: ”Cheferna kommer klockan tre. Det är för sent. Då är vi trötta och inte stridsvilliga längre.” ”Det är svårt att göra oss till meniga soldater för vi är generaler allihopa oavsett om ni vill det eller ej. Vad ska ni göra med oss?” ”Om vi inte köper det här, ska ledningen träffas

⁵⁹ Öhrming (2009, s. 206) skriver om sjukvården i Stockholms Läns Landsting och att det år 2003 finns 27 patientjournalssystem där. Dessa beskriver han som ”digitala öar” utan möjligheter till kontakt dem emellan. Antalet journalsystem är något färre 2008 men annars kvarstår problemet menar Öhrming.

22 gånger till då eller vad?”, apropå att verksamhetscheferna träffades vid ett tjugotal dagar under ett år för att prata i LIFT:s regi. ”Men vi klagat ju på ledningen och säger att de inte vet hur det är på golvet. Detta är en chans att få inflytande över vårt jobb och det är ju det vi alla vill. Nu tar vi ju ihjäl grisen innan vi öppnat säcken. Jag tycker att vi ska lyssna.”

Några av ortopedklinikens läkare framförde stark och högljudd kritik mot sjukhusledningen, LIFT och mötestillfallets aktiviteter. Flera från de andra klinikerna tog avstånd från den kritik de uppfattade för långtgående och centrerad vid ortopedklinikens verksamhet – ”Det har varit mycket om ortopederna. Rehab har inte sådana problem. Det är i stort sett bra och vi vill vara med och utveckla. Idag är det för toppstyrt.” ”Hos oss på ögon är det bra gemenskap, men jag vill fortsätta arbeta självständigt mot patienten. Vi borde ha en tyngre roll i sjukvården.” ”Dessa två dagar kan verkligen ge något om vi lyssnar på varandra. Jag är nöjd och vi är en liten klinik [hud] där det är lätt att prioritera. Vi har både APT och läkarmöten och kan påverka ledningen.” Bland ortopedklinikens läkare fanns också de som sa så här: ”Mycket behöver ändras och vi behöver följa med i utvecklingen. [Vår verksamhetschef] är en visionär som rör om men vi kör på som vi brukar.” ”Ortopeder gillar att operera hellre än att sänka en tröskel så att man slipper...”

En läkare kommenterar att ingen anklagar lärarna varpå forskaren säger att det är ”mer mystiskt vad ni gör.” Jag finner det intressant att läkarkåren jämför sig med lärarna, som i relation varken kan sägas ha liknande status eller tjäna tillnärmelsevis med pengar, medan forskarna först och främst jämför med advokatyrket.

Ett frågeformulär för utvärdering delas ut som avslutning på första mötestillfallet. Uppföljningsdagen inleds med att forskaren trycker på utvärderingen där det finns ett uttalat stöd för en fortsättning. Till lunchen sitter jag bredvid en äldre läkare som berättar att många av de äldre inte uppfattar sig orka satsa den energi som krävs i LIFT och därför väljer att inte medverka.

Verksamhetschefen för ortopedklinikens kommenterar vid ett senare mötestillfälle läkarmötena. ”Man hade hellre kört med kirurgerna eller medicinarna för man tycker man jobbar så olika, man tyckte väl inte direkt att man kunde dra några lärdomar rakt över.”

Åter till arbetet i chefsgrupperingen.

Strategier “landar med ett PANG” och “att konkretisera samtalet”

Till mötet på Pulsen i Borås den 29 och 30 januari 2004 bjuder forskare och konsulter in en representant för Jönköpings sjukvårdsområde som arbetat med processororientering sedan en tid. Chefen från Länssjukhuset Ryhov berättar att sjukhuset börjat med att definiera processer och hamnat i drygt 150 till antalet och att ”det tar tio år att genomföra en sån här utvecklingsprocess”. ”Det är genomfört överallt utom på kirurgen, nu har vi bytt chef.” Chefen betonar att det är viktigt med

uthållighet och att man får ”behålla högsta ledningen under en längre tid.” Han kommenterar att snittet i Sverige är ett och ett halvt år för en sjukhusdirektör medan Länssjukhuset Ryhov ”haft turen att få behålla sin sjukhusdirektör åtta till nio år och då hann det sätta sig.” Vidare kommenterar han att ”största problemet under resan har varit att få läkarna att arbeta i team” och avrundar med att ”vi bygger lite av vår ekonomi på att ta emot patienter från andra landsting...” En chef i sjukhusledningen kommenterar senare att sjukhusledningen hoppas på ett fortsatt samarbete – ”För de vill lära sig hur vi har gjort vår ledningsorganisation och vi har en del att hämta i deras arbete med processtyrning.”

Mötet går vidare med fler delar på agendan. Efter att ha visat en organisationskiss som visar AVC med verksamhetschefen som chef för avdelningschefer men inte för läkare lägger sjukhusdirektören på en overheadbild som visar fem ”principer”⁶⁰.

- Process- och resursledning kombineras [matrisorganisation]
- Fyra nivåer [Ac, Vc, Oc, Sd]
- Ingen chef leder medarbetare på skilda nivåer [Vc som andra linjens chef, d.v.s. utan personalansvar för läkare. Vc med enbart chefer som medarbetare och enbart chefer i klinikledningen. Läkarchef för läkare införs motsvarande avdelningschef]
- 20-30 medarbetare för första linjens chef [för Ac]
- Team: process- och platsteam [samverkan över klinik-, enhets- och yrkesgränser]

Här responderar verksamhetscheferna främst när det gäller policyn som innebär införande av en läkarchef för läkare motsvarande avdelningschef och att verksamhetschefen därmed tappar personalansvar för läkare – ”Ingen chef leder medarbetare på skilda nivåer”.

Vc 1: Jag fick ont i magen under [sjukhusdirektörens] dragning tidigare. Vi måste gå tillbaka till LIFT-tanken. Det måste förankras. Det känns som att vi har tidsbrist. Jag kan inte jobba vidare med processarbete för det här är ju strukturförändringar.

Vc 2: Jag fick inte ont i magen, men en fadd smak i munnen. Synd att man kastar in tomma verksamheter som modell [AVC:s organisering]. Det är nästan ett övergrepp. Man sätter en annan norm för verksamhetschefskapet. Det är för mig att ta ställning till. Det har med framtida rekrytering att göra.

⁶⁰ ”Principerna” kom senare att omformuleras till ”ledstjärnor” och redigeras successivt när det gäller ordagrann formulering, förklarande tillägg och ordningsföljd, dock utan att ändra innebörd som cheferna uppfattar det. Här återges en version även inkluderande några senare tillägg kompletterat med [mina ytterligare tillägg].

Vc 3: Jag är positiv till avdelningschef för läkare. Men det är viktigt att verksamhetschefen får vara med i hela processen så att det inte kommer som dekret.

Vc 4: Jag har ingen på min klinik som är intresserad av att ta ett personalansvar.

Vc 5: Jag var nära att sparka en avdelningschef för sjuksköterskor för att hon såg sig som företrädare för någon.

Chef i sjukhusledningen: Det är lite lek med ord när man talar om att företräda...

Vc 5: När man sitter i klinikledningen är man ju arbetsgivare. Det är ju själva grejen.

Enligt policyn som cheferna diskuterar blir verksamhetschefen andra linjens chef, det vill säga verksamhetschefen får enbart medarbetare som är chefer, och endast chefer förutsätts ingå i klinikledningen. Flera chefer påtalar också att det handlar om ansvar inför Socialstyrelsen och en chef betonar att det är roligt att jobba nära läkare – ”det är som att valla katter och jag gillar katterna”. Sjukhusdirektören summerar att det handlar om ”indirekt respektive direkt ledarskap” och flera verksamhetschefer pekar på en ”centraliseringsdiskussion utan att fråga på klinikerna först”. I nästa moment diskuterar områdesledningarna var för sig och inom opererande specialiteter, som jag lyssnar till vid det här tillfället, ger man ”ok” till alla policys utom ”läkarchefsprincipen”. Tillbaka i chefsgrupperingens samtal igen kommenterar en verksamhetschef:

Vc: Nu har ju verksamhetschefen tre val: att bli medicinskt sakkunnig⁶¹, processägare eller att fortsätta som verksamhetschef.

Chef i sjukhusledningen: Det blir fyra val – eller att bli läkare [skratt].

Verksamhetschefskapet blir med policyn något annat – ett chefskap utan personalansvar: ”Då är inte chefen chef”.

Om du är verksamhetschef så innebär den här principen att din roll försvinner på sikt. Ser du det här genomfört, en verksamhet som fungerar helt på principerna så har du egentligen inte kvar din roll. Om du är verksamhetschef idag, och går in i den nya rollen, då blir du av med uppgifterna att vara närmaste chef för läkarna. Och tycker man om den rollen så är det en förlust. En annan sak som kanske attraherar verksamhetschefer är ändå att vara chef över processerna på kliniken och det är traditionellt verksamhetschefen som styr alla processer,

⁶¹ I ett annat citat talar en områdeschef om medicinskt ledningsansvariga och processledare/-ägare som överlappande.

avgör resursfördelning och talar om vilka metoder vi ska satsa på och så. Och i det nya schemat så försvinner även, vad ska man säga, direktansvaret över processerna om det skulle vara en processorganisation med processledare. /.../ Verksamhetschefskapet blir någonting annat. Och det tror jag att det var det som de reagerade på också. Ska jag inte vara chef över läkarna längre? 'Ska jag inte vara chef över ortopederna?' som [verksamhetschefen på ortopedkliniken] sa. (Och våren 2004)

I intervjuerna beskriver sjukhusdirektören hur de fem policyer hon presenterade på mötet var ett sätt att "konkretisera samtalet" baserat på "Rolling Stones" medan verksamhetscheferna uppfattade det som att de landade med ett "PANG" och att det blev "raka motsatsen till hur vi arbetat i LIFT". En verksamhetschef påtalar att LIFT har en "demokratisk klang" som en förklaring till sin reaktion som visades ovan. Även sjukhusledningen uppfattade det som att "principerna inte var tillräckligt förankrade innan de lades fram", även om det var "en väldigt gammal fråga". Här tas alltså riktningen ut: De "fem ledstjärnorna" kommer att adderas till de "tre bärande idéerna" och "de fyra faserna i verksamhetshjulet" och på så sätt forma "SÅS-modellen: 3 idéer, 4 faser och 5 ledstjärnor". Adderat till visionen: "Det attraktiva sjukhuset".

Det kanske inte var helt rätt sätt. Men någonstans måste ändå den här konklusionen komma. Och då... jag vet inte om man skulle ha gjort det på något annat sätt än om man bara... på med overheaden och så. För det kom nog för en del som inte hade tänkt så mycket kring detta, så kom det nog lite grann som en överraskning, en ny fråga, eller upplevdes som en ny fråga. Jag ser det ju mer som en väldigt, väldigt gammal fråga som nu landar i någon slags slutsats. Så här skulle man i princip kunna se på frågan. Och där är det nog... och där ser nog människor på olika sätt. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Verksamhetscheferna beskriver det PANG de hörde.

Vc 1⁶²: ... Som vi aldrig hade uppe i LIFT och diskuterade på det sättet som vi hade tänkt skulle göras utan det bara serverades: PANG, och det är väl också ett sätt att inte leva upp till enighet i ledningen för den metoden kan aldrig vara fruktsam. (Vc hösten 2005)

Vc 2: Sedan kommer sjukhusledningen vid eventuellt nästa 55-gruppsmöte och lägger det på bordet. Att, ja, nu är det såhär: PANG. Det är inget att diskutera. Först är alla med och diskuterar, men

⁶² Vc 1 här är inte samma verksamhetschef som den verksamhetschef som benämndes Vc 2 tidigare. Då jag inte studerar personer, personer i roller som till exempel verksamhetschefer eller aktörer blir det mindre viktigt att kunna följa vem som säger vad – När händelser och prat är i fokus blir vad som sägs mer intressant. Här markerar jag endast att det är tre olika verksamhetschefer som pratar kopplat till händelsen som de går i samtal kring.

sedan diskuterar man inte mera. Rätt eller fel, det kan man alltid diskutera. Givetvis så är det de som ska ta besluten, men det var nog många verksamhetschefer som tyckte att ska man inte vara med lite grann till på den här resan? (Vc hösten 2005)

Vc 3: För det var ju inte så att vi hade förankrat ledstjärnorna under något seminarium, utan de kom ju liksom tack och adjö för programgrupp och allting, och PANG nu fick vi det här också. Och det fick mig att bli jävligt sur. /.../ Det lägger ju sig till slut, när man kan bearbeta den tanken så lägger det sig, men det var en kraftig smäll för mig personligen alltså kring detta här. För att det var ju liksom som att lägga på några delar och de kunde lika gärna ha diskuterats åtminstone, eller lagts fram tidigare. (Vc hösten 2005)

“Gravöl” för LIFT och LIFT “skrotas” på intranätet och LIFT går igen

På mötet genomförs också en rit som avser att ”lämna över stafettpippen” från forskare och konsulter till sjukhusledningen genom att dricka ”gravöl”, som är juice, för namnet LIFT. Forskarna och konsulterna kommer uppklädda över det vanliga, utom den ena konsulten som de glömt att informera. Rosor delas ut som en symbol för det genomgångna arbetet och en av konsulterna förtydligar att de ska gå ”från blomstrande kliniker till det attraktiva sjukhuset”. Rosorna samlas in och sätts i hinkar för att överleva dagen och en verksamhetschef säger skämtsamt till chefen för ekonomi- och informationsenheten: ”Är det din idé? Först delar du ut och sedan tar du tillbaka igen...” Riten får informationsavdelningen, som fått reda på vad som hände på mötet, att agera och skriva om att LIFT ”skrotats” på intranätet. Påhittat överraskade också flera verksamhetschefer.

Vc 1: För plötsligt så läste jag det här då att nu är LIFT begravt. Och man ska inte använda... Jag kommer inte ihåg riktigt hur det var uttryckt, men LIFT är begravt och man ska inte använda det begreppet. /.../ Och oavsett då om man säger att det här är LIFT men det heter inte LIFT, så blir det ju förvirrat. Och sen togs det tydligen upp på LUG [Lokal UtvecklingsGrupp, ett möte med fackföreningen]. /.../ Och då togs det upp där, tror jag, som en fråga till henne [sjukhusdirektören], och hon skrev sen ett brev från sin semester i Sälen på hemsidan där hon lade tillräta det här (Vc våren 2004)

Vc 2: Även om många blir konfunderade nu när vi är i våg två nu: ’Ni får inte säga LIFT’. Vi har inte ens börjat med LIFT. Det blev en konstig tanke för många. Så vi säger faktiskt det att ’vi är med i LIFT, våg två’. (Vc våren 2004)

Så här kommenterar sjukhusdirektören händelsen på intranätet.

LIFT är inget projekt som 'går över' och det är inte heller konsultstyrt! Därför har vi som chefer nu ordentligt 'kommittat oss' om att det är vi som driver utvecklingsarbetet och inte några inlånade resurspersoner! Därav det myntade uttrycket 'nu skrotar vi LIFT!' (Sd på intranätet 1 mars 2004)

Sjukhusdirektören får alltså gå in och förklara forskare och konsulter tilltag som kommit att sprida sig på sjukhuset. Händelsen leder också till att nästa sjukhusledningsmöte i mars ägnas åt informationsstrategi. Här diskuterar man informationsavdelningens roll och hur händelsen framställts på intranätet – till exempel att man kunde "klicka för att ta ut spiralen" – LIFT-logotypen utgör en spiral som visar utveckling i loopar. Att "ta ut spiralen på nätet" väcker skratt bland cheferna – "så effektiva har vi inte blivit ännu"⁶³.

Sen skrev [sjukhusdirektören] då när vi hade gravöl för LIFT, ni vet. Då var ju du med. Du var med också [doktorand omnämns]. Ja, visst ja. Då kan ni ju historien sen att det blev på webben att LIFT hade upphört. Och sen den här spiralen, vi kan plocka ur den då. Men då tyckte [sjukhusdirektören] att hon skulle skriva någonting. Så hon har skrivit och lagt ut på webben, två till tre sidor någonting, vad är LIFT då. Det ska ligga kvar. Men det var ju nu bara... det var ju efter det då. Annars finns det inget beskrivet innan. (Konsult sommaren 2004)

Och chefer i sjukhusledningen pratar också om momentet.

... alltså det allra mesta har varit väldigt bra tycker jag. Det måste jag säga. Det fanns en sådan där händelse som jag uppfattar som mindre lyckad som har bitit sig fast. Och det var när man skulle ha begravning av LIFT. Man skulle skrota LIFT-begreppet och plötsligt var det champagne... ciderglas var det ju förstås. Det föll inte i god jord. Och det är fortfarande för mig svårt att förstå. Det kom inte i något sammanhang. Det är det enda jag kan säga att det borde man inte ha gjort. Det fyllde ingen större funktion, det ställde inte till någon större skada heller, men det blev lite förvirrande ett tag. (Och hösten 2005)

Sjukhusdirektören förklarar att det inte var meningen att programmet skulle ha ett namn, men att den uppfattningen vänt och att LIFT blivit en positiv beskrivning på ett nytt arbetssätt.

⁶³ 2009 har svensk sjukvård utvecklat idéer kring att delar av sjukvården ska kunna utföras via internet: "På klamydia.se har personer i Västerbotten, Västra Götaland, Gävleborg och Sörmland möjlighet att enkelt, gratis och med sekretess göra hemtest för klamydia och få svar på nätet. Test kan också beställas vis sms" (SKL 2009, s. 12). Och 2010 heter en rapport från SKL (2010): *Från sjukhussäng till ehälsa*. Här påtalar förbundet att på mindre än 20 år har hälften av vårdplatserna försvunnit från svenska sjukhus. 2009, om inte även före, anges vardguiden.se (2009-12-06) som sjukvårdens första nivå i Stockholms läns landsting.

Så jag tycker att LIFT har blivit, från att tidigare inledningsvis så åtminstone från vår sida, att, i ledningen, funnits en rädsla för att använda ordet, för att illustrera det vi gör, och ha ambitionen att det skulle bli en integrerad del, så har det på något sätt blivit att LIFT står för det integrerande förändringsarbetet. Nu tycker inte jag det finns något motsatsförhållande längre. Nu kan vi gärna..., nu skojar man om det. 'De måste LIFT:as', säger man, att de måste komma med på banan och få LIFT-tänket. (Sd hösten 2005)

Namnet kommer och går och kommer tillbaka alltså. Så gjorde även mötena. Flera chefer var mer än nöjda med konsulternas och forskarnas insatser:

Om man tittar på [konsulterna] och... i första hand då. Det lyser ju igenom väldigt starkt att de har ju gått igenom ett antal sådana här resor. Och de känner ju igen det som händer som vi lägger märke till lite yrvaket och så där. Det ser ju de och känner igen. Och sen är det ju det här jätteroliga, tycker jag, att få Handelshögskolans ... vad kan man säga... infall ska jag inte, utan vad heter... Ja, belysning av olika frågeställningar, lite mer allmänt generellt teoretiskt perspektiv. (Oc våren 2004)

Och mer arbete lades till – sjukhusvården tar inte enbart hand om patienter, även konsulter kommer till.

Det var att [konsulterna] kom in. Och det fungerade så där. Och 'så där' var det på grund av att, väldigt bra personer, ingenting så. Men det var att... man kände inte till komplexiteten i verksamheten, och när man kom ut så blev det liksom en liten backlash, lite grann att, istället för att de hjälpte oss att komma vidare i vår processutveckling och så vidare, så var det ju deras första stapplande steg för att finna sig själva i den här organisationen. Så jag tyckte faktiskt att det snarare var vi som hjälpte dem. Än att vi fick hjälp. Och det var lite jobbigt, på något sätt. För då kände man liksom att: 'men herregud, måste vi ta hand om de här människorna också', när vi måste liksom driva förändringsarbetet. Och det var lite jobbigt faktiskt. (Vc hösten 2005)

Sättet att arbeta med ekonomin syntes främmande för konsulterna.

Deras ekonomiuppföljningar var ju inte utav denna världen. Jag såg de rapporterna som fanns där ute och det var ju katastrofalt dåligt alltså. /.../ Nu börjar det ju komma nu då. Att samhällets resurser är begränsade. Vi kan inte räkna på att vi får mer och mer resurser. Utan vi får klara oss med vad vi har. Det har ju blivit ett ganska häftigt uppvaknande för många, ganska sent nu, det senaste året. (Konsult sommaren 2004)

”Rollings Stones” återkommer

På ett möte 9 juni 2004 diskuteras ”Rolling Stones” och sjukhusdirektören graderar hur arbetet gått: ”chefsrollen” får ”grönt ljus” och ”informella ledare” samt ”team” ges gult tecken medan ”läkarnas delaktighet”, ”tidsanvändningen” och ”bristande disciplin” lyser rött. På en overheadbild syntes konsulter, forskares och chefers problemställningar graderade med poäng och färgbeteckningar.

Förutsättningar som behöver förbättras inför LIFT:

Chefsrollen 6p [grön]	Tidsanv 6p [röd]
Läkarnas delaktighet 3p [röd]	Bristande disciplin 4p [röd]
Informella ledare 2p [gul]	Team (processteam lätt, platsteam svårt) 2p [gul]

En verksamhetschef som börjat relativt nyligen på sjukhuset blandar samman vad som uppfattas som ett rikligt flöde av ord.

Och som sagt var, om Rolling Stones så hörde man, ja, jag tolkar det att ja, ja det är själva LIFT som är en rullande sten som nu ska liksom ut över hela det här. Och då tänkte jag ju på enighet i ledning och att det var liksom de här bitarna var så kallade stenar också. För det var stenar, det var ledstjärnor, det var vågor och jag vet inte allt. Det var liksom, ja, det var obegripligt. (Vc hösten 2005)

Och en områdeschef pekar på att problembilden inte används återkommande av sjukhusledningen – ”den var mer programgruppens”. En annan aspekt är att problemformuleringarna av vissa uppfattas användas till att dra ”fel” slutsatser – som ”ledstjärnor och grejer”. Åter andra verksamhetschefer kommenterar att strategierna blev för ”snabba slutsatser”. ”Det blev verklighetsbaserat och då slog folk bakut. Man ställer sig fortfarande inte bakom [hösten 2005]”. Chefer i sjukhusledningen ser en problematik relaterad till att kommunicera mellan nivåer, kliniker och yrkesgrupperingar.

Kommunikation för chefer – ”en animerad diskussion”

För att hantera vad man uppfattar som kommunikationsproblematik inför sjukhusledningen en kommunikationsutbildning för chefer med en början med sjukhusledningen. Konsulter och forskare bjuder in en konsult som tillsammans med informationschefen genomför ett utbildningsmoment. Så här inleds mötet.



Det ser ut att bli en animerad diskussion... (Chef i sjukhusledningen) [fnissanden följer]

En fråga som hettar till på mötet handlar om att konsulterna använt ytterligare redskap – en ”utvecklingstrappa” – på ett möte som samlade avdelningschefer utan att ha förankrat den i områdesledningarna först. Det uppfattas som att sjukhusdirektören, konsulter och forskare gick kring sjukhusledningen direkt på avdelningsskiktet.

Intervjuare: Kan du ge exempel på väsentliga frågor?

Ja, alltså... Ja, det kan jag. Det här med de interna kommunikationsfrågorna är ju ganska ofta på tapeten. Hur kommunicerar man i en sådan här organisation vad som ska hända, varför och vad som har hänt och så där. Och där trampar man ju i klaveret gång på gång. /.../ Samtidigt så finns det många av läkarna som reducerar sin egen roll till att vara just den som är på sin kammare och möter sina patienter. Punkt slut. Och då har man gjort sin insats för hälso- och sjukvården. Och det är ju oerhört lätt att se att det inte räcker, med hela den här sjukskrivningsdebatten och detta. Det är ju så... Och pillerdebatten med åldringarna som har badrumsskåpen proppade med läkemedel och så. Det visar ju på systemfel. Det handlar inte om engagemanget hos den enskilde, för det finns det. Men det handlar om att systemet inte fungerar på basis av bara detta. Och att få läkare att inse det och vilja delta i det, det är oerhört svårt. Så här har vi ett...

Intervjuare: Varför då?

Ja... Jag tror att om du träffar en grupp läkare och så börjar du prata om LIFT. De ser LIFT som något som är... För det första så är det inte någonting för dem. De är ingenting som ger patienterna omedelbar nytta. Det är ett slags snömos för administratörer, politiker och andra att hålla på med sitt. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Det finns chefer som ser en tydlig förändring i sättet att hantera frågor.

Och den förändring jag känner, när det är olika sådana här konstellationer och utbildningar, det är att det är ett helt annat sätt nu, när vi kommer till frågan: vad ska vi göra? Konkreta förslag, innan kunde vi gå på utbildningsdagarna, 'åh vad jättebra det här är' och så, och så kommer man hem hit då och det får vi nog ta upp och implementera men det liksom försvinner, man har inte ork och kraft. Man har fått med sig en massa men hur ska jag förvalta detta? Och där ser jag en klar skillnad att, typ den här kommunikationsdagen då, ja hur slutade den här? Jo, den slutar med att man ställde frågan: vad ska [områdesledningen] göra? Vi hade identifierat en massa saker, men vad ska vi göra åt detta nu, och då fick varje grupp sätta sig och fundera, ja, vad är det för handlingsplan vi lägger upp? Och sen fick vi redovisa, så enades vi om [det]. Och det känner ju jag nu att det är nytt, att man har med sig en handlingsplan eller man har med sig en fråga, det här ska vi jobba med nu. Du förstår skillnaden? (Vc hösten 2005)

Jag är inte säker på att jag inte också ser likheter med citatet ovan. LIFT ses av en chef i sjukhusledningen som ett "skelett" – skelett?

... då har LIFT skapat den tydligheten i att, ja, nu gör vi verksamhetsplanen på det här sättet och vi gör uppföljning, rapportering på det här sättet och vi har en väldigt tydlig struktur på hur det ska se ut och vi har en tydlig struktur på hierarkier i detta, och tidsmässigt, hur det ser ut, PANG, PANG, PANG, så alltihopa... Jag menar... då finns ju ändå... ett skelett på något sätt. Sedan är det ju upp till var och en chef att använda detta. (Chef i sjukhusledningen hösten 2005)

... som skapar effektivitet – "PANG, PANG, PANG".

... avdelningsnivån möter inte sjukhusnivån

Den 16-17 maj 2005 träffas avdelningschefer inom LIFT-arrangemanget för första gången. På väggen i möteslokalen sitter tre posters med vardera de tre idéerna, de fyra faserna och de fem ledstjärnorna. Vi det här momentet adderas en fjärde applikation till SÄS-modellen – "utvecklingstrappan". Forskarna och konsulterna har arbetat fram

en bild av en trappa med basen i management och i riktning mot ”team”. Bilden visar ett så kallat ledningssystem som ”bottom-up”.

Sjukhusdirektören berättar om avdelningschefsmötena (sju tillfällen a två dagar vardera) under hösten 2005.

Där har det ju blivit väldigt uppenbart att det inte finns ett utvecklat klinikledningsarbete på sjukhuset. Så, så långt har vi inte kommit. Man kan säga att, på områdesnivå så har det ändå börjat och sätta sig ett ledningsarbete idag på ett annat sätt. Men det har inte nått klinikledningarna. Det kan finnas undantag naturligtvis, där man har kommit längre. Men det har blivit väldigt uppenbart att... vare sig vattenfallet eller fontänen fungerar, därför att det här, här har vi det här middle management-problematiken, som även vi är bärare utav i vår organisation. Så att när vi börjar forma det på sjukhusledningsnivå, vi har börjat fungera mellan sjukhusledning och områdesledningen, så stannar det här på verksamhetschefsnivå, kommer inte ner. Man har inte ett utvecklat klinikledningsarbete, man har inte förstått att man måste jobba med både operativa frågor och med strategiska frågor, utan det är i princip bara operativa frågor. Där efterlyser ju avdelningscheferna väldigt tydligt i de här seminarierna, att de vill vara en aktiv del i att utveckla det arbetet. (Sd hösten 2005)

Management fungerar på sjukhusnivå men har inte nått kliniknivån påtalar sjukhusdirektören och säger också att det är enklare i platsteamen där det handlar om kreativitet bland medarbetare. Sjukhusdirektören formulerar vägen avdelningscheferna har att gå – ”från schemaläggare till utvecklare” och att arbeta med strategiska frågor. Från mötena med avdelningscheferna kommer det fram att de uppfattar det som att de inte får tillräckligt med information och vet vad som händer på sjukhuset. En chef i sjukhusledningen påtalar att genomslaget blir begränsat och säger att verksamhetscheferna, som ofta är läkare tillägger han, är sämre på att föra informationen vidare än avdelningscheferna. Dessutom har avdelningscheferna fått mindre tid i LIFT-arbetet.

För genomgående är det så att första linjens chefer är enligt min erfarenhet mycket bättre än andra linjens chefer på att sprida budskap, förmedla information... Arbetsplatsträffarna fungerar på avdelningschefsnivå och med de., alltså i förhållande till sina avdelningar. Men det fungerar sämre med kommunikationen mellan verksamhetschef till avdelningschef. (Chef i sjukhusledningen hösten 2005)

Den från sidan synliga handen pekar ut riktning

När sjukhusdirektören summerar ett möte med chefsgrupperingen den 25 november 2005 på konferenshotellet Arken i Göteborg håller hon upp några papper och

konsulten och chefläkaren som sitter vid sidan i den främre delen i rummet småskrattar med sjukhusdirektörens presentation. ”Vad skrattar ni åt?”, frågar sjukhusdirektören. ”Det syns att du pekar med handen och gömmer den bakom pappret” förklarar de som skrattar från sidan. Varpå en verksamhetschef flikar in: ”Vi är chefer allihop. Vi klarar av att ni pekar med hela handen...” Den synliga handen uppfattas av flera som ökad centralstyrning och likriktning. Här ser verksamhetscheferna till sjukhusnivån.

Det får jag lov att säga att i samband med den diskussionen [om strategierna], så började jag fundera själv på, hur ser det ut på andra kliniker? För då hade jag ju varit på sjukhuset i trekvarts till ett år. Och då förstod jag hur oerhört olika det var. Så det är ju inte konstigt att diskussionen kom upp när man försöker likrikta. Vad SÅS nog borde gjort där var att man borde tagit tydligare steg mot likriktning. För även där kan det ju bli dubbelt budskap, om man pratar om det här, och sedan vad händer? (Vc hösten 2005)

Och ”tésagt é té sagt” verkar regelbundet.

... första året tyckte jag att det lät väldigt lovande och även på 55-gruppen fram till förra årsskiftet 04/05. Då märkte jag liksom och många andra med mig, märkte liksom att här är en förändrad attityd, mot ett ökat centralstyre, mot ett lakejuppdrag som verksamhetschef. Man gör som man blir tillsagd och att göra någonting utöver det, det är inte tillåtet så att säga. (Vc hösten 2005)

Kliniknivån och sjukhusnivån verkar mötas på divisionsnivå.

Samtidigt som det naturligtvis också bidrog till att öka kontaktytan då. Det gör det ju för att det är ju naturligtvis så att vi tenderar ju allt mer att vara områdesorienterade. Så att sådana här punkter som broar över, det är väl mer en bieffekt utav det tror jag. (Vc hösten 2005)

Och det uppfattades ibland som att bli en ”stor fabrik”.

... han mer eller mindre slängde ur sig att ’nja, vi behöver kanske inte ha kliniken längre utan vi får se oss som ett område som har en massa olika service’. Bland annat barnsjukvård och bland annat anestesi och inte ha fasta kliniker med stängda dörrar emellan eller öppna dörrar utan att vi organisatoriskt suddar ut de här gränserna. Och då blir man ju en del i stor fabrik, och jag tror ju inte på storfabriker. Jag tror inte på det. (Vc hösten 2005)

Medan åter andra uppfattade det som en möjlighet att bli del i något gemensamt.

... det har varit för mig som verksamhetschef att delta i något som är gemensamt för SÄS. Medan när jag är på områdesledning, så är det ju för mig som verksamhetschef att delta i området opererande specialiteter. Jag tycker att jag väldigt mycket har känt det större perspektivet alltså. Det tycker jag. (Vc hösten 2005)

Och att det blir lättare att prata med kolleger.

Det råder väl en öppnare anda ändå i 55-gruppen än vad det gjorde före 2002, det tycker jag allt att det gör. Det är lättare att diskutera med sina kolleger nu än vad det kanske var tidigare. Alltså revirtänkandet, bevakningen, har väl mattats av lite grann. Men det är klart att det kanske inte enbart är LIFT:s förtjänst, utan det handlar om insikter i annat också. Nämligen det att vi krymper verksamheten och vi kommer inte att få fler vårdplatser och vi vet att våra vårdplatser inte utnyttjas optimalt. Och då gäller det att hitta samverkansformer för att utnyttja resurserna på ett bättre sätt. Men det finns alltså en större öppenhet helt enkelt. Det gör det. (Vc hösten 2005)

På klinikerna har managementskiktet arbetat hårt...

För oss var det ju frågan om att få ihop sjukhuset och få ledningen, ledningsfunktionen från sjukhusledningen och ut, att fungera. Om vi områdeschefer i sjukhusledningen kommer överens om att det ska gälla på sjukhuset så nådde inte det ut, utan var och en ville göra på sitt sätt. Jag kanske kan förstå det också att de har jobbat hårt på sina egna kliniker och hittat former som funkar och då kanske sjukhuset kommer på någon modell som är sämre för den enskilda kliniken. Ska man då acceptera det och förklara för medarbetarna att nu går vi in i en sämre lösning för att det ska bli bättre för sjukhuset, det var nog inte så lätt. (Och hösten 2005)

... och det arbetet kommer nästa kapitel att fokusera, men först några sammanfattande kommentarer till detta kapitel.

Kommentarer:

Kliniknivån möter sjukhusnivån – ett försök att överskrida gränser

I september 2002 introduceras LIFT för verksamhetscheferna i två dagar. I oktober/november möts sjukhusledningen i tre dagar för att arbeta med verksamhetsplan och SWOT. I januari 2003 introduceras LIFT i ”40-gruppen” vid tre mötestillfällen a två dagar. Servicedelar kommer att ingå på den här nivån för första gången på sjukhuset tillsammans med sjukhusledning och verksamhetschefer – vad jag kallar klinik- och sjukhusnivån. Vid 2004 års ingång kom chefsgrupperingen att inkludera också staber och ”40-gruppen” blir en ”55-grupp”. Även medicinens

talespersoner kom att engageras. Att medicinen pratar med hetta kommer jag att kommentera vidare först i sista kapitlet i den här boken.

Managementskiktet möter LIFT i ”ringen som vi har”, vad de också kallar ett U, och introduktionen blir av udda grepp: ”Det här kommer ni inte att förstå”. Med det greppet introduceras en förvirring, också kopplat till det teoretiska resonemang som forskarna går för, vilket kom att hållas i vid fortsatta moment. Konsulterna betonar teknikens funktion: De sitter i ring, det finns inga bord, arbetet sker bland annat med ”akvarier” (en grupperingsövning som förklaras av en konsult i ett av citaten i det här kapitlet) i ett litet rum med ”väldigt lite luft” och några verksamhetschefer ”backade” först när de kom in i rummet. Här finns alltså mindre slack, med referens till James March, jämfört med resonemanget om att det fanns ”luft i systemet” i förra kapitlet.

Flera i managementskiktet blir ”frälsta” kombinerat med grader av avvaktande inställning och konsulter och forskare får en nära kontakt med verksamhetschefer. Några av dem – ”högljudda herrar”, som talar högst, mest frekvent och ”responderar omedelbart” – frågar efter LIFT-materialet, men det vill konsulter och forskare inte lämna ut för då kan det bli ”fri tolkning”. Det finns en gemensam uppfattning bland flera chefer att det är ett fåtal personer som pratar större delen av tiden på mötena och av dem är få kvinnor, där av konsultens kommentar om tongivande personer. Konsulterna försöker bjuda in de tystlåtna till samtal och en verksamhetschef berättar om ”pratglada” personer i kombination med en tystnad. Inte heller sjukhusdirektören sa ett ljud. Hon både ”tjuvlyssnade” och frånvarade och får därmed ”svansen bak”. Sjukhusdirektören påtalar att sättet att använda ”maktspråk” på möten förändrades genom LIFT-mötena – inga med vita rockar deltog, vilket även kan förklaras av att mötet arrangerades utanför sjukhusets lokaler.

LIFT introduceras med ”tajming” enligt sjukhusdirektören. Tiden innan har bringat en läkarprotest och en sjukhusdirektör som ”tog fajten” och som fick ett par ”snytingar”. I kapitlets fältberättelse betonas ”tajmingen” av flera. Enligt en konsult hade LIFT inte kunnat anlända ett halvår eller ett år innan dess ankomst. Ett halvår till ett år kan kanske uppfattas som kort tid i dessa sammanhang, men det är konsultens tidsuppfattning baserat på vad några chefer berättat om sjukhuset. Eller är det som konsulten faktiskt återberättar – en varning för vad som kan komma att hända på ett års sikt?

Lösningar och problem möts i blomkrukan. ”Problem” som konsulter och forskare tar sig privilegiet att formulera, kategorisera och sätta på agendan via en av sina grupperingsövningar får namnet Rolling Stones, både för att de görs till problem som rör sig på sjukhuset och för att de som deltar tillhör Rolling Stones-generationen – en generation 1950- och 1940-talister. ”Rolling Stones” formuleras i sex delar: ”chefsrollen, läkarnas delaktighet, informella ledare, tidsanvändning, bristande disciplin och team.” När cheferna i sjukhusledningen talar om första året med LIFT summerar de att de viktigaste frågorna bland annat handlar om att ”engagera läkarna” och ”chefsrollen”. Uppmärksamhet fäster vid ungefär samma moment. VGR, SIQ, Länssjukhuset Ryhov samt Socialstyrelsen bland andra bjuds in för att dra frågor kring chefskap, processorganisering (jfr Eriksson 2005) samt ansvarsfrågor i sjukvården.

Strategier formuleras och ”lösningar” anländer genom vad som först kallas principer och senare omformuleras till ledstjärnor. Strategierna pekar i riktning mot en organisering i vad managementskiktet kallar processer, team, läkarchef, fyra chefsnivåer och 20-30 medarbetare per chef. Vad som senare kom att formuleras som SÅS-modellen inkluderar ”tre bärande idéer” för strategiarbete, ”fyra faser” i verksamhetsberättande och ”fem ledstjärnor” för organisering av managementpraktiken.

Strategierna uppfattas av några mynna ur de problemområden som förknippas med ”Rollings Stones” och av andra som helt osedda. En vanligt förekommande uppfattning kan sammanfattas med att några strategier uppfattades som ”småttiga organisatoriska principer” och några ”helt ok”. Flera chefer påtalar att problemformuleringarna leder till ”felaktiga slutsatser” och därmed fel strategier och betonar strategin med läkarchef som det största felgreppet. ”Rolling Stones” fastställde ett utanförskap och läkarkåren särbehandlades påtalar en annan verksamhetschef samtidigt som han betonar att läkarkåren själva ”stigit åt sidan och att det inte bara är att hoppa in i spelet igen.” Andra verksamhetschefer betonar också att strategierna skiljer sig åt: ”några är utvecklingsdrivande och några är organisatoriska”. Här sker en klassificering i vad som av cheferna uppfattas som managementinriktade strategier och processororienterade strategier. Åter andra verksamhetschefer kommenterade att strategierna blev för ”snabba slutsatser”. ”Det blev verklighetsbaserat och då slog folk bakut. Man ställer sig fortfarande inte bakom.”

Vid vissa moment gick sjukhusdirektör, konsulter och forskare direkt till klinikinivån och pratade med och till avdelningschefer och verksamhetschefer utan att passera och prata med områdeschefer och verksamhetschefer på sjukhusnivån först. En områdeschef, som går mitt i managementskiktet, berättar om momentet och säger att LIFT gick två vägar, dels via sjukhusnivån, där både sjukhusledning och områdesledning möts och dels via klinikinivån där klinikledningar, avdelningschefer och läkarkår träffas på möten.

Forskarna och konsulternas ”infall” – som tillskrivs Handelshögskolan – med att begrava LIFT genom en gravölsrit får intranätet att gå in som en aktant och bli en aktör genom att ”skrota” LIFT. Sjukhusdirektören får göra en paus i skidåkning och lägga tillräta. Cheferna tar förnyade tag i kommunikationsfrågorna och LIFT blir ett kraftfullt verktyg som, genom sin lösa karaktär, kan användas till att bädda ner frågor med ett ”PANG” och ”PANG, PANG, PANG” uttrycker en effektivitet som introducerats på sjukhuset då frågor och svar blivit konkreta genom verktygets användning.

Den synliga handen uppfattas av flera som ökad centralstyrning, likriktning och pekandes mot en ”stor fabrik” där gränserna förskjuts. Där flera möttes på divisionsnivå drog andra gränsen vid kliniken. Och ”tésagt é tésagt” verkar regelbundet. För några verksamhetschefer blev dock strategierna något som är gemensamt för SÅS – ”det större perspektivet”. Chefsgrupperingen som möts är

språkrör för kliniken och språkrör för sjukhuset. De närmar sig varandra, genom att klinikknivåns talespersoner också ser en poäng att tala för sjukhuset – mer om det i nästa kapitel.

Tidigare har man arbetat på klinikknivå inom sjukhusvården. I den här studien försöker de som engagerar sig i management bygga en sjukhusnivå och flera på klinikknivå kopplar upp sig mot sjukhusnivån. Från sjukhusnivån och från konsulter och forskare beskrivs organiseringen som ”sönderstyckad”, i ”stuprör” och som specialiserad. Nivåindelningen – eller organiseringen i divisioner – som beskrivs i förra kapitlet uppfattas i april 2005 som ett första steg i en processorganisering.

Nästa kapitel centrerar kring hårt arbete med organisering i processer.

Kapitel 7. Ett managementskikt arbetar hårt

Det här kapitlet visar delar av klinikers och sjukhusets sätt att arbeta med vad sjukhuset kallar processororientering. I arbetet blir några kliniker ”svarta får”, en klinik språkrör för arbetet och en klinik ”LIFT’s sound of music”. Åter andra kliniker kopplas ifrån det synliga arbetet – ”Det är de här nålsticken”. Att hitta ett tempo visar sig bli viktigt för intresserade aktörer. Kapitlet repeterar tidsperioden från föregående kapitel.

Organisering i processer – kunnsnde inom SÅS

Så den stora grejen just nu det är väl processimplementeringen som nu faller ut, som är en frukt av LIFT då. Och det är ju väldigt spännande för jag känner att det är rätt sätt att arbeta. (Cl våren 2004)

Då hade vi ju, processororienteringen var ju, i min klinikledning, en röd tråd i utvecklingsarbetet. Hade man använt, hade vi använt balanserade styrkort då, som jag har handledarutbildning i från mitt tidigare arbete, eller om vi använt någon japansk sushi-metod eller någonting sådant där så hade det ju varit någon metod att klamra sig fast vid. Men nu var det processororientering och därför var det viktigt för oss att följa det här. Det låg precis rätt i tiden ju. (Vc hösten 2005)

Och det är inte enbart LIFT som bidragit – På sjukhuset finns tidigare kunnsnde...

Det är ganska roligt, om man ska avsluta med någonting, att när Huddinge skulle starta det här så hade Skenes dåvarande chef, [namn], utsetts till årets sjukhuschef i Sverige. Och det var mycket observerat och då var Huddinge ett utav de sjukhus som var där och [chefläkarens mobiltelefon ringer] ... men man har varit i Skene och lärt sig. (Cl våren 2004)

... som inte uppfattas tillräckligt utbyggt.

Och sedan har inte erfarenheten från Skene kommit med tillräckligt mycket, som ändå har arbetat i tio år med processer. Det kan jag tycka är slöseri och dålig respekt för dem som har varit med om den här resan tidigare. (Oc hösten 2005)

En verksamhetschef inom servicedelarna beskriver att han uppfattar att de redan arbetar på det sätt som föreslås av konsulter och forskare.

Intervjuare: Har ni gjort det på kliniken än [berättat om LIFT]?

VC: Vi håller ju på. Det vi kände först, det var väl det här att vi försökte övertyga dem från Handelshögskolan om vad vi gjorde här. Fast det inte hette samma saker.

Intervjuare: Ok, hur gick det då?

VC: [Skrattar] Jo, det börjar väl landa [skrattar].

Intervjuare: Hos dig eller hos dom?

VC: Hos dom, nej, men jag menar på något sätt så är det så stor skillnad när du är en sak som från början är väldigt serviceinriktad. Vi styrs utav våra externa saker fullt ut. Eftersom vi presterar ju någonting på en begäran hela tiden. Och därför är vi ju en process. Hela vår verksamhet är en process från början. Och sen då att bara definiera upp oss i olika processteam och sånt. Det är inte alltid funktionellt. (Vc våren 2004)

Och en verksamhetschef som rekryteras i arbetets gång uppfattar processorientering som okänd inom sjukhusvården i Sverige.

Ja, första sommaren så satte jag mig och läste, då när jag var ny på SÅS, om processorientering, de böckerna jag kom över. Jag läste så att ögonen blödde, och fann att det jag sökte fann jag inte där, eftersom att då var det här med processorientering på SÅS såpass vagt. Jag ville ha mer klarhet. Men sedan förstod jag undan för undan, efter att ha ringt runt i mitt nätverk från mitt tidigare arbete, det vill säga i de fackliga leden i Sverige, att processorienteringen inte fanns så mycket. När jag skulle inrätta de här processansvariguppdragshandlingarna då förra våren 2003 så, 2004 var det förra året, så dammsög jag Sverige genom mitt nätverk och det fanns inga bra uppdragshandlingar någonstans, inte ens på S:t Göran, inte på Helsingborgs Sjukhus AB. Och då förstod jag ju vidden av det här undan för undan, att det här inte fanns någon annanstans, det vill säga att jag inte kunde läsa mig till det. Jag kunde inte komma ikapp de andra bara genom att läsa, utan jag fick lyssna. Och så är det nog fortfarande. (Vc hösten 2005)

Chefläkaren förklarar teoretiska resonemang kring processorganisering och vad den kan få för konsekvenser för patienten, till exempel att flytta patienten tidigare från en stenhård brits på akuten till en säng på avdelningen och att skriva ut patienten tidigare – före lunch, eller göra förebereidelsearbetet dagen innan.

När man har en patient som ska flyttas från akuten till en avdelning och avdelningen är full, så är det väldigt naturligt på avdelningen att de får vänta tills vi har utrymme. Så väntar man och så får man sin patient efter tre timmar. Om man ser processen och patientperspektivet så är det ganska orimligt att man ligger på en

stenhård brits på akuten och väntar i tre timmar på en säng som man borde kunna få direkt. Och då måste man ändå kunna mötas och se, hur ordnar vi nu detta, så att detta fungerar på ett sånt sätt som patienten har rätt att förvänta sig. Och då måste man ju ha den kringsynen så att man ser att problem för patienten, blir problem för akuten som proppar igen på ett sådant sätt att då kanske vi måste lösa det här och då kanske det är mycket bättre att patienten kommer upp hit till sängen. Även om jag inte har tid med patienten just då. /.../ Det har man då gjort till en sköterskeprincip att jag inte tar hand om patienten innan jag kan ta fullt ansvar. Men det kanske finns ett sätt att lösa ut sådana frågor. Då blir det typiskt att processtänket kommer att tydliggöra patientperspektivet och idealt kommer man att ha förståelse för att man får tänja sig i vissa lägen för att det hela ska bli bättre. (CI våren 2004)

Organisering i processer ändrar relationer som kan komma att förskjuta maktstrukturer.

Inom medicin och kirurgi så finns det en sektionsorganisation som redan har gjort lite utav detta, för att man ser det så att de som har varit sektionschefer kommer att vara istället processägare till exempel för patient med lungsjukdom och som i processlinjer jämför lungcancer och jämför [ett par ord ohörbara] och så vidare. *Jag översätter inte det.* Och då kommer det alltså att bli tydligare att den som är lungprocesschef driver patientfrågorna, vad man vill göra. Och så sitter andra personer på resursfrågorna. Idag så sitter ju man både där och där. Man sitter på två stolar på något sätt. Så att dels så är man linjechef för läkarna och dels så sitter man och driver arbetet med att skapa resurser för skopier och andra saker som man vill göra. Så man har både resursperspektivet och patientperspektivet. Det är väldigt lätt att man förväxlar de två. /.../ Och vi har haft möte med ledningen i Jönköping [Länssjukhuset Ryhov] och diskuterat det här och de är rädda för att processerna är för starka och vill klara prioriteringsfrågorna och då klarar man inte ekonomin. Vi tycker att det här är att ge en plattform för många kompetenta medarbetare att driva frågor som de ändå driver men inte har en linje att driva i och då vill vi göra den så tydlig så att den ingår i ledningsstrukturen. (CI våren 2004 [min kursivering adderad])

Chefläkaren påtalar att han inte översätter vissa delar – här blir det synligt att delar tappas i översättningen. Chefläkaren resonerar också med ingång från praktiska exempel baserat på diagnoser vanligt förekommande i sjukhusets verksamhet. I exemplet ovan pratar han om lungsjukdom och nedan talar han om bröstcancer. De perspektiv chefläkaren talar om utgår från resurs respektive patient – Han ser framför sig att de förhandlar utifrån en position där patientperspektivet har en stark röst i förhållande till ekonomin.

... vi tar ett exempel, om vi säger bröstcancer så vill man ha mer strålrresurser för att sköta den gruppen. Då kommer alltså i samma grupp som den processamordnaren, processägaren sitta den chefen som sitter på strålrresursen, vilket gör att efter dialog i den här gruppen så kan man förhoppningsvis antingen enas om det eller med hjälp av chefens beslut bestämma vad som gäller. Och det ger då en helt ny plattform eftersom man sitter vid samma bord. Så vi ser att vi bygger in detta i en processorganisation för hela sjukhuset. Och där då sannolikt på sjukhusledningsnivå jag kommer att vara processföreträdare eftersom jag är patientens röst. Och då känner jag ju att i en sjukhusledning precis som en områdesledning eller klinikledning så är det ju väldigt svårt för en resurschef att säga: 'Det här gör vi inte'. Om man ser av tunga medicinska skäl och högt prioriterat att det ska göras. Utan då blir ju frågan lite grann eftersom vi måste göra det här, 'vad måste vi göra i andra ändan för att skapa resursen?' Det vill säga, 'vad måste vi ta bort då kanske?' (CI våren 2004)

Det är alltså något som ska kopplas bort. Åter till att flera chefer betonar att maktstrukturer kan komma att förskjutas. En annan chef i sjukhusledningen reflekterar över att det "nog gör ont" för verksamheter som ser sig som självklara huvudprocesser om organiseringen tar en annan väg.

... det kan vara känsligt, som för opererande, till exempel, att inte operation är en huvudprocess. Det gör nog ont alltså. För det är ju en stor verksamhet – Den största verksamheten på hela sjukhuset, opererande enhet, kostar mest och sen får de inte vara huvudprocess. Det gör nog ont alltså.

Intervjuare 1: Var hamnar de i det här då alltså?

De blir ju som en stödresurs då alltså, stödprocess. De resonerar nu att diagnosbaserade är huvudprocessen. Cancer kan vara en huvudprocess kanske. Diabetes är en sådan. Och förstå att det inte är kataraktoperationen som är huvudprocess, det är bara en delprocess i diabetes. Eller om... Diabetes får ofta bekymmer med ben och amputationer, ortopedi, det är bara en stödprocess till diabetes. Ja... Det kan bli lite spännande.

Intervjuare 2: Hur har man kommit fram till de här huvudprocesserna?

Vi har inte kommit dit än. Vi är inte hemma i sjukhusledningen heller. Men vi har börjat prata om det att det är nog rätt att diagnosbaserade blir huvudprocesser.

Intervjuare 2: Vad är det för skillnad på diagnosbaserade och andra?

Det är nog det att det är enklare att säga att huvudprocessen är till exempel diagnos diabetes, eller diagnos cancer. Det är ju en större helhet... Ja. Så vi håller på och känner också... Det formas nog här ganska snart tror jag. Men det är också en sådan där milstolpe på vägen när man väl har beslutat det, att nu är detta en huvudprocess. Då har man gått ett steg, nu är det så alltså.

Intervjuare 1: Hur länge har ni hållit på med den frågan, i sjukhusledningen?

Ja... vi har nosat på det. Har ju haft funderingar efter semestern. Men det är ju först nu efter nyår [2004] som det börjar riktigt, sätta tummen dit. Det är ju en kulturväxtning nästan. Det är tufft. (Chef i sjukhusledningen våren 2004)

Ett och ett halvt år senare berättar chefläkaren hur sjukhuset byggt processer ”där en huvudprocess motsvarar minst en liten klinik”.

Det var enkelt. När jag tittade på vad som kan vara huvudprocess på sjukhusnivån så var det målsättningen max 50 processer, helst under fyrtio, och de ska täcka 80 procent. Då kan man räkna ut att i ekonomiska termer så behöver de här vara i storleksordning minst, om man är väldigt matematisk, 1,6 procent. Men sedan några är lite större och några lite mindre. Så omfattar de inte en procent av vår verksamhet i någon mening, så kan de aldrig bli huvudprocesser. Och helst, om vi ska hamna på femtio, så bör de ju vara två procent. Då kan man titta på hur mycket slutenvård de konsumerar, hur mycket läkarbesök, sjukvårdande behandlingar. Man kan titta på det i pengar bara genom och dela upp sjukhusets budget. Delar vi upp det, så säger vi att vi har femtio huvudprocesser och de står för 80 procent, så är det två miljarder som ska fördelas på 50 processer. Och då ser man direkt att det blir 40 miljoner. Man kan räkna på lite olika sätt. Men en huvudprocess motsvarar ju då en liten klinik, minst... (CI hösten 2005)

Till exemplen om lungsjukdom, bröstcancer och diabetes adderas andra för sjukhuset viktiga diagnoser som stroke, förstämningssjukdomar och hjärtdiagnoser.

Sedan när det gäller att behöva vårdplatser så är ju stroke i särklass störst på sjukhuset. Man behöver ungefär 45 vårdplatser kontinuerligt. Men andra saker som tar väldigt mycket, till exempel förstämningssjukdomar, depression som tar 20 - 25 vårdplatser och det finns olika hjärtdiagnoser som tar väldigt mycket och så. Höft är ganska mycket. Medan infektion då som försökte inrätta sex eller åtta processer, de har ju egentligen en... infektion som går rakt över

sjukhuset, som är stor, och det är lunginflammation helt enkelt. Där vårdas de flesta inte på infektion, utan de får ju det i samband med vård på andra ställen eller kommer in på MAVA eller så där. Sedan har vi sagt att det kanske är så att magsjuka har för stor betydelse för produktionsapparaten, även om det inte är någon stor volym i vår vårdproduktion, att det ändå ska vara en huvudprocess, för där är det väldigt mycket komponenter då att förebygga, förhindra, hantera utbrott av och så. För vi får ju allvarliga driftavbrott som kan störa verksamheten oerhört mycket om några kirurgavdelningar tvingas till intagningsstopp och vi inte kan fortsätta operera, så står hela vårdapparaten stilla. Så där kommer en annan typ av tyngd in. (CI hösten 2005)

Att fördela resurser över verksamhetsgränser kan komma att bli svårt påtalar områdeschefen för opererande specialiteter.

På ortopedien, ögon, öron vill jag påstå att det syns tydligt... Men tar man barn som försökte ett tag, de hittade fyra processer och så gick de ut med en intresseanmälan om att utse processansvariga, och så utsåg man några stycken processansvariga och då blev det ett herrans liv att det var..., varför man utsåg dem. Och då hade man ju på kliniken ett antal medicinskt ledningsansvariga för vissa delar av verksamheten... och i flera fall var det inte den medicinska ledningsansvariga som fick processansvaret, och det kan väl vara okej, men då ville man att de medicinskt ledningsansvariga skulle vara kvar... och så skulle man dessutom ha processansvariga, och då blir det ju väldigt knepigt, för då blir det en intressekonflikt, alltså de processansvariga är ju de som ska se till att arbetet bedrivs på ett säkert och bra sätt, och det är precis det som medicinskt ledningsansvar egentligen innebär. Alltså man har inte förstått, vad det är man håller på med... Och, jag menar har vi en riktig processorganisation så kan man ju diskutera om man överhuvudtaget behöver en medicinsk ledningsansvarig läkare på kliniken. Ja, Socialstyrelsen säger att man ska ha det, men det är väl det som de processansvariga är... i någon mån... Och... sedan vad som kommer och hända när vi får processer som skär över områdesgränser... och någon ska bestämma hur jag ska fördela resurserna inom mitt område utifrån alltså vad processen har för behov, det är ju då det kommer och bli riktigt svårt. (Och hösten 2005)

Och att gå in i en process uppfattas som förbundet med ansvar, som en verksamhetschef säger, och att ge mandat som chefläkaren också pratar om.

Hittar lösningar för hur de [läkare] ska känna att de är med i linjer och organisationer, att de har någonting att säga till om och faktiskt få dem att förstå vad det är att ha en process. Vad det innebär och vilket ansvar det är. Och det är det jag menar, där måste man få fram

exempel. För jag menar, du får ju ett helt annat ansvar kanske när du som jobbar på en klinik där man inte har gjort det förut. Där man inte ens har varit i linje när du plötsligt äger en process (Vc hösten 2005)

Och kanske är vidden av arbetet inte synligt ännu.

Min uppfattning är att vi fortfarande i detta sjukhus har ett stort problem med förtroendeglapp till läkarkåren... Det är inte lika infekterat nu som det var när vi började, när det fanns en sjukhusläkarförening som gick ut i tidningen, massmedia och så vidare, alldeles när vi började. De första läkarseminarierna var ju fruktansvärda tillställningar alltså. Det var rena kräkmötena, där alla fick tala om hur eländiga deras chefer var och så. Sedan har ju man lagt om..., lagt om de där läkarseminarierna, så sedan har det inte, dels var det rätt så tuffa kliniker som man gick ut med i början, men dessutom så har man lagt om de där seminarierna mot slutet, så att de har ju inte blivit lika infekterade, lika animerade... Men jag vill ju påstå att vi har fortfarande ett stort problem med förtroendet från läkarkåren. Och sedan tror jag inte att man riktigt förstår vad det här med processer egentligen innebär... Det., jag är kvar, jag är tillbaka i det. Jag är inte säker på att jag själv förstår det... Men jag tror ändå, jag lever ju med det väldigt mycket men, nej, jag tror inte riktigt att man inser vidden av vad det är vi håller på med. (Oc hösten 2005)

Det här avsnittet har visat hur organiseringen i processer börjat ta form baserat på ett tidigare kunnande inom sjukhuset. En svårighet sjukhuset möter blir att hitta ett tempo.

Att hitta ett tempo – kirurgkliniken som exempel

Intervjuare: Ok, då känns det som att vi har fått svar på det mesta. Det är väl mer om du vill lägga till något som du tycker inte har framkommit eller som vi inte har ställt frågor kring eller vad som är relevant kring LIFT och så där, som du vill berätta?

Nej, inte egentligen. Det som är svårigheten just nu, det är ju att hitta tempot. Att den här biten som jag håller på med som har med [ett par ord ohörbara] och sånt, det är tillräckligt färdigt för att användas. Och det är de som redan är på väg in i det då. Och det där är ju väldigt intressant utvecklingsmässigt. Väldigt ofta så är ju klinikerna sådana att de känner ett väldigt motstånd till att ändra. Och sen så säger de plötsligt 'om vi ändå ska ändra så ändra då'. Och då vill man gärna göra det på en gång. 'Ok, då gör vi så här. Det blir en utav de här fem processerna'. Jag har till exempel, på skrivbordet ligger en ansökan om kirurgen får inrätta åtta processer. Och vad jag förstår så är det inte

inne i en fas där de har haft en fördjupad diskussion om detta. Utan det är lite grann att 'ok, vi välter den här organisationen och så har vi processerna och så är vi färdiga och så slipper vi jobba med det mera'. (CI våren 2004)

Även konsulterna talar om tempot – ”hur gör man det här lagom?”

Men sen efter varje gång så liksom tycker man att det här blir jättebra, som med processer på opererande så blev det fullt schå, de drar ju nästan för fort nu. För det pratar vi mycket om med programgruppen nu. Hur mycket ska vi inspirera och utmana och hur... precis så att det inte slår över och inte för lite så att det blir kvalmigt och går runt. Det är en väldigt svår balansgång. Att se att vad är gruppens medelvärde till att trycka lite till. Eller komma in med någon mer infallsvinkel som den kan vara mogen för. Den är ju ganska heterogen fortfarande, kommer väl alltid till att vara. Att då veta, hur gör man det här lagom? /.../ Det är svårt, tidsfaktorn. Det har jag sagt hela tiden. Tidsfaktorn, att hinna med både kommunikationen med sjukhusledningen, vi i programgruppen och MBL⁶⁴, klarar vi inte att kommunicera så blir det konflikter på vägen. Och det är min största föraning inför hösten, för det är ett jättetufft program, att inte hinna kommunicera mellan. Att någon drar så att den andra inte hinner med. Det behöver inte vara fel, men att man... men det kan bli fel om man inte vet om vad som sker. Och sjukhusledningen behöver ju ligga lite före. Och det är ju lika stor kulturensa för dem. Så att det är... inte enkelt. Jag tycker att man ska ha respekt för den här världen också. Det är ju inget man går in som konsult och säger gör så här så blir det bra. Det ansvaret kan man ju inte ta på sig tycker jag. (Konsult sommaren 2004)

Chefläkaren utgår från kirurgkliniken som ett exempel och förklarar vilken typ av samtal han önskar sig.

Det kommer ju att vara så att när kirurgen vill ha en mammarcancerlinje så ser vi omedelbart att väldigt många utav de patienterna ska ju in i stöd- och delprocesser som har med röntgen att göra. Men framförallt ska alla ha strålbehandling. Och då kanske det inte är självklart att kirurgen [några ord ohörbara], kan, så att säga, företräda det perspektivet, det kanske måste se ut på ett annat sätt den processen så att den väldigt viktiga delen på onkologen [några ord ohörbara] strålning, finns med tydligt. Och det kan man göra antingen genom att man säger att det är en områdesprocess, eftersom onkologen ligger inom samma område. Eller också att man tydliggör att den biten av processen som handlar om strålning som nu är en delprocess i en huvudprocess att vårda patienterna för mammarcancer, att den är

⁶⁴ Konsulternas initialer

tydligt företrädd i processteamet som bildas runt processägaren. Även om processägarskapet ligger på kirurgen. Det är den typen av diskussion som vi måste föra inom gruppen. (CI våren 2004)

Exemplet utgår från en bröstcancerprocess som här involverar kirurgen, onkologen och röntgen. Vilka vägar samtalet tar berättar chefläkaren om ett och ett halvt år senare.

Alltså hade man haft grundläggande diskussioner i områdesledning och klinikledning och fått en förståelse för processkonceptet, så hade man aldrig kunnat lägga ett förslag som såg ut så, av det skälet som jag nämnde. Det var mammarcancer... Alltså de hade till och med lagt ihop så att de skulle ha mammarcancer, sköldkörtel och barn i en process. Och det är en mix av precis vad den personen som fanns på kliniken just då jobbade med... Då blev... när man då liksom skiftligt begär att få etablera, samtidigt som vi håller på i gruppen och tittar på hur går en etablering till, vad kan vi lära oss av det? Där då andra klinker: ögon, ortopedin, var mycket längre fram. Det som pedagogiskt borde gjorts, tycker jag, i områdesledningsdiskussionen, hade ju varit att förklara: 'det är den här vägen du ska gå'. Men [verksamhetschefen för kirurgkliniken] ville ju vara lika långt fram som de andra, så han gjorde allt färdigt på en gång... Det kan uppfattas så som att referensgruppen stoppade honom. Men alltså det är inte en framkomlig väg, utan... (CI hösten 2005)

Chefläkaren berättar om försöket att koppla bröstcancer med sköldkörtel och barn – ”en mix av precis vad den personen som fanns på kliniken just då jobbade med”. ”Det var ingen framkomlig väg” påtalar chefläkaren och håller fram att ögonkliniken och ortopedkliniken kommit längre än kirurgkliniken i arbetet med processerna. Chefläkaren pratar om vad sjukhuset kallar etableringsmodellen i följande citat, vilken innehåller stegen identifiering, upprättande och etablering av processer i en sekvens.

Men nu, ett halvår efter att han lagt sitt förslag så var ju etableringsmodellen någorlunda klar, och då är det dialog-förståelse, dialog-förståelse på alla nivåer. Jag vet inte om du kan detaljerna i den, men den bygger på att man börjar diskussionen på någon nivå i någon ledningsgrupp, hur jobbar vi med processer och vad innebär det för oss? Och så småningom med hjälp utifrån vad man vill och på egen hand om man klarar det så kommer man fram till, till exempel att mammarcancer, är ju en typiskt bra process att utgå ifrån... Då tar man med sig det till områdesledningen och så diskuterar man det: 'Vi vill jobba med mammarcancer'. Och då säger den som sitter i områdesledningen: 'Det är ju jättebra och hur har ni tänkt när det gäller onkologi?' Så för man den dialogen där i områdesgruppen. Sedan när man har kommit till insikt i att, så här fungerar det här konceptet, då säger områdeschefen: 'Men då kanske vi ska försöka upprätta eller etablera den här processen'. Då finns det ett dokument

där man talar om betydelse, tyngd, patientgrupper, intressenter, start och mål för processen och sådana saker. Det dokumentet tar man fram och sedan tar man kontakt och diskuterar med referensgruppen: 'hur ser ni på det här', och då är ju inte referensgruppen till för att köra över någon, utan det är ju mer som en samtalspartner: 'Har ni tänkt på det och det? Hur har ni tänkt er när det gäller mammografin på Capio, ska den vara med?' (CI hösten 2005)

Service-delarna uppger att de är intresserade av att delta i arbetet i ett tidigt skede – sjukgymnaster och arbetsterapeuter vill medverka. Till bröstcancerprocessen med onkologen, kirurgen och röntgen kommer också patologen samt mammografin, som organiseras externt på företaget Capio.

Nu kör ju [områdeschefen för opererande specialiteter] den här bröstcancerprocessen och där har ju onkologen, kirurgen, Capio, som är då en extern vårdgivare, och så patologen med. Där går man ju på, och man ändrade det från bröstcancer till brösttumörer, där tar [områdeschefen för opererande specialiteter] tycker jag ett bra grepp. För där vill man liksom inte låsa in det utan man har den här öppenheten över gränserna då och man letar efter vem som ska vara processägare för det här och det är inte självklart att det är den egna, utan där tittar han över hela organisationen, alla som är med i det här. Någonstans måste man hämta det i organisationen, men man tittar oberoende av de organisatoriska gränserna på det och det är rätt grepp. Så där går det bra, men just de här som startar tidigt, där har man stängt in lite granna och det tror jag kan bli en black om foten. I varje fall upplevdes det så av mina verksamhetschefer. De är ju livrädda att man ska fortsätta på det här spåret. Eftersom de knackar på nu och får inte komma in. Och våra sjukgymnaster, arbetsterapeuter, de knackar... (Oc hösten 2005)

Det blir ett "herrans liv" när kirurgkliniken skriftligt ber om att få etablera processer enligt områdeschefen för opererande specialiteter.

Det var ju kirurgkliniken, som någon gång, kan det ha varit förra hösten, skickade in en förfrågan eller ett önskemål om att etablera sju eller åtta processer och alla blev ju liksom... 'Va? Vad är detta?' Och det var dessutom inga processer utan vad de hade gjort var att de hade tagit sina sektioner och så hade de tagit sektionsscheferna, alltså en vanlig linjeorganisation som var uppdelad i ett antal undernivåer, med en sektionsschef och en läkare i varje och så kallade de dem för processansvariga, till exempel övre gastro, intestinala sjukdomar eller bröstcancer och så kallade de det för processer och processansvariga och så bad de om att få etablera det. Och det blev ett herrans liv här då på [chefläkaren] som var den som skulle ta emot det och [konsulten] som stöttade kirurgkliniken lite grann och jag också var väldigt förvirrad och pratade mycket med kirurgchefen och det här

känns inte rätt och så vidare, och han menade på att vi måste komma vidare i vårt arbete med en rekonstruktion av kirurgkliniken. /.../ Ja, man kan väl säga att, det var ju inte bara han..., ja, han väldigt mycket, men det var ju också att ortopedin och ögon var på gång med lite process..., men just..., det som slår mig i huvudet mest tydligt, det är ju att, att här gick han in och gjorde någonting fullständigt fel. Men vi fick upp ögonen, för att vi kan inte tillåta..., eller det blev väldigt konstigt om alla ska hitta på sina egna metoder här nu. /.../... han känner ju sig oerhört motarbetad i det här, att plötsligt så dög inte det han hade gjort... och det visar ju verkligheten nu också att det arbetet som de gjorde..., de har ju inte förstått. De har organiserat processerna utifrån hur resurserna är organiserade och inte organiserat resurserna utifrån hur processer bör arbeta... Så att han har ju känt sig motarbetad, han har ansett att sjukhusledningen har försinkat utvecklingen på kirurgkliniken med ett halvår eller ett år och så vidare. (Och hösten 2005)

Chefläkaren ser sjukhusnivån som en upprinnelse för samtal och områdeschefen som en central figur.

Det var ju någonting som vi var ute med väldigt tidigt att, centralfiguren i hela det här arbetet måste vara områdeschefen. Därför att han har sjukhusledningsperspektivet och han har kontakten med klinikerna. Och delvis kan vi säga att, sjukhusledningen gjorde ju fel när man sa som mål för [20]04 att... klinikerna skulle identifiera och etablera sina viktigaste processer eller något sådant där. Det gick alltså oerhört långt och det var tydliggjort organisatoriskt på kliniknivå... (CI hösten 2005)

Verksamhetschefen för kirurgkliniken berättar hur kliniken arbetade med att upprätta processer.

Ja, då var det så här att då skulle vi ju, våra huvudprocesser skulle identifieras, först på klinikerna och sedan skulle de godkännas av sjukhusdirektören /.../ och jag skickade papper till [sjukhusdirektören] och hon godkände med vändande post och skickade tillbaka. Sedan kom det till referensgruppen och då sa [chefläkaren] att 'så här kan ni inte göra'. Och då hade jag ändå följt anvisningarna. Och sedan så frågade [chefläkaren]: 'hur ska vi göra?', och då sade [områdeschefen] och [chefläkaren] att 'titta på ortopedin', och då hade de börjat identifiera det akuta, elektiva, och så tror jag vårdade mottagning, tre stycken. Då gick vi tillbaka. Klinikledningen var överens att vi inte kunde göra på det sättet eftersom att vi har så mycket mer komplex verksamhet än ortopedin, och hur de har det. Så vi gick tillbaka och så blev det en liten låsning där. Men eftersom att vi inte gjorde som ortopedin, man visste inte riktigt hur det skulle bli. Det skulle inte bli som vi gjorde, men det skulle bli som ortopedin

gjorde, men efter en månad visade det sig att ortopederna gick tillbaka till det synsättet som vi hade, alltså utgå ifrån diagnosgrupper. Och det är det man har nu helt och hållet. Det har varit ett antal sådana händelser för oss och för andra tror jag, alltså med en otydlighet. Den otydligheten kan ju släppa loss mycket kreativitet och det har det ju också gjort. Men det måste man i ledningen för ett sjukhus och ett sådant här jätteprojekt. Det måste man ju ta ansvaret och liksom och ta tillvara på den kreativiteten, där tror jag man har dämpat en del under resans gång till och med.

Marita: Vad kommer det sig att ni var så snabbt framme där? Du skickade till [sjukhusdirektören]?

Det låg perfekt i tiden med det som vi hade startat i och med att först och främst försöka hitta en samsyn: vad är processororientering? Där hade vi hjälp framförallt utav [konsulten]. Ibland var [ytterligare en konsult] med också. Vi hade seminarier med, en gång i månaden, på Pulsen med vår klinikledning. Sedan hade vi, däremellan hanterade vi det på klinikledningsmöten, läkarna hade utvecklingsdag och så. Så att januari/februari 2004, efter det att jag hade varit på kliniken i en sju-åtta månader, så hade vi börjat få en samsyn och vi hade då definierat huvudprocesserna på det här sättet. Och då var nästa steg fram i mars att lämna det här till [sjukhusdirektören]. Det låg precis perfekt. Då tappade vi ett halvår i tempo, för sedan kom sommaren och sedan var det höst. Och det påverkade i min klinikledning trovärdigheten för det här. Mig påverkade det nog inte. Men trovärdigheten, för att under alla år så har man ju då kunnat tillämpa BOHICA: att här kommer några nyheter, vi böjer oss och ser vad som händer. Så där tappade vi en del. Men jag vet att andra kliniker har haft liknande problem.

Marita: Att de också har börjat då och sedan...?

... Har man då ändrat. Sedan har det nog kommit den här nya mallen då för processetablering, alltså som ju är en väldigt bra vidareutveckling, som är oerhört användbar och så. Men då har ju kliniker, jag kommer inte ihåg vilken, men någon annan klinik på opererande specialiteter har ju lagt upp det på ett annat sätt, som gör att man nu måste modifiera kraftigt. Oss påverkar det inte så mycket eftersom det är diagnos, huvuddiagnosrelaterat, så kommer vi kunna fortsätta så. Men de som har lagt upp det utifrån till exempel ett akut eller planerat, så de kommer ju inte riktigt att finna sig tillrätta i den processmodellen. Så sammantaget har det ju hänt ofantligt mycket på två år. Två och ett halvt som jag kan överblicka.

Marita: Men fick ni igång entusiasmen där sedan när ni fått med... och jobba vidare eller?

Ja, det blev ett hack skulle man kunna säga under ett halvår ungefär. Och det blir ju då också ett lite grann dubbelt budskap att man går ut och ja, lite grann som barnuppföstran att, 'gör så här', och så gör man så och så gör man ändå inte rätt. (Vc hösten 2005)

Områdeschefen för opererande specialiteter berättar att klinikernas sätt att arbeta har medfört att de kommit olika långt med att etablera processer. Ortopedkliniken har kommit långt med höftfrakturprocessen, öron-näsa-hals-kliniken med en process som handlar om mellanöronsjukdomar och ögonkliniken med vitkataraktprocessen. Kirurgkliniken har inte kommit lika långt som en del i bröstcancerprocessen säger områdeschefen, och ger sin syn på klinikernas arbete:

... kirurgen till exempel väldigt tidigt gick ut med någon slags, det här är vår karta, så här ser vår processkarta ut. Sedan hände ju ingenting... Alltså det hjälper ju inte att bara beskriva kartan, utan ingenting hände! De hade inget stöd, de hade inga..., ingen metod att arbeta med, processansvariga som..., de visste inte vad de skulle göra, de hade inget mandat utanför sina egna gränser, de fick uppdrag ifrån [verksamhetschefen på kirurgkliniken] att fixa processen men de visste inte hur de skulle bära sig åt. Medan man till exempel på öron fick in ett metodstöd i form av [namn], man jobbade med den här processen, man kartlade den, man skapade processteam. Alltså någonstans var det någon som förstod vad detta handlade om. Och nu plötsligt står man med en jättefint beskriven process, man har förbättrat redan i arbetet, och så ska man gå vidare. Det är ett exempel på hur olika det kan bli. Några springer och bara slänger ut namnen på, jag tror vi har 21 namngivna processer i området eller något i den storleksordningen. Så har vi kanske tre, fyra som är mogna att verkligen börja arbetas med... Hur kom jag in på det? Jo, det beror på, hur vi har lagt en..., vi har alltså lagt en strategi eller en plan för hur det här ska gå till. Sedan har jag suttit här nu under hela hösten, vi har haft tre möten, stora möten med dem som jobbar med bröstcancer och brösttumörer inom onkologi och inom kirurgi, två verksamheter, det är ju en stor verksamhet, där båda parterna anser att den andra parten inte vet vad de sysslar med. Så att... [skrattar] Så vi har suttit..., och ändå jobbar man med samma patienter... Så nu till januari så ska vi..., kan vi gå vidare och börja prata..., föra en dialog om den processen på sjukhusnivå, och försöka etablera någon gång under våren nästa år, komma vidare. Så då kommer kirurgen in på banan med det... Sedan har vi väl möjlighet att starta en eller två processer till, men mer än fyra, fem processer orkar vi inte driva på området... Alltså det är så... vad ska jag kalla det, det är alltså ett..., det kräver så mycket... Sedan hoppas jag ju att när man har lärt sig en del av det sättet och arbeta och förbättra, så kommer man att kunna ha flera processer samtidigt... Det är väl det som är den stora insikten, att vi trodde för ett år sedan eller två, att det var bara att identifiera namnen på X antal processer,

och sedan tillsätta en ansvarig för varje process, skapa ett team runt den ansvariga och sedan var det bara och tuta och köra. Men det fungerar inte så alltså... Det handlar om förståelse, det handlar om att göra riktiga förbättringar, som exempel, vitkataraktprocessen, som man har i princip halverat ledtiderna på. Det är ju det det handlar om att få en effektivare process, man har tagit bort en massa onödiga moment som man gjorde bara för att det har man alltid gjort... Så att, och det kräver ju förankring och det kräver att man tar striden med doktorer och sköterskor som plötsligt blir av med arbetsuppgifter som de hade. (Och hösten 2005)

Områdeschefen skiljer på att "slänga ut namnen" och att arbeta med att dra till sig resurser till exempel i form av metodstöd och team samt att skaffa sig mandat över gränser – "Det var någon som förstod vad det handlade om". Hösten 2005 har opererande specialiteter tre till fyra processer i etableringsmodellen och chefen för området ser fyra till fem processer som det antal klinikerna orkar dra inom divisionen. I arbetet ingår att ta bort olika moment och korta ledtider. Arbetsuppgifter förutspås försvinna. Och på klinikerna arbetar man stenhårt. Nästa avsnitt beskriver två klinikers arbete.

"Svarta får" arbetar stenhårt – kirurgkliniken och kvinnokliniken

Kirurgklinikens verksamhetschef berättar om kliniken och dess arbete.

Det var alltså en klinik som var körd i botten och hade parkerat sig på botten och trivdes med att vara på botten också. Man hade ett underskott 2002 vid årsskiftet på 16 miljoner i en omsättning på 110 miljoner då ungefär. /.../ I verksamhetsberättelsen för 2002 så skrev min företrädare att året har präglats av brist, brist på allt: brist på pengar, brist på operationstid, brist på vårdplatser, brist på personal, brist på entusiasm och så vidare.

I en period av "tuffa" år förekom både "personalflykt" och "penningflykt" på kirurgkliniken. Det var svårt att rekrytera och tjänsterna försvann ur budgeten. Verksamhetschefen beskriver att han tvingats hantera en problematik kring underskott i budgeten och underfinansierad jourersättning och läkartillsättning, vilket både fört med sig krav på att klinikens läkare ska ta ut övertider samt att kliniken inte kunnat bemanna upp enligt verksamhetschefen. I en situation av resursbrist, både på personer och pengar, samt krav på att uppfylla vårdgarantin ser chefen dock problematiken som tillfällig och poängterar att budgeten gick i balans årsskiftet 2004/2005.

Och det är alltså bakgrunden till att jag har tjafsats så. Och jag tror att många kliniker har det på det sättet.

Verksamhetschefen beskriver att han både "tjafsats" och försvarat.

Men sedan, med den här underbemanningen att ta med läkarna, det har inte varit möjligt. Vi har en målsättning och det finns en vilja att vi ska göra det. Men det förstår jag. Det har jag ju fått försvara bara så mycket mot [konsulten] och mot [sjukhusdirektören] och [chefläkaren] och [områdeschefen].

... och att läkarkåren vill delta i teamen på sikt.

Utan då har vi som målsättning på sikt, dörren är ju öppen, mängder av läkare är intresserade och vill vara med i platsteamen, men vi har haft en svårighet nu i höst [2005].

Verksamhetschefen berättar också om hur det gick till när han sökte chefsjobbet.

Då sökte jag ett jobb 2003, 2002 på hösten i Borås, ett jobb som alla avrådde mig ifrån att söka, ja, som kirurgkliniken då var körd i botten. Det var då det femte chefsjobbet på fem år. Alltså den femte chefen på fem år och det var väldigt turbulent. /.../ Det var ju så här att det fanns ju ingen som bedömdes lämplig kandidat till chefsjobbet om vi pratar om kirurgkliniken, utan vi fick ju, jag fick ju då som chef eller som ordförande för de västsvenska läkarföreningarna sanktionera att man tog det här nya greppet att man gjorde en anonym annons i Läkartidningen. /.../ och kirurgkliniken i Borås hade så dåligt rykte, så man ville prova greppet att gå ut med en anonym annons. Kirurgklinik söker chef, stod det i Läkartidningen. Och så kontaktpersoner då på Merkuri Urval. Så att hela den första processen skedde där. Och sedan då läckte ju det ut, men eftersom att det var ett nytt grepp så fick jag sanktionera det. Och jag fick ju rätt mycket kritik för det här, men jag var ju pragmatisk, och såg att det var ju nödvändigt att en klinik hade en chef. Sedan när annonsen kom ut så uppmuntrades jag utav Västra Götalandsregionen, vissa företrädare, att söka den. Mina vänner sa 'sök inte'. Så sista dagen lämnade jag in en ansökan. Därför att det har varit så att en del cheftjänster har inte gått att rekrytera till.

Verksamhetschefen påtalar att en viktig rådande omständighet kring kirurgklinikens situation har med rekrytering också till andra tjänster att göra.

Och vad bakgrunden är, det vet jag inte. Om det är att vi befinner oss i Knalleland, eller vad det är för historik, när man har haft rekryteringssvårigheter. Det vet jag inte, har ingen aning, men det ska man ha med i beräkningen.

Även andra verksamhetschefer ser rekrytering som en central fråga.

Rekrytering till "Knalleland" – "behöver ekonomichefen vara ekonom?"

Alltså i grunden så ser jag ju det som ett mycket bra sätt att samla., men jag har också en oro, har jag. För det här är ett organiserande, det är metoder för utveckling. Vi har ett starkt sjukhus, vi har en bra ledning, vi har en god ekonomi, vi har bra lokaler, men vi har inte gjort någonting egentligen under de här åren åt att säkra, alltså hur fan blir vi attraktiva och säkra av medicinsk kompetens. Och det är en läkarfråga: Det här sjukhuset har skitsvårt att få hit folk alltså.

[Verksamhetschefen pratar om olika yrkesgruppers löneökningar.]

Det här är inte bara en pengafråga. Jag vet inte vad det är och därför tycker jag att det skulle behövas en diskussion kring det. Sedan tror jag också att det finns lite småstadsmentalitet. För här så finns det en jävla massa folk i den här organisationen, även på verksamhetschefsnivåer, som helst inte vill ha in någon besvärlig, lite halvakademiker från Göteborg. Men ska vi leva vidare måste vi ha det. Om vi ska bli attraktiva, ur den synvinkeln. Det måste vi ju, annars har vi ju världens bästa hus och världens bästa ekonomi och världens bästa chef-/ledarskap, men vad har vi i det alltså? Det är en del, och det är ju inte det, LIFT och SÄS-modellen har ju inte handlat om det, men hur kopplar de här två sakerna? Det är en sådan där, något som jag funderar rätt så mycket över och jag har inte svaret. Det är lite grann sidordnat. Det är det som är gjort, för det här kan man respektera och tycka har varit bra ändå. Det har ju bidragit till att det borde ha ökat attraktionskraften. Sedan kan man ju säga att på ett sätt, samtidigt, så innebär ju LIFT-arbetet eller SÄS-modellen, det har ju blivit en ytterligare, så att säga, centralistisk styrning. Det kan man också ha sina funderingar på. Är det bästa sättet för sjukvården att utveckla sig? (Vc hösten 2005)

Rekryteringsproblematiken till platsen syns i annonserna.

Nu har man ute en annons om ny verksamhetschef på barnkliniken. Och om man är lite paranoid så kan man läsa ut att man helst inte vill ha en läkare. Detta är en oerhörd viktigt grej. Där finns ingen enighet i ledningen. Jag är alldeles övertygad om att de allra flesta faktiskt tycker att det ska vara en läkare nära verksamheten. Man utövar faktiskt ett rätt betydande direktstyre i den dagliga verksamheten och har man då inte kunskap så är det jättesvårt. Och det kanske inte behöver vara en läkare, kan vara i vissa fall extremt duktiga ledarpersonligheter, men att inte ha sjukvårdskunskap på minst sköterskenivå, då skapar man så många nya problem att de man eventuellt tror sig lösa är fjutt. Så man måste vara realistisk. Och dessutom som sagt det är inte förankrat. Och jag vet att även ekonomichefen tycker inte egentligen detta, även om han inte är

läkare. Därför, jag frågade vid något tillfälle på skoj, så säger jag när vi har diskuterat detta lite fram och tillbaka, när det har varit uppe så: 'Alltså att vara chef på ekonomiavdelningen då behöver man ju inte vara ekonom.' Han ville först ta struhtag på mig men då förstod han ju att det var lite ironi så. Det säger sig självt. Där tror jag som sagt eftersom flera av dem som sitter i sjukhusledningen själva är läkare. Man får liksom bara anpassa sig. Och det är egentligen enighet i ledningen. Så det begreppet är problematiskt, som en konsekvens av LIFT. (Vc hösten 2005)

Om ”ekonomichefen behöver vara ekonom” sätter fingret på frågan om närvaron av det medicinska kunnandet för chefer på sjukhuset. Det ligger utanför LIFT.

Ja, jag tycker det är roligt när folk säger att de måste LIFT:as, de måste LIFT:as, alltså de måste få LIFT-tänket. Vi måste få en chef som förstår LIFT-tänket, säger man nu. Vi måste... Vi internrekryterar i högre utsträckning på chefsidan. Och den medvetenheten har man att... det är en viktig komponent för att bevara nu den kultur som är på väg och sätta sig. Det har blivit mycket mer uttalat. (Sd hösten 2005)

Åter till arbetet på klinikerna.

Risk för skalpering och känslor i sving

Kirurgkliniken kom in i vad man inom LIFT kallar ”våg fem”. Verksamhetschefen som har en mycket kortklippt frisyr, i det närmaste rakat huvud, beskriver andra chefs kommentarer.

Jag tror att det är ett av skälen till att kirurgkliniken inte låg tidigare heller. Det var ju osäkerheten kring, skulle den här femte chefen på fem år stanna kvar, och vad skulle det bli av det. Det var som en annan verksamhetschef sade till mig när jag var ny på sjukhuset, 'vet du varför de har anställt dig?' Då sade han att, 'ja, det är för att det märks inte om de försöker skalpera dig ytterligare här'. Och det var den synen man hade, alltså osäkerhet med tanke på vad som hade varit med de stridigheterna kring kirurgkliniken.

Stridigheterna visade sig förenade med starka känslor.

Alltså, det var ju en mycket hård strid mellan kirurgkliniken läkare, där man hotade med massuppsägning, mot områdeschefen [namn], alltså på den nivån. Det vill säga att vara områdeschef innebär att man sitter mitt i där under många år, eller under de här åren. En gång i tiden så var det så här att kirurgen var väldigt dominerande på sjukhuset. Och under de här turbulenta åren så tappade ju kliniken helt

kraft, men väsnades en del i de här stridigheterna, där jag inte går in och värderar det som har varit, men svarta fåret är väl lite grann [namn]. Och den bilden har funnits med, att i vissa avseenden så är kirurgkliniken ett svart får och i andra avseenden en vit fläck på kartan. Och den bilden finns med, ska man veta, i bakgrunden när företrädare för SÅS raljerar. Och det kan då vara svårt om man kommer in utifrån då, som ni gör från Handelshögskolan eller i LIFT-programgruppen att veta vad det är för historik bakom det här för det är så oerhört mycket känslor. När det är så här att stora delar av kirurgklinikens medarbetare på tydlig svenska hatar områdeschefen.

Osäkerhet och energi i ett tidigt skede

Kvinnokliniken är också ett exempel, bland flera, på en klinik som arbetat hårt med processorganisering. Verksamhetschefen för kliniken berättar om den osäkerhet som fanns vid uppstarten – en ”äktä oenighet”.

Men det här är en äktä oenighet, därför ingen vet säkert, hur man ska hantera det här med processer. Därför har det kommit så många olika besked. Och jag jobbade stenhårt med detta under vårvintern framförallt 2004 och jag presenterade mina idéer om processer på områdesmötet. Jag kommer inte ihåg om [konsulten] var med, jo, hon var bannemej med den gången också. Och [verksamhetschefen för ögonkliniken] var med i den här referensgruppen och då sades under mötet, och jag sa: ”Vad ska jag göra, behöver jag... ska jag skicka in något till referensgruppen?” Nej, de som var med där skulle ta med sig det. Fick aldrig något besked om det var godkänt eller om de tyckte det var bra eller så. Varför? Min tolkning är att de visste inte vad som var bra. Det var så tidigt.

Verksamhetschefen berättar om hur han rekryterar processansvariga och att kliniken formerar processteam.

Så blev det så här att vi hade stort internatmöte i området i juni 2004. Då var [konsulten] med, och det var allmänt jubel. Jag hade gjort Powerpoint och hela köret, och tänkt och grejat. Jag lade också fram lite planer som jag då hade fått idéer härifrån, från framförallt [verksamhetschefen] på ögon, om hur jag skulle rekrytera processansvariga. Då återigen så fick jag intrycket att det här var helt grönt och jag informerade hela tiden om olika, i smått och stora portioner, att nu hade jag fått på plats alla processansvariga utom en, men det lyckades jag med kring nyår, och sedan fick de i uppdrag att formera ett processteam runt sig och det gjorde de snabbt. Och jag lade mig inte i det annat än det här tvärprofessionella, och namnen och allting inrapporterade. De har också gått utbildning de

här processansvariga och jag är inte säker på om hela processteamet har blivit kallade men det har i alla fall varit på tapeten.

Den ”äkta oenigheten” följdes av en tystnad.

Men så kommer det upp, de är inte etablerade och då säger jag ’men, vad är det då?’ ’Ja, det är att [sjukhusdirektören] har godkänt det’. ’Jaså, men det har aldrig någon sagt från början att [sjukhusdirektören] skulle godkänna varje process ute på klinikerna’. ’Nej, men nu är det så. Så det är bara att lyda’. ’Ja, men nu har jag dragit hela det här och jobbat så mycket med detta. Kan det innebära att EVU [enheten för verksamhetsutveckling] arbetar om [ett ord ohörbart], så jag får göra helt annat?’ ’Jaha, det kan mycket väl vara så’. ’Hur ska man leda ett sjukhus på det viset?’ Då var det tystnad.

Att känna till att man kan få ”riva upp alltihop” skapade ytterligare osäkerhet.

Alltså det handlar ju om att i detta fallet så sår man grundläggande idéer och i detta fallet så var det flera av oss som nappade direkt och tyckte det var bra. Så går vi hem och gör någonting av de idéerna. Detaljerna hör hemma ute och inte i toppen och det är där problemet ligger. Därför att man inte ska lägga sig i detaljerna utan de direktiv som vi fick från början, de var goda som guld och sedan så säger man: ’Ja, på KK är de klara’. Så kan man säga, nu jobbar vi i tre år med det, och efter hand kommer alla med. Sedan följer man upp, men inte går ut hela tiden och skapar en osäkerhet hos mig om jag... vilken kraft har jag att säga till de att de ska jobba som idioter med att ta fram riktlinjer för vård och grejer? Om jag i bakhuvudet vet att jag kanske får gå och riva upp alltihop?

Energien som släpptes loss i början drogs tillbaka enligt verksamhetschefen.

... här har man släppt loss en energi och man har nästan blivit först överväldigande begeistrad då av vår entusiasm på vissa håll åtminstone. Och så har man tänkt, det här måste vara något galet om de är begeistrade. De kanske har tänkt och hitta på något? Här får vi dra tillbaka det mesta. Där tror jag vi lever nu.

Att gå långt utanför kliniken uppfattas som praktiskt omöjligt att genomföra.

... och de har nog liksom börjat och fantisera om att det ska finnas processer. Alltså det var fel att lägga ut det överhuvudtaget på klinik. Man skulle ha börjat uppifrån, alltså med en sjukhusprocess. Men det är så diffust så det liksom orkar ingen att ens tänka färdigt på. Men man släpper liksom inte riktigt tanken och då tror ju alla det här är en dold agenda. Så det skapar misstro att det man är ute efter,

man, någon, är att slå sönder specialiteterna som då är knutna: kvinnoklinik med, då är man gynekolog, då är man specialist i det, då jobbar man på en kvinnoklinik. Är man internmedicinare jobbar man på internmedicinska kliniken och så vidare. Då tror vi att det ligger något sådant bakom. Men det kan man glömma, det är för stort. Det är min personliga uppfattning, man får glömma. Jag kan eventuellt i det mindre perspektivet tänka mig en process som utgår ifrån problemen kring operation som vi skickar till. Men då kommer de praktiska problemen. Hur kan man sammansätta en grupp med så spretiga arbetstider och förhållande och så, så de verkligen kan mötas? De kan ha hur mycket process och processteam uppritade som helst om det är praktiskt omöjligt att mötas.

En verksamhetschef utses och visar intresse för att tala offentligt om klinikens arbete med LIFT och SÄS-modellen vid samma tillfälle som visades tidigare i kapitel fem – den 7 april 2005.

Ett språkrör pratar – “Ortopedkliniken: från atlantångare till ortopedisk flygmaskin”

I det här avsnittet beskriver jag en presentation av en kliniks arbete med LIFT och SÄS-modellen. Beskrivningen är huvudsakligen kronologisk, med några mindre tematiska redigeringar för att underlätta läsning. Ett 20-tal personer har kommit för att lyssna till presentationen som hålls på Handelshögskolan våren 2005 inom ramen för VGR. Forskaren inleder (visades i kapitel fem) och när verksamhetschefen tar vid inleder han med att kommentera verktyget.

Det var ju metodiken där då som var lite spännande, för det sas ju aldrig vad som skulle komma i andra ändan. Så det var ungefär som en hemlig hoprullad matta. Det kanske kommer lite grann på vägen... Det var ju egentligen... Det fanns ju inte vad som skulle komma ut...

Varpå forskaren kommenterar:

Och det ser ju väldigt trivalt ut när man beskriver detta. Som modell betraktat så är det inte så mycket att hurra för. Det var som [sjukhusdirektören] sa: Alltså om man ska försöka beskriva vad det här LIFT är, konkret, så blir det inte så mycket va. Det är inget konstigt.

Senare vid mötestillfället knyter verksamhetschefen tillbaka till ”den ihoprullade mattan som inte visar fransarna” igen:

Sen kom det något då, vid något seminarie som kom ganska mycket PANG på. Alltså det hade drivits en förankring av de här värderingarna och annat. Det här kan man tolka olika. Men det kom i årsskiftet där, senhöst. Det kom att det skulle vara en processorientering. Vi hade

Jönköping på banan som berättade om sina processer och så. Och sen kom det att det skulle vara ett teaminriktat arbete. Och där säger jag att jag vet inte om det fanns i den där mattan från början eller inte, eller om det växte fram.

Verksamhetschefen berättar att han såg sig själv som en av de mest kritiska under mötena emellanåt och forskaren instämmer lite skämtsamt. Verksamhetschefen berättar vidare om arbetet i 40-gruppen som började med att man diskuterade grundvärderingar, som visserligen ”redan fanns men som även justerades lite grann” baserat på vad om kom fram i grupperingen. Detta varvades med ”rena föreläsningar” om management och organisation och uppgick till 16 dagar första året, vilket föranledde personalen på kliniken att mynta ”verksamhetschefer på VIFT” – kanske som ett uttryck för att cheferna frånvarade från arbetet på kliniken. Verksamhetschefen beskriver hur han blev ”jävligt otålig” när de arbetade med verksamhetsplanen. ”För det tyckte jag var larvigt”, eftersom den fanns i visionsdokumentet som verksamhetschefen uppfattade det.

Kör nu! Det var löjligt när man inte sa vad som kommer mer. Men jag fick ordentligt på tafsens där en gång när det var en sådan där öppen utvärdering. Då fick jag höra några av de andra verksamhetscheferna som tyckte det var bra, de hade aldrig fattat det där. Och då får man ju acceptera det och känna att nu kan jag luta mig tillbaka och ta det lite lugnt. Men jag var otålig kring det. Hade också krockat i det här utvecklingsarbetet på kliniken med läkargruppen [mer om det nedan].

Kopplat till verksamhetsplanen diskuterade chefsgrupperingen framgångsfaktorer och detta uppfattades problematiskt när man kom till mätetal poängterat verksamhetschefen. Han beskriver att verksamhetscheferna var ovana med detta, vilket verksamhetschefen påtalar har att göra med att de flesta verksamhetschefer inom den medicinska verksamheten också är läkare.

Och det var ju inte vettigt att mäta om man inte hade vetenskapliga metoder till det och statistisk signifikans och... Framgångsfaktorer – faser, ska ni inte kontrollera oss också och så. Så där var det ju mycket. Det blev inte så bra heller: Det var en oförmåga att sätta bra mätetal på de här framgångsfaktorerna. Det har utvecklats efter hand. Men den delen satte vi tillsammans kändes det som. Sen fanns mycket utav det innan. Det justerades och det var som [sjukhusdirektören] beskrev att det kom upp en hel del saker på vägen.

”Sen kom det som nog upprörde en del. Det kom de fem ledstjärnorna.” Verksamhetschefen berättar om att han fann två av dem ”drivande” – processer och team. Sedan var det de tre andra:

De är mer organisatoriska och restriktiva i innehållet, de är inte lika kul tycker jag. Sen stör det mig den sista att jag inte ska leda doktorerna. Men den har jag lärt mig att bearbeta. Nej, men det är inte

det. De har inte drivkraft tycker jag. Jag tycker det är en liten mismatch där. Det hade varit bättre med positiva ledstjärnor. Och det blir ju så här, de sa från början att det här är ingen organisationsförändring. Man börjar dra i de trådarna så blir det organisationsförändringar och det blir lite uppror åt olika håll. Det fanns ju chefer som hade 35 medarbetare och de som hade 60 och som började bli oroliga. Det var ju de avdelningscheferna som man skulle ha med och driva det här framåt. Så att... men det går ju det mesta, det också, om man låter det rulla på lite.

Det är ett annat klimat och grundtankar i verksamhetsdiskussionen idag jämfört med tidigare, berättar verksamhetschefen – även fast det kan ”krigas om de sista kronorna” i budgeten fortfarande inom opererande specialiteter. Verksamhetschefen går vidare med att beskriva ortopedklinikens ”resa” mellan 2003 och 2005 och inleder med en presentation av sig själv: att han började 14 dagar innan sjukhusdirektören på SÄS och att han arbetat vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset från 1988 och dessförinnan även varit en kortare period på SÄS och gjort ”gråblocket” i specialistutbildningen. Han startade alltså sin verksamhetschefsbana år 2000 och var med och tog fram mål och vision.

Ortopedkliniken beskriver han som traditionell, ganska konservativ och att det fanns ett bristande samarbete mellan personalgrupperna och svag delaktighet kring utvecklingsfrågor i läkargruppen, vilket började någon gång i början på 1990-talet. ”[Sjukhusdirektören] säger att det är molnet där. Jag säger att det är den cirkeln där uppe”, säger verksamhetschefen och pekar på den skiss han ritat på tavlan av klinikens organisation. Sjukhusdirektören hade tidigare under plenumpresentationen refererat till läkarna som att de befann sig i ”molnet”, medan verksamhetschefen hellre vill se att de befinner sig i en ”cirkel” kopplat till organisationen.

Verksamhetschefen påpekar att det även fanns en isoleringstendens där kliniken skötte sig själv och sjukhuset sitt. Han beskriver hur en äldre överläkare tidigare hade beskrivit ortopedkliniken som en atlantångare – som stadigt går fram i alla väder, medan verksamhetschefen snarare ser det som att kliniken utvecklas mot en ”ortopedisk flygmaskin” – ”vill man åka båt över Atlanten längre?” Kliniken var bra på att producera, speciellt 2000-2001, och man hade startat ett ”samsynsprojekt” precis när LIFT startade utan att känna till LIFT – ”så vi låg lite grann i samma tankar själva”. Projektet hade dock ”kraschat totalt” för läkargrupperingen ville inte vara med. Sommaren 2003 tog kliniken ett riktigt ”omtag” med läkargruppen (arrangerat vid sidan av LIFT): alla utom två, det vill säga 18 läkare åkte på en veckas internat kring management enligt UGL-liknande⁶⁵ koncept. Verksamhetschefen betonar att han inte tror att de orkat vidare i LIFT utan ”läkarna i ett annat synsätt”.

⁶⁵ UGL – Utveckling av Grupp och Ledare, en kurs som har sitt ursprung inom militär ledning men har blivit ett vanligt förekommande koncept som säljs på markanden och arrangeras av utbildade UGL-handledare. Kursen handlar om samverkan via ”gruppdynamik”, där övningar syftar till att visa grupperingars utveckling m.m.

Ortopedkliniken blir en av ”första vågens” kliniker att starta LIFT på klinisk nivå efter cirka ett år, i slutet av 2003, med stöd från programgruppen. Klinikledningen med avdelningscheferna träffades på möten och där skämtade avdelningscheferna om att verksamhetschefen ”hållit på 16 dagar och vi ska fatta allt på tre dagar. Det brukar vi ju göra.” Verksamhetschefen betonar dock att det var ett ”glapp som gjorde det tungt”. Parallellt gjordes verksamhetsplanen i ”den nya modellen”. I december och januari 2004 lades ”läkar-LIFT” till för kliniken, vilket verksamhetschefen var en ”ivrig förespråkare för”. Detta var möten med ”läkare på de kliniker som det inte var bra på” utan att verksamhetscheferna närvarade.

Verksamhetschefen går vidare med att berätta om de tre processerna som ortopedkliniken tagit fram: planerad ortopedisk vård, akut ortopedisk vård och öppenvård, varav den sistnämnda inte är någon ”äkta process”, men de fick ”körkort” ändå:

[Vi var] tidigt ute, vi hade lagt upp det, vi argumenterade bra, vi fick lov att behålla det. Det är inte alltid man får göra det. Jag tror inte att man får göra det i sjunde vågen. För det är inte en process enligt den... byråkratisering som kanske pågår lite kring processerna.

Verksamhetschefen bestämde, som han påtalar att områdeschefen jämställde med att inte lämna något diskussionsutrymme, att han ville ha in läkarna som processansvariga i processteamen för att de skulle kunna delta där – ”Vi ska ha läkare där tills de visar att de inte klarar av jobbet.” Verksamhetschefen poängterar att man inte behöver vara läkare för att leda processteamen. Det var mer ett sätt för verksamhetschefen att få med läkare där, samt att han såg det som en ledarposition generellt. Verksamhetschefen berättar om att de gick ut med en uppmaning att anmäla intresse för att medverka i teamen och att de fick fler sökande än det fanns platser. De fick intervjuva de sökande och sju av intresseanmälningarna kom från doktorer. Teamen blev klara i juni – ”någon som verkligen gjorde något, fanns ju inte med under första halvåret 2004.” Utifrån att kliniken fått fram tre processansvariga för processteamen skapades en ny klinikledning där dessa roller bjöds in.

Kliniken var klar att börja med den andra varianten av team, platsteamen – ”8-11 stycken i varje som arbetar på arbetsplatsen i vardagen”, i mars 2005. Verksamhetschefen berättar att de har fyra platsteam på de två avdelningarna och tre platsteam på mottagningen, men att de arbetar i antingen processteam eller platsteam – ”De kan inte vara ute och snurra i två utvecklingsprojekt. Vi måste jobba också.” Här frågar en person i publiken vad man gör med dem som inte vill vara med och verksamhetschefen svarar: ”Det får man inte. Man måste delta. Det här är ett ansvar. Det har vi definierat på vägen här i diskussionerna.” Platsteamen har en mötesledare och i klinikkens platsteam är alla undersköterskor – Inga chefer eller nattpersonal ingår i teamen. De träffas en timma var fjortonde dag. Det är en procent av läkarnas arbetstid poängterar verksamhetschefen. ”Det blev ett helsike att hålla efter dem. Att de inte uteblir.” Därför är det bra om det här arbetet tar tid påtalar verksamhetschefen.

Vi tyckte det var dags att provocera lite – Läkarna är speciellt, i platsteamen, tillsagda att nu bidrar ni med medicinsk kompetens så att de frågorna kan komma framåt och avstår på vanligt sätt att driva egna sårintressen med era frågor. Det är som [sjukhusdirektören] sa⁶⁶: ”Det är ingen demokrati alltid”. Nej, men med den läkargruppen så har jag varit tvungen att säga det. Det var en jättestor oro i resursorganisationen hos avdelningscheferna kring den frågan – platsteam alltså.

När verksamhetschefen något senare kommenterar verkningarna av processteam menar han att de tydliggör klinikens redan inarbetade arbetsätt, vars flöden redan är ”rätt så trimmade”. Han ser därför inte någon direkt effektivitetsvinst ännu i alla fall. Processteam är dock ett bättre sätt än de projekt man bedrivit tidigare eftersom de är bestående säger han. Platsteam är det för tidigt att uttala sig om men det skulle inte förvåna honom om några kör fast då andra erfarenheter visar detta enligt verksamhetschefen. Platsteam hette tidigare arbetsplatsteam, påpekar verksamhetschefen som för att säga att det inte är så nytt som det ibland framställs. Det har varit svårast att driva platsteam i slutenvården, medan det har gått lättare på mottagningar ”med en viss naturlighet”. Verksamhetschefen berättar att alla team gjort en idélista tillsammans med någon ur programgrupperingen.

Och sen fick de egentligen köra det, även om det var lite konstigt ibland, som första och det har de varit positiva till. De träffas på ett teamseminarium och får utbildning i metodiken och så börjar de arbeta med en första handlingsplan, som fungerar som en enkel checklista för deras möten.

”Det verkar finnas en rätt starkt struktur och metodik i det här” där till exempel LIFT-guider ska hjälpa till med metodiken, säger verksamhetschefen. Platsteam uppfattas alltså ha varit svårare att börja med än processteam och verksamhetschefen konstaterar: ”Då gäller det att vara i första vågen så hoppar man över dem, för de vill ändå att vi ska komma igång, så får vi se sen.” Verksamhetschefen resonerar även kring om ortopedkliniken är en ”problemklint”.

Alltså verksamhetschefen leder fortfarande läkarna: Klart ledstjärnebrott va? [en av strategierna som omnämndes tidigare] Och jag har också en avdelningschef som är biträdande chef och det är 60 medarbetare. Det är också ett ledstjärnebrott. Straffet har jag inte hört om ännu, men vi hörde kanske lite toner – det tar tid och en del vet man inte med och så. Jag vet vad man sa, när de processansvariga från Jönköping var och föreläste för 55-gruppen 2003. Då sa man så här. För det var någon som frågade. Har ni verkligen detta överallt? Ja, i

⁶⁶ Sjukhusdirektören säger i sin presentation tidigare på dagen: “Det handlar inte om demokrati – demokratin sköter politiken” apropås management och dess funktion i sjukhuset. Sjukhusdirektören ställer management mot ”omröstningar” i frågor som till exempel rör cheftillsättningar.

princip. Det är klart vi har en gammal kirurgchef och när han går får vi nog ordning även där.

Verksamhetschefen betonar att han inte ändrar något för att följa ledstjärnorna, utan för att det är ”avdelningschefer som är bäst på att göra”. Därför kommer han på sikt inte att använda sig av biträdande verksamhetschef. Verksamhetschefen återkommer flera gånger till vikten av att gå bland de första när det gäller att arbeta med verktyget, för då kan kliniken påverka händelseutvecklingen, som han säger. Ortopedkliniken är ”flygfärdig” nu, enligt verksamhetschefen, men ögonkliniken ligger lite före eftersom de processororienterat ”kraftigt” innan – ”De hade sina platsteam på banorna i höstas”.

Verksamhetschefen berättar att han kombinerar arbetet som verksamhetschef med det kliniska arbetet, vilket inte är i enlighet med hur man numera ser på chefskapet på sjukhuset – ”Jag är ju faktiskt också kliniker, vilket är katastrof.” Han försöker som han säger skriva ner andelen till 20 procent bestående av bland annat arbete på mottagning och genom att delta på röntgenundersökningar. Han reflekterar även över vilket arbete han helst skulle vilja ha efter det att ledstjärnorna införts – det som verksamhetschef eller ett som avdelningschef för läkarna – läkarchef.

Jag kan också känna att det är en sådan... Men det är liksom min egen värld då. Jag är gammal och traditionsbunden och så. På något sätt så... jag har så mycket input ifrån så många läkare, jag har ju subspecialistföreträdare, sådana som står för...[ohörbart] som jag samlar så här... I mitt andra ledningsansvar som inte finns med... LIFT ordnar ju inte Hälso- och sjukvårdslagen. LIFT ordnar ju inte Socialstyrelsen, inte så väldigt mycket i alla fall, lite grann med processer och så. Men den här SÄS-modellen gör ju inte det. Och det är väl det jag kan se som kritik ibland. Att som verksamhetschef så har man en rätt tung annan sida. Och jag skulle känna det... och dessutom är ju de här tre gubbarna då... de är gubbar, vi har inga kvinnor här... som jag jobbar rätt tajt med. Jag undrar hur mycket jag skulle trampa på en avdelningschef för läkare i mina direktkontakter. Jag går ju aldrig och tjafsar med en sköterska eller undersköterska. Utan är det någonting så är det en chefsfråga.

Strategin med läkarchef blir uppenbart en känslig fråga för verksamhetschefen. Han får också en kommentar från publiken om att han inte ”tjafsar” med andra yrkesgrupper – just för att det framgår att de blir de andra.

Vid slutet av mötestillfället frågar sig verksamhetschefen vad arbetet lett fram till och presentationen övergår allt mer till att svara på frågor från publiken. ”Det förbättrade resultatet förra året, tror jag inte ett dugg ligger i detta. Det berodde på att för första gången så hade vi ett helt år då vi var fullbemannade på vårdplatserna.” Det handlar om ”bättre personaltillgång som får stå för mycket utav det som är resultatet 2004.” Verksamhetschefen berättar att han avlastas som chef i klinikledningen och att ledningsarbetet blivit mer stimulerande men att det tar mycket tid och har varit mycket jobb, bland annat med att ta in nya personer i klinikledningen – läkare i det här fallet,

vilka utgör potentialen när det gäller processarbetet enligt verksamhetschefen. För övrigt poängterar han att det inte blivit den befärade maktkampen mellan resurs- och processidan, den första tiden i alla fall, och på frågan om hur ”allas engagemang” har fungerat betonar han att läkarna deltar mer och mer och att signalerna från platsteamarbetet är väldigt positivt – ”Det är en jättedrift i detta, i ledningsarbetet men också i växelarbetet utåt.” Verksamhetschefen nämner också att han har ett ”verkligt resultat” utan att de för den skull producerar mer. Den planerade ortopedin har ”knäckt frågan med högläge på köer”, vilket ses som resultatet från en process som startats. Kliniken har också ökat antalet avklarade remisser. Ett ”problem” som kvarstår är dock rondfrågan som ”måste knäckas i delar”.

Publiken ställer en fråga om ”politikerna hållit sig borta” och verksamhetschefen berättar att han fått presentera delar av arbetet för styrelsen.

Det här är lite [av en] kortversion och då har vi inte varit inne på det här med arbetsplatsteam. Det är det enda jag har med dem att göra. Jag tycker inte om att ha med dem att göra över huvudtaget. Jag brukar säga det till läkargruppen att bry er inte om det. Vi är väl här och jobbar i den organisation som vi jobbar i ... och då nämner någon befolkningens behov men den är de ju ändå medvetna om...[ohörbart pga sorl cirka tre-fyra meningar]. Vi är ju här för att göra det mesta möjliga för vår del. Det är liksom enda chansen till att överleva.

Verksamhetschefen har också en farhåga kring ”byråkratisering och därtill 19 andra systematiska saker”.

Jag har lite grann av en farhåga att processerna här på SÅS är på väg in i en byråkratisering via den här referensgruppen mot en väldigt stark styrning och de måste se ut si och så. Det känns som att det viktiga är det arbete som redan har börjat rulla. Det är väl det jag kan känna, alltså den här platsteammodellen och det här styrningsdokumentet kring det ska ju inte [ohörbart]. Så att det är ju den faran. Sen är det ju så att allt annat vi ska göra, som ofta har förtecknet systematiskt då. Alltså det kommer ju 1000 uppdrag vid sidan om. Trots att man säger att man ska sitta fot, så ska vi ha systematiskt miljöarbete och systematiskt och systematiskt... Jag tror att vi räknade upp 19 sådana.

När en fråga om genombrottsmetoden kommer upp igen nämner verksamhetschefen att de drivit en sådan 2001 – ”mottagningskonceptet på akutmottagningen” – vilken dock inte fungerade: ”Vi hade lite otur, vi hade en läkare som var med som blev sjuk och som fick gå ur systemet. Vi hade helt enkelt inte resurser att ta hand om det.” Han får också en fråga om arbetstidsmodellen och berättar att de stängde den när de var på väg mot att arbeta i team. På frågan om de mäter refererar verksamhetschefen till personalenkäten på SÅS – ”Det skulle vara spännande att se den igen om ett år.” Och i en intervju ett halvår senare tar verksamhetschefen en paradox till hjälp för att beskriva verkningarna: ”Det blev inte så mycket, men det blev ändå ganska mycket”.

Åter till chefsgrupperingen och mötet den 24 november 2005 på Arken i Göteborg.

“LIFT’s sound of music”

Verksamhetschefen för ögonkliniken berättar om och visar upp ögonklinikens arbete.

Vc 2: Vilken förebild har ni haft när ni tog fram modellen?

Vc för ögonkliniken: Vi började för cirka fem år sedan med TQM och har tränat oss på att jobba i team... Vad är lägsta ribban för en patient? Det kommer att göra ont hos vissa medarbetare som har specialintresse. Men då ska man inte jobba på ögon... Vi ska korta köerna från tre år till tre mån på 1,5-2 år.

Vc 3: [ger ett detaljerat exempel kring hur man kan lära sig att spela ett instrument]

Vc 4: Så du är LIFT’s sound of music då? [flera skrattar gemensamt]

Efter mötet frågar jag verksamhetschefen för ögonkliniken i en intervju.

Marita: Hur har det känts och så att ha blivit beskriven som LIFT:s sound of music?

Ja, just det, ehh... Det har känts... Det är både roligt som en bekräftelse, för det har varit otroligt slitsamt och kul samtidigt. Det är ju en bekräftelse. Samtidigt så kan jag tycka att det blir lite... betänksam över... Jag tycker att man som chef inom sjukvården är ganska duktig på att hantera de medicinska frågorna. Men man är... Det är lite pinsamt att se hur novisa personer är när det gäller förändringskunskap och förändringskompetens. Och jag förstår ju att vi alla är människor, men det är lite löjväckande och lite ledsamt att se att folk inte kommer längre i att, precis lika duktig som man kan vara på att vara läkare eller något annat och så, så måste man bli bättre på att hantera förändringskunskap, driva processer, förbättringar, lyssna på personal och sätta P för när det är klart och så vidare. Jag menar, visst vi är alla olika i vårt ledarskap men jag tycker att det är lite tråkigt att man inte börjar, jag tror att det saknas mod och mycket vilja bland många chefer att man är så... man är så lastad med vardagens frågor. Och det har jag också varit, och för mig har det inte varit något val utan jag har känt att det här måste bli en ändring annars skulle jag aldrig klara av att jobba som chef om det inte hände någonting. Men jag blir förundrad när folk inte gör någonting på de delar av klinker där bara revir har fått styra, rädslor och så vidare. Det är jättetråkigt. Så LIFT har både belyst de goda exemplen men de har också dragit upp alla de exempel som inte gör någonting. Det tycker

jag är lite trist, men på ett sätt så sporrar det mig att jag skulle ta tag i det. Det är ju det jag kommer att göra i min framtid, att driva förändringsarbete och ledarskapsutveckling, det är ju det som jag vill hålla på med. Så det har ju gett mig en bild att jag vill gå in i andra delar också. Och försöka ta tag i de delar som inte fungerar. (Vc hösten 2005)

När sjukhusdirektören kommenterar händelsen i en intervju säger hon:

Jag var med fram till torsdagskväll och... då tyckte jag att det fanns för första gången en, efter... att man börjar förstå vad det betyder att lära över gränserna. Efter att de här, när [verksamhetschefen för ögonkliniken] hade berättat om sitt utvecklingsarbete, så sa han det... De börjar få konkreta exempel på, vad är det för typ utav kunskap som vi skulle kunna ta hem. Och det har nog varit väldigt... artificiellt för dem, det här med att lära över gränser, tror jag. Man har inte förstått, vad menar man eller vad är det för prat? Är det bara prat? Man har inte kunnat översätta det i någon slags praktisk vardag. Men det kände jag var första gången som vi såg en sådan markering... när man hörde [verksamhetschefen för ögonkliniken]. (Sjukhusdirektören hösten 2005)

Vad verksamhetschefen för ögonkliniken visar upp blir ett exempel på vad de kallar platsteam. Bland verksamhetscheferna gick pratet om att ingen hade visat upp platsteam förut – ”möjligen ögonkliniken”. Dock påtalar flera verksamhetschefer att ögonkliniken är speciella då det är en mindre klinik med relativt få diagnoser och att ”allt ligger inom dem”, då de har mottagningsdel men inte avdelning – en ”enkel produktionslinje”. Och som verksamhetschefen för ögonkliniken kommenterade: ”Vi har jobbat mer utåt och uppåt än inåt, vilket varit frustrerande.” När klinikerna och deras förutsättningar i relation till LIFT diskuteras talar cheferna om att ögon-, AVC (Akutvårdscentralen), hud- och ortopedkliniken togs som exempel, också ibland psykiatrin. ”AVC har enbart mottagningsdel”, ”hudkliniken har också bara mottagningsverksamhet” och ”ortopedkliniken har heller inte riktigt gått in på avdelningen”. Anestesikliniken uppfattas svårare i sin servicedel jämfört med AVC. Barnkliniken och kirurgkliniken uppfattas av vissa som att de har liknande problematik. Och det finns förhoppningar om att de som går först ska bli föregångare. ”De som går in i sent skede kan få draghjälp av dem som gick in tidigt.”

Så här säger verksamhetschefen för kirurgkliniken.

Det var ju så här att, de klinikerna som kom tidigt här, var ju i flera fall relativt avgränsade kliniker och mindre då. För oss har det varit ett enormt värde till exempel då att [verksamhetschefen för ögonkliniken] och ögon haft en reklamfunktion. Vad jag tror att man skulle gjort är att man skulle haft inledningsvis någon utav de stora komplexa klinikerna, barn- eller kirurgklinik eller kanske dåvarande medicinkliniken, alltså redan i första vågen. För vad som har hänt är

att en del utav dem, rätt mycket av den lärdom som man har fått från de här enklare eller mindre klinikerna, ortopederna och ögon, har man då trots är tillämpligt på de stora klinikerna. Och om man tittar på barnkliniken, ja, det är väl fortfarande bara barmottagningen som har processorierat om jag inte är felunderrättad. Och det är inte., det hade gagnat SÄS att ha någon av de stora klinikerna med i förgrunden från början. (Vc hösten 2005)

En verksamhetschef beskriver hur han uppfattar att resonemanget blir mer praktiskt.

... nu när man ser på sista 55-gruppsmötet som var, det var väl i november någon gång? Så presenterade ju ögon och öron två processer där de ritade upp det på väggen eller hade några kartor med sig och visade det här. Och egentligen tror jag, för många av oss, och absolut för mig, så var det första gången som man riktigt såg tydligt vad de hade gjort och vad det här innebar någonstans. Och det var väldigt viktigt och det skulle jag ha önskat, det hade jag nog gärna sett tidigare. Då hade jag förstått bättre själv. Som sagt att hittills har det ändå varit mycket teori. /.../ ... för mig föll ganska många poletter ner på det mötet då. Och så pratade jag med fler. Hon som satt bredvid mig, hon tyckte ju samma sak. Att 'jaha, nu ser man. Nu fick jag en idé' liksom lite grann att okej nu börjar jag förstå. Sådär kan det se ut, såhär kan... Den gav en bild liksom, en praktisk bild. (Vc hösten 2005)

Och en annan verksamhetschef berättar om hur han kunde inspireras av hur ögonkliniken arbetar med frågor rörande rekrytering.

[Verksamhetschefen för ögonkliniken] var ju den som jag tog mest efter vad gällde att gå praktiska vägar att få det här på banan. Det är lite grann ortopederna också, som var igång, men det var lite mindre ändå som jag tänkte på, eller vad man ska säga. Så visst, det hade väl en viss nytta av att det var någon annan, men jag hade väl inte kommit att lösa det så väldigt annorlunda. Men till exempel sättet att rekrytera processansvariga, det var ju själva metoden. Resultatet hade nog blivit detsamma, men man kan väl säga att jag fick en större förankring i läkarkåren, eftersom jag gick ut till alla och förklarade vad det var, och både vad en process och vad en processteam var för någonting, och vad som förväntades av en processansvarig och sedan blev det ju dom som jag egentligen tänkt passade bäst från början, men jag känner ju dom redan innan, så därför så är det ju ändå i slutändan jag som avgör, men om det var någon av dom som inte hade anmält intresse så hade jag fått tänka om. De anmälde ju alla intresse, utom en faktiskt och där fick jag ta lite övertalningstaktik där. Men det var ju bra att ha den idén från [verksamhetschefen på ögonkliniken]. Han hade ju en intern

intresseanmälan och jag fick de papperna han hade och jag ändrade och hade mig lite, men använde själva modellen. (Vc hösten 2005)

“Nålstick” och “Nu börjar det skarpa läget”

En av verksamhetscheferna beskriver hur det kändes när den verksamhet han var chef i blir ”tom” i mötet med de andra verksamhetscheferna – verksamheten hade inga anställda läkare.

... det är de här nålsticken... som nu när jag ska anställa doktorer som ju inte alls varit med i den gamla organisationen, där jag då har förhoppningar om att lätt kunna få de att förstå vad det handlar om, att de lätt begriper detta. Att vi inför en helt ny linjeorganisation med en speciell chef för doktorerna. Alltså en avdelningschef för läkarna. Vilket känns väldigt främmande för många utav mina kolleger. Och då får man ju höra detta att: 'Det är lätt för dig att börja med det här, du som inte har några läkare alls' och 'vi ska inte ta dig som ett exempel för att du inte', så att säga, 'är representativ för sjukhuset i sin helhet' då, men inget allvarligt, absolut inte. (Vc våren 2004)

Sjukhusdirektören påtalar också pratet om organiseringen på AVC och vad det uppfattas användas till.

Så han var den första. Han hade ju inga läkare då, så då var det det som gick i organisationen, 'det är väl inget och prata om att de har anställt en läkarchef, han har ju inga läkare under sig'. Så det raljerades ju lite över det. Så slapp man. (Sd hösten 2005)

I Handelshögskolans aula den 7 april 2005 kopplar sjukhusdirektören på områdeschefens beskrivning av tiden ”från OG till LIFT” med ”från LIFT till SÄS-modell” och en av Powerpointbilderna säger: ”Var står vi nu? – identifiera processer och bygga team”. Sjukhusdirektören beskriver hur det är att ”arbeta med förändring”. Hon kopplar till Lena Philipsson som det året, 2005, ”vann hemmaarenan men inte bortaarenan” i *Melodifestivalen* – ”Det gör ont, det gör ont...”. Sjukhusdirektören är nöjd med platsteamens arbete och säger i en intervju att hon känner sig besviken över kösituationen på sjukhuset jämfört med andra storleksmässigt liknande sjukhus i regionen.

... när jag tittar på det så är det en... besvikelse jag känner. Vad är det som gör att vi som har jobbat med ett fokus 'inga köer – mer tid' i tre år, inte har ett bättre utgångsläge? Då blir mina områdeschefer arga på mig när jag säger det först, och säger att 'det har vi visst, vi hade haft en mycket svårare och längre resa än vad vi har idag, vi har kommit mycket, mycket längre, vi hade aldrig varit där vi är idag om vi inte hade gjort det', så säger de. Medan jag jämför mig med de andra och tycker att vi borde ligga i topp... som har lagt ner så mycket tid och

kraft på det här... Det svaret som jag då..., eller den förklaring till det, som jag idag... Ja, och det som har hänt hos oss kraftfullt när det gäller att korta köer, har hänt sedan maj månad i år, och då frågar jag mig, 'vad var det som hände i maj som inte har hänt under seminarierna när vi har pratat hela tiden om detta? För sedan maj har det hänt dramatiska förbättringar. Men det var ju då som man började stressa upp den här vårdgarantin⁶⁷ politiskt, att nu var det ett faktum. Och då har jag ställt frågan till organisationen, till verksamhetscheferna, till 55-gruppen, 70-gruppen eller vad vi nu kallar den: 'Vad beror det här på att det inte har hänt någonting? Vi har pratat i tre år, och nu helt plötsligt så händer allting'. Och det svar jag får, de har inte.: 'Det har inte funnits ett direktiv'./.../ Jag frågade kirurgchefen bland annat, där fick jag precis det här svaret 'Det har inte funnits ett direktiv. Vi har inte haft ett uppdrag'. 'Men herregud', sa jag till honom, 'vi har pratat om detta, du har varit med alla de här tre åren vi har pratat om 'inga köer – mer tid', då går man väl hem och gör'. 'Nej, det har inte funnits ett direktiv!' Och där tror jag svaret är. Det har aldrig varit skarpt läge. Den här organisationen är så hierarkiskt organiserad, så att har inte den fått ett skriftligt direktiv uttryckligen: Nu ska de bort!, så har man inte gått hem och gjort. (Sd hösten 2005)

Och besvikelse uttalar även en verksamhetschef.

Det är att ändra en, det är att... [ser ut att tänka], att få en grupp människor att se sig själva som en del i en enhet. För det gör inte läkarkåren. Nu pratar jag som att alla är sådana men alla är inte sådana. Men många är sådana och dom blir tyvärr tongivande i sådana här sammanhang. Man vill inte inlemma sig i ett system så att säga, utan man vill köra sitt race. Det är precis som att man går till jobbet för att utveckla sig själv, inte för att utveckla verksamheten. Det vill säga, 'what's in it for me' är oerhört styrande. Och det är väldigt många som berättar detta. /.../ Och det har gjort mig väldigt besviken. Jag trodde inte faktiskt att läkare brukar vara sådana men jag är besviken på mina kolleger att man inte vill vara med och utveckla verksamheten. (Vc hösten 2005)

⁶⁷ Vårdgarantin bygger på en överenskommelse mellan staten och SKL om att förbättra tillgängligheten i vården, men det är snarare en målsättning än en garanti då det inte finns några sanktioner i form av överklagansmöjligheter för den enskilde. Vårdgarantin är ett samlingsnamn för tillgänglighetsgaranti, besöksgaranti och behandlingsgaranti. Vårdgarantin introducerades 1992 och gällde i ett första skede fram till 1996. Den återupptogs 1 november 2005 som en utvidgad garanti som ofta uttrycks i sifferserien "0-7-90-90": Samma dag som en person söker hjälp ska personen få kontakt med vårdcentral etc. Läkare inom primärvården har man rätt att träffa inom 7 dagar. Den specialiserade vården ska man efter remiss få komma till inom mindre än 90 dagar och om behandling behövs ska den inledas inom mindre än 90 dagar. Västra Götaland ger sjukvården i uppgift att se till att den lever upp till vårdgarantin, vilket vården dock inte klarar fullt ut enligt en uppföljning som görs av Västra Götalandsregionen 2007 (Norén 2009).

En annan verksamhetschef frågar sig var managementskiktet varit någonstans.

Men det som jag tror är den svåraste frågan det är ju även nu som har kommit på slutet för då har vi kommit väldigt långt och som jag tycker är fortfarande ottydligt och jag blev förvånad, enligt förra mötet, i 55-gruppsmötet då egentligen, när du själv var med och [forskaren] /.../ Att hur olika vi ser på processarbete, huvudprocesser, sjukhusets huvudprocesser, processägare, processansvarig. Hur mycket delade meningar det finns och hur mycket man har kvar att lära sig om det här. Det är verkligen inte tydligt än. Det tror jag egentligen är den största frågan med den största frustrationen fortfarande, för den hör jag fortfarande av många verksamhetschefer. Och jag är förvånad över vissa verksamhetschefer som var, de var inte alls med i vissa frågor. /.../ Förstod inte vad, hur en process kommer att, hur den kommer förlöpa. Att den går över både olika kliniker och områden att man har en processansvarig som i så fall måste kunna komma in i olika ledningsgrupper och dessutom då som den stora som den allra största, vad ska jag säga, inte problemet utan den största, den största frågan kommer att bli när väl de här processerna kommer att gå som det är tänkt då. Att man kommer från 'patient in – patient ut'. Vi kan ta diabetes, går över olika kliniker, vi har en processansvarig. De sitter i en processgrupp. Man konstaterar i processgruppen att vi tror att vi måste satsa mer på de här klinikerna eller där måste vi lägga mer tid på patienten. När vissa verksamhetschefer inte förstod överhuvudtaget att man kanske får släppa resurser till en annan klinik för det är så processer kommer att se ut. Den fanns inte i deras huvuden. Då blir jag förvånad. Vart har de varit någonstans? (Vc hösten 2005)

'Tésagt é té sagt' verkar regelbundet på sjukhuset tillsammans med omorganisering som sägs påverka klinknivån mest.

Då var det väldigt tydligt markerat i början, att det var ingen omorganisation. Samtidigt så börjar ju det ifrågasättas nu, för att nu börjar ju omorganisationerna... Det kan man ju fundera på, för att när man så tydligt markerat, det handlar inte om att göra om organisationen överhuvudtaget, när man formulerade LIFT-konceptet. Att sedan utfallet av det arbetet blir nästan hur många omorganisationer som helst. Alltså inte av sjukhusledningsstrukturen och områdesindelningen men av klinikstrukturer. Och det är den som folk... på golvet berörs mest av. /.../ Men det tycker jag är lite av ett trovärdighetsproblem, att det fortsätter ju, de diskussionerna runt akutkliniken nu och det fortsätter runt labben och det fortsätter runt andra små kliniker.

Marita: När skulle du säga att det dök upp? Att det skulle bli omorganisation?

Den diskussionen började ju direkt när man hade läkarseminarier och klinikledningsseminarier med medicinkliniken. Det var väl början av [20]03? Nej, början av [20]04, menar jag... Och då hade jag suttit under [20]02, [20]03 och sagt gång på gång att det handlar inte om omorganisationer. Jag hade rapporterat LIFT-projektet, eller LIFT-arbetet till mina medarbetare på medicinkliniken, som var direkt utsatta för det... Det vet jag inte om man har funderat på särskilt mycket... Jag kan ju se att om man vill skapa en bra ledningsstruktur så kommer ju det vi kallar ledstjärnorna att innebära att man får en omorganisation. Men då skulle man kanske inte tryckt så mycket på det i början att LIFT inte handlar om omorganisation, utan det handlar om och skapa ledningsstruktur, vilket kan innebära en omorganisation. (Chef i sjukhusledningen hösten 2005)

Ett förberedelsearbete har pågått en tid.

Och nu har vi förberett oss. Så nu går vi ju in i skarpt läge med etablerade och upprättade processer här 2006. Och har tagit fram funktionsbeskrivningar för ägare och... Ja, men det har varit ett förberedelsearbete som har pågått sedan april 2004... (Sd hösten 2005)

Vi har på sjukhusledningsmötet nu 11 januari [2006], fem, sex processer på bordet, tror jag. Då kommer det och rulla på ganska snabbt. (Chef i sjukhusledningen hösten 2005)

Kommentarer: Konsten att använda ett verktyg

I det här kapitlet har jag visat olika sätt att hantera LIFT-arrangemang och därtill relaterade händelser. Verkyget har använts till att samtala bland annat om en organisering i vad som kallas processer.

Sjukhuset har tidigare kunskande och visar genom LIFT talang och förmåga att arbeta med processororientering. Några verksamhetschefer uppfattar att de redan arbetar på det sätt som konsulter och forskare föreslår medan andra uppfattar processororientering som okänd inom sjukhusvården i Sverige och använder verkyget till att lyssna på och delta i de samtal som förs. Processororientering beskrivs handla om att göra moment tidigare och att tappa vissa moment som uppfattas överflödiga för att bland annat korta ledtider. Chefläkaren ser sig som patientens röst och vill se ett patientperspektiv i stark position gentemot ekonomin. Det blir också synligt att ord tappas då vissa delar inte översätts.

Att hitta ett tempo blir centralt för kopplade aktörer och det blir ett ”herrans liv” när kirurgkliniken skriftligt ber om att få upprätta processer inom ramen för den etableringsmodell som håller på att ta form på sjukhuset. I den osäkerhet som råder i

det tidiga skedet uppfattas en ”äkt oenighet”, då aktörerna inte vet hur processerna ska ta form. Energin som släpps loss uppfattas dras tillbaka i senare episoder – av formalisering i en modell som tar mer uppmärksamhet. Flera chefer visar dock kreativitet i användningen av verktyget.

Kirurgklinikens verksamhetschef både ”tjafsar” och försvarar klinikens arbete då de rådande omständigheterna på kirurgkliniken karaktäriseras av resursbrist och verksamhetschefen påtalar att läkarkåren vill delta inom den klinik han företräder. Tidigare praktiserade kliniken BOHICA – Den här gången försöker kliniken använda LIFT samt processororientering och hamnar i en ”liten lösning” och tappar ett halvår i tempo, som verksamhetschefen uppfattar det. Verksamhetschefen konstaterar att det inte blir rätt (även) om man svarar med ”tésagt é tésagt”. Verksamhetschefen uppfattar det som pågår som ett ”jätteprojekt” och att det ”hänt ofantligt mycket på två år”.

Ortopedklinikens verksamhetschef utses och visar intresse genom att agera som talesperson för verktyget och strategierna samt berättar om klinikens ”resa” – ”från atlantångare till ortopedisk flygmaskin” inom ramen för VGR. Baserat på de ny tillsatta tjänsterna som processansvariga bildas en ny klinikledning, där arbetet uppfattas avlasta verksamhetschefens arbetsinsats. Verksamhetschefen påtalar att han var en förespråkare för ”läkar-LIFT” och att det både blev ”ett helsike” att få läkarkåren att medverka i platsteam och att han fått positiva signaler från platsteamens arbete hitintills (vid det tillfälle språkröret talar för arbetet). Verksamhetschefen berättar att han använder de i LIFT-arrangemanget uppställda strategierna på ett varierat sätt. De han uppfattar dragande för verksamheten påbörjar kliniken ett arbete med och de övriga väntar de med. Genom att gå först och ”hoppa över” och ”låta det rulla på lite” använder och kringgår kliniken sjukhusnivåns strategier: De som uppfattas relevanta för klinikinivån försöker kliniken arbeta in där de passar.

Den praktiska bild som ögonklinikens exempel bidrog med fick namnet LIFT's sound of music och verksamhetschefen som kom att förkroppsliga, i LIFT-arrangemanget, rätt sätt att använda verktyget säger att LIFT visat både bra och dåliga exempel – en skillnad mellan att göra något och att inte göra det. De exempel som går bredvid ögonkliniken blir AVC, hud-, ortoped- och ÖHN-kliniken samt till viss del vuxenpsykiatriska kliniken, vilket får verksamhetschefer från andra kliniker att påtala att dessa karaktäriseras av att de är mindre kliniker med främst mottagningsdel och interna processer. Flera andra kliniker blir i arbetet ”svarta får”. En verksamhetschef frågar sig var managementskiktet varit någonstans då det inte såg ut som att cheferna tagit till sig vikten av att fördela och ”släppa” resurser över gränser. Områdeschefen för opererande specialiteter beskriver en skillnad mellan att ”bara slänga ut namnen” och att börja arbeta på ett sätt som drar till sig resurser – ”Det var någon som förstod vad det handlade om”.

De som går först i LIFT, hoppas sjukhusdirektör, forskare och konsulter, ska bli draghjälp, vilket också sker till delar. Flera verksamhetschefer inspireras av ögonklinikens sätt att rekrytera med hjälp av intern intresseanmälan som fick flera svar, varav flera kom från läkare, än det fanns platser till på till exempel ortopedkliniken. Det ser ut som att arbetssättet har dragningskraft.

Rekryteringsfrågan ses som central av flera verksamhetschefer då det uppfattas som svårt att rekrytera till flera tjänster i "Knalleland". Till exempel avråds verksamhetschefen för kirurgkliniken från att söka chefsjobbet av sina vänner och riskerar "skalpering" på sjukhuset. Om ekonomichefen behöver vara ekonom sätter fingret på frågan om närvaron av den medicinska kompetensen och sjukhusdirektören påtalar att internrekrytering kommit att bli allt viktigare.

Känslor går i sving både i form av hat – "på tydlig svenska" – och besvikelse. Sjukhusdirektören uttalar besvikelse över hur kösituationen ser ut på sjukhuset efter det arbete som genomgått och en verksamhetschef uttalar besvikelse över läkarkårens engagemang i LIFT-relaterade frågor. Och "det gör nog ont alltså" för dem som tar för givet att de ska bli huvudprocesser om organiseringen tar en annan väg, säger en områdeschef. Och det kändes som "nålstick" för den verksamhetschef som blev chef i en "tom" verksamhet. "Det gör ont, det gör ont" blir sjukhusdirektörens sammanfattning av hur det känns att "vinna hemmaarenan, men förlora bortaarenan".

"Tésagt é tésagt" verkar regelbundet på sjukhuset alltså tillsammans med omorganisering som sägs påverka kliniknivån mest – det som folk på golvet berörs mest av. Arbetsättet uppfattas ändra relationer som kan komma att förskjuta maktstrukturer. "Nu börjar det skarpa läget" efter ett förberedelsearbete sedan april 2004 med upprättande av fem-sex processer i januari 2006.

Kapitel 8. Tre språkrör pratar

Det här kapitlet följer händelseförloppet vidare och spänner över tidsperioden tidig vår 2007 till sen höst 2010 med ett kort tillägg för några rekryteringsannonser år 2012.

Språkrör talar för medicin, management och governance

I det här avsnittet kommer jag att presentera dels en granskning av LIFT och SÄS-modellen gjord på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i VGR och dels två (brand)tal från ett språkrör för medicin och språkrör för management. I februari 2007 publiceras granskningen, som läkarnas talesperson svarar på följt av att sjukhusdirektören och forskarna rapporterar arbetet till Vinnova – en skrift som publiceras i februari 2008. I delavsnitten som följer beskriver jag talet för governance⁶⁸, medicin och management inbördes för att därefter göra några jämförelser mellan vad som sägs i textobjekten.

Revisorer granskar SÄS-modellen på uppdrag av VGR

Västra Götalandsregionen: SÄS-modellen (2007) är namnet på en revisionsrapport gjord av konsulterna Anders Hellqvist och Lena Joelsson på Ernst & Young. I sidfoten står namnet på varje sida utom på sidan för innehållsförteckning. Där står det *Västra Götalandsregionen: Hantering av extraordinära händelser*. För VGR blir SÄS-modellen alltså något extraordinärt som måste hanteras – i bokföringen får man kanske gissa?

Revisionen har under de senaste ett till två åren efterfrågat information om vilka effekter utvecklingsarbetet har givit samt hur ledningen ämnar utvärdera den omfattande satsningen som gjorts under flera år. (Västra Götalandsregionen 2007, s. 2)

Granskningen syftar till att belysa arbetet med avseende på: hur arbetet styrts och organiserats utifrån mål, motiv och de tre bärande idéerna, hur motivet beskrivits och vilken nytta för verksamhet och ”kund” som eftersträvats och kommunicerats, genomförandeprocessen och stöd i den, medarbetarnas delaktighet, hur arbetet kommunicerats såväl inom sjukhuset som utanför, hur arbetet följts upp för att tillvarata erfarenheter och för att spåra verkningar samt tydlighet i beslutsprocessen. Granskarna påtalar att det pågår ”en annan stor förändring” parallellt på sjukhuset

⁶⁸ “Its central idea is that any community is engaged in a heavy debate about its own governance” (Douglas 1999, s. 228). Att introducera begreppet med hjälp av Mary Douglas gör jag för att visa att det också kan användas mer antropologiskt än det brukar inom statsvetenskapen, där det används för att beskriva förändrad samhällsstyrning som i större utsträckning än tidigare baseras på aktörer som kopplats samman till så kallade nätverk (t.ex. Pierre 2000). Jag använder governancebegreppet endast som ett motsvarande begrepp till medicin och management. Det är alltså ett område som kopplas till studien först i andra hand, likväl som medicin, då det är management som går i fokus för studien. Då mitt motiv inte är att gå långt med begreppet kommer jag inte att föra resonemanget vidare.

sedan några år tillbaka, som tar mycket tid och kraft – införandet av ett IT-system för både dokumentation och vårdadministration.

Hela verksamheten omfattas av granskningen med en inriktning mot medicinkliniken i Borås och Skene, kirurgkliniken, vuxenpsykiatriska kliniken i Borås, rehabkliniken samt ögonkliniken. De som intervjuats är presidiet (ordförande och vice ordförande från mandatperioden då LIFT bedrevs med hjälp av konsulter och forskare), sjukhusdirektör, områdeschefer, ekonomi- och planeringschef, personal- och utvecklingschef, chefläkare, processguider, LIFT-guider samt central samverkansgrupp. I de granskade⁶⁹ klinikerna har verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare intervjuats. Chefspersonerna har intervjuats enskilt och representanter för olika yrkesgrupper har intervjuats i grupp. De intervjuade läkarna är 23 till antalet som delats in i sex grupper. För de intervjuade, sammantaget 78 personer, har LIFT-modellen och SÄS-modellen varit synonymer anger granskarna.

När granskarna redogör för SÄS-modellens innehåll tar de upp 'verksamhetshjulet', de tre 'bärande idéerna' samt ledstjärnorna, som kallas centrala strategier. En av ledstjärnorna har lett till att läkarchefer tillsatts som nu "befinner sig på samma hierarkiska nivå som avdelningscheferna". Dessutom ingår "två organisatoriska principer" – platsteam och processteam, tvärfunktionella grupper som bildar respektive axel i en matrisorganisation. Granskarna redogör för att det finns platsteam på samtliga kliniker men att läkarnas medverkan i platsteam varierar. Granskarna nämner att läkarna på till exempel kirurgkliniken har svårt att prioritera dessa möten "i en redan pressad arbetssituation". Platsteam träffas cirka en gång i månaden och merparten av förbättringsförslagen rör omvårdnadsarbetet och administration. Processteam leds av en processägare, som ska vara läkare och som har mandat att styra hur vården ska bedrivas för en viss diagnos eller diagnosgrupp. Enligt sjukhusledningen innebär denna roll en ny karriärväg för läkarna. Merparten av processägarna har gått in i en ny roll men några enstaka som fått denna benämning har oförändrade uppgifter meddelar granskarna. Granskarna påtalar att det är platsteam som styr i praktiken och att de utgör "väl fungerande forum" för att arbeta med förbättringar i vardagen. Dock ser granskarna en risk med detta då det är uttalat att processteam ska styra och ge uppdrag till platsteam.

Först fanns det ett motstånd till platsteam för att det var nytt. Idag är den administrativa personalen och omvårdnadspersonalen vid de intervjuade klinikerna mycket positiva till detta arbete. På de ställen där läkarna inte deltar aktivt i diskussionerna beskrivs detta bromsa arbetet. Utväxlingen bedöms vara störst där alla berörda yrkesgrupper är aktiva. Eftersom processteam i begränsad omfattning kommit igång tas inte dessa upp när de intervjuade på klinikerna beskriver sin delaktighet. (s. 8)

⁶⁹ Se till exempel Emma Eks (2012) studie *De granskade*.

Granskarna redogör för sjukhusledningens bedömning om att 80 procent av verksamheten kommer att vara processororienterad ”inom några år” och bestå av 35-40 huvudprocesser för olika diagnoser samt därtill kopplade stödprocesser. Granskarna nämner att personal- och utvecklingsenheten har en central roll, då enheten bistår med resurserna till arbetet. LIFT-guider var stödresurser i LIFT och på liknande sätt har processguider utbildats för att stödja processägare och processteam med metodkunskap. En namngiven processguide finns knuten till områden och staber när rapporten skrivs.

Fokus i det fortsatta utvecklingsarbetet är processororienterat arbetssätt /.../ Också i denna fas har SÅS knutit forskare till sig. Medical Management vid Karolinska institutet har engagerats i arbetet. Sjukhuset har fått utvecklingsmedel från Hälso- och sjukvårdsavdelningen och personalstrategiska avdelningen, 6 Mkr under tre år. (s. 4)

Granskarnas analys⁷⁰ riktar in sig på sättet att dra förändringsprocessen och begrepp som begriplighet och rättvisa, vilka kopplas till procedurerna “*logik, transparens, delaktighet, möjlighet till omprövning samt trovärdighet*” (s. 3). Granskarna förtydligar att det handlar om upplevelsen av rättvisa – om det är “juste”.

Granskarna får liknade beskrivningar av de intervjuade och kommer med stöd i dessa fram till att det finns en logik i aktiviteter på olika platser i sjukhuset. Syftet är gott anser de flesta med ett par undantag.

De få som är mycket kritiska upplever att förändringen syftar till att förändra maktstrukturen, inte som ett medel för att förbättra verksamheten utan för att försvaga läkargruppen som traditionellt haft ett mycket stort inflytande över verksamheten. Den stora grupp som säger att intentionen är god uttrycker att syftet är att *effektivisera verksamheten*. Flera ser dock att *syftet är mångfacetterat*. De lyfter fram *gemensam målbild, helhetssyn, samsyn, delaktighet och yrkesutveckling*. För dem är detta överordnade värden och inte bara medel för att skapa en mer effektiv verksamhet. Det finns också exempel på grupper som säger att SÅS-modellen syftar till att *korta vårdköerna*. Några av de intervjuade efterlyser ett *större patientfokus*. (s. 9, min kursivering adderad)

Logiken har ”vuxit fram” redogör granskarna när de diskuterar möjligheterna till omprövning under arbetets gång.

⁷⁰ Referenser som anges i rapporten är: Kickul, J. (2001) When Organizations Break Their Promises: Employee Reactions to Unfair Processes and Treatment, *Journal of Business Ethics*, 29, s. 289-307, kopplat till begreppet “procedural rättvisa”. En annan utgångspunkt granskarna hänvisar till är KASAM-modellen (känsla av sammanhang) och begreppet begriplighet med hänvisning till Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och kultur. Ett annat begrepp som omnämns är ”psykologiska kontrakt”.

Förändringen har enligt de ledande aktörerna startat med ett *oskrivet blad* i frågan om *hur* det skulle gå till. Detta är också det intryck vi får men det finns personer som upplever att ledningen i praktiken suttit med färdiga lösningar men inte presenterat dem i syfte att skapa en känsla av att lösningarna tas fram i en gemensam diskussion. Huruvida ledningen varit benägen att ta intryck av synpunkter som framkommit är svårt att säga med det underlag vi har. (s. 13, min kursivering adderad)

Granskarna betonar att den lärprocess som aktörerna hoppas på går som en ”röd tråd” genom arbetet och blir synlig för dem som engagerats.

Att lära genom att göra går som en röd tråd i utvecklingsarbetet. Lärperspektivet är mycket konkret för ledningen. SÅS-modellens innehåll med bärande idéer, ledstjärnor, verksamhetshjul och processororientering har vuxit fram med stöd av vunna erfarenheter. Begreppet processororientering som idag är ett dominerande inslag i förändringsarbetet fanns inte med när det startade. Lärperspektivet är inte lika synligt för medarbetarna. Hur det ena steget lett till det andra i det sjukhusgemensamma förändringsarbetet behöver synliggöras för medarbetarna så att de får en större förståelse för de olika faserna. (s. 18)

Granskarna lägger också vikt vid transparens.

I intervjuerna med sjukhusledningen var det flera respondenter som beskrev att en viktig strategi är att ledningen ska verka för att alla frågor ska behandlas öppet på ett transparent sätt. ’Inga dolda agendor ska förekomma’. Vi har inte funnit tecken på att dolda agendor eller förtäckta budskap förekommit i anslutning till SÅS-modellen. (s. 10)

Frågor som dock framhålls som exempel på bristande transparens av medarbetare är resurs- och ekonomifrågor samt tillsättning av chefer och nyckelfunktioner, till exempel processägare, vilka tillsätts av sjukhusdirektören. ”Rekryterings- och tillsättningsprocessen är inte tillräckligt tydlig” menar granskarna men påpekar också att frågan om transparens bör ses i sammanhanget av att sjukhuset före år 2000 styrdes i informella strukturer av ”koalitioner av främst läkare”.

Vår tolkning är att ambitionen att formalisera styrningen fått en alldeles speciell inverkan på läkargruppens reaktioner. Eftersom det var läkare som tidigare hade tillträde till den informella arenan var det också för dem ett smidigt sätt att kommunicera i nätverken för att både påverka och skaffa sig information. Den läkare som hade tillträde till nätverken hade tidigare lättare att få en dialog med högsta ledningen (som då i realiteten var kliniken) än vad fallet är

idag. SÄS står idag i den något bekymmersamma situationen att ambitionerna att göra organisationen begriplig resulterat i en för läkarna svagare påverkanssituation. Även om organisationen är begriplig så har yrkesgruppen läkare fått släppa ifrån sig makt till andra yrkesgrupper. I sammanhanget är det dock viktigt att nämna att det förekommit motsättningar mellan grupper inom läkarkåren och ledningen innan utvecklingsarbetet startade. Att sjuksköterskor tillsatts som chefer över läkare är exempel på ett förhållande som väckt reaktion och skapat spänningar mellan läkare och ledning tidigare. Att läkare som inte är de kunnigaste specialisterna fått ledaruppdrag är ett annat. (s. 10f)

Granskarna betonar också att en ”paradoxal konsekvens” av att ”strukturera och formalisera ledningen” är att cheferna, som ses som huvudaktörer i SÄS-modellen, förväntas ta ett större ansvar än tidigare och därmed antas få ett större ”kontrollbehov”, vilket i sin tur leder till att de inte nöjer sig med att frågor hanteras informellt enligt rapporten.

Följden har blivit att kommunikationen sker i ’linjen’ vilket av många, främst läkare, uppfattas som trögt, oöverskådligt och enkelriktat. Ett sätt att kompensera denna brist är att sjukhusledningen oftare presenterar sina strategier och tankar till medarbetare på golvet för att på så sätt förklara i vilket sammanhang den närmste chefen agerar. Andra yrkesgrupper, däremot, tycks uppfatta formaliseringen av styrningen i helt motsatt riktning. SÄS-modellen har gett sjuksköterskor, undersköterskor och andra tillträde till eller åtminstone inblick i ledningsarenorna. ’Äntligen har vi ett gemensamt språk att utgå ifrån’ säger många. Det är uppenbart att dessa yrkesgrupper anser organisationen mer begriplig än tidigare. (s. 11)

Det ”ledningsdrivna” karaktärsdraget har av de flesta uppfattats som positivt men inte av alla. Granskarna pekar på två sidor av ”enighet i ledningen”. Å ena sidan framträder en gemensam bild av vad SÄS-modellen är och syftar till och granskarna betonar att de inte funnit något ”mantra”, tvärt emot har personerna ett ”personligt förhållningssätt” till modellen. ”Å andra sidan kan enigheten på flera nivåer leda till att konstruktiva kritiker inte kommer fram, att formen tar över för mycket på bekostnad av ett genuint förhållningssätt” (s. 12).

Alla i ledningen har beskrivit modellen och reflekterat över den på ett mycket självständigt och nyanserat sätt. Därtill ofta pedagogiskt. De chefer vi talat med verkar heller inte följa den slaviskt utan gör lite egna lokala tolkningar. (s. 12)

Granskarna tolkar förändringsprocessen som att den ”haft inslaget av stor” delaktighet bland chefer på verksamhetsnivå men nämner att det också finns undantag.

I intervjuerna vid en av klinikerna framgick en mycket stor skepticism, även på verksamhetschefsnivå. Här uppfattades SÄS-modellen väldigt mycket som ett diktat ovanifrån och ord om 'ideologisk tvångströja' användes. (s. 12)

SÄS utgör, enligt våra erfarenheter, ett sällsynt gott exempel på en ledning som, vad beträffar SÄS-modellen, är samstämmig och som står som huvudaktör. Det kan även hävdas att det ur medarbetarperspektiv är bättre att veta vad ledningen vill och står för (oavsett vad) än ovisshet. Som medarbetare har man lättare att förhålla sig till ledningen då. (s. 12)

Granskarna beskriver vidare att sjuksköterskor och undersköterskor inte ser några "problem i att formen är så pass tydlig och föreskrivande för hur planering, utvecklingsprojekt och möten ska hanteras". Dessa grupper ser "vinster i struktur och ordning i själva modellen". Läkarna reagerar ofta tvärtom och anser att modellen "helt och hållet är ett diktat uppifrån" och inte tillräckligt anpassat till läkarnas vardag. Läkarna i intervjuerna har gett uttryck för att de önskar sig krav på utveckling utan att förskriva hur. "Detta gäller inte alla läkare. I två av de sex intervjuerna med läkargrupper var inställningen i huvudsak positiv till förändringarna" (s. 12). Granskarna menar att det finns brister i delaktigheten när det gäller läkarna men ökade möjligheter till delaktighet för dem som arbetar med omvårdnad och administration.

Det finns ett undantag från principen om enighet och delaktighet. Några intervjupersoner menar att strategin mot processororienteringen beslutades av sjukhusledningen utan att frågan behandlats i breda diskussioner som blivit regel. Även om själva inriktningen mot att styra mer i processer har ett väldigt brett stöd i organisationen så innehöll själva beslutsprocessen en låg grad av delaktighet. (s. 13)

""Oenighet fram till beslut"" har följts konsekvent men ""55-gruppen' skulle må väl av att fler aktivt ifrågasatte de förslag och idéer som ledningen presenterar i denna grupp"" (s. 13) påtalar granskarna.

Uppslutningen kring att utvecklingsarbetet ska styras av ledningen är stor bland cheferna. Däremot ser flera att det är svårt att upprätthålla kreativitet och ansvarstagande i verksamheten om ledningen inte snabbt beslutar om frågor som har stor betydelse för det fortsatta förändringsarbetet på arbetsplatserna. Ett ledningsstyrt förändringsarbete kan medföra risk att ledningen blir en bromsklots, också detta är ett observandum för sjukhusledningen i det fortsatta arbetet. Den enighet i ledningen som finns inom SÄS är dock i sin helhet tämligen unik och en ypperlig resurs för det fortsatta processen. (s. 17, min kursivering adderad)

Granskarna menar att det idag är samsyn i 55-gruppen och ”även politikernivån är inräknad i denna enighet” (s. 17).

Efter en viss initial skepsis drivs idag ett aktivt arbete på klinikerna. Alla yrkesgrupper medverkar men engagemanget är mindre i läkargruppen. Det senare gäller framförallt på ett par kliniker där det finns en stark skepsis inom läkargruppen till det sätt som förändringsarbetet drivs på och framförallt mot att det är så starkt styrt av ledningen. Enligt flera läkare borde ledningen i högre grad överlämna beslut om både vilka förändringar som ska genomföras på kliniknivå samt hur det ska gå till. Modellerna som rullas ut blir överordnade själva innehållet och riskerar att motverka sitt eget syfte. (s. 18)

Granskarna passar på att ge både sjukhusledningen och de läkare som är kritiska ett påpekande om att de har ett delat ansvar.

Det är nödvändigt att sjukhusledningen har en kontinuerlig dialog med läkarna och att de tillsammans finner former för läkarnas delaktighet i det fortsatta arbetet om utvecklingsarbetet ska ge önskade resultat. Ansvaret för detta åvilar inte bara sjukhusledningen utan även de läkare som är kritiska. (s. 18)

Granskarna ifrågasätter trovärdigheten när det gäller att sjukhuset som helhet ska vara organiserat efter ”identifierade processer”. Sjukhusledningen menar att processetableringen kan ta upp till tio år. ”Här finner vi i intervjuerna en ganska utbredd tveksamhet till att sjukhuset tar ett så stort grepp på en gång”, menar granskarna.

En annan tanke som väcks bland de intervjuade är att ledningen underskattat förändringens omfattning, dvs att ledningen inte förstått vidden av de förändringar de initierat. (s. 10)

Riktningen att pröva metoden att tilldela ett ledningsansvar utifrån diagnosrelaterade processer som alternativ till en funktionsorganisation har dock ett brett stöd. ”Det som är problematiskt ur trovärdighetssynpunkt är att ledningen lanserat processorienteringen med sådan emfas och omfattning utan att kunna presentera svar på ett antal relaterade frågor” (s. 14). De obesvarade frågor intervjuerna pekar på är enligt granskarna:

- Går det verkligen att beskriva huvuddelen av verksamheten i termer av identifierade processer?
- Hur löser man gränsproblematiken mellan processerna? Precis som patienter idag kan hänvisas och slussas mellan olika kliniker kommer det väl bli så att patienter kan sägas tillhöra fler än en process? Hur närmar vi oss den frågan?

- Hur lär vi oss att arbeta i en matrisstruktur där processägarna ska samverka med resursägarna? Skapas inte ett väldigt stort kommunikationsbehov?
- Är det verkligen rimligt att definiera platsteamen som en sammanhållen operativ styrka i verksamheter som arbetar med patientrelaterade tvärprofessionella grupper?
- På vilket sätt ska den gamla resursägarorganisationen förändras? Om den ska kunna verka tillsammans med processägarna måste den också förändras men allt fokus verkar vara inriktat mot processägarrollen.
- Vad är skillnaden mellan multidisciplinärt arbete och samarbete över klinikgränser, som länge varit en förutsättning för att ge adekvat vård, och processorienteringen? (s. 14)

Granskarna poängterar att det är omfattningen snarare än processorienteringen i sig som de ser som riskfylld då ovanstående frågor inte besvarats. Granskarna pekar också på riskerna och sårbarheten med att ”hela satsningen” är så nära kopplad till nyckelaktörer i sjukhusledningen.

Sjukhusledningen kan bli, om den inte redan är, en flaskhals i det fortsatta arbetet. Vi noterar att en person är både personal- och verksamhetsutvecklingsdirektör vilket vi som granskare bedömer som ett alltför omfattande uppdrag, inte minst med tanke på dennes centrala roll i utvecklingsarbetet. (s. 15)

Granskarna menar dock att de flesta i ledningen ”mycket väl” kan företräda de idéer som SÄS-modellen utgör. Kopplat till trovärdighet betonar granskarna också att ledningen får ”ganska mycket” positiv återkoppling för sin uthållighet, vilket skapar lugn inom sjukhuset enligt granskarna. Sjukhusledningen uppfattas också stå upp för kritiken som riktas mot dem och framförallt sjukhusdirektören i media. ”Enighet i ledningen” uppfattas om genomförd och ”högst trovärdig” och ”engagera alla” uppfattas också som ”trovärdig”:

Speciellt där platsteamen och ibland processteamerna fungerar känner sig alla välkomna att delta med förbättringsförslag. Detta gäller även de flesta läkare även om många känner *tveksamhet inför det meningsfulla i arbetet*. (s. 14, min kursivering adderad)

Förutom att berätta om arbetet fokuserar granskarna på uppföljning, då det även utgör delar av idén – den tredje: ”uppföljning av resultat och lärande”.

Sjukhusledningen har inte haft någon tydlig ambition att exponera arbetet med SÄS-modellen för den övriga landstingsvärlden. Studiebesök har dock förekommit. (s. 7)

Ledningen har inte för avsikt att utvärdera arbetet. Däremot behandlas det i en bok som författas av doktorander vid Handelshögskolan. (s. 2)

Sjukhusledningen har inte gjort någon dokumenterad uppföljning eller utvärdering av LIFT eller SÄS-modellens arbete och resultat. Några forskare vid Handelshögskolan kommer dock att publicera forskningsrelaterat material utifrån deltagandet i LIFT-arbetet. (s. 8)

Granskarna saknar alltså både synliggörande och att arbetet spåras av sjukhusledningen. Granskarna letar efter om det gjorts någon uppföljning i både sjukhusets och klinikernas verksamhetsberättelser, på klinikernas webbsidor och om det skett på arbetsplatsträffarna. I klinikernas verksamhetsberättelser framgår det...

... hur många platsteam som finns, hur processteamerna börjat arbeta, vilka möten som genomförts samt vilken uppföljning som skett. *Verksamhetsberättelserna behandlar i större utsträckning formerna för utvecklingsarbete än konkreta resultat. Men det finns konkreta resultat i form av minskade väntetider och förbättrade rutiner som minskat tidsinsatsen för t.ex. sekreterare samt hur tid frigjorts så att läkare får mer patienttid.* Ögonkliniken visar exempelvis flera resultat. Platsteamens resultat följts upp regelbundet och resultatet synliggörs i de flesta fall på klinikens hemsida. Arbetet tas också upp på APT-träffar. Flera kliniker har samlat medarbetarna från klinikens avdelningar ett par gånger per år. Då har de berättat om utvecklingsarbetets resultat och utbytt erfarenheter över avdelningsgränser. Dessa möten har varit mycket uppskattade. Genom mötena har verksamhetschefen visat att utvecklingsarbetet är viktigt. *Det finns också spår av utvecklingsarbetet i sjukhusets verksamhetsberättelse. [...]. Goda exempel på resultat av utvecklingsarbetet har uppmärksammats i viss omfattning i personaltidningen och på intranätet.* (s. 8, min kursivering adderad)

När granskarna diskuterar verkningar består de främst av form:

Sjukhusledningen har valt att förlägga fokus i utvecklingsarbetet på formen. Hur ska dialogen föras, hur ska verksamhetsplaneringen redovisas och presenteras, hur ska möten ledas, hur ska kommunikationen i organisationen kanaliseras och hur ofta ska utvecklingsteam träffas, roller osv.? Formen innehåller till stora delar rådande teoribildning kring ledning och utvecklingsarbete och är dessutom gediget omsatt till en för sjukhuset egen strategi. Om den slutliga avnämaren, patienten och skattebetalaren, i slutändan ska kunna dra fördel av SÄS-modellen måste arbetet emellertid resultera i konkreta förbättringar av verksamheten. *Vi har inte kunnat hitta några tydliga verksamhetsprinciper eller generella metoder som fallit ut av utvecklingsarbetet.* Vi har sökt efter nya

strategier för tidbokning, dokumentation, arbetsfördelning, effektiv administration, logistik, förrådshantering eller andra principer som direkt skulle kunna användas på bred front. Med få undantag har intervjupersonerna på både ledningsnivå och medarbetarnivå helt fokuserat sina berättelser på den ovan beskrivna formen för planering och utveckling. Vi ser av flera skäl detta som en stor brist. (s. 15f, min kursivering adderad)

Granskarna letar vidare och blir förvånade när de finner att sjukhuset inte ägnat mer arbete åt att följa upp.

Av årsredovisningen 2005 framgår att *produktionen ökat* och att den främsta *orsaken står att finna i den satsning man gjort på utvecklingsarbetet men mer som ett generellt och ogrundat påstående*. Vi vill framhålla att det är *svårt [att] härleda orsaker och effekter i dessa frågor* och det faktum att produktionsökning och framsteg i kvalitetsvariabler erhållits tillsammans med en *god ekonomi* talar ett ganska tydligt språk. Den iakttagelse vi vill förmedla är att ledningen inte utnyttjat dessa effekter för att hantera problemen med det psykologiska kontraktet gentemot tvivlande läkare. Då vi efterfrågat exempel i intervjuerna har *vi fått flera konkreta beskrivningar på förändringar som ett resultat av platsteamens arbete*. Men som framkommit har det inte skett några systematiska uppföljningar och utvärderingar vilket gör det *svårt att identifiera resultat och bedöma vilka faktorer som påverkat resultatet*. Avsaknaden av systematiska uppföljningar på sjukhusnivå är en brist. Det är *förvånande* att inte större kraft lagts på detta då en av de bärande idéerna är att skapa uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring. (s. 16, min kursivering adderad)

Och det ser ut att bli svårt att karaktärisera verkningarna av arbetet.

Vad som är de direkta resultaten av utvecklingsarbetet är *svårt att definiera enligt merparten av de intervjuade*. Andra faktorer, t. ex. vårdgarantin, har också bidragit till förbättringar exempelvis kortare väntetider. Förbättringarna här skiljer sig heller inte från resultaten inom andra landsting. (s. 8, min kursivering adderad)

Granskarna både ser och tror på resultat då de uppfattar det som sitt uppdrag.

Vi har anledningen att tro att det finns en hel del konkreta effekter av utvecklingsarbetet men det bör sammanställas, belysas och användas i ett legitimeringssyfte. (s. 16, min kursivering adderad)

Granskningen visar att ett antal förändringar har genomförts på arbetsplatserna. Merparten av de exempel vi tagit del av framställs som och kan uppfattas som små men dess effekter ska inte

underskattas. *En väsentlig del i uppföljningarna är att visa på effekter.* När detta uteblir finns risk att värdet av det som diskuteras och genomförs inte får det mottagande som det förtjänar. En stor brist i det hittillsvarande arbetet är avsaknaden av systematiska uppföljningar och utvärderingar. Form mer än innehåll och resultat har uppmärksamats i uppföljningarna. (s. 19, min kursivering adderad)

Små förändringar kan dock få stora konsekvenser på sikt, påtalar granskarna.

Att fokuseringen på formen fått en olycklig inverkan på många läkare har tidigare beskrivits. Noterbart är dock att läkare i flera intervjuer antytt att *de frågor som plockats upp i platsteamen är av marginell betydelse för den övergripande effektiviteten.* Vid närmare påseende visar sig det handla om exempelvis utjämning av tidboken över dagen och ifrågasättande av vissa återbesök m.m. Sådana åtgärder kan i verksamheter med stora volymer få dramatiska effekter på tillgängligheten. (s. 16, min kursivering adderad)

Granskarna påtalar dock att det finns ett ”tydligt undantag” från avsaknaden av ”generellt giltiga principer” och ”konkreta verksamhetsprinciper” som de efterfrågar och det är att ”personer i sjukhusledningen har beskrivit att ett av de stora målen de kommande åren är synkronisering av arbetstider” (s. 16).

Sjukhusledningen anser sig enligt sjukhusdirektören varit medveten om att formen fått en allt för stor dominans på bekostnad av verksamhetsinnehåll och effekter. Det bedömdes vara nödvändigt att arbeta mycket med metodik och former då motiven bakom förändringarna är att sjukhuset ska stärka styrningen utifrån medicinska resultat och tillgänglighetsresultat, enligt sjukhusdirektören. (s. 16)

Den före detta konsulten berättar för granskarna vilka lärdomar sjukhusledningen, där hon då inte ingick, gjort:

Personal- och verksamhetsutvecklingsdirektören menar också att en lärdom för sjukhusledningen var att man överskattade verksamhetschefernas möjligheter att få resten av organisationen ’med på tåget’. Planer finns på att förbättra sig i det avseendet. (s. 11)

Granskarna försvarar initiativet till förändring som nödvändigt:

För att svara mot grundläggande krav på ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet var det således nödvändigt att ledningen vidtog åtgärder vid SÅS. Det utvecklingsarbete som bedrivs är inte unikt

för detta sjukhus utan har starka beröringspunkter med de förändringar som genomförts och genomförs inom sjukvården och andra delar av offentlig sektor. För att åstadkomma förändring såg sjukhusledningen att det var nödvändigt att stärka styrningen, skapa sammanhållen ledning, samt en kultur som främjar ett kontinuerligt förbättringsarbete. (s. 17)

... Och fäster hopp till ett nyligen påbörjat arbete:

Det målbildsarbete som inletts under hösten 2006 kan förhoppningsvis bidra till en ökad fokusering på resultat men det förutsätter att ledningen bjuder in verksamhetsnära företrädare i det arbetet. (s. 17)

Granskarna reser dock frågor när det gäller nedlagd tid och ger rådet att ”ledningen bör också överväga i vilken omfattning och i vilken takt förändringen ska göras” (s. 18).

Hur mycket förändringsarbete orkar medarbetarna i organisationen med, är en fråga som väcks bland de intervjuade? Och hur mycket förändringsarbete klarar verksamheten? Diskussionerna i platsteam och processteam liksom tiden för att bli förtrogen med nya system är viktig men tar tid och måste få ta tid. En konsekvens är dock att det ger mindre tid för patientarbete. Diskussionen kring tidsanvändningen reser två fundamentala frågor:

- Vilken omfattning ska utvecklingsarbetet ha?
- På vilket sätt kan en bättre effektuppföljning visa att den tid som ägnats utvecklingsarbetet betalar sig (med ränta) för patienten?”

Ett alternativt sätt att hantera tidsfrågan skulle kunna vara att rekrytera ’experter’ i form av logistikere, optimerare, systemvetare etc för att identifiera och utveckla generella arbetssätt. Detta som komplement till det lokala utvecklingsarbetet. (s. 19)

Kopplat till patientperspektivet frågar sig granskarna även: ”Vad är den direkta patientnyttan med att SÄS år 2010 har skapat en förbättringskultur i hela organisationen?” (s. 9)

Resultaten av förändringsprocessen och SÄS-modellen sammanfattas (s. 1; 15) som att den är en ”tydlig lednings-, planerings- och utvecklingsstruktur”, upplevs som ”logisk, konsekvent och uthållig”, ”genomsyras av enhetlighet [sic; enighet (s. 15)] i ledningen” då de ”allra flesta ledare tycks stå upp” för modellen och stöd ges från överordnade chefer, ”innehåller en bristande transparens i beslutsprocesserna kring processorganiseringen” samt ”brister i legitimitet [och förtroende (s. 15)] hos alltför många läkare i organisationen”.

Dessutom dras slutsatsen att SÄS-modellen och arbetet kring denna fram till idag i alltför hög grad varit fokuserad på formfrågor kring ledning och utveckling på bekostnad av konkreta resultatförbättringar. Sådana uppföljningar finns på verksamhetsområdesnivå men inte för sjukhuset i sin helhet. Konkreta resultat har uppnåtts men har inte sammanställts och använts som ett led i legitimeringsarbetet. (VGR 2007, s. 1)

Rapporten signeras 20 februari 2007 i Stockholm och i västra Sverige ger en läkarförenings språkrör respons.

Läkarkårens språkrör svarar på granskningen

Läkarföreningen Södra Älvsborg diskuterar revisionsrapporten i en skrift med ett skarpt gult försättsblad som finns tillgänglig på SLF:s webbsida⁷¹ *Tack – men nej tack: Artig sågning av SÄS-modellen i rapport från Revisionsföretaget Ernst & Young* undertecknad av ordförande. Revisorerna har en ”hovsam ton” enligt läkarföreningen som i sin text höjer tonläget.

Texten börjar med att berätta om SÄS-modellens bakgrund som en tillämpning av processorienterat arbete och LIFT: ”I läkargruppen skämtsamt uttytt till ’ledarskap i förvirring och trance’” (s. 1). Här beskrivs SÄS-modellen som en modell för verksamhetsstyrning, personalpolitik och vårdideologi. Skriften återger de tre idéerna så som de ”presenteras av dess förespråkare”: ge bättre resultat, utveckla chefer och ledare samt att öka medarbetarnas kompetens. Det är alltså läkarnas språkrörs översättning av SÄS-modellen vid den här tidpunkten.

Med en så tydlig målsättning borde det vara en enkel sak att med uppföljningsdata bekräfta SÄS-modellens stora användbarhet. Revisorerna upptäckte dock till sin, och faktiskt vår, häpnad att ingenting av detta finns att tillgå. (Läkarföreningen Södra Älvsborg 2007, s. 1)

Ordföranden pekar på att granskarna har svårt att urskilja direkta resultat samt att de inte funnit några förbättringar som skiljer sig från resultaten inom andra landsting, vilket läkarföreningen benämner som ”spiken i kistan”. Även ordföranden hänvisar till vad som uppfattas som en kommande utvärdering från Handelshögskolan:

I revisionsrapporten annonseras att SÄS-modellen också kommer att utvärderas av doktorander vid just Handelshögskolan i Göteborg. Det är således tänkt att konstnären själv ska betygsätta sitt verk. (s. 1)

⁷¹ sif.se/upload/25698/Tackmennejtack.pdf [finns tillgänglig för nedladdning 2010-02-03]

Läkarföreningen anser att SÄS-modellen framställs som ”ett genialt framgångskoncept för att lösa sjukvårdens effektivitetsproblem” (s. 1). År 2010 ska SÄS bli ’Det attraktiva sjukhuset’, vilket har beskrivits i en broschyr kallad ’[sjukhusdirektörens] målbild’. ”Rapporten bekräftar läkarkritiken av SÄS-modellen” är en rubrik som kallar försöket att införa, omvandla och använda SÄS-modellen för ett ”kostsamt fiasko” samt ”gigantiskt och dödfött slöseri”. Läkarkårens språkrör sammanfattar vad kritiken handlar om:

I allt väsentligt sammanfaller revisionens kritik med den kritik som läkargruppen under resans gång fört fram, men som av sjukhusledningen hittills avfärdats som negativistiskt gnäll från en liten klick missnöjda, äldre överläkare. Det gäller t ex uteblivna resultat, brist på utvärdering, den orimliga omfattningen av processarbetet, avsaknad av patientnytta, känslan av utanförskap i läkargruppen, bristen på kritiska synpunkter i ledningsgruppen, fixering vid organisationsformer istället för problembaserade lösningar osv. (s. 1)

När ordföranden diskuterar omfattningen hänvisar han återigen till revisorerna som påtalar att omfattningen ger trovärdighetsproblem samt att det ’står och faller med nyckelaktörerna i sjukhusledningen’.

Vi är alltför många som kan intyga hur personalen stött av otaliga möten och ödslat tiotusentals timmar av sjukvårdsarbete med att lyssna till konsulter som saknat varje begrepp om sjukvårdsarbetets detaljer och villkor och som jonglerat med en begreppsapparat som saknar bruksvärde och förankring i den medicinska vardagen. Eller för att uttrycka det med rapportens ord: ’Hur mycket förändringsarbete orkar medarbetarna i organisationen med, är en fråga som väcks bland de intervjuade’. Vad har alla möten kring LIFT- och Processororienterat arbete kostat i reda pengar, i produktionsbortfall och, inte minst, i dyra konsultarvoden? Vad finns det för personsamband mellan de konsulter som anlitas och sjukhusledningen? Det borde ha varit en självklar del av Ernst & Young-revisorernas arbete att de efterfrågat en detaljerad redovisning av detta. Många känner behov av ett sammanfattande ekonomiskt mått på utsävningarna. (s. 2, fetstil i andra delen av texten)

Inriktningen mot processororientering ifrågasätts med vad läkarföreningen kallar ”myten om sjukvårdens skriande behov av processororienterat arbete”, ”en populär och seglivad myt som bara hålls vid liv genom att upprepas i det oändliga!”, säger föreningen med exklamation.

Det framgår klart av rapporten att ’strategin mot processororientering beslutades av sjukhusledningen utan att frågan behandlats i breda diskussioner’. (s. 2, del av mening understruken)

Multidisciplinärt teamarbete anges som huvudargument för denna inriktning, vilket i beskrivningar av SÄS-modellen motiveras av att det stödjer helhetssyn och effektivt tillvaratagande av samlade resurser enligt föreningen.

I verkligheten handläggs fortfarande en överväldigande majoritet av alla patienter helt på sin hemklinik och hemavdelning. En mindre patientgrupp kräver kompletterande insats från en annan kliniks läkare. Detta klaras för det mesta av genom en enkel konsultation. En mycket liten grupp patienter kräver kvalificerad multidisciplinär handläggning, men det finns redan idag enkla former för att ordna det. (s. 3)

Läkarnas språkrör talar om sjukhusets medicinska praktik och ger exempel på hur man samarbetat tidigare:

Det existerar utan tvekan kliniköverskridande samarbetsproblem av olika slag. Men ironiskt nog var Borås lasarett ett pionjärsjukhus i fråga om goda lösningar på detta dilemma. Det multidisciplinära samarbetet kring bröstcancerpatienten på Borås lasarett (kirurgi, patologi, onkologi, radiologi, radiofysik) och patienter med sköld- och bisköldkörtelsjukdom (thyreoidearonden) var fullt utvecklade och ryktbara redan på 1970-talet. Samarbetet kring patienter med mag-tarmsjukdomar är ett annat gott exempel. (s. 3)

Införandet av ”floran av processororgan skapar otaliga frågor utan att lösa samordningsproblem” menar läkarföreningen och hänvisar till de punkter som redovisas av granskarna där granskarna markerar att processororienteringen är ’problematiske ur trovärdighetssynpunkt’. Med processororgan menar läkarföreningen platsteam, processteam, huvudprocess och stödprocess. Platsteamet är ”varken exempel på processarbete eller kostnadseffektiva” menar föreningen och vidare att de mer handlar om ’allas deltagande’ och ’engagera alla’ än verksamhetens behov.

Upplägget med regelbundna möten på schemalagd tid med obligatoriskt deltagande av all personal i stället för tidsbegränsade, problemorienterade *ad hoc*-grupper för de som är intresserade, leder till omfattande slöseri med sjukvårdstid och ger magert utbyte. Revisorernas kritik mot platsteamet – att de inte kan vara tvärprofessionella, dvs. processororienterade – sätter fingret på svagheten i logiken. Att platsteam i flera fall (utan deltagande av läkare; de var i starten portförbudna) suttit och beslutat om ändrade rutiner som direkt återverkar på läkarnas medicinska ansvarsområde och praktik visar också på den absurda, men upphöjda roll de tilldelats i SÄS-modellen. (s. 3)

Här säger föreningens ordförande att läkare var ”portförbudna” i teamet från början. Förespråkare för platsteamet uttalade att det blev svårt att få med så många läkare

som man önskade i teamen. Det kan gälla fortfarande, såvida förespråkarna inte ändrat sig.

Processorganens arbetsuppgifter, vilka som fick ingå i dem och hur rollfördelningen mellan grupperna skulle se ut har, alltsedan startskottet gick, varit ett sammelsurium och ändrats från tid till annan. Enligt en snapsidé⁷² (som gällde under en period) fick processägaren (den nya beteckningen för avdelningsöverläkaren) inte samverka med resursägaren (den nya beteckningen för avdelningssköterskan) i ledningen av en vårdavdelning – det som tidigare var ett nav i ledningen av avdelningsarbetet! I rapporten erkänner till och med sjukhusledningen för revisorerna 'att formen (dvs. att bilda grupper) har fått en allt för stor dominans på bekostnad av verksamhetsinnehåll och effekter'. (s. 4)

Läkarföreningen menar att det processorienterade arbetssättet "huvudsakligen [är] en papperskonstruktion i klinikernas verksamhetsberättelser" och handlade om att "försvaga kliniksystemet, dvs. den läkarledda organisationsmodellen" (s. 4).

I dagsläget finns det, i stort sett, bara ett mycket stort antal platsteam på avdelningar och olika enheter. De är, som revisorerna påpekar, förbättringsgrupper av traditionell typ. De sysslar inte med processorienterat, kliniskt arbete och är över huvud taget inget exempel på interdisciplinärt koordineringsarbete. I övrigt finns ett fåtal, nyligen inrättade, rudimentära huvudprocesser och några passiva processteam. Berget har, efter svåra och långa födslovändor, fött fram musen. (s. 4)

Platsteamet, "som åtminstone existerar i sinnevärden", ger "insmickrande rapporter" och är ett "substitut för processarbete". Läkarföreningen återger att revisorerna rapporterar att de funnit konkreta beskrivningar av resultat i personaltidningen och på intranätet, men dessa avfärdas som "anekdotiska rapporter [i] formen av små propagandanummer" av läkarföreningen. I den här avhandlingen ser jag dock anekdoter som intressanta och här kommer jag att använda mig av ytterligare en:

Ett typiskt sådant exempel är rapporten från ett platsteam på dagkirurgiska avdelningen om kortare vårdtid efter operation av gossebarn med *retentio testis*. Man redovisar ett antal åtgärder

⁷² Ordföranden kan referera till arbetet kring *Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna* (2008) och känna till dess kommande nämnda publikation av SNAPS, Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. Skriftens förord introducerar för övrigt med: "De nordiska läkarförbundens gemensamma arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS) redovisade senast 2004 en sammanställning över gällande specialistutbildningsbestämmelser i de nordiska länderna i den s.k. 'gula boken'. Förevarande utgåva är en reviderad version av "gula boken", där aktuella förändringar i bestämmelserna fram till och med april 2008 införts".

(mindre lugnande medel postoperativt, visa film om Bamse, ringa och informera föräldrarna dagen innan, inte invänta att pojken kan kissa före hemgång) som inneburit att den postoperativa tiden blivit mycket kortare. Inte med ett ord nämns att en ny operation införts som kan göras polikliniskt till skillnad från den traditionella metoden som krävde flera dygns sängbunden vård med betydande postoperativa smärtproblem. Snopen läsning fr a för den kvinnliga kirurg ([namn]) som infört *orchidopexi enl Bianchi*; en metod hon studerat och hämtat hem till sjukhuset och själv opererat ett stort antal gossebarn med. Resultaten har varit strålande och besparingen, med alla mått mätt, betydande. (s. 4f)

”LIFT – ouvertyren till SÄS-modellen – var riktad mot läkargruppen” (s. 5) är rubriken på ett avsnitt som pekar på att läkarna fått ’svagare påverkanssituation’ och ’fått släppa ifrån sig makt till andra yrkesgrupper’ i den ”nya ledningsstrukturen”. SÄS-modellen ger ökade ’möjligheter till delaktighet i verksamhetsutvecklingen för dem som arbetar med omvårdnad och administration’ och modellens införande har lett till ’bristande förtroende hos alltför många läkare’ anger författaren och förklarar att ”läkargruppen har inte abdikerat utan marginaliserats i offentlig sjukvård” i en annan rubrik (s. 6).

Redan under de inledande LIFT-mötena, ventilerade Handelshögskolans konsulter ogenerat fullständigt rabiata och löjeväckande läkarfientliga attityder. Läkarna fick veta att de var ’bakåsträvare’; att de var cementerade i ’föråldrade strukturer’ och att de som yrkesgrupp var ’obenägna till förändring’. Denna populistiska nidbild fick häpna läkare sig serverad, medvetna om att den moderna medicinen och allt kliniskt utvecklingsarbete, i alla tider och i alla länder tillkommit genom forskningsaktiva och vetenskapligt skolade läkares arbete i anslutning till sjukvård. [Sjukhusdirektören] har för egen del satt etiketten ’expert-öar’ på läkarna som, enligt henne, utgör det främsta hindret för ett effektivt förbättringsarbete i sjukvården! /.../ Idag existerar det *de facto* en djup och destruktiv motsättning mellan, på den ena sidan, delar av den offentliga sjukvårdens administrativa nomenklatura och delar av sjuksköterskegruppen och, på den andra sidan, läkargruppen. (s. 5f)

Ordföranden betonar här *delar* av den administrativa gruppen och *delar* av sjuksköterskegruppen men gör inte denna åtskillnad när det gäller läkargruppen och vidare att det främst är ”vissa sjuksköterskors maktanspråk” som bör ”granskas och belysas” enligt en rubrik (s. 6).

Under en lång följd av år har läkarna förlorat inflytande över verksamheten och över sin arbetsituation. I *allt raskare takt* ersätter sjuksköterskor läkare som chefer på klinisknivå och gör karriär som sjukvårdsadministratörer. Numera får man till exempel inte ens efterfråga medicinsk universitetsutbildning och specialistkompetens

i en annons till en klinikchefstjänst på en kirurgklinik eller en medicinklinik på SÅS. Annonsens tydliga budskap ska vara: läkare göre sig icke besvär! (s. 6, min kursivering adderad)

Annonserna kommer jag att återkomma till senare i kapitlet.

SÅS-modellen är särskilt intressant att granska därför att *utvecklingen har gått snabbare och längre* på Borås lasarett än på något annat större sjukhus. SÅS-modellen är ett extremt exempel på en konsekvent och genomgripande handlingsplan för att driva på och formalisera just denna utveckling. (s. 6, min kursivering adderad)

Enligt läkarföreningens ordförande har händelserna alltså gått långt och i rask takt.

Denna konflikt speglar en djupare liggande problematik i den nutida offentliga sjukvården. Läkarna suktar inte efter några chefstjänster; intresset har för länge sedan svalnat i takt med att *chefsuppdraget gjorts totalt oattraktivt ur ett läkarperspektiv*. Redan för 15 år sedan skämtades det på centrala klinikchefssammandragningar om att den enda anledningen till att någon kunde tänka sig att bli chef var att någon annan kunde bli det. Chefsuppgifterna medger inte längre några möjligheter till *personliga avtryck* eller stimulerande projekt. Det centrala innehållet i uppdraget överskuggas alltmer av *rutinmässiga förvaltningsuppgifter*. Trots detta finns ingen annan yrkeskår som kan leda utvecklingen av den medicinska verksamheten utifrån ett vetenskapligt perspektiv, med kunskap om internationella trender och med ett *kollegialt nätverk i ryggen som hjärntröst*. Vill offentlig sjukvård bara ha en chef som administrerar befintlig verksamhet eller vill man ha en *utvecklingschef* som också disponerar egna resurser? (s. 6, min kursivering adderad)

Ordföranden visar här vilket tidsperspektiv läkarkollektivet finner relevant att koppla diskussionen till.

Språkröret anser också att det är ”dags att syna de verkliga motiven bakom införandet av SÅS-modellen” och letar efter andra motiv än att det ”bara skulle vara en gigantisk felsatsning eller behovet av självförverkligande hos en överskattande ledning”. Språkröret utesluter att det är för att ”åstadkomma mer och bättre vård för pengarna” – om inte möjligen som en förhoppning eller försäljningsargument. Istället accentuerar språkröret att sjukhusdirektören ”är yrkespolitiker” samt tycker sig se ”mycket tydliga ideologiska förtecken i tillämpningen av SÅS-modellen, som bland annat kommer till uttryck i '[sjukhusdirektörens] målbild'” – ett dokument från hösten 2006. Läkarföreningens recept är: ”mångfald, konkurrens och valfrihet”, och författaren menar att läkargruppen är ”hänvisade till en arbetsgivarmonopolist inom offentlig sjukvård; en verksamhet som blivit alltmer centraliserad och tummelplats för

politiska intressen och luddig ideologi som slöja för särintressen” (s. 7) – Management som särintresse alltså.

Vad läkargruppen idag framför allt behöver är en arbetsgivare som förstår att uppskatta och premiera dess kompetens, dess hängivenhet för patientens sak, dess vetenskapliga intresse och strävan till utveckling av sjukvården. /.../ SÅS-modellen är ett belysande exempel på hur ett system som överlevt sig själv reagerar inför begränsade resurser, sviktande drivkrafter och ideologisk låsning! (s. 7, med delar i fetstil och delar understrukna)

Alternativet är avreglering och mer konkurrensutsatt verksamhet, menar föreningen.

Läkarna behöver arbetsgivare som eftersträvar ett prisvärt resultat och därför också efterfrågar medarbetare som förmår bidra till utveckling och kvalitet. Detta är en av många slutsatser som den kritiske läsaren av Revisionsföretagets Ernst & Young rapport kan dra. (s. 7)

Här sätts punkt för skriften med hänvisning till en referens ”för vidare studier”⁷³. Senare rapporterar forskarna arbetet till Vinnova och tar hjälp av sjukhusdirektören.

Förändringsspråkrör rapporterar organiseringsförsöket till forskningsfinansiär

I texten *Gamla hundar och nya sitsar* som publiceras i februari 2008 talar förändringsspråkrören med en annan ton:

I ett forskningsprojekt i sjukhusmiljö har ledning och forskare med *en ny metod* lyckats överbrygga misstro, rivalitet och hårt bevakade gränser mellan yrkesgrupper. Idag har sjukhusets chefer större helhetsansvar och vården börjar organiseras processinriktat över klinikgränserna, med utgångspunkt från patientens behov. Resultatet är tydligt: Vårdköer har försvunnit, väntetider har kortats markant och tillgängligheten förbättrats. Skicka chefen på kurs, starta ett projekt eller anlita en konsult. Det är standardrecept när något ska förändras på jobbet. De fungerar sällan. Eller möjligen ett tag. Sedan brukar vardagens vanliga mekanismer mala ner försöken till förändring. Forskningsprojektet *Det neoprofessionella sjukhuset* [kursiv i original] *var annorlunda*. Här trädde erfarna forskare in och arbetade uthålligt med förändring tillsammans med sjukhusledning, läkare och andra chefer. Cheferna fick börja med praktiken och därefter diskutera metoder och egna arbetssätt. Det blev många

⁷³ Lantz, K-Å och C. Wärneborn Schulz (2006) *Från stuprörssamhälle till flödessamhälle*, Konsultföretaget Uppsala Publishing House

omtag, men märkbara resultat nåddes som lever kvar i verksamheten. (Vinnova 2008, s. 53, min kursivering adderad)

Forskarna betonar att deras metod är ny och annorlunda. Även benämningen neoprofessionella visar att man har en önskan om att införa något nytt relaterat till professionella yrkesutövare och organisationer.

Forskarna utgick från vetskapen att den som ska medverka till en mer genomgripande förändring själv måste förstå djupet. Och den förståelsen och kunskapen måste bildas och prövas i det sammanhang den ska tillämpas, med många omtag. Först då kan mer djupgående och varaktiga förändringar ske. Det handlar således inte bara om att lära gamla hundar nya trick (teach old dogs new tricks), utan om att lära dem att sitta igen – fast på ett annat sätt än det invanda. Vid stora förändringar krävs det ett lärande där de inblandade ifrågasätter själva grunden för sitt synsätt, omprövar måttstockar och värdegrunder, ett paradigmskifte helt enkelt, säger [forskaren]. (s. 54)

Här framgår att det handlar om omfattande förändringar där deltagarna ska ifrågasätta ”själva grunden” för synsätt och värderingar. ”Gamla hundar” ska lära sig både ”nya trick och att sitta på ett nytt sätt”. Forskarna vill visa att alla kan lära sig – även ”gamla hundar”. Skriften beskriver vidare att det handlar om ”ledarutveckling genom verksamhetsutveckling” genom en ”horisontell och cirkulär lärandepedagogik” och att lärarna bör vara mer av ”auktoritativa handledare”, i bemärkelsen ”någon som är värd att lyssna på”, än just lärare.

En följd av detta blir att de utomstående experterna inte gör egna undersökningar, analyser eller föreslår lösningar. Det är eleverna själva som ska göra det med stöd, uppmuntran, spegling, konceptualisering, reflektion och annat från lärarna. Varken de externa konsulter som medverkade i projektet eller [forskarna] är sjukvårdsexperten. De gjorde därför inga egna analyser av hur verksamheten borde utvecklas, utan hjälpte berörda chefer på sjukhuset att själva hitta effektiva former för förbättringsarbetet. /.../ Sådant lärande leder i en övergångsfas – och den kan vara lång – ofta till förvirring och osäkerhet, ibland aktivt eller passivt motstånd. (s. 54f)

Cheferna fick göra en ”mental resa” och ”bygga ett nytt hus utan ritning”. Texten visar vad lärandet syftade till:

... lära sig se helheter: se patienterna som kollektiv, vad som är effektivt för sjukhuset som helhet och inte bara för den enskilda kliniken eller specialiteten, få ett mer extrovert förhållningssätt där även andra subspecialiteter och yrkesgrupper är viktiga för helheten. (s. 55)

Det är svårt att rå på organisationer med så många självständiga människor. Pengar kan kontrolleras, men inte arbetssättet. Därför är det viktiga att hitta andra former för att få med professionerna, berättar [forskaren]. (s. 56)

”Misstro mot management” är en delrubrik som handlar om läkarkåren och ”de så kallade administratörerna”.

Andra forskare har visat att de olika yrkesrollerna och traditionerna ofta leder till ömsesidig misstänksamhet och destruktiv antagonism från läkarnas sida gentemot uppifrån styrda omorganisationer och managementteorier. (s. 57)

Här betonar forskarna återigen att en ”destruktiv antagonism” föreligger. Texten beskriver också att det primära fokuset på mötena handlade om den processorientering som sjukhuset bedrivit, till exempel vilken väg en viss patient- och eller symptomgrupp går genom sjukhuset.

När cheferna arbetade konkret med frågorna i sin vardag på kliniker och avdelningar fanns konsulter på plats som seminariernas förlängda arm för att hjälpa, förklara, stötta och få något att hända.

– Sedan var det vårt jobb att reflektera, analysera och ibland provocera fram ytterligare handlingar. Vi har haft en aktiv roll och bedrivit både forskning och utveckling, säger [forskarna] (s. 57)

”Det krävs en ledning som vill, vågar och orkar” betonar forskarna samtidigt som de beskriver sin egen aktiva roll – ”en annan nyckel i arbetet vid sjukhuset låg i forskarnas egen akademiska ställning. Deras erfarenhet av universitetsvärlden fungerade som skrattpegel för läkarkåren” (s. 58). Och forskarna ser sig också som ovanliga konsulter:

– Vår egen bakgrund hade betydelse i sammanhanget. Det hade troligen varit svårare för ’vanliga’ konsulter att åstadkomma lika mycket. Vi hade helt enkelt trovärdighet och auktoritet i läkarnas ögon. Vi har kunnat tala om oss själva och våra erfarenheter som forskare, men på samma gång om läkarna och deras organisation, konstaterar [forskaren]. /.../ Många försök av den här typen är för korta. Det görs ett ryck och sen går allt tillbaka till utgångsläget. Det krävs långa processer. Vi höll på i tre år och fick någonting i rullning som ännu inte är avslutat. Högsta ledningen har också en enorm betydelse: hur den stöttar, att den har tålmod och inte lockas tillgripa traditionella metoder. För då kommer återfallet direkt. Läkarna säger ’vad var det vi sa’ och misstroendet ökar ännu mer mellan yrkesgrupperna. Det krävs också olika arenor och mötesplatser där yrkesutövare med olika logik och legitima

särintressen kan mötas för att diskutera, planera och utvärdera verksamheten, menar [forskarna]. (s. 58)

När skriften kommer in på verkningarna hjälper sjukhusdirektören som är ”nöjd med utfallet” till att beskriva att det blivit ”kortare köer och bättre för patienterna”, som delrubriken lyder.

Resultaten på sjukhuset är märkbara. Förtroendet mellan nivåer och specialiteter har ökat markant. Nya forum för strategi och diskussion har skapats. Våren 2007, efter över fyra års arbete, hade åtta processer godkänts och införts. (s. 58)

Sjukhusdirektören hänvisar till produktionsförbättringar och att det finns ett annat ansvarstagande i organisationen – ”det är inte längre ’förbjudet’ att ta ansvar. Kliniker med förbättringskultur delegerar väldigt få frågor uppåt, det är en tydlig markering.” (s. 59)

Sjukhuset har i dag lägre läkemedelskostnader än jämförbara sjukhus i Västra Götalandsregionen tack vare ökad medvetenhet bland sjukvårdspersonalen i kombination med bättre uppföljning och samsyn på val av läkemedel. Det processinriktade arbetssättet har också inneburit märkbara förbättringar för patienterna. Bemötande och tillgänglighet vid kassor och mottagningar har förbättrats: patienter tas snabbare om hand och telefontider har utökats. En rad mottagningar har också infört öppettider på kvällen.

– Från sjukhusledningen har vi inte gått ut och sagt att klinikerna ska hålla öppet på kvällarna. Det är något klinikerna själva kommit fram till tack vare ökad medvetenhet om att de kan arbeta effektivare om de gör avkall på enskilda önskemål om schemaläggning. (s. 59)

Vidare berättas att köer har försvunnit på vissa kliniker till exempel genom att sjukhuset sett över vilka läkarbesök som är befogade. Här omnämns ögonkliniken, hudkliniken och akutvårdscentralen. På ögonkliniken har de tidigare två år långa köerna till kataraktoperationer försvunnit.

Här såg läkarna över rutinerna och avskaffade en rad onödiga läkarbesök, till exempel efterkontroller vid lyckade operationer. Samtidigt ändrades remissarbetet så att patienter kan slussas direkt till operation från optiker och primärvård utan extra läkarbesök. På så sätt frigjordes 4 500 läkarbesök och kön försvann, berättar [sjukhusdirektören]. (s. 59)

Sjukhusdirektören tar också upp att sjukhuset klarat budgeten ”trots enbart noll till en procents uppräknig från politiskt håll” och att SÄS ligger bäst till jämfört med sjukhusen i Västra Götalandsgruppen när det gäller den statliga vårdgarantin. ”Det hade vi aldrig klarat utan vår inriktning på patientflöden.”

– Jag är nog mer förvånad än forskarna. Jag har själv arbetat i olika branscher och inte sett de professionella organisationernas särart på samma sätt tidigare. Problematiseringen här är så tydlig. Läkarna kan inte bara gå från A till B utan att vända och vrida på argument. Det ligger i yrkesrollen. De behöver evidens, ständigt – även inom områden de inte själva jobbar med. Så det är en trög process att gå från dialog till aktiv handling.

/.../

– Vissa saker kan man inte säga själv! Den stora tillgången var att forskarna kunde sätta läkarnas värld i relation till en annan omvärld. De kunde hänvisa till evidens, anhängiggöra resonemang utifrån teorier, forskning och praktisk erfarenhet. Det gav deras resonemang en annan dignitet och legitimitet. Det hade vi inte klarat själva, vi har inte samma ämneskänning. Man kunde efterhand se hur fördämningssluckan öppnades. Så mycket frustration och besvikelse folk har burit på! Vilka urladdningar! Tabubelagda frågor fick ventileras utan hämningar, cheferna blev varse sådant som var hämmande, berättar [sjukhusdirektören]. (s. 60)

Här använder sjukhusdirektören forskarnas kunskapspraktik som ”evidens” – en kunskapssyn som forskarna inte i första hand relaterar till sitt kunskapsfält.

Läkarna, som annars är vana vid att luta sig mot empiri och fakta, fick i rollen som chef bildligt talat bygga ett hus utan ritning. /.../ De kunde alltså inte arbeta evidensbaserat, vilket annars är ett bärande inslag i deras praxis som läkare. (s. 55)

Och här beskrivs det ”evidensbaserade” som problematiskt i relation till att arbeta med management.

Till sist skapades ett tillitsklimat på sjukhuset. När läkarna förstod att den här gången inte var någon ny modemetod eller teknik som skulle testas skapades en samtalsgrupp som fungerade. De insåg att det fanns en seriositet, en medveten önskan om att faktiskt greppa det. Ett ärligt uppsåt.

– Det krävs en sann vilja från ledningen att hålla ut. Först då händer det något i en organisation. Det har varit en intressant resa! Som ännu inte är avslutad. Vi har många processer kvar att sätta, konstaterar [sjukhusdirektören].

Sjukhuset fortsätter nu på egen hand med egna utbildare som driver arbetet vidare. När alla processer och steg däremellan är klara ska

det finnas 30-35 huvudprocesser som följer diagnosgrupper genom hela omhändertagandet.

– Vår avsikt är att vara där vid utgången av 2010. Så lång tid tar det, säger [sjukhusdirektören] (s. 61)

Rapporten avslutas med en tonad ruta som summerar arbetet samt med kontaktuppgifter till forskarna och sjukhusdirektören:

Forskningsprojektet vid SÄS har därmed visat att förändringar kan åstadkommas i professionella organisationer om det finns förutsättningar för ett djupare lärande. /.../ Det är en lång process som kräver tålamod, tillit, reflektion och ett ärligt uppsåt från ledningen. Men när det väl har förankrats i organisationen kan påtagliga positiva resultat uppnås för chefer, medarbetare och tredje part, i det här fallet patienterna. (s. 61)

Kommentarer: Olika tongångar ger energi till organiseringsförsöket

I de föregående delavsnitten har jag visat tre olika tal – för governance, för medicin och för management. Det förstnämnda: för huvudmannen, ägaren och arbetsgivaren – här främst VGR men också SKL – hålls lågmält jämfört med de för management och medicin. Här kommer jag att samla ihop några likheter och skillnader med avseende på talens argumentation samt kommentera några av de ordsammansättningar som blir till i stundens hetta.

Språkrören för governance betonar att form har gått före innehåll och även sjukhusledningen anser att formen fått för stor plats enligt revisionsrapporten. Granskarna blir *förvånade* över att utvärderingar saknas, vilket de ser som en brist främst i legitimeringshänseende. Ytterligare en kommentar från granskarna är att de ifrågasätter arbetets omfattning, emfas och takt kopplat till hur mycket ”förändringsarbete” som personalen orkar med och i vilken takt arbetet införs relaterat till möjligheten att upprätthålla kreativitet. Dessutom ifrågasätts vidden av processorienteringen och granskarna visar på en bristande transparens när det gäller just införandet av densamma. Vidare finner granskarna att förtroendet brister hos allt för många läkare. Granskarna uppfattar en tveksamhet inför det meningsfulla i arbetet. Kirurgkliniken anges som exempel på klinik som har svårt att medverka i platsteam på grund av en redan pressad arbetssituation enligt granskarna. Granskarna betonar att patientperspektivet skulle kunna fokuseras mer och hänvisar även till skattebetalarna.

Hur blir det nu då med verkningarna hittills? Granskarna säger såväl att *det finns konkreta resultat* som att *de tror att det finns konkreta effekter* samtidigt som de säger sig *inte ha funnit några tydliga verksamhetsprinciper eller generella metoder*. För att sammanfatta: Granskarna har funnit form före innehåll, att det finns konkreta resultat (minskade väntetider, förbättrade rutiner som minskat tidsinsatsen för sekreterare

samt frigjörd tid för läkare, utjämning av tidboken och ifrågasättande av återbesök som kan få stora konsekvenser på sikt), att det finns spår av arbetet i sjukhusets verksamhetsberättelse och goda exempel i personaltidning och på intranätet samt att produktionen har ökat, dock som ett ”generellt och ogrundat påstående”. Dessutom har granskarna fått flera konkreta beskrivningar på förändringar som ett resultat av platsteamens arbete. Varför stannar granskarna med att tro att det finns verkningar – varför berättar de inte om de konkreta exempel de fått? Genom att inte beskriva de konkreta exempel de säger sig ha fått men samtidigt sakna i det de granskar gör granskarna på ett liknande sätt som det de kritiserar både programmet och sjukhusledningen för. Granskarna hänvisar dessutom till att det saknas uppföljningar och att det därför är svårt att identifiera verkningar. Men är det inte just den aktiviteten granskarna ägnar sig åt? Behöver granskarna en föregående granskning för att kunna göra uppgiften de tar på sig – Vad ska den första granskningen i så fall innehålla?

Andra faktorer som kan ha påverkat resultatet är vårdgarantin och en god ekonomi påtalar granskarna, eller anser granskarna att arbetet medverkat till att skapa den goda ekonomin? “Förbättringarna här skiljer sig heller inte från resultaten inom andra landsting”, konstaterar granskarna dessutom, men det syns inte i rapporten att granskarna har studerat andra sjukhus. ”En väsentlig del i uppföljningarna är att visa på effekter”, skriver granskarna som har svårt att visa på verkningar – betyder det att de inte gör arbetet rättvisa? För ett resultat som visar uteblivna verkningar verkar inte bli en variant för governance. Där gick gränsen för granskningen.

Granskarna fäster hoppet till 2006 års ”målbildsarbete” och här låter det som att granskarna rekommenderar en uppdaterad version av ännu ett LIFT-arrangemang. Borde inte sjukhusledningen enligt granskarnas egen argumentation gå ut på kliniker och i team och samla in de resultat som redan finns? Istället rekommenderar granskarna att sjukhuset ska dra igång ytterligare ett förnyelseförsök. Och i det fortsatta arbetet har sjukhuset kopplat Medical Management vid Karolinska institutet – närmare medicinen än Företagsekonomiska institutionen låter det som – och dragit till sig ytterligare 6 Mkr i tre år, visar revisionsrapporten och tillför samtidigt ny data.

“Uppslutningen kring att utvecklingsarbetet ska styras av ledningen är stor bland cheferna”, skriver granskarna. Här kan jag som läsare inte hålla tillbaka ett leende då jag finner meningen komisk. Granskarna kan avse att verksamhetscheferna och avdelningscheferna ansluter sig till att sjukhusledningen drar arbetet? Eller är formuleringen kanske ett sätt för granskarna att ifrågasätta graden av styrning sjukhusledningen försöker införa? Eller får man tro att (även) granskare kan ha humor (jfr Douglas 1975/1999; Watson 1994/2001; Critchley 2002)? Cheferna har ju visat på en del skämt, skratt och fniss, som visats i tidigare kapitel.

Medicinens språkrör kopplar till revisionsrapporten och uppger att den framför viktiga delar i läkarkårens kritik. Ordföranden pekar specifikt på en fixering vid form framför innehåll kopplat till en begreppsflora som inte anses användbar relaterad till medicinsk praktik samt en uppfattad avsaknad av patientnytta. Ordföranden betonar redan befintligt och därtill ryktbart multidisciplinärt arbete som pågått sedan 1970-talet. Satsningen medför inte något nyttigt, enligt ordföranden, och motivet uppfattas

vara att försvaga klinisksystemet. Ordföranden påtalar att chefsuppdraget är oattraktivt ur ett läkarperspektiv och att sjuksköterskor blir chefer i allt snabbare takt. Språkröret för medicin betonar dels det enskilda – ”personliga avtryck” – och dels det för läkarkåren kollektiva – ”kollegialt nätverk i ryggen som hjärntrust⁷⁴”.

Läkarnas situation uppfattas vidare som marginaliserad och som ett utanförskap. Handelshögskolan sägs dessutom ha läkarfientliga attityder och sjukhusdirektören kopplas till sin före detta roll som yrkespolitiker.

Ordföranden blir *håpen* över att utvärderingar saknas och pekar på en förmodad *snopen* läsning för den kirurg som infört en operationsmetod som medfört ”vida besparingar” men som trots allt inte framhålls i diskussioner kring utvecklingsarbete. Ordföranden betonar kostnaderna med försöket och dess konsultinsatser och påpekar att tiotusentals timmar är nedlagda och räknar dessa som produktionsbortfall. Ordföranden betonar läkarnas kompetens, hängivenhet inför patienterna, vetenskapliga intresse och stråvan till utveckling av sjukvården. Arbetsgivaren bör därför efterfråga ett ”prisvärt resultat” och medarbetare som bidrar till utveckling och kvalitet. Ordföranden talar om förändring och frågar sig om sjukhuset vill ha chefer som administrerar eller utvecklingschefer med egna resurser. Det här tolkar jag som att ordföranden i lika hög grad som språkrören för management betonar vikten av just förändring.

Språkrören för management betonar att köer minskat, onödiga läkarbesök avskaffats, att förtroendet mellan yrkesgrupper och nivåer stärkts – att LIFT-arrangemangen skapat ett tillitsklimat, att nya forum för strategi skapats och att ett antal processer införts. Vidare hänvisas till produktionsökningar, lägre läkemedelskostnader och ett ökat ansvarstagande samt att bemötande och tillgänglighet ökat, till exempel utökade telefontider och mottagningar med öppethållande på kvällen. Till akuten har läkare rekryterats, vilket också inverkat positivt på köerna. Sjukhuset har klarat budgeten – trots låg uppräknings, och ligger bäst till när det gäller den statliga vårdgarantin jämfört med sjukhusen i regionen. Till utgången av 2010 ser sjukhusdirektören 30-35 huvudprocesser i blivande. Sjukhusdirektören blir *förvånad* över den professionella organisationens särart och managementspråkrören talar om ”gamla hundar” som ska lära sig sitta på ett annat sätt. Och sjukhusdirektören hänvisar till patienten som tredje part i rapporten till Vinnova (2008). Vilket konstigt sätt att argumentera – patienten som tredje part. Är det möjligen en förtäckt kritik av programmeringen?

Jag noterar att språkrören inte i någon av skrifterna talar om problemformuleringarna – ”Rolling Stones” som används av konsulter, forskare och sjukhusdirektören inledningsvis. Granskarna pratar dock om ”trappan” (VGR 2007, s. 9), ett retoriskt försök av forskare och konsulter att vända upp och ner på argumentationen och placera sjukhusledningen – top management – nederst på en trappa vars trappsteg går upp mot team.

⁷⁴ Svenska Akademiens ordlista (2006) Trust: sammanslagning av företag under gemensam ledning för att skapa monopol; *Nationalencyklopedin (NE)* (2009) Hjärntrust: grupp av experter som utför intellektuellt avancerat arbete (t.ex. problemlösning eller utredningsarbete).

Både språkrören för governance och för management betonar vad som går för beteckningen lärperspektivet och använder kunskapsargument som en viktig del för arbetet. Dock säger granskarna att lärperspektivet bör tydliggöras för alla medarbetare, vilket är något annat än att säga att medarbetare bör medverka i en fortsatt läroprocess. Det låter som att medarbetarna bör få reda på hur en utvidgad sjukhusledning lärt sig. Granskarna nämner meningsfullhet och kreativitet. Inte som något som de funnit utan snarare något som de uppfattar som en brist eller riskerar att bli en. *Hur* man skulle göra var ett oskrivet blad samtidigt som formen kommit i förgrunden – som ”tydlig och föreskrivande” – och *vad* man skulle göra var i andra uttalanden något man skulle komma fram till tillsammans. Det ser ut som att det ingår i argumentationen att de började från noll. Språkrören för management respektive medicin har olika uppfattningar om det mesta. Det är intressant att notera att de har en samsyn om en sak: att det finns en *antagonism* och *destruktiv motsättning*.

Jag har visat att granskarna har en dubbeltydig uppfattning kring vilka verkningar arbetet skapat. Å ena sidan betonar de konkreta resultat (att de finns och att de tror att de finns) och å andra sidan saknar de konkreta verkningar och någonstans på vägen glömmer de att ge exempel på de resultat de säger sig ha funnit. Medicinens språkrör använder resonemanget och säger att det blev ”spiken i kistan”. Lika dubbeltydiga som granskarna förhåller sig till verkningarna är medicinens språkrör när det gäller omfattningen av förändringarna. Förändringarna som Handelshögskolan medverkat till är marginella samtidigt som utvecklingen inte gått så snabbt och långt på något annat sjukhus och omfattningen uppfattas som orimlig. Platsteamet uppfattas mer till för personalen än för verksamhetens behov samtidigt som de påtalas ha en verkan på medicinsk praktik genom de beslut som fattas där och processteamet uppfattas som passiva. Ordföranden talar istället för tillfälliga grupperingar för dem som är intresserade.

Och återigen – hur blir det nu då med verkningarna? Granskarna hänvisar dels till doktorander och en bok och dels till forskare och forskningsrelaterat material. Hänvisningen görs till Handelshögskolan som ett sätt att försöka ge arbetet legitimitet och granskarna ser ut att föreställa sig att Handelshögskolan åtminstone ska kunna rätta arbetet när sjukhusledningen inte verkar vilja göra den uppföljning som förväntas ingå. Läkarföreningens ordförande påtalar att “konstnären själv ska betygsätta sitt verk”. Och forskarna ser sig som både forskare och ovanliga konsulter – kanske kan de hjälpa.

Offentligt prat

Det här avsnittet handlar om hur debatten förskjuts till media återigen. Diskussionen kopplar både till LIFT och SÄS-modellen samt går vidare till andra frågor som uppfattas relevanta för sjukhuset. Tidsramen för de artiklar som (re)presenteras är våren 2007 till hösten 2010.

En attitydundersökning, rekrytering och löner skapar hetta

Vartannat år görs ”klimatundersökningar⁷⁵” på sjukhuset och den från hösten 2007 debatteras flitigt i media:

Den 14 december 2007 meddelar en rubrik: ”Enkät på SÅS visar på stort missnöje” i *Borås Tidning* (BT). Artikeln rapporterar att det är Svenskt Kvalitetsindex⁷⁶ (SKI) som gjort personalenkäten på uppdrag av sjukhusledningen. Verkställande direktören vid SKI uppger att det är en av de största studierna som gjorts på ett enskilt sjukhus i Sverige: 4000 anställda har deltagit i enkäten och svarsfrekvensen är 80 procent. Enkäten syftar till att mäta nöjdheten med utgångspunkt i olika aspekter och bland olika yrkeskategorier. Svaren presenteras i ett index, kallat Nöjdmedarbetarindex (NKI), från 0-100 där 60 och däröver anses acceptabelt medan därunder ”visar en situation där det finns väldigt mycket att arbeta med”, enligt SKI. Resultatet av enkäten visar att ”nöjdheten bland medarbetarna i stort får siffran 59,8” i indexet. Journalisten gör en jämförelse med vård och omsorg i Västra Götaland som får 64,7 och med sjukvården i Sverige som får 70 samt med hela den offentliga och privata sektorn i landet som får 71,2 enligt SKI:s nationella mätning.

Personalens missnöje vid SÅS gäller främst sjukhusets ledning, sjukhusets framtoning, möjligheten till utveckling i jobbet, lönen samt möjligheten att påverka sina arbetstider. Ett dilemma för ledningen är att de anställda i mycket stor utsträckning inte tycker att SÅS är en arbetsplats de är stolta att arbeta på. Bland verksamheterna är missnöjet störst bland de opererande specialiteterna.

– Det är inom opererande specialiteter som vi har de största problemen. Det har skett många förändringar där, säger [namn], chef för personal- och verksamhetsutvecklingsenheten.

Minst nöjd på sjukhuset är läkarna, där AT-läkarna är den i särklass minst nöjda gruppen. Den mest nöjda gruppen, återfinns bland den administrativa personalen. (BT 2007-12-14 [hämtad från bt.se])

Enkäten har också mätt andelen anställda som ”kan betecknas som eldsjälur,

⁷⁵ Attitydundersökningar blev populära i managementcirklar på 1930-talet. De utvecklades så att de som engagerade sig i management kunde lära sig om arbetarnas känslor gentemot deras jobb, men de syftade inte till att management skulle inkludera att göra arbetet mindre tråkigt och enahanda, mindre alienierande eller mindre skadligt för hälsan. Istället användes de för att öka kontrollen över nyckelaspekter på arbetsplatsen (Collins 1998).

⁷⁶ ”Arbetet med Svenskt Kvalitetsindex drivs inom ramen för ett särskilt institut. Bakom driften står också den internationella organisationen EPSI Rating (European Performance Satisfaction Index) som håller i jämförande mätningar i närmare 20 länder. Forskning och utveckling inom ramen för kvalitetsmätningarna sker reguljärt vid SIQ (Institutet för Kvalitetsutveckling) och HHS (Handelshögskolan i Stockholm). Detta garanterar såväl kvalitet som opartiskhet, oberoende och integritet i arbetet. SKI är det enda instrumentet för mätning och presentation av brukarnas bedömningar på samhällsnivå” (kvalitetsindex.se 2010-02-09).

kärnarbetare, soffliggare och 'förlorade själar'". SKI:s vd förklarar att "kärnarbetarna" är personal som garanterar att verksamheten fungerar – de som "tar ansvar" och "gör jobbet", vilka bör utgöra drygt hälften av personalen, påpekar vd:n. Vid SÄS utgör denna kategori 34 procent. De "förlorade själarna" är de som inte vill vara med och förändra. De utgör 24 procent vid SÄS, vilket journalisten jämför med 12 procent i "offentlig verksamhet i allmänhet".

– Det är mycket bekymmersamt. Vi måste öka antalet kärnarbetare, säger [chefen för personal- och verksamhetsutvecklingsenheten] och prioriterar sjukhusets framtoning som viktigt att arbeta med. (BT 2007-12-14)

Två dagar tidigare, den 12 december 2007 återfinns en artikel i samma tidning som har rubriken "Läkarföreningen: 'SÄS är fientligt'". Läkarföreningen "skräder inte orden" i sin verksamhetsberättelse eller på sitt nyligen hållna årsmöte när de kritiserar sjukhusledningen och SÄS-modellen, skriver journalisten. Sjukhusledningen beskrivs som 'den besvärliga arbetsgivaren' som har en "läkarfientlig hållning" och skapar en 'räddhågsen tystnad och stryktäckhet' bland personalen. Läkarföreningen anser att detta märks i "försämrad arbetsmiljö, underbemanning och högre krav på arbetstempo".

Är det så att personalen på SÄS inte vågar uttrycka sin åsikt till arbetsgivaren?

– Det har varit värre än det är idag och det beror på att vi från den fackliga sidan har gått på hårt om detta [och] spottat upp oss rejält. Men det finns kvar. Det märker vi bland annat på problemen vid kvinnokliniken, säger [namn], läkarföreningens ordförande.

I er verksamhetsberättelse noterar ni också att inte mer än hälften av verksamhetscheferna är läkare. Är det viktigt?

– Ja, det tycker vi, för det är det medicinska innehållet i verksamheten som är det centrala. På alla akademiska sjukhus har man läkare som verksamhetsledare. Där man har höga krav på verksamheten har man inte kunnat överge det. Men här på SÄS har man skapat villkor som missgynnar läkare att söka.

I verksamhetsberättelsen karaktäriserar Läkarföreningen sjukhusledningen som en 'besvärlig' arbetsgivare.

– Ja, det är en understatement. Sjukhusledningen har en allmänt njugg inställning till personalen. Uppriktigt sagt, jag tycker SÄS är ett rent konkursbo idag, säger [läkarföreningens ordförande]. (BT 2007-12-12)

Den 2 och 15 mars 2008 kommenterar ordföranden för läkarföreningen SKI:s undersökning på debattsidan under rubrikerna ”Större missnöje har aldrig uppmätts” samt ”Kostsamma experiment på SÄS har inte gett några resultat”. I debattartikeln från den 2 mars påtalar ordföranden att SÄS siffror är det ”sämsta resultat som SKI någonsin har fått fram.”⁷⁷ ”Mest missnöjd är personalen med sjukhusledningen” och ”missnöjet är allra störst bland personalen inom de jourbelastade klinikerna, inom opererande specialiteter (kirurg-, ortoped-, kvinno- och röntgenklinikerna samt akutsjukvårdscentralen).”

Med detta utgångsläge vad gäller sammansättningen av personalgruppen och stämningen hos medarbetarna ska SÄS nu ta bort var sjunde vårdplats, minska personalstaben med 200-300 personer och spara 125 miljoner. Samtidigt har sjukhusstyrelsen bestämt att produktionen av sjukvård inte ska påverkas utan bibehållas på samma nivå som tidigare. (BT 2008-03-02)

Debattartikeln den 2 mars 2008 kompletteras av ett foto från BT:s arkiv med bildtexten ”Sjukhusdirektören [namn] får på pälsen också i dagens BT”. Fotot visar sjukhusdirektören där hon står vid en ingång till sjukhuset med Borås Tidning i händerna. Tidningens förstasida (från 2006) är uppvänd mot kameran och huvudrubriken lyder: SÄS sämst i landet⁷⁸. Sjukhusdirektören tittar ner – det ser ut som att hon läser.

* * *

”Läkare göre sig icke besvär – om utannonseringen av klinikchefstjänster på Borås lasarett” är rubriken till en debattartikel skriven av ordföranden för läkarföreningen i *Läkartidningen* (nr 14-15:2007). Det är öron- näs- och halsklinikerna samt kirurgklinikerna som önskar nya chefer. Artikelförfattaren ifrågasätter att det inte krävs läkarutbildning för chefsposterna. Istället efterfrågar annonsen någon som ’vill utveckla verksamheten genom processtänkande’. Vidare reagerar ordföranden på att ’chefstjänster på sjukhuset tillsätts som heltidstjänster utan grundanställning inom klinisk profession’. Den som kan komma att söka tjänsten, enligt ordföranden, är den som:

1. inte har en tanke på att återgå i sin profession utan planerar att arbeta vidare i administrativ verksamhet

⁷⁷ I artikeln anges SÄS andel till 58 procent för ’nöjdhet’ i indexet (59,8 i artikeln från 14 december 2007). På SÄS utgörs ’drivande och/eller trygga medarbetare’ av 43 procent och ’soffliggare, förlorade själar och zappare’ av 57 procent enligt artikeln, vilket jämförs med 64 respektive 36 procent för offentlig sektor (BT 2008-03-02).

⁷⁸ Varje år betygsätter SYLF:s medlemmar den vårdinrättning där de gör sin allmäntjänstgöring efter att ha gått klart läkarlinjen. SYLF:s rankingslista 2006 visar Eksjö i topp på 9,1 poäng och SÄS på plats nummer 61 av 61 med 6,0 i poäng. (*Moderna Läkare* nr 4:2006). I *Årsredovisningen* 2006 kan man läsa att ”Vi arbetar nu för att genomföra en utarbetad modell, med några åtgärder, för att förbättra AT-rollen på SÄS”. Efter att ha befunnit sig sist i rankingen i tre år kom SÄS på 32:a plats av 52 i 2009 års ranking.

2. är inställd på att aldrig yttra en kontroversiell eller självständig tanke eller...
3. är sjuksköterska (*Läkartidningen* nr 14-15:2007)

Och två nummer senare (nr 17) svarar tillförordnad informationschef på SÄS med debattartikeln ”Vi vill ha de bäst lämpade som chefer på SÄS”. Informationschefen återger att föregående artikel hävdar att:

[SÄS] medvetet utformar annonserna på ett sätt som avskräcker läkare från att söka sådana tjänster. Dessutom påstås tjänstekonstruktionen vara sådan att tjänsten blir en slags ättestupa för den läkare som till äventyrs skulle söka och få en tjänst som verksamhetschef. (*Läkartidningen* nr 17:2007)

Informationschefen betonar att sjukhusledningen är intresserad av chefer med de bästa förutsättningarna och att verksamhetschefsbefattningen är ett heltidsjobb. Informationschefen tar också upp hur sjukhusledningen förhåller sig till chefsavveckling kopplat till ordförandens inlägg. ”Vi är överens om att det kan finnas svårigheter för chefer som efter avslutat chefskap vill återgå i klinisk verksamhet”. Informationschefen betonar att cheferna redan i sin anställning ska ha möjlighet att bibehålla och om möjligt utveckla sin yrkeskompetens. Efter avslutat chefsuppdrag kan ett ”individuellt anpassat reaktiveringsprogram” användas för att underlätta återgång i kliniskt arbete.

Repliken ”Ett jättelik slag i luften” (nr 17) från ordföranden betonar återigen att ett klinikchefsuppdrag som inte kombineras med klinisk verksamhet är oattraktivt för läkare. Ordföranden betonar att det från läkarföreningens sida inte handlar om att ’utesluta personer som inte är läkare’. Ordföranden påtalar att ”anklagelsen” är missriktad då ordföranden själv rekommenderade nuvarande tillförordnade informationschef, ”som inte är läkare”, att bli verksamhetschef för kirurgkliniken. Ordföranden vidhåller att SÄS rekrytringspolicy är ”läkarfientlig”.

Verksamhetschefens deltagande i klinikens sjukvårdsproduktion har ett värde i sig genom att man

1. bättre kan följa utvecklingen inom verksamheten,
2. lättare förstår värdet av vissa nödvändiga förbättringar,
3. får förstahandserfarenhet av medarbetarnas arbetsvillkor och
4. får en välförtjänt grundtrygghet och råg i ryggen under tiden som verksam chef. (*Läkartidningen* nr 17:2007)

Ordföranden talar för att anpassa villkoren för verksamhetschefskapet så att det blir attraktivt för läkare genom att avlasta ”rutinmässiga administrativa och förvaltningsmässiga uppgifter” istället för att införa en ny tjänst: läkarchef.

”Arrogant lönepolicy mot AT-läkare saboterar framtida läkarbemannning vid SÄS” (bt.se 2007-05-07) heter en debattartikel som kopplar rekryteringsbehov till lönepolicy.

Under de närmaste 10-15 åren kommer svensk sjukvård att vidkännas brist på all slags sjukvårdspersonal och framför allt förväntas en stor brist på läkare. Det förutspås i en prognos från Högskoleverket som skattat det framtida behovet i olika yrken fram till år 2020. Rapporten räknar med att befolkningsökningen, en större andel äldre i befolkningen, stora pensionsavgångar (mer än varannan läkare är idag över 50 år) och svårigheter att rekrytera läkare från utlandet (problemet är likartat ute i Europa) gör att antalet utbildningsplatser på läkarlinjen skulle behöva fördubblas (från dagens 1100) för att säkra samma läkartäthet år 2020 som vi har för närvarande). (bt.se 2007-05-07)

Ordföranden påtalar att konkurrensen om läkararbetskraften kommer att bli ”stenhård”, då utbildningsplatserna 2006 ökat med 30 platser och 2007 med 34 platser. Personalpolitik som inte uppfattas som god riskerar att medföra ”underbemanning, övertidsarbete, vikariatskedjor, dyra halvmesyror och generellt dålig arbetsmiljö”. ”På Borås lasarett har man bestämt sig för att möta de förväntade bemanningsproblemen med att bromsa i uppförsbacken”. Ordföranden påtalar att AT-läkarna är den viktigaste rekryteringsbasen för sjukhus. 150 – 200 läkare gör sin AT-utbildning vid SÄS och kringliggande vårdcentraler under en tioårsperiod.

Vad gör man då av detta guldläge på Borås lasarett? Jo, man utnämner sig själv till den svenska sjukvårdens värstingsjukhus och retar gallfeber på AT-läkarna med landets i särklass lägsta lönenivå. (bt.se 2007-05-07)

Ordföranden redogör för en mittenposition lönemässigt år 2002 via en absolut bottenplacering år 2006 till en 19:e plats av 21 landsting år 2007. ”Det är regionen och inte SÄS som sätter AT-läkarnas låga löner” svarar personalchefen i ytterligare en debattartikel i *Borås Tidning* den 21 maj 2007.

I långa stycken är jag överens med [ordföranden] (BT 8/5⁷⁹) när det gäller analysen av det kommande utbudet och efterfrågan på arbetskraft. Däremot skiljer sig våra åsikter kraftigt åt när det gäller vilka insatser som gjort och görs på SÄS. (bt.se 2007-05-21)

Personalchefen räknar upp satsningar på utbildning tillsammans med AT-läkare i en utvecklingsgrupp, att framtida rekryteringar av specialistläkare ska ske från den aktuella gruppen AT-läkare i ökad utsträckning, att SÄS har tagit initiativ till att löneläget höjts för AT-läkare men är bundna av en gemensam policy inom VGR samt en revision av utbildningen baserad på Sveriges läkarförbunds specialistutbildningsråd. Våren 2008 hör ordföranden av sig igen i lönefrågan med ”Läkare i Västra Götaland tjänar sämst i landet” i *Dagens Medicin* (DM 2008-05-28)

⁷⁹ Artikeln har publicerats en dag innan på webben.

Språkrör för management – bilindustrin som förebild

”SÅS lär av bilindustrin” är rubriken på en artikel i *Borås Tidning* den 6 april 2008. På sjukhuset har en processchef som ny tjänst i sjukhusledningen tillsatts⁸⁰. Processchefen var tidigare områdeschef inom psykiatrin och har när artikeln publiceras båda tjänsterna parallellt under tiden en efterträdare rekryteras. På ett foto syns processchefen i profil gå igenom SÅS underjordiska korridorer i riktning mot sjukhusområdet utanför huvudbyggnaden.

Artikeln förmedlar att ungefär 40 processägare kommer att tillsättas med processchefen som chef, vilka i sin tur kommer att bli chefer för processteamen. Enligt artikeln finns elva processteams igång, vilka består av omkring sju personer med representanter för olika yrkeskategorier. Diagnosgrupper där processarbetet påbörjats är till exempel depressionssjukdomar, höftartrosor, höftfrakturer, brösttumörer och grå starr. Processägartjänsterna kommer att tillsättas med erfarna specialistläkare som kommer att få ett lönetillägg på mellan 3000 – 4000 kronor beroende på diagnosgruppens storlek. Processägarna förväntas arbeta ungefär hälften av arbetstiden som chefer för processteamen.

Och så här återger journalisten delar av intervjun:

– Att arbeta i processer är något man gjort inom industrin länge. Det finns mycket forskning kring detta. Ett välkänt exempel är Toyota. Men inom sjukvården är detta något nytt.

Så bilindustrin är en förebild? [rubrik i fetstil]

– Ja, det är svårt att göra jämförelser med industrin. Det kan jag också känna instinktivt. Men nu är det tid för oss inom sjukvården att lyfta oss och inse att man både kan ha det individuella patientperspektivet och tänka i rationella flöden.

Syftet är att säkra vården rent medicinskt och att förbättra samordningen över klinikgränserna.

– Den väntetid som vi idag ofta ser är inte till värde för någon. Man kanske har ont under tiden, man kanske behöver vara sjukskriven. Ibland kan väntetiden faktiskt vara medicinskt farlig.

/.../ Specialister leder [rubrik i fetstil] /.../

– Det är viktigt att vi tillsätter processägare med lång erfarenhet inifrån sjukvården. Annars är det lätt att tro att det går att behandla

⁸⁰ 1 februari 2008 tillsattes en processchef, som från 15 augusti 2008 arbetat heltid i funktionen (SÅS verksamhetsplan 2009)

patienters väg genom vården exakt som man gör med bilar och det går inte.

/.../

Kommer detta sätt att organisera vården att spara pengar? [rubrik i fetstil]

– Ja, det hoppas vi innerligt, eftersom sjukhuset nu ska lämna ifrån sig pengar.

För att vara exakt är det 125 miljoner som måste sparas på grund av regionens omfördelningsmodell. Exempelvis ska antalet vårdplatser bli lägre. *De första tankarna om processarbete kom för snart tre år sedan.* Det finns anställda på lasarettet som har kritiserat processarbetet för att vara en pappersprodukt.

– Och det har varit sant, åtminstone i början, medger [processchefen]. *Det är först nu som arbetet gentemot patienterna kommer att ta fart.*

Arbetet kommer att utvärderas löpande.

– *Om ett år vet vi om detta är en så bra väg att gå som jag tror att det är.* (BT 2008-04-06, min kursivering adderad)

Ungefär fem månader senare ger sjukhusdirektören en intervju i samma tidning (BT 30 augusti 2008) med rubriken ”Chefen lovar bättre akutvård för äldre”. Enligt artikeln ”medger” sjukhusdirektören att akutsjukvården för de äldsta patienterna inte ”hållit måttet”. Därför ska man nu bygga upp den geriatriska kompetensen igen på sjukhuset återger artikeln. Artikeln börjar med att diskutera sjukhusets nuvarande underskott och sparbetning och journalisten betonar att sjukhuset dock ”klarat ekonomin till skillnad mot andra sjukhus”.

[Underskott] tillhör ovanligheterna, sedan år 2000 har man bara visat röda siffror i år och i fjol. I huvudsak är man själv ’oskyldig’ till detta: regionstyrelsen har beslutat att länssjukvården i Sjuhärad ska få 125 miljoner kronor mindre per år eftersom sjuhäringarna får mer vårdpengar per capita än göteborgarna. Med övriga rationaliseringskrav ska totalt 150 miljoner kronor sparas in på SÅS i årligt anslag från och med 2011. Det blir ett tufft beting. Totalt måste omkring 250 tjänster bort. I antal gäller det mest vårdpersonal, men så mycket som var femte läkarsekreterartjänst ska också dras in, enligt sparplanen. (BT 2008-08-30)

Sjukhusdirektören berättar om att en ”viktig förändring med stor ekonomisk räckvidd sjösätts i sin första etapp redan på måndag” – patienthotellet, där mindre sjuka

patienter kan bo under tiden de vårdas. Kostanden för en sängplats på patienthotellet är endast 20 procent av en vårdplats, anger sjukhusdirektören. Sjukhusdirektören berättar också om en ”teknisk upprustning” av sjukhuset. Journalisten ”lyssnar mellan raderna” och uttyder att nattakuten i Skene antagligen kommer att stängas och att dagakuten i Skene inte heller kan garanteras bli kvar. Ytterligare en förändring i vårdutbudet med koppling till patienthotellet är att en Näva⁸¹, närvårdsavdelning eller näräldrevårdsavdelning, för multisjuka äldre påbörjas samtidigt, vilket förväntas ge förbättringar vid akutintaget ”redan i vinter”.

– Det är omänskligt med långa väntetider, alldeles särskilt för sköra äldre, säger [sjukhusdirektören] med en hetta i rösten som avslöjar ett särskilt engagemang. (BT 2008-08-30)

Därefter kommer intervjun in på stämningarna på arbetsplatsen. Journalisten betonar att ”våldigt mycket sagts och tyckts i BT under [sjukhusdirektörens] snart åtta år vid rodret. För två år sedan kokade debatten i stort sett över”:

I fokus stod chefen och hennes målmedvetna omorganisation av sjukhuset till en processororienterad arbetsplats – ett miljonslukande vansinne utan verklighetsförankring, hävdade de argaste kritikerna. Utbrett missnöje med sjukhuset och lågt förtroende för ledningen hos de unga läkarna under utbildning eldade på kritikstormen. [Sjukhusdirektören] medger utan omsvep att *utbildningsorganisationen på SÅS varit försummad*, men ser nu ljuset i tunneln. Härom veckan kom ett positivt omdöme från Läkarförbundet som hon tror även följs av bättre betyg från AT-läkarna själva.

– Det hoppas jag verkligen, det är ju det självupplevda hos dem som är det viktiga.

Upplevde du att det pågick en kampanj mot dig när det blåste som värst? [rubrik i fetstil]

– Kampanj eller inte... Jag kan säga så mycket att allt som sades sårade många medarbetare, så det var en tung tid.

⁸¹ Öhrming (2009) beskriver hur man i Stockholms Läns Landsting försökt att hitta nya sätt att bedriva sjukvård. Under 1990-talet prioriterade man hemsjukvården för att sedan fokusera mer på dagsjukvården och sedan 2005 flytta fokuset till vad som kommit att kallas för närsjukvård. På vardguiden.se som invigdes 2002 och drivs av Stockholms Läns Landsting definieras närsjukvård som: ”ett samlingsbegrepp för vård som erbjuds nära hemmet. Det är hit du i första hand ska vända dig med dina vårdfrågor. Inom närsjukvården finns vårdcentraler/husläkarmottagningar, barnmorskemottagning, barnvårdscentraler, psykiatriska öppenvårdsmottagningar, rehabilitering med mera. Om du skulle behöva mer specialiserad vård så hjälper närsjukvården dig vidare till specialisläkare” (vardguiden.se 2009-12-06).

– För ingen vill ju vara på en arbetsplats som skildras i medierna som den vore ett inferno, med en rabiat chef som inget begriper och som driver sjukhuset in i en återvändsgränd.

Gick du som chef i någon mening stärkt ur allt detta? [rubrik i fetstil]

– Ja, det får jag väl säga. Jag brukar tänka på ordstävets 'i stormen får eken djupa rötter.' Detta har nog gällt flera av oss. De besked jag mötte i organisationen var 'vi får inte förlora det här som vi uppnått, utan måste gå vidare'.

– Och jag upplevde verkligen också ett starkt stöd. Och vi gick vidare, även om *vi fick en rejäl tempoförlust*.

Utvecklingen till ett processororienterat sjukhus har kostat mycket, mätt i tid för utbildningsinsatser, i pengar för konsultmedverkan, studieresor och mycket annat, men har hela tiden rullat vidare. [Sjukhusdirektören] konstaterar odramatiskt att ingen organisation har undgått konvulsioner när man bytt till ett processororienterat arbetssätt.

– Det centrala för mig har varit att utgå från patienten. Den har ofta fått vänta i onödan mellan undersökningarna och har i onödan fått komma hit flera gånger, det ska vara effektivt ur patientens synvinkel.

– *Gränserna mellan klinikerna har alltid varit tydliga, nu bryter vi igenom dessa. Det nya är att en specialistläkare förfogar över vården, oavsett vilka kliniker som är berörda av insatsen.*

Men när får ni något ekonomiskt facit som visar att processororienteringen är rätt väg att gå? [rubrik i fetstil]

– *Nästa år*. Vi har lagt in i vår plan att vi ska frigöra tio miljoner kronor. Men vi har redan fått feedback från patienterna, särskilt från strålningsmottagningen som säger att det fungerar mycket bra.

– Det har gjorts många sådana här *mindre förbättringar inom klinikerna, men inte lika mycket mellan dem – ännu*. (BT 2008-08-30, min kursivering adderad)

Intervjun med sjukhusdirektören den 30 augusti 2008 visar ett foto på sjukhusdirektören som ser ut att skratta in i kameran på väg uppför trappan i den entré som invigdes år 2004, här ackompanjerad med bildtexten: "Den nya sjukhusentrén hade sina belackare, men [sjukhusdirektören] drev utan problem igenom beslutet och blev mycket nöjd med resultatet. Men omorganisationen av sjukhuset är en tuffare match".

Språkrör för medicin som förändringsförespråkare

Den 14 februari 2009 skriver ordföranden återigen på debattsidan i *Borås Tidning*. ”Sjukhusledningen på SÄS kovände under galgen” heter ordförandens artikel som fokuserar arbetsmiljön. Ordföranden berättar att de fyra fackförbunden: Kommunal, Vårdförbundet, Sveriges läkarförbundet/SACO och SKTF (numera Vision), lämnat in en gemensam begäran till Arbetsmiljöverket den 28 januari 2009. Kontakten med Arbetsmiljöverket handlade om att förmå sjukhusledningen att göra en konsekvensanalys av sparbetinget på 80-100 miljoner och neddragningen av 60 vårdplatser med avseende på de anställdas arbetsituation och patientomhändertagandet. Ordföranden talar om att sjukhusledningen parerat de fackligas krav med att ’konsekvensbeskrivningen ligger i genomförandeplanen’ och att ’konsekvenserna får genomföras under genomförandets gång’.

Vid Sjukhusrådets möte [centrala samverkansmöte] den 26 januari upprepades argumenten från båda parter i en diskussion som stundtals blev mycket hetsig. /.../ När sjukhusledningen den 28 januari informerades om att de fackliga vänt sig till Arbetsmiljöverket kom en omedelbar reaktion med ’på stället helt om’ (eller en dubbel pudel med skruv) i sakfrågan. Protokollet från sjukhusrådet skulle nu på deras begäran ändras från originalversionens ’Detta successiva arbetssätt medför att en konsekvensanalys för ett helt koncept som förslaget till förändrad vårdstruktur inte låter sig göras’ till något som aldrig sagts från deras sida, nämligen: ’Konsekvens- och riskanalysen är sedan en del av beslutsunderlaget innan beslut fattas om genomförande’ – vilket däremot är vad de fackliga hela tiden hävdade. De fackliga företrädarna i Sjukhusrådet kommer inte att justera detta protokoll. De betraktar ändringarna av den ursprungliga skrivningen som en helomvändning i sakfrågan och försök att mörklägga tidigare djupa meningsmotsättningar. (BT 2009-02-14)

Arbetsmiljöverket kallar fackförbunden och sjukhusledningen till ett möte den 26 februari för att diskutera vad Arbetsmiljölagen föreskriver. Läkarföreningens ordförande fortsätter:

Samverkansarbete mellan fack och arbetsgivare förutsätter att parterna känner en ömsesidig respekt; en tillit som bygger på upprepad och beprövad erfarenhet av motpartens ärliga uppsåt – och detta torde också gälla på SÄS. Personalchefen [namn] har tidigare försökt arrangera överläggningar med utvalda fackliga företrädare – till vilka Läkarföreningen utan omsvep sagts vara utestängd – för att sjukhusledningen ansett sig behöva känna en större ’tillit’ från den fackliga sidan. De fackliga företrädare som den gången kontaktades av Personalchefen tackade alla bestämt och bestört nej till en inuit

som de såg som en allvarlig föreningskränkning riktad mot Läkarföreningen som facklig organisation och dessutom ett brott mot samverkansavtalet vid SÅS. Genom händelser av det här slaget har sjukhusledningen tyvärr visat prov på ett manipulativt beteende som måste betecknas som häpnadsväckande oseriöst – och därför väcker förakt. Det måste få konsekvenser. Det är nödvändigt att dra slutsatser av historien och vidta sådana åtgärder att de fackliga företrädarna kan möta personer som de respekterar och som de anser har ett ärligt uppsåt. Det är en förutsättning för att samverkansarbetet på SÅS ska leva vidare och kunna bedrivas i konstruktiv anda med ömsesidig tillit. (BT 2009-02-14)

“Tillit” och tillit – en avsevärd skillnad synes det. Den 25 februari 2009 intervjuas läkarföreningens ordförande i samma tidning med rubriken ”Läkarbas med stridsvilja”. På ett foto med bildtexten ”[läkarföreningens ordförande] har inte för avsikt att trappa ner utan fortsätter kampen för att få verksamheten vid SÅS att fungera väl”, sitter ordföranden i ett fönster en bit upp i sjukhuset och tittar ut över sjukhusområdet.

Sin 65-årsdag firar han på ett speciellt sätt. Då sitter han i tuffa förhandlingar med sjukhusledning och Arbetsmiljöverket. Det är drygt två år sedan som [ordföranden] axlade rollen som bas för Södra Älvsborgs Läkarförening. Under hans ledning har föreningen samlat en stark styrelse och han har verkat för ett tvärfackligt samarbete. Den drivande kraften har varit att få verksamheten vid SÅS att fungera. Tuffa sparbetning har fått såväl Läkarföreningen som övriga fackföreningar att reagera. Nu väntar ett möte med Arbetsmiljöverket som kallats till Borås efter en gemensam begäran från sjukhusets samtliga huvudskyddsombud. Att mötet hålls på [ordförandens] födelsedag bekommer honom inte, tvärtom.

– Vi hoppas att vi med hjälp av Arbetsmiljöverket kan förmå sjukhusledningen att göra den konsekvensanalys av det senaste sparbetet på 80–100 miljoner som vi länge efterlyst, säger han.

– Hittills har vår begäran klingat ohörd. Ledningen har hela tiden avfärdat de fackligas krav med att konsekvenserna får analyseras under genomförandets gång, vilket vi hävdar är för sent.

[Ordföranden] talar engagerat om sitt uppdrag som representant för läkarkåren. Förutom sparkraven bekymras han över den åderlåtning på kompetens som han anser sjukhuset utsatts för under senare år.

– Förr var vi ledande i landet inom flera områden, konstaterar han.

– Nu är det inte så längre. Jag skulle önska att vi läkare åter finge mer att säga till om.

[Ordföranden] vill ta makten från administratörer och ekonomer. Han önskar att chefskapet läggs där professionen finns.

– Det är också viktigt, understryker han, att cheferna ges möjlighet att själva vara ute i verksamheten. En chef som sitter begravd i papper inne på en expedition är ingen lämplig lösning.

[Ordföranden] ser ett ändrat ledarskap som ytterst viktigt för sjukhusets utveckling.

– Det måste finnas tid för läkarna att under sin dagliga verksamhet informera och diskutera med AT-läkarna. Därigenom kan de äldre rutinerade läkarna på ett naturligt sätt lära de yngre. Att tro att man kan klara deras utbildning genom någon timmas rådgivning då och då fungerar inte. (BT 2009-02-25)

Ordföranden kom till Borås 1974 som underläkare och började på kirurgkliniken där han stannade fram till 1982. Därefter arbetade han vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i tio år parallellt med att han disputerade. Han är specialist i tarmkirurgi och när ”han kom tillbaka till Borås 1992 byggde han upp en verksamhet som kom att ligga i topp i landet”. 2002 blev han chef för akutavdelningen.

– När jag kom dit kallades akuten skämtsamt för returavdelningen, eftersom många av de utskrivna patienterna snart kom tillbaka.

[Ordföranden] byggde dock snart upp en verksamhet som blev framgångsrik. Det satsades på teamarbete som bland annat ledde till korta vårdtider.

– Det är inte kul att se hur det fungerar idag, säger han.

– Nu har professionen fått stå tillbaka för administratörer, ekonomer och politiker. Den utvecklingen gagnar ingen.

[Ordföranden] tänker inte pensionera sig utan vill fortsätta kampen för att få SÄS att fungera.

– Även om jag anser att sjukhusets kompetens idag är en spillra av vad det en gång varit, vill jag jobba för att förändra detta. (BT 2009-02-25)

Språkrör för management och medicin om kompetens, vårdkvalitet och status

På debattsidan i *Borås Tidning* skriver informationschefen vid SÅS tre veckor senare den 18 mars 2009. Rubriken är: "Kompetens och vårdkvalitet vid SÅS".

För ett tag sedan kunde vi i BT läsa en intervju med Läkarföreningens ordförande [namn] och som avslutades med orden 'även om jag anser att sjukhusets kompetens idag är en spillra av vad den en gång varit, vill jag jobba för att förändra detta'. Det är självfallet glädjande att även Läkarföreningens ordförande vill arbeta för att höja sjukhusets kompetens. Men påståendet att kompetensen idag är en spillra av vad den en gång varit vill jag inte lämna oemotsagt. (BT 2009-03-18)

Därefter går informationschefen vidare till att peka ut de vårdområden där SÅS har "dokumenterat goda vårdresultat" samtidigt som han pekar ut vad som kan förbättras: till exempel hög beläggning på disponibla vårdplatser. Väntesituationen har förbättrats "dramatiskt" de senaste åren, dock utan att till fullo uppfylla vårdgarantin.

Det finns många aspekter på kvalitet i vården. De flesta patienter skulle nog säga att resultatet av en vårdinsats är den viktigaste kvalitetsindikatorn. Det hindrar självfallet inte att även andra mått som vänder sig mot patientens upplevelse från mötet med vården har betydelse. Sedan några år har det blivit vanligare med jämförelser av olika sjukhus vårdresultat. Genom Socialstyrelsens s.k. Öppna Jämförelser finns sjukhusdata nu samlade för 19 olika typer av medicinska ingrepp. Det är inte möjligt att ta med alla jämförelserna här men det är värt att nämna, att Socialstyrelsens rapport innehåller 19 sjukhusjämförelser och där Södra Älvsborgs Sjukhus är bättre än genomsnittet för regionen i 14 av dessa. (BT 2009-03-18)

Informationschefen beskriver att sjukhusets vårdkvalitet utifrån de öppna jämförelserna "visar på en vårdstandard som hävdar sig mycket väl jämfört med vården i Sverige och i regionen". Vidare pekar han på att delar av den kirurgiska vården visar på toppresultat i Sverige, att kvalitetsregister för hjärtinfarkt visar att vården på SÅS är bland de bästa i landet under senare år samt att infektionskliniken verksamhet fick "mycket goda omdömen" efter Läkarsällskapets revision samt att handledningen av läkare i utbildning är ett prioriterat område. Här omnämns kirurgkliniken som 2007 fått pris som bästa utbildningsklinik. Den 22 mars är ordföranden återigen på debattsidan med rubriken "Sant och falskt om lasarettets kompetens och status i Borås".

Sjukhusledningen har tagit illa vid sig av mitt omdöme, att sjukhusets kompetens idag är en spillra från en tidigare storhetstid. Informationsavdelningen, som måste hävda att SÅS [sic] är det 'attraktiva sjukhuset', har fått uppgiften att motbevisa mig. Det kan den nu inte göra, av det enkla skälet att det saknas historiska

jämförelsedata. Å andra sidan vidhåller jag – också i brist på samma data – att lasarettets status var mycket högre under perioden 1970-2000 än den är idag. Och det handlar inte om att vården skulle vara sämre nu jämfört med för 30 år sedan – en bisarr ståndpunkt som ingen driver. (BT 2009-03-22)

Ordföranden går vidare med att diskutera Socialstyrelsens jämförelsetal och argumenterar att de uppgifter som finns tillgängliga rör ett fåtal verksamheter och att informations- och utredningsavdelningen vid sjukhuset lämnat ut snedvriden statistik, då sjukhuset jämförs med främst sjukhus inom regionen, vilket gör att SÅS framstår i bättre dager gentemot om det jämförts med alla sjukhus i landet enligt ordföranden. Skene framhålls dock av ordföranden som ett bra exempel, vilket ordföranden anser döljer de ”dåliga resultaten i Borås”. Ordföranden nämner några exempel från verksamheten vid SÅS som kan uppvisa goda resultat. Dessa finns dokumenterade inom vissa kvalitetsregister men är inte tillgängliga för media och allmänhet.

Gemensamt för alla dessa exempel är också att den höga kvalitén i verksamheterna har mycket lite – om ens något över huvud taget – att göra med hur sjukhusledningen sköter sin uppgift. Där ligger också poängen i mitt påstående att Borås lasarett hade en guldålder när professionen utövade ett mycket större inflytande på styrningen av verksamheten. Det var på den tiden när Onkologkliniken var en omtalad pionjärklinik, tidigt med en egen strålverksamhet. Idag är den ute till försäljning till JK [Jubileumskliniken] i Göteborg eftersom inga onkologläkare vill arbeta på SÅS. Andra historiska exempel är: egen separat Barnklinik och Rehabklinik, självständig Ortopedklinik och Neurologklinik liksom den tidiga uppstarten med en hjärtintensivavdelning och dagkirurgi. Tidigare hade Borås lasarett en mycket hög status bland de stora centrallasarettarna i landet och ett grundmurat, gott rykte som baserade sig på resultat som redovisades vid specialistföreningarnas möten, vid vetenskapliga kongresser och i publikationer.

Ska man uppskatta lasarettets status idag och sätta ett betyg på det utifrån Socialstyrelsens öppna jämförelser – så som [informationschefen] uppenbarligen vill göra – blir det sammanfattande omdömet: medelmåttlig vårdkvalitet. Om det är ett betyg att vara stolt över är förstås en fråga om ambition. Ska man uppskatta SÅS’ status – så som det uppfattas av de anställda – kan man t ex gå till den stora medarbetarundersökningen som utfördes av Svenskt Kvalitetsindex hösten 2007. (BT 2009-03-22)

Informationschefen svarar den 27 mars med rubriken ”SÅS driver sjukvård på god nationell och internationell nivå”.

Läkarföreningens ordförande [namn] återkommer med envishet och utan underbyggda argument i artikel efter artikel med påståenden

om att SÄS 'kompetens idag är en spillra av vad den en gång varit'. De bakomliggande motiven för [ordförandens] agerande är minst sakta [sic] svårbegripliga. [Ordföranden] vidhåller 'också i brist på data' (citat ur [ordförandens] artikel) att sjukhusets status var högre 1970-2000 än idag – detta helt obelagda påstående utgör enda grunden för [ordföranden] att hävda påståenden som att 'SÄS idag är ett rent konkursbo' och att uttrycka bekymmer för 'åderlåtning på kompetens'. (BT 2009-03-27)

Informationschefen återkommer igen till kvalitetsregistren och de öppna jämförelserna och betonar att SÄS står sig väl vid jämförelser i västra Sverige, nationellt och internationellt.

Kommentarer: Språkrör jämför öppet i en tid av Öppna Jämförelser

I en serie artiklar (sam)talar språkrör för medicin, där Läkarföreningen Södra Älvsborg handlar som talesperson, och språkrör för management, där sjukhusdirektör, chef för personal- och verksamhetsutvecklingsenheten, processchef och tillförordnad informationschef handlar som talespersoner. Pratet medieras av journalister och ibland utan mellanhänder i form av debattartiklar. Kvalitetsregister är inte tillgängliga för media och allmänhet till skillnad mot de *Öppna Jämförelser*⁸² (t.ex. SKL & Socialstyrelsen 2006; 2007) som nu blir ett tecken i tiden. Både management och medicin talar för öppenhet. Här tar språkrören praktiken kopplad till de öppna jämförelserna ut i media – delar av det opaka blir genomskinligt. Det här är ett exempel på hur det transparenta samhället återsamlas – i offentlig verksamhet. Vad är det som synliggörs?

I diskussionen ingår en attitydundersökning från 2007. Siffrorna visar lägre resultat för SÄS än för annan vård och omsorg i VGR, annan sjukvård i Sverige samt annan offentlig och privat verksamhet i landet. Det kan betyda att siffrorna inte mäter det som uppfattas relevant eller träffar fel. Det kan också tyda på att siffrorna är ett uttryck för det arbete som bedrivits – att sjukhuset är mitt i fler förändringar än brukligt vid tidpunkten och att siffrorna visar traumatisk stress. Det kan även beteckna, från undersökningens utgångspunkt det alldeles uppenbara, att resultatet är negativt för SÄS. 2001 och 2003 visade motsvarande undersökningar bättre resultat kopplat till "arbetstillfredsställelse" och "ledarskap". 2005 redovisas inte någon liknande undersökning på intranätet. Har de som drar enkäten valt att avstå för att sjukhuset är

⁸² 2006 publicerar SKL och Socialstyrelsen för första gången gemensamt jämförelser av landsting (inkluderande regioner) inom den svenska hälso- och sjukvården under vinjetten "Öppna Jämförelser". Arbetet är ett steg i att öppet redovisa och jämföra kvalitet och effektivitet (SKL & Socialstyrelsen 2006, s. 8). Förbundet och tillsynsmyndigheten skriver att de kommer att gå vidare med jämförelser mellan sjukhus och kliniker. "Det är viktigt att poängtera att denna rapport utgör startpunkten på ett nationellt arbete kring sjukvårdens effektivitet och kvalitet" (s. 12). Jämförelser görs baserat på medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader och baseras på 57 indikatorer 2006 där respektive landstings positioner ges grön, gul och röd färgmarkering.

inne i annat arbete? 2007 års undersökning visar ”stort missnöje”, enligt Borås Tidning, och ”att det finns väldigt mycket att arbeta med”, enligt SKL. Vad handlar missnöjet och arbetet om? Sjukhusets management, sjukhusets framtoning, utveckling på jobbet, lönen och att kunna påverka arbetstiden. Även arbetsmiljö, underbemanning och högre krav på arbetstempo omnämns av medicinens språkrör. De mest missnöjda är opererande specialiteter – eller de som har jour: kirurg-, ortoped-, kvinno-, röntgenkliniken och akutsjukvårdscentralen. De som är minst nöjda är läkarna och speciellt AT-läkarna och de mest nöjda finns bland den administrativa personalen enligt undersökningen. De som inte vill vara med och förändra utgör dubbelt så många procentenheter på SÅS jämfört med kategorin offentlig verksamhet. Språkrör för management kommenterar att de kommer att satsa på sjukhusets framtoning.

Rekrytering förs också på tal. Medicinens språkrör påtalar att det inte krävs läkarutbildning för chefskap på sjukhuset. Ett chefskap som inte kombineras med kliniskt arbete samt görs permanent uppfattas inte som attraktivt för läkarkåren. Språkrör för medicin pekar på att det har med framtida läkarbemanning att göra. Managements språkrör påtalar att de vill ha ”de bäst lämpade” som chefer. Lönepolicy inom regionen kopplas till rekryteringsfrågan och medicinens språkrör argumenterar för att lönerna är otillräckliga jämfört med andra sjukhus. Ett sätt för löneökning är att arbeta som processägare – det medför ett lönetillägg på 3000-4000 kr per månad. Det visar vilken typ av arbete som prioriteras på sjukhuset där 40 processägare kommer att anställas som det ser ut år 2008. Dessa personer ska arbeta hälften av tiden som chefer och språkrör för management påtalar att det är viktigt att personerna kommer inifrån sjukvården – för att inte dra kopplingen till Toyota för långt. ”Det nya är att en specialistläkare förfogar över vården, oavsett vilka kliniker som är berörda av insatsen”, säger sjukhusdirektören sommaren 2008, och nämner också att många mindre förbättringar har gjorts inom klinikerna ”men inte lika mycket mellan dem – ännu”. Språkrör för management pratar om processorienteringen med bilindustrin som förebild – att ”de första tankarna om processarbete kom för snart tre år sedan”, det vill säga i mitten av år 2005, och att det är ”först nu” som arbetet gentemot patienterna ”kommer att ta fart”. Vid den här tidpunkten, våren 2008, hoppas managementspråkrören få veta ”om ett år” om de valt en väg som är så bra som de antar. Och språkrör för management visar handlingskraft: en ”viktig förändring med stor ekonomisk räckvidd sätts i sin första etapp redan på måndag” – patienthotellet. Sjukhusdirektören talar om en tempoförlust sprungen ur den upphettade diskussion⁸³ som följde omorganisationen mot en processorienterad arbetsplats och de yngre läkarnas uppfattning om sjukhuset och sjukhusledningen. Att SÅS hamnar på sista plats i AT-läkarnas ranking år 2006 kopplar SYLF:s ordförande bland annat till handledningssituation och löner. Sjukhusdirektören kommenterar att utbildningssituationen varit försummad på sjukhuset.

Språkrör för medicin argumenterar för att chefskapet ska läggas där professionen finns och ser ett ändrat chefskap som ytterst viktigt, då professionen stått tillbaka för administratörer, ekonomer och politiker enligt talespersonen. Språkröret för medicin

⁸³ Diskussionen som fördes i media 2006 har jag inte berört i boken.

agerar som förändringsförespråkare då han visar att han vill jobba för att förändra kompetensen på sjukhuset – ”en spillra av vad den varit”, som han argumenterar. Medicinens språkrör talar för en ökad status för sjukhuset. Talespersonen argumenterar för att sjukhuset hade högre status 1970-2000, dock utan att koppla det till vårdens kvalitet, som han ser som ”medelmåttigt”. I brist på andra argument åberopas medarbetarundersökningen från år 2007 återigen. Medicinens språkrör talar för att jämförelser bör göras nationellt för att ge en rättvisande bild – jämförelser inom regionen blir otillräckliga. Vidare håller ordföranden fram Skene som ett bra exempel, som ”täcker de dåliga resultaten i Borås”. Språkrör för management kopplar till ordförandens vilja att arbeta för förändring på sjukhuset och talar för sjukhusets resultat, kompetens och status som god i västra Sverige⁸⁴, nationellt och internationellt.

Vidare handlar diskussionen bland annat om att ta bort var sjunde vårdplats, minska personalstyrkan, främst vårdpersonal och läkarsekreterare, med 200-300 personer samt om neddragningar, 125 miljoner under kommande år vid samma produktion som tidigare och 150 miljoner i årligt anslag från och med år 2011. Här återges också vad som blir en repetition: ekonomin har visat svarta siffror år 2000-2006, sedan blev de röda. Språkrör för medicinen tar ett exempel med bas i arbetsmiljön som handlar om *när* frågor tas upp och genomförs. Exemplet utgår från en önskad konsekvensanalys av sparbetning och neddragning av vårdplatser för patienter och personal. Ordföranden ser det som att sjukhusledningen väntat för länge med att göra konsekvensanalysen – tills det är för sent. Medicinens språkrör pratar för att konsekvensanalysen bör göras tidigare.

Idéerna materialiseras på sjukhuset

År 2009 återkommer ordföranden i rekryteringsfrågan i artikeln ”Sjukhuset som tagits över av sjuksköterskor” i *Sjukhusläkaren* (5/2009). ”För tio år sedan var samtliga 25 verksamhetschefer läkare, idag är det endast sju kvar”. Artikeln visar när chefsskiften ägt rum i horisontella rosa och gula staplar – läkare och annan personal.

Startskottet för det stora förändringsarbetet gick 2004 då SÄS inledde ett samarbete med Handelshögskolan i Göteborg, i det så kallade LIFT-projektet (Ledning i förbättring och tillämpning). (*Sjukhusläkaren* 5/2009, s. 22f).

Ordföranden uppger att det på sjukhuset ”finns en uttalad uppfattning om att ledarskap och chefskap är en profession i sig”. ”Man vill ha heltidsadministratörer som inte har kvar en fot i den praktiska vården”. Ordföranden beskriver i intervjun att läkarkåren blivit ”uppgivna och kapitulerat” från att vara med och påverka vården. Ordföranden pekar på skäl som att befattningen biträdande verksamhetschef tagits bort samt att man efterfrågar tidigare chefsfarenhet vid rekryteringen av chefer samt att man

⁸⁴ En granskning sker även 2009 då försöket jämförs med arbetet på SkaS och inom NU-sjukvården (VGR 2009).

tappat tidsbegränsade anställningar till förmån för tillsvidareanställningar som verksamhetschef. I samma artikel medverkar också vice ordförande för Samfundet Äldre läkare, en intresseförening inom Sveriges läkarförbund. Sedan vice ordförande formellt gick i pension har han fortsatt att arbeta deltid som kliniker på Institutet för stressmedicin i Göteborg. ”Inom akutsjukvården behöver verksamhetschefer vara läkare. /.../ Jag tycker det som sker på SÅS är en tråkig utveckling”. Han betonar att sjukvården ”äventyras” – både ekonomiskt och moraliskt.

Nästa artikel heter: ”De medicinska kärnfrågorna har trängts undan av annat” (*Sjukhusläkaren* 5/2009). En anestesiläkare vid onkologkliniken på SÅS tar ett exempel från den verksamhet han arbetar i där en sjuksköterska är verksamhetschef kompletterad av en medicinskt ledningsansvarig läkare och läkarchef. Anestesiläkaren påtalar att läkarchefens befattning är ”tandlös” och leder till konflikter då resurser och befogenheter är begränsade. Det dominerande ”ekonomiska förhållningssättet” konkurrerar ut de medicinska frågorna: etik, prioriteringar, kvalitet och patientsäkerhet, säger anestesiläkaren.

Vi som är läkare får ofta höra att vi har så mycket makt. Men det har vi ju, och det ska vi ha. I alla fall när det handlar om medicinska prioriteringar. Det är vår plikt som läkare. Men det innebär också att vi har ett stort ansvar, alla beslut är inte roliga, det händer att patienter som vi har ansvar för dör. Därför anser jag att verksamhetschefer bör vara läkare eftersom de kan ta det medicinska helhetsansvaret. (*Sjukhusläkaren* 5/2009, s. 26)

Den tredje artikeln i serien, och skriven av samma journalist, heter ”Sjukhuschef [namn]: Hur kommer det sig att ni har så missnöjda medarbetare?” (*Sjukhusläkaren* 5/2009) och här går 2007 års resultat av attitydundersökningen återigen in som bas för en ny diskussion om 2009 års resultat.

Och LIFT tar vatten... På sjukhuset materialiseras det arbetssätt som är förknippat med LIFT:s tre bärande idéer. I annonser för rekrytering av nya chefer blir det synligt. För en ny verksamhetschef för ortopedkliniken finns en annons med sista ansökningsdatum 25 januari 2009:

Utgångspunkterna för detta arbete är, utöver sjukhusets värdegrund, enighet i ledningen, allas engagemang och uppföljning för lärande och förbättring – för att nå resultat. Detta uppnås genom ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete.

/.../

Vi söker dig som

- kan leda på ett tydligt, öppet och kommunikativt sätt som skapar förtroende och delaktighet
- vill utveckla verksamheten genom tvärprofessionellt samarbete

- tillsammans med medarbetarna anpassar vården till patienternas behov
- lägger stor vikt vid effektivitet, kvalitet och evidens i arbetet
- aktivt medverkar i sjukhusets lednings- och utvecklingsarbete

Detta förutsätter goda ledaregenskaper och god kännedom om verksamheten. Kompetens inom forsknings- och/eller utvecklingsarbete är meriterande. (platsbanken.se, januari 2009)

Dessutom söker sjukhuset en ny läkarchef till ortopedkliniken med sista datum för ansökan 23 juli 2009:

Vi bedriver ett systematiskt utvecklingsarbete på alla ledningsnivåer för att utforma framtidens sjukvård.

Arbetsuppgifter

Huvuduppgift för dig som läkarchef blir att organisera och planera läkarnas tjänstgöring samt utöva ett ledarskap som ger läkarna förutsättningar för ett bra arbetsresultat, kompetensutveckling, en god arbetsmiljö och delaktighet i pågående förändrings- och utvecklingsarbete.

Du kommer att ha ansvar för drygt 20 överläkare/specialister, ST-läkare samt de AT-läkare som tjänstgör vid kliniken. Du ansvarar för planering av primär- och bakjour.

Som läkarchef arbetar du i linjeorganisationen och blir direkt underställd verksamhetschefen. Du kommer att ingå i klinikens ledningsgrupp. Inom SÄS finns läkarchefer på flera andra kliniker som du kommer att samarbeta med.

Tjänsten som läkarchef kombineras med kliniskt arbete som överläkare vid kliniken, cirka 50% vardera.

/.../

Kvalifikationer

- är specialistläkare inom ortopedi
- vill utveckla verksamheten genom processtänkande och tvärprofessionellt samarbete
- tillsammans med medarbetarna anpassar vården till patienternas behov
- lägger stor vikt vid effektivitet, kvalitet och evidens i arbetet
- aktivt medverkar i klinikens och sjukhusets utvecklingsarbete
- kan leda på ett tydligt, öppet och kommunikativt sätt som skapar förtroende och delaktighet (platsbanken.se, juli 2009)

LIFT-idéerna som figurerar i annonserna fungerar som en sluss in i sjukhuset och på kvalitetsmässan talar LIFT:s språkrör till rubriken ”Svårstyrd sjukvård” den 17-19 november 2009:

Svårstyrd sjukvård [rubrik i fetstil]

Ett sjukhus är ingen lätt sak att styra. Än mindre att förstå sig på. Att vara chef på ett modernt, multiprofessionellt sjukhus är bland de svåraste ledaruppgifter man kan ge sig på. Här kolliderar olika värdesystem och olika kunskaper. Södra Älvsborg Sjukhus har under tre år genomfört ett kombinerat forsknings- och ledarutvecklingsprogram för att ge patienterna bättre vård utan att det behöver kosta mer. Vilka är de praktiska lärdomarna?

[Forskarna], *Handelshögskolan vid Göteborgs universitet*.

(Kvalitetsmässan, Konferensprogram 2009)

Hur blir det nu då? I den tänkta processen talades det mycket om lärande. Här syns det handla om styrning. Och programmet introduceras med ”det här kommer ni inte att förstå” – tankarna verkar finnas kvar. Föga förvånade att det försvårade och fördröjde en översättning.

... Och vid ett styrelsemöte den 17 december 2009 på SÄS möter sjukhusdirektören kompletterad av två biträdande sjukhusdirektörer, HR-direktören, medicinska direktören, administrativ direktör, kanslichef och tillika sekreterare, informationschef, servicechef samt budgetchef de nio ledamöterna. Vid § 87 föredrar sjukhusdirektören ”aktuellt på SÄS”.

[Sjukhusdirektören] delade ut boken *Det komplexa sjukhuset: att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet* av [forskarna⁸⁵]. Boken sammanfattar erfarenheterna från LIFT-projektet sett ur ett teoretiskt perspektiv. [Sjukhusdirektören] framförde att det finns statistik som visar att andelen primärvårdspatienter som tas emot vid sjukhusets jourcentral är högre vid Södra Älvsborgs Sjukhus än vid regionens övriga sjukhus. Till sist rapporterade [Sjukhusdirektören] att Hälso- och sjukvårdsutskottet har initierat en översyn av ambulansverksamheten i Västra Götalandsregionen. Styrelsen beslutade att notera informationen. (Protokoll styrelsen för SÄS 2009-12-17)

Sjukhusdirektören använder publikationen som beskriver programmet som ett sätt att tala för arbetet inför styrelsen. Vid andra moment tonar sjukhusdirektören istället ner kopplingen till forskarna – ”nu ska det bli så där väldigt akademiskt”, som ett sätt att

⁸⁵ För att se vidare om hur förändringsspråkrören uppfattar sitt arbete 2009, se Norbäck & Targama (2009), en publikation som undertecknas i maj och publiceras i november 2009. Här blir LIFT ”Ledning i frihet och tillit”.

presentera forskarna på en arena för verksamhetsutveckling i regionen den 7 april 2005 i Handelshögskolans aula.

Den 24 januari 2010 skriver 18 läkare på ÖHN-kliniken på SÄS debattartikeln ”Splittad klink på SÄS leder till sämre säkerhet för patienter” i *Borås Tidning*. De talar om en ”allmän uppgivenhet” och att flera yngre kolleger söker sig bort. I artikeln framgår att ÖHN-läkarna på SÄS skrev ett brev till sjukhusledningen hösten 2009 angående en sammanslagning av örons vårdavdelning och Näva. I artikeln berättar de om omorganisering och drar slutsatsen: ”Detta innebär att ÖHN-kliniken är utplånad, eller i varje fall uppsplittrad eller utsmetad”.

Vi har tagit del av boken *Det komplexa sjukhuset – att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet* skriven av [forskarna]. Där står mycket om läkarnas särintressen. Dessa beskrivs närmast som en sorts agenda för egen vinning och för att trycka ner andra yrkeskategorier som vi samarbetar med, främst sjuksköterskor. Det nämns inte mycket om det vi faktiskt har gemensamt, att ge en god och säker vård till våra patienter. Dessutom är det underligt att läsa om sin arbetsplats som en sorts organisationsexperiment. Inblicken i hur sjukhusledningen tänker är intressant. Det värsta som kan hända verkar vara om någon med medicinsk kompetens och erfarenhet skaffar sig inflytande över sin verksamhet. Det är tråkigt och smärtsamt att ta del av er syn på oss som arbetar med sjukvård. Och nej, [sjukhusdirektören], det är ingen som tror eller ens vill att alla ska vara med och bestämma allting! Detta handlar inte om allmän tjurskallighet eller ovilja till förändringar. Däremot skulle man önska information innan beslut tas och en viss förankring innan genomförande. Som läkare tränas man under många år att arbeta självständigt och att ta medicinskt ansvar. Därför är det svårt att inte kunna påverka sin egen eller medarbetarnas arbetssituation när det gäller hur arbetet ska bedrivas. (BT 2010-01-24, 18 namn följt av ”läkarna på ÖHN-kliniken på SÄS”)

Den 8 februari 2010 är ordföranden på debattsidan återigen med artikeln ”Arbetsmiljölagen är tandlös” i *Dagens Medicin*. Ordföranden påtalar att tillsynsverksamheten i arbetsmiljöärenden inte fungerar med bas i det exempel från hösten 2008 till våren 2009 han pekar på. Ordföranden argumenterar för att om konsekvenserna analyseras så analyseras de för sent och hänvisar till inspektionsrapporten: ”Ni saknar helt en arbetsmiljökonsekvensbeskrivning”.

Då sjukhusdirektören går vidare till att jobba som utvecklingsdirektör inom regiondirektörens stab inom VGR tar den medicinska direktören vid som tillförordnad sjukhusdirektör den 1 mars 2010 med ett förordnande som sträcker sig året ut (DM 2010-02-25). Den tillförordnade sjukhusdirektören kom till SÄS 1991. Då blev han ansvarig för kardiologisektionen vid medicinkliniken. Åtta år senare blev han

verksamhetschef för medicinkliniken och 2004 gick han vidare till chefläkare på sjukhuset. 2009 fick han en ny tjänst återigen och blev medicinsk direktör.

Nästa sjukhusdirektör har tidigare varit sjukhusdirektör för Frölunda specialistsjukhus och bland annat varit verksamhetschef på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Han är läkare och specialist i geriatrik och allmän internmedicin.

– Jag tror att medarbetarna kommer märka att jag är engagerad i det patientnära mötet, säger han. (BT 2010-11-03)

Internrekrytering av dem som är bekanta med LIFT föredras, eller har lärt sig sättet att prata via annan regi. Aktanten bryter igenom gränser och slussar in dem som anpassat sig till spelreglerna. Och har sjukhuset tappat något på vägen? Medicinsk bakgrund som en del av managementpraktiken blir regelbundet mindre och mindre nödvändig på lägre nivåer och sjukhuset ser förnyat ut.

Den 15 augusti 2012 är sista ansökningsdatum för en verksamhetschef till ortopedkliniken på SÅS återigen⁸⁶:

Beskrivning [i fetstil]

Vi har fokus på att optimera flöden och därmed underlätta både för patienter och medarbetare. Vi arbetar aktivt med att öka tillgängligheten och minska våra körer. Målet är att 80 % av våra nybesök och behandlingar ska ske inom 30 dagar.

Vi söker dig som har förmågan att se och tänka nytt och som brinner för att utveckla nästa generations ortopediklinik. Du är innovativ och utvecklingsinriktad. Du har ett långsiktigt perspektiv i allt rekryteringsarbete, Ditt chefskap vilar på en tydligt uttalad värdegrund och du har en tydlig kommunikativ förmåga. Du har goda chefs- och ledaregenskaper samt erfarenhet från tidigare chefsbefattningar samt ett genuint intresse av utvecklingsarbete.

Eftersom du ansvarar för verksamhetens samlade resultat förväntas du vara mål- och resultatorienterad. *Du är beredd att ta ett gemensamt ansvar för kliniken och ett gemensamt ansvar för SÅS utveckling.*

Du har förmåga att samverka med andra kliniker i såväl det dagliga som i det framåtsyftande patientnära arbetet.

Du ingår i sjukhusets chefsgrupp.

Verksamheten bedrivs i Borås och Skene. Öppen och slutenvård är

⁸⁶ Om fler annonser förekommit däremellan har jag inte studerat. Annonsen utgör ett exempel i händelseförloppet.

integrerad. Kliniken ansvarar för mottagningar och en vårdavdelning i Borås samt en 5-dygns vårdavdelning i Skene.

Kvalifikationer [i fetstil]

- Du har högskoleutbildning inom hälso- och sjukvård.
- Du har en god cheferfarenhet och/eller erfarenhet från annan ledande befattning samt ett genuint intresse av utvecklingsarbete.
- Du har erfarenhet av ett process- och flödesorienterat arbetssätt.
- *Det är meriterande om du är läkare med specialistkompetens i ortopedi. Viss klinisk verksamhet och/eller forskning kan diskuteras.* (platsbanken.se augusti 2012 [mina kursiveringar adderade])

Liknande formuleringar har annonser för rekrytering av en verksamhetschef till ögonkliniken i oktober 2012 samt en verksamhetschef till kirurgkliniken i maj och november 2012. Här har sjukhuset svängt till att se det som meriterande med läkar- och specialistkompetens.

DEL III: STUDIENS RESULTAT, SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Kapitel 9. Förändring, management och organisering i sjukhusvården

I det här kapitlet gör jag en sammanfattning av studiens resultat och viktigaste slutsatser i ett vidare sammanhang samt avrundar med rekommendationer och förslag till vidare forskning. Mitt studieobjekt är ett initiativ inkluderande ett organiseringsförsök. Dessutom studerar jag förändring på förändring, vad jag kallar metaförändring, som en konsekvens av var på sjukhuset försöket börjar. Jag studerar ett händelse- och handlingsförlopp, det vill säga med fokus på processer och hur organisering går till samt med betoning på dess introduktion eller tidiga skede, samt de konsekvenser introduktionen får. Man skulle också kunna säga protoorganisering (jfr Dent 2006) – en början, beroende på vad som ses som startpunkt för handlingar – mer om det senare i kapitlet. Här återger jag min forskningsfråga från kapitel tre, som jag tagit mig an i delar.

Hur översätts initiativet, däribland organiseringsförsöket LIFT, på SÄS?
Vad är det som görs? Av vem/vad görs det?

På vilket sätt görs det och hur sätts det ihop?

På förfrågan går jag läsare som kräver och uppskattar ett renare fönster till mötes och här är det dags. Tidigare kapitel har visat hur en kontrovers samlas, kombineras, kopplas samman och spediteras tillbaka, det vill säga innan den blir "ready-made"⁸⁷ (Latour 1987). Sjukhuset hade ingen förebild av hur organisering i vad som kallas processer såg ut – bilder kom att konstrueras. Den här avhandlingens viktigaste slutsatser kopplar till tid, rum och materialitet. I det här kapitlet kommer jag att resonera kring att det sker en organisering som går snabbt, blir tät – med ett starkt kopplingsverktyg – och fäster i fler praktiker än managementpraktiken genom prat – prat⁸⁸ som en verbal handling. Här följer tre överlappande delar som för ett resonemang kring förändring, management och organisering. När jag sitter och jobbar – och skriver från höften – uttalar jag mig även rakt på om ett möjligt bidrag, okultiverat skulle flera säga, men just det struntar jag i. Jag vill bidra med ett och.

⁸⁷ I bilden av ett janusansikte skiljer Latour (1987) på kunskap som "ready-made science" och "science in the making", där den förstnämnda blickar bakåt och den sistnämnda blickar framåt.

⁸⁸ Till exempel Gherardi (2006) "talk in practice" och "talk about practice". Rovik (2008) kommenterar att han har en positivare syn på prat än som "bara prat" och jämför sig med Brunsson (2006). Czarniawska (2008, s. 39) nämnder att Brunsson, med referens till en av hans texter från 1982, inte menar att prat är "bara prat" utan "by talk, Brunsson seems to mean something akin to the logic of representation". Ja, så går en del forskningssamtal i text före decennieskiftet. Det finns alltså delar av det det skandinaviska forskningssamhället, som väljer att inte göra skillnad mellan prat och handling, utan ser prat som en handling – verbala och icke verbala handlingar alltså.

Kommatecknet lägger till bromsen och erbjuder en porösare ordsammansättning⁸⁹. Studier som jag använder som jämförelse kommer jag att sätta över det händelseförlopp jag studerat i resonemanget som följer.

Handlingar kopplas i sjukhusvården

Först kommer jag att sammanfatta de händelser och handlingar som skapat de aktanter och aktörer som blivit till i den organisering som jag följt i den här studien. Sedan kommer jag att resonera kring olika tidsramar, tidsförskjutningar och startpunkter eller introduktioner. Härnäst kommer jag att belysa sätt att problematisera, intressera och styra som kommit att karaktärisera olika moment, aktiviteter och arrangemang som det som heter LIFT innehållit. Därefter kommer jag att diskutera strategier i användning. Kapitelavsnittet avrundas med att jag presenterar ett sätt att se på idéer samt resonerar kring idéernas översättning.

I februari 2000 får sjukhuset en ny sjukhusdirektör som tar ett initiativ till organisering. Sjukhusdirektören sätter dagordningen och utmanar de länge etablerade maktstrukturerna. Hon tar tag i ekonomin och vill förnya genom att närma sig klinikerna, införa ett nytt och aktivt sätt att styra samt arbeta med strategiska frågor och skapa en vision för sjukhuset. Visionen ”det attraktiva sjukhuset” riktar sig till patienter, personal och ägare. Sjukhuset omorganiseras i specialitets- och servicedivisioner från en geografisk indelning i lasarett. Ekonomin återkommer på sjukhuset, både i siffror och i attraktion, och balanserar för första gången sedan slutet av 1980-talet, bland annat med skatteintäkter från ”det goda 1999”. I regionen förs en diskussion om att ”stärka ledarskapet”.

Tidigare arbetade sjukhuset bland annat med en utvecklingsstrategi innehållande ”fem byggstenar” (1991) och Organisationsgranskningen (1998), även kallad ”organisatoriskt gnäll” på sjukhuset, samt uttalad målstyrning (2000) och en i dokumentet omnämnd nivåindelning av sjukhuset. 2001 sker en del av organiseringen som en upphettad diskussion i media, där en läkarprotest blir synlig, och året därpå skickas visionsdokumentet (2002), också benämnt ”felande länken”, ut till alla medarbetare. Vid slutet av året tar sjukhusdirektören hjälp av konsulter och forskare och drar igång ett organiseringsförsök som heter LIFT. Försöket pågår utan dokument – LIFT börjar med ”ett litet papper” och det blir ”viktigare att göra än att visa papper”. Tre motiv skulle kunna vara att organiseringsförsöket har en symbolisk funktion – Sjukhuset försöker möta krav utifrån och framstå som moderna och legitima. En annan tolkning kan vara rent praktisk – det finns en efterfrågan på förändring inifrån organisationen för att hantera allt mer komplexa processer. Ytterligare en förklaring kan vara att det finns ett stort utbud av recept för reformering och förändring (Lindberg 2009).

I januari 2003 påbörjar trion av yrkeskategorier arbetet på sjukhuset och 2004 utökas försöket till att också gälla klinikens verksamhet. Både sjukhusdirektören och konsulterna kände sig främmande inför sjukhusets verksamhet: ”Jag tänkte att, vad är

⁸⁹ Och som ett uns av självkritik – Det hade den här texten också kunnat göra.

det här för en värld?” och ”Deras ekonomiuppföljningar var ju inte utav denna världen”. Programgrupperingen introducerar programmet med ett udda säljgrepp: ”Det här kommer ni inte att förstå” – En förvirringsskapande aktivitet som används i fler moment. Och förvirring syntes gå i fler riktningar – en verksamhetschef berättar att kliniken fick arbeta med att ”ta hand om konsulterna”, att man där fick ägna mer energi åt att stödja konsulterna än det stöd konsulterna erbjöd kliniken.

När SIQ bjuds in blir flera ”ilska som bin” – ”det blev fel en gång”, vilket uppfattades som ”dålig tajming” då momentet inte var förberett i sjukhusledningen samt arrangerades i anslutning till semesterperioden. Dessutom uppfattade flera i managementskiktet kopplingen som irrelevant för deras verksamhet.

Konsulter och forskare genomför en rit kallad gravölsceremonin som symboliserar ”ett överlämnade av stafettpippen”, vilket får informationsavdelningen att skriva att ”LIFT har skrotats” på intranätet. Det får sjukhusdirektören att i sin tur lägga tillräta – ”LIFT är inget projekt som ’går över’ och det är inte heller konsultstyt!”

Sjukhusets chefsmedarbetare skulle inte längre använda namnet när man kommunicerade om arbetet, hellre kalla det internt och integrerat utvecklingsarbete och förändringsarbete, vilket skapade ytterligare förvirring – ”Ni får inte säga LIFT”. Vi har inte ens börjat med LIFT. Det blev en konstig tanke för många. Så vi säger faktiskt det att ’vi är med i LIFT, våg två’”. Senare i händelseförloppet visar det sig att flera på sjukhuset vill använda namnet just för att det uppfattades underlätta kommunikation och uttrycka en särprägel – ”utvecklingsarbete låter så generellt”. Och sjukhusdirektören påtalar senare att inte hon heller ser ett motsatsförhållande längre. Hösten 2005 pratar intresserade om att LIFT:as på sjukhuset. Händelsen visar förbindelser och beroendeförhållanden mellan människor och objekt. Aktanter är något som kan agera eller något ting och människor agerar i förhållande till. Aktanter blir aktörer då de aktivt gör något och lyckas med sina handlingar och för att lyckas måste de hitta medhjälpare att knyta sig till. Här blir förbindelsen mellan LIFT, sjukhusets intranät och de som arbetar på sjukhuset synlig.

Lösningar och problem möts i blomkrukan, som jag placerade ut i kapitel fem, och det första årets arbete på sjukhusnivå sätts över i en modell som kallas SÄS-modellen 2004, bestående av tre idéer för strategiarbete, fyra faser i verksamhetsberättandet och fem strategier för organisering där två delar relaterar till processororientering och tre delar relaterar till chefsjobb. De sex problemområden konsulter och forskare sätter på agendan tillsammans med managementskiktet syns här glömda – sjukhuset önskar arbeta lösningsorienterat. Efter två och ett halvt år avslutas formellt programmet som forskare och konsulter dragit. En av konsulterna blir kvar på sjukhuset och går in i rollen som personal- och verksamhetsutvecklingschef. 2006 är sjukhuset ”flygfärdigt”, som verksamhetschefen för ortopedkliniken benämnde det, för processororganisering samtidigt som ”vidden inte är synlig ännu” och sjukhusdirektören får ett ”sticka ut hakan”-pris⁹⁰ för väl genomfört förbättringsarbete.

⁹⁰ Av PA forum, som är en mötesplats för att diskutera personal- och arbetslivsfrågor (VGR 2006, pressmeddelande).

Vad som av flera uppfattas som unikt med arbetet är att det sker på sjukhusnivå. Tidigare har liknande arbete främst skett på kliniknivå: till exempel "Samsynsprojektet" på ortopedkliniken 2002. Andra karaktäristika som blir innehåll i organiseringsförsöket är att det formuleras som en primärt intern angelägenhet för sjukhuset och intresserade väljer att minimera kommunikationen utåt om programmet inledningsvis. Politikerna "ska inte lägga sig i det under tiden" och deras medverkan skiljer sig också mot tidigare – Då gick den politiska ledningen "rakt in" genom att ringa och säga "rakt ut att det där får du sluta upp med", som sjukhusdirektören uttrycker det, och senare har de inte "försökt peta i det under gång", enligt forskaren. Sjukhusets verksamhet distanseras från politiken – "Det handlar inte om demokrati – demokratin sköter politiken" och "Det är ingen demokrati alltid – man måste vara med" samtidigt som ett sätt att prata om LIFT är att koppla det till en "demokratisk klang". Programmet dras utan att engagera politikerna mer än vid ett introducerande möte⁹¹. Bengt Jacobsson (1994b; 1994c) talar om att företagisering och marknadsbyggande bygger på den urgamla idén och reformmodellen att man bör skilja politik och administration åt vilket sällan är möjligt i praktiken. Kännetecknande för politikroller är snarast lyhördhet, ansvarstagande och inblandning i verksamheter påtalar Jacobsson.

När politikerna inte fått någon utvärdering två år efter att programmet avslutats kommer de tillbaka genom revisorerna för att utvärdera försöket. Här argumenterar de som talar för governance bland annat för att påbörja ett liknande försök återigen. Leif Anjou (2008) studie visar att det politiska systemets styrning främst gäller kostnadsnivå och "allmän inriktning", men i övrigt är begränsad i både räckvidd och intensitet. I den mån styrning sker i andra frågor handlar det om att sträva efter förändringar i organisation och struktur medan styrningens påverkan ofta är "låg eller måttlig". Anjou tolkar det som att verksamheten frikopplas eller löskopplas från beslut som inte uppfattas relevanta i den praktik dit besluten riktas. Den här slutsatsen kommer jag att komplettera längre fram i texten. Granskningen åtföljs av fackföreningens svar på granskningen samt kompletterande redogörelse och nära i tiden redovisar forskare och sjukhusdirektör arbetet för forskningsprogrammets finansiering. Språkrör för governance blir "förvånade" över att det saknas utvärderingar och språkrör för medicin blir "häpen" över detsamma samt exemplifierar med en förmodad "snopen" erfarenhet dragen av en kirurg vars medicintekniska innovation gått managementspråkrören förbi. Ett språkrör för management blir "förvånad" över en professionell organisations sätt att verka. Sjukhusdirektören tar hjälp av vokabulären i LIFT. Samma år, 2007, är första året med röda siffror sedan ekonomins återkomst år 2000.

År 2008 förskjuts återigen en del av organisationen till media, med den sedan 2006 tillträdde ordföranden för fackföreningen i spetsen. 2009 fortsätter det ekonomiska underskottet och ordföranden redovisar i en intervju i *Sjukhusläkaren* (2009: 5/10) hur många verksamhetschefer som tappat medicinsk bakgrund på sjukhuset. På

⁹¹ På en första version av LIFT-pilen finns mötestillfallet med som en del för att i uppdaterade versioner försvinna från aktanten.

kvalitetsmässan 2009 talar forskarna om en ”svårstyrd sjukvård” och i slutet av året visar sjukhusdirektören upp forskarnas publikation (Norbäck & Targama 2009) för styrelsen med hänvisning till ”den teoretiska” beskrivningen av arbetet. Det är en beskrivning som berättar om försöket till organisering med bas i förändringsteorier från en aktionsforskningspraktik. Får man tappa den första och sista bokstaven? – en teoretisk beskrivning – och hittills lägga till ytterligare en (Rombach & Ohlsson 2013).

För att återknytta: Initiativet och de följande handlingarna (händelser som tilldelats ett motiv) drar fram makten och händelseförloppet väver samman en sjukhusdirektör versus en ordförande för läkarföreningen i en duell som förs i media om hur organisationen, det vill säga det som organiserats och organiseras, ska tolkas. De tilldelar varandra roller som ”bad guys” (Latour 2006). Först samverkar fackföreningen, åtminstone delvis genom att inte tala för sin sak, men när programgrupperingen lämnat sjukhuset som aktiva dragkrafter för programmet, tar en ny ordförande vid och byter tongång. Åren dessförinnan såg det ut som att sjukhusdirektören byggde upp en maktbas med hjälp av konsulter och forskare och en då medverkande fackförening. När programmet avslutats blir denna ordförande inte omvald och en ny tillträder. Händelserna för dem till media återigen där en jämförande sifferexercis tar vid i formen av öppna jämförelser. Diskussionen gäller bland annat hur sjukhusets kompetens och status kan tolkas. Både språkrör för management och språkrör för medicin framhåller att språkrör för medicin vill vara med och förändra sjukhuset. Både ordföranden och sjukhusdirektören talar ”engagerat” och ”med hetta i rösten” om man får tro journalisterna. Båda visar de passion för sin sak och båda talar för ändring.

Tjänster som processägare inrättas 2005 på sjukhuset som fäster idéerna i sjukhusvårdspraktiken. I VGR:s utvärdering (2009) visar det sig dock att sjukhuset har svårt att fylla dessa tjänster med intresserade läkare. Det skulle kunna vara så att det numera finns en acceptans och varför inte önskan om att arbeta med liknande verktyg inom delar av sjukhuset. Att verka för programmet kan också vara ett sätt att möta krav för att få behålla sitt arbete. På sjukhuset pågår rekrytering av nya chefer och en av slussarna in i sjukhuset är att visa vilja att arbeta på det sätt LIFT gjorde sig till språkrör för – LIFT-idéerna materialiseras och visar sig i dagens annonser för rekrytering av både verksamhetschefer och läkarchef. Här blir det synligt vilket arbetssätt som normerar dagens managementpraktik på sjukhuset. Ett managementskikt som tappar medicin(sk bakgrund) – som den sett ut hitintills – är i blivande.

Vad som räknas som medicinskt ändras kanske också på längre sikt. Dagens läkarutbildning innehåller allt fler kurser i förbättringsarbete, som numera etablerats som en formell benämning. Ett kunskapsområde som håller på att ta fäste inom en läkarutbildning som är i förändring (SOU 2013:15).

År 2010 i mars lämnar sjukhusdirektören sjukhuset för ett nytt jobb inom regionen. På sjukhuset heter det fortgående organiseringsförsöket Lean och 2010 rekryterar VGR en sjukhusdirektör med medicinsk bakgrund. LIFT blir del i ett argument

(re)producerat av såväl medicinens språkrör (*Sjukhusläkaren* 2009, 5/10) som talespersonerna för programmet i sig och språkrör för ändring mer allmänt (Norbäck & Targama 2009; Kvalitetsmässans program 2009). Pratet når en vidare publik – offentligheten. Studien är bland annat ett exempel på hur New Public Management blir publikt.

Varför materialiseras försökets idéer? En väsentlig resursinsats har ägnats samtal och många pratar, det vill säga deltar och pratar in idéerna, en lagändring om ledningssystem i vården tillkom 2005, som blev viktig för att idéerna fick fäste. Dessutom stabiliserar de dokument – där arbetet skrivs in – som kommer till ytterligare. Och idéerna har verkat en tid. Härnäst kommer jag att resonera kring när något börjar, uppmärksamma olika tidsramar – även studieobjektets – samt säga något om tidsförskjutningar.

Olika tidsramar

När något börjar är sällan självklart. Den här studien förskjuter intresset från ett organiseringsförsöks början år 2002 tillbaka till ett initiativs början i sjukhusverksamheten år 2000 taget av en ny sjukhusdirektör, då studiens ingång blir och är ett (kombinerat reform- och) praktikperspektiv (jfr Sahlin-Andersson & Engwall 2002; Blomgren & Sahlin-Andersson 2003).

Sjukhusdirektör, konsulter, forskare, verksamhetschefer, områdeschefer och läkarkår – aktörer som bland flera (intranätet inte glömt) återskapas i försöket – ser olika startpunkter i relation till organiseringsförsöket. När områdeschefen berättar om LIFT som en del i ett pågående omvandlingsförsök i sjukvården börjar han sin berättelse 1991. Det kan kopplas till den ekonomiska tillbakagången under 1990-talet, NPM:s förstärkta grepp i offentlig verksamhet samt de förändringar sjukvården stod inför kopplat till omstrukturering av vårdens huvudmannaskap. Även verksamhetschefen som vid samma tidpunkt presenterar klinikens – och klinikernas – arbete i relation till organiseringsförsöket – med en röst – börjar sin berättelse 1991. Det kan kopplas till den lagändring som genomfördes 1991 som innebar att det inte längre krävs att verksamhetens chef är utbildad läkare. Verksamhetschefstiteln tillkom vid verksamhetschefsreformen 1997 som nämndes ovan.

Medicinens språkrör talar om hur det var för ”15 år sedan” på sjukhuset, vilket ger en fingervisning om vilket tidsperspektiv språkröret argumenterar utifrån. Läkarföreningens ordförande påtalar också att utvecklingen sker i en allt ”raskare takt” och att utvecklingen på sjukhuset ”gått längre” än på andra sjukhus, vilket kan kopplas till tempot i både programmet och dagens samhälle samt spridningen i rummet.

Konsulter och forskare fokuserar på programmet per se och har i varierande grad en liknande tidsram – att det tar två och ett halvt till tre år att påbörja (och genomföra?) de ändringar de talar för. Kanske har programmakarna haft överdrivna förväntningar och mer än tillräckligt romantiska föreställningar kring vad som kan genomföras

under den tidsperiod som de funnit relevant samt överskattat efterfrågan på introducerade idéer. Takten i programmet ökas också allt eftersom fler aktörer dras till arbetet. Verksamhetscheferna introduceras under 14 dagar (uppfattas vanligtvis som 20-22 dagar i efterhand) under det första året, medan avdelningscheferna då de introduceras får tre dagar att ta med sig vad verksamhetscheferna fått ungefär fem gånger så lång tid att vrida och vända på. På ett liknande sätt minskas antalet dagar för läkarkåren från tre dagar, där de första tillfällena sker under internatvistelse, till en halv dag. Aktörerna diskuterar också när de kommer in i den pågående organiseringen av försöket. Talespersoner för medicin säger att chefer kommer för sent till läkarmötena: ”Ni kommer klockan tre. Då är vi trötta...” – en uttalad önskan att samtala med cheferna tidigare på dagen. Redan i ett tidigt skede uppfattar medicinens talespersoner att de kommer in för sent i händelseförloppet. Språkrör för medicin talar för att konsekvensanalyser bör göras tidigare och fler talespersoner efterfrågar information innan beslut tas och ”viss förankring innan genomförande”.

Sjukhusdirektören sätter sitt hopp till att det tar minst sex år att införa processorientering och med delar av försöket – introduktionen av LIFT – med ”bra tajming” enligt sjukhusdirektören och andra delar – visionen – med ”dålig tajming” enligt en områdeschef. LIFT har föregåtts av maktkamp mellan medicinska och managementinriktade intressen där maktutövningen öppnar för ytterligare grepp. En konsult berättar att en chef berättat att om konsulter och forskare kommit till sjukhuset ett halvår till ett år tidigare (som jag översätter det) – eller senare (som konsulten återberättar) – hade det programmakarna gör inte varit möjligt – då hade de blivit ”utslängda”. Konsulten säger – ”sjukhusdirektören hade röjt marken”.

Managementskikten har olika tidsramar: Ett flertal verksamhetschefer betonar att ”det är viktigt att det får ta tid” och några säger att ”det tar minst tio år”. En femårig tidsram ligger också till bas för med vilken takt sjukvården uppfattas förändras i relation till sjukhusledningens möjligheter att påverka händelseförloppet. En områdeschef nämner hösten 2005 att ”vad som inte gick för fem år sedan kanske går idag”. Flera chefer har talat om svårigheterna i att ”hitta tempot”, dels baserat på att intresset var ”Ijunt” till en början för att sedan övergå till att ”alla ville börja direkt” och dels i de praktiska svårigheter som uppstod relaterat till ett ”breddinförande på kort tid” då allt fler kliniker och enheter kom att bäddas in i försöket. Dock har en åttaårig tidsram vunnit gehör bland flera i sjukhusledningen – Att gå igenom sjukhuset ”tar två år på varje nivå”.

I *Mechanisms of hope: maintaining the dream of the rational organization* skriver Brunsson (2006) om hur stora förhoppningar hålls vid liv länge. Bland mekanismerna ingår att forskjuta tidpunkterna relaterade till reformen. Vanligtvis flyttar man fram datumet för när resultat av ansträngningar ska bli synliga med ett antal år framåt i tiden. Och visst finns det hopp, avslutar Brunsson. Och just i sådana fall kan tålmod som en del i translatorkompetens utgöra en av förutsättningarna för en idé, som till en början bara leder till ”prat” inom en organisation, så småningom utkristalliseras i substantiella rutiner och praktiker, lägger Røvik (2008) till. Men som jag nämnde ovan ser jag inte prat som ”bara prat” – det är handling också.

Relaterat till att flytta datum skulle man också kunna se det som att syftet för försöket förskjuts över tid, som Czarniawska (2004a) talade om som sunt förnuft och pragmatiskt sätt att förhålla sig till händelseförlopp, som jag visade i litteraturgenomgången. Med det sagt resonerar jag om protoorganisering (jfr Dent 2006) här – från en prototyp⁹² till ett protokoll. När jag söker på ordet proto i uppslagsverket Merriam-Webster (merriam-webster.com) får jag förslag på 15 ingångar och varianten prot- som bland fyra definitioner delar en i ”first in time” och ”beginning”.

När jag resonerar prospektivt (jfr Latours (1987) janusansikte) – visserligen nu retrospektivt, för att göra det än mer komplext, för det jag nu säger visste jag ju inte då – I måldokumentet från år 2000 finns idéer om processorganisering. År 2002 sker en läkarprotest på sjukhuset och i media och 2003 kopplas ett verktyg till – en prototyp – för att organisera arbetet i riktning mot en organisering i processer. År 2003 börjar ett intresse för verktyget, 2004 börjar ett ”skarpt läge med kliniker” och 2005 börjar ett ”skarpt läge med processer”. År 2009 syns verktyget stabiliserat i text och dyker därefter upp i sjukhusstyrelsens och regionens protokoll. Textobjektet tas sedan upp av ÖHN-kliniken 2010 som använder det vidare. Sjukhuset börjar varje dag. Retrospektivt blir det flera introduktioner men här och nu är det en. Vad som istället skulle kunna ses som problematiskt är att det verkar bli så skarpt. Riskerar det inte att punktera ett samtal?

Røvik (2000) talar om decenniumism relaterat till de recept han studerar och återkommer med en uppföljare till sina studier åtta år senare (2008). Jag finner därmed anledning att fokusera min diskussion till den tidsramen – århundradets första decennium i det här fallet. År 2003 till 2005, det vill säga tre år, är den tidsram jag ser som en introduktion – den ligger närmare managementskiktets än forskares och konsulter (dåvarande?) uppfattningar. Kort sikt kan kanske sägas bli längre utmed decenniet vi pratar om, mer om det senare.

Tidigare har det varit vanligt förekommande att studier fokuserat utvärderingar, det vill säga ett sent skede i processen (t.ex. flera studier som använder sig av ett reformperspektiv). Fokus försköts också till ett tidigare skede – genomförandeprocessen (t.ex. Erlingsdóttir 1999), och jag tar ett steg ytterligare genom att fokusera introduktionen, vilket heller inte är nytt (jfr t.ex. Andersson 1979). Låt mig ta ett exempel: *Actor Network Theory and after* (1999) följdes bland annat av *Reassembling the Social: An Introduction to Actor Network Theory* (2005). Delar av forskarkollektivet inom STS-traditionen (Science in Technology and Society) går tillbaka till introduktionen alltså. Jag försöker följa och den här studien handlar inte om hur det slutar, då det inte har slutat – det pågår. Det brukar organisering göra. Den här studien handlar om hur det börjar – ett försök sprunget ur ett initiativ. Och baserat på avancerat akademiskt skvaller skulle det inte förvåna mig om en intressant

⁹² Prototyp: originalmodell som utgör mall vid serietillverkning; normal, likare (saol.se, hämtad 2013-08-16)

”prequel” – om vad som hände före⁹³ det här studerade händelseförloppet – snart ser dagens ljus.

Det här försöket börjar med att möta ett managementskikt – det hade kunnat börja var som helst på sjukhuset (eller när det gäller den här studien även på andra platser). Jag har därför följt försöket när det befinner sig på sjukhusnivå. Jag fokuserar introduktionen, eller problematisering och intressering som är de första momenten i Callons (1986) modell om man så vill. När alla fyra momenten inkluderas är tidsramen tio år med en vald startpunkt 1972 vid en konferens i Brest och här handlar det om forskare, fiskare och musslor. I den här studien handlar det om en sjukhusdirektör, konsulter och forskare – vetenskapens representanter och deras vertyg – som försöker intressera heterogena material på ett sjukhus.

Samverkan för att intressera

Sjukhusdirektören tar hjälp av konsulter och forskare och gemensamt verkar de för ökat managementinflytande på sjukhuset. Introduktören hade troligtvis inte kunnat bredda initiativet utan konsulter och forskares hjälp och konsulter, och forskare hade inte fått möjlighet att använda sin specialistkunskap – fångad i benämningen ”lärande och förändring” utan en professionell organisation som sjukhuset. Där kan ”gruppdynamik” sättas i arbete. Stolar utan bord formeras i en ring – ett U – en öppning i rundningen finns. Här sätts en chefsgruppering i samtal. Läkarkåren har civila kläder, ”inga uppfällda kragar”, som sjukhusdirektören sa, då försöket går utanför sjukhusets lokaler. Konferensanläggningar utgör platserna för samtalen och chefer på kliniknivån är på ”vift” – de uppfattas som frånvarande i klinikarbetet av avdelningsnivån. Och medan samtalen i U:et pågick var det ingen som ”satte P” innan det gick långt snabbt.

Management är något chefer får lön för att göra menar Collins (1998). Den här studien visar att ett sätt att konstruera management är genom att särskilja det från administration – ”då samlar man papper”. Sjukhusdirektören vill agera aktivt – annars vore det billigare med en brevduva enligt henne. Andra sätt är att ”fixa pengar”, bedriva (motsatsen till) ”skräckvälde” och att agera ”utvecklingsinriktat” – ”då ligger man före politiken”, som framgick av sjukhusdirektörens berättelse om tidigare sjukhuschefer. För att sätta ner några rottrådar till begreppet management påtalar Collins (1998) att det refererar till riktning, till att styra och till handens aktivitet. När management som ideologi kom i kris i slutet på 1920-talet vände sig management till akademien efter hjälp för att återskapa språk och uppförande. I början var det dock ömsesidig misstro mellan akademien och management (Collins 1998, s. 27). Den här studien visar att sjukhusledning, konsulter och forskare står i ömsesidigt beroende. Sjukhusledningen behöver verktyget för att få personer utifrån som kan argumentera för vad som förespråkas och därigenom legitimera och intressera för försöket. Samtidigt håller sjukhusledningen ett avstånd för att markera en särprägel – ”nu ska

⁹³ Ursprunget till ordet prot- är det grekiska *prōt-*, *prōto-*, från *prōtos*; relaterat till det grekiska *pro* ”before” (merriam-webster.com).

det bli så där väldigt akademiskt” säger sjukhusdirektören när hon introducerar forskarna inför VGR:s publik.

Här vill aktörer styra på ett nytt sätt som innebär att överge ”tésagt é tésagt”, som kan översättas till regelstyrning, och istället styra ”kommunikativt” och med ”dialog” – en form av normstyrning. Sjukhusdirektören styr med en från sidan synlig hand, konsulterna försöker verka stödjande ”genom att göra så lite som möjligt” och forskarna talar för ”ledning, lärande och förändring”. Flera i managementskiktet blev ”frälsta” till en början och möjligen relaterar den obetalbara kommentaren: ”tänk om man ändå hade en japansk sushimetod att luta sig mot” till ett lekfullt lärande. Kopplingen till lek finns till exempel i den finländska organisationsforskarens Sari Stenfors (2007) avhandling *Strategy Tools and Strategy Toys: Management Tools in Strategy Work* baserat bland annat på March (1991) begreppspar: exploration och exploitation som betonar det utforskande, lärande och lekfulla i organisationer, vilket också kan kopplas till homo ludens – den lekande människan. I arbetet med sjukhusets etableringsmodell för processer, bestående av stegen identifiering, upprättande och etablering, har syns en osäkerhet, en ”äkt oenighet” och en kreativitet i ett tidigt skede – innan den drogs tillbaka genom formalisering som det uppfattas av flera aktörer.

När SÄS hamnar på sista plats i AT-läkarnas rankning år 2006 kommenterar sjukhusdirektören att utbildningssituationen varit försummad på sjukhuset. Top management i Rolling Stones-generationen utbildar sig och skapar bilder istället för att ge möjligheter till blivande och nyanställda medarbetare – en satsning mer i riktning mot gårdagen än morgondagen?

Retro på modet

Härnäst kommer jag att se med Røviks glasögon från en senare text (2008) – den från 2000 användes i litteraturgenomgången – för att jämföra initiativet och LIFT med strömningar i tiden inför 2010-talet. År 2013 finns kanske delar av det som fanns fem år tidigare kvar?

Røvik (2008) beskriver fem tunga idéströmningar och huvudtrender i det nya århundradet: *avbyråkratisering, från ledning till styrning, den radikala ekonomismen, från silo till processororienterad organisering* samt *omdömeshantering*. Inom avbyråkratiseringens flexibilisering finner sig organiseringsförsöket väl hemma, då det visade sig få en elastisk karaktär. Från silo till processororienterad organisering är en trend som försöket kopplar sig till när det gäller idéer om processer både i form av horisontella kedjor och korsfunktionella team. Ekonomin kommer tillbaka – både i siffror och i uppmärksamhet. Røvik talar också om genombrottsidéer och här finner jag försöket specifikt kopplad till ”Ledarskap: ’Wanted a Continuity Champion’”. Programgrupperingen och sjukhusledningen använder energi till att framhålla att LIFT inte är ett projekt – det är som man säger ständiga förbättringar. Och när Røvik även nämner vad idéerna inte handlar om visar sig inte en enda av de 97 genombrottsidéerna handla om organisationskultur, åtminstone inte explicit. När

Røvik sedan pekar på de fyra huvudmönstren hos genombrottsidéerna skulle försöket kunna kopplas till en retrolösning. Man återanvänder flera av de idéer som kan kopplas till 1990-talets tal om ”lärande organisation”, 1980-talets stora ledarskapsatsningar och 1970-talets gruppdynamiska idéer. 2000-talets första decennium är ett årtionde där dessa idéer passar väl in – retro är på modet.

Man skulle även kunna kalla det en mjuk teknik som handlar om att människor ska styra sig själva (jfr Hasselbladh m.fl. 2008). Man bör arbeta i team och man bör själva komma på och formulera att det är just det man bör göra – ”vi ger inga lösningar”. Detta får flera av dem som intresserats, i första hand verksamhetscheferna, att uttala en känsla av att ha ha gått på en nit. Bowker och Star (1999) beskriver hur undersköterskor kallade aktiviteter för ”No shit, Sherlock”, då de ställdes inför ett naivt sammanhang som i exemplet med hur man skulle skaka ner en termometer. Idén om att cheferna själva ska komma på att de ska arbeta i team uppfattas som en variant på det temat. Att människor ska styra sig själva i team är alltså en retrolösning med tiden.

Varför visade sig LIFT bli ett kraftfullt verktyg i användandet med en början i PANG och vidare till PANG, PANG, PANG? Det låter som att det blev fler pang för pengarna. Här hör jag Lift-programmet sättas samman till LIIIFT, men vid enskilda moment uppfattade jag det som betydligt mer lågmält. Sjukhusdirektören ändrar inget på klinikinivån inledningsvis för det är där ”pengarna ligger”. Senare säger chefläkaren att ”nu börjar omorganisationerna som berör dem på golvet mest” och syftar på klinikerna. LIFT:s lösa karaktär kom att underlätta kopplandet.

På sjukhuset kunde de styrande idéerna ges breda tolkningar och uppfattades som svårfångade, ibland dubbla samt värda att tro på och eller kanoniska: ”LIFT är som Gud – många pratar om det men ingen har sett det”. Det ökade möjligheten för programgrupperingen att dra processer och formulera problem och lösningar i samklang med sina motiv. De idéer försöket innehåller är tillräckligt elastiska för att förespråkarna ska kunna koppla till det man anser fördelaktigt och koppla bort det man anser mindre fördelaktigt, vilket skulle kunna uttryckas med att ”allt som är gott är LIFT och allt som inte är gott är inte LIFT” (jfr Rombach 1990) eller varför inte mindre negativt – LIFT som en kameleont, för att parera, (jfr levelling vagueness, Barinaga 2002), och därigenom undvika kollision. Programgrupperingen förmedlar vaghet för att skapa manövreringsutrymme och kopplar till det man för tidpunkten finner sig gynnad av. Elasticiteten möjliggör också att idéerna kan ge löfte om lösningar på många problem, det vill säga de kan fyllas med olika innehåll när det ska omsättas i lokal handling. Men de kan också användas i maktutövning – att parera med en logik som sägs ”växa fram”, och genom sin vaghet försvåra ett kritiskt förhållningssätt gentemot programmet då det inte framgår tillräckligt vad det innehåller i processen då det blir till. Först i efterhand blir ett innehåll synligt och då är det för sent att förespråka ett varierat innehåll. Programmet ser ut att ha en kombination av styrande och förhandlingsbara förutsättningar där specialister på att arbeta med utveckling (åt bra eller fel håll) och sjukhusledningen tar sig tolkningsföreträde. De som tar initiativ kan dra fördel av att de definierat problem och

andra deltagare kan bli tvingade att medverka utan att kunna påverka innehåll och aktiviteter i den utsträckning de är intresserade av.

En del av organiseringsförsöket kopplades till idéer kring vad som benämndes delaktighet. Flera av verksamhetscheferna har uttryckt att de själva känt sig som ”golvet” under mötesserien och delaktighet kom kanske främst att kopplas till att *de andra* skulle bli delaktiga. Vidare skedde en förskjutning från begreppet delaktighet som kunde kopplas till rättigheter mot användandet av ”allas engagemang” som har en starkare koppling till skyldigheter – ”alla har två arbeten – att göra sitt arbete och att utveckla arbetet” i enlighet med *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, SOSFS 2005:12 och *God vård* (Socialstyrelsen 2006) som visar hur författningen kan tillämpas. Men, det var flera som *deltog*. Vad händer på mottagande-, konsumtions- och efterfrågesidan? Vad gör de aktörer som skapas i organiseringsförsöket med programmet och de idéer det skapar?

Strategier i användning

Verksamhetscheferna kom att bli en aktörsguppering – hur använder och transformerar de strategierna via taktiker i praktiken? Røvik (2008) talar om behovet av translatorkompetens i moderna organisationer och till och med som avgörande framgångsfaktor. Han menar att den är förbisedd och vanskött. Kompetensen att översätta kan ses som en talang och kreativ förmåga att hantera och ta sig igenom aktiviteter och uppgifter samt en kompetens att kommunicera med många samtidigt under ett händelseförlopp. Translatorkompetens kan beskrivas som att ha kunskap om båda kontexterna – både den som det ska översättas från och den som det ska översättas till, det vill säga en förmåga att både dekontextualisera och rekontextualisera. Det inbegriper hur man identifierar och ger en idé form samt utformar varianter som blir begripliga, passar in och får (av)sedda verkningar i den kontext där de ska införas. De verksamhetschefer som intresserats i programmet har visat sig både aktiva, avståndstagande och passiva. Under mötesserien upplevde flera möjligheten att delta som en eftertraktad chans att få bättre insyn och möjlighet att bidra till en som man uppfattade det effektivare organisering av sjukvården. Flera tog rollen som talespersoner och några gjordes till språkrör. Nu kommer jag att resonera kring några av de olika sätt på vilket aktörer som blir till i relation till programmet svarar. De är inte ömsesidigt uteslutande utan kompletterar och överlappar varandra.

Att passa in, att verka för, att agera först och att bli en förebild

Ett sätt att visa kreativitet är att använda idéerna till något som passar den lokala praktiken, det vill säga att göra något av det utrymme som finns tillgängligt. Exemplet med klinikens språkrör visar ett sätt att hantera och bidra till organiseringsförsöket genom att ta rollen som talesperson för programmet och samtidigt tala för både management och medicin. För management kan verksamhetschefen ses som en protomodell (Dent 2006), som framtida chefer kan följa och skapa sina förebilder från.

Verksamhetschefen för ortopedkliniken agerar först som en representant för en av de första klinikerna som deltar i LIFT och är aktiv på både sjukhusnivå och kliniknivå. Verksamhetschefen använder de delar som uppfattas som relevanta för den plats där chefen verkar: här finns plats för processteam, som chefen väljer att starta med. Platsteam väntar chefen med – ”Då gäller det att vara i första vågen så hoppar man över dem, för de vill ändå att vi ska komma igång, så får vi se sen.” Och chefen väljer bort vad som uppfattas som ”småttiga organisatoriska principer” – ”Det går det mesta om man låter det rulla på lite”. För medicin kan verksamhetschefen ses som en förespråkare för kliniken (kliniska) arbete, då chefen till exempel poängterar att han själv är kliniker – ”vilket ju är katastrof” i sammanhanget. Verksamhetschefen verkar som en dragkraft för arbetet genom att prata för både sjukhuset och kliniken och för management och medicin. Klinikens språkrör drar med sig läkare som vill bli processägare genom intresseanmälan. På ortopedkliniken får de in fler sökande än det finns tjänster, vilket visar en efterfrågan på det aktiviteterna skapat inom ramen för programmet. Även verksamhetschefen för ögonkliniken blir en förebild genom sin, som det uppfattades av chefsgrupperingen, praktiska bild av hur processorganisering på sjukhuset kunde se ut och kom i arrangemanget att kallas ”Lifts’ sound of music”.

***Att missanvända en standard i blivande,
att agera fort, att tystna och att höja ljudnivån***

Ett annat exempel är att missanvända idéerna. En verksamhetschef agerade snabbt och ”välte” de sektioner som var knutna till kliniken till att utgöra processer istället. Handlingarna ledde till en uppblående kritik från både verksamhetschefens sida och chefer runt omkring. Røvik (2008) talar om bra och dåliga översättningar och i translatorkompetens verkar det ligga en förmåga att agera med lagom fart, att skynda långsamt (Tullberg 2000), i takt med olika sjukhusvårdspraktiker i det här fallet, för att få handlingar att koppla till andra handlingar. I det här exemplet agerade verksamhetschefen som det uppfattades för fort och på ett sätt som inte accepterades bland redan kopplade aktörer.

En annan talesperson försvann. Verksamhetschefen talade inledningsvis under mötesserien för programmet men kom att anlitas allt mindre, då verksamheten han ingick i blev ”tom” i mötet med managementskiktet – verksamheten hade inte några representanter för medicin anställda och ansågs därmed inte representera sjukhuset. Här förlorade programmet en röst – den tystnade.

Ytterligare ett sätt är att höja ljudnivån. En högljudd praktik är kanske en del av medicinen. När Werkö (2008) skriver om den praktik han får sägas känna väl noterar jag att han återkommer till ljudnivån i sina beskrivningar: ”ordförande eller enbart högljudd ledamot av Läkaresällskapet” (s. 14) samt att den ””ständig” sekreteraren var ”förhållandevis tystlåten i de allmänna diskussionerna” (s. 14). I den här studien hörs flera olika tongångar i skilda ljudnivåer (bildligt, inte mätt i decibel) under olika delar av händelseförloppet. Ljudet kom att stiga. Och känslor går i sving – tal om hat, uttalad besvikelse och omtalad hetta i rösten.

Polyfoni är ett uttryck för fältets röster, vilka inte kan tala för sig själva. Det är författaren som får dem att kommunicera på hans eller hennes villkor (Czarniawska 2004b, s. 61-62). Czarniawska visar också på en förskjuten betoning från polyfoni (Czarniawska 2004b) till plurivocalitet (Czarniawska 2008) under 2000-talets första decennium – här med en betydelseförskjutning från ett färdigproducerat ljud till ett ljud i blivande. En annan skillnad är den mellan multivocalitet (Star 1991) och plurivocalitet – med en förskjuten betoning från många till plural. Detta resonemang har betydelse för det sista avsnittet i den här boken.

”There is an interesting story going on”, så sa de professionella i Frank Muellers med fleras (2003) studie som jag redovisade i litteraturgenomgången. I den studien argumenterade representanter för medicin med management och kunde därmed också sätta sin prägel på diskussionen. Det är ett exempel på hur flera valt att inte argumentera i den här studien. Istället går diskussionen här in i en läsning. Hur kom sjukhuset dit?

Vad gör vem?

För att bli aktör måste man skapa sig en identitet genom handling och aktörer uppkommer i relation till varandra. De är resultat av ständigt pågående processer. Utifrån det här perspektivet blir det relevant att ställa sig frågorna: vad gör vem, snarare än vem gör vad, och i sin tur vem blir vem? I kapitel sju visade jag att ett språkrör för kliniken, kom att bli ett språkrör i relation till programmets händelser och därmed en aktör genom sina handlingar att prata för sjukhuset *och* kliniken. Språkröret fick representera klinikens och alla klinikers arbete med programmet. Aktörer som kopplas samman kan göra sina röster hörda och blir på så sätt makroaktörer – de kan tala utåt med *en* röst och uppfattas som att de står för och gör en sak utan att för den skull behöva stå för en homogen gruppering eller överensstämmande idéer. Fackföreningen är ett exempel på en intressegruppering som drar gemensamma frågor: Utåt talar läkarkåren med en röst. Forskarna blir, av andra konsulter än dem som deltagit i den här studien, (vanliga) konsulter (t.ex. VGR 2007; 2009) och sjukhusdirektören blir av dem runt omkring upphovsperson till försöket och försöker senare göra forskarnas text till det metaspråk som organiseringsförsöket föreslås diskuteras med. Idéerna om processorganisering som sjukhusdirektören företräder finns redan i måldokumentet från år 2000, ungefär vid samma tidpunkt som sjukhusdirektören säger på sin anställningsintervju att hon vill processorientera sjukhuset. Redan år 2002 och från 2006 – 2010 skapas flera ”bad guys” kring sjukhuset i media. Processorienteringen visade sig bli kontroversiell.

Också tekniken i form av sjukhusets intranät har visat sig påverka händelseförloppet. Intranätet blir en aktör som agerar med information om bland annat att ”LIFT har skrotats”, vilket frambringar andra handlingar från till exempel informationsavdelning, lokala utvecklingsgrupper och managementskikt. Handlingar drar alltså fram makten och aktörer skapas ur och i en väv av händelser. Den makt som dras fram ur relationerna blir ojämlig och de förhandlingsfrågor som uppkommer skulle kunna ge förslag till diskussionsingångar för den politiska dagordningen.

Inom delar av antropologi betonar man bland annat vikten av en ”symmetrisk antropologi” som innebär att den studerande och den studerade är jämbördiga och skulle kunna byta plats – vem som studerar vem är inte självklart, vilket blir tydligt utifrån Czarniawskas (1998) exempel då Gideon Kunda (1992) intervjuar en kvinna i egenskap av medarbetare i den organisation han studerar. Kvinnan hade nyligen avslutat sin avhandling inom ett relaterat ämne. Hade hon däremot blivit fördröjd i sitt avhandlingsarbete hade hon kanske inkluderat honom i sina fältanteckningar. Alltså bör allt, såväl humana som icke-humana aktörer, undersökas och analyseras utifrån samma ingångspunkt. Det tog tid att skriva ihop avhandlingen och jag fick som en konsekvens fler data, ibland i formen av textobjekt, i mitt knä.

Det är det här Latour (1998, s. 54) talar om när han kommer in på att ”bibehålla samhällets uppkomst i det närvarande”, vilket innebär att vem som blir vem omdefinieras utifrån de handlingar människor och ting gör. Resonemanget handlar om att det är nödvändigt att handla tillsammans och här skapas också gränserna för det kollektiva. I dessa förhandlingar avgörs tillfälligt hur ansvar ska fördelas och vilka som är de bästa metaspråken för att definiera kollektivt handlande. Vad gör vem? Och vem blir vem? Det är långt ifrån givet på förhand.

Här har jag beskrivit ett förlopp av handlingar där de i händelseväven skapade aktanterna och aktörerna kommit att förlöpa sig, gå nära och provocera starkt och *de andra* slog ett slag för sina intressen.

Att se intressen som verkan för sin sak

Inom förändringslitteraturen är ”motstånd mot förändringar” i det närmaste en egen genre (Czarniawska 2008; Røvik 2008). Användandet av termen motstånd är i sig belysande då den verkar antyda att de som motstår gör sig själva till en ingrediens i en kamp mot det oundvikliga när de i stället skulle kunna tjäna mer på att använda sin energi så att de kunde dra nytta av förändringar. Collins (1998) beskriver motstånd som ”futile” och som ett tillbakaglidande misstag i att konfrontera verksamhetsrealiteter. Collins påtalar också att genom att kalla ogynnsamma och eller fientliga responser för motstånd till förändring misslyckas man med att ge trovärdighet till de idéer och motiv som ligger bakom responsen. Collins, som är brittisk sociolog, tar ett exempel att vi inte använder ”Her Majesty’s Resistance or Her Majesty’s Resisters”. Istället brukar vi erkänna ett politiskt parti som förespråkar en annan, men i dess anhängares grupperings, giltig agenda. ”Her Majesty’s Opposition”, erbjuder en annan tolkning av ekonomin och politiken samt erbjuder en valbar variant. Utifrån det här resonemanget blir det inte så intressant att tala om ”särintressen”, vilket har varit en del av programmets vokabulär. Alla intressen kan ses som intressen för sin sak – såväl medicin och management och governance samt hybrider dem emellan.

De som ägnar sig åt ”motstånd” porträtteras ibland som om de saknar det psykologiska skönhetsmedel som krävs för att hantera förändring och de som håller med som “go-ahead chaps” (Collins 1998, s. 92). ”Thus unitary thinkers will happily allow

consumers to have distinctive needs, but cannot allow the same for producers, even though these groups must, at least, overlap” (Collins 1998, s. 139). En variant är att de porträtteras som stödjande till förändring men felinformerade om managementplaner och vikten av att driva igenom en speciell typ av förändringar. Beskrivningen kompletteras också av n-steg-guider som ger lösningen – en klok blandning av uppmuntran och kommunikation. Agitation och illvilja anses röra upp de vanligtvis förekommande harmoniska relationerna som antas finnas i organisationer. Ur det här perspektivet ses konflikter som hindrande medan de ur det perspektiv som jag använder kan ses som en motor för förändring i stabila, men absolut inte statiska, organisationer. Konflikter behöver heller inte vara en ingångspunkt – interaktionen kan vara olikartad och dynamisk samt bygga på samarbete och kompromiss. Det behöver inte vara så att olika intressen ”ständigt är i luven på varandra” (Öfverström 2008, s. 36). Förhandlingar uppkommer för att olika intressen ska kunna komma samman i tillfällig konsensus kring enskilda frågor.

Programmet introduceras för läkarkåren genom en dikotomi där programmet placerar läkarkåren i ”censur”, det vill säga inte förändringsbenägna, och sjukhusledningen i ”förmylelse”. Detta moment fick skarp kritik och kopplades bort inför nästa möte, men dikotomin uppfattades av flera av cheferna som en medföljande del i den fortsatta redovisningen av hur man arbetade med ”läkarnas utanförskap” under mötesserien – moment som skapade momentum alltså. Får man svar som man frågar? När management och medicin talar för sin sak är de överens om en sak – antagonismen dem emellan. Programmet sägs syfta till att överbrygga olika perspektiv men tar sin ingångspunkt i vad som formuleras som ”*antagonism*” mellan management och profession – management och profession ställs emot varandra. Ordet antagonism⁹⁴ är i det här sammanhanget något forskarna får om bakkfoten.

Detta är ett etablerat sätt att dra vad som blixa aktörer kallar förbättringsarbete, som jag visat i litteraturgenomgången. Likafullt riskerar man att skapa och reproducera en konflikt om ingångspunkten bygger på en konfliktanalys och iscensättande av en dikotomi där olikheter betonas och motsättningar accentueras. Nu är både språkrör för management och språkrör för medicin ense om att det föreligger en konflikt. Det kan väl inte ha varit det som motiverade programmet som sade sig värna dialog och delaktighet? Programtalespersonerna konstruerar framgång och medicinens språkrör konstruerar misslyckande och språkrör för governance agerar mediärer, men tar medicinens parti i flera frågor, samtidigt som de argumenterar för ännu ett försök.

Mary Douglas (1999 s. 226f) nämner fyra typer av konkurrerande dialoger, i förhållande till risk i det här fallet. Konkurrenten mellan typerna är ofta offentlig och starkt politisk och den huvudsakliga skillnaden dem emellan relaterar till attityden till makt och auktoritet. Hon menar att det finns två sätt att utöva makt – en byråkratisk och hierarkisk samt en genom att förhandla och genom utbyte. Det finns också två sätt att röra sig bort från dessa – en genom aktiv kritik och en genom att dra sig undan. De fyra typer hon därmed urskiljer kallar hon: hierarki, marknad, kritisk aktivist och isolera. Jag har försökt undvika en sortering i management och profession, som både

⁹⁴ Motsättning; fiendskap (saol.se, hämtad 2013-08-08).

management och profession drar, då jag inte tror (jfr Law 1986) på det rekonstruktiva i den dikotomiserande klassificeringen. Dessa positioner är alltid rörliga och öppna för omvandling till någon av de andra positionerna. Jag försöker undvika att producera forskning som drar fram stora skillnader mellan etablerade kategorier – den forskningen flödar redan över.

Idéer visar sig svåra att översätta från regelbunden till automatisk handling

Enligt den ansats jag använder är det stabilitet som behöver förklaras istället för att tas som vare sig ingångs- eller utgångspunkt. Som klinikens språkrör formulerade det i en intervju: ”Det blev inte så mycket men det blev ändå ganska mycket”. Varför händer det (så) lite? Eller är det (för) mycket som händer då försöket genererar den grad av verkan i olika riktningar som det gör? Lars-Göran Aidemark (1998) som studerade ekonomistyrning i Landstinget Kronoberg, talar med bas i Pettigrews med fleras (1992) studie i den brittiska sjukvården, om en ”icke-receptiv kontext som blockerade reformen”. I Pettigrews med fleras studie visade det sig bli två av åtta sjukhus som använde pengarna och gjorde något för dem. I den här studien syns händelser och handlingar som skapar aktanter och aktörer som arbetar (sten)hårt för att göra sin syn på hur organisering bör gå till relevant.

Verkningarna kan vara mer eller mindre stabila men aldrig fullständiga eller orörliga – de är ofta dubbeltydiga. Czarniawska-Joerges (1988) studie av kommunalnämndsreformen 1987 visar att bedömningen av resultatet av organisatoriska reformer beror på vem som tillfrågas. Olika resultatkonstruktörer har delvis olika intressen, viljor och uppfattningar om vad projekt och processer betyder för vården. Czarniawska-Joerges visar också på de lösa kopplingar som finns mellan prat, handling och beslut. Prat ses som en väsentlig typ av organisatorisk handling och är huvudinstrumentet för ideologisk styrning påtalar hon. Konsulter, ”köpmän i innebörd” – eller fabrikörer, som jag lägger till – erbjuder prathjälpmedel. De säljer – och tillverkar – språkliga verktyg som kan användas för att styra och övertyga organisationsmedlemmar om det rimliga i en viss tolkning.

Ideologier underlättar social handling genom att uppfylla en eller flera funktioner: De verkar motiverande (engagemang och entusiasm), legitimerande (genom att visa att ideologin står för något önskvärt) och eller styrande (genom att medlemmarnas synsätt förändras så att det överensstämmer med den förhärskande ideologin). Brunsson (1990) menar att organisationsförändringars initiering beror på tillgången till problem, lösningar och glömska. Czarniawska-Joerges (1988) skiljer mellan ett tidigt införande av en ny organisationsform som motiveras av en förhoppning om att förbättra de interna strukturerna (att uppnå effektivitet och kostnadsbesparingar) och sent införande: stävan efter legitimitet (att hänga på det senaste).

Den traditionella organisationsteorin bygger på ett antagande om täta kopplingar samt att det bör finnas en tät koppling. Dessa kan dock leda till att man tappar i flexibilitet och självständighet. Den nyinstitutionella teorin betonar att organisationer ofta

kopplar isär formella strukturer och arbetsaktiviteter och att det är ett framgångsrikt sätt att hantera motsägelser (Meyer & Rowan 1977), vilket Brunsson (2002) kallar organiserat hyckleri – ett smart sätt att hantera olika krav som en organisation måste förhålla sig till. Lös koppling (Weick 1969; 1976; Orton & Weick 1990) är ett tredje sätt som innebär att kopplade aktiviteter och enheter visserligen är mottagliga för och reagerar på påverkan, men att de också bygger sin identitet. Löst kopplade handlingar kommer därför att reagera varierat på påverkan och i olika utsträckning anpassa sig till förändringar i omvärlden. Lös koppling innebär en kombination av två motsägelsefulla aspekter: kopplingar och oberoende (Orton & Weick 1990). Kopplingar innebär att det finns en svarsbenägenhet som medför att olika delar reagerar på varandra och att det finns en viss grad av bestämdhet, förutsägbarhet och stabilitet. Oberoende tar sig uttryck i särprägel, vilket står för en viss grad av självständighet och flexibilitet. När något kopplas löst innebär det att det kopplas som annars är åtskilt, men behåller det som är specifikt. Lösa kopplingar kan vara ett pragmatiskt sätt att skapa handlingsutrymme.

Organisering av försök till förnyelse innebär alltså en balansgång mellan att koppla ihop, för att skapa delade uppfattningar och en viss stabilitet, och att samtidigt låta kopplingarna vara tillräckligt lösa för att de som deltar i samverkan ska kunna hålla kvar sin särprägel. Balanseringen mellan särprägel och svarsbenägenhet för att kunna skapa och upprätthålla kopplingar sker i en process där handlingar ges mening och betydelse och skapar och förskjuter i sin tur gränser. För att förändringar ska bli hållbara och varaktiga räcker det inte med människor som handlar – det behövs också objekt att skriva in kunskap och erfarenheter i. I annonser för rekrytering syns hur språkrör för sjukhuset ser på framtidens organisering av sjukhusvården. Här blir det synligt hur LIFT fäst i sjukhusvårdens protoorganisering.

När det gäller organisationsidéer är syftet som regel att översätta dessa till praktik, det vill säga att idéerna ska materialiseras och skapa vissa (av)sedda effekter i organisationerna som använder dem. När så inte sker – när idéerna exempelvis bara leder till diskussioner utan någon substantiell förändring av praxis – uppfattas detta vanligtvis som tecken på en misslyckad idéöverföring och reform (Brunsson 2006).

Den här studien visar att LIFT, som ett exempel på hur kvalitetsrörelsen visar sig på ett sjukhus i västra Sverige i århundradets första decennium, blir ett verktyg som används till ett nytt arbetssätt på sjukhuset genom dess kombination av gammalt och nytt samt genom dess unika och igenkännbara karaktär. Det vill säga genom dess lösa karaktär i kombination med de moment som skapade momentum och sättet att (sam)tala i chefsringen blev verktyget starkt och försvårade och fördröjde därför översättningen. Varför talar fackföreningen i visat tonläge? Inte för att det är särkopplat eller frikopplat. Det kan snarare tyda på att det är tätt kopplat och därmed inte tillräckligt med handlingsutrymme för att hantera det som håller på att hända där organisering skapar organisation(er). Aktörerna går in i en låsning där parterna känner varandras argument på förhand och i stundens hetta kan aktörerna inte hålla igen med vad som kanske skulle kunna förbli osagt.

”Tésagt é tésagt” förblir normerande för en regelbunden handling som inte sätts över till automatisk⁹⁵ handling – en handling som kombinerar förutsägbarhet och svarsbenägenhet samt flexibilitet och självständighet till en beroende särprägel och därmed möjliggör lösa kopplingar.

I upprepning har olika skott vuxit till växter i blomkrukan. Sjukhusvärden ser förnyad ut – den tappar medicin(sk bakgrund) som en del av managementpraktiken, åtminstone på lägre nivåer. År 2012 är det meriterande, men inget krav, att ha läkar- och specialistkompetens, vilket blir synligt i platsannonser. Är det en sedvänja som håller på att upphöra? I repetitionen sker förnyelse – I mötet mellan det urgamla och det till synes ofödda återkombineras existerande saker och ting.

Intresset svalnar och hettar till

Var det tillräckligt roligt att arbeta med organiseringsförsöket? För en verksamhetschef fungerade verktyget som återkommande ”*nålstick*”, en metafor mer kroppslig och fysisk, och mer tillfällig, än den ”skärseld” Czarniawska (2004a) talar om, mitt i ett ”stälbad” (Öfverström 2008). Det fanns ett skört intresse vid introduktionen – kanske blev kombinationen av hårdhandskar och silkesvantar inte tillräckligt konfigurerad, i omständigheter där områdescheferna sågs som ”central[kon]figur[atör]er”? Eller varför inte närmare skärmen – tillräckligt finkalibrerad?

Att intresset svalnade kan vara ett svar på varför försöket inte fick den verkan förespråkarna hoppades på. Latour (1996) talar om *the Love of Technology* som en förklaring till att det försök att bygga ett transportsystem runt Paris misslyckades då förkärleken inte kunde ta tillräcklig plats i projektet. De som har passion för organiseringsinitiativet är främst initiativtagarna själva. Men också flera chefer och då i olika delar av de föreslagna idéerna. I det här fallet har nog passionen funnits mer hos utbudssidan än hos för- och efterfrågesidan. Och kanske överskattar – eller underskattar – utbudssidan sin egen betydelse och roll en aning då de talar om LIFT som om det vore det enda som pågick på sjukhuset – De gillar nog Lift en del. Det pågår annat i form av till exempel införandet av IT-system som har minst lika stor uppmärksamhet för dem som förutsätts delta. Det fanns inte den efterfrågan på LIFT som förespråkarna antog att de skulle kunna skapa.

Men det syns andra verkningar och fler initiativ tas och intresset tar andra riktningar.

On humour – en text skriven av den brittiske filosofen Simon Critchley (2002) visar på humorns (se även Watson, 1994/2001) möjligheter att se saker från sidan – Kanske är det ett sätt att ta möjligheten att utanför huvudet ta försöket på allvar för cheferna?

⁹⁵ Inte fri institutionaliseringsprocess (som kvalitetsåkringsidén) och inte kontrollerad institutionaliseringsprocess (som ackrediteringsidén) (Erlingsdóttir 1999: tabell s. 196). Inte vind för våg skulle man kanske kunna säga.

I flera fall är det med humorns hjälp som cheferna verkar ta sig igenom arbetet. Udda blev inte jämt. Förändringarna blev få med dubbeltydiga pågående verkningar.

I fablernas värld – en med fabler förstärkt verklighet?

Do dogs laugh? frågar sig Douglas (1999) och ett annat av hennes kapitel heter ”Jokes”. Hon studerar hundar, inte som metafor, utan hundar. De skrattar i den studie Douglas refererar till. Czarniawska (2008) skriver om vad som använts som metaforer också kommit att användas kopplat till en verklighet. Exemplet som lyfts fram är redigering (t.ex. Sahlin-Andersson 1996) som tidigare använts som en metafor för hur idéer redigeras, men som också kan användas för att beskriva hur redigering av text går till. I *Metaforenas tyranni* skriver Ohlsson och Rombach (2006) om metaforer som kraftfulla verktyg – om inte överanvända och därmed kraftlösare – som kan, fel använda, leda prat i oönskad riktning. Metaforer kan också bli produktiva i det att de kan öppna upp för andra sätt att uppfatta och föreställa sig händelseförlopp.

Initiativet har dragit till sig djur. I fältberättelsen blir det en del prat om hundar – ”knähundar”, ”pudlar” och ”gamla hundar” – och normerande utsagor om hur hundar bör bete sig – ”att sitta fot” och ”att sitta på ett nytt sätt”. Också andra djur deltar: ”svarta får”, ”brevduvor”. Dessutom introduceras en kommunikationsutbildning med en bild av tecknade djur i samtal och en ”animerad diskussion” går igång. De nuvarande områdescheferna liknas vid knähundar som talar tyst – de gläfsar inte – och anpassar sig ängsligt. Tidigare lasaretschefer liknas vid brevdovor som ”flög med krav” från medicinen. Metaforerna ger en statusrapport om hur management skiljer sig mellan de olika nivåerna och traditionellt har statusen följt närheten till medicinen. Kan det vara så att ”knähundarna och brevdovorna” försökte prata med varandra? Och när djuren försökte prata bräkte de andra fåren. Deirdre N. McCloskey (1985/1998) skriver i *The Rhetoric of Economics* om publiker och läsare som tror på eller vägrar tro på talande björnar (s. 18f). Och kameleonten gick vidare till nästa sjukhus (Vinnova 2009⁹⁶) för att erbjuda – kanske inte en papperstiger – men lejonparten av en björntjänst?

Först i andra hand går en association kanske till en ”hydraheaded beast” (Walter W. Powell, Stanford University, vid the Centre for Risk Studies’ 4th Annual Meeting vid University of Cambridge Judge Business School: “Don’t have too much faith in single rules and single organizations”, är en av konferensens bidrag enligt Powell (youtube.com publicerad den 24 jul 2013, hämtad 2013-07-27). Hydra (myt.), månghövdad vidunder; (zool.) sötvattendjur (saol.se, hämtad 2013-07-27) – Den litar (Weick 2006) jag lite lagom på.

Det var kvalitetsrörelsen och den pågående förändrings- och kvalitetsindustrin, som gjorde LIFT möjligt genom sättet att prata där förändring ses som en funktion. Och det var i samverkan med människor och saker och ting utanför organisationen som gjorde det möjligt att lyfta managementaktiviteter till förnyade höjder. Utan rörelser blir kontroverser individuella. Försöket fungerade alltså – till att förstärka management – till och med bättre än förväntat: härresande väl?

⁹⁶ Den statliga myndigheten finansierar ett nytt försök.

Management lyfter till en övergripande nivå

New Public Management tog sin början i mitten på 1980-talet. Nordgren (2003) skriver i sin avhandling, vid samma tidpunkt som den här studien inleddes, att marknadsdiskursen föregåtts av en ekonomisk diskurs om effektivisering genom decentralisering och basenhetsutveckling, som har vant sjukvården vid att arbeta med ekonomiska termer och rutiner. Hasselbaldd och Bejerot (2008) säger att NPM numera är en institutionaliserad del av sjukvården medan Öfverström (2008), vid samma tidpunkt, inte låter fullt lika övertygad – NPM och managerialism har influerat rollerna i sjukvården säger hon. Sjukvården har traditionellt styrts utifrån klinikerna. Sjukhusdirektören vill skapa en sjukhusnivå som förutspås samordnas med klinikinivån och därmed överskrida gränser, dels mellan klinikinivå och sjukhusnivå samt dels mellan olika yrkesgrupperingar. Har makten forskjutits relaterat till organiseringsförsöket? Annonserna för nyrekrytering av chefer talar i alla fall managementspråk vid decennieskiftet 2010.

Det [är] en historiens ironi att en yrkesgrupp med önskan att etablera sig som profession, i sin strävan samtidigt lägger grunden för den ideologi som hundra år senare kommer att utmålas av vissa som professionernas bödel och av andra som utmanare och konkurrent i att vara arbetslivets dominerande ideologi, eller möjligen som en superprofession – en profession överordnad andra professioner. (Öfverström 2008, s. 35)

Öfverström reflekterar alltså kring om en superprofession är i blivande. Och min relaterade kommentar är om ett managementskikt är i blivande på sjukhusnivå.

En verksamhetschef berättade att kliniken och sjukhuset ”var före LIFT” med ett ”samsynsprojekt”, som uppfattades ha ett liknade innehåll, på klinikinivå 2002. LIFT har bedrivits aktivt 2003-2005 för anspråket att bli sjukhusövergripande och CVU – regionens utvecklingsenhet – har också övergått till att arbeta på sjukhusnivå från att tidigare arbetat med enskilda kliniker. Är 2010-talets melodi att bli regionövergripande – att lägga till lager på lager? Och från regionernas och statens sida arbeta på regionnivå? Kliniker och sjukhus (och regioner) synes koppla upp sig till ännu en höjdpunkt. Kanske vill man städa trappan ovanifrån?

Staten har sedan 1990-talets början ökat försöken att styra hälso- och sjukvården. Det har inte i första hand kommit till uttryck i ökad normering genom lagar och andra författningar. I stället har man i stor utsträckning använt sig av andra former för styrning såsom tillfälliga statliga bidrag, överenskommelser mellan regeringen och Landstingsförbundet, nationella samordnare och handlingsplaner. Denna utveckling är inte oproblematiserad. (SOU 2007: 10, s. 125)

Ansvarskommittén föreslår att staten renodlar sin styrning. I delbetänkandet *Utvecklingskraft för hållbar välfärd* (SOU 2003:123) presenterar kommittén sin analys och i slutbetänkandet *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10) återkommer betoningen på hållbarhet i kombination med utveckling, med en antydning till förskjutning av betoningen från utveckling till hållbarhet – en fråga om omvandlingars föredragna tempo kanske? Vid den här tiden ser kort sikt ut att börja bli längre. Ansvarskommittén avstår att behandla den del frågor om värden som gäller till exempel finansiering, ägande och vårdens utförande, på grund av sitt uppdrag, och avhandlar huvudsakligen bildandet av regionkommuner och hur staten bör styra vården genom kunskapsutveckling och kunskapsförmedling, som kommittén uppfattar det. Statlig styrning kommer till uttryck även i skapandet av nya myndigheter. Vinnova som grundades i början på 2000-talet har finansierat forskningsprojektet, vilket kräver ett samarbete i Triple Helix-format: universitet, offentlig sektor och privat verksamhet (Lindberg, 2009). För staten kan sådana här typer av processer vara ett sätt att reglera mjukt. Och många accepterar statens och landstingens nya styrmetoder påtalar till exempel Öhrming (2008). Här använder jag ett av Öhrmings citat, dock utan att det framgår när det citatet bygger på sades, som liknar förhållningssättet managementskiktet uttalar i den här studien.

»Jag ser det som en nödvändig utveckling. Det gör visserligen att läkararbetet bli mindre roligt, mindre kreativt. Men samtidigt så är det till stor fördel för patienterna att man bygger upp till exempel vårdprogram, i alla fall för dom stora patientgrupperna. Men det är en klar standardisering och det är vi väldigt tveksamma inför. Därför att vi menar att det här är så utvecklingsdynamiskt och i många fall så komplext att det är omöjligt att standardisera.« (klinikkchef) (Öhrming 2008, s. 226)

Management som tjänst i sjukhusvårdens framflyttande organisering

Runt decennieskiftet 2010 betonar forskare att sjukvården är fragmenterad (Blomgren & Lindberg 2009; Öhrming 2008), vilket inte är så konstigt i en allt mer globaliserad värld där sjukvården kommer att påverkas i allt högre utsträckning av krafter utanför sjukvården och organiseras allt mer internationellt. Ingen enskild aktör har kunskap och auktoritet att styra, inte heller valda politiker, och medborgarnas krav och förväntningar har uppmärksammas främst under senare år (Socialstyrelsen 2009).

”Hälso- och sjukvården är ett område som berör såväl medborgare, professionella som politiker” säger Blomgren och Lindberg (2009, s. 11). Här nämns inte management, och medborgare används som begrepp istället för patient/kund/brukare (och media nämns inte heller). Blomgren och Lindberg skriver om management i sjukvården som ett sätt att hantera penning-, informations- och patientströmmar. Fragmentering, komplexitet och osäkerhet ställer ökade krav på samordning av det arbete som utförs och allt fler delar blir föremål för yttre styrningsförsök.

Samtidigt utmärks sjukvården av sin framflytande karaktär (Öhrming 2008), där aktiviteter och koordinering mellan yrkesutövare växer fram kring olika kategorier av patienter. Det skapar variation i temporära och löst kopplade operativa enheter som inte har någon formell förankring eller tydlig status inom sjukhuset. Samarbetet inom dessa operativa enheter tar form beroende av uppgift, använd teknik och medverkande vårdgivare. När patientens medicinska problem är oklara och kräver fler insatser av flera specialiteter, uppstår andra kategoriseringar och då kan de professionella söka sig över yrkes- och organisationsgränser för att finna en verksam behandling. Öhrming beskriver en organisering som bygger på temporär, informell och spontan samverkan.

Akutsjukhus och sjukvård är samtidigt, och jämfört med andra verksamheter i samhället, en påtagligt självgående aktivitet som styrs av ett på många händer utspritt åtagande. Många respondenter i den här studien menar att det finns så mycket välutbildat och välmotiverat folk i hälso- och sjukvården att nästan alla chefer skulle kunna vara bort långa perioder och det skulle fungera väl ändå. Den dagliga driften på ett akutsjukhus är vårdpersonalen fullt kapabel att sköta själv – utan ledning och ledarskap. /.../ Däremot kan ledning och ledarskap ha en påtaglig betydelse när det gäller att stödja andras arbete, till exempel för den vardagliga utvecklingen av sjukhuset och sjukvården. (s. 196ff)

Management som en tjänst alltså – i kollektiv form där uppgifterna fördelas på fler händer, som man också försökt göra i den här studien då ett managementskikt verkat som en kollektiv sjukhusledning.

2011 ges direktiv till en ny patientlagstiftning (Dir. 2011:25) och i juni 2013 lämnas patientmaktutredningens slutbetänkande (SOU 2013:44) till socialminister Göran Hägglund (KD). Utredaren, före detta regiondirektör i VGR, föreslår bland annat att skillnader i medicinska resultat som framgår i öppna jämförelser och nationella utvärderingar bör leda till ökade tillsynsinsatser och uppföljningar. I utredningen föreslås också en ändring av HSL 1982 till ny lag om hälso- och sjukvårdens organisation som föreslås träda i kraft första januari 2015.

Försök att organisera – en rundad bild

Uppmärksamheten och intresset för förändring håller i sig, dels på grund av att det pågår ett samtal om ständiga förbättringar i vårt samhälle, vilket gör dagens organisationer mycket intresserade av förändring. Pratet och bilden som spinner kring en ”sjuk vård”, visad i inledningskapitlet, underlättar också introduktionen av olika typer av management- och styrambitioner inom hälso- och sjukvården och överhuvudtaget är offentlig sektor en populär plats för organiseringsförsök.

En ny intrig för att introducera ett samtal

I omloppet förändring, management och sjukhusvård finns och reproduceras alltså kopplingar genom den organisering som sker. Förändring och management hör var för sig ihop med de flesta organisationer och ibland också med varandra. I sjukvården pågår förändring ständigt – som i verbet organisering – med eller utan management. Inom management talar man om förändring som något man gärna vill styra och som man verkar se som en funktion, när det med fördel kan ses som något som pågår som behöver specificeras med hjälp av ett vad – vad vill vem förändra? Förändring kan aldrig, som jag ser det, bli ett intresse i egen sak. Dock kan också managementhandlingar komma att få en verkan på andra och annat inom en längre tidsram. Tidigare sa man att management och profession lever i skilda världar (Östergen & Sahlin-Andersson 1999) och så kanske det kan bli vid oprövade situationer, men de lever inte olika liv. På skilda nivåer inom sjukvården finns olika praktiker där uppgifter har och får olika tidsfönster. Management kan bistå den förändring som sker via improvisation och med ett kollektivt stödjande management – som en tjänst – och verka i en blandad värld.

I den här studien tog initiativet sin ingång via sjukhusdirektören och sjukhusledningen. Samtalet startade på en hög punkt i en organisationspyramid där det tog tid innan fler bjöds in för att forma samtalet. Flera studier har visat att förändringsförsök inte har fungerat vare sig från toppen-ner eller golvet-upp – vare sig från sjukhusnivå eller i team på avdelningsnivå. Vad händer om initiativet tas på mellannivå – på klinikinivå i klinikledning, där det ofta finns en flerfunktionell sammansättning av yrken. Klinikledningen erbjuder en mötesplats med fler yrkeskategorier att bjuda in till färre (fler)samtal.

Rubriken för det kapitel som introducerade den här avhandlingen visar (ett sam)tal om hälso- och sjukvården som patologisk och onormal. Sättet att prata bygger ett skript som formulerar ett manus för hur en samhällsordning konstruerar sjukvården. Pratet sätter samman ett manuskript som följs som en regel snarare än undantag.

I rubriken ryms också en etablerad klassificering utifrån en dikotomi där färdiga grupper(ingar) med stabila relationer dem emellan går en institutionaliserad väg. Samtalet fokuserar på typer i ”rutor” snarare än gränser mellan. Klassificeringen har sin grund i en idé om multiprofessionalism som riskerar att leda fel. Först skapar man olikheter och sedan arbetar man för att integrera dem. Genom att överge det första ledet skulle det andra ledet kunna göras överflödigt. Vid sidan av olikheter finns också likheter. Vad händer om man börjar med dem? I en *sjuk vård* blir människor och tekniker till monster (Law 1991) där inskrivna klassificeringar verkar föreskrivande på ett kommande samtal där aktörer antas föregå handlingar. En *introduktion* som återsamlar mer eller mindre institutionaliserade klassificeringar missar möjligheter till att verka för en förnyad *sjukhusvård*. En praktik där följden av ord öppnar för modifierade ordsammansättningar och böjningsmönster i ett omformulerat narrativ och bilder av världen. Ett sätt att börja prata kan vara att överge invanda, förförande och förenklade klassificeringar för att möjliggöra en samhällsordning där samexistens görs möjlig.

Fler rekommendationer

När LIFT-arrangemanget samlade medicinens talespersoner berättade en äldre läkare att äldre valt att inte medverka för att de saknade den energi som krävdes i LIFT enligt personens uttalande. Jag har inte fokuserat åldersammansättningar vid olika mötesmoment, men det jag sett motsäger inte heller den här personens kommentar. På framsidan till Handelshögskolans Årsmagasin 2012 ser jag ett foto av två studenter som samtalar med en av mina handledare i en korridor. Bilden arrangerar yngre och äldre i samtal, i det här fallet både till ålder och vana i forskningspraktik, som ser ut att intressera sig för någon typ av frågeställning. Att äldre backar upp yngre och att yngre får möjlighet att ta del av äldres talang är ovärderligt. Och att äldre får ta del av yngres erfarenhet kan också bli uppskattat. För riskerar det inte att bli väl konservativt om det nya enbart kommer från det gamla?

I Frank Muellers med fleras (2003) studie från Storbritannien visar författarna att professionella genom att argumentera för och i enlighet med management kan sätta sin prägel på diskussionen, vilket inte varit möjligt om de argumenterat emot management och därmed riskerat en låsning av diskussionen. Studien argumenterar för att ett mindre skarpt perspektiv behövs i samtalet om sjukvården – *'A Rounded Picture is What We Need'*. Den här studien vill baserat på sitt resultat påminna om vad Mueller med flera (2003) visade. I ytterligare en studie från Storbritannien, visar Mike Dent (2003b) hur läkarna och cheferna ges möjlighet att samarbeta för att rädda ett sjukhus genom att definiera hotet om en rationalisering av den medicinska verksamheten istället som en stängning av sjukhuset. Det var mot bakgrund av kampen mot en uppfattad stängning av deras kliniker som de seniora doktorerna och de kliniska direktörerna senare kom att acceptera rationaliseringen av verksamheten. Den här studien visar också vikten av att försöka hitta delade uppfattningar om hur de krav som ställs på organisationer kan hanteras.

En rekommendation i analogi med Jacobssons och Sundströms (2006) reflektioner över den svenska regeringens ambition att styra förvaltningen är att politiker inte ska glömma de möjligheter som ligger i att reducera behovet av att styra och att man bör bli varsam med att rycka i reformer centralt (Czarniawska 2009). Jag skulle vilja formulera det som att hantera sina styrproblem och fånga upp den praxis som finns på en plats med mindre, modesta och sakta grepp.

Vidare forskning i transmedialiseringens, globaliseringens och regionaliseringens tid

Om jag använder det Emma Stenström formulerar 2009 i *Att vidga rummet och förlänga tidsperspektivet* skulle vidare forskning relaterat till förändringsprocesser kunna inkludera både medias samproducerande inverkan (jfr Hagström 2002) samt de av globalisering allt mer på flera plan beroende verksamheter – inom statsvetenskapen talar man till exempel om flernivåstyrning där regionalisering kan betyda både lokala regioner som Västra Götaland, Norden och EU. Eller Skandinavien – Det svenska samtalet är tydligt relaterat till utvecklingen i Norge och Danmark.

Ersätter vi ordet 'politik' med 'staten' finner vi stöd för tankeexperimentet i de erfarenheter från de nordiska länderna och England som redovisats i denna rapport. Vi har kunnat notera en tydlig centraliseringstendens i alla de studerade länderna. Formerna har varit statligt ägande (England och Norge), tvingande lagstiftning (Finland), öppen resultatredovisning och kontroll (England och Danmark), reglering (England) och statlig finansiell styrning (Danmark, Norge och Finland). (Jonsson, Agardh & Brommels, 2006:88)

Även Storbritannien där den öppet ransonerade offentliga sjukvården har haft stora svårigheter att tillfredsställa ökad efterfrågan är nära relaterat. Lösningen i Storbritannien har varit en fortsatt avpolitisering av hälso- och sjukvården och utökning av privat vård runt en kärna av ransonerad offentlig vård. Också Nederländernas sjukvård är en relevant jämförelse (Dent, 2003).

* * *

Med fokus på organisatorisk handling som baserar sig på kollektiv "sensemaking", påtalar Czarniawska och Sevón (1996) att förändringar är ett resultat av blandade intentioner – eller motiv, som jag pratar om – slumpvisa händelser och institutionella normerande processer, motsatt till idén om förändring som ett resultat av strategiska val eller omgivningens påverkan.

Trots att jag försökt se försöket att förnya från sidan kan den ansats jag använder vrida och vända delar tillbaka och fram: GP-journalisten påtalade år 2004 i introduktionskapitlet att det handlar om att arbeta smartare, det vill säga annorlunda – med hjälp av verktyg – snarare än hårdare, men det kanske inte räcker – för att nå temporär stabilitet krävs ett mycket hårt arbete, kanske rent av stenhårt – ringar på vattnet blir det när små ting sätter igång små rörelser.

Det är inte vågen som strukturerar vattnet – det är vattendropparna som lånar ut sig till en våglik rörelse (översatt från Bruno Latours föreläsning inom ramen för den kurs han bjuder in till på Handelshögskolan vid Göteborgs universitet våren 2006)

Ringar på vattnet eftersom det speglar handlingar som påverkat världen runtomkring. Inskrivna för att handlingarna producerar texter som också omvandlar händelseförloppet och får det att leva vidare – i en ny organisering och nya tidsfönster.

BILAGA – OBSERVATIONER, INTERVJUER OCH DOKUMENT

2-3 dec. 2003	Läkarmöte
9 dec. 2003	Klinikledningsmöte
16-17 dec. 2003	Lift-guide-utbildning
13-14 jan. 2004	Läkarmöte
20 jan. 2004	Läkarmöte
27 jan. 2004	Läkarmöte
29-30 jan. 2004	Chefsmöte
2-3 feb. 2004	Klinikledningsmöte

26 feb. - 6 april 2004

INTERVJUER: 22 personer vid 23 tillfällen

2 mars 2004	Sjukhusledningsmöte
3 mars 2004	Klinikledningsmöte
8 mars 2004	Klinikledningsmöte
9 mars 2004	Chefsmöte, mindre gruppering
15 mars 2004	Chefsmöte, mindre gruppering
26 mars 2004	Teammöte
12 maj 2004	Sjukhusledningsmöte
9 juni 2004	Chefsmöte, mindre gruppering

15 juni - 24 juni

INTERVJUER: Konsulter i programgruppering: 3 personer

20 sep. 2004	Chefsmöte, mindre gruppering
28 sep. 2004	Klinikledningsmöte
22 nov. 2004	Chefsmöte, mindre gruppering
1-2 feb. 2005	Chefsmöte, mindre gruppering
7 april 2005	CVU/VGR-forum – SÄS presenterar LIFT och SÄS-modell
11 april 2005	Stabsmöte
16-17 maj 2005	Avdelningschefsmöte
18 maj 2005	Sjukhusledningsmöte
22 maj 2005	Chefsmöte, mindre gruppering
23 maj 2005	Chefsmöte, mindre gruppering

11 nov 2005 - 12 jan.2006

INTERVJUER: 24 personer vid 26 tillfällen

24-25 nov. 2005	Chefsmöte
-----------------	-----------

ANTAL OBSERVATIONER (HELDAGAR)

Mötesgruppering	Tillfällen	Dagar	När?
Sjukhusledning	3t	3d	mars, maj 2004, maj 2005
55-grupp	3t	6d	jan 2004, feb 2005, nov 2005
27,5-grupp (A+B)	5t	7d	mars (A+B), jun (B), sep (A), nov 2004 (A), maj 2005 (A+B)
Lift-guide-utb.	1t	2d	dec 2003
Läkarsem. (2 olika)	4t	6d	dec 2003 – jan 2004
Klinikledning (2 olika)	5t	6d	dec 2003 - mar 2004 (5 ledningar, resp 7 st)
Teamsem.	1t	1d	mar 2004
Stabssem.	1t	1d	apr 2004
”SÅS-dag” med CVU	1t	1d	apr 2005
AC-sem.	1t	2d	maj 2005
Sammantaget:	25t	35d	dec 2003 – nov 2005
Programgruppering	14t	15d	dec 2003 – mars 2006

CVU-tillfallet är den enda av observationstillfällena med ljudupptagning (de presentations- och diskussionsmoment jag närvarade vid samt plenumpresentationerna).

ANTAL INTERVJUER

26 feb - 6 april 2004	INTERVJUER: EPISOD 1: 22 personer vid 23 tillfällen, (Alla 9 i sjukhusledningen + 13 VC (7 kliniker, 3 enheter, 3 labb))
15 juni - 24 juni	INTERVJUER: Konsulterna i programgruppen: 3 personer
11 nov 2005 - 12 jan.2006	INTERVJUER: EPISOD 3: 24 personer vid 26 Tillfällen (2 personer tackade nej till intervjuomgång 22 och 4 personer som inte fanns med i omgång 1 valdes till)
Sammantaget	$22 + 3 + 4 = 29$ personer vid $23 + 3 + 26 = 52$ tillfällen (samma 20 personer har intervjuats vid 2 tillfällen med drygt ett och ett halvt års mellanrum)

DOKUMENT, SE REFERENSLISTA

ENGLISH SUMMARY

Introducing an effort to reform hospital care – ripples on water

An Ailing Hospital System

The health care system is a frequently discussed topic in today's society. The introductory chapter to this thesis presents different images and voices from representatives of the Confederation of Swedish Enterprise, the Swedish Association of Local Authorities and Regions, the media, and other sources – images and voices that convey the tone in which health care is usually discussed by politicians, hospital management, and the media – and the reasoning employed. They create the reality for health care actors, a reality in which these actors do not need to act, to which they must react, and with which they must interact.

Against the background of the current institutional conditions (shown in this thesis through a brief history), the prevailing framework in health care, and the confidence of the broad population in the system, a new hospital director assumed management of a hospital in West Sweden and took initiative, in the year 2000, to restructure the system (cf. Collins 1998). She enlisted the help of consultants and researchers to introduce an organizational recipe (Røvik 2000) called Leadership in Improvement and Application (LIFT), based on contemporary management theory. The restructuring initiative included ideas about conserving scarce resources, promoting collaboration across boundaries, and clarifying the role of management. Previous attempts to restructure health care had been governed by specific ideas, such as a focus on planning during the 1970s, decentralization during the 1980s, and market-driven forces (in reality an evolution of decentralization and also referred to as New Public Management (NPM) (cf. Power 1997)) in the early 1990s. The restructuring attempts based on these ideas failed to alleviate the problems in the health care system.

A number of studies have shown that several different reorganizing attempts have not been particularly successful (Brunsson & Olsen 1990; Jacobsson 1994; Brunsson & Jacobsson 1998; Bentsen et al. 1999; Hasselbladh & Bejerot 2002). Is this, however, an argument for giving up all hope? This thesis begins by asking the question: Is it possible to pull ourselves up by the bootstraps (Czarniawska 2004a; see also Liedman 1997/2003; Israel 1971) and reform hospital care?

A brief look at the discourse surrounding “organizational change” (Czarniawska & Joerges 1996; Weick & Quinn 1999; Tsoukas & Chia 2002; March 1981; Cohen, March, & Olsen 1972) shows an increased interest in the pace of change, understood as the rate, rhythm, and the pattern of activities bringing about the change. One approach is to restructure the system (Weick 1969; 1995; Bakken & Hernes 2006) by involving management in the process (Watson 1994/2001; Alvesson & Willmott 1996; Alvesson & Ydén 2000; Kallifatides 2002). Literature describes initiatives and attempts to reorganize using a non-top down approach.

Literature on health care, management, and change

In the following, I review some of the literature on the topic. I begin by examining studies on health care, as well as studies on management and its reforms, revamping attempts, aspirations for control, etc. I subsequently examine various ideas, organizational recipes, and/or tools as they have evolved over time – first in general and then specifically in relation to health care. The section ends with a discussion of how to study change, giving a focused perspective, and formulation of the research question.

British studies on hospital care are of particular interest because Sweden tends to imitate the UK in the field (Erlingsdóttir 1999a; Furusten 2002). A study by British sociologist Dent (2003a), comparing acute care hospitals across Europe, shows that Swedish health care.

Östergren and Sahlin-Andersson (1998) describe health care organization as consisting of three separate worlds: the professional, the administrative, and the political. Each of these worlds has its own principles and logics of action. Blomgren (1999) discusses yet another type of logic: the logic of care. In practice, health care consists of many more worlds (see, e.g., Einarsdóttir 1997; Hallin 2000), which could be referred to as subworlds or domains associated with different professions and workplaces. However, Hallin and Siverbo (2003) argue that when the focus is on the overall organization and management, a discussion of the three domains that Östergren and Sahlin-Andersson describe is warranted. A study by Borgert (1992) shows how a limited number of ideas can be rearranged during decentralization and early NPM. During NPM, there may be similarity in reforms but variation in practice, depending on the context in which they are introduced, and how they are translated and adopted into the local context. A further factor affecting the degree of similarity is what groups had the greatest influence on local editing of the model, according to literature.

Hallin (2000) studied the 20 month process during which Sahlgrenska University Hospital, in Gothenburg, Sweden, was established in early 1997. This merger of several hospitals, referred to by Hallin as “musical chairs,” was also studied by Ohlsson (2001) and Brorström (2004). Several of the Swedish analyses presented in this text concern the earlier situation in health care and research in this field. Around the same time, researchers reexamined related, long-standing issues, such as the conflict between health care professionals and managers. In the following, I will present some British articles that review the professional literature on the topic.

In these articles, the emphasis is placed in part on the differences among professions in various different fields during reforms, such as auditing, the law, and government (Kirkpatrick & Ackroyd 2003), and in part on the heterogeneity within groups of professions in the same field (Dent 2003b; Farrell & Morris 2003). Examples of Swedish studies include Hellberg’s study of the veterinary profession (1978) and academicians in public service (1991), Winroth’s (1999) study of meetings between general counsel and management, as well as studies of physicians (e.g., Einarsdóttir 1997; Levay 2003). The emphasis on, and classification into, professional groups has

also been questioned in Swedish studies, for example by Waks (2003), who studied how physical therapists collaborate both within their own group and with other groups of professionals.

Several studies on health care in the Commonwealth from the journals *Organization* and *Organization Studies* describe how people in health care address conflicts between various discourses in practice (e.g., between health care professionals and management). The studies focus on the relationships between health care professionals and managers, albeit specifically on the professionals in these relationships (cf. Farrell & Morris 2003). They also show that the relationship between health care professionals and managers is not as antagonistic as previously assumed. The studies from New Zealand (Doolin 2002) and Australia (Iedema et al. 2003) focus on a single person or a small group of people, while those from the UK (Muellers et al. 2003; Dent 2003b) have focused on larger collectives. Farrell and Morris (2003) argue that management in health care is inadequately studied, compared to the health care professions. Moreover, some studies show that the boundary between management and the professions may be starting to erode and now have less importance than shown in previous analyses. In reviewing this literature, I noted a shift from a focus on the professions to a focus on the discourse.

In the *Expansion of Management Knowledge*, Sahlin-Andersson & Engwall (2002, p. 4) report that “New techniques for better management are frequently introduced and widely spread around the world.” These include cultural engineering initiatives, total quality management (TQM), and business process reengineering (BPR), which, based on Collins (2000), may represent developments over time. After a discussion of these, I will elucidate developments in Scandinavia in this area, from the 1960s to the mid-1990s, as outlined by Røvik (2000). During this period, the same set of techniques was used (autonomous groups, autonomous entities, and teamwork) with different ideologies, as I show based on Bäckström (1999). (In the 1970s, there was a focus on structures and systems thinking linked to democratization ideology; the focus in the 1980s was culture associated with humanization ideology; in the 1990s, the focus was on processes along with streamlining ideology.) I present management tools used specifically in health care – TQM, and the Swedish Institute for Quality (SIQ) and Quality, Development and Leadership (QDL) management tools – basing my presentation on an anthology edited by Hasselbladh & Bejerot (2002).

The consequences of reforms may involve the following: firstly, purpose may be reified through ritualization (Vedung 1995); secondly, anxiety may be generated through fight or flight mechanisms (Tullberg 2000). Further, spontaneous inventions may be ignored or rejected (Löfström 2003); or else the method itself may become the purpose, based on fear of failure (Diedrich 2004). Czarniawska (2004a), who lists these consequences, notes that a fifth consequence may be popular change theories, other than those listed above. Czarniawska also notes that practitioners have not embraced the lessons of the past 20 years of research.

Following the review of the literature on the subject, in a third section I review approaches to studying changes, basing my review on a combination of reform and

practice perspectives. The review will include American neoinstitutionalism which began to form a school in the late 1970s (Powell & DiMaggio 1991; Meyer & Rowan 1991; DiMaggio & Powell 1991; Meyer & Scott 1991; Friedland & Alford 1991; Zucker 1991). I will further take a look at the emergence of Scandinavian institutionalism (e.g., Brunsson & Olsen 1990; Jacobsson 1994; Czarniawska & Sevón 1996; Sahlin-Andersson 1996) and, onward, at French translation sociology (Latour 1986; Callon 1986). I will also give some examples from the UK, the US, and the Netherlands (Ashmore, Mulkay, & Pinch 1989; Law 1994; Mol 2002). I will then move on to translation studies in Scandinavia (Czarniawska & Sevón 1996), where translation sociology may be combined with neoinstitutional theory and Berger and Luckmann's (1966) descriptions of institutionalization processes (see, e.g., Erlingsdóttir 1999; Erlingsdóttir & Lindberg 2007).

Places, people, problems, and events are all potential points of departure when studying management (Czarniawska 2000; 2004c). When studying events, we notice that participants and observers connect such events to each other, especially through "sense making" (Weick 1995). Blomgren and Sahlin-Andersson (2003) make a distinction between reform and practice perspectives, which I choose to combine beginning with the practice perspective (cf Sahlin-Andersson & Engwall 2002). Here I will also apply a method that Gherardi (2006) calls "talk in practice" and "talk about practice," which includes the assumption that talk is also action, when I shed light on the heterogeneous materials that may receive, and act on, the initiative. My research question can now be formulated as:

How is the restructuring initiative translated, including the LIFT attempt at reorganizing, at Södra Älvsborg Hospital (SÅS)? What actions are taken? By whom/what are they taken? In what way are they taken, and how are they being assembled?

Initiating restructuring

Field data consists of observations, interviews, and documents (cf. Silverman 2001). The first interviews at SÅS were carried out in the spring of 2004 with managers (23 interviews including 22 managers), followed, in the summer, by interviews with three consultants, and about 18 months later, in the autumn of 2005, by more interviews with managers (26 interviews with 24 managers). In all, 20 managers were interviewed on two occasions, including the hospital administration consisting of the hospital director, five division heads, three heads of staff, and a number of heads of clinical service. The interviews lasted between 45 minutes and 2 hours and most were kept to about 1 hour and a half. Observations were made at meetings from December 2003, when I joined the research project as a doctoral student (cf Strannegård 2003), until November 2005. These meetings in total lasted 35 full days, while meetings with consultants and researchers took 15 full days. Initially, I studied annual reports, staff magazines, and an intranet "blog." Subsequently, I continued to follow events through document studies, including evaluations and especially discussions in the media.

Latour (2005), in his discussion on assembling data, refers to four notebooks in a metaphorical sense. Everything is data, and researchers should collect them in these notebooks. And in reference to Latour's meta language, I am choosing to call the experiment a meta change – change about change. I use narrative techniques (Czarniawska 1998; 2004b) to present the field data (Van Maanen 1988). Latour (2005) speaks about writing “risky accounts” and gives advice to “simply go on with the description” (p. 150): a description that requires an explanation is not a good description.

Narratives about an organizing initiative

The empirical data shows a series of events beginning in 2000. Chapters 4–8 describe the field data and other related materials and present a series of events taking place between 2000 and 2010. Some flashbacks (e.g., background information) and some flash-forwards are included.

In the early 2000s, SÄS's catchment population was about 274,000, for whom there were about 640 hospital beds. The hospital employed about 4,200 people. The hospital budget was just over SEK 2 billion. At the beginning of the decade, there were about 30 clinics, laboratories, and units organized within SÄS, and the general hospital at SÄS was one of four hospital groups interwoven in Västra Götaland Region (RVG). The hospital provided county-based medical care in all specialties. A new hospital director joined the hospital in West Sweden in 2000.

One year previously, the RVG administrative region had been formed. Today (2013), RVG is the authority responsible for 18 hospitals in one of Sweden's six health care regions. Regional management suggested that management should be strengthened. In the early 2000s, once the economy had recovered at the hospital after 11 years of financial decline, the hospital director interpreted the management approach as inefficient. She dealt with the financial situation by requiring costs to be kept within the budget, based on the fact that resources were limited. In addition to dealing with the financial situation, the hospital director also set about restructuring the hospital's services, administrative operations, and decision-making process.

She began by compartmentalizing through creation of a matrix organization to clarify her view of the organization. The three hospitals were abandoned in favor of an organization based on five specialty and service functions. She divided this form of organization into areas, with doctors heading the specialties, as unusual in Swedish health care, where the heads of clinical service often had a direct line to the hospital administrator. Compartmentalization was considered unacceptable by the political leadership of the time, and the politicians became involved, demanding that a stop be put to these developments.

Previously, hospital management had used an authoritarian approach. The hospital director intended replacing this with what she called “communicative leadership.” Her approach represents a shift in focus from administration to innovation, strategic issues, and active management. This was a different, new approach. She challenged the established power structures that had long been in place. In 2002, the doctors started

a protest against the hospital director and the association of senior physicians went to the media to criticize both the hospital management and the regional management. According to the hospital director, she “won the battle;” but according to another head, she “got beaten up in the process”.

The boundaries between hospital management and the clinical services were perceived as sharp and a desire emerged to create a hospital level which would include both hospital management and division management. The medical “30 group” that had been in place at the hospital was transformed into a “40 group,” which now also included heads of clinical service and consequently became more focused on management – the expansion of the group being based on management logic. Subsequently, the manager grouping came to include staff and became a “55 group.” This structure represented an explicit desire to bridge different levels and build a common strategy for improving hospital management.

Past strategic planning initiatives at the hospital include a developmental strategy from 1991, SPRI’s organizational audit (OA) in 1998, a goal document from 2000 that listed goals relating to primary and ancillary processes, as well as a vision document from 2002. In 2003, LIFT, a collaborative effort between the hospital, a school of business, and the region, was initiated by the hospital. The idea was first voiced at a regular Wednesday hospital administration meeting in October 2002. However, according to a division manager I spoke to about the hospital’s recent history, the new initiative lacks a paper trail: the point was clearly that it is more important to accomplish something than “to have papers to show.” The expression “working without documents” characterizes the attempt, of the individuals involved, to distance themselves from just “sitting and accumulating papers” (personal communication).

Managers at a certain level were introduced to LIFT in the fall of 2002 and were told, by way of introduction, that they would “not be able to understand this” – the system was so new and so different. From the start, this created confusion and alienation, an effect the researchers were aiming for, and which they continued to pursue in future steps. At that first session, the consultants emphasized the function of technology by sitting in a circle, without any tables. The meeting proceeded with group exercises, such as “the aquarium” performed in a room viewed as too tight. Some clinical directors were taken aback when they first entered the room; i.e., the system was only partly functional.

With reference to Cohen, March, and Olsen’s (1972) garbage can, I placed a flower pot in the room, for participants to post their comments. “Problems” that consultants and researchers formulated, categorized, and placed on the agenda through one of their grouping exercises, were called Rolling Stones, both with reference to the way they “rolled” through the hospital and because the participants belonged to the Rolling Stones generation, born in the 1940s and 1950s. These “Rolling Stones” were categorized into six topics: managerial role, physician participation, informal leaders, use of time, lack of discipline, and teamwork. When hospital management referred to the first year of working with the LIFT concept and its putting into practice, they

summarized the most important issues, which included “engaging the doctors” and the “managerial role.” These points drew the attention, first of other hospital staff and subsequently of the public. The RVG, Swedish Institute for Quality, Jönköping county hospital, and the Swedish National Board of Health and Welfare were among those invited to set the agenda concerning management skills, process organization, and liability issues in health care.

Strategies were formulated and “solutions” arrived at sessions. The strategies pointed towards organizing into what the management level called processes, as well as teams, a medical director, four management levels, and 20–30 employees per manager. Later, this model came to be known as the SÅS model, and included three ideas (LIFT), four phases in the report, and five strategies for organizing management practice. Strategies were classified into what the managers perceived to be management-focused strategies and process-oriented strategies. The strategies were perceived by some as emerging from the problem areas associated with the “Rolling Stones,” and by others as irrelevant or too tight sorted. A common view can be summarized by noting that a few strategies were perceived as “trivial organizational principles” and others as “just fine.” Several managers commented that the problem formulations had led to “incorrect conclusions” and consequently to wrong strategies. They perceived the strategy concerning the medical director to be a major mistake. Other clinical directors commented that the strategies were “hasty conclusions.” They referred to the process as becoming reality-based, and after this, people lost interest.

Researchers and consultants came up with the idea, attributed to the school of business, of burying LIFT through a ritual funeral feast. This got coverage on the intranet, which consequently became an actant as well as an actor in “scrapping” LIFT. The hospital director had to step in and put things right. The managers revisited the communication issues and LIFT became a potent tool which, through its informal character, was used to address questions with extreme efficiency. Many questions and answers became concrete through use of the tool.

The effort was viewed as increased centralization and standardization by the management level, a process in which the borders were starting to be displaced. Whereas several parties agreed with the process at the division level, others drew the line at the clinic level. However, for some clinical directors, the strategies applied to the entire hospital. The managerial grouping that met consisted of spokespersons for clinical practice and spokespersons for the hospital. Their positions drew closer when clinical level spokespersons expressed and showed interest in speaking for the hospital.

Previously, people had worked at the clinical level in hospital care. During the months that followed the introduction of LIFT, those interested in management tried to establish a hospital level connection and several at the clinical level worked to build relations with the hospital level. The division into levels, i.e., the restructuring into divisions, was perceived in April 2005 to be a first step in process organization. Not all clinics welcomed the developments. Whereas one clinic backed the attempt, speaking out for it, another clinic actively stood in the way of the developments. Yet

other clinics disassociated themselves from the developments. Uncertainty and energy characterized the early stages and finding the right pace proved to be important for interested actors. The hospital director was hoping that those who embraced the process first, researchers and consultants, would drive the process forward, and this did happen to some extent. At all events, the process did draw attention. Many reacted emotionally, vacillating between hatred and disappointment.

The topic of reorganization was still alive in 2007, when it was again raised in the media as spokespersons discussed medicine, management, At the behest of RVG, auditors reviewed the SÅS model and governance.

Change, management, and organization in hospital care

This study shows how a controversy can begin, gain momentum, climax, and subside. The hospital had no role model image for how to organize into what are called processes – the images it used were constructed.

The series of connected events or actions in hospital care shows how ideas can materialize, and be made reality, but that translating them from regular to automatic action can prove hard work. Within the organizing process that leads to organization(s), actors engage in role play, assigning groupings in the interspace between them. The study shows that the various groups of actors, each motivated by different interests, have different time frames. The process takes time.

The main conclusions of this study are related to time, space, and materiality – a series of events take place with speed, connected by a strong coupling tool, and connect to practices other than management practice through talking (talking as verbal action). The results of the study replaces the reasoning prevalent since the late 1970s concerning decoupling (Meyer & Rowan 1991; Di Maggio & Powell 1991) and separation (Brunsson 2002), and sees the potential of loose coupling (Weick 1969; 1976; March & Olsen 1976).

Relevant actors refer to health care processes as pathological and abnormal. This study shows a new perspective for conversation.

Referenser

- Abbott, Andrew (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: University of Chicago Press.
- Abrahamson, Eric (1991) Managerial Fads and Fashions: The Diffusion and Rejection of Innovations, *Academy of Management Review*, 16:586-612.
- Abrahamsson, Carina (1994) *Förändring – En studie i teorier för organisatorisk förändring*, Göteborg: BAS.
- Adam, Katerina & Johan Hansson (2002) Den rekonstruerade ledarrollen, I Bejerot, Eva & Hans Hasselbaldd (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, s. 135-146.
- Adolfsson, Petra & Rolf Solli (2009) Ordning och komplexitet – offentlig sektor till vardags och i princip, I Adolfsson, Petra & Rolf Solli (red.) *Offentlig sektor och komplexitet: om hantering av mål, strategier och professioner*, Lund: Studentlitteratur.
- Aidemark, Lars-Göran (1998) *Vårdens ekonomi i förändring: en studie av ekonomistyrning i Landstinget Kronoberg*, Göteborg: BAS.
- Alvesson, Mats & Hugh Willmott (1996) *Making sense of management: a critical introduction*, London: Sage.
- Alvesson, Mats & Karl Ydén (2000) Ledarskap som verklighetsdefinition, relation och process. I Ydén, Karl (red.) *IT, organiserande och ledarskap*, Göteborg: Försvarshögskolan och Bokförlaget BAS, s. 47-78.
- Andersson, Göran (1979) *En fallstudie av inledningsskedet i en samverkansprocess*, Lund: Studentlitteratur i samarbete med Stiftelsen för information om ekonomisk forskning.
- Anell, Anders (1990) *Från central planering till lokalt ansvar*, Lund: Lund University Press.
- Anell, Anders & Rosita Claesson (1995) *Svenska sjukhus förr och nu. Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).
- Anjou, Leif (2008) *Politisk styrning av kommunal tjänstproduktion i egen regi: En flerfallstudie av sjukvård och äldreomsorg*, Göteborg: BAS.
- Ashmore, Malcolm; Mulkay, Michael & Trevor Pinch (1989) *Health and Efficiency: A Sociology of Health Economics*, Milton Keynes; Philadelphia: Open University Press.

Bakken, Tore & Tor Hernes (2006) Organizing is Both a Verb and a Noun: Weick Meets Whitehead, *Organization Studies*, 27(11): 1599-1616.

Barinaga, Ester (2002) *Levelling vagueness – a study of cultural diversity in an international project group*, Stockholm: Stockholm School of Economics.

Barley, Stephen R. & Gideon Kunda (1992): Design and Devotion: Surges of Rational and Normative Ideologies of Control in Managerial Discourse, *Administrative Science Quarterly*, 37:363-399.

Bejerot, Eva & Gudbjörg Erlingsdóttir (2002) Kvalitetens materialisering i hälso- och sjukvården, I Bejerot Eva & Hans Hasselbalhd (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, 59-80.

Bejerot, Eva & Hans Hasselblad (red) (2002) *Kvalitet utan gränser: en kritisk behysning av kvalitetsstyrning*, Lund: Academia Adacta.

Bentsen, Eva Zeuthen; Borum, Finn; Erlingsdóttir, Guðbjörg & Kerstin Sahlin-Andersson (ed.) (1999) *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.

Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (1966) *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Harmondsworth, Middlesex: Penguin.

Berlin, Johan (2006) *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård: Om människor, marginaler och miljoner*, Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Blomgren, Maria (1999) Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering. *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. (red.) Bentsen Eva Zeuthen, Borum Finn, Erlingsdóttir Guðbjörg och Sahlin-Andersson Kerstin. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.

Blomgren, Maria & Kajsa Lindberg (2009) Mellan offentligt och privat i Hälso- och sjukvården, I Kajsa Lindberg och Maria Blomgren (red.) *Mellan offentligt och privat: om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Santérus Academic Press.

Blomgren, Maria & Kerstin Sahlin-Andersson (2003) *Ledning på distans: att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*, Stockholm: Landstingsförbundet.

Boholm, Åsa (2003) *Socialantropologiska perspektiv på moderna organisationer och byråkratier*, kurs för doktorander, Göteborg: CEFOS.

Borgert, Leif (1992) *Organisation som mode: Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*, Stockholms universitet: Företagsekonomiska institutionen.

Borås Tidning (2007) ”Arrogant lönepolicy mot AT-läkare saboterar framtida läkarbemanning vid SÄS”, (www.bt.se 2007-05-07) [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Borås Tidning (2007) ”Det är regionen och inte SÄS som sätter AT-läkarnas låga löner”, 21 maj [debattartikel av personalchef på Södra Älvsborgs Sjukhus]

Borås Tidning (2007) ”Läkarföreningen: ’SÄS är fientligt’”, 12 december

Borås Tidning (2007) ”Enkät på SÄS visar på stort missnöje”, 14 december

Borås Tidning (2008) ”Större missnöje har aldrig uppmätts”, 2 mars [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Borås Tidning (2008) ”Kostsamma experiment på SÄS har inte gett några resultat”, 15 mars [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Borås Tidning (2008) ”SÄS lär av bilindustrin”, 6 april

Borås Tidning (2008) ”Chefen lovar bättre akutvård för äldre”, 30 augusti

Borås Tidning (2009) ”Sjukhusledningen på SÄS kovände under galgen”, 14 februari [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Borås Tidning (2009) ”Läkarbas med stridsvilja”, 25 februari

Borås Tidning (2009) ”Kompetens och vårdkvalitet vid SÄS”, 18 mars [debattartikel av informationschef på Södra Älvsborgs Sjukhus]

Borås Tidning (2009) ”Sant och falskt om lasarettets kompetens och status i Borås”, 22 mars [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Borås Tidning (2009) ”SÄS driver sjukvård på god nationell och internationell nivå”, 27 mars [debattartikel av informationschef på Södra Älvsborgs Sjukhus]

Borås Tidning (2010) ”Splittrad klink på SÄS leder till sämre säkerhet för patienter”, 24 januari [debattartikel av 18 läkare på ÖHN-kliniken på Södra Älvsborgs Sjukhus]

Borås Tidning (2010) ”Ny sjukhusdirektör på SÄS”, 3 november

Bowker, Geoffrey C. & Susan Leigh Star (1999) *Sorting things out: classification and its consequences*, Cambridge, Massachusetts: MIT Press, cop.

- Brorström, Björn (2004) *Den stora vändningen? Ett universitetssjukhus i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Brunsson, Nils (1990) *Reformer som rutin*, I Brunsson N. & Olsen J. P. (red.), *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsson.
- Brunsson, Nils (1989/2002) *The organization of hypocrisy: Talk, decisions and actions in organizations*, Malmö: Liber ekonomi; Oslo: Abstrakt; Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Brunsson, Nils (2006) *Mechanisms of hope: maintaining the dream of the rational organization*, Malmö: Liber.
- Brunsson, Nils & Bengt Jacobsson (1998) *Standardisering*, Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Brunsson, Nils & Johan P. Olsen (1990) *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsson.
- Bäckström, Henrik (1999) *Den krattade manegen: svensk arbetsorganisatorisk utveckling under tre decennier*, Uppsala universitet: Företagsekonomiska institutionen.
- Callon Michel (1986) Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. In: Law, John (ed.) *Power, action and belief*. London: Routledge and Keagan Paul, pp. 196-233.
- Cohen, Michael D; James March & Johan P. Olsen (1972) *A Garbage Can Model of Organizational Choice*, Administrative Science Quarterly, Vol. 17, No. 1, pp. 1-25.
- Collins, David (1998) *Organizational Change: Sociological Perspectives*, New York, N.Y.: Routledge.
- Collins, David (2000) *Management fads and buzzwords: critical-practical perspectives*, London: Routledge.
- Collins, David (2004) The Machinations of Change: BEEPEEARR, Debunking and the 'In-Between', *Organization*, 11: 671.
- Critchley, Simon (2002) *On humour*, London: Routledge.
- Czarniawska-Joerges, Barbara (1988) *Reformer och ideologier: lokala nämnder på väg*, Lund: Doxa.
- Czarniawska, Barbara (1998) *A Narrative Approach to Organization Studies*, London: Sage.

Czarniawska, Barbara (1999) *Writing Management: organization theory as a literary genre*. Oxford: Oxford University Press.

Czarniawska, Barbara (2000) Att studera management som skapande och återskapande av handlingsnät. *Nordiske Organisasjonsstudier* 2(3):5-24.

Czarniawska, Barbara (2004a) *Is it possible to lift oneself by the hair? And if not, why is it worth trying?* GRI-rapport 2004:10.

Czarniawska, Barbara (2004b) *Narratives in Social Science Research*, London: Sage.

Czarniawska, Barbara (2004c) On Time, Space and Action Nets. *Organization* 11(6): 777-795.

Czarniawska, Barbara (2005a) 'Studying up, studying down, studying sideways': Om ett dialogiskt förhållande till fältet. I Lundqvist, Åsa; Davies, Karen; och Mulinari, Diana (red.) *Att utmana vetandets gränser*, pp. 10-22. Malmö: Liber.

Czarniawska, Barbara (2005b) Translation Is a Vehicle, Imitation its Motor, and Fashion Sits at the Wheel, In Czarniawska, Barbara & Sevón, Guje (eds.) (2005) *Global ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*. Malmö: Liber/CBS.

Czarniawska, Barbara (2005c) *Narrative Devices in Social Science Research – A transdisciplinary qualitative method course*, kurs för doktorander 2005, Göteborg: GRI.

Czarniawska, Barbara (2008) *A Theory of Organizing*, Cheltenham: Edward Elgar.

Czarniawska, Barbara (2009) *GU-journalen*, 2009:1

Czarniawska, Barbara & Bernward Joerges (1996) Travels of Ideas. In Czarniawska, B. & Sevón, G. (Eds.) *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (1996) Introduction, In Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (eds.), *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (2003) Introduction, In Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (eds.) *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia*, Malmö: Liber; Oslo: Abstrakt; Copenhagen: Copenhagen Business School Press.

Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (2005) Introduction, In Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (eds.), *Global ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy*. Malmö: Liber and Copenhagen Business School Press.

Dagens Medicin (2008) ”Läkare i Västra Götaland tjänar sämst i landet”, 28 maj [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Dagens Medicin (2010) ”Arbetsmiljölagen är tandlös”, 8 februari [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Dagens Medicin (2010) ”Erfaren läkare blir ny sjukhusdirektör i Borås” 25 februari

Deal, Terrence E. & Allan A. Kennedy (1982) *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*, Harmondsworth, Penguin Books.

Dent, Mike (2003a) *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing and the State*, Gordonsville, VA, USA: Palgrave Macmillan.

Dent, Mike (2003b) Managing Doctors and Saving a Hospital: Irony, Rhetoric and Actor Networks. *Organization* 10(1): 107-127.

Dent, Mike (2006) Patient Choice and Medicine in Health Care: Responsibilization, governance and protoprofessionalization, *Public Management Review*, Vol. 8, No. 3, pp. 449-462.

Diedrich, Andreas (2004) *Engineering knowledge: how engineers and managers practice knowledge management*, Göteborg: BAS.

DiMaggio, Paul J. & Walter W. Powell (1983/1991) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Doolin, Bill (2002) Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies* 23(3): 369-390.

Douglas, Mary (1975/1999) *Implicit meanings: selected essays in anthropology*, London: Routledge.

Dufwa, Sune G. (2004) *Kön, lön och karriär: sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*, Växjö: Växjö University Press.

Einarsdóttir, Torgerdur (1997) *Läkaryrket i förändring: En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Göteborgs universitet: Sociologiska institutionen.

Ek, Emma (2012) *De granskade. Om hur offentliga verksamheter görs granskningsbara*, Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Eriksson, Nomie (2005) *Friska vindar i sjukvården. Stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer*. Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.

Erlingsdóttir, Guðbjörg (1999a) *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*, Lunds universitet: Företagsekonomiska institutionen.

Erlingsdóttir, Guðbjörg (1999b) Kvalitetssäkringars översättning – recentralisering av kontroll. *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. (red.) Bentsen Eva Zeuthen, Borum Finn, Erlingsdóttir Guðbjörg och Sahlin-Andersson Kerstin. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.

Erlingsdóttir, Guðbjörg & Kajsa Lindberg (2007) Förändring i ett skandinaviskt perspektiv – nyinstitutionell teori och översättningsociologi, I Kärreman, Dan & Alf Rehn (red.) *Organisation – teorier om ordning och oordning*, Malmö: Liber.

Everett, Rogers M. (1962/2003) *Diffusions of Innovations*. New York: The Free Press.

Fagerling, Marita & Maria Norbäck (2005) Newsroom Identities: Group Configurations and Transforming Boundaries during the Introduction of a Web Edition, *Intervention Research*, Vol. 1:2, pp. 191-207

Farrell, Catherine & Jonathan Morris (2003) The 'Neo-Bureaucratic' State: Professional, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work. *Organization* 10(1): 129-156.

FASS (2013) www.fass.se

Fernler, Karin (1996) *Mångfald eller likriktning: effekter av en avreglering*, Stockholm: Nerenius & Santéus.

Friedland, Roger & Robert Alford (1991) *Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions*, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Furusten, Staffan (2002) Från idé till institution, I Bejerot, Eva & Hasselbalhd, Hans (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, 19-39.

Furusten, Staffan & David Lerdell (1998) Managementiseringen av förvaltningen. I *Stater som organisationer*, Ahrne Göran (red.), Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag.

Fölster, Stefan; Hallström, Olof; Morin, Anders & Monica Renstig (2003) *Den sjuka vården: En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

Gherardi, Silvia (2006) *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*, Oxford; Malden, Mass.; Carlton: Blackwell publishing.

Gustavsson, Eva (2002) Kvalitetsstyrning i industriell service, I Bejerot, Eva & Hasselbalhd, Hans (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, 222-235.

Göteborgs Posten (2004) Kritisk läkarstudie hemligstämplades, www.gp.se 2004-02-27

Göteborgs Posten (2004) Chalmeristerna föreslår radikal nyordning, www.gp.se 2004-02-27

Hagström, Bo (2002) Svensk sjukvård i och under press: Pressens rapportering om svensk hälso- och sjukvård, Lund: Studentlitteratur.

Hallin, Bo (2000) *Hela havet stormar – etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, Nr. 5.

Hallin, Bo & Sven Siverbo (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Handelshögskolans Årsmagasin (2012) Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

Hasselbladh, Hans & Eva Bejerot (2002) Inledning, I Bejerot Eva & Hans Hasselbalhd (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, s. 5-18.

Hasselbladh, Hans; Bejerot, Eva & Rolf Å. Gustavsson (2008) *Bortom New Public Management – Institutionell transformation i svensk sjukvård*, Lund: Akademia Adacta.

Hasselbladh, Hans & Rikard Lundgren (2002) Kvalitetsrörelsen i Sverige, I Bejerot Eva & Hans Hasselbalhd (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, s. 40-58.

Hellberg, Inga (1978) *Studier i professionell organisation. En professionsteori med tillämpning på veterinäryrket*, Göteborgs universitet, Sociologiska institutionen.

Hammer, Michael (1990) 'Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate' *Harward Business Review*, July-August pp. 104-112.

- Hammer, Michael & James Champy (1993) *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*, London: Nicolas Bearley.
- Hammer, Michael & Stanton Steven A. (1995) *The Reengineering Revolution: A Handbook*, London: HarperBusiness.
- Hellberg, Inga (1991) *Professionalisering och modernisering: En studie av nordiska akademiker i offentlig tjänst*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Holmblad Brunsson, Karin (2007) *The notion of general Management*, Malmö: Liber; Frederiksberg: Copenhagen Business School Press.
- Iedema, Rick; Degeling, Pieter; Braithwaite, Jeffery & Les White (2003) 'It's an Interesting Conversation I'm Hearing': The Doctor as Manager. *Organization Studies* 25(1): 15-33.
- Israel, Joachim (1971) *Om konsten att lyfta sig själv i håret och behålla barnet i badvattnet: Kritiska synpunkter på samhällsvetenskapens vetenskapsteori*, Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Jacobsson Bengt (red) (1994a) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Stockholm: Nerenius.
- Jacobsson, Bengt (1994b) Att organisera för effektivitet, I Jacobsson, Bengt (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Stockholm: Nerenius & Santérus, s. 11-21.
- Jacobsson, Bengt (1994c) Reformerna och organisatorisk identitet, I Jacobsson, Bengt (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Stockholm: Nerenius & Santérus, s. 38-61.
- Jacobsson, Bengt (1994) Idéer, praktik och förnyelse, I Jacobsen Bengt (red.) *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*, Stockholm: Nerenius, s. 226-238.
- Jacobsson, Bengt & Sundström, Göran (2006) *Från hemvävd till invävd. Europeiseringen av svensk förvaltning och politik*. Malmö: Liber.
- Johansson, Roine (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen: en skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*, Lund: Studentlitteratur.
- Jonsson, Pia Maria; Agardh, Emilie & Mats Brommels (2006) *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*, Stockholm: Medical Management Centre, Karolinska Institutet; SOU: Ansvarskommitténs skriftserie.

- Kallifatides, Markus (2002) *Modern företagsledning och omoderna företagsledare*, Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan (EFI).
- Kirkpatrick, Ian & Stephen Ackroyd (2003) Archetype Theory and the Changing Professional Organization: A Critique and Alternative. *Organization* 10(4): 731-750.
- Kunda, Gideon (1992) *Engineering Culture: Control and Commitment in a High-Tech Corporation*. Philadelphia: Temple University Press.
- Kvalitetsmässan (2009) Konferensprogram 17-19 november 2009, Göteborg: Svenska Mässan.
- Landstingsförbundet (1996) *Kriterier och anvisningar för Qvalitet, Utveckling, Ledarskap: Ett verktyg för verksamhetsutveckling*, 1996/9, Stockholm: Landstingsförbundet.
- Lantz, Kjell-Åke & Charlotte Wärneborn Schultz (2006) *Riv stuprören!: från stuprörssamhälle till flödessamhälle*, Uppsala: Konsultföretaget/Uppsala Publishing House.
- Latour, Bruno (1986) The powers of association, In: Law John (ed.) *Power, action and belief*, London: Routledge & Kegan Paul, pp. 261-277
- Latour, Bruno (1987) *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, Bruno (1996) *Aramis or the love of technology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Latour Bruno (1998) *Artefaktens återkomst: ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*, översättning: Elisabeth Wennerholm, Stockholm: Nerenius & Santérus.
- Latour, Bruno (2005) *Reassembling the Social: An Introduction to Actor Network Theory*, Oxford: Oxford University Press.
- Latour, Bruno (2006) *Three Modes of Existence: Attachment, Organization, & Morality*, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, kurs för doktorander 2006.
- de La Ville, Valérie & Elénore Mounoud (2003) How can strategy be a practice? Between discourse and narration. I Czarniawska, Barbara & Pasquale Gagliardi (eds.) *Narratives We Organize By*. Amsterdam: John Benjamins.
- Law, John (ed.) (1986) *Power, action and belief*. London: Routledge and Keagan Paul.

Law, John (ed.) (1991) *A sociology of monsters: essays on power, technology and domination*, London: Routledge.

Law, John (1994) *Organising Modernity*, Oxford: Blackwell.

Law, John (1999) After ANT: complexity, naming and topology, In *Actor Network Theory and after* (eds.) Law, John & John Hassard, Oxford: Blackwell Publishers/The Sociological Review.

Law, John (1999) After ANT: complexity, naming and topology, In *Actor Network Theory and after* (eds.) Law, John & John Hassard, Oxford: Blackwell Publishers/The Sociological Review.

Law, John (2004) *After Method: Mess in Social Science Research*, London: Routledge.

Levay, Charlotta (2003) *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap. En longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Uppsala: Uppsala Universitet, Doctoral Thesis No. 101.

Lewin, Kurt (1951) *Field theory in social science: selected theoretical papers*, edited by Dorwin Cartwright, New York: Harper & Brothers, cop.

Liedman, Sven Erik (1997/2003) *I skuggan av framtiden: modernitetens idéhistoria*, Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Lindberg, Kajsa (2009) *Samverkan*, Malmö: Liber.

Lindholm, Cecilia (1999) Reform utan förändring och förändring utan reform – ekonomistyrning som instrument och logik. *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. (red.) Bentsen Eva Zeuthen, Borum Finn, Erlingsdóttir Guðbjörg och Sahlin-Andersson Kerstin. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.

Lindwall, Jan (1998) ”The Creation of Management Practice: A Literature Review.” CEMP Report no. 1, Uppsala University.

Läkareföreningen Södra Älvsborg (2007) *Tack - men nej tack: Artig sågning av SÅS-modellen i rapport från Revisionsföretaget Ernst & Young* (www.slf.se/upload/25698/Tackmennejtack.pdf [finns kvar för nedladdning 27 juli 2009])

Läkartidningen 2001:46 vol. 98, Överläkare protesterar mot regionpolitiker, s. 5159

Läkartidningen (2003):44 vol. 100 [Debatt: Den etablerade åskådaren eller varför bryr sig inte läkarna? Författare Christer Enkvist] s. 3540

Läkartidningen (2007) Läkare gör sig icke besvär – om utannonseringen av klinikchefstjänster på Borås lasarett, 104(14-15) s. 1168 [debattartikel av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Läkartidningen (2007) Vi vill ha de bäst lämpade som chefer på SÄS, 104(17) s. 1342 [debattartikel av tillförordnad informationschef på Södra Älvsborgs Sjukhus]

Läkartidningen (2007) Ett jättelikt slag i luften, 104(17) s. 1342 [replik av ordförande för Läkarföreningen Södra Älvsborg]

Löfström, Carina (2003) *Hur Posten blev företag: om reformer och översättning av idéer*, Göteborg: BAS

March, James G. (1981) Footnotes to Organizational Change, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 26, No 4

March, James G. (1991) Exploration and Exploitation in Organizational Learning, *Organization Science*, Vol. 2, No. 1, pp. 71-87

March, James G. & Johan P. Olsen (1976) *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen: Universitetsforlag

March, James G. & Herbert A. Simon (1958) *Organizations*, New York: Wiley

McCloskey, Deirdre N. (1985/1998) *The Rhetoric of Economics* (Second Edition), Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press

Merriam-Webster's Online Dictionary (2009) www.merriam-webster.com/dictionary

Meyer, John W. (1996) The Promulgation and Transmission of Ideas in the Modern Organizational Environment. In Czarniawska, Barbara & Guje Sevón (eds.), *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Meyer, John W. & Bryan Rowan (1977/1991) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Moderna Läkare (2006) SYLF's AT-rankinglista, Nr. 2006/04, årgång 65

Mol, Annemarie (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*, Durham and London: Duke University Press.

Moore, Michael (2007) *Sicko*

Mueller, Frank; Sillince, John; Harvey, Charles & Chris Howorth (2003) 'A Rounded Picture is What We Need': Rhetorical Strategies, Arguments, and the Negotiation of Change in a UK Hospital Trust. *Organization Studies* 25(1): 75-93.

Nationalencyklopedin (NE) (2009) www.ne.se

Nilsson, Viveka (1999) *Empati och distans: En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*, Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan.

Nilsson, Lennart (red.) (2004) *Svenska samhällsorganisation i förändring - Västsverige vid millennieskiftet*, Kungälv: Grafikerna Livréna.

Nordgren, Lars (2003) *Från patient till kund: Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Lund Business Press, Institute of Economic Research.

Norbäck, Lars Erik; Stjernberg, Torbjörn & Axel Targama (2003) *Rationality and micro processes in management learning*. For the 17th Nordic Conference on Business Studies in Reykjavik 14-16th of August.

Norbäck, Lars Erik & Axel Targama (2003) Det nyprofessionella sjukhuset, Forskningsansökan till Vinnova.

Norbäck, Lars Erik & Axel Targama (2005) Det neoprofessionella sjukhuset. *The 18th Scandinavian Academy of Management*, Aarhus.

Norbäck, Lars Erik & Axel Targama (2006) Det neoprofessionella sjukhuset. I Brorström, Björn & Olle Larkö (red.) *HEL: Hälso- och sjukvårdens ekonomi och logistik*, Göteborg: Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Norbäck, Lars Erik & Axel Targama (2009) *Det komplexa sjukhuset: Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*, Lund: Studentlitteratur.

Norén, Lars (2009) Sjukvård – en fråga om vårdgaranti eller sjukvårdsförsäkring? I Lindberg, Kajsa & Maria Blomgren (red.) *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Santéus Academic Press.

Ohlsson, Östen (2001) *Sammanslagna sjukhus? – argument och motargument inför SU-fusionen. En retrospektiv betraktelse över många debattörer och få argument*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, Nr. 7.

Ohlsson, Östen & Björn Rombach (2006) *Metaforernas tyranni: en avslöjande bok för chefer, medarbetare och oss andra*, Stockholm: Svenska förlaget.

Orton J D & Karl E. Weick 1990 Loosely coupled systems: A reconceptualisation. *Academy of management review* vol 15 no 2 203-223.

Peters, Thomas J. & Robert H. Waterman, Jr (1982) *In search of excellence: lessons from America's best-run companies*, New York: Harper & Row, cop.

Pettigrew, Andrew, Ferlie, Evan & Lorna Mckee (1992) *Shaping Strategic Change: Making Change in Large Organisations, The case of the National Health Service*. London: SAGE Publications.

Pierre, John (2000) (ed.) *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*, Oxford: Oxford University Press.

platsbanken.se (2009) [verksamhetschef till ortopedkliniken med sista ansökningsdag 25 januari 2009]

platsbanken.se (2009) [läkarchef till ortopedkliniken med sista ansökningsdag 23 juli 2009]

platsbanken.se (2012) [verksamhetschef till ortopedkliniken med sista ansökningsdag 15 augusti 2012]

platsbanken.se (2012-09-23) [verksamhetschef till ögonkliniken med sista ansökningsdag 4 oktober 2012]

platsbanken.se (2012-04-16) [verksamhetschef till kirurgkliniken med sista ansökningsdag 16 maj 2012]

platsbanken.se (2012-10-31) [verksamhetschef till kirurgkliniken med sista ansökningsdag 28 november 2012]

Polesie, Thomas (1991) *Continuity and change: corporate identity in a Scandinavian perspective*, Göteborg: BAS.

Powell, Walter W. & Paul DiMaggio (1991) Introduction, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Power, Michael (1997) *The Audit Society: Rituals of Verification*, Oxford University Press, Oxford.

Rasmussen, Ingrid (1993) Sjukvården möter Taylor: opublicerad uppsats Lunds universitet, Historiska institutionen. I Dufwa, Sune G. (2004) *Kön, lön och karriär: sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*, Växjö: Växjö University Press.

Rogberg, Martin (2006) *Den modeföljande organisationen: Om acceptansen av TQM och andra populära managementmodeller*, Stockholm: Handelshögskolan

Rombach, Björn (1990) Framgång till priset av styrning – reformen aktivt landsting. I Brunsson N. & Olsen J. P. (red.), *Makten att reformera*, Stockholm: Carlsson

Rombach, Björn & Östen Ohlsson (red.) (2013) *Det extrema ledarskapet*, Lund: Studentlitteratur.

rorinteminkompis.se 2010-02-03

Rorty, Richard (1989) *Contingency, Irony, and Solidarity*, Cambridge; New York: Cambridge University Press.

Runeberg Johan Ludvig (1848/1860) *Fänrik Ståhls sägner*

Røvik, Kjell-Arne (1996) Deinstitutionalization and the Logic of Fashion. In Czarniawska, B. & Sevón, G. (Eds.) *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Røvik, Kjell-Arne (1998/2000) *Moderna organisationer: trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*, Malmö: Liber.

Røvik, Kjell-Arne (2007/2008) *Managementsamhället: Trender och idéer på 2000-talet*, Malmö: Liber.

Sahlin-Andersson, Kerstin (1996) Imitating by Editing Success: The Construction of Organizational Fields. In Czarniawska, B. & Sevón, G. (Eds.) *Translating Organizational Change*, Berlin: de Gruyter.

Sahlin-Andersson, Kerstin (1999) I mötet mellan reform och praktik. *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. (red.) Bentsen Eva Zeuthen, Borum Finn, Erlingsdóttir Guðbjörg och Sahlin-Andersson Kerstin. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag.

Sahlin-Andersson, Kerstin & Lars Engwall (eds.) (2002) *The Expansion of Management Knowledge. Carriers, Flows and Sources*. Stanford: Stanford University Press.

Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS) (2008) *Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna*.

Sandberg, Jörgen & Axel Targama (1998) *Ledning och förståelse: ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Scott, W. Richard (1995) *Institutions and Organization*, London: Sage.

Scott, W. Richard (2004) *Competing Logics in Health Care: Professional, State, and Managerial*, *The Sociology of the Economy*, (ed.) Dobbin Frank, New York: Russell Sage Foundation.

Scott, W. Richard (2006) *Institutional Analysis of Organizations Sociology 367*, Lectures at Stanford University, Fall Quarter 2006/2007.

Scott, W. Richard & John W. Meyer (1983/1991) *The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence*, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.

Scott, W. Richard; Ruef, Martin; Mendel, Peter J. & Caronna, Carol A. (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago: University of Chicago Press.

Searle, John (1995) *The Construction of Social Reality*. New York: The Free Press.

SFS (1982: 763) Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS (1998:531) Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet.

Silverman, David (2001) *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*, London: SAGE.

SIQ (Institutet för kvalitetsutveckling) (1992 / 1999/2000) *Verksamhetsutveckling med Utmärkelsen Svensk Kvalitet: Kriterier och anvisningar*. Göteborg.

Sjukhusläkaren (2009) ”Sjukhuset som tagits över av sjuksköterskor”, 5/2009 s. 22-24.

Sjukhusläkaren (2009) ”De medicinska kärnfrågorna har trängts undan av annat”, 5/2009 s. 25-26.

Sjukhusläkaren (2009) ”Sjukhuschef [namn]: Hur kommer det sig att ni har så missnöjda medarbetare?” 5/2009 s. 26-27.

skl.se (skl.se 2009-09-11; 2013-07-22)

SKL & Socialstyrelsen 2005 *Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2005*. Stockholm: SKL.

SKL & Socialstyrelsen 2005 *Nationell strategi för ”öppna jämförelser” av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet – Förslag till aktiviteter och ställningstaganden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SKL & Socialstyrelsen 2006 *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Stockholm: SKL.

SKL & Socialstyrelsen 2007 *Öppna jämförelser som stimulans till förbättring*, Stockholm.

SKL (2008) *Svensk sjukvård i internationell jämförelse*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2009) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

skl.se 2009-09-11

SKL (2010) *Från sjukhussäng till ehälsa*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

skl.se 2013

SKL:s kvalitetsregister.se 2013-07-26

SLF (www.slf.se, hämtad information 2004-08-30), Stockholm: Sveriges läkarförbund.

slf.se 2013-07-22

Socialdepartementet (2011) Dir. 2011:25, Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning, Kommittédirektiv 24 mars

Socialstyrelsen (2006) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012*, Stockholm: Socialstyrelsen.

socialstyrelsen.se 2013-07-26

SOM-undersökning, *Samhälle, Opinion och Media (2009)*

SOM-undersökning, *Samhälle, Opinion och Media (2013)*

SOSFS 1993:9 *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård*, Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1996:24 (M) *Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1997:8 (M) *Socialstyrelsens allmänna råd: Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*, Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:12 *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Föreskrifter och allmänna råd, Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2008:17 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring*, Stockholm: Socialstyrelsen

socialstyrelsen.se 2013-07-26

SOU 2003:123 *Utvecklingskraft för hållbar välfärd* (Ansvarskommitténs analys), Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, (Ansvarskommittén slutbetänkande), Stockholm: Socialdepartementet.

SOU 2007:12 *Hälso- och sjukvården*, Sekretariatsrapport Nr2, Stockholm: Socialdepartementet, Ansvarskommittén.

SOU 2013:44 *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet, Patientmaktutredningen.

SOU 2013:15 *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*, Stockholm: Utbildningsdepartementet & Läkarutbildningsutredningen, U 2011:10.

SPRI (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) (1996/[1992]) *Organisationsgranskning av sjukhus: Underlag för självskattning och extern granskning*, Spri rapport 433, Stockholm: Spri.

Star, Susan Leigh (1991) Power, technologies and the phenomenology of conventions: On being allergic to onions, In John Law (ed.) *A sociology of monsters: essays on power, technology and domination*, London: Routledge.

Star, Susan Leigh & Griesemer, James R. (1989) Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19: 387-420.

Stenfors Sari (2007) *Strategy tools and strategy toys: Management tools in strategy work*, Helsinki, Helsinki School of Economics.

Stenström, Emma, (2009) Att vidga rummet och förlänga tidsperspektivet. Om kultur, stiftelser och näringsliv, i *Kultur och samhällsnytta. Hur kan vi mäta kultur och vill vi göra det?*, Stockholm: Sparbanksakademien

Stranegård, Lars (red) (2003) *Avhandlingen – om att formas till forskare*, Lund: Studentlitteratur.

Styhre, Alexander (2002) Den entreprenöriella arbetstagaren: Kaizen i verkstadsindustrin, I Bejerot, Eva & Hasselbalhd, Hans (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, 135-146.

Svenska Akademiens ordlista, SAOL13 (svenskaakademien.se, hämtade ord 2009; 2013)

Svenska Akademiens ordlista, SAOL13 (2006)

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2004) *Utveckling i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Svenska Läkaresällskapet & Sprit (1995) Läkare som chefer och ledare i hälso- och sjukvård, nr 48.

Svensk sjuksköterskeförening 2013-07-30: telefonsamtal med medlemsansvarig Alexandra Berktaş.

SVT (2009) *Uppdrag granskning* (2009-08-26; 2009-09-02)

SVT, *Aktuellt* (14 februari 2013)

swenurse.se

SÄS informationsmaterial (2002)

SÄS *Injektionen* (personaltidning SÄS) fr.o.m. 1/2002 t.o.m. 1/2006 (5/2003 samt 1/2005 fattas) (2002, 5 nr; 2003, 7 nr; 2004, 7 nr; 2005, 5 nr) (*Injektionen* 6:2004, sista sidan – SÄS personaltidning)

SÄS *Intranät*: sjukhusdirektörens sida fr.o.m. 10 januari 2001 t.o.m. sjukhusledningens sida 16 mars 2006

SÄS styrelse, Protokoll 2009-12-17

SÄS *Verksamhetsplan* 2004 (2002; 2003; 2009)

SÄS *Årsredovisning* 2001 – 2008

- Targama, Axel (1978) *Former för administrativt utvecklingsarbete*, Göteborg BAS.
- Taylor, Frederick Winslow (1947/[1911]) *The Principles of Scientific Management* New York: Harper & Brother, cop.
- Taylor, Frederick Winslow (1903) *Shop Management*
- Tolbert, Pamela & Lynne G. Zucker (1996) The Institutionalization of Institutional Theory, In Clegg, Stewart; Hardy, Cynthia & Walter R. Nord (eds.) *Handbook of Organization Studies*, London: Sage.
- Trägårdh, Björn & Kajsa Lindberg (2002) Vårdkedjor – processorganisering i vården. I Ekman-Philips Marianne (red.) *Dialog över etablerade gränser: Om organisationsutveckling i sjukvården*. Arbetsliv i omvandling 2002:9. Stockholm: Vetenskaplig skriftserie från Arbetslivsinstitutet.
- Tsoukas, Haridimos & Robert Chia (2002) On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organization Science*. Vol. 13, No. 5, pp. 567-582.
- Tullberg, Maria (2000) *Växelsång: om organisering för förändring på SJ*, Göteborg: BAS.
- Van Maanen, John (1988) *Tales of the Field: On Writing Ethnography*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Vedung, Evert (1995) *Informativa styrmedel*, Uppsala: Statsvetenskapliga institutionen.
- Vinnova (2008) *Gamla hundar och nya sitsar*, nr. 2008:01 [Forskare och sjukhusdirektör rapporterar LIFT till finansjär]
- vardguiden.se, Stockholms Läns Landsting (2009-12-06)
- vardguiden.se (2009-12-06)
- www.vgregion.se
- Västra Götalandsregionen, Regionkansliet 2006, pressmeddelande 2006-03-22 [Framgångsrikt arbete belönat – Årets Sticka ut hakanpris till SÅS sjukhusdirektör [namn]]
- Västra Götalandsregionen (2007) *Västra Götalandsregionen: Säs-modellen*, Revisionsrapport av Anders Hellqvist & Lena Joelsson på Ernst & Young, februari 2007

Västra Götalandsregionen (2009) *Granskning av NU, SkaS och SÄS införande av processorientering: En revision genomförd av Capgemini Consulting på uppdrag av Revisionsenheten vid Västra Götalandsregionen*, Rev 28-2008, februari 2009

Västra Götalandsregionen (2009) Protokoll – Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, 2009-12-17

Waks, Caroline (1999) Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan professioner. *Når styrningsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. (red.) Bentsen Eva Zeuthen, Borum Finn, Erlingsdóttir Guðbjörg och Sahlin-Andersson Kerstin. Köpenhamn: Handelshøjskolens Forlag

Waks, Caroline (2003) *Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar: Sjukgymnasters samarbete och arbetets mångfald*. Uppsala universitet: Företagsekonomiska institutionen.

Watson, Tony J. (1994/2001) *In Search of Management: Culture, chaos and control in managerial work*, London: Thomson Learning.

Weick, Karl E. (1969) *The social psychology of organizing*, Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Weick, Karl E. (1995) *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage.

Weick, Karl E. (1996) Drop your tools: An allegory for organization studies, *Administrative Science Quarterly* 41(2): 301-313.

Weick, Karl E. (1976) Educational Organizations as Loosely Coupled Systems, *Administrative Science Quarterly*, 21: 1-19.

Weick, Karl E. (2006) Faith, Evidence, and Action: Better Guesses in an Unknowable World. *Organization Studies* 27(11): 1723-1736.

Weick, Karl E. & Robert E. Quinn (1999) Organizational Change and Development. *Annual Reviews Psychology* 50: 361-386.

Weick, Karl E. & Sutcliffe, Kathleen M. & Obstfeld, David (2005) Organizing and the Process of Sensemaking, *Organization Science* 16(4): 409-421.

Werkö, Lars (2008) *Från blodhosta till vardagsstress: sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige*, Stockholm: Sellin & partner bok och idé [på uppdrag av Svenska läkaresällskapet]

wikipedia.org

Wilkinson, Adrian & Hugh Willmott (ed.) (1995) *Making quality critical: new perspectives on organizational change*, London: Routledge.

vinnova.se

Winroth, Karin (1999) *När management kom till advokatbyrån – om profession, identitet och organisering*. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet: BAS.

youtube.com (2013) Walter W. Powell, Stanford University
(www.youtube.com/watch?v=9kE97alosiU&feature=player_embedded)

Zucker, Lynne G. (1977/1991) The Role of Institutionalization in Cultural Persistence, In Powell, Walter W. & Paul J. DiMaggio (eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago : University of Chicago Press.

Öfverström, Helena (2008) *Steget till chefskap – Om läkare som verksamhetschefer*. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, BAS

Öhrming, Jan & Magnus Sverke (2002) Andemeningen är bra, men... Kvalitetsfrågans betydelse för vården, I Bejerot Eva & Hasselbaldd, Hans (red.) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, 188-208

Öhrming, Jan (2008) *Hälso- och sjukvårdens fragmentering: från lokalt till transnationellt organiserad sjukvård*, Stockholm: SNS förlag

Östergren, Katarina & Kerstin Sahlin-Andersson (1998) *Att hantera skilda världar: Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet

Øvretveit, John (2000) Total Quality Management in European Healthcare, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2):74-80

