



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Vägen till värdeskapande

En kvalitativ undersökning av de bakomliggande drivande faktorerna till förändring inom vården

Företagsekonomiska institutionen
Management & Organisation
HT19
Kandidatuppsats
Hillevi Glantz 970226-7569
Parya Forghani-Asl 960711-0906
Handledare: Vedran Omanović

Förord

Detta arbete omfattar vår kandidatuppsats i Management och Organisation vid företagsekonomiska institutionen på Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet. Arbetet har skrivits och genomförts under höstterminen 2019.

Vi vill rikta ett stort tack alla respondenter från Skaraborgs Sjukhus, för den tid ni avsatt, era insiktsfulla kommentarer och den kunskap ni har delat med er utav. Vi vill även tacka vår handledare Vedran Omanović för vägledning under arbetsprocessen.

Parya Forghani-Asl & Hillevi Glantz

2020-01-19 Göteborg

Sammanfattning

I denna kvalitativa undersökning är följande frågeställningar syntetiserade; Vilka är de bakomliggande faktorerna för förändring på ett sjukhus?, Hur upplevs förändringar av olika yrkesgrupper och på vilket sätt kan de potentiellt påverka förändringsprocessen? Genom en induktiv metodansats har en empirisk datainsamling, i form av flertal intervjuer med medarbetare på ett sjukhus i Skaraborg, använts. Därefter samlades sekundärkällor inom change management för att belysa olika perspektiv på förändringsprocesser och drivkraft för att förklara den insamlade datan. I empirin redogör respondenterna, indelade efter yrkesgrupper en homogen uppfattning av förändringar, däremot skiljer sig uppfattningen mellan yrkesgrupper till viss del främst mellan chefer som ser ekonomin som en stort motiv till förändring och personalen som enhälligt ser förändring som ett motiv att ständigt förbättra för patienterna, ta vara på varandras ideer och utveckla sin expertis. I analysen ser vi hur flera teoretiska perspektiv är förenliga med primärkällornas uppfattningar och beskrivningar från den praktiska verksamheten. Formella och informella strukturer i förändringsprocesser förklarar övergripande de drivande faktorer som styr förändring. Vi identifieras i analysen olika drivkrafter som med hjälp av teorier kan förklara det missnöje som finns mot vissa förändringar, samt en signifikant skillnad i jämförelse med en pågående process på sjukhuset. Tidigare forskning inom området har använts i diskussionen för att ge en fördjupad teoretisk förankring av vår analys för att bekräfta några övergripande fynd. I slutsatsen konstaterar vi kunna bekräfta att syfte och frågeställningar besvarats. Vi fann en skild uppfattning mellan hur yrkesgrupperna kände sig involverade och att formella processer ofta möter motstånd från vissa yrkesgrupper, vilket tyder på ett gap mellan ledning och personal som tidigare forskning visat existera. I den pågående processen fanns en distinkt skillnad i jämförelse med den generella uppfattningen. Processen bekräftar att individens drivkraft kan ge värdeskapande förändring utan stark styrning.

Nyckelord: Drivkrafter, innovation, change management, processer, formella/informella strukturer och involvering.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUND	5
1.2 PROBLEMBAKGRUND.....	5
1.3 RELEVANS.....	5
1.4 UNDERSÖKNINGENS OMRÅDE.....	6
1.5 EMPIRISKT FOKUS	6
1.6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	7
2. METOD	8
2.1 ARBETSPROCESSEN	8
2.2 ANSATS	8
2.3 METODIK - DATAINSAMLING.....	9
2.4 PRIMÄRKÄLLOR OCH SEKUNDÄRKÄLLOR	9
2.5 INTERVJUURVAL	10
2.6 INTERVJUMETODIK	11
2.7 TRANSKRIBERING	12
2.8 AUTENTICITET OCH ETIK.....	12
3. TEORI	14
3.1 FÖRÄNDRINGSPROCESSERS HÅRDA OCH MJUKA SIDOR PÅ OLIKA NIVÅ.....	14
3.2 STATISKA OCH EPISODISKA PERSPEKTIV PÅ FÖRÄNDRING.....	15
3.3 INNOVATION- OCH FÖRÄNDRINGSPROCESSER.....	15
3.4 DYNAMISK OCH FRAMVÄXANDE FÖRÄNDRING	16
3.5 STÄNDIG FÖRÄNDRING OCH ANPASSNING TILL OFÖRUTSÄGBARA KONSEKVENSER	17
3.6 FORMELLA OCH INFORMELLA PROCESSER VID FÖRÄNDRING	18
3.7 DRIVANDE FAKTORER FÖR FÖRÄNDRINGSARBETE.....	19
3.8 KRITIK.....	20
4. EMPIRI	21
4.1 SKÖTERS KORNA	21
4.1.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem	21
4.1.2 Från idé till implementering.....	22
4.1.3 Formell/informell förändringsprocess.....	22
4.1.4 Bakomliggande drivkrafter	23
4.2 LÄKARNA	23
4.2.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem	23
4.2.2 Från idé till implementering.....	25
4.2.3 Formell/informell förändringsprocess.....	26
4.2.4 Bakomliggande drivkrafter och autonomi.....	27
4.3 CHEFERNA	27
4.3.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem	27
4.3.2 Från idé till implementering.....	28
4.3.3 Formell/informell förändringsprocess.....	29
4.3.4 Bakomliggande drivkrafter och autonomi.....	29
5. ANALYS	31
5.1 ANALYS AV SKÖTERS KORNA.....	32
5.2 ANALYS AV LÄKARNA	33
5.3 ANALYS AV CHEFERNA	34
5.4 AKUTLÄKARPROJEKTET - EN FORMELL PROCESS MED UNDANTAG?	35

5.5 DISKUSSION.....	36
6. SLUTSATS.....	38
REFERENSLISTA	39

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Vårdsektorn är en stor del utav samhällets välfärdssystem och utgör därför en stor del av budgeten för offentlig sektor. I Sverige har de senaste åren 9% av BNP gått till hälso- och sjukvård (SkaS, 2016). Flertalet rapporter kommer årligen med ny forskning som genererar utmaningar för befintlig vård att anpassa sig till i framtiden och mycket tyder på att belastning och krav på vårdsystemet successivt kommer öka (SOU, 2009). Socialstyrelsens undersökning från 2018 visar att landets akutmottagningar uppvisar en stadig trend med ökad tillströmning av patienter (Socialstyrelsen, 2019). Sjukvårdens utveckling har till stor del utvecklats baserat på forskning som förändrat möjligheterna att vårda patienter och nya innovationer skapar både möjligheter och utmaningar för medarbetarna i vården (Norrman, 2019). Det är en utmaning att hänga med i utvecklingen i en allt mer pressad arbetssituation där tid och utrymme för ny kunskap är resurskrävande. Norrman (2019) hävdar att det finns en motsättning mellan rådande arbetssätt och förändring enligt nya vetenskapliga metoder som skulle kunna användas. Den expertis som finns i sjukvården är svår att ersätta (Norrman, 2019). Expertisen har därför en nödvändig och ovärderlig roll för att driva utveckling för att implementera nya innovationer i sjukvården, vilket gör det intressant att undersöka hur det upplevs av medarbetarna i verksamheten. Att förändra vården involverar alla yrkesgrupper inom vården och kräver ofta organisatoriska förändringar.

1.2 Problembakgrund

Förändring eller change management har länge varit ett ämne för organisationsstudier. Sjukvården och dess processer är ett komplext system enligt Glouberman och Mintzberg (2001), eftersom samspelet mellan olika professionella såväl som administrativa och politiska perspektiv måste beaktas, vilket vi ser som en intressant utgångspunkt för forskning. Det praktiska arbetet handlar inte längre bara om diagnoser och kliniskt arbete utan till stor del utveckla ny kunskap och omorganisera verksamheten för att fokusera på att skapa värde för patienterna (Hidefjäll, 2019). Ny kunskap och forskning produceras ständigt och är lättillgängligt, men tillämpningen av ny kunskap och hur de implementeras i processer är det svårare att hitta forskning kring. Om man jämför vården med andra branscher är de generellt sämre på att anta nya managementinnovationer i sina processer (Mohrman, Shani & McCracken, 2012). Emellertid ökar kravet på nya processer och arbetssätt i vården på grund av de utmaningar som vården står inför. Förändringar för att ge bra vård, öka effektivitet och vara uppdaterad har efterfrågats de senaste åren inom vården (Mohrman m. fl., 2012). Därför vill vi undersöka hur olika yrkesgrupper praktiskt arbetar för att utveckla och förbättra vården. Frågan vi ställer oss är vad som driver förändring i sjukvården och hur processen upplevs. Vi vill ta reda på hur nya idéer adopteras och implementeras, förstå hur medarbetarna ställer sig till förändringar i verksamheten och undersöka om processerna följer konsekventa uppfattningar.

1.3 Relevans

Verksamhetens funktion i samhället är viktig, därför är det intressant att se hur deras processer, för att förändra och förbättra sin samhällsfunktion, upplevs i den praktiska verksamheten.

Vården är till stor del beroende av statlig finansiering och politiska beslut som styrs centralt från landstinget som överordnar det som berör sjukvården (Socialstyrelsen, 2019). Akutmottagningar är en utav de mest intensitetskrävande avdelningarna och möter press på effektivitet och kvalitet. De senaste åren har en ny specialitet efterfrågats, akutläkare med specialistkompetens för att arbeta på akutmottagningar (Peterson, 2019). Intresset för akutläkare är större än någonsin i Sverige eftersom de med sin position förändrar arbetssättet på akutmottagningen (Lövtrup, 2015). Akutläkaren har en bred spetskompetens för bedömning av patientens akuta behov, vilket är en del i förändringen av arbetssättet. Bedömningen och förändrat arbetssätt med team gör det möjligt att med större säkerhet få rätt typ av vård redan på akuten (Lövtrup, 2015). Modellen har funnits i andra länder och fått fäste på sjukhus i Sverige där det varit svårt att bemanna akutmottagningen med egna specialistläkare (Lövtrup, 2015). Förändringen är en process där olika yrkeskompetenser ska involveras, vilket är utmanande. Vi ska i denna undersökning se hur en lokal förändringsprocess upplevts på ett sjukhus i Skaraborg och samtidigt skapa en uppfattning om hur andra förändringar uppkommer.

Genom att förstå hur sjukvård förändras ökar vår kunskap om förändringsprocesser. Inom sjukvården är det patientens behov och hälsa som står i fokus, där det oftast är upp till vårdpersonal att se över förändringar och förbättringar för att möta dessa behov på bästa sätt. Så ser även vår omvärld ut, många verksamheter möter en snabb förändringstakt med nya behov. Detta får oss fundera kring vad vi kan lära oss genom att studera denna verksamhet. Förståelse för mekanismerna bakom förändringsprocesser i vården kan eventuellt lyftas och användas, av organisationer som arbetar inom branscher där nykomlingar, konkurrenter medför ökat tryck på utveckling. Att förstå de bakomliggande faktorerna för hur förändringsprocesser implementeras och upplevs, samt vilken karaktär de har kan ge oss ökad förståelse för att identifiera viktiga drivkrafter i förändringsprocesser, inte bara inom vården.

1.4 Undersökningens område

Vi ska i vår undersökning i huvudsak undersöka hur akut- och medicinmottagningen, vid ett sjukhus i Skaraborg, arbetar med förändring och utveckling generellt. Vi vill genom undersökningen kartlägga potentiella drivkrafter och faktorer för förändring, hur ny kunskap och idéer om förändringar implementeras och omsätts i praktiken. Akut- och medicinmottagningen har en pågående process på akuten med akutläkare som intresserar oss. Vi vill försöka kartlägga hur den pågående processen upplevs och påverkar olika yrkesgrupper samt hur de uppfattar förändringar i verksamheten. Vi önskar utarbeta vilka bakomliggande faktorer och motiv som finns genom att identifiera en pågående förändringsprocess karaktäristiska drag önskar vi finna vilka de drivande krafterna är i verksamheten. Detta har väckt många tankar hos oss och motiverar oss att göra en djupdykning inom ämnet och undersöka saken närmare.

1.5 Empiriskt fokus

Undersökningen riktar intresset åt empiriska fenomen knutna till förändringsprocesser av verksamheten, där de anställdas upplevelse står för de huvudsakliga innehållet i den empiriska undersökningen. Fenomenet som avses studeras är förändringsprocesser samt kartläggning av potentiella bakomliggande drivkrafter som exponeras av individerna i förändringar. Genom att

empiriskt studera hur läkare, sköterskor och olika chefer på sjukhuset upplever förändring och involveras vill vi kunna konkretisera och skapa en översikt i hur processen drivs, implementeras samt bakomliggande motiv. Upplevelsen av processen kan ge grund för förklaringar i hur organisationen som helhet hanterar olika förändringar utifrån olika perspektiv. Eventuellt kommer uppfattningarna skiljas åt och ge en bild av hur olika yrkesgrupper upplever hur förändringar uppkommer i organisationen. Undersökningen syftar till att öka kunskap och ge klarhet i förändringsprocessen för att se samband mellan idéer och implementering. Vi vill se hur förändringen involverar och samverkar personal som driver förändringsprocesser och hur det formar verksamheten som helhet. Därmed har vi förhoppningar om att de påverkande faktorerna, både positiva och negativa sidorna av förändringsprocessen, belyses i undersökningen. Undersökningens empiri kommer inte omfatta det som rör patientens perspektiv eller upplevelse då access är otillgänglig. Undersökningen kommer inte heller utvärdera, ge rekommendationer eller skapa fördjupad teoretisk förståelse på området.

1.6 Syfte och frågeställning

Syftet med undersökningen är att kartlägga de bakomliggande faktorerna i förändringsprocesser som potentiellt finns inom vården.

De valda frågeställningarna som ska syntetiseras i undersökningen för att uppnå syftet är följande:

- Vilka är de bakomliggande drivande faktorerna för förändringar på ett sjukhus?
- Hur upplevs förändringar av olika yrkesgrupper och på vilket sätt kan de potentiellt påverka förändringsprocessen?

2. Metod

Metodiken för undersökningen presenteras i detta avsnitt. Vi vill i detta avsnitt skapa en rättvis och medveten bild av de val vi gjort och de svårigheter vi mött under arbetets gång. Vi avser att motivera och visa hur vi arbetat för att undersökningen i största möjliga mån följt forskningsetiska principer.

2.1 Arbetsprocessen

Undersökningens ursprungsidé grundade sig i ett intresse för hur nya arbetssätt testats på akutmottagningen vid ett sjukhus i Skaraborg (Peterson, 2019). De har år 2018 valt att utbilda akutmottagningens läkare för att akutmottagningen ska förändra sitt arbetssätt (Peterson, 2019). Till en början undrade vi hur förändringar påverkat akutmottagningens effektivitet, men vi uteslöt effektivitetsbegreppet tidigt i processen eftersom vi upplevde svårigheter i mätningar och ansåg det olämpligt för en kvalitativ studie. Eftersom det är en pågående process i verksamheten blev vi tvungna att anta ett annat perspektiv på förändring. Vi började då bryta ner förändringen i upplevelse av processen och drivkrafter samt hur liknande processer ser ut inom vården. Först när den empiriska insamlingen av data påbörjades fann vi det område undersökningen skulle omfatta. Då beslutade vi att undersöka om processerna upplevs konsekvent mellan involverade yrkesgrupper och hur deras möjlighet att påverka processen uppfattas. Vi breddade då undersökningen från akutmottagningen till både akut- och medicinmottagningen. Efter flera möjliga undersökningsfrågor landade vi i att applicera vår frågeställning på akut- och medicinmottagningen för att finna potentiella drivkrafter bakom förändring och upplevelsen av processer hos anställda på sjukhuset. Vi hade till en början hade vi ambitionen att använda oss av observation som en form av datainsamling, då det enligt Patel och Davidson (2017) är vårt främsta medel för att skaffa information om omvärlden. Eftersom intervjuerna skett i samband med arbetspass på arbetsplatsen har även deras sammanhang och interaktion med resten av verksamheten speglats. Under processen omfattade dock inte observationerna en så stor del att de ansågs relevanta och undersökningens begränsade omfattning gjorde att vi beslutade att det inte fanns plats för ett empiriskt observationsavsnitt, även om det kunde tillfört en bättre helhetsbild av miljön, interaktioner och samarbete mellan personalen.

2.2 Ansats

Vi har valt en kvalitativ forskningsansats för undersökningen eftersom en kvalitativ inriktning bedömdes bäst och fångar det som Patel och Davidsson (2017, s. 14) benämner de "mjuka" delarna av en undersökning. En kvalitativ ansats ansågs nödvändig för att möjliggöra analyser och tolkningar av undersökningens textmaterial och intervjuer för att kunna behandla det fenomen som undersökningen syftar till att undersöka, samt för att besvara undersökningens frågeställning. Att undersöka drivkrafter i en förändringsprocess handlar i våra ögon om att fånga upplevelser hos människan som är involverad. Ansatsen ansågs ytterst relevant för att kunna analysera de drivande faktorerna i undersökningen och för att kartlägga om uppfattningen var konsekvent i och mellan yrkesgrupperna. Vi har utgått från en induktiv forskningsansats, då den var bäst lämpad för att undersöka upplevelser och bakomliggande drivande faktorer som potentiellt kan finnas i förändringar. Genom induktiv strategi kunde undersökningen undvika att se hur insamlad empiri var förenlig med teorin och istället basera

fallstudien på respondenternas beskrivningar. Vårt fokus har varit respondenterna som tillfört ny kunskap och upplevelser till undersökningen, som sedan förankras och utvecklas med teoretiska tolkningar av förändringsprocesser inom organisationsteori. Vi upplevde valet viktigt för att kunna bygga teorin utan förutbestämda förväntningar. De beskrivningar rapporten behandlar är enbart baserade på undersökningens empiriska material hämtat från akut- och medicinmottagningens praktiska verksamhet.

2.3 Metodik - Datainsamling

Vi har använt oss av triangulering vid datainsamling, vilket innebär att vi använt oss av flera datainsamlingsmetoder såsom kvalitativa intervjuer, teoretisk triangulering (analys av olika teorier) och formell observation (transkribering), för att på bästa sätt fånga det undersökningen avser. Detta för att skapa tilltro och stöd mellan det empiriska underlaget och fånga upplevelsen utifrån flera aspekter av förändringsprocessen och jämföra med olika teoretiska perspektiv på förändring. Lind (2014) betonar vikten av validitet genom triangulering i kvalitativa studier, vi har använt olika datainsamlingsmetoder i syfte att de ska stödja varann, för att ge en omfattande bild av verksamheten.

2.4 Primärkällor och sekundärkällor

Det empiriska underlaget är uppbyggt på primärkällor. De insamlade primärkällorna har utformats specifikt för denna undersökning genom förstahandsrapportering i form av ett flertal intervjuer. Alla övriga informationslämnare, där informationen har skapats för andra sammanhang, kallas sekundärkällor (Lind, 2014). De har i första hand syftat till att underbygga och på bästa möjliga sätt hjälpa oss att validera källorna och öka trovärdigheten i undersökningen (Patel och Davidson, 2017). Vi har som komplement till intervjuer bevakat media och annan publicering som ansetts relevant för undersökningen för att understödja hämtade primärkällor. Vissa sekundärkällor är hämtade ur vetenskapliga tidskrifter såsom Läkartidningen, samt rapporter från Socialstyrelsen. Även tidigare kandidatuppsatser som behandlat liknande ämnen i vården har använts för att få perspektiv och ny kunskap till rapporten. Sekundärkällorna som bygger vårt teoretiska avsnitt valdes utifrån relevans och kvalitet genom att använda Ekonomiska bibliotekets databaser för sökning och att säkerställa dess kvalitet. Vid sökningen använde vi oss av keywords och bedömde artiklarna efter sammanfattning, rubrik och slutsats. Det var tidskrävande att tolka källor och förstå deras syfte och utgångspunkt för att försöka förhålla sig kritisk och se deras begränsningar. Bryman och Bell (2017) betonar att denna process är viktig för att skapa medvetenhet om de begränsningar som finns vid tolkning av sekundärkällor. De begränsningar vi gjorde vid val av sekundärkällor var främst att undvika motivationsteorier. I diskussionen i analysavsnittet behandlas tidigare forskning inom området för att ge en fördjupad teoretisk förankring av vår analys för att bekräfta några övergripande fynd. Att behandla tidigare forskning sent i arbetet var ett medvetet val för att kunna ge jämförelse med tidigare forskning specifikt inom vården och för att styrka analyserad data i vår undersökning. De sekundära källorna valdes efter bäst relevans till vår analys och var följande; Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease*, Hellström m. fl. (2015), *Adopting a Management Innovation in a*

Professional Organization, samt Hellström, Lifvegren, Quist (2010), *Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done*.

2.5 Intervjuurval

I undersökningen valde vi till en början att ha 15 intervjuer med olika yrkesgrupper för att medföra ett bredare perspektiv på förändringsprocesser. Intervjuerna har i denna undersökning kombinerat strategiskt urval med snöbollsurval. Det strategiska urvalet har baserats på vilka vi fått möjlighet att prata med inom verksamheten. Snöbollsurvalet skedde naturligt genom att de intervjuade gav förslag på personer de ansåg hade ytterligare lämpliga perspektiv, enligt Bryman & Bell är (2017), denna urvalsmetod intressant för att berika olika perspektiv som inte annars varit möjliga, men kan vara utmanande eftersom urvalet inte går att styra, utan slumpmässigt. Det är något vi beaktat men ansåg viktigt för att reducera risken att vi missar ett viktigt perspektiv eller potentiella nyckelpersoner i undersökningen, eftersom vi inte har den kännedom som de anställda har i verksamheten. Urvalet av intervjuer begränsades efter vad som ansågs möjligt att granska inom tidsramen för undersökningen.

Efter godkännande från chefer formulerade vi mail till respondenterna som första kontakt, där syfte och frågeställning samt områden vi skulle ställa frågor kring nämndes. Det var tydliga informativa mail om undersökningen och berörde några punkter de kunde fundera över innan intervjun. Funderingarna berörde deras upplevelse av förändringar i verksamheten, hur de förändrat deras arbete och vad de tror driver förändring. Vi lät dem fundera över hur idéer sprids, hur implementering av idéer sker samt hur de upplever sin möjlighet att påverka och vara involverade i förändringar i verksamheten. I början av processen var endast ett fåtal intervjuer bestämda och under processens gång fick vi fler respondenter som fick samma mail. Vi uttryckte en nyfikenhet kring en pågående process på akutmottagningen och drivkrafter de uppfattade i processen.

Undersökningens empiri omfattar 14 intervjuer, på grund av sjukdom blev det ett bortfall. I tabell 1 presenteras empirisk gruppering, yrkestitel, år på sjukhuset samt antal sidor transkription för att underlätta läsning av det empiriska avsnittet. När den sista intervjun föll bort hade vi nått empirisk mättnad och påbörjat tematiseringen av empirin. Tematisering hjälpte oss att utveckla vår empiriska data till ett antal analytiska teman av intervjuerna och är enligt Bryman och Bell (2017) viktigt för att skapa samband för att analysera och uppfylla studiens syfte. Vi valde att fortsätta undersökningen med ett bortfall efter det att vi fastslagit presentera empirin i yrkesgrupper eftersom upplevelser och uppfattningarna var homogena inom yrkesgruppen. Om empirins grupper upplevt saker mer heterogent hade bortfallet av intervjun ansetts vara en större förlust. Då omfattningen av data var stor valde vi att tematisera några av de behandlade områden respondenterna samtalat om. Tematiseringen underlättade delvis för att kategorisera all data till yrkesgrupperna, men framför allt för att hitta relevanta teorier för att begrunda våra empiriska fynd.

Benämning	Yrkestitel	Datum	År i arbete	Transkribering
Sköterska 1	Undersköterska	28/11-19	40 år	2 sidor
Sköterska 2	Sjuksköterska	21/11-19	30 år	4 sidor
Sköterska 3	Sjuksköterska	7/12-19	1 år	3 sidor
Sköterska 4	Undersköterska	28/11-19	20 år	5 sidor
Läkare 1	Överläkare	4/10-19	29 år	5 sidor
Läkare 2	Överläkare	28/11-19	40 år	7 sidor
Läkare 3	Specialisttjänstgörnadeläkare	6/12-19	6 år	6 sidor
Läkare 4	Specialisttjänstgörnadeläkare	28/11-19	8 år	6 sidor
Läkare 5	Allmäntjänstgörande läkare	13/12-19	1 år	3 sidor
Chef 1	Chef inom verksamheten	21/11-19	35 år	6 sidor
Chef 2	Chef inom verksamheten och Överläkare	21/11-19	20 år	8 sidor
Chef 3	Chef inom akuten	21/11-19	21 år	4 sidor
Chef 4	Chef inom akuten	21/11-19	18 år	4 sidor
Chef 5	Chef över delområde I Skas	9/12-19	40 år	8 sidor

Tabell 1

2.6 Intervjumetodik

Fallstudien som genomfördes innefattade en empirisk datainsamling i form av intervjuer och observationer för att presentera en så tydlig bild som möjligt av organisationens processer. Det empiriska underlaget är hämtade från primärkällor genom kvalitativa intervjuer med anställda med olika profession och arbetsuppgifter. Vi ville få empirin uttryckt i verbal form samt för att fånga flera perspektiv på förändring och drivande faktorer i flera dimensioner, vilket Lind (2014) uttrycker kan vara en fördel i kvalitativa fallstudier för att undersöka upplevelsen av ett fenomen. Vi har valt att göra en enfallsstudie vilket innebär att vi avgränsat oss till en organisations verksamhet. Avgränsning till en verksamhet med flertal intervjuer anser vi bidragit till en bredd och ett djup i undersökningen som annars kan gå förlorad. Patel och Davidson (2017) menar att enfallsstudier fokuserar på en täckande informationsinsamling där utgångspunkten är ett helhetsperspektiv, vilket vi anser är relevant för vår undersökning. En risk med detta tillvägagångssätt är att det insamlade empiriska materialet inte ger förväntat utfall, i förhållande med undersökningens forskningsfrågor (Lind, 2014). För att hantera de risker med undersökningen har vi noggrant gjort vårt urval av intervjupersoner och intervjuteman. Vi har i den mån vi kunnat försökt att ha variation i profession, ålder, kön och olika behörighet i beslutsfattande för att bredda underlaget av olika upplevelser som skulle kunna vara intressanta för undersökningen. Under den empiriska insamlingen utvecklades förmågan att intervjua, erfarenhet efter tidigare intervjuer kunde vi efter reflektion selektera och anpassa ämnena efter yrkesgrupper med större säkerhet. Genom detta hoppades vi förebygga att få irrelevanta svar i det empiriska materialet.

En risk med att använda sig av kvalitativa intervjuer är att respondenterna kan tänkas vinkla sina svar efter vad de tror att vi vill höra. För att beakta de risker som finns med denna metodik har vi använt oss av en semistrukturerad utformning av intervjufrågor som minskar risken för vinklade svar (Patel och Davidson, 2017). Semistrukturerade intervjuer har för oss innefattat

att vi behandlat specifika teman och frågorna har haft låg grad av strukturering som berört förändringsprocessen för att fånga hur individerna upplevt den, hur det påverkat deras arbete, samt hur de har varit involverade eller inte i den. Vi har visat nyfikenhet kring deras individuella uppfattning och roll i processerna för att undvika riktade svar och gett dem utrymme att utforma svaren i fortsatt samtalsform.

Våra intervjufrågor har haft låg grad av standardisering för att ge utrymme för respondenten att svara med egna ord, ge en egen uppfattning, samt för att vi bedömde att icke standardiserade frågor skulle berika deras perspektiv och olika infallsvinklar i samtalet. (Lind, 2014). Genom låg standardisering i frågorna blev nästan alla intervjuer mer liknande samtal och ingen blev den andra lik. Patel och Davidson (2017) menar att kvalitativa intervjuer alltid har låg grad av strukturering vilket i vårt fall medförde att kunde vi fånga olika delar av processen, allt ifrån nyanserade beskrivningar av förändring och idéspredning till detaljerade och vardagliga aktiviteter, eftersom vi innan inte visste vilka faktorer som skulle belysas. Alla källor i empirin har koppling till akutmottagningen, vilket påverkat deras upplevelse av den nuvarande förändringsprocessen och den generella uppfattningen. Det huvudsakliga syftet med undersökningen har varit att upptäcka drivkrafterna i förändringsprocessen som respondenten upplevt dem och peka ut det de ansåg meningsfullt i olika sammanhang, utan att vi konstruerade ett resonemang i intervjun som medförde riktade svar. Eftersom intervjuerna inte följt en frågemall eller specifika frågor och utförts i samtalsform bestämde vi att inte presentera dem, tematisering i empiriavsnittet ger en rättvis uppfattning av de ämnen och frågor intervjuerna centralt fokuserat på. Detta kan uppfattas bristande att inte presentera frågor men vi anser att de teman som presenteras i empirin gör mer nytta än att vi efterkonstruerar frågor som uppkommit under samtalen.

2.7 Transkribering

All empiri är transkriberad i efterhand vilket gett oss formell observation och ökar undersökningens validitet. Att transkribera är en process som syftar till att underlätta och förenkla underlaget för analys (Lind, 2014). Vi har försökt att följa intervjun ordagrant i största mån utan att bidra med stort inflytande på underlaget, vilket alltid är en risk vid transkribering enligt Patel och Davidsson (2017). Vi har medvetet försökt att ha det i åtanke och använt citat för att minimera vår påverkan av källan. Vid användning av citat har vi varit noggranna med att sätta in dem i lämplig kontext för undersökningens syfte. Vi har varit medvetna om att sammanhanget är viktigt för citat, för att källan inte ska feltolkas eller missförstås i undersökningen. Transkriberingen var en tidskrävande period i undersökningen och vi nådde empirisk mättnad efter 14 intervjuer. Närmare 80 sidor transkribering har gett oss en stor insiktsfull fördel när vi skrev den empiriska avsnittet, men även medfört stora svårigheter att sortera bort intressanta delar av samtalen med respondenterna för att hålla oss inom ramen för undersökningens omfattning.

2.8 Autenticitet och etik

Den empiriska förankringen har enligt Lind (2014 s.132) i en kvalitativ studie krav på autenticitet, pålitlighet och träffsäkerhet. I undersökningen bedömde vi att autenticiteten,

dataunderlagets äkthet inte bör betvivlas, de källor som bygger empirin är transkriberade och tolkade neuralt i dess kontext, vi bedömer källorna pålitliga eftersom verksamheten inte missgynnas av undersökningen. Underlaget av data anses relativt träffsäkert, empirin presenterar de fenomen vi syftade behandla i huvudsak. Metodiken för undersökningen anser vi bidragit till ett systematiskt arbetssätt som strukturerat besvarar våra frågeställning och därför kan ses träffsäkert. De personuppgifter, för- och efternamn samt yrkestitlar som undersökningen behandlat är hanterade med respekt och varsamhet enligt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2017). Vi har anonymiserat alla respondenter med hänsyn till integritet och alla respondenter kommer få ta del av undersökningen. Ingen av respondenterna önskade anonymisering, vilket var gynnsamt i det empiriska avsnittet då citat med mindre risk för att avslöja, kunde användas. Respondenterna har informerats kring att deltagandet är frivilligt och får avbrytas, samt tillfrågats innan inspelning av intervjun. De ljudfiler som använts från inspelning av intervjuer har raderats efter transkribering och användning i undersökning med hänsyn till forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2017).

I detta avsnitt har vi beskrivit undersökningens metodik, vår arbetsprocess och valen vi gjort. Vi ska i nästa avsnitt presentera en begränsad mängd olika teoretiska perspektiv inom change management som ansetts hjälpa oss förklara vissa komplexa iakttagelser i intervjuerna.

3. Teori

I flera årtionden har diskussioner kring vad förändring är studerats inom olika akademiska discipliner. Det kan konstateras att teorierna kring förändring har många nyanserade sidor. Det finns inget givet ramverk eller integrerad teori som fundament för att förstå förändringar i organisationer. För att samla in dessa olika typer av perspektiv på förändring har vi i detta avsnittet samlat in artiklar av olika karaktär och därefter grupperat olika teoretiska synsätt. Avsnittet behandlar olika perspektiv på förändringsprocesser, idéspredning, innovation och drivkrafter vilket kan uppfattas spretigt, men nödvändigt för att förena och underlätta behandlingen av undersökningens empiriska material.

3.1 Förändringsprocessers hårda och mjuka sidor på olika nivå

För att förstå vårdens komplexa styrning av förändring och hur det uppfattas av olika yrkesgrupper på olika nivå i verksamheten inleder vi teoriavsnittet med Beer och Nohrias (2000) artikel *Cracking the Code of Change* som formulerat en modell för att se på förändringsprocesser i organisationer. Modellen bygger på två ytterligheter som hävdar att det finns en hård och en mjuk sida som bör beaktas och skiljas åt för att förbättra förutsättningar vid förändring, som han benämner teori E och teori O. Teori E är den hårda sidan som står för ekonomiska förbättringar, där motivet och målet är att förändringen ska generera ekonomiskt värde och drivas planerat av en stark ledning. Teori O behandlar de mjuka aspekterna av organisationen med hänsyn till organisatorisk kapacitet och dess kapabiliteter. I teori O är utveckling av humankapital och verksamhetens förmåga att ta till sig ny kunskap i centrum. Det är ett tydligt avstånd från de finansiella aspekterna av verksamheten och värdet ligger i delaktighet, engagemang och kompetensutveckling. De menar att det i en förändringsprocess är svårt att blanda och bemöta båda sidor framgångsrikt, vilket vi kan se även i vårdens processer av de intervjuade. Konflikten mellan teorierna och deras målsättning är intressant ur ett förändringsperspektiv eftersom de gör en jämförelse mellan E och O på olika nivåer i en verksamhet, vilket vi kan förankra i undersökningen då respondenterna arbetar på olika nivå.

Teori E har ofta mål i specifika termer av ekonomiska siffror med en tydlig målsättning uppifrån och ner eller "top down" i organisationen, där de med icke ledande positioner har mycket lite att säga till om. Förändringarna kännetecknas ofta med struktur- och systemförändringar, där regler och arbetsuppgifter är tydliga. Teori O använder istället målformuleringar för att förbättra kvalitet, kommunikation och teamarbete. I teori O finns det utrymme för att tycka kring förändringar, oavsett position ofta uttryckt som klassiskt "bottom line", och uppstår problem uppmuntras förslagen att komma från där de uppkom. Här är problemlösningen i fokus för att uppnå bästa funktion för organisationen och inte som i teori E, funktionens mål i hierarkin som fokuseras. Arbetsprocessen är högt värderad i teori O, för att skapa värde i sammanhang med organisationen genom utvärderingar och lärande av förändringsprocesser. Bäst förutsättningar för att genomdriva förändring skapas genom att utnyttja båda teorierna i kombination. Baseras förändringen endast utifrån en teori är de svårt att integrera den andra teorin. Ibland kräver förändringar hårdare och striktare form, tendensen blir en "top down" styrning, då anser författarna att det är viktigt att teori O samverkar istället för att uteslutas i processen för att förändra både de hårdare och mjukare sidorna. Teori E skapar

i processen övertygelsen och teori O ger ett socialt perspektiv på förändringen (Beer och Nohria, 2000). Denna modellen använder vi för att kartlägga hur olika motiv och mål kan beskrivas förklaras upplevas i verksamheten av anställda för att förstå en förändringsprocess på olika nivåer.

3.2 Statiska och episodiska perspektiv på förändring

Studier av planerade förändringar har en lång historik i förändringsteorier, Lewin (1997) formulerade ett fasperspektiv på förändring i en uppdelning på tre faser som ett exempel på "organizational change". Trestegsmodellens faser är: "unfreeze – change – refreeze" och ger en enkel uppfattning av processens faser utan krav på situation eller position. "Unfreeze" är upplösning av en befintlig struktur och skapande av delaktighet med syfte förebygga att motstånd växer mot förändringen. "Change" är den praktiska förändringen då implementering sker i organisationen och "refreeze" är fasen när förändringen institutionaliseras och stabiliseras. Modellen skapar uppfattningen av att förändringsprocesser är planerade och relativt rationella vilket i undersökningen kommer användas för att beskriva ett synsätt som är mer statiskt. Lewins (1997) teori kan ses som ett inskränkt synsätt på förändring. Den kritiseras för att sakna verklighetsförankring eftersom allt är inte planerat och rationellt. Trestegsmodellen kom att omformuleras av bland annat Weick och Quinn (1999) i *Organizational change and development*. De föreslår i artikeln, det vi finner många forskare inom området gör vid denna tidpunkt, att inte se förändringsprocesser som en tillfällig fas utan en ständig förändring. Weick och Quinn (1999) utgår från att en pågående praktik avbryts och anser att "unfreeze" fasen därmed blir irrelevant om förändringar sker konstant. Weick och Quinn (1999) jämför i artikeln episodiska och statiska förändringar. Lewins (1997) teorier är fundamentala i den statiska processen, men benämns i deras artikel episodiska förändringar, där även denna processen skapas med avsikt. Weick och Quinn (1999) anser att Lewins (1997) teorier skapar tröghet, är progressiv, målsökande och kräver starkt ledarskap för att förändra, vilket genererar en hävstångseffekt där individerna i processen upplever den mer schematisk och styrd. Weick och Quinns (1999) beskrivning av episodiska förändringar bygger på Lewins (1997) trestegsmodell och kommer i undersökningen tillhöra beskrivningar av statiskt och episodiska förändringar.

3.3 Innovation- och förändringsprocesser

De episodiska perspektiven ovan påminner även till viss del om diffusionsmodellen för innovationer utvecklad av Rogers (2003). Diffusionsmodellen beskriver en förändringsmodell som byggs på diffusionsteori, hur ideer adopteras och förändras (Rogers, 2003). Vi fann likheter med de episodiska förändringsprocesser som Weick och Quinn (1999) beskriver. Både Rogers (2003) och Weick & Quinns (1999) processer innefattar hur idéer adopteras och förändras, men antar inte det statiska utan liknar det episodiska teoretiska perspektivet på förändringsprocesser. Diffusionsmodellen eller the innovation-decision process som Rogers (2003) benämner den antar ett perspektiv på hur idéer förändras och hur individen i processen går från kännedom om idén till dess att de beslutat att välja om den vill använda sig av idén. Processen antar ett antal moment för att anamma innovationer och är nästan identisk med Weick och Quinns (1999) beskrivning av episodiska förändringsprocesser baserad efter Lewins

(1997) faser. Rogers (2003) teori beskriver hur individen till en början av processen får kännedom och övertygas att använda idén och antar en attityd till innovationen och därefter beslutar om den tänker tillämpa idén eller innovationen. Därefter implementeras den i verksamheten och individen söker bekräftelse för användningen av innovationen. Weick och Quinns (1999) tillfälliga förlopp beskriver processen som att individen till en början informeras och bearbetar förändringen psykologiskt och sedan övergår till kognitiv omstrukturering och tillämpning med nya bedömningsstandarder. Därefter söker individen stöd för att genomföra och använda förändringen så den överensstämmer med deras personliga värderingar.

Vi är medvetna om att författarna använder olika begrepp i modellerna och vill därför definiera begreppet innovation som Rogers (2003) använder. En innovation är enligt Schumpeter (1913) en ny kombination av kunskap, resurser och idéer som är värdeskapande. För att det ska få kategoriseras som en innovation bör idén vara ny, nyttig, värdeskapande och nyttiggjord. En idé blir inte en innovation förrän den implementeras eller institutionaliseras, alltså kommit till praktisk användning (Van de Ven, 1986, s. 604). Vi kommer i undersökningen skilja på dessa processer, men vill uppmuntra att anta ett perspektiv där de beskriver samma fasförlopp för att förstå bakomliggande motiv till förändring, oavsett om det är genom idéer eller episodisk förändringsprocess eftersom de båda artiklarna formulerar individernas attityd till förändring eller en innovation. Båda teorierna behandlar samma psykologiska problematik och faser som kan uppkomma i en förändringsprocess. Teorierna beskriver att individen i processen ska förberedas och bearbetas inför den förändringen eller innovationen, men inte nödvändigtvis att förändringen är avsiktlig. Därför kan de inte kategoriseras till de statiska förändringarna. Rogers (2003) hävdar dessutom att alla individer i processen inte automatiskt kommer anta innovationer i processen eftersom momenten påverkar beslutet att ta till sig och använda innovationen, alltså finns det inget slut i processen, utan beskriver ett pågående förlopp, som skiljer modellen från statiska process modeller.

3.4 Dynamisk och framväxande förändring

De statiska och episodiska perspektiven på förändringsprocesser, som presenterats ovan kan ses som en av två särgenre på förändring. Dels kan förändringsprocesser planeras styras och genomgå bestämda, planerade eller förutsedda faser som Lewin (1997) föreslår. Rogers (2003) och Weick & Quinn (1999) behandlar hur individer i processer vid förändring och innovationer tillfälligt adopterar, idéer och innovationer mer episodiskt. Weick och Quinn (1999) fortsätter resonemanget i sin artikel och pekar medvetet på den andra genren och föreslår istället en teori med konstant förändring där processen är en omdirigering av pågående praktik. Genom detta synsätt blir förändringen cyklisk och professionellt inriktad, utan tydliga slutpunkter. De betonar evig och jämviktsskapande process som attraherar de som är involverade. Improvisation och lärande av processen blir centralt och de som leder processen försöker leda genom "sensemaking" och ge förståelse i omdirigeringen. De involverade känner igen och är trygga i processer genom att uppdatera aktuella praktiker. Ständiga och dynamiska förändringar hävdar Weick & Quinn (1999) medför dialog, improvisation och naturligare omvandling. Weick (2000) föreslår i sin artikel *Emergent Change as a Universal in Organizations* (s. 223) att se förändringsprocesser som ett framväxande och mer naturligt förlopp som uppkommer i verksamhetens vardag. Weick (2000) menar på att processen av

förändring är en utdragen process och inte enbart en linjär förutbestämd eller planerad förändring. Han kritiserar Lewin (1997) och menar att istället för att anta att det kommer motarbetas kan de förebyggas om man ser på förändring som en framväxande process i organisationen. Har organisationen vana att alltid möta förändring som något som uppkommer spontant i förloppet av förändring så behövs inte Lewins (1997) första steg i processen. Weick (2000) menar på att processen inte alltid kommer att planeras, utan förändras och växa fram dynamiskt i organisationen. Han betonar att organisationer med förändringsprocesser ska vara beredda på att förändring inte ser ut som planen föreskriver, utan är beroende av utfall i processen som man kan använda som ett erfarenhetsbaserat styrverktyg. Det dynamiska och framväxande synsättet kommer vi i undersökningen se som motsatsen till de statiska perspektiven för att förstå bakomliggande motiv till förändring främst hos personalen.

3.5 Ständig förändring och anpassning till oförutsägbara konsekvenser

För att förstå potentiella faktorer som driver förändring och även projekt har vi använt artikeln *Translating organizational change* av Czarniawska och Sevón (1996) som presenterar översättningsmodellen som ett alternativ till att se på idéer och hur förändring sprids. Författarna konstaterar att olika förändringsmodeller såsom Rogers (2003) diffusionsmodell, som bygger på diffusionsteori, kan förklaras försvaga och förvränga ursprungsidéerna när de placeras eller implementeras i nya sammanhang. Czarniawska och Sevón (1996) hävdar att om en förändring är planerad och sprids till miljöer där förändringar ska ske måste de ske enligt samma ursprungsidé. De konstaterar att förändringarna bör undvikas om de inte stämmer med ursprungsidéerna och kan endast i friktionsfria sammanhang få fäste. Annars är förändring dömd att misslyckas. I praktiken upplevs det vanligt att se på förändring och idéspredning utifrån diffusionsteori (Czarniawska och Sevón, 1996). I undersökningen använder vi deras resonemang för att sätta uppfattningar om förändringar i kontrast till avsiktliga förändringarna för att skildra olika faktorer till varför förändringar ibland upplevs misslyckade.

I översättningsmodellen presenterar Czarniawska och Sevón (1996) att se idéer och förändring som en överföring av idéer från olika sammanhang, som en kollektivt skapande process utan ursprungskälla. Alla i processen översätter idéer och förändringar, vilket berikar ursprungsidén och processen utvecklas genom friktionen av fri översättning (Czarniawska och Sevón, 1996). Detta liknar Weick och Quinns (1999) beskrivning av statisk förändring, där förändring sker kontinuerligt och med improvisation. Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodell skiljer sig från Rogers (2003) diffusionsmodell eftersom friktionen Czarniawska och Sevóns (1996) kritiserar, istället ses som en ackumulering av kunskap i nya sammanhang i Översättningsmodellen. Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodell är vanligare att hitta i förändringsprojekt än i reformer och påminner mycket om Weick (2000) teoretiska perspektiv på förändringsprocesser som framväxande och inte enbart planerade. Czarniawska (2004) pekar på fördelen med Weick och Quinns (1999) beskrivning av ständig förändring framför Lewins (1997) ”unfreezing” som en beskrivning av samma fenomen. Vi kommer använda översättningsmodellen för att förklara hur den pågående projektet på akuten skiljer sig från andra uppfattningar om förändringar.

Czarniawska (2004) skriver i artikeln *Is it possible to lift oneself by the hair? And if not, why is it worth trying?* att förändringsprocesser bör ses som ett pågående förlopp som möjliggör uppkomst av spontana uppfinningar. Lösningarna som uppkommer i en process beskrivs som en oförutsedd konsekvens som medför nytta i processen. Processen beskrivs som öppen och spontan, de involverade i processen är delaktiga och målet är förhandlingsbart. Czarniawska (2004) hävdar likt Weick och Quinn (1999) att processen inte har ett slut genom att säga att målet kontinuerligt bör revideras, målet är ett förlopp som kan justeras vid behov genom uppföljning. Anpassning av processer är viktiga för att kunna gallra ut redskap eller idéer som inte fungerar för att förändringar ska göra nytta. Teorin bygger på att förändringsprocesser är öppna för oväntade konsekvenser så att individerna i processen hinner reagera och agera under förloppet. På det viset upplevs verksamhetens förändringsförlopp aldrig ta slut och istället sker en kontinuerlig anpassning som består av ständig översättning och förändring. Czarniawska (2004) hävdar att genom att hålla möjligheter till förändring öppna så tillåts spontana och slumpmässiga förbättringar och förklarar att oplanerade förändringsprocesser är huvudkällan till organisatorisk förändring.

3.6 Formella och informella processer vid förändring

En verksamhet som förändras påverkas av sin omgivning vilket ibland kan kan medföra att förändringarna kan bli plötsliga och påtvingade. Teorierna ovan har vi samlat olika perspektiv på förändringsprocesser från statisk till evigt dynamiska processer. Förändring kan ske utan direkt koppling till en ledande part, det kan vara både externa och interna behov som skapar förändring. Organisationsförändring är inte alltid en friktionsfri process och kan möta mycket motstånd som visar sig i missnöje och bristande engagemang. Det motstånd som kan uppkomma kan tyckas lättförklarade enligt Bakka, Fivelsdal & Lindkvist (2006) och bero på osäkerhet eller upplevelse av maktlöshet inför förändringar som sker. En lösning för att förhindra motstånd vid förändringar är att involvera individerna i processen. Det bidrar till delaktighet, motivation och individernas roll upplevs meningsfulla och betydande (Bakka m.fl., 2006).

Bakka m.fl (2006) hävdar att vid en förändring fyller individerna olika funktion i processen, detta beroende på vad förändringen innefattar och om det är den formella eller informella strukturen som förändras. En formell förändringsprocess kan vara följder av ny instrumentella förändringar eller ny kunskap eller innovationer som kräver omställning, de har ofta en tydlig inriktning eller ett beslut som för individerna i processen kan vara svåra att tolka och adoptera i vardagen (Bakka m.fl., 2006). De informella processerna, agerandet som sker i vardagen och individernas uppfattning, blir därför viktigt i förändringsprocessen enligt Bakka m.fl. (2006), eftersom plötsliga och oförutsägbara formella krav på förändring är svårt att anpassa och ständigt tolka för individerna. De informella processerna i organisationen kan ses som ett resultat av att det finns utrymme för tolkning och översättning av de formella (Bakka m.fl., 2006). Detta beskrivs likt Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodell, men Bakka m.fl. (2006) förklarar detta som en informell process som är osynlig, men ändå spelar en stor roll i förändringar. De informella processerna skapar förutsättning för individerna i förändringen att finna lösningar på formella beslut som fattats om förändring. Individernas

översättning blir därför viktig för att förstå en förändring holistiskt i organisationen, vilket vi denna undersökningen kommer använda för att förstå bakomliggande mekanismer till förändring eftersom respondenterna fyller olika funktion i processen.

Under en förändring är ett starkt informellt nätverk viktigt i verksamheten om den formella strukturen mött motstånd och upplevs svag och otrygg enligt Morris (2000). Den informella strukturen kan i en förändringsprocess agera och hoppa över vissa formaliteter för att få förändringen att fungera (Morris, 2000). Informella nätverk som bildas i en process kan ta sig förbi de formella handlingar och individerna kan ta egna initiativ för att kunna agera, vilket leder till bättre funktion. Czarniawska (2004) hävdar likt Morris (2000) att genom att hålla möjligheter till förändring öppna så tillåts spontana och slumpmässiga förbättringar och förklarar att oplanerade förändringsprocesser är huvudkällan till organisatorisk förändring. Det kan tyckas hårdraget att jämföra oplanerade och informella processer, men båda är eniga om att utrymme åt individen för översättning, egna initiativ eller spontana förbättringar gynnar förändringar. Det vi vill lyfta fram i undersökningen är dess likheter på individens utrymme att driva och utforma förändringsprocesser. Morris (2000) beskriver att den informella strukturen är viktig på en individnivå för att den förändrar deras attityd och förmågor i form av motivation. Individernas motivation skapar värde i processen och blir oersättningsbar. Beskrivningen av formella och informella strukturers påverkan i förändringar påminner även om Beer och Nohrias (2000) resonemang om organisationens hårda och mjuka sidors påverkan på olika nivåer. Vi förstår i Bakka m.fl. (2006) och Morris (2000) resonemang att både formella och informella strukturerna påverkar en förändring eftersom de är beroende av varandra precis som de mjuka och hårda sidorna, för att ge gynnsamma förändringar. Formell och informell struktur jämfört med de hårda och mjuka sidorna av en verksamhet, är för lika för att inte peka ut i detta avsnitt, de beskriver samma grundidé på förändring.

3.7 Drivande faktorer för förändringsarbete

Moran och Brightman (2000) tar i sin artikel *Leading organizational change* ett perspektiv på förändringar som är icke linjärt och baseras på individerna i förändringen likt Morris (2000) och Bakka m.fl. (2006). De ser förändring som en kontinuerlig process som ständigt förnyar riktning likt Czarniawska (2004) och Weick (2000), men betonar betydelsen av att flytta fokuset från den faktiska förändringen till förändringens påverkan av olika drivkrafter som finns och skapas i processen. De ser drivkrafter som en viktig del av förändringsprocessen genom att studera förändringen förankrad hos individerna i en process som drivs av tre kraftfulla drivkrafter; syfte, identitet och expertis. De uppmuntrar dialog och reflektion precis som Czarniawska (2004) och Weick & Quinn (1999) i en process eftersom de kraftfulla drivkrafterna under förändringar förändrar människors syfte, identitet och expertis. Moran och Brightman (2000) hävdar att om det inte är tydligt hur människorna i processen kan förankra sina drivkrafter till processen så tenderar de att motsätta sig förändring. Kommunikation i processen är viktig för att främja hur individerna förankrar sitt syfte och expertis till förändringen, eftersom processen påverkar individernas upplevelse av sin drivkraft (Moran och Brightman, 2000).

Moran och Brightman (2000) menar att effektivt förändringsarbete kräver en stor kraftansträngning, då arbetet utlöser oförutsedda utfall, som i processen är nödvändiga att se över för att uppnå sitt mål med förändringen, likt Czarniawska (2004). De hävdar att förändringsarbetet måste komma både uppifrån och nerifrån i organisationen för att ge en vision, skapa struktur och uppmuntra deltagande. Likt Beer och Nohrias (2000) "top down" och "bottom up" ser de att dessa sidor måste balanseras och samverka för att förändringen ska få gynnsamma effekter. För ett framgångsrikt och hållbart förändringsarbete är det även viktigt att integrera människorna i arbetet på en personlig nivå och att kunna kvantifiera organisationens mål. De kopplar drivkrafterna i en förändring till en cykel likt Weick och Quinns (1999) kontinuerliga teori. Ledarens roll är att skapa en miljö som öppnar upp för nytänkande och engagemang för att deltagarna i processen ska inspireras och vara delaktiga. Weick och Quinn (1999) beskriver detta som sensemaking och Czarniawska (2004) beskriver processen på liknande sätt men genom att beskriva processen öppen för spontana förbättringar från individerna i den. Det är viktigt att ledaren hittar en balans mellan att förse medarbetarna med stabilitet, samtidigt som man försöker hålla organisationen anpassningsbar för förändring för att de ska förstå hur deras syfte, yrkesidentitet och expertis kommer förändras i processen för att skapa medvetenhet.

Att teoretisera förändringsprocesser är nyanserat, processens övergripande faser kan vara avsiktliga och förklaras rationellt, sedan finns det synsätt där förändring är framväxande och till viss del improviserad för att kunna bemöta de utfall i processen som är oförutsägbara och irrationella. Förändringar kan även ses som en reaktion och anpassning utan ett tydligt slut och sättas i sammanhang där förändringen anses nödvändig beroende av andra faktorer. En förändring kan vara en fas, flera faser, moment, idéer, idéspridning och följa formella och informella strukturer. Fria processer som genererar ny kunskap som består av ständig översättning eller anpassning har vi kopplat till nytta och innovation. I slutet av avsnittet behandlar vi förändringsprocesser kopplat till individuella drivkrafter. Drivkrafterna hos människor är också ett viktigt teoretiskt perspektiv för att förstå hur processen involverar de som ska förändras. Gemensamt för alla teorier är betoning på vikten av att ha organisatorisk vana för att förändras. De största skillnaderna är vilken hänsyn teorierna tar till individerna i processen samt synen på ledarrollen. Alla teorierna anses vara relevanta och inte överflödiga för att förstå bakomliggande faktorer till förändringsprocesser. Med ovan nämnda teoretiska perspektiven hoppas vi ha samlat några olika teoretiska uppfattningar om förändringsprocesser för att förstå drivkrafter bakom förändring hos våra respondenter.

3.8 Kritik

De teoretiska perspektiven som behandlats är endast modeller som behandlats i olika change management kontext och besvarar i sin tur ett eget syfte. I teoriavsnittet gör vi ett försök att behandla drivkrafter bakom förändring för att förenkla komplexa fenomen av verkligheten som annars kan vara svåra att förstå. Teoriavsnittet ska betraktas som ett hjälpmedel för att beskriva våra empiriska fynd, vilket beaktas i samband med dess användning i undersökningen. Det finns även viss kritik och begränsningar i teorierna som vi försökt ha i åtanke under arbetsprocessen exempelvis att ingen av teorierna specifikt undersöker värden och att vi därmed flyttar teorierna till en annan kontext.

4. Empiri

I detta avsnitt presenteras det empiriska material som samlats in genom intervjuer. Vi behandlar upplevelse av förändringar och möjligheten att påverka och vara involverad samt vilka drivkrafter som uppfattas i processen. Avsnittet är indelat efter yrkesgrupper och tematiserade efter ämnen intervjuerna utgått från.

4.1 Sköterskorna

4.1.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem

Majoriteten av sköterskorna upplever att det har skett och sker förändringar kontinuerligt, det är främst stora förändringar i arbetssättet. Sköterskorna är eniga i uppfattningen om att dialogen är mer öppen mellan yrkesgrupper, de diskuterar de vårdande processerna tillsammans, jämfört med början av deras yrkeskarriär då klimatet inte upplevdes lika öppet. Majoriteten av sköterskorna upplevde förändringen på akuten positivt, både för patienten och medarbetarna. Majoriteten anser att denna positiva förändringen gynnar arbetsklimatet eftersom det upplevs roligare att arbeta tillsammans, nära kollegor från olika yrkesgrupper samt är bättre för patienterna. De upplever alla att förändringen möjliggör mer självständigt arbete och involvering. Sköterska 3 menar att detta arbetssätt gör att man får använda sin kompetens på ett roligare sätt och Sköterska 4 tar upp att självständigt arbete skapar bättre erfarenhet. Detta för att de kände sig mer involverade i processen och delaktiga i utvärderingen. Den generella uppfattningen är att nära kontakt mellan kollegor och läkare gjort att det fungerat bra. Alla sköterskor beskriver att det vart stimmigt eller rörigt med varierande beskrivning de första testveckorna. Alla sköterskor som varit delaktiga ser potential i förändringen och projektet. En upplevelse som återkommer i flertalet beskrivningar är att fördelningen blir tydligare i arbetet eftersom akutläkaren styr teamet. Det finns en upplevd trygghet i arbetssättet som bekräftas utav majoriteten av sköterskorna "alla arbetar självständigt mot samma mål" och alla kan diskutera fritt. Sköterska 4 anser sig tro att förändringsprocessen hittills fungerat väl för att akutläkarna är drivna i projektet, har sköterskorna i åtanke och låter dem vara delaktiga i förändringsprocessen genom att bidra med sina åsikter. Alla markerar att de upplever att förändringar lyckas bäst när alla blir involverade. Sköterska 4 ser inte hur projektet skulle fungerat utan att de fått med sig alla, av erfarenhet brukar inte tvingande förändringar få lika positivt bemötande och vara med detaljerade i styrningen, men detta är annorlunda. Sköterskan upplever att sköterskorna, under processen med akutläkarna, haft stor möjlighet att påverka för att akutläkarna har varit lyhörda i processen. Diskussioner har uppmuntrats i denna process, det har inte hänt förut, då har andra bestämt och de har inte fått bidra med sina åsikter. Vanligen så blir de bara informerade om förändringar som ska ske och detaljerat hur det ska gå till. Sköterska 4 beskriver denna enhälliga uppfattning, vilket vi tycker skildrar allas uppfattning: "Det är inte lika vanligt att förändringar kommer ner till oss på golvet." (Sköterska 4).

Sköterska 1 anser att den senaste tiden innehållit mindre fokus och diskussioner kring förändring generellt funnits i verksamheten. Anledningen upplevs vara att det krävt mer fokus på att få vardagen att fungera. Sköterska 2 upplever att förändringsförloppet oftast har en tydlig start, men aldrig riktigt ett slut. Majoriteten av sköterskorna ser begränsade möjligheter att involvera sig och va delaktig i förändringsprocesser. Sköterska 2 beskriver att kompetensen

utvecklas med förändringarna, det upplevs som ett måste att vara intresserad för utvecklingsarbete för att hänga med. Möjlighet att påverka upplevs ligga nära med att lära sig nya saker och ökad förståelse för hela processen. Sköterskan förklarar: [...] *“som sköterska får man aldrig vara rädd för förändringar och ny kunskap.”* (Sköterska 2). Sköterska 2 beskriver även alla kollegor på akuten som självständiga som ser och vågar ta möjligheten att fatta egna beslut och stå för dem. Sköterska 3 upplever att små förändringar, som exempelvis förändring av rutiner i arbetssättet, är lättare att vara involverade i och påverka än större förändringar. Sköterska 3 menar även att involvering skapar motivation bland medarbetarna. Sköterska 4 poängterar att möjligheten att påverka är olika eftersom vissa processer kräver mer struktur än bara en åsikt. Sköterskan var, tillsammans med en kollega, involverad i en process där de upplevde stort personligt fokus: [...] *“vi fick utforma förändringen så den anpassades bra genom att prata ihop oss och säga hur vi ville ha det.”* (Sköterska 4). Däremot tar sköterskan upp att sköterskorna själva inte får välja vilka processer de blir involverade i utan cheferna bestämmer över vilka som förändras och har ansvar i förändringsprocesser. Sköterskan menar på att det ibland utesluts från förändringar de velat vara delaktiga i som hade varit intressanta.

4.1.2 Från idé till implementering

Generellt upplevs det bland sköterskorna att idéer vanligtvis uppkommer hos en person som formulerar en idé som diskuteras vidare. Därefter testas de att förändra och förändras igen om något inte fungerar optimalt. Beslut om att implementera förändringar går först igenom utvärdering med kollegorna och ibland når det chefer. Inga förändringar sker rakt av, men förslag om förändringar diskuteras under morgonmöten och arbetsplatsträff (APT) innan förändringen sker. Sköterska 4 nämner att det är noggranna med information innan förändringar sätts in, ofta sker informationen muntligt eller kommer som ett PM med riktlinjer. Sköterska 2 beskriver vikten av att diskutera fram förändringar för ett bra utfall och för att alla idéer ska komma fram, input är viktig i processen. Sköterska 3 åsikt skiljer sig, upplevelsen är snarare att chefer implementerar förändringar. Sköterskorna är eniga om att deras idéer har beaktats i förändringsprocessen i samband med projektet på akuten. Sköterska 4 upplever att om man har en idé som är av större karaktär, som berör struktur så träffas chefer och medarbetare, men det beror mycket på hur mycket som ska förändras och vilken typ av idé eller process man tänker sig kostar det pengar är det svårt att få igenom.

4.1.3 Formell/informell förändringsprocess

Generellt är sköterskorna eniga om att beslut som fattas ovanifrån, uppfattas som formella direktiv, inte ger utrymme för åsikter, de är bara att anpassa sig till, följa, och förändra som de är bestämt. Sköterska 3 uppfattar att medarbetarna har en mer negativ inställning till de större formella förändringarna på grund av att de beslutas av chefer utan att de konsulteras och inkluderar medarbetarna i beslutet, trots att det är de som ska praktisera förändringen. En övervägande del av sköterskorna upplever de flesta formella förändringarna som tvingande, oftast bidrar det till mer krav i arbetet. Ekonomiska begränsningar är en annan formell faktor som flertalet av sköterskorna upplever styr arbetet i verksamheten och skapar missnöje eftersom de måste anpassa sig till det.

4.1.4 Bakomliggande drivkrafter

Samtliga sköterskor upplever att den största drivkraften för att förbättra och förändra är att det ska bli bättre för patienten, vilket också är målet med det arbete de gör. Flertalet menar också att de drivs utav att förbättra och lära sig nya saker, alla nämner kompetensutveckling som en stark drivkraft i förändringsprocesser. Sköterska 2 menar att de har krav på sig uppifrån som kräver att man testat nya sätt att förbättra.

4.2 Läkarna

4.2.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem

Samtliga läkare är öppna för nya förändringar och kunskap. De ser förändring och förbättring som en del utav vardagen. Läkare 1 anser att förändringar sker kontinuerligt i verksamheten, exempelvis deras samarbeten med övriga vårdinstanser och även i arbetet mellan kollegorna, för att förbättra för patienten. Läkaren upplever att de är lyhörda för förändring och försöker lyssna in varann, se hur de arbetar på andra sjukhus och anpassa verksamheten utefter deras resurser och kapacitet som ofta är mer begränsad än på större sjukhus. Läkare 2 upplever att det finns delade meningar kring om man hinner att ta sig an nya förändringar, det finns alltid saker att förändra och lära sig. När nya förändringar kommer från verksamheten följer de ungefär samma mönster. Beroende på vilken typ av förändring krävs det ibland mer struktur och möten. Läkare 5 menar att eftersom sjukhuset är relativt litet har man korta och snabba kommunikationsvägar, som gör det lättare att få igenom förändringar. Storleken ger möjlighet till att jobbat självständigt, vilket är väldigt uppskattat i syfte i att lära sig. Det gör också att läkaren upplever sin expertis viktig i verksamheten, samt känner delaktighet och ansvar som i sin tur är motiverande.

Samtliga läkare är positiva till den nya förändringen på akutmottagningen, även om majoriteten upplevt testveckorna aningen röriga. De upplever att förändringen har bidragit till ett bättre arbetsklimate eftersom akutläkarna ser akutmottagningen som sin ordinarie arbetsplats. Läkaren förklarar det på detta sätt: *“Tidigare slängde folk ut sig att har du varit och slavat på akuten? eller fråga om man har skyfflat patienter.”* (Läkare 2). Merparten upplever det positivt att alltid ha akutläkare på plats för att de balanserar upp akutmottagningen då de har en bredare kompetens i hantering av akutvård. Läkare 1 och 2 upplever det positivt att arbeta samlade i ett team tillsammans för att det främjar samarbetet. Att ha en kompetent och driven akutläkare på akuten har även minskat antal samtal till bakjouren i jämförelse med hur det var innan. Nedan följer förklaringen till detta:

Akutläkarens nya roll gör nytta upplever jag, då de är en kompetenshöjning för organisationen i stort eftersom de har erfarenhet kring hantering av både kirurgiska och ortopediska akuta fall och detta medför att sorteringen av patienter sker snabbare till rätt vård och bedömning. (Läkare 1)

Läkare 5 poängterar en annan positiv aspekt av förändringsprocessen; allmäntjänstgörande läkare får tillgång till bättre handledning på akuten. Det blir en undervisningskomponent för mindre erfarna läkare, som tidigare inte funnits inom akutsjukvård. Läkare 4 menar att detta

arbetssätt med akutläkare på plats på akuten gynnar patienten i och med att de inte skickas från avdelning till avdelning och att patienterna i kö snabbare får träffa en läkare. Akutläkaren kan hjälpa patienten från början till slut på samma ställe. Läkaren anser att detta arbetssätt underlättar för ett litet sjukhus då man inte har alla specialiteter som större sjukhus har. Läkare 4 anser att all personal på akuten har varit involverade och visat engagemang för projektet, även om akutläkarna har fått styra mycket. Att ha en personalgrupp som också visar entusiasm för projektet, och känner den nytta de gör, resulterar en trivsam arbetsmiljö som också gynnar patienten. Läkare 3 upplever akutläkarkonceptet som ett mer integrerande arbetssätt och bättre för både patienter och medarbetare, arbetet tillsammans skapar delaktighet och en "vi känsla".

Övervägande del av respondenterna är eniga om att det inte är hållbart att arbeta ett liv på akuten med strukturen som varit. Läkare 3 och 4 behandlar båda vikten av att utforma bra struktur och spelregler på akuten, för att skapa förutsättningar att känna sig tillräcklig under en slitsamt pass. Läkare 3 anser att oavsett yrkesgrupp i teamen är en position på akuten obekvämt och poängterar vikten av att föra dialog på ett konstruktivt sätt kring struktur i arbetsgrupperna, för att inte förbise verksamhetens mjuka värden.

Ingen av läkarna upplever det svårt att vara involverad och påverka förändringar. Läkare 1 nämner att om den möjligheten att påverka inte funnit hade läkaren inte arbetat kvar, genom att vara engagerad i sitt arbete så upplevs det oundvikligt att strunta i saker som kan lösas på bättre sätt, om det finns möjlighet. Läkare 1 upplever att de sällan tar beslut om stora förändringar, oftast gäller det förändringar som personalen på kliniken kan vara med att påverka. De jobbigaste besluten är de som personalen inte kan påverka som tas uppifrån från regionen som berör vårdplatser, nedläggning och bemanning. Utöver det uppfattas organisationen ha *"högt i tak, verksamheten är väldigt öppen för förslag på förändringar och ideer"*. (Läkare 1). Läkare 2 upplever att organisationen möjliggör sätt att sprida kunskap genom till exempel systematiska föreläsningar genom det finns möjlighet att påverka förändringsprocessens utformning med hänsyn till alla parter som kommer vara en del av förändringen. Läkare 1 förklarar att det sker att de motarbetas, men att de då kan stå på sig. Några ville ha bort morgonföreläsningarna och då vek de sig inte, för det har ett högt värde för dem att få dela kunskap mellan olika yrkesgrupper och specialiteter och för att vara uppdaterade med forskning. Det är viktigt att möjliggöra både påverkan av varandras kunskap och verksamhetens utformning. Båda läkarna belyser vikten av att vara påläst, inkludera alla som kommer påverkas av förändringen och vara lyhörd för idéer och åsikter genom att tidigt föra en diskussion och ha möten kring problematiken och den lösning man vill införa. De jobbar ihop mot samma mål, vilket har varit väldigt tacksamt och bidragit till att man får med sig medarbetarna. Detta genererar oftast ett bättre utfall för patienterna, vilket är det övergripande målet. Läkare 2 upplever inte att hierarkin är ett hinder för att kunna påverka, sjukhusets storlek är en förklaring till detta öppna klimat.

Läkare 3 och 4 beskriver att det är enormt lätt att påverka, ofta är handlingsutrymmet stort och processer kan utformas och anpassas efter expertis och patientens bästa. Ibland upplever läkare 3 att det regelmässigt från golvet påverkar beslut för att de anses skadligt för patienter och de som beslutar har ett underläge i kompetens kring patienterna för att vårdpersonalen vet mer.

Läkare 3 upplever ibland handlingsutrymmet för stort, utan rutiner blir det för mycket möjligheter, särskilt vid nystartade projekt. Däremot upplever läkaren att kompetensutbyte är bra och det möjliggör en stor påverkan på verksamheten. Uppfattningen är att verksamheten strävar efter driv att reformera och alstra en välfungerande bra verksamhet, det utrymme de får bidrar till inspiration och att nya idéer väcks och kan användas. Läkare 4 berättar att det är svårare att vara med och påverka en större förändring som kräver lite mer resurser, främst ekonomiska men att det sällan finns hinder för att testa en idé till förändring som är mindre och inte kostar något.

Läkare 5 tror att läkare under utbildning har en begränsad möjlighet att kunna påverka små och stora förändringar, då de är oerfarna. Istället har de kontinuerliga utvärderingar där man tar upp det som funkar bra och det som funkar mindre bra. Läkaren anser att det finns möjlighet att framföra tankar och idéer om förändring till en chef, men är tveksam till hur stor påverkan det hade haft beroende på hur stora förändringar det gäller.

4.2.2 Från idé till implementering

Samtliga läkare menar att grundidéer till förändringar oftast uppkommer i samtal mellan medarbetare, delar och med sig av sin kunskap och spånar på olika idéer och tankar på vad man hade kunnat förändra och förbättra och sår ett litet frö. Det beskrivs på detta sätt: *“Exempelvis idén till en kollegas avhandling, den knäckte vi i korridoren.”* (Läkare 2). Läkare 1 berättar att idéer oftast diskuteras informellt i det praktiska arbetet, sedan tar någon upp det på ett läkargruppsmöte. De upplever att små förändringar som inte kostar något, till exempel förändring av en rutin, är lättare att genomföra. De fungerar mer som förbättringsarbete vilket gynnar patienten, men även medarbetarna. Majoriteten menar att dessa idéer uppkommer när de upptäcker ett problem eller en rutin som inte fungerar. Detta får dem att fundera kring vad de kan ändra för att förbättra, lösa problemet och skapa nytta. Läkare 3 upplever att mindre förändringar inte genomgår några riskanalyser eller formella steg, utan kan implementeras inom en vecka så länge personalen är eniga i beslutet. Läkaren beskriver också att små förändringar får växa fram och ledningen befattar sig inte med mindre förändringar. Tolkning av idéspredning: *“Idéspredning sker ofta i det informella men plockas upp för att det möjliggör nytta, vi ser förbättringar för att vi bär en expertis och vill förbättra för patienten.”* (Läkare 3).

De flesta upplever att en större strukturell förändring i många fall kräver att man sätter sig ner i grupp eller diskuterar inom regionen innan ett beslut kan fattas. Dessa förändringar tar längre tid innan de kan implementeras i verksamheten, på grund av att olika led är involverade i beslutsfattandet där olika många parter påverkas. Läkaren 2 menar att vid en större mer strikt medicinsk förändring, genomförs en studie som i sin tur kräver mer resurser av organisationen, en stor ekonomi och många patienter. Majoriteten anser att det är viktigt att vara påläst, gå på möten, samtala och diskutera med kollegor och ha ett brett kontaktnät för att hålla alla kanaler öppna. Läkare 5 menar att förändringar vanligtvis sker spontant på ett morgonmöte eller liknande. Läkare 1 noterar att vissa implementerade förbättringar även kan vara förändringar av annan karaktär: *“En del av förändringarna beror på att forskning har gjort medicinska och tekniska framgångar som medfört att vi förändrat arbetssättet.”* (Läkare 1).

4.2.3 Formell/informell förändringsprocess

Läkarna skildrar att det är stor variation mellan olika förändringsprocesser, alla är eniga om att beslut ovanifrån sällan går att styra över. Läkare 1 säger att det snarare handlar om omställningar till förslag ovanifrån för att hänga med i utvecklingen och överleva som ett litet sjukhus. Anpassningen till besluten ser Läkare 1 som en styrka, förändringar kan ske smidigare och direkt på ett mindre sjukhus. De förändrar så fort de kan eftersom det inte sker förbättringar om de väntar, då blir det sämre och de får mer jobb. Förändring av arbetsprocesser upplevs ske ständigt. När de själva anpassar och driver förändringar upplever läkaren inte att alla förändringsprocesser utvärderas. Kommer det beslut om förändring som driver åt ett håll de inte samtycker med, kan de givetvis göra motstånd, men det uppfattas svårare om det berör ekonomin och om det genomgått formella steg.

Vi märker om det fungerar eller inte, ibland sker det regelrätta utvärderingar och riskanalyser, men det är mer sällan. Vi vet ofta hur saker fungerar bäst i praktiken och vissa förändringar bidrar inte alltid till förbättringar utan blir direkt sämre för både oss och patienterna. (Läkare 1)

Läkare 2 delar samma uppfattning kring förändringsprocesser nämner att beslut från ledningen ofta bidrar till missnöje. Läkare 2 upplever att förändringar uppifrån kommer som en färdig plan, även fast det bryts ner innan de implementeras bildas en stor opposition mot beslut från region och ledning. Båda läkarna betonar vikten av kommunikation och dialog kring olika förslag för att generera i ett bra utfall, trots att det ofta möts med missnöje och viss anpassning i praktiken. Läkare 5 upplever att beslut som kommer uppifrån är mer tvingande, för att den generella uppfattningen är att de missgynnar sjukvården och sjukhuset, snarare än att gynna det. Inställningen till nya förändringar uppfattas vara individbaserad, men de flesta är öppensinnade så länge det leder till förbättring av verksamheten. *“De som jobbar inom verksamheten värnar om verksamheten.”* (Läkare 5).

Läkare 3 hävdar att det är stor skillnad mellan olika förändringsprocesser, formella beslut möter stort motstånd på golvet trots att många ger sin åsikt och man går igenom olika analyser och riskutredningar. Läkare 3 menar på att expertis gör att läkarna vill förbättra för att de vet bäst, eftersom de arbetar närmast patienterna och vet vad som händer. Det beskrivs som en intuitiv förmåga och den möjliggör att de kan skapa motstånd mot förslag ovanifrån formellt genom att gå igen olika analyser och använda expertis och säga ifrån.

Läkare 3 upplever att det ofta finns en politisk och demokratisk sida vid förändringar som uppfattas vara en av de främsta drivkrafterna till större strukturella förändringar. Läkare 3 ser projektet med akutläkare som en sådan förändring. Förändringsprocess på akuten finns inga formella ramar, därför är det möjligt för läkarna att förändra hur man arbetar och involvera alla i förändringens trots att det ursprungligen är en politisk idé. Läkare 3 upplever att många förändringar sker informellt utan inblandning från ledning. Det är dialoger och små förbättringar som sker i arbetsmiljön mellan kollegor, som ibland blir underlag till formella förändringar, som bevis att det förbättrar för patienterna. Läkare 4 upplever att beslut från ovan ofta går snabbt när de väl beslutats, men att utfallen ofta inte blir som det är tänkt. Det är positivt

att de satsar på vissa projekt men incitamenten kan vara kortsiktiga och ibland inte fungera långsiktigt. Beslutet om akutläkare kom från regionen och finansieringen från dem påskyndade projektet. Läkaren förklarar att; följer man deras ramar får man stort handlingsutrymme att utforma projektet. Däremot önskar läkare 4 att ledningen hade befunnit sig närmare verksamheten för att se hur vissa ekonomiska beslut eller projekt påverkar verksamheten långsiktigt. Läkaren tror att om förslag på förändringar kommit ifrån verksamheten hade de kunnat få samma utfall, men på ett annat sätt. "Det är frustrerande när de ändrar på saker som enligt oss blir sämre istället för att ha en dialog med oss innan de inför ändringar". Läkare 4 beskriver att de ibland uppfattar sig överkörda av beslut för att spara pengar och att avståndet mellan dem på golvet och de som bestämmer är för stort.

4.2.4 Bakomliggande drivkrafter och autonomi

Samtliga läkare är övertygade om att den största drivkraften till förändring är att det ska bli bättre för patienten. De drivs utav att viljan att förbättra olika situationer för patienten, samtidigt som de letar ny kunskap och funderar kring nya idéer. De är också överens om att ekonomin är ett stort hinder för vården för att kunna genomföra förändringar. Läkare 1 berättar att de inspireras av att se hur de arbetar på andra arbetsplatser och att detta driver dem till att vara med i utvecklingen. Läkaren förklarar att drivkraften sitter hos någon eller några personer som har ett personligt engagemang, vilja och driv att förändra och förbättra. De idéer om förändring som har ett stort personligt engagemang, brukar oftast få ett bra utfall. Läkare 1 och 5 berättar att drivkraften till att förändra uppstår när ett problem uppstår som gör att saker och ting inte fungerar. Det sätter igång tankar kring hur man kan förändra för att förbättra. Lyckade förändringar resulterar i känslan av nytta och möjligheten att förbättra mer. Majoriteten av läkarna berättar att de drivs av passionen för sitt yrke, att utvecklas och att bli en bättre läkare. Läkare 3 anser att cheferna inte har samma drivkraft som de som jobbar på golvet på grund av att de får andra parametrar ovanifrån att förhålla sig till. Problemet är att de inte har pengar att göra det som de anser skapar värde, utan istället tvingas de anpassa sig efter vad allmänheten tycker att vården ska göra. Läkare 4 förklarar att personalen främst drivs utav att hjälpa och att ta hand om folk. Läkare 2 menar att medarbetarna är solidariska mot patienterna och att det är här drivkraften visar sig.

4.3 Cheferna

4.3.1 Upplevelse av förändring och möjligheten att påverka dem

Chef 1 upplever att förändringsprocesser sker för att avlasta och omfördela resurser. Förändringar beskrivs som en uppbyggnadsprocess som de ständigt arbetar med, men en tidskrävande process, innan de vågar fatta beslut. Att förändra innebär också att man måste lära sig något nytt hela tiden och till slut känner personalen en mättnad i och känner att de är tröttsamt. Chefen menar att det också handlar om att känna en trygghet i sitt arbete och på sin arbetsplats. En ny förändring rubbar lite på denna tryggheten i ens kompetens. Därför är det bra att försöka hålla en balans. Chef 2 berättar att det är viktigt att vara en tydlig chef, men upplever det svårt att inte uppfattas som för auktoritär, gör man det får man massivt motstånd.

Det ligger i hela ledarrollen att inte vara för auktoritär, för auktoritära personer tycker människor oftast inte om för att man gärna vill vara med att påverka. Som chef att ha auktoritet, att ha någon som man kan lita på, det är bra. (Chef 2)

Chefen förklarar att ingen egentligen vill förändra, det är först när ett problem uppstår eller när något inte fungerar som folk vill förändra. Upplevelsen är att man alltid måste tänka förändring, vilket majoriteten av cheferna är överens om. Chef 3 menar att det ibland kan bli tröttsamt när de inte hinner landa i den nya förändringen innan en till är på ingång, vilket även Chef 4 känner igen sig i. Cheferna är eniga i att de vill testa och vara involverad i förändring och utvecklingen. Ekonomin upplevs dock av alla som en stort hinder för att driva förbättring och förändring. Chef 4 förklarar att de hela tiden måste genomföra förändringar för att vara med i utvecklingen och betonar att det är viktigt att revidera tidigare förändringar. Chef 5 upplever att medarbetare påverkar och involveras bättre när de förstår sin roll i ett större system. Chefen försöker i sitt arbete underlätta och driva förbättring och kvalitetsutveckling i alla vårdprocesser, både i vårdens vardag och i sin helhet. Detta för att skapa förutsättningar för andra chefer för att de ska förstå och hjälpa dem att stötta medarbetare. Chefen berättar om problemet med upplevt gapet mellan ledning och vardag och förklarar att det beror på den dåliga tilltron emellan dessa. De vill minska detta gap genom att arbeta med mikrosystem i vardagen. Detta för att resultat aldrig blir bättre än vad som faktiskt händer i vardagen.

Chef 1 vill arbeta proaktivt, vara steget före och kunna påverka beslut. Det är viktigt att börja bearbeta och få med sig andra chefer först som arbetar närmare medarbetarna. Först då kan cheferna skapa trygghet i processen och förmedla förändringar. Chef 3 menar att möjligheten att kunna vara med och påverka förändringar kan skilja från fall till fall. Cheferna inkluderar medarbetarna genom dialog kring förändringsarbete, både under utbildningsdagar men även genom informella samtal, detta beskriver även Chef 2 är viktigt eftersom i de flesta fall är medarbetare som utför den praktiska förändringen. Chef 4 berättar att de inte alltid är med och påverkar förändringar, till exempel om det är rent medicinska saker som ska ändras. Chef 5 känner sig kunna påverka i en större skala: *“Det enda jag kan göra är att försöka förmedla energi och kunskap och inspirera folk. Försöka att sätta bollar i rullning eller inspirera att folk ska sätta bollar i rullning.”* (Chef 5). Chefen berättar att det alltid finns möjlighet att föra en diskussion kring förslag till förbättring, förslagen kan handla om förändring och förbättring gällande problem som kan uppstå i vardagen och nå högre chefer. Chefer vänder sig till varann för att lyfta fram olika frågor och uppmärksamma att det finns ett problem för att få stöd att arbeta med de frågorna. Chefen uttrycker nöjet av att vara delaktig i olika projekt, eftersom chefsrollen gör att de hamnar längre ifrån det praktiska och det är viktigt att fortfarande ha kontakt med vardagen.

4.3.2 Från idé till implementering

Chef 1 berättar att det främst är läkare och sköterskor som förändrar och anpassar processerna och kommer med ideer, eftersom de har kompetensen och står närmast patienterna. Det kan ta ett tag för en process att mogna, men är jätteviktigt för att förbättra vården på liknande sett inom verksamheten. Chefen belyser vikten i att föra en dialog och transparens, även om beslut om förändringen inte är färdigt. Detta för att kunna vara proaktiv och skapa trygghet i processen

för att förebygga och bearbeta förnekande, omställningar och sorg som vanligt uppkommer om de är otrygga i processen. Det kräver tålamod för få med sig alla ska gå igenom en förändringsfas, så inte gapet mellan chefer och medarbetare blir för stort. Chef 4 och 3, berättar att det sker flera samtal och regelbundna möten inför en förändring där ideer och förslag tas upp från medarbetare under processen. Därefter beslutar de om ideer ska testas och implementeras. Cheferna beskriver att drivande medarbetare främst utvecklar och driver processen.

4.3.3 Formell/informell förändringsprocess

Samtliga chefer är överens om att när ett beslut om ett uppdrag kommer uppifrån så ska utföras med viss möjlighet att påverka innehållet i beslutet och dess detaljer. Chef 3 exemplifierar detta genom att berätta att de kan direktiv uppifrån om vilka resurser de får tillgång till. De är delaktiga genom att bestämma hur resurserna ska fördelas, som ett exempel tar de upp akutläkarprojektet. Både Chef 3 och 4 berättar att i många fall när de får ett beslut uppifrån och ska det bara utföras utan vidare diskussion. Detta är något Chef 5 inte håller med om. Chef 4 menar dock att de i många fall får se över innehållet i beslutet för att kunna säkra övergången. De utför en risk och konsekvensanalys och i vissa fall är även läkare och sköterskor involverade i denna diskussion för att få med alla professioner. Chef 2 poängterar fördelen att både va chef och läkare, för att expertisen kan göra motstånd mot förändringar: *“Vi har en överlägsen kompetens inom det vi håller på med och detta är ju ett kunskapsföretag och kunskap är makt.”* (Chef 2).

Chef 1 förklarar att när det gäller övergripande förändringar så är cheferna involverade i besluten och processen för att övervaka kvaliteten om politiska mål som styr förändringar. Chef 1 berättar att beslut uppifrån ofta bemötts med stort motstånd från medarbetarna för att de inte anses ge den bättre kvalitet som är tänkt. Chef 5 berättar igen att det finns ett stort gap mellan ledning och vardag inom vården eftersom inget sker linjärt, vissa direktiv ger helt andra utfall än tänkt. Chefen hävdar att i komplexa organisationer som sjukvården kan personalen struntar i dåliga beslut. De tolkar dem och anpassar beslutet till sin vardag. Det finns alltid en autonomi och möjligheten att ifrågasätta. Det handlar om att ha en dialog och förståelse kring hur de kan hjälpa varann och bygga tillit vid förändringar som minskar förtroende. Chef 5 pekar ut att det komplexa i vårdsystemet är att ekonomin är mer institutionaliserad än de värdeskapande systemen som är mer kvalitetsinriktad, alltså att ekonomin trycker ner det värdeskapande. Chefen menar att går att påverka genom formella styrverktyg men att det är svårt att förstå formella och informella processerna för att möta vardagen och skapa värde på lång sikt. Att tvinga folk genomföra förändringar har en väldigt dålig prognos för att de då strävar efter att återgå till hur det var innan.

4.3.4 Bakomliggande drivkrafter och autonomi

Alla chefer är överens om att vårdens största drivkraft till förändring är att göra det bättre för patienten. Drivkraften ligger i patientens behov och lockar fram idéer för förbättring och förändring. När det blir bra för patienterna skapar det även en positiv arbetsmiljö för medarbetarna. Majoriteten av cheferna berättar också att de hela tiden drivs av ny kunskap, möjligheten att lära sig och att vara en del i ett sammanhang. De betonar vikten av att bevaka

patientfokuset som chef. Chef 2 berättar att bakomliggande drivkrafter också är pengar, människors nyfikenhet och kapitalism. Att tjäna lite bättre gör att människor drivs lite hårdare, även om patientens behov alltid går först och ekonomin får anpassa sig. Chef 2 förklarar att man kan driva personalen genom att se deras behov och vara uppmärksam på vad för typ av uppgifter de uppskattar att genomföra. Ett flertal anser att rätt arbetsuppgifter till rätt person ger stimulans och driver dem. Chef 5 berättar att det finns en stor autonomi bland medarbetarna i verksamheten. Att de har en inre drivkraft med självbestämmande. De vill kompensera för ett dåligt system eftersom de känner personligt ansvar och upplever jobbet meningsfullt. Chefen menar att deras utmaning, vid arbete med formella förändringsprocesser, är att ta tillvara på drivkraften hos medarbetarna. Utmaningen är att få dem tänka mer systematiskt och behålla yrkesstoltheten och autonomin, inre drivkraft och stötta dem. Då utvecklas verksamheten genom deras drivkraft om cheferna kan se till att bibehålla och stötta deras drivkraft. Chefen förklarar att förutsättningen för att vilja förändra ligger i att känna en inre drivkraft. Folk måste känna för att förändra. Finns inte den inre drivkraften och autonomin hos människor brukar det inte gå bra. Det handlar om att föra en dialog kring förändringar för att skapa förståelse kring dem.

5. Analys

I detta avsnitt kommer vi att redogöra de relationen mellan empiri och teori vi funnit kunna förklara de fenomen vi undersökt. Verksamhetens upplevelser kopplas till det teoretiska avsnittet och vi analyserar de likheter och skillnader vi ser i den pågående processen och generella förändringar som upplevs av de olika yrkesgrupperna. Utgångspunkt för analysen görs utefter empirins yrkesgrupper.

Inledningsvis vill vi i analysen presentera ett intressant övergripande fynd i empirin. Det finns enhetligt återkommande upplevelse som tas upp av respondenterna; de skiljer förändringar åt. Det påtalas finnas en extern påverkan till förändringar som benämns ”beslut ovanifrån”, vilket vi menar vara en påverkan från ledning som till viss del är bidragande till förändringars uppkomst. Det är beslut om förändringar som individerna upplever svåra att påverka, men spelar en viktig roll för verksamhetens funktion och existens. Vi kommer benämna den externa påverkan som tvingande eller formella beslut om förändring. Vi tycker oss funnit en dissonans mellan de formella förändringarna som beskrivs ovan och i det klimat respondenterna upplever i vardagen. Inom alla yrkesgrupper beskrivs ett generellt missnöje och motstånd till förändringar de inte fått vara delaktiga i. Vi upplever att det verksamheten tenderar “top down” (Beer och Nohria, 2000) styrning vid förändringar, vilket är förståeligt eftersom många antyder att ekonomin styr i majoriteten av förändringarna och många talar om detaljstyrning, främst sköterskegruppen.

Det kan konstateras att vissa förändringar precis som Beer och Nohria (2000) antyder kräver en striktare och hårdare formell styrning. Denna iakttagelse på empirin tycker vi tenderar värdera de hårda värdena, i nuläget, högre. Verksamheten innehar de mjukare värdena, men integrerar dem inte lika tydligt i förändringar. Iakttagelsen kan bekräftas förenlig med teorin eftersom en övervägande majoritet upplever att den hårda sidan, där motivet till förändringar är att generera ett ekonomiskt värde, prioriteras och drivs planerat av en stark ledning vid förändringar och förklarar varför cheferna möter motstånd när de uppfattas auktoritära. Detta kan även förklara varför sköterskorna är den yrkesgrupp som uttrycker att de har minst att säga till om. De har de minst ledande positionerna och arbetar ofta självständigt efter tydliga arbetsuppgifter. Typiskt en organisation med övervägande hård styrning enligt Beer och Nohria (2000). Däremot finner vi mycket av den mjuka styrningen i beskrivning av den praktiska verksamheten, där sköterskorna upplever det möjligt att påverka i större utsträckning. Detta bekräftar att de mjuka värdena finns, men existerar informellt i verksamheten. Vi har valt att kalla processer, där expertisen kan påverka och förändra verksamheten, för informella processer. Oftas är det förbättringar och idéer som inte medför stora kostnader. Läkarna beskriver till stor del informella processer i verksamheten genererar förändring, likt översättningsmodellen av Czarniawska och Sevón (1996). Förändringar beskrivs av läkarna diskuteras och testas fram, likt hur Czarniawska (2004) beskriver hur alla i processen kollektivt skapar den genom översättning av idéer, vilket berikar ursprungsidén och processen utvecklas genom friktionen av fri översättning.

Cheferna påtalar en medvetenhet kring de mjuka värdena och vissa beskriver konkret hur de mjuka värdena i organisationen prioriteras bort. Vi ser belägg att de även finns “bottom up”

(Beer och Nohria, 2000) eftersom cheferna inte upplevs blanda sig i informella processer. Detta visar istället på ett utrymme de skapar för personalen att forma verksamheten. Bakka m.fl. (2006) menar på att detta är viktigt, eftersom tolkning och autonomi väcker nya tankebanor och individerna i processen kan finna egna lösningar på vissa formella beslut. Vi upplever att individerna är innovativa inom givna ramar, det finns tydliga incitament på att idéer som uppkommer används och försöker skapa nytta. Vi tolkar av respondenternas svar som att de formella förändringskraven ofta har mindre utrymme för tolkning och anpassning. Genom att applicera Rogers (2003) diffusionsmodell, och de kritiska aspekter Czarniawska och Sevón (1996) ser med den, tycker vi oss förstå hur formella beslut för verksamheten försvagas och förvrängs i praktiken. Det förklarar missnöjet och motståndet medarbetarna visar eftersom de inte får anpassa ursprungsidéen och förändringen upplevs därför ge dåligt utfall. Miljön är inte friktionsfri precis som Bakka m.fl. (2006) menar är vanligt. Vi finner ett etablerat motstånd till formella förändringarna och detta kan förklaras genom att översättningen inte är fri, utan styrd om man tolkar hur de upplevs av personal. Cheferna blir förmedlare av de formella förändringarna som ska diffunderas i verksamheten och processen fungerar inte som ett erfarenhetsbaserat styrverktyg som Weick (2000) föreslår, utan som en styrning. Det som inte riktigt stämmer med Czarniawska och Sevóns (1996) resonemang är att de dömer att förändringarna misslyckas. De tendenserna ser vi inte passar i denna kontext, utan snarare att friktionen göder motståndet, skapar en känsla av maktlöshet och minskar känslan av delaktighet.

Det som med försiktighet skildras av vår begränsade data är att förändringar i verksamheten kräver mycket energi. Kraftsamlingen ger inte de tänkta utfallen och formella förändringar går i normalfall inte "bottom up" (Beer och Nohria, 2000). Samverkan i processerna ser vi avsaknas och sensemaking vid förändringar upplevs svårt för cheferna. Balansen mellan att förse personal med stabilitet och trygghet och samtidigt möta formella krav är en kritisk faktor som tydligt framkommer. För att avsluta denna inledande del vill vi förtydliga att "beslut ovanifrån" tenderar att ske mer diffunderande och förenlig med de framväxande och statiska fasperspektiven i teoriavsnittet (Lewin 1997; Weick & Quinn 1999). Det skiljer sig från de informella förändringarna som upplevs ha mer gemensamt med de ständiga och kontinuerliga perspektiven i teoriavsnittet.

5.1 Analys av sköterskorna

Bakka m.fl. (2006) förklarar att alla i en förändring har olika funktion och när beslut fattas långt från den praktiska verksamheten och förklarar det varför sköterskorna upplever det svårt att förstå och tolka formella beslut. Därför visar sig missnöje och bristande engagemang från sköterskorna. Det som påtalats och uppkommer är att det inte är lika vanligt att förändringar kommer ner till golvet enligt sköterskorna. Detta tolkar vi bekräfta att de inte kan påverka vissa delar av förändringar. Tolkar vi sköterskornas uppfattning av förändring efter episodiska teorierna (Lewin 1997; Weick & Quinn 1999) som presenterats, finns det många likheter, trots att de alla upplever att förändring sker kontinuerligt i verksamheten. Detta eftersom de beskriver en förändring med en tydlig start med information på möten med chefer. Majoriteten upplever en start i processen, vilket liknar de episodiska förändringarna som Weick och Quinn (1999) beskriver och bygger på Lewins (1997) fasmodell. Sköterskorna beskriver förändringen

mer som ett förlopp som ofta börjar om. Detta tolkar vi som att de är mer mottagare av förändringen snarare än de som utvecklar och driver den. Involvering upplevs ofta bristande eller selektiv eftersom det inte är självklart att få engagera sig i förändringar. Vi tycker oss se att organisationen misslyckas utnyttja det Bakka m.fl (2006) värderar högt; individerna i processen. Tar man ett kritiskt förhållningssätt är det eventuellt inskränkt att se det som ett misslyckande som Bakka m.fl. (2006) påstår, men det går att tyda att involvering är bristande och ofta förekommer i processen. En av sköterskorna beskriver att förändring är trögt, fokus ligger på att få verksamheten att fungera. Det visar på att det finns organisatoriska hinder som gör det svårt att förändra och möjliggöra förändring inifrån verksamheten, vilket belyser att den hårda formella styrningen är ett hinder. Motståndet sköterskorna talar om tolkar vi som att verksamheten glömmer av att involvera individerna i processen, vilket enligt Bakka m.fl. (2006) gör att de upplever maktlöshet.

Sköterskornas uppfattning förklaras bäst med Rogers (2003) diffusionsmodell och Weick & Quinns (1999) episodiska förändringar, eftersom processen beskrivs innehålla förberedelser och ett dynamiskt förlopp likt Lewins (1997) "unfreeze" fas. Vår tolkning är att de upplever att de ska förverkliga ursprungsidéerna, men att det inte är vanligt att de kan utforma processen. Fasperspektivet är förenligt med sköterskornas uppfattning eftersom de oftast inte utvecklar förändringarna själva (Lewin 1997; Weick & Quinn 1999). En intressant iakttagelse är att deras drivkraft att förbättra och förändra vården också är ett formellt mål. Det som kan förklara att de känner sig delaktiga och involverade är att det finns informella strukturer som de själva kan styra. Sköterskorna visar ha en stark drivkraft att själva vilja utvecklas i förändringar och skapa värde för patienterna. Verksamheten och sköterskornas mål är densamma, men drivkraften är olika. De upplever sitt arbete betydande och meningsfullt, men menar på att verksamhetens förändringar oftast gör det svårare för dem att fylla den med värde detta förstår vi med Morris (2000) teori; de informella strukturen möjliggör att de i viss mån kan ta egna initiativ trots hård styrning vilket motiverar dem att agera med viss autonomi inom givna ramar.

5.2 Analys av läkarna

Vi anser oss ha hittat en struktur som kan förklara de främsta drivkraften till förändringsarbete hos gruppen av läkare. Läkarna beskriver ett stort utrymme för att uttrycka sin åsikt kring förändringar och ett motstånd mot formella förändringar de inte anser förbättrar verksamheten. De har ständigt fokus på kvalitet, kommunikation och teamarbete, vilket kännetecknar teori O och "bottom line" styrning (Beer och Nohria, 2000). Deras motstånd kan förklaras med hjälp av Morris (2000) informella strukturer. Läkarna beskriver till stor del informella processer i verksamheten som genererar förändring, som är oplanerade, men ger spontana och slumpmässiga förbättringar genom test. Det läkarna beskriver är identiskt med Morris (2000) beskrivning om hur informella nätverk tar sig förbi formella beslut. Vi tycker oss se hur läkarna använder sin expertis för att visa hur det kan leda till bättre funktion vid en förändring. Läkarna blir inte som sjuksköterskor mottagare till förändringar, utan ser förändringar som möjligheter att reagera på. De planerar inte förändring, utan låter idéer och externa innovationer skapa nytta. Czarniawska (2004) beskriver att oplanerade förändringar är huvudkällan till förändring och det passar med läkargruppens syn på processer. Vi uppfattar att läkarna har en lösningorienterad syn på arbetsprocesser, vilket är centralt vid värdeskapande för patienterna.

Generellt beskriver de förändringar som vardag, hur diskussioner och förbättring sker spontant under arbetsdagen, vilket går helt i linje med Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodell. Läkarna beskriver att lösningarna uppkommer som en konsekvens av strävan att göra nytta. Vissa av dem hävdar att det är en intuition som finns kopplad till läkarrollen. Allt läkarna upplever är beskrivande för ett ständig förändringsperspektiv. Vi ser en tillämpning av diffusionsteorin, innovationer uppkommer i läkargruppen eftersom de tar ny kunskap, resurser som ideer och förbättrar. De skapar värde i form av nytta som de sedan tillämpar och översätter, genom att dela innovationer. Även deras passion för yrket är en oersättlig drivkraft till förändring.

Applicerar vi Moran och Brightmans (2000) teori förstår vi varför den informella strukturen är viktig vid förändring av en komplex verksamhet. Bortser man från den faktiska förändringen så är individens drivkraft en av de starkaste för informell förändring i verksamheten. När respondenterna fick utgå från sin egen drivkraft i förändringen upptäckte vi en homogen uppfattning. Drivkraften vi urskiljer är att alla har ett tydligt eget definierat syfte, att vårda och förbättra för patienterna. Vi vågar påstå att detta är orsaken till att de, trots missnöje mot hur vissa formella strukturer och förändringar sker, upplever deras jobb meningsfullt. Den mänskliga faktorn medkänsla tror vi är av betydelse. Vissa läkare kallar det intuition, vissa menar på att det kommer naturligt när man arbetar nära patienterna, Morris (2000) benämner det hängivenhet och engagemang. Morris (2000) belyser vikten av en stark informell struktur vid förändringar när de formella möter motstånd och upplevs svaga. Informella strukturer är viktiga på en individnivå för att de förändrar individerna i processen. Både sköterskorna och läkarna beskriver att en av drivkrafterna är just individuell kompetensutveckling i samband med förändringar och detta menar Morris (2000) gynnar verksamheten, men även individerna för att den ger dem motivation att engagera sig. Han menar att individerna skapar oersättligt värde i processen. Det går att urskilja i empirins samlade uppfattning om att medarbetarna anser sig själva viktiga för verksamheten. Däremot saknar vi belägg för att kunna styrka resultat, men en inverkan på förändring tycker vi syns i personligt engagemang i vår insamlade data.

5.3 Analys av cheferna

Chefernas uppfattning är mer tvetydig att tolka än de andra yrkesgrupperna. Vi tycks tro att det beror på att de har olika roller och olika stort ansvar i verksamheten. Vissa av dem pekar på just det vi sett, att individerna är den främsta drivkraften som Moran och Brightman (2000) hävdar. Cheferna beskriver hur de försöker att ta tillvara på sin personals förmågor i förändringar, men att det även kan vara riskfyllt att basera förändringar endast på ett fåtal individer. De samtycker däremot inte helt med de kontinuerliga förändringsprocesserna eftersom de upplever att verksamheten, varje gång de genomgår förändringar, måste lära sig nya saker och att det finns en mättnad. De konstaterar att det är tröttsamt och inte alltid välkomnat med ständig förändring från personalen. De talar mycket om att skapa en balans mellan trygghet i personalens kompetens och att tvingade förändringar från ledning gör att de uppfattas auktoritära. Rollen som ledare för expertis handlar i deras beskrivningar att i vissa fall styra hårt och stå på sig och samtidigt vara en person man kan lita på. Detta beskriver mer ledarskapet utifrån ett episodisk förändringsperspektiv av Weick och Quinn (1999) eftersom de talar mycket om att vara proaktiva och bearbeta personalen i ett förberedande stadium innan

förändringar. De tenderar att möta ett stort motstånd från medarbetarna om de bara uppvisar en auktoritär sida. Detta visar ett behov av att bearbeta information innan förändring, precis som Lewins (1997) "unfreeze" fas som beskriver upplösning av en befintlig struktur och skapande av delaktighet med syfte förebygga att motstånd växer mot förändringen.

Cheferna uppfattar vi har ett helhetsperspektiv på förändringar eftersom de talar om omfördelning av resurser. Vi förstår på detta sätt att de är delaktiga i de beslut som tas uppifrån men agerar enligt oss mer som förmedlare av förändringar. Chefernas uppfattning visar i vissa fall på medvetenhet och försök på att se individerna i processerna, men pekar även ut de komplexa förhållandet mellan balans i ekonomi, förändring och patienternas perspektiv för att hålla kvalitet. Precis som sköterskorna och läkarna anser cheferna att ekonomin är ett stort hinder för att driva förändringar. Några av cheferna beskriver hur de arbetar för att stötta medarbetare och värdesätter deras expertis och förmågor högt. Vi uppfattar att vissa vill forma starkare autonomi vid förändringar och genom förutsättningar för firare handlingsutrymme. Detta liknar med Czarniawskas (2004) översättning vid processer, men kan inte ske helt friktionsfritt eftersom vissa faktorer, såsom ekonomin, gör att man inte kan gå utanför ramarna. Eftersom cheferna menar på att medarbetarna skapar bättre förståelse för förändringsprocesser genom att de involverar dem i dialogen och låter dem vara med och påverka, liknar det mer de ständiga perspektiven på förändring. Det liknar även Moran och Brightmans (2000) förhållningssätt till förändringsprocesser, där de belyser vikten av människans drivkrafter, att se människan i förändringen och hur de påverkas av dem. Vi ser informella processer i vardagen mellan cheferna och medarbetarna, vilket pekar på att det finns en viss likhet med improvisation i processer likt ständiga perspektiven på förändring. Vi tolkar chefernas resonemang kring drivkraft att det i slutändan alltid försöker förbättra för patienten likt de andra yrkesgrupperna, men samtidigt förstår vi att de har en mer systematisk utgångspunkt. Cheferna har en annorlunda agenda som förklaras med Czarniawskas (2004) teori. Det är deras strävan att finna balans mellan stabilitet och anpassning till förändringar. Ett annat perspektiv från cheferna som är förenlig med teorin är att vissa av dem ser förändringar som en ständig process likt Moran och Brightman (2000), genom att de beskriver ledarrollen som ett sätt att påverka, mobilisera och inspirera individerna att förändra.

5.4 Akutläkarprojektet - en formell process med undantag?

Den pågående processen på akuten har en distinkt skillnad i jämförelse med den generella uppfattningen. Införandet av akutläkare och deras projekt var ett formellt beslut från regionen. Ingen av respondenterna beskriver ett motstånd mot denna formella förändring, utan beskrivningen är positiv och innefattar ord som involvering, delaktighet och förbättring. Det gör förändringen unik och förklaras med Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodell som är vanligare att hitta i förändringsprojekt. Införandet av akutläkare och ett nytt arbetssätt har involverat alla genom diskussioner, utvärderingar. Det har upplevts som en öppen process som ska formas av de som ska arbeta med förändringen. Drivkraften bakom är ett tydligt formulerat syfte att förbättra arbetsmiljön på akuten och förbättra patienternas vård. Projektet har gett utrymme för improvisation och utveckling av kunskap för alla inblandade yrkesgrupper. Förändringen beslutades ovanifrån i hopp om att förbättra akutmottagningen, vilket vi uppfattat att alla respondenter, oavsett yrkesgrupp, som deltagit i undersökningen är

eniga om. Cheferna ser potential i akutläkarprojektet och finansiering var viktigt för att kunna dra igång satsningen. De ser projektet om en win-win situation, personalen är nöjda och engagerade, politikerna får bättre kvalitetsmått, patienterna snabbare vård. Czarniawska och Sevóns (1996) översättningsmodellen förklarar varför läkarna som driver projektet genom sitt firare handlingsutrymme kunnat involvera och utveckla motivation kopplat till sin expertis och identitet, som förändrat riktningen och påverkar och involverar alla yrkesgrupperna i processen. De drivande krafterna läkarna har liknar vi med Weick och Quinns (1999) sensemaking i en ständigt föränderlig process. De har utan givna ramar improviserat och involverat alla i förändringen, skapat dialog och trygghet för att uppdatera den pågående praktiken och omdirigerat med en professionell inriktning. Denna teoretiska koppling tror vi uteslutningsvis gett den förbättring alla tycks se i projektet. Detta är även en tolkning av Morris (2000) och Moran & Brightmans (2000) managementteorier fast det är inte uttryckt med samma vokabulär av respondenterna, men är näst intill identisk sett till kommunikation och involvering. Processen upplevs främja de drivkrafterna som Moran och Brightman (2000) ser viktiga, syfte och expertis. Syftet är tydligt, alla arbetar mot samma mål och det förenat till att expertisen utvecklas, det gör projektets processer utmärkande i beskrivningen från sköterskorna och läkarna. Värt att poängtera är att projektets process skett helt utan denna teoretiska kunskap, verksamhetens informella processer har utformats spontant för att medföra nytta främst genom läkarnas drivkraft att förbättra och involvera. Projektet har ur ett helhetsperspektiv förbättrat inte bara akutmottagningens funktion utan verksamheten i stort. Processen tolkar vi bekräfta att individens drivkraft kan ge värdeskapande förändring utan stark styrning.

5.5 Diskussion

Hellström, Lifvergren, Gustavsson & Gremyr (2015) har studerat kritiska metoder i förbättringsprocesser inom management på ett sjukhus och konstaterar att ett evolutionärt perspektiv på innovation behövs. Hellström m.fl. (2015) har studerat sjukhuset som en professionell organisation som aktivt jobbar med förbättring av processer och kritiserar sjukvårdssektorn för att för att inte kunna anpassa sig till nya innovationer från ledningen. I vår undersökning exponeras ett motstånd mot förändringar från ledning, vilket bekräftar den kritik forskarna ser förhindrar förändringar. Hellström m.fl. (2015) konstaterar att för att förändringar ska accepteras och kontinuerligt möjliggöras samt involvera, krävs det dialog och reflektion i verksamheten. Vi tycker oss också kunna konstatera att verksamheten har kapacitet att utveckla hur de förbättrar processer och att ett evolutionärt synsätt på förändring, likt Hellström m.fl. (2015), hade gynnat verksamheten. Däremot stämmer detta bättre överens med de formella förändringarna än de informella som redan har en innovativ karaktär och nyttskapande enligt oss. I en annan studie gjord av Glouberman och Mintzberg (2001) förklarar de att en större differentiering i kunskapsnivån, bland olika enheter inom sjukvården kräver bättre integration. De kritiserar sjukvårdssystemet för dess brister i integrationen när differentieringen har ökat. Detta har vi uppmärksammat fungerar i praktiken i vår undersökning, där förändringsprocessen med akutläkare har skapat mer integration mellan medarbetarna på akuten genom bättre upplevd struktur i arbetet och gemensamma mål. Projektet har lyckats integrera som studien föreslår trots olika yrkesroller och kunskapsnivåer.

Glouberman och Mintzberg (2001) anser att utvidgande av sin kunskap också leder till integration. Sjukvården är beroende av forskning och utveckling, där ekonomiskt stöd och stöd från ledningen har en betydelsefull roll vilket det framkommer ha haft i projektet på akuten. Glouberman och Mintzberg (2001) hävdar att de gemensamma intresse för de som arbetar inom vården är det enorma engagemanget för sitt syfte. De tenderar att vara extremt hängivna till sitt arbete genom personlig uppoffring av tid och resurser för att uppfylla sitt syfte med arbetet. I vår undersökning ser vi tydliga tecken på denna hängivenhet hos medarbetarna. Det visar sig i både drivkraft och motivation som syftar till att alltid oavsett omständighet förbättra för patienterna och utveckla egen expertis samtidigt. Denna tidigare studie bekräftar några av de aspekterna vi belyst som en drivande faktor till förändring i undersökningen.

Hellström, Lifvergren & Quist (2010) beskriver i sin studie om processhantering inom svensk sjukvård att de funnit en klyvning mellan de horisontella och vertikala värdena. De finner kritik mot förvaltning och kontrollsystem som de menar skiljer de som arbetar kliniskt och de som inte gör det, liksom vår undersökning finner ett gap mellan ledning och vardag och upplevelse av förändring som vi kopplat till de mjuka och hårda sidorna i analysen. De beskriver hur medarbetare förbättrar processer och att formella faktorer förhindrar processutveckling inifrån verksamheten. Hellström, Lifvergren & Quist (2010) ser expertis och dess förbättringsarbete som en garant för samordning, vilket vår undersökning kan bekräfta fortfarande existera genom att kolla på utformningen av projektet på akuten samt hur vissa chefer pratar om vikten av att uppmuntra autonomi och inre drivkraft för att lyckas med förändringar. De har funnit att organisationsstrukturen på många sätt blir ett hinder för att uppnå förändringar och tolkar en frustration särskilt från de som arbetar kliniskt. Detta tycker vi framkommer i vår analys främst i det missnöje och motstånd många av medarbetarna känner mot formella förändringar. Författarna förklarar att det är förståeligt eftersom det finns en bristande förståelse för hur den formella processhanteringsidén närvarar i praktiken och förklaras för medarbetarna. Vi har indirekt funnit detta i empirin främst hos sköterskorna när de beskriver att förändringar handlar om anpassning från deras sida utan att kunna påverka. De avslutar med att beskriva hur svår balansgång sjukvårdsorganisationer har för att balansera de vertikala och horisontella värdena för att undvika att slösa energi. Vi finner även detta i undersökningen främst hos cheferna som beskriver hur de aktivt försöker balansera olika aspekter vid förändringar och generellt i analysens resonemang om samverkan mellan hård och mjuk styrning.

6. Slutsats

Syftet med vår undersökning var att kartlägga de bakomliggande faktorerna i förändringsprocesser som potentiellt finns inom vården. Vårt fokus har varit individernas upplevelse av processer vid förändring, idéspredning, involvering och de potentiella drivkrafterna de ser medför förändring. Det vi funnit är att flera av de teoretiska perspektiven vi presenterar går att förena och förklara deras upplevelse av förändringsprocesser. Upplevelsen inom yrkesgrupperna sköterskor och läkare var homogen, de upplevde det svårare att påverka formella förändringar men påtagligt mer involverade i informella förändringar i vardagen. Uppfattningen var aningen tvetydig i chefsgruppen, men alla fortfarande förenliga med olika teoretiska perspektiv. Uppfattningen av verksamheten förklarades med flera betydande infallsvinklar och skildringar. Med det sagt kan vi konstatera att vi lyckats fånga individernas upplevelse av förändringar och drivkrafter i processen och uppfyllt syftet med undersökningen. Undersökningen är utifrån många aspekter begränsad i sitt omfång. Den lokala uppfattning anser vi inte tillräckligt för att på något sätt generalisera till hela sjukhuset eller vården. Vi föreslår att se undersökningen som ett ytterligare bidrag till hur medarbetare vid ett sjukhus upplever förändringar, samt ge ett perspektiv på faktorer som driver verksamheten. Intresserade kan ta lärdom av bidraget och det kan eventuellt vara av betydelse för framtida processer i verksamheten.

En stark faktor vi ser vid förändring är formella förändringskrav och beslut, där drivkraften bakom dem ofta är ekonomisk styrning, detta motiv beskrivs mestadels av chefsgruppen. En av faktorerna till de kontinuerliga förändringarna som upplevs ser vi förklaras genom informella processer med individuella motiv att ständigt förbättra för patienten, ackumulera och ta tillvara på varandras idéer och utveckla sin expertis. Vi finner belägg för att översättning och spontana förbättringar sker enligt Czarniawskas (2004) teorier, processerna utformas som styrverktyg för att medföra nytta och värde. Den pågående processen på akuten bekräftar att medarbetarnas drivkraft kan ge värdeskapande förändring utan stark styrning, vi vågar tro att medarbetarna är naturligt innovativa. De använder ny kunskap och idéer för att förbättra, vilket bekräftar Schumpeters (1913) resonemang. Slutligen ser vi att formella processer tenderar att vara svårare att implementera och möter ofta motstånd då personalen inte är delaktiga vilket tyder på ett gap mellan ledning och vardag som bekräftar det tidigare forskning visat.

Vår undersökning är begränsad sett till hur stor organisationen är och har tvingats begränsas efter den givna tidsramen och sidbegränsningar. Trots våra begränsningar tycks vi ha exponerat viktiga perspektiv av vårdens motsättningar vid förändring och beskrivit de motstånd och missnöje som liknande resultat från tidigare forskning inom området visat. Vi vågar påstå att verksamheten skulle kunna skapa bättre förutsättningar för förändring genom att värdera de mjuka värdena högre i kombination med den hårda styrningen. Verksamheten har enligt oss enorm kapacitet som delvis sitter i individens drivkraft, men många faktorer som hämmar mer spontan förändring inifrån. Uppsatsens undersökning har givit oss stor kunskap om en komplex organisation. Gapet mellan vardagen och ledning är absolut ett område för fortsatt värdefull forskning och viktigt att förstå och ta lärdom av för att minska friktionen vid förändringar i vården.

Referenslista

- Bakka, J. F., Fivelsdal, E., & Lindkvist, L. (2006), *Organisationsteori: struktur - kultur – processer*. (5:e upplagan). Malmö: Liber AB
- Beer, M., Nohria, N. (red.) (2000), *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.
- Bryman, A., Bell, E. (2017), *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, 3. uppl. Liber AB.
- Czarniawska, B., Sevón, G. (red.) (1996), *Translating organizational change*. Berlin: Walter de Gruyter 13-48.
- Czarniawska, B. (2004), *Is it possible to lift oneself by the hair? And if not, why is it worth trying?* GRI-rapport 2004:10.
- Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation*. Health Care Management Review: January 2001 - Volume 26 - Issue 1 - p 56-69.
- Hellström, A., Lifvergren, S., Gustavsson, S. & Gremyr, I. (2015), *Adopting a Management Innovation in a Professional Organization - The Case of Improvement Knowledge in Healthcare*. Business Process Management Journal 21(5):1186-1203.
- Hellström, A., Lifvergren, S. & Quist, J. (2010), *Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done*. Journal of Manufacturing Technology Management Vol. 21 No. 4, pp. 499-511.
- Hidefjäll, P. (2019), *Innovationssystem för framtidens vård*. Läkartidningen, volym(116), 1824-1826.
- Lewin, K. (1948 & 1951, sista upplagan 1997), *Resolving social conflicts: and, Field theory in social science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lind, R. (2014), *Vidga vetande: En introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lövtrup, M. (2015.04.28), *Nu vill alla sjukhus ha akutläkare*. Läkartidningen. Tillgänglig URL:<https://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/04/Nu-vill-alla-sjukhus-ha-akutlakare/?fbclid=IwAR2iDhiPjZQPufDDrv2jws40u82poTQpMFywbzEloXAWL940KP7sTQbziF4#image-1>. Hämtad [2019-09-16].
- Moran, J. W., Brightman, B. K. (2000), *Leading organizational change*. Journal of Workplace Learning: Employee Counselling Today Volume 12. Number 2.
- Mohrman, S., (Rami) Shani, A.B. and McCracken, A. (2012), *Organizing for sustainable healthcare: the emerging global challenge*, in Mohrman, S. and (Rami) Shani, A.B. (Eds), *Organizing for Sustainability*, Vol. 2, Emerald, Bingley, pp. 1-39.
- Morris, R. M. (2000), *Informal job redesign by engineers during an organizational restructuring*. Diss. Tampa: University of South Florida.

- Norrman, B. (2019), *Möjligheter och utmaningar för läkare*. Läkartidningen, volym (116), 1823.
- Patel, R., Davidson, B. (2017), *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Rogers, E. M. (1962, 1971, & 1983 fjärde upplagan 2003), *Diffusion of innovations*, Free Press, New York.
- Schumpeter, J. (1913), *Theorie der Wirtschaftlichen Entwicklung*. Pp. viii + 548. (Leipzig: Duncker und Humblot, 1912.) L. B. Naymier. The Economic Journal, Volume 23, Issue 89.
- Socialstyrelsen (SOU). (2019), *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*. Rapport tillgänglig URL: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-10.pdf>. [Hämtad. 2019-11-07].
- Statens offentliga utredningar, SOU. (2009), *En nationell cancerstrategi för framtiden*. SOU, Stockholm.
- Peterson, E. Västra Götalandsregionen, VGR. (2019), *Akutmottagningen förändrar sitt arbetssätt – satsar på teamarbete*. (2019.01.23). Tillgänglig artikel URL: [akutmottagningen-forandrar-sitt-arbetssatt--satsar-pa-teamarbete](#). Hämtad [2019.08.28].
- Van de Ven, AH. (1986), *Central problems in the management of innovation*. Management Science, Vol. 32 No. 5 pp. 590-607.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. [online].https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forsknings-sed_VR_2017.pdf [Hämtad 2020-01-05].
- Weick, K. E. (2000), *Emergent change as a universal in organizations*. In: M. Beer and N. Nohria (eds.), *Breaking the Code of Change*. Boston: Harvard Business School Press, forthcoming.
- Weick, K. E., Quinn R. E. (1999), *Organizational Change and Development*. University of Michigan Business School, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 48109.