



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
HANDELSHÖGSKOLAN

# Konsten att förändra en organisation

En studie om implementering av personcentrerad vård

Företagsekonomiska institutionen

Management & Organisation

Vt-17

Kandidatuppsats

Niklas Tiedje 930801

Handledare: Freddy Hällsten

Examinator: Ewa Wikström

# Sammanfattning

I denna studie undersöks hur processen att implementera personcentrerad vård går till inom sjukhus i Västra Götalandsregionen. Omorganisationer är ständigt aktuella inom alla organisationer, därför är det intressant att studera omställningen till personcentrerad vård. Studien jämför förändringsprocessen med en teoretisk grund och bedömer utifrån detta vad organisationen gör i enighet med befintlig och aktuell litteratur, men också vad som konkret kan förbättras för att processen ska gå lättare. Detta har skett genom intervjuer sex olika personer inom Västra Götalandsregionen jobbandes på olika avdelningar, och inom olika professioner som kommit olika långt med arbetet kring personcentrering.

Genomgående i studien ser jag att implementeringen av personcentrerad vård gått till på olika sätt inom olika delar av Västra Götalandsregionen. Det finns tydliga likheter och kopplingar till tidigare litteratur i området, men också områden där implementeringen skiljer sig från litteraturen. Flera delar av organisationen jobbar redan personcentrerat, men detta sker inte systematiskt inom organisationen vilket leder till förvirring bland anställda. Det finns delar i kommunikationen som inte stämmer med litteraturen, där ledningen är otydliga och inte förklarar varför förändringen är nödvändig. En viktig slutsats är att en organisations ledning bör beakta förkunskaper om personcentrerad vård vid nyrekryteringar när den befinner sig i förändringsprocessen för att denna inte ska stanna av. Studien visar också att ledarskap kan användas för att påverka resten av organisationen och upplysa om vad personcentrerad vård innebär. Kunskap beskrivs som en viktig del för att påverka de som ännu inte ställt om jobbar personcentrerat.

Nyckelord: Personcentrerad vård, Organisationsförändring, Sjukvård, Förändring

# Förord

Processen att skriva ett examensarbete är aldrig lätt och jag har haft många frustrerande ögonblick, detta har dock aldrig skett främst beroende på alla fantastiska respondenter som svarat med vilja och kraft. Ni har gett mig hopp att om det går att få tag i intervjuer trots att det kan ta tid att hitta rätt person! Därför vill jag, från botten av mitt hjärta tacka alla som ställt upp och gett sin tid, trots att jag inte erbjudit något tillbaka. Ni har gjort detta möjligt!

Vidare vill jag också tacka min handledare Freddy som hjälp mig att få perspektiv, och stöttat mig genom mycket mailrespons genom hela processen. Jag är enveten ibland men i och med att du inte gav upp så förändrades uppsatsen till det bättre!

---

Niklas Tiedje

# Begreppsdefinitioner

BPR- Business Process Reengineering- Ett verktyg för kvalitetsförbättring

GPCC – Göteborgs center för personcentrerad vård. En forskningsinstitution som forskar om personcentrerad vård.

Implementering – Genomföra

Kroniska sjukdomar – Det finns ingen officiellt vedertagen definition av kroniska sjukdomar. I denna rapport definieras kroniska sjukdomar som sjukdomar en person har livet ut eller under stora delar av livet.

Lead time – tiden från det att en process påbörjas till dess att den slutförs

Målrationalitet – Det mest effektiva sättet för en organisation att uppnå ett uppsatt mål.

PCV-Sköterska – en sjuksköterska som aktivt jobbar med frågor om personcentrering på deltid

Status quo – Nuvarande arbetssätt

Personcentrerad vård – En omvårdnadsteori som utgår från personfilosofin, där patienten i huvudsak är en person framför att vara patient

Segment – del av befolkningen

ST-läkartjänst – en fyraårig tjänst som efter avslutad tjänst leder fram till ett specialistläkarbevis

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrund till omorganisationer .....	1
1.2 Problematisering .....	4
1.3 Syfte och frågeställningar .....	5
1.4 Avgränsningar .....	5
1.5 Tidigare forskning .....	5
1.5.1 Vad är personcentrerad vård?.....	5
1.5.2 Hur implementeras personcentrerad vård .....	7
<b>2. Teori.....</b>	<b>9</b>
2.1 Drivkrafter bakom förändring .....	9
2.1.1 Mode på omorganisering.....	10
2.2 Förmåga att identifiera misstag .....	11
2.2.1 Individers förmåga att identifiera misstag.....	11
2.2.2 Organisationens förmåga identifiera, och åtgärda ineffektiva organisationer ...	12
2.2.1 Ledarskapets förmåga att bidra till organisationens förändring.....	14
2.3 Organisationsförändring .....	15
2.3.1 Planer på förändring .....	16
2.3.2 ”Diffusion kontra översättning” .....	17
2.3.3 Organisationskulturer .....	19
2.3.4 Utvärderingar .....	20
2.4 Sammanfattning.....	21
<b>3. Metod.....</b>	<b>24</b>
3.1 Vetenskapligt förhållningssätt .....	24
3.2 Insamling av empiriskt material .....	25
3.3 Analys av empiriskt material .....	25
3.4 Fallstudie .....	26
3.5 Val av undersökningsmetod .....	27
3.5.1 Den kvalitativa intervjun .....	27
3.5.1.1 Respondenter.....	28
3.5.1.2 Teknisk utrustning .....	29

3.6	Studiens kvalitet.....	29
3.6.1	Tillförlitlighet .....	29
3.6.2	Överförbarhet .....	30
3.6.3	Pålitlighet .....	30
3.6.4	Konfirmering.....	30
3.7	Etik.....	31
3.8	Kritik.....	31
<b>4.</b>	<b>Resultat och analys.....</b>	<b>32</b>
4.1	Hur arbetar organisationen med personcentrerad vård? .....	32
4.2	Varför vill organisationen omorganisera? .....	34
4.3	Förmågan att identifiera och agera på problem .....	37
4.3.1	Ledarskap .....	38
4.3.1.1	Ledarskapets kommunikation .....	40
4.4	Processen att förändra en organisation .....	41
4.4.1	Förankring inom organisationen .....	41
4.4.2	Översättning .....	43
4.4.3	Kultur .....	46
4.4.4	Utvärdering.....	49
<b>5.</b>	<b>Slutsats.....</b>	<b>51</b>
5.1	Studiens bidrag .....	53
5.1.1	Teoretiskt bidrag .....	53
5.1.2	Praktiskt bidrag .....	53
5.2	Vidare forskning .....	53
<b>6.</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>55</b>

# 1. Inledning

---

*I det inledande avsnittet kommer bakgrunden till ämnesområdet diskuteras. Vidare följer en diskussion som ämnar styrka uppsatsers nutida relevans. Sist följer studiens frågeställningar, syftet och allra sist berörs också nödvändiga begränsningar.*

---

## 1.1 Bakgrund till omorganisationer

År 1173 I nordvästra Italien påbörjades bygget av ett nytt klocktorn. 137 år senare (år 1360) stod tornet klart och är idag känt som ”*Torre pendente di Pisa*” eller som det heter på svenska ”Lutande tornet i Pisa”. När den italienska arkitekten Bonanus Pisanus<sup>1</sup> ritade tornet var planen inte att tornet skulle luta, utan förhoppningen var att den skulle stå rakt långt in i framtiden. Marken under tornet förändrades dock och Bonanus Pisanus torn är idag inte lika rakt som arkitekten ursprungligen tänkt sig, detta då marken under tornet förändrades. (Towerofpisa, 2016)

Ingenjören John Burland kom 1990 på att tornet kunde rätas ut genom att en del av grunden togs bort under ena sidan av tornet. På så sätt lyckades han räta ut tornet vilket idag bara lutar 3,9 meter och beräknas idag kunna stå kvar i minst 200 år. (varldenshistoria, 2013)

Vidare skriver världenshistoria (2013) att under de många år som tornet har stått och belastats skevt (till följd av lutningen) har tornets lägre nivåer försvagats. Detta gjorde att ett lättare jordskalv (förändringar i den externa miljön) idag riskerar att rasa hela byggnaden. Därför var förändringsarbetet av stor betydelse

Flera organisationer gör på samma sätt som arkitekten Bonanus Pisanus, de bygger fasta organisationer i en värld full av förändring. Organisationer måste ständigt anpassa sig efter dessa förändringar, eller möjliga förändringar för att överleva (Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre, 2012). Den grekiska filosofen Heraclitus är känd för att ha myntat begreppet ”*The only constant is change*”. Trots detta fortsätter organisationer byggas som om marken under kommer att stå still för all evighet. Vi gräver allt djupare i jakt på en stabil grund att bygga huset på. I och med detta fortsätter hus att falla och organisationer bryts upp varje dag. Burke

---

<sup>1</sup> Vem som faktiskt ritade lutande tornet i Pisa är omtvistat, i flera texter krediteras Bonanus Pisanus som arkitekten bakom tornet (textens syfte är inte att redogöra för vem som ritade tornet varför detta inte undersöks närmare).

(2011) skriver att denna föränderliga värld kan förstöra organisationer, men den kan också vara en källa till kreativitet och förnyelse.

Förändring innebär alltid en osäkerhet, där organisationen behöver lämna ”status quo” och kasta sig ut i det okända. Denna osäkerhet, som förändring innebär, är också en bidragande faktor bakom att förändring blir jobbig för de inblandade. Fyrkantiga byggnader där organisationen lägger sten på sten är bekväma, där organisationen kan försätta i sina vardagliga rutiner. Shimizu och Hitt (2004) beskriver hur organisationen, trots att den ser signaler och accepterar dessa signaler på att omvärlden förändrats, fortfarande kan göra motstånd mot förändring och därför inte agera på den nya världen.

Just därför anser jag att förändringsledning är intressant att studera, världen runt omkring oss är full av förändring varje dag. Byggnaderna och organisationerna som byggdes igår, byggdes utifrån gårdagens förutsättningar. Världen behöver organisationer som inte är byggda för igår, utan som är byggda för idag.

De flesta organisationer lever i symbios med varandra. Privata företag är beroende av sjukvård för att deras anställda ska få vård när de anställda blir sjuka, sjukvården är beroende av läkemedelsföretag för att upptäcka och tillverka mediciner och utrustning. Läkemedelsföretagen är i sin tur beroende av en patentlagstiftning och en myndighet som upprätthåller lagstiftningen, som vidare är beroende av privata företag och människor som betalar in pengar till myndigheter i form av skatt. Människor lever också i symbios med organisationer då vi idag är beroende av företag för att få mat på bordet, samtidigt som företag är beroende av kunder för att köpa deras varor och medarbetare för att leverera mat till kunderna. Vissa organisationer påverkar oss mer än andra och de flesta påverkar oss olika under olika delar av våra liv, andra påverkar oss lika mycket hela livet. De flesta av oss börjar livet i ett förlossningsrum på ett av landets många sjukhus, sedan följer otaliga hälsokontroller och vaccinationer under livet. Denna period efterföljs av en period i mitten där de flesta av oss inte har någon större kontakt med sjukvården tills vi blir gamla igen och då blir beroende av vård för att hålla oss friska igen.

Vården har flera av de aspekter som gör den särskilt svår att förändra och därför också intressant att studera. I Sverige är vården kunskapsstyrd vilket betyder att den bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 1998:531). Inom det stora paraply av professioner som ryms under ”vården” finns det flera starka professioner med kunskap och ett starkt etiskt förhållningssätt till hur vården skall skötas. Organisationer gillar inte förändring (Shimizu & Hitt (2004), och särskilt inte när förändringen riskerar att få svåra konsekvenser för de



inblandade. Kanske har sjukvården i ett försök att undvika misstag, undvikit förändring, även fast världen utanför organisationens fyra hörn har förändrats.

*”Hälso- och sjukvård är världen över en notoriskt svårstyrd verksamhet. Det hänger samman med dess stora kunskapsinnehåll och grundmurade professionella kodex, såväl som de starka känslor som förknippas med sjukdom och död. Sjukvårdens inre organisation är synnerligen komplex och svår att påverka, också för dem som är satta att styra den.”* (SOU 2003:123 s. 114)



*– Det är jag som har de medicinska kvalifikationerna här  
– Det är alltså jag som bestämmer om er rygg besvärar er eller inte!*

Figur 1 Komisk beskrivning klassisk ”objektiv” sjukvård vård (Gp 13 september 2010)

Enligt Ekman et al (2011) finns det idag evidens kring att personcentrerad både förbättrar patienters hälsa och ökar patientens tillfredställelse med vården. Trots detta så finns det svårigheter med att implementera personcentrerad vård i organisationen (Ekman et al, 2011). Alla människor har, eller kommer att få en relation till sjukvården i sina liv. Just därför är det viktigt när denna relation uppstår, att patienten inte får en bild av organisationen som målirrationell, utan organisationen framstår som rationell och ämnar förbättra patientens hälsa på bästa sätt. Inte minst för att jag som skattebetalare vill få det värde som jag vill ha för den skatt jag betalar. Omvärlden omkring organisationen kommer alltid att förändras, och just därför behöver också organisationen röra sig med dessa förändringar, annars kommer organisationen vara byggd för gårdagen och inte för idag.

## 1.2 Problematisering

Sjukvården står idag inför stora utmaningar värden över, allt eftersom kostnaderna för sjukvården fortsätter växa snabbare än BNP (Griner & Hampton, 2013). I kölvattnet av detta problem har intresset för personcentrerad vård växt. Idag utgör en allt större del av de patienterna inom vården patienter med kroniska sjukdomar. Denna grupp patienter förväntas fortsätta växa och i takt med denna ökning behövs ett mer kostnadseffektivt sätt att vårda dessa patienter (Ekman et al, 2016). Personcentrerad vård har visat sig vara en kostnadseffektiv strategi för att vårda patienter samtidigt som patienternas upplevelse av vården förbättras i flera avseenden.

Trots evidensen bakom arbetssättet (Ekman et al, 2016) finns det idag stora skillnader hur enskilda vårdavdelningar inom sjukvårdsorganisationen behandlar och ser på patienter. Västra Götalandsregionen fattade 2015 beslut om att personcentrerad vård ska genomsyra hela regionens sjukvård (Vgregion, 2017). För att denna process ska tas emot väl av personalen och kunna utveckla verksamheten behövs ytterligare forskning som tar hänsyn till organisationens kultur och tid (Alharbi, 2014). Denna studie ämnar därför bidra till en ökad och bredare förståelse av implementering av personcentrerad vård där en teoretisk ram som inkluderar kultur används.

Burke (2011) skriver att de flesta försök av chefer att implementera en större organisationsförändring misslyckas. Med detta menar han att organisationers försök att göra strategiska förändringar istället för enklare operativa förändringar är svårt. Särskilt svårt menar han det är att förändra när organisationen tycks göra bra ifrån sig (det är ingen idé att laga något som inte är sönder). Den nya kunskapen om personcentrerad vård innebär att någonting är målineffektivt med det gamla sättet att arbeta på inom vården. Detta då flera studier visat att vårdtider kunnat minskas med införandet av personcentrerad vård (Ekman, 2012). Denna studie ämnar därför kartlägga vad de avdelningar som lyckats ställa om till personcentrerad vård gjort, vilka saker som andra avdelningar kan dra lärdom av och hur väl processen stämmer med en teoretisk referensram.

## 1.3 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka hur implementering av personcentrerad vård inom Västra Götalandsregionen går till, om denna på något sätt kan förändras efter aktuell forskning. Därigenom önskar jag skapa förståelse förändringsprocessen, för att sedan kunna komma med eventuella förslag på förändringar för att i framtiden kunna förbättra implementeringen av personcentrerad vård.

- Hur arbetar personer inom vården med att implementera personcentrerad vård?
- Vad har fungerat effektivt vid omställningen till personcentrerad vård?
- På vilka sätt kan arbetet med att implementera personcentrerad vård förändras för att göras mer i enlighet med teorier inom området förändringsledning?

Med effektivt menar jag här att personcentrerad vård har implementerats och personalen följer arbetsättets grundprinciper.

## 1.4 Avgränsningar

För att genomföra studien inom tidsramen har flera avgränsningar behövt göras. Studien omfattar två månaders arbete och kommer därför begränsas till olika yrkeskategorier inom vårdorganisationen på sjukhus inom Västra Götalandsregionen. Tidigare forskning beskriver kultur och tid som faktorer som vidare bör undersökas. Av dessa två faktorer ser jag, att jag med min bakgrund kan bidra med ny kunskap gällande främst kultur. Jag väljer därför bort tid som faktor för att förklara förändringen till personcentrerad vård. Tidsbegränsningen kommer också tvinga mig till att genomföra färre intervjuer än önskat. I en utopisk värld finns inte denna begränsning och hade därmed kunnat utföra fler intervjuer med representanter från de olika yrkeskategorierna inom regionen.

## 1.5 Tidigare forskning

### 1.5.1 Vad är personcentrerad vård?

I takt med den medicinska utvecklingen går allt fler sjukdomar att bota, men också fler sjukdomar går att effektivt behandla. Detta medför att patienter som för förr hade dött lever

allt längre. Resultatet av detta är att dessa individer utgör en allt växande del av populationen och en växande del av patientbasen med växande kostnader för sjukvård som följd. (Griner & Hampton, 2013)

Ur denna problematik har intresset för personcentrerad vård växt fram. Istället för att vården bara fokuserar på den objektiva mätbara sjukdomsbilden fokuserar vårdgivarna också på patientens upplevelse av sin sjukdom, detta gör att patienten blir mer involverad i sin hälsa och därför blir vården mer effektiv. Centrala delar inom personcentrerad vård är *patientberättelsen*, *partnerskapet* och *dokumentationen*. *Patientberättelsen* innebär att vårdgivaren lyssnar på patientens egen berättelse kring sin hälsoproblematik, och utifrån denna skapas en vårdplan för att planera patientens fortsatta vård. Med *Partnerskapet* menas att patienten ses som en viktig partner i vården och inte bara som ett passivt objekt som mottar vård, utan också är en viktig del i utformandet av sin vård (Ekman, 2012). *Dokumentationen* används som sedan som kontroll för att säkra att överenskommelsen mellan vårdgivare och patient följs (Lindström Kjellberg & Hök, 2014). Detta innebär att vårdgivaren ser personen bakom sjukdomen, vilka förutsättningar som individen har, och hur dessa kan användas för att förbättra patientens hälsa. Patienten blir på så sätt delaktig i sin egen vård och en viktig resurs i vården av sig själv. Ett partnerskap mellan vårdgivare och vårdtagare ger bättre resultat med mindre resursåtgång visar vilket är ett måste för en framtida hållbar vård. Baserat på patientens berättelse, resultatet av olika undersökningar skapas en hälsoplan för patientens vårdförlopp. (Göteborgs Centrum för Personcentrerad Vård, 2017)

Personcentrerad vård är således inte ett förhållningssätt mot patienten som är beroende av vilken specialitet inom sjukhusvården som patienten kommer i kontakt med utan går tvärs igenom alla medicinska inriktningar (se figur två). Grundprinciperna: *Patientberättelsen*, *partnerskapet* och *dokumentationen* är dock desamma inom samtliga medicinska discipliner. (Ekman, 2012)

Implementering av personcentrerad vård innebär att personens ställning inom vården höjs (Ekman, 2012). Därför är inte förändringen till personcentrerad vård bara av operationell art, utan ”the way we do things” (kulturen) och synen på patienten måste också förändras (Ekman, 2012). Därför är implementering av personcentrerad vård en stor förändring inom sjukvården.

Personcentrerad vård					
Ortopedi	Geriatrisk	Psykiatri	Infektion	Reumatologi	Med flera

Figur 2 Personcentrerad vård (författarens egna)

### 1.5.2 Hur implementeras personcentrerad vård

Forskning om implementering av personcentrerad vård har ofta utgått från ett diffusionsperspektiv (Alharbi, 2014; Wolf & Carlström, 2014). Där de konstaterar att det tar tid för personcentrerad vård att spridas inom sjukvården. Flexibilitet i kulturen lyfts också fram som en viktig del av pusslet av Alharbi (2014), men konstaterar att detta också kan göra att kulturen förändras när önskad förändring uppstått (vilket inte är önskvärt). Ytterligare beskriver Wolf & Carlström (2014) att förändringen bör ske stegvis för att inte överrumpla personalen, vilket då kan leda till motstånd vid implementeringen av personcentrerad vård.

Kaczynski (2013) en liknande historia från när hans vårdavdelning påbörjade förändringen till en personcentrerad vård. Han berättar i egenskap av att vara sektionschef om hur implementeringen på hans vårdavdelning gick till. Han beskriver att vårdavdelningen påbörjade arbetet med personcentrerad vård i strävan efter att göra vården mer effektiv, i likhet med andra skattebetalare är han mån om att skattepengarna används målrationalt. Arbetet tog sin början i att avdelningen fick kontakt med GPCC<sup>2</sup> som genomförde studier om personcentrering på vissa patientgrupper. Vårdavdelningen fick således prova arbetssättet innan förändringen implementerades brett på vårdavdelningen.

Förändringsarbete inom sjukvården beskriver Kaczynski (2013) som något återkommande vilket har resulterat i att flera läkare har en misstro mot förändringsarbeten. Han beskriver också att läkare generellt är kända för att vara motståndare till förändring och att han flera gånger mötts av responsen från sina undrande kollegor, som undrar om detta är ännu en ny modefluga. Styrkan med personcentrerad vård beskriver han är att denna ”managementidén”

<sup>2</sup> Göteborgs Center för personcentrerad vård är en forskningsinstitution med uppdrag att forska om personcentrerad vård.

är vetenskaplig dokumenterad, med effekter som ökad patienttillfredsställelse och kortare vårdtider. Därmed är personcentrerad vård är skild från tidigare managementidéer vilket har hjälpt att övertyga lärarkollegor att detta är rätt väg för avdelningen.

Kaczynski (2013) berättar att han som sektionschef har begränsad auktoritet över läkarkårens villighet att prova nya metoder för att förändra verksamheten, då han misstänkas ha ett budgetmotiv bakom förändringen. Istället menar han att andra läkare utan formell ledarposition kan ha större inflytande på organisationen som helhet då dessa inte kan misstänkas för ett budgetmotiv. Han berättar särskilt om en kollega som innan arbetet med personcentrering påbörjades var kritisk till arbetsmetoden och hon hävdade att detta inte var något nytt sätt att arbeta. Efter utbildning i personcentrerad vård beskriver samma person:

*”Jag kan ge ett exempel om en av mina läkare som jag mer eller mindre tvingade att vara med på det här, (kurs om personcentrerad vård) hon berättade för mig senare för mig att hon hade varit lite sur på mig för: ”varför ska jag gå på det här, det är väl inget nytt” och efter kursen ändrat sig väldigt mycket och nu säger hon själv: ”nu har jag blivit frälst”, och är nu en av våra främsta ambassadörer för det här sättet att arbeta på” – Kaczynski (20 november, 2013)*

## 2. Teori

---

*I teoriavsnittet presenteras studiens teoretiska ramverk. Vilka kommer användas för att förstå hur ett förändringsarbete går till för att ställa om till en mer personcentrerad vård. Dessa kommer även användas i syfte att styra den empiri som samlas in, och hjälpa att tolka dessa data.*

---

### 2.1 Drivkrafter bakom förändring

Kaczynski (2013) ger uttryck för att omställningen till personcentrerad vård är en rationell förändring som ökar vårdavdelningens effektivitet. Enligt Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre (2012) är begreppen rationalitet-icke rationalitet centralt inom organisationsteorin. De hävdar att rationalitet brukar sammanlänkas med begrepp som lagbundenhet, standardisering, kontroll, rutiner och tydlighet. De flesta organisationer är både rationella och irrationella samtidigt, fast ur olika perspektiv. Snabbmatsrestauranger är exempelvis utformade för att leverera tillgänglig och smakfull mat till en så låg kostnad som möjligt (rationellt). Men de skapar också stora mängder sopor vilket förstör miljön (irrationellt). De flesta organisationer är på liknande sätt utformade med både rationella och irrationella delar inom organisationen. (Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre, 2012)

Det finns idag en debatt vad som egentligen är rationell anpassning för en organisation. Huruvida organisationer bör förändra sig genom anpassar nya management system efter ”best practice” eller ”best fit” (Boxall & Purcell, 2011). ”Best practice” innebär att organisationen tillämpar förändringar efter vad som universellt är mest målrationalt att bedriva sin verksamhet på. På så sätt kan managementidéer som krockar med kulturen inom organisationen eller organisationens uppbyggnad samexistera om dessa båda är målrationala. ”Best fit” står i kontrast till ”best practice”, De som förespråkar ”best fit” menar att organisationer inte bör implementera strategier som står i kontrast till varandra utan bara strategier som ligger i linje med redan existerande organisationen och kulturen inom denna (Boxall & Purcell, 2011). Utifrån detta ser jag att vården idag, är organiserad på annorlunda sätt mot vad personcentrerad vård innebär (se figur två). Vården är idag uppdelad efter kroppsdelar (Ekman, 2012). Personcentrerad vård innebär att vården inte bör vara uppdelad efter kroppsdelar, utan bör mer (än dagsläget) vara uppdelad efter människor (Ekman, 2012). Personcentrering innebär därför en ny ”best practice” som ämnar skapa högre målrationalitet

inom organisationen, genom att nuvarande system inte är utformat efter den ”nya patienten” som möter vården idag (Griner & Hampton, 2013).

Mayer och Rowan (1977) skriver att organisationer inte nödvändigtvis är utformade för att uppnå högsta målrationalitet. Istället argumenterar de att organisationer utformas kring vad de kallar organisatoriska myter. Dessa myter styr organisationen, hur denna fungerar och hur organisationen uppfattar omvärlden. Myterna har skapats under lång tid och sätter gränser för vilka organisatoriska förändringar som, av organisationen, anses möjliga att genomföra och även vem som har möjlighet att utföra dessa förändringar. I takt med att organisationen växer och blir äldre tas dessa myter för givna och organisationen slutar att reflektera över dem (en ”kultur” har skapats). Dessa myter kan sammanfalla med målrationalitet, men är frikopplade och behöver inte ligga i linje med varandra. Vid ett förändringsarbete inom organisationen sker en särkoppling mellan organisationens formella struktur och dess informella struktur i ett försök att bevara organisationens yttre legitimitet och maktstruktur samtidigt som den förändras. Att en organisationsförändring initieras behöver således inte innebära att organisationen är ineffektiv, utan kan vara driven av organisatoriska myter om hur organisationen ska organiseras. Därför kanske organisationen i själva verket inte är ineffektiv utan detta är bara ett sken av ineffektivitet. Förändringsarbete inom en organisation genomförs, då inte i jakt på ökad målrationalitet, utan i jakt på ökad legitimitet. Organisationens legitimitet drivs i sin tur inte av vad som är rationellt utan av vad samhället anser vara ett rationellt och tidsenligt sätt att bedriva organisationens verksamhet på. (Mayer och Rowan, 1977)

### 2.1.1 Mode på omorganisering

Människor är till sin natur intresserade av nya idéer och uppfinningar menar Czarniawska (2015). Detta gör att nya idéer inte alltid implementeras på grund av att de gör någonting bättre (målrationalt), utan kan vara en följd av att människor är trötta på hur organisationen fungerar idag (även om förändringen utåt marknadsförs som att den rationaliserar organisationen). För att en idé ska få ”liv” måste den presenteras vid rätt tidpunkt, först då kan den få liv. Ligger idén fel i tiden kommer den inte föras vidare och ”översättas” (Se Kapitel 2.3.2). När idén omvandlas till handling och denna handling upprepas under en längre tid skapas en institution, en kultur, ”så här arbetar vi”.



I dagens globaliserade värld färdas flera idéer samtidigt kors och tvärs över jorden. Omvärlden rör sig åt flera olika håll samtidigt och på grund av en förenklad kommunikation mellan världsdelarna finns det idag ingen brist på nya idéer. Detta konstanta flöde av nya idéer kombinerat med människans nyfikenhet skapar det som Czarniawska (2015) beskriver som ”mode” på idéer. Ett samhälle där organisationer inte alltid ”lagar” för att det är ”sönder”, utan i jakt på ökad legitimitet. Legitimitet får organisationen när den anpassar sig efter dagens ”mode” på organisering (vad den externa miljön anser vara ett rationellt sätt att bedriva verksamhet på).

## 2.2 Förmåga att identifiera misstag

*”First there were losses,”... (Czarniawska & Joerges 1996, s. 20)*

Innan ett förändringsarbete (oberoende av storlek på förändringen) påbörjas måste insikten finnas att organisationen inte jobbar på ett önskvärt sätt. Denna insikt behöver finnas på såväl individnivå som på en organisatorisk nivå (Burke, 2011). Insikten innebär att sättet jag eller organisationen arbetar på i idag, inte är det optimala sättet att arbeta på givet det jag eller organisationens önskar åstadkomma. Den ursprungliga strategin måste därför på något sätt ändras för att önskat resultat ska uppnås mest effektivt.

### 2.2.1 Individers förmåga att identifiera misstag

Det finns flera anledningar till att individer är motvilliga till förändring (Schein, 2004). I inledningen tog jag upp att fasta rutiner och ”status quo” är bekvämt för en organisation. Schein (2004) skriver att människor kan motarbeta förändring av flera anledningar. Personal kan exempelvis vara rädd att känna sig inkompetent på arbetsplatsen vilket hos vissa kan vara kopplat till en persons självförverkligande. Självförverkligande beskrivs av Maslow (1943) som ett av människans viktigaste behov efter det att bland annat behovet av fysisk hälsa och säkerhet tillfredsställts. Förändringsprocesser riskerar därför att utmana en persons välmående om arbetskompetensen kopplats till en självförverklig hos individen. Personer som genomgår förändringsprocesser riskerar då att känna en förlust av grupptillhörighet eller förlust av en personlig identitet som byggts upp under årens gång som då kopplats till yrkesstolthet och kunnande. En förändringsprocess kan då innebära för individen, att denne förlorar en del av sin identitet.

Processen att förlora sin identitet och återskapa den kan likställas med den som personer genomgår när de får svåra sjukdomsbesked skriver Burke (2011). Den processen beskrivs av Coghlan (beskriven i Schein, 2004) som en trestegsprocess där personen först förnekar de data som motsäger den nuvarande världsbilden (jag är frisk). Därefter skyller personen ofta ifrån sig på yttre faktorer och att de data som presenteras, inte riktigt är applicerbara på den verklighet som personen upplever. Slutligen går ofta individer in i ett förhandlingsstadium där individen försöker förhandla fram fördelar för sig själv för att genomgå förändringen. För att mildra effekterna på en individs hälsa är det viktigt skriver Schein (2004) att individerna känner sig säkra i sin yrkesroll, att de inte känner att deras position i gruppen är hotad. Vilket kan ske främst genom samtal mellan de anställda (skapandet av psykologisk trygghet).

### 2.2.2 Organisationens förmåga identifiera, och åtgärda ineffektiva organisationer

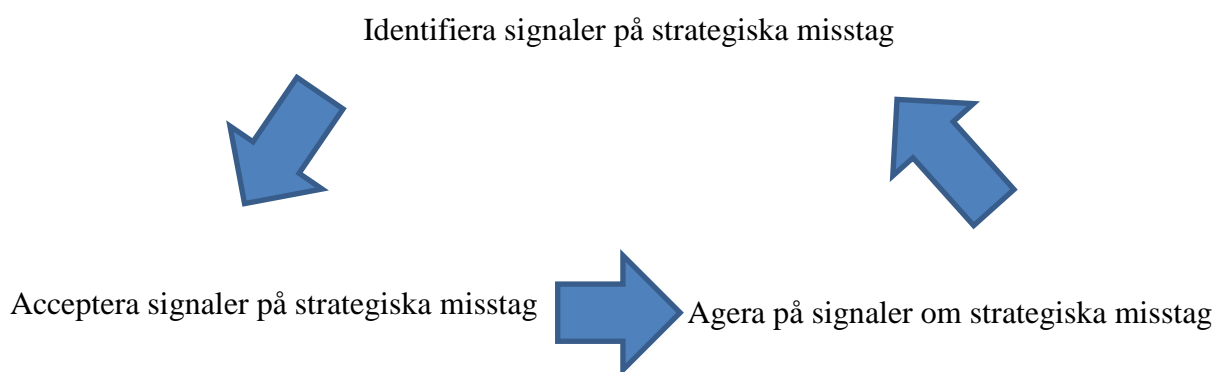
Det kan vara svårt för organisationer att själva inse att sättet organisationen arbetar på inte är det mest målrationella sättet att bedriva sin verksamhet på (Czarniawska, 2015). På grund av detta skriver Czarniawska (2015) att idéer eller nya tankar av mer omfattande karaktär oftast växer fram utanför organisationen och kommer organisationen till del genom informationsspridning. Detta är dock inte ett måste, Shimizu och Hitt (2004) identifierar flera faktorer för att organisationen själva ska öka förmågan att själva inse olika förbättringar. I sin studie finner de tre steg för att en organisation ska förstå och påbörja en handlingsplan för att rätta till de strategiska misstag som finns i den nuvarande strategin.

Det första av de tre steg som beskrivs i Shimizu och Hitt (2004) är att identifiera signaler om det finns ett strategiskt misstag. Att inte identifiera strategiska misstag leder till att mer resurser allokeras till projekt än vad som är optimalt för organisationen ska uppnå det resultat som önskas. Misslyckande med att identifiera strategiska misstag beror i huvudsak på sinnesinställningen, där en självbelåtenhet eller hybris beskrivs som risker, vilka kan leda till att organisationen inte identifierar strategiska misstag.

Det andra av de tre stegen som beskrivs i Shimizu och Hitt (2004) är organisationens förmåga att acceptera signalerna på att strategiarbetet inte är optimalt utformat. Detta innebär att organisationen tränger ut den nya kunskapen som motsäger den kunskapen som redan finns genom att exempelvis skylla ifrån sig på externa faktorer som inte kan kontrolleras. Det var

sålunda inte organisationens strategiarbete som var defekt utan signalen berodde på en slumpmässig variation som organisationen inte kan kontrollera.

Att också agera på de signaler som identifieras och accepteras beskrivs som det sista steget i att uppnå strategisk flexibilitet. Shimizu och Hitt (2004) beskriver att organisationer är ovilliga att ändra en dålig strategi när det inte är säkert vilket resultat en förändring kommer innebära. De initialt dåliga resultaten är ju inte nödvändigtvis beroende på att ett dåligt strategiskt beslut har fattats, som nämndes tidigare kan dessa bero på faktorer som organisationen inte kontrollerar och bara råkar vara på ett visst sätt för tillfället. Just denna osäkerhet i omgivningen lyfts fram som en faktor bakom oviljan att agera på den nya informationen.



Figur 3 Shimizu och Hitt (2004): Organisationens förmåga att rätta till strategiska misstag

Shimizu och Hitt (2004) skriver också vad organisationen kan göra för att snabbt identifiera och åtgärda strategiska misstag. För att organisationen snabbt ska åtgärda strategiska misstag skriver de att högt uppsatta chefer bör vara involverade i organisationens dagliga arbete. På så sätt så ökar chefernas förståelse för verksamheten och nya infallsvinklar kan snabbt identifieras och implementeras. De lyfter även fram medarbetarnas förmåga att lyfta idéer till topp och mellanchefer som en viktig faktor för att nya idéer kontinuerligt ska kunna provas och utvärderas.

För organisationens förmåga att förstå vilka möjligheter som finns, behöver de anställda först förstå organisationens nuvarande strategi. På så sätt kan de anställda hela tiden utvärdera om strategin är den optimala för att uppnå organisationens vision. Är nuvarande arbetsmetod inte optimal kan detta då föras vidare till chefer. Detta innebär att anställda också behöver möjlighet att utmana rådande praxis för att kunna förändra verksamheten. Shimizu och Hitt

(2004) nämner också ett vanligt psykologiskt problem där organisationer eller människor investerar mer resurser än den borde därför att den inte har en annan strategi redo. Det kan således vara fördelaktigt för en organisation att använda en portfolio av möjligheter för att inte bli fastlåst i ett sätt att tänka.

Shimizu och Hitt (2004) skriver att organisationen också ska kunna agera på den nya möjligheten bör redan etablerade strategiplaner kunna överges, för att på så sätt frigöra resurser till andra projekt. Dessa resurser behöver sedan lätt kunna föras över till ett nytt projekt. För att organisationen inte ska investera resurser i ineffektiva projekt längre än nödvändigt skriver Shimizu och Hitt (2004) slutligen att organisationen bör snabbt kunna fatta strategiska beslut. Detta kan enligt Eriksson-Zetterquist, Kalling & Styhre (2012) göras genom decentralisering. Organisationen kan genom decentralisering dela upp ansvaret för beslutsfattande i organisationen för att på så sätt fatta snabbare beslut än om alla frågor först ska upp till ledningen för utvärdering. Decentralisering uppstår vanligen då den informationen som krävs för att fatta beslut blir för stor för en människa att hantera. Genom att ansvaret delas upp mellan olika aktörer, och dessa får befogenhet att fatta olika typer av beslut blir inte informationen för stor för en individ att hantera. Detta är en bidragande faktor bakom att organisationen genom decentralisering blir snabbare på att anpassa sig till förändringar i omvärlden. Decentralisering kan således vara en faktor för att öka snabbheten i beslutsfattande och förmågan att prova nya idéer.

### 2.2.1 Ledarskapets förmåga att bidra till organisationens förändring

Burke (2011, s 247) skriver att ”*Without leadership, planned organisational change will never happen*”. Ett starkt påstående och kanske har han heller inte heller fel. Om organisationskultur är viktigt (se kap 2.3.3), och den i planerad förändring influeras främst genom blandning med kulturen utanför organisationen, borde formella ledare spela en viktig roll. Detta genom att rekrytera personer med de kulturella värderingar som önskas uppnås av organisationen. Burke (2011) är inte ensam med åsikten att ledarskap är av vital betydelse för organisationsförändringar. Både i Kotter (1996) och Beer & Nohria (2000) finns element som tydligt kan kopplas till vikten av ledarskap för att förändra organisationen.

Van der Voet (2016) har i sin studie dock inte kunnat påvisa någon mätbar skillnad för ledarskapets förmåga att influera medarbetarnas engagemang för förändring i offentliga organisationer. Istället menar han att förhållandet mellan förändringsledarskap och

medarbetarnas förändringsengagemang ska förstås som en informell relation. Denna relation kan påverka, men inte mätbart genom hans studie. Czarniawska (2015) ställer sig också bland de kritiker som ifrågasätter ledarskapets förmåga att styra en organisation, idag menar hon att ledare istället har fått en roll som symboler utåt och inom professionella organisationer ersatts av redovisning och marknadsföring.

Burke (2011) erkänner problem med ledarskapsforskning och att den oprecisa definitionen av ledarskap, och redovisar i sin bok för flera olika definitioner av ledarskap inom olika kulturer. Han menar dock att en enhetlig definition inte nödvändigtvis behövs för att påtala vikten av ledarskap, utan att detta förstås genom att studera hur organisationen förändras vid nytt ledarskap, vilket han hävdar att det finns flera exempel på.

## 2.3 Organisationsförändring

Det finns flera olika former av organisationsförändringar skriver Czarniawska (2015), planerad förändring och oplanerad förändring. Burke (2011) nämner vidare förändringar som sker snabbt till följd av snabba förändringar i omvärlden (revolutionära), vilket står i motsats till evolutionära förändringar som sker långsammare över tid. Strategiska som innebär en ny strategi för att uppnå ett visst mål mot operationella förändringar där organisationen byter produkt/tjänst som levereras. Det är alltså viktigt att skilja på förändringar och förändringar. Det finns enklare förbättringar av verksamheten (där en ny produkt ska produceras) och förändringar där viktiga, (för organisationen) antaganden ifrågasätts och görs om. Czarniawska (2015) menar att det är viktigt att särskilja planerade förändringar från spontana förändringar. Planerade förändringar eller ”reformer” där själva tillvägagångssättet (strategin) som organisationen utför tjänsten på tar tid och är svåra att genomföra framgångsrikt. Detta är en bild som bekräftas av Beer & Nohrias (2000) forskning som beskriver att cirka 70 % av alla planerade förändringar misslyckas. Därför kan det också antas att organisationsförändringar där organisationens syn på patienter och ”the way we do things” förändras, är svåra att genomföra i praktiken.

### 2.3.1 Planer på förändring

... *"then there was a plan of change"*... (Czarniawska & Joerges 1996, s. 20)

Czarniawska (2015) skriver att organisationer har svårt att genomföra större reformarbeten själva, även om de klarar av att göra mindre förändringar. För att genomföra större förändringar skriver Czarniawska (2015) att det nästan ett måste för organisationen att använda sig av resurser utanför den egna organisationen för att driva förändringen. Då organisationen, som hon säger det, inte kan lyfta sig själv i håret.

Genom åren har flera försökt modelera och olika "recept" för att framgångsrikt bedriva planerade förändringsarbeten har tagits fram. Bland de mer kända av dessa finns Lewins (1947) trestegsmodell, där processen först består av att upptäcka befintliga strukturer, därefter förändra organisationen och slutligen frysa de nya beteendena som finns. Jarzabkowski & Seidl (2008) beskriver att det finns flera olika mötetekniker ledningen kan tillämpa för att just destabilisera och då "tina upp" det befintliga arbetssättet. De nämner att arbete i mindre arbetsgrupper "workshops" där medarbetare får möjlighet att påverka och göra sin åsikt hörd destabiliserar organisationer. Vidare nämns också fria diskussioner som en bra process för att destabilisera organisationen. Vid ett förändringsarbete av organisationen där nya rutiner ska läras in är det viktigt att gamla rutiner först destabiliseras (Lewin, 1947), varför organisationen med fördel kan använda mindre arbetsgrupper "workshops" eller fria diskussioner i uppstarten av förändringsarbeten i organisationen. Jarzabkowski & Seidl (2008) beskriver också att formella möten, eller administrativa diskussioner har en tendens att stabilisera rådande strukturer. Varför dessa inte borde användas vid uppstarten av förändringsarbeten

Kotters (1996) åttastegs-modell är en annan känd modell som ofta används vid omorganisationer. Där beskrivs att en framgångsrik process för förändring bör innehålla följande moment:

1. Etablera en känsla av brådska: Chefer inom en organisation bör belysa problemet för att påvisa att en förändring är nödvändig.
2. Skapa en grupp som ansvarar för förändringen: Ge mandat och ansvar åt en mindre grupp människor att driva igenom förändringen.
3. Skapa en klar delad vision: Skapa en vision om hur framtiden skall se ut. Förankra visionen inom organisationen.

4. Kommunicera denna vision: Kommunikationen bör vara öppen där medarbetare känner sig hörda och lyssnade på.
5. Undanröj hinder: Olika strukturer eller personer som förhindrar förändringen bör lösas för att det ska vara möjligt att driva förändringen.
6. Skapa kortsiktiga mål: Genom att skapa kortsiktiga mål som är kopplade till förändringsarbetet kan organisationen förvisas om att den är på rätt väg.
7. Utvärdera och bygg vidare utifrån de uppnådda målen: Koppla ihop förändringsarbetet med det nya uppnådda målen. Belöna organisationen för uppnådda mål, på så sätt förstärks drivkraften att fortsätta arbeta enligt det nya arbetssättet.
8. Institutionaliserar förändring för att effektivt driva förändringsarbete i framtiden: Koppla ihop organisationens positiva resultat med förändringen som genomförts så att förändring blir en del av organisationen.

Beer & Nohria (2000) ger en mer situationsbaserad modell för förändring och hävdar att olika typer av organisationsförändringar kräver olika typer av processer för att framgångsrikt implementeras. Personcentrerad vård innebär att utveckla organisationens färdigheter och därför bör organisationen använda sig av det som Beer & Nohria (2000) beskriver som teori O. Detta innebär att organisationen, för att genomföra denna typ av organisationsförändring, bör exempelvis fokusera på att ledarskapet i organisationen uppmuntrar medarbetare att medverka i förändringen. Vidare bör förändringen fokusera på att utveckla organisationens kultur (se kap 2.3.3) genom en process av lärande på både individuell och organisatorisk nivå. Återkoppling och reflektion används för att ständigt göra förändringar till den ursprungliga förändringsstrategin. Medarbetarna motiveras i huvudsak inte genom ekonomiska incitament (även om dessa kan användas) utan genom att de vill utveckla organisationen. Organisationer kan använda konsulter i förändringsprocessen, dessa bör i så fall ha en rådgivande roll så att chefer kan fatta välgrundade beslut själva.

### 2.3.2 ”Diffusion kontra översättning”

... ”and then there was an implementation, ”... (Czarniawska & Joerges 1996, s. 20)

Burke (2011) skriver exempelvis att planerad organisationsförändring kräver ledarskap. Något som exempelvis ifrågasätts av Alvesson & Sveningsson (2016). Detta påstående stämmer väl överens med diffusionsteorin som säger att det finns en tröghet när arbetet med att förändra en organisation initieras (Rogers, 2003). Enligt diffusionsteorin, för att förändringsarbetet skall

lyckas måste förändringsarbetet få kraft från ledningshåll för att på så sätt driva förändringen inom organisationen. Dock är det inte det formella ledarskapet, utan det informella ledarskapet är det som är av vikt hävdar Rogers (2003), vilket han kallar ”opinion leadership”. Opinion leadership innebär en persons förmåga att påverka andra individers beteende och dess attityder utan att tvinga individer till det. Bland befolkningen finns individer som är mer positiva till innovation och vissa som är mer skeptiska. Dessa är fördelade längs en normalfördelningskurva baserat på hur villiga de är att acceptera förändringen. När tillräckligt många inom organisationen accepterat innovationen nås något som benämns ”the tipping point”. Detta är punkten för vilken den kraft som tillskjuts innovationen understiger nyttan som kommer från innovationen. Exakt hur stor del av organisationen som behöver acceptera förändringen innan punkt inträffar varierar beroende på innovation och organisation, men inträffar generellt när mellan 5 och 20 procent av organisationen accepterat förändringen. När denna punkt nås behövs inte längre marknadsföring i samma utsträckning som innan, utan förändringen driver sig själv genom organisationen. (Rogers, 2003)

Czarniawska (2015) skriver att förespråkare för diffusion ofta anser att idéer växer fram ur ett ”vakuum” och att konflikter generellt sett stör förändringsprocessen. Likt Kotters (1996) förändringsmodell antas att konflikter och förändringar av idén försvåra förändringsarbetet och bör därför undvikas eller undanröjas.

Som motsats till diffusionsteorin beskrivs ofta översättningsteorin (Czarniawska, 2015). Enligt översättningsteorin behöver förändringar många gånger inte ”pushas” ut i organisationen utan den kan drivas av personerna förändringen innefattar. Varje individ blir en ”översättare” som bidrar med sin egen tolkning och erfarenheter som sammanfogas med den nya innovationen. Denna konstanta översättning och förändring antas bidra till den nya innovationens utveckling och förbättring (vilket är i kontrast till bland annat Kotter 1996 & Rogers 2003). Men för att en idé ska få liv måste den först materialiseras genom att nertecknas som en modell, ritning eller text för att kommuniceras mellan individer. Energin för att omvandla teorin i handling kommer från varje enskild översättares nyfikenhet som sätter in modellen i en egen kontext. Detta innebär en lösgöring från pappret där idén nertecknades och idén sätts in i översättares verklighet där ursprungsmodellen förändras. De som vidhåller detta perspektiv på förändringsarbete menar att ledarskapet är av begränsad betydelse, och att konflikter berikar, förändrar och skapar nya idéer som kommer organisationen till nytta. Ursprungsidén omprövas därmed av översättarna ständigt och



organisationen befinner sig i en ständig fas av förnyelse (det finns ingen objektiv, sann ”rätt” tolkning av idén).

### 2.3.3 Organisationskulturer

*”In practice, changeing an organisational culture takes years, if not decades [...] Consultants engaged in BPR (Business Process Reengineering) may aim to improve timelines, lead time and dollars’ worth of savings, but the old cultural constraints can make the whole effort fail”* (Anjali Patwardhan et al. 2016, s. 96)

Ovan citat från en reumatolog<sup>3</sup> visar på vikten av att inte bara ”förbättra” sjukvårdsverksamhet genom att effektivisera den, lyckas organisationen inte förändra kulturen inom organisationen riskerar allt att vara för intet. Burke (2011) skriver samtidigt att kulturen är det mest svåra att förändra i en organisation. Detta då varje del och varje process i en organisation reflekterar dess kultur, för att förändra kulturen måste organisationen inte bara introducera ett nytt datasystem eller byta logotyp, den måste göra grundläggande förändringar i hur organisationen arbetar. Då implementeringen av personcentrerad vård innebär att sättet att se på patienten förändras är det viktigt att också kulturen inom vården förändras (se sid 5). Organisationens kultur kan genomgå oplanerade och planerade förändringar på flera olika sätt skriver Schein (2004). Olika metoders effektivitet för att förändra kulturen är också olika effektiv beroende på metod och organisation. Metoderna kan också vara svåra att genomföra för en organisation, varför kulturförändring är svårt. I mer mogna organisationer (som sjukvården) förändras kulturen främst genom att människor från utsidan av organisationen blir en del av organisationen och genom detta tar med sig kultur från utsidan in till organisationen.

Men kulturförändringar kan också följa skandaler eller en explosion av myter. Myter förklarar Schein (2004) tillkommer genom processen för särkoppling mellan organisationens formella och informella struktur. Exempel på detta kan vara organisationer som betonar vikten av laganda samtidigt som individuella prestationer belönas. Om sådana särkopplingar leder till skandaler kan detta leda till att organisationens kultur förändras i mer mogna organisationer.

Sammanslagningar mellan organisationer kan också leda till att en injektion av ny kultur genom nya medarbetare. Detta beskrivs som en process som nästan oundvikligen leder till att organisationens kultur förändras då organisationens redan befintliga myter utmanas av andra motstridiga myter (Schein, 2004). Problemet med dessa drivfaktorer bakom kulturförändring

---

<sup>3</sup> Anjali Patwardhan är en erfaren reumatolog, vars citat ligger i linje med övrig data i min studie. Därför anser jag detta påstående trovärdigt

är att alla utom rekrytering är tämligen svåra för organisationen att kontrollera. Att göra en kontrollerad kulturförändring är således svårt men inte omöjligt.

Schein (2004) i likhet med Shimizu & Hitt (2004) menar att mänskliga system försöker behålla ”status quo”. För att genomföra en planerad förändring av kulturen bygger Schein vidare på Kurt Lewins (1947) modell för förändring (upptining, förändringsprocess, omfrysning). Schein (2004) menar för att organisationen ska vilja förändras, måste ett start stimuli som motiverar förändring, finnas. Finns inte detta kommer organisationen stanna i ”status quo”. Ineffektiva rutiner behöver dock inte behållas bara för att de är dåliga, rutiner riskerar också att bli en del av en människas identitet varför personer inom organisationen kan kämpa för att behålla dessa rutiner (se kap 2.2.1). När individen avlärt gamla rutiner kan nya rutiner läras in, men processen att lära sig nya färdigheter riskerar också att skapa ångest för individen. Därför är det fördelaktigt om personen känner sig psykologiskt säker genom att exempelvis vara involverad i processen, eller att denne får träning i det nya arbetssättet så att den professionella stoltheten inte försvinner.

#### 2.3.4 Utvärderingar

... ”*which led to unexpected results.*” (Czarniawska & Joerges 1996, s. 20)

I dagens samhälle är det svårt att tänka sig att genomföra en förändring utan att sedan utvärdera effekterna av förändringen (Czarniawska (2015). Vilket också är Kotters (1996) sjunde steg i att förändra en organisation. Enligt Czarniawska (2015) är utvärderingar tänkta att vara ett återkopplingssystem som organisationen använder sig av för att utvärdera om förändringen fick de effekter som organisationen initialt hoppades på. Men kan också innebära problem om för stor vikt fästs vid dem och organisationen inte ser det som finns utanför organisationen.

Czarniawska (2015) menar att utvärderingar som görs på grund av ritualer (institutionalisering), inte behöver vara av ondo mer än att det kostar onödiga resurser för verksamheten. Ritualer är viktiga för oss, även om detta brukar förnekas av det flesta. Problemet med utvärderingar riskerar att uppstå när resultatet av utvärderingen tolkas bokstavligen. Och då förstelnar målet med verksamheten. På så sätt menar hon att förändringen avstannar och översättningen av en ursprunglig idé avstannar. Ett framgångsrikt förändringsarbete menar hon bland annat kännetecknas av att den inte har ett tydligt slut. En

process av kontinuerlig översättning och anpassning till den ständigt föränderliga omvärlden sker. På så sätt möjliggör organisationen spontana förbättringar kontinuerligt i framtiden.

## 2.4 Sammanfattning

Att genomföra organisationsförändringar är svårt visar min teorigenomgång, många modeller har skapats för processen att anpassa gårdagens organisationer till idag. Trots omfattande litteratur inom området fortsätter förändringsarbeten vara något av ett mysterium och ingen har ännu ”cracked the code of change”. Organisationens vilja till förändring drivs av viljan att göra verksamheten ”bättre” (utifrån uppsatta mål), samtidigt som det i själva verket ofta drivs av organisatoriska myter om vad en rationell verksamhet innebär (Czarniawska, 2015). Dessa myter går ofta på ”mode” och även om de motiveras med ökad effektivisering behöver resultatet av omorganisationen inte bli att organisationen blir effektivare, snarare mer legitim (Meyer och Rowan, 1977)

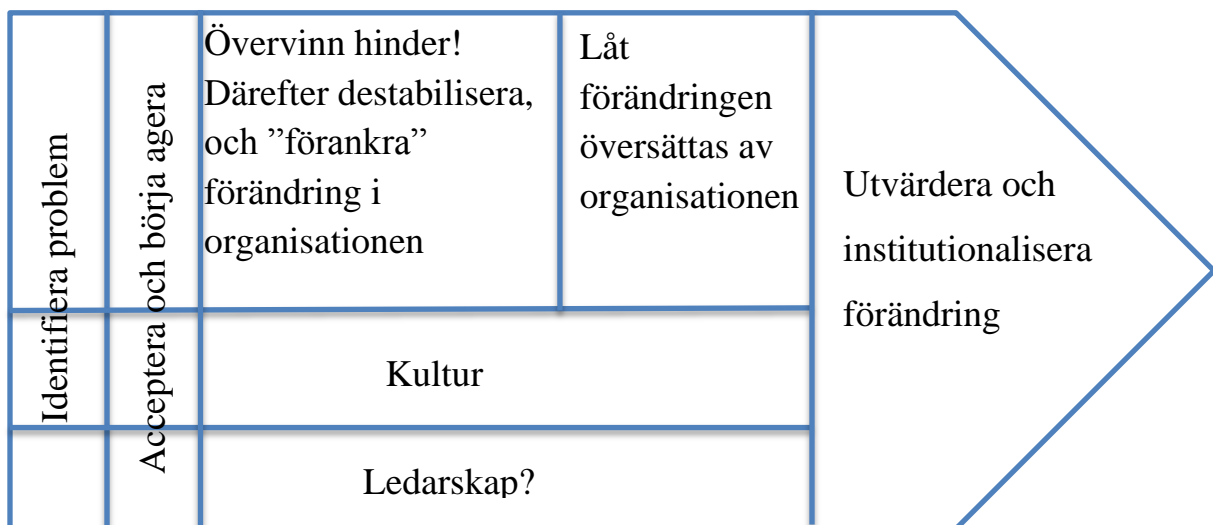
Insikten att nuvarande vårdform inte är effektiv kan vara svår att inse både för organisationen i helhet och på individnivå varför organisationen ofta behöver hjälp från människor utanför organisationen (Coghlan i Schein, 2004; Shimizu och Hitt, 2004).

Syftet med förändringen bör ”förankras” i hela organisationen skriver Czarniawska (2015). Vilket kan ibland vara svårt, där Jarzabkowski & Seidl (2008) skriver att informella mötestekniker kan vara bra i syfte att göra allas röster hörda och samtidigt destabilisera organisationen. Hur detta ska se ut råder det delade mening om, men förankring och översättning ses som två viktiga begrepp i dagens förändringslitteratur. Diffusion också har en viktig roll att spela, särskilt i de tidigare stegen i processen att förändra organisationen för att initiera förändringen för att leda ut kunskap till organisationen.

Ledarskap är en kontroversiell fråga i organisationsforskningen idag, där det finns många med åsikten att ledarskap är essentiellt och även de som hävdar att det inte är essentiellt. Förespråkarna pekar ofta på enskilda ledare som särskilt betydelsefulla (Burke, 2011). Kritiker pekar ofta på den oprecisa definitionen av ledarskap och därför också svårigheter att undersöka problematiken såväl som på data där ledare inte haft någon större inverkan på organisationen som helhet. (Van der Voet, 2016)

Flera pekar på att en organisations kultur är svår att förändra (Burke, (2011); Schein, (2004). Särskilt ju äldre organisationen är. Men samtidigt mycket viktig för att förändra en organisation (Anjali Patwardhan et al., 2016). Detta är en bidragande faktor bakom den problematik som finns i att förändra en organisation och förmodligen en bidragande faktor bakom den låga framgångsprocent som beskrivs i Beer & Nohria (2000) (70 %). Flera drivkrafter bakom att förändra kulturen är svår att planera, därför kan det vara mycket svårt att driva planerad organisationsförändring.

Kontinuerlig utvärdering av verksamhetens arbete går idag nästan inte att ifrågasätta och fyller flera viktiga funktioner inom en organisation. Dels genom att organisationens utvärdering kan leda till att strategiska misstag upptäcks, men också genom att organisationen då kan utvärdera effekterna av omorganisationen. Detta möjliggör för organisationen att förstå om förändringarna haft önskvärd effekt. Risker finns när utvärderingar tolkas för bokstavligen vilket riskerar att leda till att förändring avstannar inom organisationen (Czarniawska, 2015)



Figur 4 Sammanfattande teori (författarens egen)

Modellen är uppbyggd genom grundförståelsen att innan personcentrerad vård kan implementeras, måste det finnas någon form av insikt i en problematik (identifiera, acceptera och agera på problem) med tidigare sätt att arbeta, då läkare är trötta på nya managementidéer (Kaczynski, 2013). Insikten kommer ofta, men behöver inte, från organisationens ledning, och viktigt för att lyckas med förändringen (Burke, 2011). Detta är dock inte utan kontrovers i

litteraturen (Alvesson & Sveningsson, 2016) varför ledarskap har ett frågetecken i sin ruta. Rutan går genom hela processen att förändra organisationen då både Shimizu och Hitt (2004), Rogers (2003) och Jarzabkowski & Seidl (2008) beskriver ledarskap i någon form. Organisationens kultur är inte opåverkbar men är svår att påverka. Kulturen spelar roll både i organisationens förmåga att upptäcka misstag (Shimizu och Hitt, 2004) och organisationens förmåga att lyckas med förändringen varför kulturen också har en ruta som skär genom processen (Anjali Patwardhan et al. 2016). Vid införandet av personcentrerad vård är det viktigt att kulturen förändras då förändringen befinner sig inom det som Boxall & Purcell (2011) beskriver som ”best practice”.

En organisationsförändring är viktig att initiera, med arbetet måste på något sätt förankras i organisationen för att den ska accepteras av organisationen. Det är viktigt att medarbetarna förstår varför förändringen sker (Kotter, 1996) för deras förmåga att acceptera förändringen. Därefter är det viktigt att på något sätt denna förändring översätts och anpassas efter organisationen (Czarniawska, 2015). För att förändringen sedan ska kunna motiveras, och de sista skeptikerna övertalas, är det viktigt att förändringen utvärderas (Kaczynski, 2013). Detta kan även fungera för att organisationen ska identifiera nya möjligheter för framtida förändringar. Förändringsprocessen är således cirkulär och tar aldrig riktigt slut (Czarniawska, 2015).

### 3. Metod

---

*Här redogör jag för studiens metod, vilka val som har gjorts för att bäst besvara studiens syfte och de frågor som har formulerats. Jag kommer föra resonemang kring de val som jag har gjort för att på så sätt motivera studiens design.*

---

#### 3.1 Vetenskapligt förhållningssätt

I studien har jag valt att utgå från en socialkonstruktionistisk vetenskapssyn. Detta innebär att jag utgår från att den sociala verklighet som finns inom sjukhusets verksamheter, inte går att mäta objektivt utan att varje individ eller organisation befinner sig i en ett tillstånd där den sociala verkligheten ständigt förnyas. (Bryman & Bell, 2013) Jag valde denna ontologiska utgångspunkt i min studie då jag inte tror att det går att skapa någon objektiv sann bild av hur personcentrerad vård på bästa sätt kan implementeras, utan bara en bild av att vissa steg bör vara med. Men hur dessa steg bäst görs, kan skilja från organisation till organisation. Ingången har varit att det inte finns en ”sann” väg för att bedriva förändringsarbeten utan att det finns vissa faktorer som är sanna för flera organisationer, men att dessa måste kompletteras för varje förändringsarbete. Förändringsarbete är således inte en objektiv naturvetenskap utan snarare förmågan att skapa ett konstverk där flera faktorer måste finnas för att ”konstverket” ska bli ”vackert”. Jag ämnar ge en bild av vad forskning på området säger, och hur denna bild överensstämmer med praktiken inom sjukvården i Västra Götalandsregionen, eller om bilden bättre kan anpassas efter litteraturen.

Med en socialkonstruktionistisk syn på verkligheten faller det också naturligt att jag använder mig av en hermeneutisk syn på kunskap. Hermeneutiken ämnar skapa förståelse och en verklighetssyn utifrån respondenternas verklighet (Bryman & Bell, 2013). Jag utgår således inte från att det bara finns en sanning utan ämnar ge en bild av den verkligheten som personalen inom Västra Götalandsregionen befinner sig inom. Personer som önskar att ta del av mitt material kan således ta ut delar av det insamlade materialet och applicera det på deras verklighet utan att använda min bild som en absolut verklighet.

## 3.2 Insamling av empiriskt material

För att både ta fram och analysera det empiriska materialet använde jag mig av abduktiv metod. Detta innebär att jag innan insamling av empiri, läste flera andra forskares teorier angående ”konsten att förändra en organisation”. Utifrån denna förförståelse förstod jag att förändringsarbete är en komplex process. Detta ledde till att jag ville försöka fånga den verklighet respondenterna befann sig inom, samtidigt som jag i arbetet inte ville komma för långt ifrån redan etablerade teorier på området. Abduktion innebär enligt Patel & Davidson (2011) en kombination av både deduktion och induktion. Utifrån detta skapade jag mig en bild av hur förändringsarbeten kan bedrivas. Därefter undersökte jag hur personer arbetat med att implementera personcentrerad vård. Detta gjordes genom att intervjua personer från olika delar av sjukvårdsorganisationen samt inom olika yrkeskategorier med förståelse för implementering av personcentrerad vård går till. Frågorna grundades i den teoretiska ramen som vid följdfrågor ibland tog mig utanför min teoriram. Ibland framkom oväntad data som bidrog till att mina teorier behövde revideras för att bättre förstå den empiri som framkommit (exempelvis att personalomsättning kunde bromsa utvecklandet av en förändring, vilket ledde till en djupare förståelse för förändring). En respondent hänvisade också till dokument från regionen, som därför också inhämtades och berikade empirin och analysen.

I min studie fick jag inte tillgång till läkares åsikter om implementering av personcentrerad vård, detta var dock inget problem då tidigare forskning redan beskrivit flera aspekter av förändring till en mer personcentrerad vård ur läkarnas perspektiv. Några respondenter hade också erfarenhet av att arbeta med läkare, vilket möjliggjorde för mig att jämföra deras respons med tidigare forskning.

## 3.3 Analys av empiriskt material

Inga data talar för sig själv, utan den måste tolkas skriver Repstad (1999). Ett vanligt problem i kvalitativ forskning skriver han är den stora datamängd som genereras vilket, kan bli svårt att överblicka för forskaren. Då studien är begränsad tidsmässigt blev aldrig detta aldrig ett större problem och jag upplevde att alla respondenternas huvudbudskap kunde återges utan att jag drunknade i information. Jag har genom att låta teorin begränsa, och systematisera den empiri som framkommit förhoppningsvis redogjort för respondenternas verklighet på ett

verklighetsnära sätt. Genom att efter varje intervju skriva ner de punkter som jag uppfattade att respondenternas viktigaste bidrag var säkerställde jag också att denna framkom i empirin. Särskilt intressanta intervjuer (de som hade stor insikt i att förändra organisationen) transkriberades, medans de andra lyssnades på igen och sammanfattades utifrån vad som framkommit. Detta jämfördes sedan med de anteckningar som skrevs ner efter intervjun.

Ett exempel på analys är när undersköterskan berättade hur hon upplevde att förändringen stannat av till följd av hög personalomsättning.

*”Vi brukar ha frukostmöten varje fredag där vi pratar personcentrerat då. [...] De händer inte så mycket, vi diskuterar mest samma saker då vi förlorar så många hela tiden. De känns liksom vi kommer ingenstans, utan vi pratar om samma hela tiden. Då tappar man lusten lite”*

Här upplever jag att undersköterskan ger uttryck för en trötthet då det inte sker någon progress i arbetet och därför blir dessa möten inte så givande längre. Detta analyserades utifrån Schein (2004) där han beskriver att organisationens kultur ofta påverkas av den kultur som tillkommer vid nyrekryteringar. Genom att avdelningen då rekryterar ny personal som är ovetandes om personcentrerad vård, tycks arbetet med att förändra verksamheten stanna av.

### 3.4 Fallstudie

För att bilda en uppfattning om arbetet med att implementera personcentrerad vård går till har jag valt att genomföra en fallstudie inom Västra Götalandsregionen. Fallstudier kan bedrivas på flera sätt och denna studie inriktar sig på att skapa en djupare förståelse av en specifik händelse (Bryman & Bell, 2013). Fallet valdes på basen av min tidigare kunskap om vårdorganisationen, och att processen att införa personcentrerad vård befann sig i olika stadier inom olika delar av organisationen. Detta bedömde jag kunna ge en större och bredare förståelse av förändringsarbeten då studien gjordes med för begränsade tidsresurser för att undersöka en förändring som befann sig i ett stadie. Då implementering av personcentrerad vård befinner sig i många olika stadier samtidigt kan jag undersöka dessa samtidigt för att få en mer komplett bild av processen.

Sjukvården är också ständigt aktuell med flera omorganiseringar, som införandet av värdebaserad vård och tidigare införandet av new public management, varför jag hoppas att fallet personcentrerad vård kan bidra till en bättre förståelse för förändringsarbeten inom



sjukvårdsorganisationen. Enligt Merriam (2010) ska fall väljas på grunden att dess förmåga att bidra till en djupare förståelse inom området. Vilket jag anser att fallet personcentrerad vård, lämpat sig väl för givet de begränsade tidsresurserna.

### 3.5 Val av undersökningsmetod

Då organisationsförändringar är en komplex process med många olika delar som är svåra att kvantifiera valde jag att genomföra kvalitativa intervjuer för att bättre fånga medarbetarnas erfarenheter inom förändringen. Bryman & Bell (2013) skriver att kvalitativ forskning ofta uttrycker resultatet i ord snarare än siffror och är inriktad på att undersöka just processer, vilket jag bedömer lämpar sig bra för att undersöka omställningen till personcentrerad vård. En kvalitativ ansats i en undersökning ger en djupare förståelse för problematiken (Bryman & Bell, 2013). Metodiken kan även generera nya teorier och infallsvinklar som inte fanns innan studiens påbörjan vilket lämpar sig väl givet studiens utgångspunkt att skapa förståelse och komma med konkreta bidrag till förbättringar för flera delar av organisationen.

#### 3.5.1 Den kvalitativa intervjun

För att generera de kvalitativa data som behövdes användes *semistrukturerade* intervjuer. Detta innebär att jag hade en tanke och en struktur på intervjun innan den genomförs, men att jag samtidigt inte var främmande för att ta in data som ursprungligen inte bedömdes relevant. Detta gjordes genom att låta intervjusubjektet föra resonemang och utveckla vidare genom att ställa följdfrågor på resonemang som jag bedömde relevanta och intressanta för studiens syfte. På så sätt fick jag nya insikter inom området samtidigt som etablerade teorier undersöks (Bryman & Bell, 2013). På förhand skickades en intervjuguide (se bilaga) ut till de som medverkade i studien. Detta möjliggjorde för studiesubjektet att förbereda sig på vilka ämnen som kunde tänkas tas upp av mig. På så sätt kan mer utförliga svar förväntas då respondenten på förhand vet ungefär vad forskaren eftersöker (Repstad, 1999) samtidigt som inte möjlighet för inövade svar ges. Genom att inte delge intervjusubjektet hela intervjuguiden bibehålls fortfarande spontanitet i samtalet och svaren blir därför mer tillförlitliga.

### 3.5.1.1 Respondenter

Respondenter
Undersköterska: Mer än 10 år i yrket
Specialistsjuksköterska: Mer än 10 år i yrket
Sjuksköterska: Mindre än tio år i yrket
Verksamhetsutvecklare: FD. Vårdenhetschef, mer än 10 år i yrket
Vårdenhetschef: Mer än 10 år i yrket
Förändringsledare: Mindre än 10 år i yrket

För att hitta respondenter skickade jag mail till olika vårdenhetschefer på avdelningar inom Västra Götalandsregionen, som enligt deras hemsida arbetade med personcentrerad vård. Dessa bedömdes ha erfarenhet av implementering av personcentrerad och därför vara relevanta för undersökningens syfte. Genom att kontakta vårdenhetschefen fick jag också kontakt med andra yrkesgrupper inom avdelningar som valdes ut av vårdenhetschefen baserat på kriterier som tillgänglighet och kunskap inom området. Samtliga personer som valdes ut av vårdenhetschefen hade erfarenhet kring implementering av personcentrerad vård. En sjuksköterska önskade jag själv komma i kontakt med eftersom hen aktivt medverkat i ett tidningsinslag om personcentrerad vård. Förändringsledaren fick jag kontakt med genom en kontakt som min handledare hade. Totalt genomfördes sex intervjuer med personer inom olika yrkeskategorier och positioner inom vårdorganisationen för att ge en så mångsidig bild av verkligheten som möjligt givet studiens begränsade resurser.

Respondenternas svar analyserades både mot varandra, men också på en organisatorisk nivå. Undersköterskan och verksamhetsutvecklaren representerade en gastroenterologisk<sup>4</sup> avdelning. En annan avdelning som representeras av vårdenhetschefen, sjuksköterskan och specialistsjuksköterskan kommer från en avdelning som främst vårdar äldre. Denna avdelning var en av de tidigaste avdelningarna som började arbetet med att implementera

---

<sup>4</sup> Gastroenterologisk avdelning är en avdelning för personer med problem från magen och levern i första hand.

personcentrerad vård. Förändringsledaren representerar ett mindre sjukhus inom regionen med flera olika vårdavdelningar.

#### 3.5.1.2 Teknisk utrustning

Intervjun spelades in med hjälp av inspelningsfunktionen på min telefon som fungerade som mikrofon. Telefonen var därför tvungen att placeras mellan mig själv och intervjusubjektet. Detta uppfattades till en början som obekvämt av en respondent men en stund in i undersökningen lättade stämningen och respondenten hade tillsynes glömt bort att samtalet spelades in. Det var dock viktigt att samtalet spelades in för att jag inte skulle bli tvungen att återge intervjun genom minne och anteckningar vilket riskerar att färga intervjun så som forskaren uppfattade intervjun skriver Patel & Davidson (2011). Sammantaget bedömds min telefons inspelningsfunktion spelat en näst intill obefintlig roll för respondenternas svar.

### 3.6 Studiens kvalitet

För att bedöma studiens kvalitet har jag använt mig av fyra olika kriterier (Lincon & Guba, 1985 och Guba & Lincon, 1994 i Bryman & Bell, 2011). Dessa fyra kriterier är studiens *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *bekräftelse*

#### 3.6.1 Tillförlitlighet

För att försäkra mig om att de resultat som jag kom fram till representerar den sociala verklighet som respondenterna upplever, skickades de insamlade materialet till alla som medverkat i studien. På så sätt fick de medverkande möjligheta att rätta eventuella missförstånd som kunnat uppstå vid intervjutillfället, eller om respondenten har ändrat uppfattning i en fråga. Detta är en bra metod för att försäkra sig om att de data som kommit fram i de kvalitativa intervjuerna är representativ för den sociala verklighet dessa befinner sig i. Jag bedömer därmed att studien ger en tillförlitlig bild av den verklighet som intervjusubjekten upplever inom Västra Götalandsregionen.

Genom att göra intervjuer med flera personer inom olika nivåer inom sjukvårdsorganisationen har det varit möjligt för mig att använda sig av triangulering. Detta är en metod för att öka

tillförlitligheten i studiens slutsatser genom att respondenternas svar jämförs sinsemellan vilket bidrar till en bredare och mer sann bild av verkligheten. (Patel & Davidson 2011).

### 3.6.2 Överförbarhet

Kvalitativ forskning kritiseras ofta för att resultatet inte kan generaliseras på andra verksamheter (Bryman & Bell, 2011). Genom att jag har valt att studera flera olika professioner anser jag att mitt resultat speglar flera olika synvinklar på hur organisationsförändringar upplevs i Västra Götalandsregionen. Därför anser jag att jag har skapat en tillräckligt bred bild av förändringsarbeten som andra vårdavdelningar sannolikt kan ha nytta av. Genom att kvalitativa studier redovisar djup snarare än bredd finns det också möjlighet för personer med intresse att använda de delar som är applicerbara i deras verklighet.

### 3.6.3 Pålitlighet

För att resultatet, och studiens slutsatser ska vara trovärdiga är det viktigt att forskaren är transparent i processen. Det är viktigt att inga jävsförhållanden föreligger och att forskaren förhåller sig så objektiv som möjligt till forskningsfrågan. Jag har personligen ingen vinning av att premiera den ena, eller den andra modellen till för att effektivt implementera personcentrerad vård. Jag har också efter bästa förmåga redogjort studieprocessens gång, och använt mig av erkända forskare för att studiens utformning, därför anser jag att mitt resultat är pålitligt.

### 3.6.4 Konfirmering

Konfirmering berör huruvida forskaren har agerat i god tro och inte medvetet påverkat materialet. En viss påverkan kan självklart aldrig uteslutas men genom att jag har triangulerat det insamlade empiriska materialet och genom transkribering försökt minska min egen påverkan på materialet. Materialet har också skickats till respondenterna i förväg för att försäkra att materialet representerar respondenternas verklighet.

### 3.7 Etik

Ur en forskningsetisk synvinkel är det viktigt att samtliga respondenter förstår hur deras bidrag kommer att användas inom forskningen. För att öka tillförlitligheten i respondenternas svar försäkrade jag alla som bidrog till studien att deras bidrag behandlades konfidentiellt. Detta innebär enligt Patel & Davidson (2011) att endast jag som forskare är medveten om respondenternas identitet och kan koppla respondenternas svar till respondenten. På så vis fanns det ingen risk för de anställda att lämna svar som inte låg i arbetsgivarens linje vilket ökar tillförlitligheten i deras svar.

### 3.8 Kritik

Det finns risker med att på förhand ha en grundförståelse inom ämnet som studeras. Genom att ställa frågor från redan etablerad teoriram riskerar forskaren att påverka den empiri som tas fram och viktiga delar av den sanning som respondenterna upplever riskeras därför att förbises. För att minimera denna risk har jag använt mig av det som beskrivs av Bryman & Bell (2013) som *semistrukturerade* intervjuer. Detta visade sig vara svårt, men jag upptäckte hos vissa respondenter inslag som förvisso kan vara del av annan litteratur men inte hittades i den teoriram som låg till grund för studien. Det var också svårt att genomföra intervjuer som inte påverkades av mig. Detta var mina första intervjuer vilket troligtvis påverkade de första intervjuernas kvalitet negativt genom att strukturen på intervjun var för hård, vilket kan ha fått effekter på respondenternas svar. Studiens tidsbegränsning och min ringa akademiska grad ledde dock troligtvis till att vissa respondenter inte var intresserade av att medverka i studien. Sammantaget anser jag att jag fått en god bild av hur en personcentrerad vård kan införas på sjukhus.

## 4. Resultat och analys

---

*Nedan presenteras studiens resultat. Först presenteras data som framkommit i den empiriska datainsamlingen, därefter följer en analys kopplat till den presenterade empirin. Empirin har sedan analyseras med hjälp av de teorier som beskrivits i teoriavsnittet.*

---

En tidig insikt vid implementeringen av personcentrerad vård var att sjukvårdsorganisationen inte bara består av en organisation, utan av flera små löst sammankopplade organisationer som delar byggnad. För att bedriva det förändringsarbete personcentrerad vård innebär i en komplex organisation såsom sjukvården beskriver flera av respondenterna att både det medicinska perspektivet (läkare) och omvårdnadsperspektivet (sjuksköterskor) måste vara överens om förändringen.

### 4.1 Hur arbetar organisationen med personcentrerad vård?

Organisationerna befinner sig på flera olika stadier i implementeringen av personcentrerad vård. Undersköterskan beskriver att arbetet till stor del har stannat av på grund av hög personalomsättning. Personalen på avdelningen har försökt att jobba med ankomstsamtal<sup>5</sup> och enligt vårdplaner<sup>6</sup>, detta har dock försvårats när ny personal behöver utbildas i arbetssättet. Idag vill avdelningen introducera ”andra rondan<sup>7</sup>” där tanken är att patienten aktivt ska vara med på rondan och blir på så sätt mer delaktig och aktiverad i sin egen vård.

På den avdelning som kommit längst med personcentrering jobbar de mycket utförligt med patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. De jobbar tidigt med ankomstsamtal för att del av patientens upplevelse av sin sjukdomsbild. Här fångas också eventuella patientönskemål upp och tas hänsyn till. Ibland fungerar dock samspelet med andra delar av organisationen sämre, främst på grund av personalomsättning och brist på resurser beskriver specialistsjuksköterskan. Läkarna säger sig ibland inte ha tid att göra vårdplaner men detta tror inte vårdenhetschefen riktigt på. Även i kontakten med den övriga organisationen beskrivs detta arbetssätt fungera sämre berättar vårdenhetschefen:

---

<sup>5</sup> Ankomstsamtal innebär att personalen, vid första möte med patienten tar en utförlig sjukdomshistoria. Samtalets längd varierar mellan tio minuter och ungefär en timma.

<sup>6</sup> En plan för patientens framtida vård på avdelningen med beräknat utskrivningsdatum

<sup>7</sup> Andra rondan innebär att patienten diskuteras av vårdpersonalen i ett enskilt rum, istället för på ett rum med flera patienter.

*”Än idag, när vi ändå pratar så mycket om personcentrerad vård, så kan det hända att jag får in en patient från akuten där man till exempel säger att patienten kommer in på grund av högt kalium. Då säger jag: det tror jag inte, ”jo” svarar hon då lätt irriterat (det är en sjuksköterska som säger detta) ”patienten kommer visst in för lågt kalium” Men hur fick patienten reda på det? Frågar jag då ”aha, du menar så” svarar sjuksköterskan då”. – Vårdenhetschef*

En sjuksköterska beskriver att hen numera inte tänker på att arbeta personcentrerat utan att detta numera är en självklarhet. Sjuksköterskan beskriver också att hen idag aldrig kan arbeta hos en arbetsgivare som inte arbetar personcentrerat då arbetet med en personcentrering har blivit en del i den yrkesstolthet hen känner, då vården blivit bättre på avdelningen.

I en annan del av regionen finns en avdelning som har anpassat personcentrerad vård till att också involvera patienten i den dagliga rondan. Detta sker i ett system som kommit att kallas ”andra rondan” som innebär att istället för att patienten möter vårdpersonalen efter rondan, så träffat patienten vårdpersonalen i ett enskilt rum under rondan och är således med i diskussionen kring sin egen hälsa. Förändringsledaren menar på så sätt att många redan innan de kom i kontakt med personcentrerad vård, haft ett personcentrerat arbetssätt, detta har dock inte skett systematiskt utan har skett osystematiskt vilket innebär att delar av arbetssättet kan vara personcentrerat men andra inte.

## Analys

Omställningen till personcentrerad vård är en process där olika delar av sjukvården har kommit olika långt i arbetet. Detta har skett genom en decentraliserad organisation (som beskrivs i kapitel 4as inledning). Decentralisering ser jag inom organisationen som essentiell givet läkarnas preferens av vetenskap och beprövad erfarenhet (Kaczynski, 2013). Detta möjliggör att prova en metod inom en organisation, för att sedan lära ut denna metod i resten av organisationen. Vilket har medfört att delar av organisationen utvecklats, och kunnat lära andra delar när positiv evidens påvisats. Detta sker också i enighet med Wolf & Carlström (2014) & Alharbi (2014) som menar att det tar tid för organisationen att ställa om till personcentrerad vård.

Flera avdelningar har också arbetat personcentrerat tidigare i flera delar av sin verksamhet innan kontakten med personcentrerad vård etablerades. Detta tyder på att spontana mindre förbättringar kan uppkomma inom en organisation (Czarniawska, 2015). Detta är också något

som stämmer väl överens med Rogers (2003) då han menar att det tar tid för innovationer att spridas i organisationer. Hade det inte tagit tid för innovationer att spridas hade hela innovationerna redan implementerats på andra avdelningar. För att innovationer ska spridas måste vissa gå före och påverka resten av organisationen att också implementera innovationen. Det är därför, ur ett diffusionsperspektiv, inte konstigt att dessa effekter syns. Detta tyder också på att arbetssättet i många delar inte är främmande för dem som idag arbetar praktiskt, även om de kan behöva hjälp med att systematisera och tillämpa arbetssättet systematiskt och kontinuerligt i hela organisationen.

Jag kan också se att arbetet med personcentrering har blivit institutionaliserad (Meyer och Rowan, 1977) då sjuksköterskan inte längre tänker på att arbeta personcentrerat. Bland delar av personalen har detta också bidragit till ett självförverkligande (Maslow, 1943). Detta syns genom sjuksköterskan som beskriver att hen idag inte skulle kunna arbeta på en avdelning som inte jobbar med personcentrering på grund av den yrkesstolthet personcentrering har inneburit för henne. Som kritisk granskare måste jag påpeka att detta sannolikt bidrar till personens välmående på arbetsplatsen, men kan också bidra till svårigheter att objektivt utvärdera personcentrerad vårds effekter. Detta kan i sin tur medföra att om nya, bättre system utarbetas, kan effekterna av dessa system få irrationellt motstånd (Coghlan i Schein, 2004).

## 4.2 Varför vill organisationen omorganisera?

Ingen respondent lyfter fram att implementeringen av personcentrerad vård på något sätt var en följd av trötthet på det tidigare sättet att arbeta, istället lyfts personcentrerad vård fram som något som i flera aspekter förbättrar verksamheten. Specialistsjuksköterskan lyfter patientomsättningen som en viktig del i en förbättrad kvalitet. Då det är riskabelt för patienter att vistas på sjukhus med tanke på infektioner och fallolyckor. Genom att avdelningen då lyckats bli medicinskt färdiga med patienter 25 % snabbare, är personcentrerad vård mer patientsäker än tidigare arbetssätt hävdar specialistsjuksköterskan. Verksamhetsutvecklaren och undersköterskan tror också att arbetet med ”andra rondan” kommer stärka patientintegriteten (se kap 4.1) och därför också bidra till bättre och utförligare svar från patienterna i mötet med vårdgivare. Genom de utförligare svaren kommer avdelningens arbete också bli mer patientsäkert då vårdpersonalen får tillgång till en mer utförlig bild av problematiken som upplevs av patienten.



*”Du kanske inte har några problem med det, men du kan ju tänka dig att en gammal tant som kommer in och så ska du prata hur magen är när andra också hör, det kanske inte är så roligt”. – Undersköterska*

Verksamhetsutvecklaren lyfter också fram vikten av att patienter har en högre självmedvetenhet och insikt i sin sjukdomsbild som ytterligare en patientsäkerhetsfråga. Genom att aktivera patienten blir patienten ett sista skydd för att identifiera eventuella misstag som kan begås när patienten får sina mediciner. Om patienten exempelvis kan identifiera sina mediciner, vilka denne brukar ha menar hen att patienten kan reagera om hen inte känner igen medicinen som ges av personalen. Genom att misstag och risken att utsättas för opportunistiska bakterier minimeras, rationaliseras de resurser som finns tillhanda menar Verksamhetsutvecklaren.

*”Vi har en styrprincip nu inom Västra Götalandsregionen som säger att vi ska skapa största möjliga värde för patienterna givet de tillgängliga resurserna [...] Där nämner man också att personcentrerad vård är en väg att nå detta”. – Förändringsledaren*

Varför andra delar av sjukvårdorganisationen i dagsläget inte har implementerat personcentrerad vård beskrivs av de medverkande till mestadels som okunskap, men att det kommer införas inom hela regionen så småningom enligt citatet ovan. Två av de medverkande (verksamhetsutvecklaren och förändringsledaren) beskriver dock att evidensen i de tidigare studierna är missvisande då de rådda andra (fördelaktiga) förutsättningar vid dessa studier, och resultatet därför inte är helt representativt för vårdavdelningar idag som vill införa personcentrerad vård. Detta kan därför vara en faktor bakom att vissa avdelningar inte väljer implementera arbetssättet. En annan faktor bakom ovilja att implementera personcentrerad vård som lyfts fram av specialistsjuksköterskan, sjuksköterskan och vårdenhetschefen är den ökande arbetsbördan som personcentrerad vård innebär för avdelningen. Där de framhäver att en ökad patientomsättning och därför också fler ”ankomstsamtal” som riskerar att leda till ökad stress för de anställda.

Läkarna som grupp tar ogärna del av ett förändringsarbete beskriver verksamhetsutvecklaren då det är trötta på ständiga förändringsarbeten. För att övertyga läkarna att vilja ta del av ett förändringsarbete (personcentrerad vård) behöver läkarna goda argument helst uppbackade av evidens.

## Analys

Bland respondenterna fanns det ingen som beskrev att något annat än rationella anledningar till varför personcentrerad vård var en bra förändring som också bör införas på andra vårdavdelningar. Sjukvården (strategin) fungerade inte på ett sätt som var effektivt, men genom att personcentrerad vård infördes fungerar verksamheten mer effektivt med också med mer nöjda patienter. Det verkar således inte som att personcentrerad vård är en ny modefluga inom sjukvården (Czarniawska, 2015) utan är en organisationsform som är vetenskapligt beprövad och framgångsrik enligt alla respondenter. Av Kaczynski (2013) framgår det i likhet med min empiri, att läkare som grupp är trötta på ”nya managementidéer” och därför ofta ställer sig utanför en förändringsprocess. Denna skepsis beskriver en yrkesgrupp som har identifierat att organisationsidéer går på mode (Czarniawska, 2015) och då de upplever att många tidigare förändringar inte fått önskat resultat väljer de att behålla ”status quo”. Denna skepsis är dock inte bortom bot, välavvägda argument kan tränga igenom denna barriär beskriver verksamhetsutvecklaren (koppling till decentralisering i kapitel 4.1).

Införandet av personcentrerad vård befinner sig därför på ett sätt liknande ”best practice” där organisationen har en ineffektiv strategi och sätt att se på patienten (kultur) som behöver bytas ut för att organisationen ska uppnå målrationalitet (se citat från förändringsledaren på kap 4.4.3) (Boxall & Purcell, 2011). Det finns ett bättre sätt att bedriva verksamheten menar de medverkande, det bästa sättet kanske inte är nuvarande modell med personcentrerad vård, men det är ett mer måleffektivt sätt att bedriva verksamheten än tidigare arbetssätt. I citatet från underslötterskan syns också varför avdelningen vill fortsätta jobba med andra rondan i en del av att bli mer personcentrerad, då detta tros bidra till en säkrare vård (målrationalt).

Okunskap som respondenterna hävdade låg till grund för oviljan till förändring är en trolig förklaring till det motstånd som upplevs i organisationen. Förmodligen ligger stora delar av förklaringen till motståndet mot förändringen här. Vilket styrks av Kaczynskis (2013) historia (i kapitel 1.5) om sin kollega, som genom utbildning, omprövade personcentrerad vård och blev en viktig ambassadör för förändringen. Två av respondenterna beskriver en viss tidigare skepsis till evidensen i vårdformen, men att dessa luckor nu täppts igen.

Resursbristen och stressen som beskrivs, ser jag, specialistsjuksköterskan, sjuksköterskan och vårdenhetschefen som en naturlig följd av att bara delar av sjukvården på samma sjukhus arbetar personcentrerat. Det sker en skevfördelning av patienter när vissa avdelningar har en högre patientomsättning vilket bör upphöra om alla avdelningar inom ett visst

patientupptagningsområde arbetar med samma effektivitet resonerar vi. Detta kommer då leda till minskad arbetsbörda alternativt att kvaliteten på vården kan höjas då resurserna används mer effektivt. Utöver den direkta påverkan på vårdtiderna bör också sekundära effekter uppkomma som minskning av opportunistiska infektioner som kan drabba patienter sjukhusmiljö vilket ytterligare bidrar till en minskad arbetsbörda inom sjukvården.

### 4.3 Förmågan att identifiera och agera på problem

Bland de tillfrågade fanns det skilda svar angående förmågan för individen att identifiera och acceptera problem i verksamheten. Undersköterskan, sjuksköterskan och verksamhetsutvecklaren hävdade att det inte fanns någon generell skillnad mellan ålder och dess villighet att acceptera en förändring, utan att individers villighet till förändring snarare handlar om personlighet. Specialistsjuksköterskan, vårdenhetschefen och förändringsledaren hävdade dock att denna skillnad fanns och att äldre var överrepresenterade bland de som inte identifierade eller accepterade problematiken. Vidare beskrevs läkarna av respondenterna som särskilt svåra att övertyga om problematiken, men också att det fanns personliga skillnader mellan läkare och dess villighet till förändring.

Respondenterna har samtliga kommit i kontakt med personcentrerad vård genom GPCC. GPCC har fungerat som stöd och bidragit med resurser för att vissa personer på halvtid ska kunna jobba enbart med personcentrerad vård, samt för att utbilda personal i arbetssättet. Avdelningarna har således huvudsakligen inte upptäckt problematiken själva, vilket lett fram till att personcentrerad vård implementerades. Utan denna insikt har kommit utifrån beskriver samtliga respondenter (vårdenhetschefen beskriver att de innan implementeringen visste att avdelningen brast inom vissa områden i patientenkäten).

Vårdenhetschefen upplever inte att sättet avdelningen arbetar på har förändrats i större bemärkelse det senaste året utan sättet de arbetar personcentrerat ligger ganska still och att hen inte ser saker som idag kan förbättras med arbetssättet. Genomgående genom mitt samtal med vårdenhetschefen Hen pekar ofta på historier där patienter varit väldigt nöjda med sin vård på avdelningen, samt patientenkäten som förbättrats i flera avseenden. Avdelningen har dock kunnat upptäcka vissa mindre problem som har tvingat avdelningen att göra anpassningar allt eftersom (de har anställt en extra kvällssjuksköterska). Dessa insikter har kommit genom att anställda har aktivt jobbat med arbetssättet och kommunicerat dessa till vårdenhetschefen som sitter på avdelningen.

## Analys

Förvånande för mig, rådde det delade meningar i respondenternas svar huruvida ålder kunde kopplas till ovillighet till förändring. Då dessa utifrån Schein, (2004) troddes ha en tydligare identitetskoppling till sitt arbete. Med tanke på det ringa respondentunderlaget är sådana variationer såklart möjliga och få egentliga analyser går att dra när respondenterna drar åt olika håll. Men respondenterna är överens om att det finns variationer bland medarbetarna och dess vilja till förändring.

Att denna större förändring tillkom utanför organisationen stämmer väl överens med tidigare litteratur (Czarniawska, 2015). Också de mindre problem (förbättringar) som upptäckts under tid är av den storlek som Czarniawska (2015) beskriver att organisationer är kapabla till att upptäcka och åtgärda självmant. Dessa små förändringar är också av mer operationell typ varför dessa sannolikt lättare implementeras i organisationen (Burke, 2011; Czarniawska, 2015).

Den stolthet som framförallt vårdenhetschefen lyfter fram är en naturlig del av ett väl utfört arbete och borde vara starkare bland äldre medarbetare som hunnit binda en yrkesstolthet till sitt långa arbetsliv. Som kritisk granskare måste jag också påpeka att stolthet över prestation riskerar leda till att ytterligare förbättringar förbises, vilket kanske uttrycks när vårdenhetschefen säger att hen inte ser hur sättet de arbetar med personcentrerad vård kan utvecklas ytterligare med ytterligare innovationer. När arbetsidentiteten knyts till ett visst arbetssätt minskas i många avseenden förmågan att objektivt utvärdera andra idéer och dra lärdom av dessa (Coghlan, i Schein, 2004; Shimizu & Hitt, 2004).

### 4.3.1 Ledarskap

Ledarskap beskrivs av samtliga respondenter som en nyckelfaktor för att förändring mot en personcentrerad vård ska lyckas. Undersköterskan och verksamhetsutvecklaren berättade båda om en sjuksköterska som fick en deltidstjänst som sjuksköterska, och en deltidstjänst som ”PCV-sköterska”<sup>8</sup> Hen beskrevs som särskilt viktig för arbetets fortgång. Båda beskriver hur denna sköterskas frånvaro från avdelningen påverkade avdelningens implementering av personcentrad vård negativt, till den grad att arbetet stannade av. Verksamhetsutvecklaren beskriver vidare hur formella ledare är viktiga för att influera läkare, då läkare till stor del inte

---

<sup>8</sup> Sköterska som arbetar speciellt med personcentrerad vård (se begreppsdefinitioner)

lyssnar på andra professioner än deras egna. Hen beskriver också tillitsproblem mellan läkarorganisationen och omvårdnadsorganisationen. Genom att lyckas övertala en läkare kan denne sedan influera andra kollegor och på så vis få med sig resterande läkare i omorganisationen.

Verksamhetsutvecklaren beskriver vidare hur avdelningen efter bytet av vårdenhetschef påverkades negativt då den nya avdelningschefen inte var bekant med personcentrerad vård och därför blev arbetet till stora delar stillastående. Denna vikt av formellt ledarskap bekräftas av specialistsjuksköterskan, sjuksköterskan och vårdenhetschefen där vårdenhetschefen berättar att:

*Cheferna måste vara med, både på omvårdnadsidan och på läkarsidan, och läkarna måste vara med. – Vårdenhetschefen*

Vårdenhetschefen beskriver också att de i uppstarten av arbetet med att förändra avdelningen hade hjälp av konsulter i form av professorer från både Göteborgs Universitet och från Umeå Universitet med mycket kunskap om personcentrerad vård. Dessa konsulter beskriver vårdenhetschefen arbetade ett antal timmar i veckan hos avdelningen för att implementera personcentrerad vård. Professorn från Göteborgs Universitet beskrivs som särskilt viktig för att avdelningen skulle inse den problematik som fanns innan. Genom att vårdenhetschefen hade en personlig anknytning till professorn vid Göteborgs Universitet fick ledningen insikt i hur vården kunde förbättras.

## Analys

I litteraturen råder det delade meningar huruvida ledarskap spelar någon egentlig roll i organisationer. Alvesson och Sveningsson (2016) tillhör de som menar att ingen tillfredställande har lyckas påvisa effekterna av ledarskap inom organisationer. De tillfrågade respondenterna ger en samstämmig bild av att formellt ledarskap är av betydelse vid införandet av personcentrerad vård. På delarna inom organisationen som kommit längst i arbetet med personcentrering framstår en bild av att ledarskapet inom både omvårdnadsorganisationen och den medicinska organisationen varit drivande i förändringsarbetet. Denna del av organisationen har också använt sig av professorer som konsulter som med auktoritet kan gå in och stötta, leda och legitimera ledningens förändringsarbete. Detta användande av konsulter stämmer överens med det Czarniawska (2015) skriver att organisationer kan själva ha svårt med att förändra sig själva.

I min studie framstår en bild av att Burke (2011) kanske har rätt när han påstår att planerad organisationsförändring kräver ledarskap. Om inte annat än för att koppla ihop konsulter och vid utbildning av personal. Behovet av ledarskap visar också på en sårbarhet i förändringsarbetet. När förändringen är beroende av en liten grupp människor uppstån en sårbarhet om dessa ledare försvinner riskerar då hela förändringen att avstanna. Har det då inte skett en institutionalisering av arbetssättet kan det bli svårt att bibehålla det som redan åstradkommit då institutionalisering tar tid (Meyer och Rowan, 1977).

#### 4.3.1.1 Ledarskapets kommunikation

Förändringsledaren berättar att hen ofta i arbetet med att sprida budskapet inom organisationen berättar om vad en personcentrerad vård handlar om. Att arbetssättet inte bara ska omfatta mötet med patienten, utan är samma förhållningssätt bör genomsyra hela organisationen. Hen använder regionens beslut att införa personcentrerad vård inom hela länet för att driva förändringen inom de avdelningar hen försöker influera. Hen berättar också om varför det är viktigt att beslutet implementeras i hela sjukvårdsorganisationen, men detta får en nedtonad roll i materialet från Vgregion (2017) och Utveckling av ett personcentrerat arbetssätt – ett stödmaterial (2017) (som förändringsledaren refererar till) jämfört med regionens beslut och en ny lag som refereras i materialet. Resultatet av dessa möten beskrivs som varierande, men att regionen har beslutat att detta ska införas och att det kommer leda till att alla kommer arbeta personcentrerat på sikt. Hur personcentrerad vård tillämpas kan dock se olika ut beroende på hur organisationen ser ut, men att grundprinciperna är desamma inom alla områden. Hen är också noga med att påpeka i sitt försök att influera regionen, att de måste själva ta över förändringen och sätta denna i en verklighet som passar deras verksamhet.

Det fanns också en del förvirring bland två av respondenterna huruvida ledningen på sjukhuset ämnade implementera personcentrerad vård på sjukhuset i stort. Utifrån respondenterna så framgår det att samtidigt som ledningen satsar på att införa personcentrerad vård, fokuseras det från ledningshåll på att införa ”framtidens vårdavdelning<sup>9</sup>” och även

---

<sup>9</sup>Framtidens vårdavdelning innebär en ökad specialisering inom vården där fler personalgrupper anställs för att ta hand om olika delar av problem som kan finnas vid en avdelning. På så sätt kan detta ses som en motsats till personcentrerad vård då personcentrerad vård innebär att hela patienten tas om hand som en helhet och inte summan av flera kroppsdelar.

”värdebaserad vård”. Framtidens vårdavdelning uppfattas av undersköterskan och verksamhetsutvecklaren vara i motsats till en personcentrerad vård.

*Framtidens vårdavdelning säger dom att det är motsatsen till personcentrerad vård, jag tycker det är konstigt att de kör detta med samtidigt på vissa avdelningar. – Undersköterska*

## Analys

Genom utbildning beskriver Kaczynski (2013) att han fick med sig kollegor som sedan drev förändringen vidare inom organisationen (se kap 1.5). Upplysning om nuvarande organisations tillkortakommanden, där de inte ser hela patienten och kan effektivisera vården genom att göra det, bör därför vara en viktig del i att kommunicera förändringen i organisationen (Kotter, 1996).

Den förvirring som verksamhetsutvecklaren och undersköterskan ger uttryck bidrar med osäkerhet inför framtiden, något som Shimizu och Hitt (2004) beskriver hindrar organisationer att agera och sätta igång med ett förändringsarbete. Detta bör organisationens ledning därför se över så att kommunikationen är samstämmig från ledningen. Detta för att skapa en tydlighet och en klarhet i vad organisationen ämnar, vilket i Shimizu och Hitt (2004) beskrivs som viktigt för att agera på information om att något inte är måleffektivt.

## 4.4 Processen att förändra en organisation

### 4.4.1 Förankring inom organisationen

Tidigare beskriver förändringsledaren att regionen jobbat mycket med att ge mandat och resurser till olika förvaltningar inom regionen, men att med personcentrerad vård är det annorlunda. Nu väljer de enskilda förvaltningarna själva ut ”förändringsledare” som sedan samverkar över förvaltningsgränserna för att införa personcentrerad vård inom respektive förvaltning. Liknande process ser jag också på de enskilda avdelningarna där vissa får ett ökat ansvar för att driva förändringen i hela avdelningen.

Processen att först ta fram en gemensam vision har sett olika ut inom Västra Götalandsregionen, på en avdelning beskriver undersköterskan att personalen arbetar mycket med möten i olika formella sammanhang. Arbetet sanktionerades också utifrån ledningshåll men efter att en vårdenhetschef bytte jobb har detta arbetet försvårats genom avsaknad av kunskap från den nya ledningens håll beskriver verksamhetsutvecklaren. Undersköterskan berättar att ledningen har bestämt att avdelningen ska arbeta med personcentrerad vård då

måste också avdelningen göra det. Personalen hade möjlighet att påverka en sköterska beskriver undersköterskan genom att hen arbetade halvtid på avdelningen och halvtid som PVC- sköterska. Denna sköterska fick särskilt ansvar över processen att införa personcentrerad vård på avdelningen. Det var också hen som hade störst inflytande på hur arbetet fortskred förutom den formella ledningen.

På den avdelningen som kommit längst beskriver sjuksköterskan och vårdenhetschefen att arbetet påbörjades med att avdelningen kom i kontakt med GPCC, och därigenom fick möjlighet att medverka i en studie om personcentrerad vårds effekter. Avdelningens ledning valde att delta i studien och fick i och med detta skicka flera sjuksköterskor, läkare, undersköterskor på kurs inom personcentrerad vård. Väl där diskuterades de olika frågorna som lyftes på föreläsningarna i grupper med alla inblandade vårdprofessioner, beskriver sjuksköterskan. Arbetet fortskred med utvärderingar där personalen på avdelningen som inte medverkat på föreläsningarna, fick möjlighet att ge sin syn på personcentrerad vård är för dem. Dessa utvärderingar diskuterades sedan på informella lunchmöten om tre personer, där det gavs möjlighet för de som inte medverkat på utbildningen att ge sin syn på arbetssättet. Sjuksköterskan beskriver hur arbetet därefter till största del drevs av personalen på avdelningen med ledningens stöd. Vissa personer blev också ledare för förändringen på avdelningen.

Förändringsledaren jobbar på annan nivå, ofta mot chefer av olika slag genom att delta på möten som hen blir inbjuden till. För att få dem intresserade och bjuda in till möten skickar hen flera mail till chefer inom organisationen och försöker på så sätt väcka intresse. Hen presenterar vad ett personcentrerat arbetssätt innebär, och att ett centralt beslut är fattat om att vården i framtiden ska präglas av ett personcentrerat arbetssätt. Hen är också noga med att påpeka att hen inte kommer med ett färdigt recept utan att avdelningsledningen måste ta innovationen vidare och anpassa den till sin verksamhet. De individuella avdelningarna väljer därför själva hur de vill jobba med personcentrering utifrån de grundprinciper som ligger till grund för personcentrerad vård (berättelse, partnerskap och dokumentation). Hen är också noga att påpeka att personcentrerad vård inte bara handlar om mötet med patienten utan också måste genomsyra hela organisationen från ledning till patient.

## Analys

Inom flera delar av organisationen beskrivs ett arbete som är mer koncentrerat till ett fåtal individer som ansvarar för förändringen. Dessa får i uppdrag att iscensätta denna på



avdelningen de ansvarar för. Detta arbetssätt finner jag liknar Kotters (1996) tankar om omorganisering där en mindre grupp människor får mandat att genomföra förändringen i organisationen. Ingen egentlig förankring inom organisationen behöver ske utan vissa individer från lämpliga yrkeskategorier får i uppdrag att ”leda ut” idén till resten av avdelningen. Detta synsätt påminner också om det synsätt Rogers (2003) har på förändringsarbeten där mycket resurser läggs på att övertyga organisationen om den nya innovationen. Avdelningen som kommit längst i implementeringen har också använt denna metod.

På den avdelning som arbetat mest med personcentrering har ett mer aktivt arbete med förankring skett där individer fått möjlighet att öppet och informellt diskutera olika vägar framåt genom att delta i olika ”workshops” inom utbildningen i personcentrerad vård. Genom flera små efterföljande lunchmöten, diskuteras hela personalens synpunkter och en gemensam vision skapades på så sätt. Genom att samtliga vårdprofessioner deltog skapades också en gemensam vision genom alla professioner som inte bara innefattade exempelvis läkare, sköterskor eller ledning. Dessa informella möten har sannolikt bidragit till att ”tina upp” existerande rutiner enligt Jarzabkowski & Seidl (2008) och Lewins (1947) modell och då skapat en vilja till förändring genom hela avdelningen.

Förändringsledaren arbetar i likhet med undersköterskan och verksamhetsutvecklaren ofta genom olika formella möten. Men det beskrivs också att detta arbetssätt kan vara ofördelaktigt vid omorganisationer (Jarzabkowski & Seidl, 2008; Lewin, 1947) då dessa metoder riskerar att frysa existerande rutiner, vilket enligt Lewin (1947) behöver mjukas upp. Mötet är annars utformat i enighet med översättning enligt Czarniawska (2015) med fokus på att de enskilda cheferna ska anpassa innovationen.

#### 4.4.2 Översättning

Sjuksköterskan beskriver inte att de har fått en färdig mall när de kom i kontakt med personcentrerad vård utan att de, utifrån grunderna i personcentrerad vård, själva fick arbeta fram hur avdelningen skulle arbeta med personcentrering i praktiken. Detta är en bild som delas av samtliga respondenter delar och är också en viktig del av kommunikationen från förändringsledaren (se kap 4.3.1.1).

*Vi trodde vi skulle få en färdig mall... så var det ju inte – Vårdenhetschefen*

Vårdenhetschefen beskriver alla medarbetare haft möjlighet att påverka organisationens arbetssätt. Detta har skett genom regelbundna utvärderingar bland personalen, genom inofficiella lunchmöten i liten grupp och även genom att ”rycka tag” i personer med inflytande över implementering av personcentrerad vård på avdelningen. Vårdenhetschefen beskriver att samtliga i personalen var mycket viktiga för att driva förändringen, där hen lyfter fram undersköterskorna som viktiga agenter då de är de som brukar se hela patienten. Undersköterskorna lämnade senare på grund av yttre faktorer, vilket vårdenhetschefen beklagade då dessa var viktiga för förändringen. Personalen fick också själva välja huruvida de skulle fortsätta arbeta med personcentrering vid ett senare tillfälle efter att de initiala studierna på avdelningen slutförts. På liknande sätt beskriver förändringsledaren att hen i sitt arbete med att influera enhetens och avdelningschefer inte vill presentera en färdig lösning för cheferna utan hen vill att de involveras och gör förändringen till sin egen version av personcentrerad vård, fast med grundtankarna intakta. Då alla avdelningar är unika behöver de också unika lösningar för att passa just deras behov beskriver förändringsledaren. Frågan om förändringen mot personcentrering över huvud taget ska genomföras, finns det dock ett centralt regionbeslut fattat om. Därför har organisationens chefer idag inte möjlighet att påverka om förändringen skall ske, utan bara hur denna förändring bäst kan anpassas till deras verksamhets behov.

Specialistsjuksköterskan har delvis en syn som skiljer från bilden att förändringsarbetet översattes av personalen. Hen beskriver att den första kontakten med personcentrerad vård blev när hen fick i uppdrag att ställa vissa frågor som inte ställts innan. Detta utan att riktigt ha förstått varför dessa frågor ställdes.

*”Det var inte förrän jag gick min specialistutbildning som jag förstod vad personcentrerad vård handlade om” – Specialistsjuksköterska*

Undersköterskan tycker att hen har haft möjlighet att påverka förändringen i och med de formella mötena som har ägt rum. Samtidigt som hen påpekar att arbetet med personcentrering inte utgör en större skillnad i det dagliga arbete och därför inte heller sättet att arbeta. Hen har dock inte haft ett val när det kommer till huruvida detta är ett arbetssätt som hen önskar att arbeta med utan berättar flera gånger att ledningen har bestämt att de ska arbeta med personcentrering och därför måste detta göras oavsett.

## Analys

Arbetet med översättning beskrivs av samtliga medverkande genom att de får vara med och påverka förändringen. Kunskapen verkar initialt inte varit tillfredsställande då syftet med organisationsförändringen inte har varit klar för vissa medarbetare. En viktig del i översättning är givetvis kunskap (Czarniawska, 2015), för att alla ska kunna översätta kunskapen till sin egna.

Undersköterskan beskriver dock inte, i samma utstäckning möjligheten till påverkan som vårdenhetschefen beskrev att undersköterskorna hade på sin avdelning. Vårdenhetschefen beskriver att undersköterskorna hade en central roll för att översätta och förändra deras organisation, medans undersköterskan beskriver en mer tillbakadragen roll i förändringen av deras organisation och att det är ledningen som drivit förändringen. Ledningen verkar här ha bestämt att de i viss mån ska arbeta utifrån personcentrerad vård och därför ska det införas. Hen beskriver visserligen en upplevelse av inflytande, men att arbetet inte ändrar någonting i vardagen och att förändringen främst rör de andra. Detta är i kontrast till när vårdenhetschefen som beskriver undersköterskorna som en drivande kraft i förändringsprocessen och då också en viktig person att ha med i översättningsarbetet.

De informella mötena och kontinuerliga utvärderingarna på en avdelning som kommit långt är en god väg för att lämna respons och påverka implementeringen av personcentrerad vård på deras avdelning (Jarzabkowski & Seidl, 2008). Men arbetet med förankring tycks idag inom de delar av organisationen, som fortfarande är i processen att förändra organisationen, ges mindre utrymme då kunskap inte sprids inom på samma sätt som inom den tidigare avdelningen. På ett mindre sjukhus ges idag utifrån förändringsledaren stor möjlighet för cheferna på de olika avdelningarna att påverka hur de vill arbeta personcentrerat, vilket också överensstämmer i materialet från Utveckling av ett personcentrerat arbetssätt – ett stödmaterial (2017). Detta synsätt stämmer väl överens om hur Czarniawska (2015) beskriver översättning. För att översättningen ska präglade hela organisationen, och inte bara ledningen är det viktigt att även medarbetarna inkluderas i processen att översätta förändringen.

Implementeringen av personcentrerad vård i många avseenden följer det som Czarniawska (2015) beskriver som översättning av innovationer, men att det finns flera inslag som mer påminner om Rogers (2003) teorier om diffusion. Vilken roll dessa båda sätt att se på förändring har, har sett olika ut i organisationen. De delar där bredare förankring och omprövning av idéer utvecklats, har gått snabbare mot en personcentrerad vård.

### 4.4.3 Kultur

*”Det är ett stort kulturellt utvecklingsarbete som behöver göras” – Förändringsledaren*

På delarna inom organisationen där personcentrerad vård kommit längst beskriver specialistsjuksköterskan, sjuksköterskan och vårdenhetschefen att kulturen har förändrats. Att kulturen har utvecklats beskrivs genom att det har blivit en känsla av ökat teamarbete mellan professionerna (sjuksköterskan och vårdenhetschefen). Innan förändringsarbetet ägde rum berättar vårdenhetschefen att en undersköterska inte kunde prata med överläkaren om patienters behov. Hen ger ett exempel där överläkaren glömt att ordinera att katetern ska tas bort vilket för tio år sedan inneburit att katetern suttit kvar. Idag är det en verklighet att undersköterskorna påpekar saker läkarna kan ha glömt vilket leder till att patientens kateter tas bort tidigare. Detta beskriver vårdenhetschefen som uppskattat av läkarna. Känslan av teamwork beskriver hen inte bara ha förbättrats mellan personalen utan också gemtemot studenter som idag är mer välkomna på avdelningen.

På fråga om hur denna kulturförändring skedde svarar vårdenhetschefen att hen inte riktigt vet vad som gjordes för att uppnå detta. Det fanns ingen baktanke eller planerad förändring av kulturen utan en konsekvens av att avdelningen började arbeta personcentrerat helt enkelt.

*Jag vet inte riktigt vad vi gjorde... Det var någonting som bara hände. – Vårdenhetschefen*

Vid nyanställningar varierar svårigheten med att få dessa att acceptera omställningen till personcentrerad vård. Unga nyexaminerade sjuksköterskor från Göteborgs Universitet beskrivs som lättanpassade då dessa redan har med sig detta arbetssätt från utbildningen. Läkare som gör kortare specialisttjänstgöringar (ST-läkare) beskrivs generellt som problematiska av specialistsjuksköterskan och sjuksköterskan. Problematiken tror respondenterna består av att dessa gör kortare tjänstgöringar och därför snart kommer byta arbetsplats. Detta medför att dessa inte tar sig tid, och saknar viljan att genomgå denna förändring resonerar specialistsjuksköterskan. För att lösa dessa motsättningar från läkare med kortare specialisttjänstgöringar beskriver specialistsjuksköterskan att de är noga med att påpeka hur viktigt det är att patienterna får ”vårdplaner”. Vårdenhetschefen beskriver också att hon redan vid anställningen anställer på premissen att arbeta personcentrerat.

Flera respondenter lyfter fram att personalomsättningen innebär ett stort problem med arbetet att förändra verksamheten. Genom en konstant inströmning av ny personal som ibland saknar kompetens i personcentrerad vård menar flera respondenter att det måste ske en ständig

omutbildning av personal. Undersköterskan upplever att det frukostmöte de har varje fredag ofta kommer att handla om samma saker då ny personal har frågeställningar som redan avklarats på tidigare frukostmöten. På så sätt avstannar arbetet när samma frågor ständigt måste omarbetas berättar både undersköterskan. Ytterligare en komplikation till följd av personalbrist var sammanslagning mellan två avdelningar under sommaren på grund av personalbrist. Då blev sjuksköterskorna på avdelningen tvungna att arbeta mot två läkarteam, där det ena arbetade personcentrerat och där de andra inte arbetade personcentrerat. Detta beskriver verksamhetsutvecklaren som en besvärlig situation där sköterskorna tvingades arbeta på olika sätt under en och samma dag vilket ledde till förvirring bland personalen.

Samtidigt som införandet av personcentrerad vård innebar en förändring i kulturen fanns det redan tendenser och viljor bland personal kring att lyfta patientens upplevelse av sjukdomen. Verksamhetsutvecklaren beskriver att läkare redan innan arbetet med personcentrering påbörjades var måna om patientens synvinkel och att denna ska komma fram i mötet med patienterna. Detta beskrivs vara viktigt för alla läkare men alla är inte lika bra på att omvandla detta i systematisk praktik. Både verksamhetsutvecklaren och förändringsledaren säger att viljan med att involvera patienterna i vården inte är problemet utan att detta inte skett systematiskt.

*Jag hörde faktiskt en sjuksköterska här på Sahlgrenska, hen förled, ont i magen. Hen sökte akut och då säger läkaren "vad har du för målsättning med ditt besök här"? Det var ju väldigt intressant och hen blev alldeles confused och frågade sig vad är det här, ung läkare. Så det börjar röra på sig. – Vårdenhetschefen*

I likhet med ovan citat beskriver alla respondenterna hur vårdpersonal har med sig denna syn på patienter redan från utbildningen idag. Samtliga respondenter lyfter att detta är en del av sjuksköterskeutbildningen idag, men vårdenhetschefen beskriver också att detta är en del av läkarutbildningen inom Göteborgs Universitet idag.

## Analys

Sammanslagningen av två vårdavdelningar fick förödande konsekvenser för försöket att förändra kulturen och rutiner på avdelningen som jobbar med att implementera personcentrerad vård. När sjuksköterskor möter två läkarlag som arbetar på olika sätt och då ska arbeta olika mot olika patienter skapades förvirring i sättet att arbeta vilket förmodligen bidrog till att många av de förändringar som genomförts avstannade, detta ligger i linje med

det Schein (2004) skriver om hur sammanslagning av olika organisationer kan leda till att kulturen förändras inom de båda ursprungliga organisationerna. Med detta i åtanke förändrades säkerligen viss del av kulturen inom den avdelning som slogs samman med avdelningen som var i processen med att etablera nya rutiner.

I intervjun med undersköterskan som jag genomfört framgår det att nyrekrytering, inte bara kan förändra kulturen likt Schein (2004), utan nyrekrytering också kan hindra organisationsförändringar om de individer som anställs har en kultur som i stort stämmer med organisationens gamla sätt att arbeta. För att organisationen ska utveckla kulturen visar min empiri, i likhet med Schein (2004) att det är fördelaktigt om organisationen rekryterar de med den kultur organisationen önskar skapa. På liknande sätt kan kulturförändring försvåras genom nyrekrytering av personal som inte delar de värderingar som organisationen ämnar uppnå.

Att unga nyexaminerade, som ännu inte hunnit bilda en identitet i arbetslivet och knutit rutiner till sin identitet, är villiga till förändring och snabbt anpassar sig efter avdelningens rutiner stämmer väl med tidigare teorier (Coghlan i Schein 2004; Shimizu & Hitt, 2004). Det kan också tänkas att personer med lösare koppling till avdelningen känner att det inte riktigt är lönt att sätta sig in i detta nya sätt att arbeta då dessa kan behövas avläras hos en framtida arbetsgivare. Således måste de ske en övervakning i viss mån och ett tryck från avdelningen att ny personal ska arbeta enligt avdelningens bestämda rutiner vilket sjuksköterskan och vårdenhetschefen uttrycker. Detta styrker Meyer och Rowans (1977) teorier om att rutiner efter en viss tid institutionaliseras.

Vårdenhetschefen beskriver att hen inte riktigt vet varför kulturen förändrades och beskriver ingen plan från ledningen bakom denna kulturförändring. Detta svar bedömer jag ligger i linje med det som Schein (2004) och även Burke (2011) skriver om att medveten kulturförändring inom organisationer är svårt. Samtidigt kan det inte vara omöjligt, då samma strukturer som fanns tidigare på den avdelningen som kommit längst, inte finns där idag i samma utsträckning som tidigare. Troligtvis har denna kulturförändring kommit genom en ökad kunskap och gemensamt fokus från alla professioner inom avdelningen vilket har gett en starkare samhörighet mellan professioner. Vilket också kan stödjas av den unga läkaren som genom utbildning, satte sig in i patientens önskemål i större utsträckning än vad som är typiskt för personer som inte blivit utbildade inom personcentrering.

#### 4.4.4 Utvärdering

Vårdenhetschefen berättar att de varje vecka går igenom samtliga patienters vårdplaner och en sköterska bedömer dess kvalitet. Vid brister kontaktas ansvarige läkare och dessa brister åtgärdas. Vårdenhetschefen berättar att detta ofta handlar om läkare som arbetat en kortare tid på avdelningen och där det i många fall rör det sig om kortare anställningar (se kapitel 4.4.3). Vårdenhetschefen, och sjuksköterskan beskriver också att de noga har följt utvecklingen i patientenkäten och genom att mäta patientomsättningen. Detta underlag har sedan använts för att visa på att avdelningen förbättras för att ytterligare sporra avdelningen till förbättringar.

Vidare menar vårdenhetschefen att utvärdering med bonusar kopplade till målen hade varit ett bra sätt att motivera andra avdelningar till att arbeta personcentrerat. Itsället för som idag med där inga bonusar sker, utan avdelningen får jobba hårdare än resten av sjukhuset.

*Där man inför detta, skulle man ha så också att man hade lite morötter... fixar ni detta (syftandes på högre patientomsättning) så får ni lite extra personal- Vårdenhetschefen*

Patienternas upplevelse utvärderades systematiskt tidigare, i form av kvalitativa intervjuer. Detta görs dock inte idag i samma utsträckning som innan, utan sker informellt i det dagliga arbetet med patienterna (den nationella patientenkäten används fortfarande) beskriver sjuksköterskan. Patienterna upplevs av personalen som väldigt tacksamma och det händer att patienter erbjuder pengar, blommor eller skickar tackkort till personalen (det finns en tavla uppsatt i korridoren med fler hälsningar från före detta patienter). Sjuksköterskan berättar att de för några år sedan arbetade mer strukturerat med utvärderingar från patientens perspektiv genom både patientenkäten och genom att de intervjuade patienter i kvalitativa intervjuer. De kvalitativa intervjuerna har de dock slutat med på grund av resursskäl.

På de ställen där arbetet inte har kommit lika långt beskrivs det ingen systematisk utvärdering själva inom verksamheten utan avdelningen har förlitat sig i mångt och mycket på utvärderingar gjorda av GPCC. Då förändringsarbetet i stannat av till följd av personalomsättning har avdelningens positiva resultat varit begränsade. Förändringsledaren beskriver också att arbetet befinner sig i startgroparna på det mindre sjukhuset och därför har ingen utvärdering egentligen ägt rum ännu utan de förlitar sig på tidigare studier som visat på förbättringar inom flera områden. Förändringsledaren påtalar att de utvärderingar som gjordes innan personcentrerad vård skulle införas brett inom regionen på bland annat Östra sjukhuset

och Mölndals sjukhus är något missvisande då dessa avdelningar innan studien hade utmärkande låg patientomsättning men att hela förbättringen inte kan förklaras bort med detta i åtanke.

## Analys

För att genomföra en utvärdering måste först en viss förändring ha ägt rum visar responsen från de delar av organisationen som inte kommit så långt i implementeringen av personcentrerad vård. Czarniawska (2015) skriver att i dagens samhälle är det svårt att tänka sig att inte utvärdera ett arbete. Vilket också har skett på avdelningen som kommit längst i arbetet med personcentrering. Där beskrivs utvärderingar ha spelat en viktig roll för att mäta om avdelningens förändring har haft positiva effekter, både för egen skull och för vetenskapens skull. Studierna (utvärderingarna) som gjordes beskrivs av förändringsledaren ha legat till grund för beslutet att införa detta arbetssätt brett inom hela Västra Götalandsregionen. Utvärderingar/studier bedöms därför varit centrala för att driva förändringen inom organisationen och en viktig faktor för att för att få med evidenskrävande professioner som läkare (Kaczynski, 2013).

Intressant är också det som vårdenhetschefen säger om att de mätbara målen och att dessa borde kopplas till någon form av belöning för att driva förändring inom andra avdelningar. Detta passar väl in med det Kotter (1996) skriver om vikten av att skapa kortsiktiga mål som om nås, är kopplade till någon form av belöning för organisationen.

Utvärderingarna som av sjuksköterskan beskrivs som mer begränsade än innan, behöver inte vara dåligt. Genom att organisationen redan motiverat förändringen och kunnat övertyga skeptiker inom organisationen att personcentrering är ett bättre sätt att bedriva vård, har arbetssättet redan legitimeras och en institution har bildats (Meyer och Rowan, 1977). Avdelningen har lyckats hålla kvar förändringen då arbetssättet hos vissa institutionaliserats och behöver således inte längre eftertanke eller nytt bränsle annat än en upplärning vid nyrekryteringar. Avdelningen riskerar dock att inte upptäcka nya saker som kan förbättras då arbetet inte utvärderas och ifrågasätts i samma mån som tidigare, ständig förnyelse är något som Czarniawska (2015) beskriver att framgångsrika förändringsarbeten kännetecknas av.



## 5. Slutsats

---

*I det avslutande kapitlet kommer jag presentera det viktigaste lärdomarna och det bidrag som studien gett forskningen. Slutligen ges också förslag på vidare forskning som studien inte kunnat omfatta på grund av resurser. Forskningsfrågorna presenteras kursivt och svaret på dessa presenteras efter det.*

---

*Hur arbetar olika personer inom vården med att implementera personcentrerad vård?*

Organisationen och individerna arbetar olika med att implementera personcentrerad vård. Personcentrerad vård är en förändring som går emot tidigare kultur och organisationsform, och är därför en "best practice"(Boxall & Purcell, 2011). Den vårdavdelning som ställde om tidigt till personcentrerad vård, fick hjälp av externa resurser (Beer & Nohria, 2000; Czarniawska, 2015). Dessa externa resurser var viktiga men finns idag inte i samma utsträckning. Jag ser delar som kan kopplas både till översättning (Czarniawska, 2015) och diffusion (Rogers, 2003) där utbildning och kunskap ses som en viktig del för personcentrerad vård effektivt ska kunna ta sig igenom det motstånd som finns inom olika professioner. Kunskap är också viktigt för att individerna ska kunna översätta förändringen. För vissa i personalen har personcentrerad vård institutionaliserats (Meyer och Rowan, 1977) och bidrar idag till ett ökat självförverkligande (Maslow, 1943). Arbetet med översättning beskrivs omfattande från alla respondenter, medans arbetet med förankring ser också lite olika ut inom organisationen. Jag kan här se en koppling mellan att göra en förankring och att framgångsrikt implementera personcentrerad vård. Utvärderingar används hos en vårdavdelning för att legitimera förändringen.

*Vad har fungerat effektivt vid omställningen till personcentrerad vård?*

En nyckelfaktor som beskrivs av respondenterna är att omställningen till personcentrerad vård inte är en process där centralorganisationen beslutar om hur den mindre organisationen ska arbeta, utan att detta ges till varje enskild avdelning att själv bestämma. Detta är en viktig faktor för att driva förändringen ska genomföras inom en organisation (Czarniawska, 2015). Genom att arbetet förankrades på en avdelning skapades en motivation och en drivkraft även från medarbetarna för att driva förändringen. Jag ser också en tydlig koppling till Kotter (1996) och Rogers (2003) när en mindre grupp inom organisationen får i uppdrag att sprida

innovationen till resten av avdelningen. Detta är något som beskrivs genomgående i alla intervjuer.

Arbetet med förankring och översättning av personcentrerad vård tror jag också har haft effekter på kulturen inom organisationen. Genom att läkarna ser och förstår att alla är viktiga för att förbättra patientens hälsa, skapas en (informell) kulturförändring inom organisationen, där samtliga professioner får en större roll för att förbättra patientens hälsa. Det är svårt att planerat styra en kulturförändring (Schein, 2004) men genom ökad kunskap och extern påverkan förändras kulturer mot att se hela patienten och inte bara dess delar.

Utvärderingar beskrivs som viktiga för att inse problematiken samtidigt som de är viktiga för att sprida personcentrerad vård inom resten av sjukvårdsorganisationen (Czarniawska, 2015; Kaczynski, 2014). Genom att ständigt utvärdera hur arbetet fortlöper, kan organisationen också bli varse om förändringen åstadkommer det som önskas åstadkommas och göra förändringar av innovationen därefter.

Samtliga respondenter tror att ledarskap är viktigt för att förändringsarbete ska lyckas. Om detta är en sant eller inte kan jag inte svara på då en kombinationsstudie med både kvalitativ och kvantitativ metodik där forskaren undersöker ledarskapets egenskaper, dess faktiska påverkan via kvantitativa data över en längre tidsperiod hade lämpat sig bättre för att förstå detta. Dock kan jag säga att ledarskap kan användas för att knyta konsulter till verksamheten, samt i syfte att kommunicera förändringen och utbildning inom organisationen.

*På vilka sätt kan arbetet med att implementera personcentrerad vård förändras för att göras mer i enlighet med teorier inom området förändringsledning?*

Kulturförändringen som beskrivs viktig för att förändra en organisation (Patwardhan et al, 2006) riskerar att inbromsas, eller helt upphöra på grund av hög personalomsättning där ny personal som inte har med sig kunskaper i personcentrerad vård riskerar att få förändringen att avstanna. Det är därför av vikt att organisationer som önskar ställa om till personcentrerad vård anställer personal med tidigare kunskap inom personcentrerad vård.

Kommunikation och kunskap är en särskilt viktig faktor för att driva förändring i en evidensstung verksamhet som vården (Kaczynski, 2014). Vilket jag också ser som en del som kan göras mer omfattande och i ett tidigare skede. När medarbetare inte förstår varför förändringen är nödvändig upplever de som försöker förändra verksamheten motstånd. Därför bör mer fokus från ledningen involvera varför detta är nödvändigt (Kotter, 1996).

## 5.1 Studiens bidrag

### 5.1.1 Teoretiskt bidrag

Genom att förstå vad som gjorts bra i omställningen till personcentrerad vård och även vad som kan göras bättre, hoppas jag att ha bidragit till att andra, med smidighet kan förändra sin verksamhet till det bättre. Jag kan också ha bidragit med den teoretiska insikten att nyrekryteringar kan hindra en organisation från att ställa om till en mer personcentrerad organisation dessa nyrekryteringar inte vet vad det nya arbetssättet. Detta är en vidarebyggning på Scheins (2004) teorier om att nyrekrytering kan förändra kulturen inom en organisation.

### 5.1.2 Praktiskt bidrag

Organisationen har arbetat mycket med översättning enligt Czarniawskas (2015) modell, men för att medarbetarna också ska kunna översätta förändringen bör kunskap ske i ett ännu tidigare skede än vad som skedde. Kunskapen bör också i stötte utsträckning handla om vad som är problemet med nuvarande organisationsform (Kotter, 1996) Nuvarande sätt där regionens ledning försöker ”leda ut” förändringen bör därför kanske omvärderas, och i framtiden involvera obligatorisk utbildning med mer fokus på problem än beslut, och hur dessa problem kan åtgärdas genom personcentrerad vård. Workshopps kan med fördel användas för att alla ska inkluderas och få sina åsikter hörda och bör få ett stort utrymme vid informationsspridning och översättning (Jarzabkowski & Seidl, 2008).

Vid nyrekryteringar bör också organisationen fokusera på att anställa dem med tidigare kunskap om personcentrerad vård för att förändringen inte ska tappa fart.

## 5.2 Vidare forskning

Genom min forskning kan jag se att sjukvårdsorganisationen behöver bättre kunskap i hur personal kan behållas under tiden som omställningen till personcentrerad vård sker. Vid flera av mina intervjuer framkom detta som ett problem med omställningen.

# Resumé

I min studie framgår att tornet (sjukvården) lutar (inte är måleffektiv), genom införandet av personcentrerad vård kan tornet rätas ut och således bli mer måleffektiv. Det finns många olika modeller för att ”räta ut” tornet efter den ständigt förändrande världen utanför organisationens fyra hörn. Detta bedömer jag som att förändringsarbeten är mycket svårt, att förändringsarbeten kanske inte är en exakt matematisk vetenskap utan snarare befinner sig på ett mer konstnärligt plan. Förändringsarbeten kommer aldrig ta slut då omvärlden aldrig kommer sluta att förändras. Tornet kommer således aldrig heller att stå helt rakt, utan kommer alltid att luta. Det bästa vi kan göra är därför inte att skapa ett lodrätt torn utan bara att skapa ett mer lodrätt torn än det som fanns innan. Detta arbete är inte en exakt vetenskap, utan ett ständigt förändrande porträtt. Detta porträtt vet vi idag bör innehålla vissa delar, men bilden är inte fullständig. Därför börjar också titeln på denna uppsats med ”konsten”, för att detta inte är en exakt vetenskap som får plats i siffror utan är en vetenskap som bättre berättas i ett konstverk.

## 6. Referenser

Alharbi, T. (2014). *Implementation of person-centered care Facilitators and Barriers*. (Doctoral thesis, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet), Gothenburg: Kompendiet Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/35939>

Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2016). *Changing organizational culture : Cultural change work in progress*. Abingdon: Routledge.

Beer, M., & Nohria, N. (2000) Cracking the Code of Change. *Harvard Business Review* Vol. 78 (3) 133–141

Boxall, P & Purcell (2011) *Strategy and Human Resource Management*. New York: Palgrave Macmillan.

Bryman, A., & Bell, E. (2013). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Stockholm: Liber.

Burke, W, W. (2011). *Organization Change*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Czarniawska, B (2015). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.

Czarniawska, B & Bernward, J (1996) Travels of Ideas. I Czarniawska, B. & Sevón, G. *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter.

Ekman, I [sarlvik]. (2012, 16 februari). Personcentrerad vård - effektiv vård, Inger Ekman, Gothia Forums konferens 2012. [Videofil] Hämtad 2017-05-31 från <https://youtu.be/34yoTyWp98U>

Ekman, I., Swedberg, K., Thaft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, "...” Stibrandt Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol 10, 248-251.

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A (2012). *Organisation och organisering*. Malmö: Liber AB

Griner, B., & Hampton, T. (2013). *Navigating the new world of value-based healthcare Global Trends and Regulatory Reforms that Will Shape the Future of Healthcare*. New York: Quintiles

Göteborgs Centrum för Personcentrerad Vård. (2017). *Centrum för Personcentrerad vård*. Hämtad 2017-04-18 från <http://gpcc.gu.se/>

Göteborgsposten (2010, 13 september) PS. Göteborgsposten

Jarzabkowski, P, & Seidl, D. (2008). The role of meetings in the social practice of strategy. *Organization Studies*, Vol 29 (11), 1391-1426.

Kaczynski, J [SVID, Stiftelsen Svensk Industridesign]. (2013, 23 november). *20/11 Webbinarium - Att införa personcentrerad vård på ett systematiskt sätt*. [Videofil]. Hämtad 2017-04-20 från: [https://youtu.be/VMo\\_B6EtW7Q](https://youtu.be/VMo_B6EtW7Q)

Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I, Ekman (red). *Personcentrering inom hälso och sjukvård* Stockholm: Liber AB, s 21-62

Lewin, K. (1947). Group decision and social change. *I change management coach*. Hämtad 2017-04-23 från [http://www.change-management-coach.com/kurt\\_lewin.html](http://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html)

Lindström Kjellberg, I., Hök, J *Från att tro att man vet till att faktiskt göra det – att gå mot en personcentrerad vårdprocess*. I I, Ekman (red). *Personcentrering inom hälso och sjukvård* Stockholm: Liber AB, s 97-110

Maslow, A. H. A (1943). Theory of human motivation. *Psychological Review*, Vol 50(4), 370-396.

Merriam, S. (2010). Qualitative Case Studies. *International Encyclopedia of Education*. Oxford: Academic press

Meyer, J,W & Rowan, B. (1977) Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology*, Vol 83 (2), 340-363

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Johanneshov: TPB.

Patwardhan, A. (2016). *Business process reengineering in Healthcare Organisations*. In A, Örtenblad., C, Abrahamson Löfström., R, Sheaff (red). *Management innovations for Healthcare Organizations*. New York: Routledge, s 70-98

Repstad, P. (1999). *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.

Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership* . San Francisco: Jossey-Bass.

SFS 1998:531 yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Socialdepartementet

Tillgänglig på: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998531-om-yrkesverksamhet-pa-halso--och\\_sfs-1998-531](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998531-om-yrkesverksamhet-pa-halso--och_sfs-1998-531)

Shimizu, K., Hitt, M. A. (2004) Strategic flexibility: Organizational preparedness to reverse ineffective strategic decisions. *Academy of Management Executive*, Vol 18 (4), 44-59

SOU 2003:123. Utvecklingskraft för hållbar välfärd. Stockholm: Finansdepartementet

Tillgänglig på:

<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2003/12/sou-2003123/>

Swedish institute (2016). *Healthcare in Sweden*. Hämtad 2017-05-22 från <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>

Towerofpisa. (2016). *Tower of pisa historical facts* Hämtad 2017-04-18 från <http://www.towerofpisa.org/tower-of-pisa-historical-facts/>

Utveckling av ett personcentrerat arbetssätt – ett stödmaterial (2017) Hämtad 2017-05-24 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/bac3882c-3ed2-44d7-9963-30f21d6e248c/PCA%20-%20st%C3%B6dmaterial.pdf?a=false&guest=true>

Van der Voet, J. (2016) Change Leadership and Public Sector Organizational Change. *The American Review of Public Administration*. Vol 46 (6), 660 - 682

Vgregion. (2017) *pca*. Hämtad 2017-05-24 från <http://www.vgregion.se/pca>

Världenshistoria. (2013) *När valter det lutande tornet i pisa*. Hämtad 2017-04-18 från <http://varldenshistoria.se/teknik/byggnader/nar-valter-det-lutande-tornet-i-pisa>

Wolf, A. & Carlström, E. (2014). *Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård*. I Ekman, I. Personcentrering inom hälso och sjukvård Stockholm: Liber AB, s 21-62

## Bilaga

### Intervjuguide

För att ge er lite ”hintar” om vad jag kommer vara intresserad av skickar jag ut en ”intervjuguide” där olika de olika områdena som jag är intresserad av presenteras.

- Din och din avdelnings första kontakt med PCV
  - Exempel fråga: Vad innebär PCV för dig/din avdelning?
- Drivkrafter bakom införandet av PCV
  - Exempel fråga: Varför införde avdelningen PCV?
- Införande av PCV på er avdelning
  - Exempel fråga: Hur reagerade/reagerar du på den organisationsförändring som PCV innebar?
- Hur PCV påverkar verksamheten idag
  - Exempel fråga: Hur reglerar nyanställda på PCV?

Allas medverkan kommer vara konfidentiell, det kommer med andra ord inte vara möjligt att koppla de svar ni lämnar tillbaka till er. Har ni frågor innan intervjun så är det bara att höra av er till min mail eller ringa på

Med vänliga hälsningar

Niklas Tiedje Student Göteborgs Universitet