

EXAMENSARBETE

Våren 2005

*Institutionen för beteendevetenskap
Sociologi*

Skånsk Livskraft – vård och hälsa

Är implementeringen avslutad....

Del 2: En intervjustudie

Författare

Ingela Lochheim

Handledare

Stefan Andersson
Gudmund Jannisa

Förord

Studien som presenteras här genomfördes under våren 2004. Värdet i utfallet finns där dock ändå, trots att det förflutit tid mellan empirins insamling och till nu aktuell examinering av resultaten. Temat är högaktuellt då implementeringen av *Skånsk Livskraft – vård och hälsa* är ett arbete som pågår kontinuerligt över tid, i vårt samhälle och våra sjukvårdsorganisationer, då vi lever i en samtid som ständigt genomgår utvecklings- och förbättringsprocesser i en anpassning till omvärldens förväntningar och krav.

Jag vill ge Alla som möjliggjort denna studie ett mycket stort Tack.

Feedback ger möjlighet till utveckling. Ett stort Tack till opponenterna.

Dessutom vill jag lyfta fram mina handledare, som outröttligt gett mig respons i mitt processarbete att färdigställa mina uppsatser. Tack Stefan Andersson, för Dina insatser i mina studier på c som d nivå. Tack Gudmund Jannisa för Dina insatser i mina studier på d nivå. Ni har båda stöttat, lyssnat och hjälpt mig att sortera mitt material. Processen har lett fram till magisterexamen i sociologi, en yrkesdefinition som beteendevetare med inriktning mot organisations- och ledarskapsutveckling. En lärandeprocess i min fortsatta kompetensutveckling som Sociolog och HR - personalspecialist, med stöd av beteendevetenskap och perspektivväxling utifrån vetenskaperna sociologi, pedagogik och psykologi.

Innan jag sätter punkt här vill jag också ge feedback till alla lärare inom sociologin som från nivå A till D inspirerat lärandeprocessen och stimulansen att söka ny kunskap. Ni är *alla* stora inspiratörer för Era studenter. Ett mycket stort Tack för denna tid!

Kristianstad i maj 2007

Ingela Lochheim
(tidigare efternamn Bengtsson)

Sammanfattning

Region Skåne är en politisk organisation med komplexa verksamheter. Ledarskap innebär i sig i dag att arbeta med förändring. Ideliga förändringar inom sjukvården skapar bilden av ledare och medarbetare som autonoma kameleontmänniskor, i ständig anpassning ute i den kliniska vardagen. Min intervjustudie våren 2004, utgörs av nio personer, tjänstemän och mellanchefer i sjukvården. Studien är en genomgång av sjukvårdsdokument 2004, och redovisning av inriktningen i skånsk sjukvård. Jag har också deltagit vid forskningsseminarier 2005. Det slutgiltiga politiska beslutet om *Skånsk Livskraft* kom i juni 2004. Mina slutsatser av intervjuerna relaterar jag till val av tidpunkt för studien. Handlingsbeteendet i organisationen tolkar jag som ganska traditionsbundna. För att implementeringen av en ny skånsk sjukvård ska kunna initieras, bedömer jag att nya kulturella beteendemönster är nödvändiga i sjukvården, för att möta förändringsinitiativ i den kliniska vardagen. Hur en organisations organisering fungerar, handlar till stor del om förmågan och utrymmet till en kontinuerlig anpassning till arbetsuppgifter och rådande dynamik i verksamheten. I denna förmåga till organisering skapas ett lärande som utgör den handlingsberedskap som används i förändrings- och förbättringsprocesser. Det bildar i sin tur den struktur som kommer att ligga till grund för vilka metoder man väljer, för att kunna möta förväntningar som omvärlden har på sjukvården. I denna organisering bildas en upplevd stabilitet av trygghet, som utgörs av sociala relationer och skeenden utifrån människors handlingar och konsekvenser av dessa, och som skapar förutsättningar för förändring och en implementering av *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Begrepp som positionsmakt och aktörsberedskap i linjeorganisationen, kan utvecklas vidare utifrån studiens utfall.

Nyckelord:

Health Care and Organizational Theory, Behavior and Public Personnel Management. Hälsa- och sjukvård och arbetsmiljö.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION

- 1.1. Bakgrund 5
- 1.2. Upplägg och disposition 8

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR 9

3. METOD

- 3.1. Urval 9
- 3.2. Design och metodgenomgång 10
- 3.3. Analysprocedur och bearbetning av intervjuer 12

4. TEORETISK OCH EMPIRISK BAKGRUND

- 4.1. Organisationer och dess strukturella dilemma 14
- 4.2. Organisationer och demokrati 15
- 4.3. Organisationer och effektivitet 16
- 4.4. Organisationer och byråkrati 18
- 4.5. Från teori till praktik 19
- 4.6. En framtida sjukvård i Skånsk Livskraft 20
- 4.7. Att implementera en förändring 25
- 4.8. Svensk sjukvårdshistoria 26
- 4.9. Kultur 26

5. RESULTAT

- 5.1. Inledning 29
- 5.2. Kapitlets upplägg 30
- 5.3. Varför en ny skånsk sjukvård? 31
- 5.4. Hur implementeras *Skånsk Livskraft – vård och hälsa?* 33
- 5.5. Vilka förutsättningar skapas för implementeringen? 36
- 5.6. Blir det några förändringar för personalen i och med implementeringen? 38

6. ANALYS

- 6.1. Inledning 40
- 6.2. Analys av intervjuer 42
 - 6.2.1. Positionsnivåer 42
 - 6.2.2. Social struktur 43
 - 6.2.3. Underordning 44
 - 6.2.4. Aktörsberedskap 46
- 6.3. Analys av dokument 47
- 6.4. Analys av 'bench-learning/-marking' 49

7. DISKUSSION OCH SLUTSATS 50

REFERENS- OCH KÄLLFÖRTECKNING 60

BILAGOR:

- 1. Bilaga 1. Abstract från Sociologi C, studien del 1. 65
- 2. Bilaga 2. Missivbrev inför intervjustudie 66
- 3. Bilaga 3. Skiss över Region Skånes lednings- & förv.struktur år 2005. 67

FIGURER:

- 4. Figur 1. Trianguleringsöversikt av researchmetoden 10
- 5. Figur 2. Flödesmodell patientens väg genom vården 28
- 6. Figur 3. Region Skånes tjänstemannaorganisation år 2004 30

1. INTRODUKTION

1.1. Bakgrund

Den skånska hälso- och sjukvården ska förändras i grunden via implementeringen av utvecklingsprogrammet med processnamnet *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Begreppet står för utmaningen att utveckla den skånska hälso- och sjukvården till de förväntningar som finns idag och inför behoven i framtiden. I detta handlar det om sjukvårdspersonalens sätt att samarbeta i mötet med patienten. Begreppet 'logistik' beskriver här patientens väg genom de olika sjukvårdsinstanserna som finns i samhället. Sjukvården delas därför in i fyra integrerade delar, som ska tydligare än tidigare markera sjukvården i Skåne. Dessa är närsjukvård, specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård. Målsättningen är att via förebyggande hälsoarbete, ge en bättre hälsa för Skånes befolkning. Den medicinska utvecklingen kräver också ett nytänkande inom sjukvården.

Vi har en åldrande befolkning i samhället, och det råder skillnader mellan våra resurser som används inom den skånska sjukvården. I detta ligger skattemedel och patientavgifter. Men vi har också ett samhälle där våra kostnader för hälso- och sjukvården ökar kraftigt. Inom sjukvården idag finns också många medarbetare som kommer att gå i pension de närmaste åren. Sjukvårdsorganisationerna är inte anpassade till medborgarnas behov idag, och till de krav på samband och samverkan mellan olika vårdaktörer som ska råda. Det handlar dels om att få en effektiv och ekonomisk sjukvårdspolitik, vilket otaliga förändringar sedan 1990-talet som genomförts visat, och som personal inom sjukvården så väl minns, genomdrivna på grund utav krav på kostnadsminskningar i sjukvårdens olika verksamhetsområden. Men det handlar också om att se helheten till patientens bästa. I detta ligger samverkan mellan vårdens aktörer och begrepp som logistik, där man följer patientens väg genom de olika behandlingsnivåerna. Kärnan i sjukvårdens verksamheter är mötet med patienten, och det är här som förändringen ska börja.

Dagens centrala hälso- och sjukvårdsorganisation, är byggd utifrån det behov och krav som fanns under 1960-1970 talen. Utvecklingen under de sista 30 åren har varit explosionsartade inom sjukvården såsom; medicinska specialiteter, läkemedelsområdet, ambulanssjukvården och det medicintekniska området. För att kunna möta denna utveckling kräver det att hälso- och sjukvården får en ny grundstruktur. Därför kunde, med bred politisk enighet, regionfullmäktige den 20 april 2004, fatta beslut om en genomgripande förändring av hälso- och sjukvården i Skåne. I juni 2004 fastställdes det slutliga politiska beslutet om *Skånsk Livskraft*. Processarbetet började redan år 2000, med arbeten som växte fram genom projektgrupper och vid dialogkonferenser med stor delaktighet från vårdpersonal både i Landstinget Region Skåne som de skånska kommunerna.

Skånsk Livskraft är ett regionalt utvecklingsprogram för Skåne, med målsättningen att göra det bästa av Skånes förutsättningar. Det är därmed en övergripande plattform där sjukvården är en del i begreppet, då via *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Visionen är *ett livskraftigt Skåne*. Jag kommer fortsättningsvis att använda mig enbart av begreppet *Skånsk Livskraft*, men avser i denna studie enbart (den skånska) sjukvården.

Denna intervjustudie ska relateras till mina tidigare studier inom sjukvården, och är en process i min utveckling av förändrings- och förbättringskunskap inom hälso- och sjukvård. Därmed är forskning och utvecklingsarbeten inom sjukvård intressant och lärande att belysa, när jag tar upp kopplingar till implementeringen av det största förändringsarbete som skånsk hälso- och sjukvård initierat hittills, nämligen *Skånsk Livskraft*.

Denna studie bygger på en samverkande studie under våren 2004 (se bilaga 1). Jag började min empiriprocess med att först göra en enkätundersökning¹ (som jag ser som del 1 i min totala empiri- och datainsamling) vid en medicinklinik, för att undersöka hur personalen uppfattade implementeringen, det vill säga genomförandet av *Skånsk Livskraft – vård och hälsa* ute i den kliniska verksamheten på de olika medicinerna. Utfallet i enkätstudien visar på en signifikans utifrån variabeln 'befattning'. Den visar att läkare är mer informerade om *Skånsk Livskraft*, och har i större utsträckning förstått målsättningen med utvecklingsprogrammet i jämförelse med vårdpersonalen, sjuksköterskor och undersköterskor. Arbetsbelastning angavs som en orsak av vårdpersonalen till detta utfall.

Tolkningen jag gör i denna studie som jag nu ska presentera (som jag då ser som del två), en intervjustudie, är att enhetscheferna här har inväntat verksamhetschefens och sjukhuschefens vidare direktiv, innan man börjar integrera projektintentionernas budskap i sina verksamheter, det vill säga vad som är bakgrund, syfte och mål med att förändra den skånska sjukvården och vad detta kan komma att innebära för den egna verksamheten och dess medarbetare. Cheferna har som jag ser det, inte själva varit på det klara med vad detta kan komma att innebära för sin egen verksamhet och därmed avvaktat med informationsarbetet, förmodligen för att inte gå ut med felaktig information före politiska beslut.

Samtidigt tolkar jag att enhetscheferna har förlitat sig på den information som gått ut med lönekuvertet till alla landstingsanställda varje månad, och den information som pressen och lokalteve redovisat. Tydligheten har varit stor i informationen som medierna press och teve har gjort, med beskrivningar att det är den största förändring någonsin inom sjukvården i Skåne. Det intressanta med min föregående studie är att empirin visar på att medarbetarna ute i verksamheterna där implementeringen egentligen kommer att börja, det vill säga medicinklinikerna, att de inte upplevt sig delaktiga i någon informationsprocess våren 2004. Det kan upplevas egendomligt men kan tyda på en organisationskultur av en stark 'top-down-styrning'. Detta kan förklaras av traditionell arbetsform från 1960-talen då sjukvården explosionsartat expanderade i sin omfattning och byråkrati var en förutsättning för att möta denna expansion. Då inga direktiv kommit 'uppifrån' så avvaktar man helt enkelt med integrering. Det finns studier som visar på att detta är ett vanligt fenomen inom offentlig förvaltning. För både enhetscheferna och medarbetarna är det dock viktigt att få ut meningsfull information och kunna få vara delaktig i meningsfulla kommunikationsprocesser för att på så vis förbereda sig mentalt inför den kommande förändringen med skånsk sjukvårdslogistik. Det är just uppmärksamheten på logistiken, det vill säga patientens väg genom de olika sjukvårdsinsatserna som är i fokus när effektivitet och kvalitet belyses initialt för den skånska sjukvården i jämförelse med nationell och internationell sjukvård.

Med föregående studie i grunden så utvecklade jag empirin vidare, genom att under samma tidsperiod, våren 2004, genomföra en intervjuundersökning med några chefer från den förvaltning som föregående studie (del 1) var gjord vid. Den studie som jag ska presentera här består dels av dessa chefer, en vårdenhetschef och fem avdelningschefer med syfte att få en operativ uppfattning av implementeringsprocessen. Den innehåller också en sammanfattning av en intervju med en medicinläkare som deltagit i konstruktionen av måldokumentet *Skånsk Livskraft*. Denne läkare har varit med i *Skånsk Livskraft*projektet från starten år 2001. För att få ett tjänstemannaperspektiv intervjuade jag också en hälso- och

¹ Lochheim, I. (2005 b) *Hur uppfattar personalen vid en medicinklinik implementeringen av Skånsk Livskraft – vård och hälsa? Del 1: En enkätstudie*. Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap.

sjukvårdsstrategi vid en av Region Skånes distriktsnämnds fem kanslier (från 1 april 2007 har distriktsnämnderna lagts ner), och denne person sitter även med i en styrgrupp för processarbetet. Och slutligen för att få en anknytning till själva kansliet för *Skånsk Livskraft* intervjuades vid Skånehuset i Kristianstad, Maria Lindblad, informationsansvarig för processen. Studien innehåller därmed nio intervjuer. Spridningen av profession syftar till att ge en bredd av de uppfattningar som råder vid intervjuperioden, våren 2004.

Idén till denna studie fick jag när jag genomförde en studie av ledarskap inom Region Skåne år 2003². Här omnämns just *Skånsk Livskraft* (begreppet *-vård och hälsa* omnämndes inte här i denna studie) som ett stort regionalt projekt som ska komma att förändra stora delar av den skånska sjukvården. Det blev inledningen till mina sociologistudier. Mitt researcharbete om förändringsarbete inom skånsk sjukvård inledde jag år 2001 när jag studerade arbetspsykologi. Det var samtidigt som Region Skåne initierade sitt projekt som skulle leda till utvecklingsprogrammet *Skånsk Livskraft*. Levin och Normann (2001) arbetade med ett projekt våren 1999 till hösten 2000 som benämns *Vård Vision Skåne*, förkortat VVS, som initierades av Region Skåne och Kommunförbundet Skåne.

Den kan ses som en förstudie inför *Skånsk Livskraft* tillkomst. De lyfter fram Region Skåne och de skånska kommunernas gemensamma ansvar för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen som ska organiseras, bedrivs och finansieras. Christiansson och Rooke (2005) kom med en rapport i november om *Vårdens Livskraft* som utgör en stödprocess till *Skånsk Livskraft*. Sjukvården handlar mycket om ekonomi och om att hushålla med begränsade resurser och att effektivt samordna de resurser man har.

Ekonomi tas också upp i Olssons (2005) avhandling om förändringsprocesser inom svensk sjukvård. Han tar bland annat upp att vårdens kostnader mellan 20-30% orsakas av sjukvården själv. Han visar också i sin studie att de förändringsprocesser som pågår inom sjukvårdsproduktionen är personalfokuserade och saknar patientfokus. Projekten leder heller inte till någon förändring ute i det kliniska arbetet, utan blir en 'rapport' som sätts in i en pärm medan man fortsätter arbeta som man gjort tidigare. Fokus på ledarskapet blir därmed en huvudpunkt, liksom uppföljningssystem inom sjukvården. Flera paradoxer synliggörs i studien.

Jag har därför som målsättning i denna studie att belysa vad *Skånsk Livskraft* som process lett till och hur detta uppfattas av chefer och tjänstemän våren 2004. Min avsikt är också att påvisa hur andra sjukvårdsregioner, men även vi själva, har lyckats i förbättringsarbeten som ryms inom den skånska sjukvårdsvisionen, samt också ta fram vad media i huvudsak rapporterat om processarbetet.

I studien tar jag upp olika undersökningar som i exemplen ovan, för att synliggöra lärande för incitament i implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Denna form av lärande går under begreppen 'bench-learning'³ och 'bench-marking'³ (som är en märkesskyddad arbetsmetodik, se not 3 nedan, sidan 8), som används för att just synliggöra effektivitet och lärande genom att beskriva det förhållningssätt som man har vid utveckling och förändring. Min slutsats är att ett processtänkande och förändringskunskap måste föras in i sjukvårdsapparaten för att incitament till förändring ska uppstå.

² Lochheim, I. (2005 a) *Förändringsmöjligheter inom offentlig sektor. Sex chefers uppfattningar om chefskap, dialog och förändringsarbete*. Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap inom pedagogik.

Att ändra på inbyggda och invanda kulturer kräver engagerade chefer och medarbetare och *ett kasam* (se not 4 nedan) om de förväntningar som förväntas ske. Chefer och medarbetare ska se Region Skåne som *en arbetsgivare* och därmed *en enda stor utvecklingsplattform*, där det är viktigt att lyfta blicken och medverka till att utveckling inom ens egen förvaltning och verksamhet eller enhet, är *en del av ett större sammanhang* även om man 'konkurrerar' om resurser (politisk budget, intern budget etc.). Detta kräver att hierarkiska strukturer rivs inom sjukhusledning och ledningsgrupper men också hos politikerna, så att utrymme skapas för 'nyttänkande' och att man tillvaratar engagerade chefer och medbeters vilja att ingå i förbättringsarbetet. Detta ökar också en rörlighet *inom* regionen.

Det handlar om att skapa förståelse för att en organisation är som ett pussel som skall läggas om och om igen, det vill säga från delarna till helheten och att organisationen också är Region Skåne som helhet. För att bistå denna utveckling finns *Utvecklingscentrum* (se not 5 nedan) som resurs för Region Skånes olika förvaltningar. Min studie är tänkt att ge incitament för både reflektion och vision för sjukvårdens konstanta pågående utveckling inom begreppet *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*.

1.2. Upplägg och disposition

I kapitel 1 introducerar jag mina grundläggande tankegångar, varpå jag i kapitel 2 ger en teoretisk och empirisk bakgrund för att förklara fenomenet organisation och förändringsprocesser inom den. Här beskrivs också *Skånsk Livskraft* och de förändringar som pågår inom sjukvården som en empirisk bakgrund. Därefter redogör jag i kapitel 3 mitt syfte och frågeställningar för initierandet av studien. Jag redogör i kapitel 4 metodavsnittet, en sammanfattning av hur jag gått tillväga i mitt researcharbete under forskningsprocessen för att ge möjlighet att anlägga synpunkter på vald metodik. Här gör jag också en beskrivning av mitt urval. Intervjuerna redovisas genom fyra frågeställningar i kapitel 5 resultatdelen, med varje positionskategori för sig, som sedan analyseras i kapitel 6. Uppsatsen avslutas i kapitel 7 med en diskussion om resultat och researchmetod till de tolkningar jag gör och slutsatser som jag drar av de värderingar jag gör av det uppkomna resultatet. Referenserna finns längst bak tillsammans med bilagor.

³ *Benchlearning*[®] är ett registrerat varumärke, därav symbolen, och finns i EU, USA, Japan med flera länder och beskrivs som ett förhållningssätt, en attityd som ökar sannolikheten för att en organisation ska bli framgångsrik. Den ses som en genväg till effektivitet och lärande och har testats även inom svensk sjukvård, bland annat i Stockholm. (Dahlgren, Eklund, Froment, Helin Lövingsson, Karlöf, Mallander, Takte och Pleijel, 2004) *Benchmarking*, engelskans "best practices", är organisationers signaler till omgivningen om en strategi för anpassning till omgivningens krav för överlevnad och därmed att säkerställa den sociala legitimiteten som därmed drar till sig resurser av olika slag. Genom att använda sig av lyckosamma organisationers praxis som måttstock eller referenspunkt omvandlas den teoretiska kunskapen till konkurrensfördelar. I dagens knappa resurser är det viktigt att verksamheter har en bild av omvärlden genom konkreta exempel som verkar i en reell värld, det vill säga med objektivistiska ståndpunkter (Hatch, 2002).

4. *Antonovsky*'s kommunikationsteori och *KASAM* begrepp handlar om 'känsla av sammanhang'. Detta innebär *begriplighet* genom att kunna se samband och *hanterbarheten* genom att kunna förfoga över de verktyg med vars hjälp man kan förändra sin tillvaro, och så slutligen *mening* som gör att man ser den så kallade verkligheten som en helhet. Den är den viktigaste delen av *KASAM* begreppet. (Antonovsky, 1991)

5. *Utvecklingscentrum* i Kristianstad arbetar med att utveckla den skånska hälso- och sjukvården enligt de visioner och värderingar som ryms inom den politiska fastlagda planen *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. De arbetar med ett antal välbeprövade, vetenskapliga metoder för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i vården samt öka personalens delaktighet. Region Skåne anses vara en framåtsträvande organisation med en vilja att öka den inre effektiviteten och att kunna tillvarata den förändringskraft som redan finns. (< www.skane.se/utvecklingscentrum >)

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med att göra studier om utvecklingsprogrammet inom skånsk sjukvård, *Skånsk Livskraft – vård och hälsa* är, att ge en beskrivning av hur jag uppfattar processarbetet och syftet med den, för att kunna relatera utfallen av både denna studie och min föregående studie (se not 1 ovan), till incitament ute i den kliniska sjukvårdsverksamheten, som jag också själv är en del av genom min anställning inom Landstinget Region Skåne.

Forskningsproblemet omfattar därmed att bena upp vad *Skånsk Livskraft* som process lett till och hur detta uppfattas av chefer och tjänstemän just i denna studie under våren 2004. Jag är också intresserad av att veta om det råder skillnad i attityd mellan ledningsgrupp, strateg och tjänstemän, i hur väl de är insatta i implementeringen av *Skånsk Livskraft*, med anledning av mitt utfall i föregående studie (del 1, c uppsats i sociologi). Därmed kan denna dokumentering utgöra stöd för nytänkande och incitament, till implementeringsprocesser för chefer och medarbetare ute i de kliniska verkligheterna.

Missivbrevet (se bilaga 2) har skrivna problemformuleringar inför intervjuerna, vilket får mig att undra om en implementering är *avslutad* (eller påbörjad...) vid undersökningstillfället. Utifrån missivbrevet som underlag till de öppna intervjuerna, undrar jag: (1) Varför en ny skånsk sjukvård?, (2) Hur implementeras *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*?, (3) Vilka förutsättningar skapas för implementeringen? och (4) Blir det några förändringar för personalen i och med implementeringen?

3. METOD

3.1. Urval

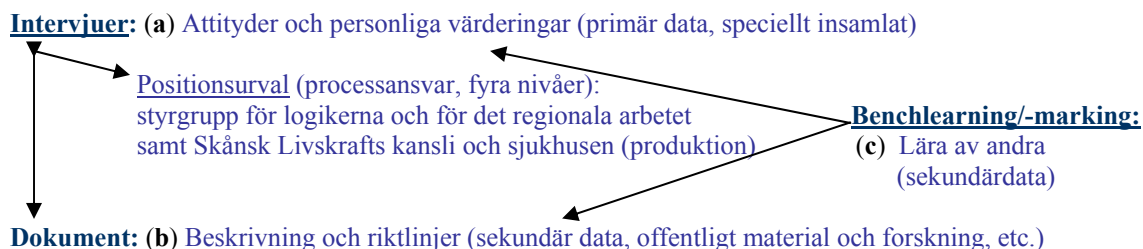
Jag har valt *intervju* som form för mitt researcharbete att ta reda på hur respondenterna uppfattar implementeringen av *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Samtliga nio respondenter är anställda i offentlig sektor, Landstinget Region Skåne, som är en del av Länet Region Skåne. I urvalet ingår chefer från den medicinklinik som utgör underlag från uppsats del ett. En vårdenhetschef (ansvarig för avdelningscheferna och deras verksamheter vars medarbetare ingår i enkätstudien i del ett) och fem avdelningschefer (chef över sjuksköterskor och undersköterskor som ingår i enkätstudien del ett) har intervjuats om hur de uppfattar implementeringen av *Skånsk Livskraft* på deras enheter och sjukhus. Val av sjukhus är slumpmässigt. Klinikurvalet är dock bestämt från början att vara en medicinklinik då de har en nära relation till närsjukvården som är basen inom *Skånsk Livskrafts* ramar.

För att få ett tjänstemannaperspektiv om hur implementeringen uppfattas har en intervju med en hälso- och sjukvårdsstrateg vid en av Distriktsnämndens kanslier gjorts. Val av person och nämnd är slumpmässigt. När jag läste en artikel i en Läkartidning om *Skånsk Livskraft* omnämndes bland annat en läkare där som varit med från starten i de arbetsgrupper som lagt fram förslaget till indelningen av de fyra logikerna, det vill säga fyra behandlingsnivåer för patienterna. Därav gjordes en telefonkontakt och intervju bokades in med denne läkare som suttit med i arbetsgrupperna för närsjukvård, högspecialiserad vård och specialiserad akutsjukvård. Initialt inför metodarbetet tog jag kontakt med kansliet för *Skånsk Livskraft* i Kristianstad och intervjuade där Maria Lindblad, informationsansvarig. När alla intervjuerna var gjorda som jag omnämnt ovan, så avslutade jag med att återigen intervjua informationsansvarige för att 'knyta ihop säcken' av mina intervjuer.

Dessa nio intervjuer består av sex **sjuksköterskor** (vårdenhetschefen och de fem avdelningscheferna), en **socionom** (hälso- och sjukvårdsstrateg), en **läkare** (delaktig i konstruktionen av de fyra logikerna) och slutligen **medie- och kommunikationsansvarig** för kansliet *Skånsk Livskraft*. Ur ett genusperspektiv är det två män och sju kvinnor som deltar i intervjuerna. Ålder varierar från 30-60 år. Ur ett forskningsetiskt perspektiv är inte val av sjukhus namngivet och inte heller de chefer som ingår i intervjuerna. Avsikten från början har varit att de ska vara anonyma. Därför har jag också valt att inte namnge läkaren eller hälso- och sjukvårdsstrategen, trots att inget krav på anonymitet begärts av dem. Däremot har jag namngett informationsansvarige för *Skånsk Livskrafts* kansli, Maria Lindblad, då hon har uppdraget att just möta medier av olika slag, som exempelvis en högskolestudent, och att jag omnämnt henne i min föregående studie (del 1).

3.2. Design och metodgenomgång

I figur 1 nedan, överblickas den kedja av tolkningar som utgör forskningsprocessen. Intervjuerna (a) tolkas både när de spelas upp på band och läsning av transkribering. Alla de dokument (b) som jag gått igenom ingår också i de tolkningar som finns med när analysen tar fart. Avhandlingar som jag läst och som berör förändrings- och förbättringsarbete ingår också i processen. Medias rapportering och genomgång av vad andra landsting gjort (c) och som ligger inom intentionen och visionen *Skånsk Livskraft* är också relevant för syftet med studien och analysen. Värdet ligger i att se kopplingar mellan vad som ligger till grund för det politiska beslutet vilket kan ha en nationell prägel och till hur respondenterna uppfattar det. Utfallet relateras till var processen befinner sig när intervjuerna genomförs våren 2004 och till de incitament som lett till olika implementeringsinitiativ runt om i Skåne under året 2005 (vilka många av dem inletts före beslutet om *Skånsk Livskraft* i juni 2004). Många förbättringsarbeten drivs som projekt vilket i sig är en process innan de kan initieras. Sex seminarier och forskningskonferenser (c) finns också med som präglar tolkningar och värderingar i analysen.



Figur 1. Trianguleringsöversikt av researchmetoden i syfte att se kopplingar och processer utifrån frågeställningar och Skånsk Livskraft – vård och hälsas visioner och intentioner.

Metoden att göra personliga intervjuer som jag gjort via mina urval av respondenter, menar Kerlinger och Lee (2000) är ett bra hjälpmedel att få reda på personernas anledningar till varför de gör eller tror på någonting, vilket i min studie är implementeringen av *Skånsk Livskraft*. I berättelserna framkommer med denna metod beskrivningar till handlingar, gjorda, pågående eller planerade, och avsikterna med dem, och vad och varför man känner så för dem, eller något man hört i media eller någon annanstans. På detta sätt framkommer respondenternas önskningar, värderingar och behov som kan påverka attityder och beteenden, skriver författarna vidare. Det viktigaste arbetet i en studie anser författarna också är att specificera och klargöra forskningsproblemet. (a.a.)

För att inte styra upp för mycket har jag valt att inte ha några strukturerade intervjufrågor, utan personerna har fått tala fritt **utifrån missivbrevet** (se bilaga 2) som de erhöll den 4 mars 2004. Missivbrevet är dock 'strukturerat' genom de frågor den innehåller i texten och de påståenden som görs här. Därmed kan intervjuerna inte ses som helt öppna intervjuer utan fokus har legat på missivbrevets formuleringar. Denna studie ingår som del två i en sammanhängande studie gjord våren 2004 (se del ett, Lochheim 2005 b). Undersökningen genomfördes under perioden **från den 16 mars till den 27 maj 2004**. Den allra första intervjun gjordes vid initierandet av studien **den 5 november 2003**, med informationsansvarige på kansliet för *Skånsk Livskraft* i Kristianstad, Maria Lindblad, och intervjuerna avslutades också med att återigen intervjuva informationsansvarige **den 26 juli 2004**, efter att det politiska beslutet för utvecklingsprogrammet slutgiltigt fastställts.

För att få bredd i intervjuerna innehåller den både chefs- och ledarperspektiv samt tjänstemannaperspektiv. Valet att ha med en läkare från styrgruppen för logikerna innebär att få infallsvinkel från hur processgången är tänkt för det största förändringsarbete som skånsk sjukvård hittills initierat, enligt definition i dokument från Region Skåne. Därmed framkommer **hur processen är tänkt** (operativt), **hur informationen ska gå till väga** internt som externt, **hur distriktsnämnderna regionalt arbetar** med uppgiften och **hur de operativa cheferna** som i slutänden **ska implementera** det politiska beslutet uppfattar processen. Intervjuerna spelades in på band som sedan transkriberades.

Förutom gjorda intervjuer innehåller mitt researcharbete uppsökande arbete under 2005 genom att jag deltagit på sex olika seminarier och forskningskonferenser som belyst *Skånsk Livskrafts* implementering från olika perspektiv. Dessa har varit redovisning av förändringsarbete inom:

- Ortopedkliniken vid Hässleholm/Kristianstads planerade verksamheter i *Ortopeden in i framtiden* (Tyringe 050103-04),
- Utvecklingscentrums seminarium i Lund *Från öar till helhet* (050414),
- FoU-kommittén vid Hässleholms sjukhusorganisations 6:e FoU-kväll med aktuella kliniska forsknings- och utvecklingsprojekt (050427),
- Universitetssjukhuset MAS, UMAS Patientforums seminarie i Malmö *Förstår patienterna vad du säger?* (050929),
- Utvecklingscentrums kreativitetsseminarie i Lund med frågeställningen: *Varför är det så svårt att tänka annorlunda och varför är det så viktigt?* (051018), och slutligen
- Kommunförbundet Skånes 4:e nationella konferens för FoU-enheter i Lund med temat *Från Gränsöverskridande till Gemensam Kultur* (051107-08).

Jag har också följt fokuserat under våren 2004 och rent allmänt under 2005 vad media förmedlat till samhällsmedborgarna om implementeringen av den nya skånska sjukvården. Utifrån Region Skånes hemsida (< www.skane.se >) internt och externt har jag följt vad som rapporterats om *Skånsk Livskraft*. Jag har också sökt på nätet om andra landstings utvecklingsarbete för att få ett 'utifrån-perspektiv' via 'bench-learning' och 'benchmarking' (se not 3 sidan 8 ovan) vad som kan tillföras dessa seminarier som jag varit på för att skapa incitament och 'inte uppfinna hjulet en gång till', speciellt med tanke på vad Olsson (2005) påpekat i sin avhandling om svensk sjukvård, att vårdens kostnader till omkring 20-30% orsakas av sjukvården själv. Ekonomi och effektivitet blir därmed nyckelord i förbättringsprocesser inom sjukvården. Så förutom **nio intervjuer** ingår i researchprocessen besök på **sex olika seminarier och forskningskonferenser**, genomgång av vad **media** rapporterat under denna period och om vad andra landsting åstadkommit under deras **liknande processarbete** att förbättra den svenska sjukvården samt **litteraturgenomgång och avhandlingar**. Avsikten med detta upplägg är att inte fastna i orubbliga

trostföreställningar eller dogmer av vad *Skånsk Livskraft* är genom att enbart läsa dokumentskrivningarna, utan också att få en reell anknytning till 'implementeringsbegreppet' och frågan, sker någon implementering (är den påbörjad eller avslutad...)?

3.3. Analysprocedur och bearbetning av intervjuer

En analysprocedurs infallsvinklar kan styras av många teorier och metoder, som kan vara intressanta och relevanta för denna studie om *Skånsk Livskraft*, och på många sätt så hänger också teorierna samman. Detta förändringsarbete handlar om strukturer i samhället som ska dominera samtidens sjukvård, samtidigt som en transformation inför framtiden ska genomföras utifrån bedömda kommande behov för samhällsmedborgarna. Sjukvården är en politisk organisation, med individer som ska verkställa politikernas fattade beslut gällande hur sjukvård ska bedrivas. Denna förändring i samhället berör individerna i sjukvårdens organisationer, personal som patienter, och kan relateras till konsekvenser av hur de båda väljer att handla i förändringsprocessen. Det är ett samspel som ska utvecklas här.

Handlandet och attityden bakom ligger som grund för denna studie av nio intervjuer av tjänstemän och operativa chefer. Resultaten relateras till både organisationsteori, med inspiration från individperspektiv såsom bland annat av Weber, Foucault och Bourdieu.

Jag har i min analys utgått från grundad teori. Utifrån denna infallsvinkel är målsättningen att ha ett 'öppet sinne' när jag analyserar hur beskrivna händelser från intervjuerna förhåller sig till varandra och kanske ger upphov till nya tankar och idéer, samt om och hur de samverkar som 'orsak-verkan'. Relationen samhälle och individ går inte att uteslutas, eftersom människan som både medborgare och anställd inom sjukvården, påverkas av kulturella idéer och värderingar som vi bär med oss in i våra val och vårt handlande i arbetet. Därmed utgör min analys en tolkande praktik, med inslag av 'mosaikinspiration'.

Weber utvecklade en substantiell sociologi och hans metodologi är rationellt grundad (Andersen och Kaspersen, 1999; May, 2001; Giddens, 1998). Han uttrycker också att det inte går att analysera några "sanna värden" som en individ 'bör' välja, utan det man redovisar är *effekterna* av olika handlingar som en individ väljer. Utifrån 'förståelse' som begrepp förklarar därmed Weber via sina 'handlingstyper' som han konstruerar i sin teori, personens motiv för handlingarna. Hans teori kan relateras till denna studies tolkningar, där han menar att när en individ underkastar sig en maktutövning, kan det bero på en social inordning som man vill uppnå inom exempelvis en organisation.

Individen har en föreställning om handlingen som 'legitim', kanske beroende på att man har en person som förebild för någonting. Legitimiteten finns hos alla Webers 'handlingstyper'. I en organisation kan en organisationsmedlem betrakta maktinnehavaren som legitim, exempelvis utifrån ledaregenskaper. De personer som har denna legitimitet har också legalitet utifrån de ordningsformer som gäller, exempelvis chefsförordnandet. Tittar man på Durkheim, så menar han att individens handlingar styrs av samhällets struktur, och har *inte* med individens 'förståelse' att göra. Båda infallsvinklarna är intressanta att belysa.

Maktanalysen står i centrum hos Foucault och 'disciplineringen av människor', till fogliga och dugliga individer i samhället och dess organisationer, där de som människor kan användas därför att de omvandlas och utvecklas för dess ändamål. Därför känns också hans tankar relevanta i diskussionen om analysperspektiv. (a.a.) Fairclough's teorier är influerade av både Foucault och Bourdieu, när han studerar makt och språk inom politiska institutioner, där tankar och reflektioner hos individen via dennes handling inom en verksamhet synliggörs (Fairclough, 1992). Hos Bourdieu är det vad som finns inom individen som är

intressant, och den sociala reproduktion som sker vad gäller maktförhållanden inom det egna fältet (Harker, Mahar och Wilkes 1990; Bourdieu, 1993; 1995; a och b). Bourdieu menar ju att hans begrepp fält, habitus och kapital, formar individen som kämpar om det symboliska kapitalet i relationer mellan olika positioner inom sin organisation (a.a.).

Dessa teoriformer som jag tagit upp här, utgör enbart incitament i mina tolkningar och analyser, och jag har ingen avsikt att göra djuptolkningar av hur teorierna är konstruerade av de olika forskarna. De inspirerar mig i min metodkedja 'teori-data-analys'.

Data jag redovisar perspektivrelateras på så sätt, att jag också redogör min relation till Region Skåne då ett anställningsförhållande råder, samt också vilken människosyn jag själv har och som påverkar mitt urval av resultat. Det är analysproceduren som utgör 'linjal för läsaren' att bedöma underlag för mina reflektioner och till de tolkningar som jag gör. Därav görs också bedömningen om jag är forskare som agerar 'åskådare' eller om jag agerar 'deltagare' av den verklighet som jag vill beskriva (reliabiliteten).

Vidare kan man säga att denna studie har en explorativ karaktär genom sitt material, då *Skånsk Livskraft* ännu är ganska 'okänt begrepp' och inte kritiskt studerats fullt ut. Temat är utvecklingsprogrammet och intervjuerna kan ses som 'nyckelpersoner' då dessa har en viktig position vad gäller process och implementering. Därför är empirisk bakgrund där jag redovisar *vad* processen ska leda till viktig här som komplement till intervjuerna, liksom att ta upp incitament från medias rapportering, men även att se sig runtomkring på *incitament i andra landsting*, det vill säga göra en omvärldssökning, som kan stödja implementeringen av det största förändringsarbete som skånsk sjukvård hittills initierat. Därav upplägget av min surveyundersökning och validitet i kopplingen till relevant litteratur och gjord forskningsprocess.

Vid bearbetningen av empirimaterialet använde jag mig av en trianguleringsöversikt (se figur 1 ovan, sidan 10). Intervjuerna samlade jag i en hög via dess transkriberingsutskrift, och alla dokument som jag införskaffat lade jag i en annan hög, och slutligen så tog jag mitt benchlearning stoff och lade i en tredje hög. Genom mina frågeställningar och *Skånsk Livskraft* – vård och hälsas visioner och intentioner, sökte jag mönster som relaterades till varandra på något sätt.

Intervjuerna har bearbetats dels med tanke på min föregående studies utfall, men också utifrån missivbrevets formuleringar och vad litteratur och forskning lyft fram som väsentligt och som jag bedömt relevant för mitt fokus i denna studie. I dokumenten har jag sökt den röda tråden för förändringsintentionen och i benchlearningmaterialet har jag sökt incitament som inrymmer inom *Skånsk Livskraft*. Jag har redovisat det som jag bedömt som relevant för studien.

Ur ett forskningsetiskt perspektiv har jag utgått från HSFR, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets riktlinjer från år 1990. Forskningskrav som lyfts fram är att jag har uppfyllt informationskravet till respondenterna vilket jag bedömer att jag gjort, både skriftligt via missivbrevet samt muntligt via mitt deltagande som kommunikatör på ett ledningsmöte inför studiens genomförande. Nästa krav är samtyckeskravet vilket har klargjorts då jag vid ledningsmötet fick godkänt att genomföra studien på det sätt som jag önskat. Tredje kravet är konfidentialitetskravet som också klargjordes vid ledningsmötet, som innebär att intervjumaterialets transkribering har sekretess, samt kommer att förstöras när examineringen av uppsatsen är klar. Fjärde och sista kravet är nyttjandekravet vilket innefattar att jag som student använder resultatet som forskningsändamål, och därmed

kommer också examinerad uppsats att läggas ut på skolans webbsida för uppsatser. Alla krav har tillgodosetts så som jag bedömer det.

4. TEORETISK OCH EMPIRISK BAKGRUND

4.1. Organisationer och deras strukturella dilemman

Det finns fem konkurrerande förklaringar till varför en viss struktur finns i en organisation och som orsakar att vissa strukturer uppstår (Abrahamsson och Aarum Andersen, 2005). Dessa förklaringar består av (1) strategi, (2) organisationens storlek, (3) teknologi, (4) omgivningen och den sista (5) makt och kontroll. I strukturbegreppet finns beskrivet en arbetsdelning och en auktoritetsfördelning inom organisationen. Båda dessa grunddimensioner finns i olika drag i tre strukturelement: *specialisering* (komplexitet), *formalisering* (standardiseringsgraden) och *centralisering/decentralisering* (var besluten fattas). Dessa tre dimensioner är beroende av varandra.

Positionerna inom organisationen visar vilka som är överordnade respektive underordnade i en hierarkisk form. Två funktionsbegrepp används när man beskriver en organisation, de är *demokrati* och *byråkrati*. Strukturen ger därmed uttryck för hur arbetsuppgifterna och ansvaret är fördelade. Abrahamsson och Aarum Andersen (a.a.) menar att det är de som har makten och kontrollen som bestämmer strukturen. Organisationsstrukturen är inte avgörande hur organisationen i praktiken fungerar. Organisationer är heller inte skapade för att ta tillvara på alla de färdigheter och kunskaper som de anställda besitter, eftersom organisationen är sårbar och då inte skulle överleva.

Flera olika teorier finns att relatera diskussionen om organisationen och de anställda. En är att det är enskilda personer i en grupp som påverkar andra individer och inte gruppen som enhet. Den gruppdynamik som råder kan aldrig uppnå fullständig stabilitet. Gruppfenomen och arbetsgrupper skapas av bestämda orsaker. Därmed tillhör också konflikter en organisations verklighet. Hur konflikter uppstår, hanteras och löses påverkar också organisationens legitimitet och effektivitet. Därmed finns också stora kulturskillnader mellan olika avdelningar inom en och samma organisation. Kulturen sätter gränser för vilket ledarskap som är möjligt i en organisation. (a.a.)

Det strukturella dilemmat kan vara att organisationsstrukturer skapar de förutsättningar och instrument som chefen och den anställde har att tillgå i sitt vardagliga arbete. Detta märks tydligt när något ska förändras i verksamheten. Ett annat begrepp här är makt. När man arbetar i en organisation så kommer man ständigt i kontakt med makt. Därmed blir organisationer arenor för intressekonflikter och konkurrens (Corvellec och Holmberg, 2004). Den som utövar makt mobiliserar normalt många olika maktresurser eller maktbaser samtidigt vilket gör det svårt att analysera maktutövning.

Maktförhållanden är inte självklara och utgången vid en maktkamp därmed heller inte given. Detta gör också att det bildas *motkulturer* som värjer sig mot alltför stora påtryckningar. Det i sin tur innebär för ledarskapet att ha 'fingertoppskänsla' och 'tänka efter före' när större beslut fattas som leder till en förändring i verksamheten. (a.a.) Svedberg (2002) påpekar i detta sammanhang att **ledaren inte arbetar primärt i verksamheten utan för verksamheten** och därmed skapas paradoxer och maktutövanden som kan vara komplexa. Fem komponenter hänger samman i en organisation som sinsemellan påverkar varandra. Dessa är *mål*, *människor*, *struktur*, *aktivitet* och *kultur* (Abrahamsson och Aarum Andersen, a.a.).

4.2. Organisationer och demokrati

Begreppet demokrati medför förväntningar hos organisationens medlemmar vilket skapar inom organisationen vissa strukturella dilemman. De som arbetar inom företag och offentliga myndigheter har inget likvärdigt inflytande inom organisationen och detta är inte heller avsikten med organisationens struktur. Detta tar Abrahamsson och Aarum Andersen (a.a.) upp och beskriver hur det är huvudmannens rättigheter som omfattar rätten att leda och fördela arbetet.

När det gäller offentlig verksamhet så är det *medborgarna som är huvudman*, vilket kan skapa paradoxer då många medborgare också är anställda i den offentliga sektorn, där våra politiker har mandat att driva den på ett effektivt och kvalitetsmässigt sätt. De utnämner i sin tur vilka som erhåller mandat att sitta i den intressegrupp som är huvudman *inom* organisationen (exempelvis sjukhuschefförordnande). Detta skapar det som kallas för 'organisationsfenomenet' på de olika nivåerna.

Personer på varje nivå i organisationen ser utifrån sin egen utgångspunkt i olika frågor. Eftersom någon fattat politiska beslut om att inrätta en verksamhet så existerar den offentliga verksamheten. Detta fortsätter tills ett nytt beslut fattats om någon förändring ska ske. Det handlar om en politisk vilja som stödjer verksamhetens målsättning där samhällsekonomin ingår som en del. Detta är en beskrivning ur en rationalistisk ansats (rationalistisk organisationsteori).

Organisationen ses som en funktion av de mål som satts upp och att de personer som skall omsätta målen har de förutsättningar som behövs för att uppnå målen och uppfattas därmed som en huvudsaklig styrfaktor för organisationens verksamhet. Som motpol till detta synsätt finns systemteorin. Inom systemteorin uppfattas *inte* målen som styrande för organisationen. Målen är här en *beroende variabel* avhängigt de övriga aktiviteter som sker inom organisationen. Inom den rationalistiska teorin utgör målen en *oberoende variabel*.

Organisationsteori handlar om hur det hela och odelade fenomenet *organisation* ser ut och verkar, fortsätter Abrahamsson och Aarum Andersen (a.a.). Dessa är vidareutvecklingar av etablerade teorier som exempelvis Frederick Winslow Taylor och Scientific Management teorin, vars principer används inom offentlig förvaltning. För Taylor är ledning maximalt välförstånd för både arbetsgivare och för varje anställd genom att bägge parter intressen överensstämmer och där en jämlik fördelning av ansvar råder för arbetet mellan ledning och arbetarna. Det är dock ledningen som står för lösningarna och arbetarna som utför order. Henri Fayols teori om administration är att planlägga (bestämma vad framtiden bär i sitt sköte), organisera, leda och ge order, samordna och kontrollera. Det är en funktion mellan chefen och de övriga i organisationen där verksamhetsplaner ska utarbetas med budget och fastlagda mål.

Arbetsdelning såg Fayol som en naturlag. Syftet är att uppnå större och kvalitativt bättre produktion med samma kraftförbrukning. När det gällde chefskapet så såg han den som saknar personlig auktoritet inte hade förutsättningar att bli en bra chef, trots formell auktoritet. Auktoritet och ansvar var sammankopplade. Order ska tas emot av en enda chef för att uppnå målet. Centraliseringen stod ledningen för och att alla organisationens delar var i rörelse. Avsikten var dock att utnyttja de anställdas personliga egenskaper och förmågor på bästa sätt men utifrån underordnade roller i organisationen.

I beskrivningen av Fayols tankegångar beskriver Abrahamsson och Aarum Andersen (a.a.) vidare, att personalen ska bemötas och behandlas på ett rättvist och rimligt sätt där deras initiativförmåga bedöms som starka drivkrafter. Därför krävs det för att genomföra förändringar metoder, förmåga, tid, vilja och resurser, där chefens roll är att ha en fast och bestående vilja att uppnå förbättringar.

Fayol betonar också *staber*, vilkas uppgift är att göra förberedelser för framtiden och utforska möjligheterna till förbättringar. Som chef måste man därför vara en god administratör menar Fayol vidare. Organisationsscheman är därför viktiga att tillgå för att få en överblick av hela organisationen.

Han menar därmed också att *en god chef innebär inte vad denne uträttar utan vad dennes underordnade uträttar*. Därmed såg Fayol sin och Taylors teori som två grenar av samma vetenskap. Begreppet ”rätt man på rätt plats” innebär att detta är den bästa lösningen *för ögonblicket*, men ska inte innebära några hinder för anställda att få sina kompetenser förbättrade. (a.a.) Detta innebär att organisationen ska åstadkomma en integration mellan individen och organisationen där de ömsesidigt kan dra nytta av varandra, enligt Argyris (1971) teorier om att utveckla lärande i en verksamhet.

4.3. Organisationer och effektivitet

Begreppet `effektivitet` är enligt Argyris (a.a.) vagt och svårdefinierat och förändras över tid. Han menar att begreppet ska inrymma personlig kompetens, engagemang och ansvarskänsla, *och friheten att kunna ta större ansvar*. Detta skapar mening i tillvaron genom upplevelsen av en meningsfull sysselsättning och är ett oumbärligt villkor för mental hälsa för individerna inom organisationen. Många organisationer har dock en benägenhet att skapa rakt motsatta förhållanden vilket leder till dilemman för organisationen. Ett dilemma är motsättningen mellan organisationens pyramidstruktur och individens strävan efter ökad självkänsla.

Organisationens administration har också ofta tonvikt på hård styrning, kontroll, selektiva belöningar och bestraffningar och därmed att `de anställda ska uppföra sig *logiskt*, det vill säga undertrycka sina känslor`. *Ju högre upp man kommer i den administrativa hierarkin desto mindre påverkas ledningsnivåerna av kontrollåtgärder*. Detta innebär att ledningen (exempelvis första linjens chefer) längst ner inom organisationen styrs av kontrollsystem och produktionsteknik, menar Argyris (a.a.).

Misslyckad effektivitet kan beskrivas som att samarbetskompetensen sjunker samtidigt som rigiditeten tenderar att öka och den interpersonella misstron växer mellan individ och organisation. Det är här som makten och kontrollen över de underordnade kommer in och som är grundvalen för den formella strategin och ett nära samarbete mellan *förmågan* att kunna styra, belöna och bestraffa. Detta tar energi från chefen men även från medarbetarna och därmed uppstår en obalans på grund av organisationens `felaktiga struktur`.

Detta leder i stället till en ineffektivitet inom organisationen och verksamheten. Det kan också leda till rivalitet mellan olika avdelningar *inom samma* organisation. Här kommer då också ledningens reaktioner in på de olika avdelningscheferna, vilka kan uppfattas inte tillräckligt lojala. Därmed ökar de trycket på de underlydande, som därmed bara ökar rivaliteten mellan avdelningscheferna i stället.

Ledarskapet på alla nivåer tar till en auktoritär ledarstil för att därmed kompensera en känsla av otillräcklighet, vilket lätt kan uppstå när motstånd hos individerna uppstår inom

organisationen. Det handlar därmed om *makt*. En organisations 'jämviktstillstånd' och problemlösning har mer att göra med förändringens mekanismer. Jämviktsförhållande handlar om sociala interaktioner.

En organisation behöver därmed 'växla mellan olika strukturer' beroende på vad det är för beslut som ska fattas. Detta kräver i sin tur ett utarbetande av 'beslutsregler' med anvisningar om givna villkor som nedbringar medlemmarna i organisationen självförverkligande och därmed en form av makt som bygger på delaktighet. (a.a.)

"Organisationer lever bara i rörelse, vilket inte innebär att alla organisationer genomgår lika många och snabba förändringar", detta skriver Bakka, Fivelsdal och Lindkvist (2001:179). Förmågan att kunna bedöma komplicerade situationer och gardera sig mot riskmoment kan byggas in i organisationen som en del av strukturen och kulturen, menar författarna. Beslutsprocesser som bedöms rationella följer ett visst mönster.

Olika alternativ rangordnas utifrån konsekvenserna och där nyttomaximeringen är ett alternativ och oftast gör individen samma val när situationen upprepar sig, likt ett 'idealtypsbeteende'. Författarna menar här också att osäkerhet är ett nyckelbegrepp inom organisationsteorin, där beslutsfattarna får famla sig fram på grund av den osäkerhet som ligger i omvärlden mer än inom organisationen självt.

Därmed är också beslutsprocessen sammansatt av *flera* olika strömmar, som författarna beskriver i metaforen 'järnvägsnätet'. Tidtabellen och tågavgångarna representerar vissa beslutsanledningar och därmed många slags passagerare som strömmar samman på väg mot olika resmål. 'Timingen' är avgörande för många av processerna.

När man 'organiserar' begränsar man strömmen av beslutsmöjligheter, deltagare, lösningar och problem, men man öppnar för många typer av input i beslutsprocessen och därmed upphäver man samtidigt gränserna mellan formella och informella strukturer, vilket stimulerar till kreativitet. Här tar också Bakka et al. (a.a.) upp att enighet inte är mycket värd om den bygger på indoktrinering och om den leder till att man inte vågar peka på eller rikta kritik mot beslut.

De säger också att komplexa organisationer alltid har förutsättningar för friktioner och intressekonflikter, bland annat i de olika avdelningarnas konkurrens om resurser vilket gör budgeteringen till en komplicerad process. Organisationer reagerar på konflikter med 'analytiskt beteende' via problemlösning och övertalning där oenigheten inte bottenar i ett djupare motsatsförhållande, eller förhandling och politik när oenighet råder om målen.

För att skapa handlingskraft handlar det om att utgå ifrån preferenser likt en 'systematisk irrationell beslutsprocess' där alternativa konsekvenser utgör argumenten för handlingen och inte kriterier för val av beslut, menar författarna vidare. Problemtypen och beslutssituationen beror på omvärlden och insikten att organisationsmedlemmarna inte är robotar och samtidigt att beslutsprocesserna leder till inläring och innovation av olika slag. Här kommer ledarskapet in som ska 'gå före' och 'visa vägen' enligt ledarskapsteorierna "management och leadership".

Management handlar om styrning via fackkunskap och kompetens, medan leadership handlar om förmågan att formulera nya mål och inspirera människor till insats och samarbete. Organisationens utveckling styrs av samspelet mellan ledarna. Att 'implementera' kräver olika slags färdigheter och förmåga till ett överordnat 'nyttänkande' men också en entreprenörsanda på organisationsnivå. (a.a.)

4.4. Organisationer och byråkrati

Jag nämnde tidigare i texten att ett av en organisations strukturella dilemman kan vara begreppet 'demokrati' inom en organisation. För medarbetarna utgör begreppet vissa förväntningar av att få vara delaktig i beslut. Med begreppet 'byråkrati' finns inbyggt vissa värderingar hos medarbetarna av vad som kan förväntas av en byråkrati. Begreppet leder direkt till Max Webers teori och vetenskap. Han menar att i det kapitalistiska samhället, i och med industrialismen, har det lett till att arbetet blivit ett kall likt en moralisk nödvändighet för individens målinriktning (Abrahamsson och Aarum Andersen, a.a.).

För att *förstå* individens handlande ska detta tolkas utifrån dennes mål och medel, en handlingstypologi utifrån människans rationalitet. Weber förordar eller rekommenderar inte idealtypen byråkratin men ser den som en effektiv administrationsform. Han har en föreställning om makt och auktoritet där auktoriteten omfattar att få individen att acceptera grundvalen för en ordergivning inom organisationen, där regler finns om hur arbetsuppgifter ska utföras. Makten handlar om att få sin vilja igenom trots motstånd från andra.

Byråkratin finns inte enbart inom offentlig sektor utan också inom de privata företagen, och enligt Weber var 'byråkrati' ett fenomen som sade någonting om samhället och hur dess organisationer fungerade. För Weber är det dess funktion som är i fokus, det vill säga det sätt som organisationer verkar på och inte byråkratin i sig. (a.a.) *Byråkrati, menar Hammarén (1986) ska ses som något positivt som till exempel 'en opartisk och effektiv förvaltning', där demokratiseringen av samhället fordrar en byråkratisk organisation och därmed 'ju större organisation desto påtagligare blir byråkratin'.*

I den målrationala verksamheten råder ett kostnads- och intäktsanalytiskt tankesätt, fortsätter Hammarén. Webers byråkratimodell är bra att ha som mall när man gör jämförelser mellan olika organisationsformer, anser Hammarén. Makt och inflytande menar han kan vara synonyma, eftersom social maktutövning innebär att påverka andra människors beteende, handlande och agerande i önskvärd riktning. (a.a.)

Foucaults syn på makt och kontroll är enligt Styhre (2002), att påvisa i vilken grad en organisation eller verksamhet är effektiv i relation till andra liknande verksamheter. Medarbetarna fastställs som ett ansvarigt subjekt vars aktiviteter och verksamheter måste kunna representeras i den ekonomiska redovisningen. Arbetsplatserna i sin tur kännetecknas av en uppsättning krafter och motkrafter i syfte att kunna öka inflytandet och kontrollen över det egna arbetet. (a.a.)

En viktig aspekt som Sjöstrand (1987) tar upp i ett organisatoriskt sammanhang är, att alla människor i en organisation inte har samma förutsättningar att delta i interaktioner och handlingar då vi människor är olika och att människors villkor skiljer sig åt. En hierarki tenderar att hantera händelser i en organisation utifrån standardiserade eller regelbundna sätt, menar författaren, vilket påverkar interaktionerna, utbytena och handlingarna mellan människorna i organisationen. När det gäller 'processerna' beskriver Sjöstrand (a.a.) den strategiska processen som rör själva utbytesiden av relationer för organisationen, medan den operativa processen följer av existensen av en ledning. (a.a.)

En organisation måste också ha ett anseende såväl inåt som utåt vilket har med både huvudmannen som den verkställande ledningens legitimitet att göra, skriver Abrahamsson (1992). Under 1960- och början av 1970- talet handlade mycket av management om demokratiproblem, men i dag handlar det om att organisationen ska bibehålla sin legitimi-

tet och ge intryck av att den rör sig framåt. När det gäller organisationer så är dessa inte till för att skapa 'aha-upplevelser' utan de är produkter av intressen, mål och planer, vilket *inte* för den skull innebär att de saknar spontana inslag. [Organisationer grundas på en avsiktlig dynamik för en huvudmans intresse.](#) (a.a.)

4.5. Från teori till praktik

För att förstå bakgrunden till *Skånsk Livskraft* och dess implementeringsförfarande, är just organisationsteorier bra att tillgå. Som avrundning av organisationsteorier vill jag nämna Elton Mayo's omtalade studie som visade hur ledningens intresse för arbetarna gjorde att dessa producerade bättre och också mådde bättre (Abrahamsson och Aarum Andersen, 2005).

Det är Elton Mayo's Hawthorne-studie (se not 6 nedan) som visade att det inte var själva experimentet i sig som hade betydelse utan att de anställda blev 'synliga' för företagsledningen. Detta gav grunden för Human Relationsskolan, 'organisatorisk humanism' och förhållandet mellan ledare och anställd i ett socialt system. Studien ledde till idén om människan som en *irrationell social varelse*. Sammanfattningsvis kan sägas att [den process som uppstår när människor arbetar tillsammans bildar bestämda organisationsformer och en form av inre logik.](#) Det är huvudmannens område att bestämma vilket mål som avses, men det är den verkställande ledningens uppgift att nå dit och att anpassa sig. (a.a.)

[Strukturella dilemman av svåra kompromisser utan några enkla lösningar är något som möter de flesta av dagens chefer idag](#) (Bolman och Deal, 1997). Det är inga väldefinierade problem med tydliga lösningar som ska lösas i ständiga struktureringar och omstruktureringar, utan designer för varje tänkbar situation. Författarna ger exempel: differentiering kontra integration av arbetsuppgifter; luckor kontra överlappningar av ansvarsområden; under- respektive överutnyttjande av personal; otydlighet kontra bristande kreativitet i rollerna; överdriven självständighet kontra för starkt beroende i arbetsuppgifter: alltför fritt kontra allt för stramt när man leder en organisation; diffus makt kontra för stark centralisering i vem som bestämmer över vad; mållöst kontra målbundet om vilka målen är, och ansvarslöst kontra stelbent i arbetsprestationerna.

En fungerande balans av en tillfredsställande ordning för roller och relationer, som är nära organisationens totala situation och den aktuella omgivningen, av arbetskraft och teknologi, liksom tidigare strukturella åtaganden, är en återkommande uppgift och utmaning för chefer idag, menar Bolman och Deal (a.a.).

Chefen har tilldelats den formella maktpositionen att kontrollera verksamheten och ska se till att den styrs mot de uppsatta målen. För att detta ska fungera ska det underlydande acceptera chefens makt och de överordnade legitimera detta. För att allt ska fungera krävs planerings- och kontrollsystem där reglerna följs.

⁶ [Hawthornestudien](#) utfördes vid Western Electric i USA i slutet av 1920-talet och i början av 1930-talet under ledning av Harvardprofessorn Elton Mayo. Hans avsikt var att avgöra hur förändringar i den fysiska miljön påverkade arbetarnas produktivitet (Hatch, 2002). Utfallet blev överraskande då oavsett hur forskarna gjorde med exempelvis ljuseffekterna så producerade arbetarna mycket bra, bättre ljus vs sämre ljus. Analysen ledde till att det var just *uppmärksamheten på arbetarna* som gav de positiva produktionsresultaten. Detta lade grunden till det område som kallas "human-relations", HR. HR - perspektivet bygger på förhållandet mellan individ och organisation (Bolman och Deal, 1997). Människor och organisationer har behov av varandra vilket kräver strategier genom hantering och investering av mänskliga resurser (a.a.).

Författarna tar upp som exempel när ett plan har störtat direkt efter start har det ofta berott på att besättningen har förbisett en punkt på checklistan. Med andra ord så handlar 'balansen' om samspel och 'reglerna' utgörs av olika policydokument, skriver författarna.

De organisationsteoretiska perspektiven är bra att tillgå när man ska konkretisera problemen för att skapa en förståelse av organisationens verklighet och chefernas vardag. (a.a.) Det är med denna bakgrund som HRM, Human Resource Management, och HR -avdelningens struktur inom organisationen är viktig, anser Söderlund och Bredin (2005).

4.6. En framtida sjukvård i Skånsk Livskraft

Levin och Normann (2001) tar upp att informationsteknologi, bioteknologi, läkemedel och medicinsk teknik är några områden som har en snabb kunskapsutveckling inom vården vilket bäddar för en *möjlighetsrevolution*. Politiker är en tungt vägande faktor i den framtida hälsovårds-, sjukvårds- och äldreomsorgssystemet, vars primära uppgift är att garantera det solidariska systemet som inte lämnar någon medborgare utanför. *Framtida utmaningar i sjukvården är "rörliga institutioner" av både kapital och kunskap mellan regioner.*

Hälsosystemet är också en av de snabbaste "branscherna" i världen. En verksamhet och dess organisation behöver förändras och *anpassas* när omgivningen förändras. Kommerciella marknader går i konkurs om de inte anpassar sig till sin omgivning. Varje förändring innebär både *intellektuella omvälvningar* och förändringar i *maktrelationer*.

Att veta i vilken nivå en organisation befinner sig i kan vara svårt menar författarna, då det som uppvisas i ett utvecklingsbeteende hos organisationen utåt inte behöver betyda att organisationen utvecklas invändigt. Författarna beskriver det som att vissa uppvisar en *hysterisk hyperaktiv organisation med en intensiv miljö av projekt*, men dessa kan mycket väl *dölja en oförmåga till förändring ändå, en dynamisk konservatism*.

Vård och omsorg i dag är nästan ett oöverskådligt komplex, därför går det inte att bygga upp en klar och entydig modell och sedan genomföra den, menar författarna. Det hyperaktiva vs det konservativa, det gäller som organisation att inte hamna i någondera av fällorna. Balansgången innebär att involvera många anställda som engagerar sig både i det fysiska men i hög grad i sina sinnen inför en förändring. *Organisationens system måste bidra till att de rätta förutsättningarna skapas för detta så att en utvecklingsprocess kan ta form.* (a.a.)

Skånsk Livskrafts processarbete resulterade i att den skånska sjukvården delades in i fyra områden som utgör de olika behandlingsnivåerna. Dessa benämns 'de fyra logikerna', det vill säga fyra behandlingsnivåer i patientens väg (logistik) genom sjukvårdens instanser. Dessa beskrivs enligt följande:

De fyra logikerna

- **Närsjukvård:** Närsjukvård handlar om den enskildes trygghet i att få vård vid rätt tidpunkt, med rätt insats och på rätt vårdnivå. Ett nytt vårdsystem som bygger på processtänkande utifrån patienternas behov. Närsjukvårdsplatser bedöms till cirka 30 platser (befintlig kommunal sjukvård + platser på sjukhus) per 100 000 invånare (Skånelän har 1,1 miljon invånare). Mycket av eftervården och rehabiliteringen sköts i närsjukvården som även gör en objektiv kvalitativ resultatvärdering av övriga logikernas insatser. Vårdlogikerna indelar behoven rationellt med en grundtrygghet och tillgänglighet som bas. Genom samarbete mellan logikerna skapas ett helhetsperspektiv. Hälsofrämjande arbetsinsatser och informationskanaler genom att identifiera vårdbe-

hovet. Närsjukvårdens uppdrag ska gälla 24 timmar per dygn 365 dagar per år och hög tillgänglighet mellan vårdgivare. Via elektronisk kommunikation och en enda journal (datajournal) ökas förutsättningarna för detta.

- **Specialiserad akutsjukvård:** Stora patientgrupper är akuta koronara (hjärta) syndrom, akuta buksmärtor, höftfrakturer och stortrauma inom den specialiserade akutsjukvården. Till denna indelning kan även tillföras psykiatrisk akutsjukvård. Specialiserad akutsjukvårds produktionsvillkor handlar om tillgänglighet, vårdprocesser, journaler, synliggöra för patienten (beteendet) rätt vårdnivå, styrning av patientflödet till rätt sjukhus/vårdnivå, m.m.
- **Specialiserad planerad vård:** Den elektiva (planerbara) logiken ska *inte* störas av den händelsestyrda akuta vården. Högfrekventa, rutinmässiga slutenvårdsingrepp har redan pågått i praktiken under många år vid närsjukhusen i Landskrona, Hässleholm och Trelleborg. Helsingborg (akutsjukhus) har redan under 90-talet utvecklat tydliga skiljelinjer mellan akut och elektiv kirurgisk verksamhet. En arbetsrotation har också organiserats mellan akutsjukhusen och de komplementära, elektiva sjukhusen. Elektiv vård är planerbar till tid, innehåll och volym, och där planerad handläggning ej försämrar prognosen för lindring, förbättring eller bot. *Kirurgi:* ex. ögonsjukvård, urologi, öron- näs- och hals sjukvård och kvinnovård, gastroenterologi (matsmältningsorganens sjukdomar), bröstoperationer, kärl samt hud. *Ortopedi:* ex. skelett och diskbräck. Beroende på vilka typer av ingrepp som exempelvis närsjukvården bedriver inom elektiv vård avgör behovet av servicefunktioner som laboratorieverksamhet och röntgen.
- **Högspecialiserad vård:** Den högspecialiserade vården har en lågfrekvent verksamhet med ett forsknings- och utvecklingsuppdrag (kunskapsspridning) och finns därmed främst vid universitetssjukhusen. Det är en verksamhet som kräver samverkan mellan sjukhus, landsting och regioner för att kunna upprätthålla, utveckla och dokumentera rätt kvalitet och bra resultat (diagnostik och/eller behandling av sällsynta sjukdomar eller skador). Exempel på högspecialiserad vård är; tumörkirurgi, hjärtkirurgi, barnkardiologi, brännskador, glaskroppskirurgi, neuropsykiatriska sjukdomar, klinisk genetik, transplantation, anestesi och intensivvård.
(< www.skane.se/skansklivskraft/vardochhalsa > 2004)

Skånsk Livskraft – vård och hälsas utvecklingspotentialer innebär att gränserna mellan vårdnivåerna kommer att förskjutas och hela sjukvårdsstrukturen kommer att påverkas. Med detta menas att själva vårdens organisering kan utgå från patientens behov, exempelvis hur man tar sig an patienten, det som kallas för 'logistikarbetet'.

Framtidens sjukvård kommer att ge möjligheter att "skraddarsy" lösningar för patienter och personal i de olika professionerna. På så sätt kan de olika vårdbehoven tillfredsställas efter lokala förutsättningar. Instruktioner och uppbackning kan ges på distans via exempelvis *telemedicin* (medicinsk 'teknisk' kommunikation via telemedia). Det ökar möjligheten att utreda och behandla på ett adekvat sätt, utan att patienten behöver remitteras. Detta leder till ökad trygghet för personalen och förbättrad vårdkvalitet.

På detta sätt ökas både främjandet av såväl ökad decentralisering som ökad centralisering. Brist idag på en viss sorts specialister inom ett distrikt eller landsting kan undanröjas, liksom att rikta fokus på rekrytering av "rätt" personal (kompetensfokus) i de olika vårdkedjorna och dess professioner och arbetssätt.

Processtänkande är viktigt inom *Skånsk Livskraft*, vilket kräver bättre logistik (patientflöde/kompetensflöde/utbildnings- och forskningsflöde/utvecklingsflöde m.m.). Flöden kan förändras (beteendemönster) och ledtider förkortas (remissförfarande/epikriser → utskrivningsanteckningar/fakturaförfaranden/journalhantering m.m.).

Det är viktigt för patienten att få snabba besked om diagnos och behandlingsstrategi, liksom för sjukvårdens säkerhetssystem att remisser och journaler inte "fördröjs" i dess administrativa hantering. Systemet får inte "fördröjas" på grund av exempelvis att ett "remissvar saknar läkarsignatur".

Skånsk Livskrafts vision och intention är att lyfta fram "hinder och olika stop" i struktursystemet. Ett sätt är genom att främja förändringsklimat via bland annat olika delprojekt inom de olika vårdorganisationerna och att möta framtidens krav på sjukvård från samhällsmedborgarna (patienterna).

Personalfunktionen och kompetensen sätts därmed alltmer i fokus inom de olika professionerna. Bemötandet hos personalen kan därför komma att få alltmer betydelse och hur viktigt det är att i sjukvården och i omvårdnadsprocessen lyssna till patientens önskemål, en "kundanpassning".

I *Skånsk Livskraft* intention ingår också att förbättra logistiken så att patienten lotsas till "rätt nivå" vid sin kontakt med sjukvården. Detta görs via en funktion som benämns som 'triage'. Triage är franska och betyder sortering. Triagesystemet och arbetsmetoden har sina rötter i krigssjukhusens organisation. De sårade sorterades snabbt upp i olika kategorier för att omhändertagandet skulle bli så snabbt och effektivt som möjligt. Triage ska införas på alla akutmottagningar.

I en artikel i tidningen Region Skåne som delas ut i samband med regionfullmäktige (< www.skane.se > april 2004: 10-11) beskrivs ett lyckat införande av Triage vid sjukhuset i Helsingborg. Detta diskuterades vid sjukhuset redan för 5-6 år sedan och är nu genomfört. Precis som i det militära så delas patienterna på akuten in i fem färgkategorier som avgör hur länge de får vänta på att doktorn tar emot.

'Röd' betyder *mycket* brådskande och ett omedelbart omhändertagande; 'Gul' betyder *brådskande* och också omgående omhändertagande; 'Grön' betyder akutfall där *väntan inte förvärrar tillståndet* men där sjukdom eller skada bör tas omhand akut på sjukhuset; 'Blå' betyder *ej brådskande* akutfall och att patienten *inte* behöver omhändertas på sjukhusets akutmottagning och patienten hänvisas därför till sin familje(hus-)läkare, och den sista kategorin är 'Vit' som betecknar låg prioritet och att egenvård eller besök hos familjeläkaren är aktuell. Patienten ska *inte* omhändertas på akutmottagningen.

För att detta ska fungera i "lotsningen" till husläkaren så är det av vikt att familjeläkarverksamheten (vårdcentralen) kan ta emot patienten. Region Skåne införde en familjeläkarverksamhet år 2002. Konturerna kring begreppet närsjukvård har lett diskussionen till en kravspecifikation (HSN/030169, 050412), med familjeläkarverksamheten som en del av närsjukvården.

Regionfullmäktige har beslutat (december 2003) att familjeläkarverksamheten skall bestå och utvecklas. Diskussion har förts under hösten 2004 (med underlag från vårens diskussion 2004) hur inriktningen skall harmoniseras med närsjukvård. Arbetet med översynen av verksamheten har knutits till fyra referensgrupper; sjukvårdsdirektörerna, primärvårdscheferna, privata vårdgivare och en facklig grupp.

I sammanställningen av översynen går att läsa (HSN dokumentet s. 2 av 13); *Familjeläkarverksamheten med bas i allmänmedicin skall vara den verksamhet som invånarna naturligt väljer i första hand vid behov av sjukvård. Invånarna gör ett aktivt val av familjeläkare eller enhet. Verksamheten har dessutom ett klart uttalat ansvar för akut och planerad vård för övriga personer som bor eller vistas i det geografiska område som enheten har ansvar för.* Den generella kravspecifikationen som nu är reviderad, börjar gälla 2006.01.01. som ett steg i det kontinuerliga utvecklingsarbetet för anpassning av familjeläkarverksamheten till *Skånsk Livskraft*.

Det fortsatta arbetet innebär konkretisering av närsjukvård relaterat till ytterligare utvecklingsinsatser. Samarbetsformer kommer att utvecklas för det fortsatta processarbetet. Dessa ska hållas samman regionalt och ske i nära samarbete med berörda verksamheter och berörda fackliga organisationer. Familjeläkarverksamhetens utveckling innebär ett förbättrat omhändertagande för ett flertal patientgrupper. (< www.skane.se > och Sveriges Kommuner och Landsting < www.skl.se >).

Skånsk Livskraft innebär därmed att sjukvården organiseras via de fyra logikerna där närsjukvården är basen för logistiken. Via en triage-funktion ska patienterna lotsas till rätt instans som ska leverera sjukvård. Närsjukvården förutsätter en familjeläkarverksamhet.

För att få bättre kontroll på tillgängligheten hos vårdcentralerna infördes en nationell vårdgaranti den 1 november 2005. Den innebär en långsiktig satsning för att förbättra kvalitet, tillgänglighet och patientinflytande i vården. Vårdgarantin möjliggör vård på lika villkor i hela landet och ger patienterna en starkare ställning i vården. Det är intentionen.

I regionen har projektet *Vårdgaranti* startats för att ge stöd och skapa de förutsättningar som behövs för genomförandet. Generellt sett kan sägas att vårdgarantin innebär att patienten ska ha rätt till telefonkontakt med primärvården samma dag, och rätt till besök hos läkare om det behövs inom högst sju dagar, och efter beslut om remiss till specialist ska patienten inte behöva vänta mer än nittio dagar och detsamma gäller beslut om behandling. Om patienten tackar nej till en tid som erbjuds så gäller inte vårdgarantin, vilket innebär att om man står i kö så börjar 'klockan ticka på nytt' inför sju eller nittio dagars regeln. (< www.skane.se/familjelakare >)

Levin och Normanns (2001) beskrivning av framtidens sjukvård som en möjlighetsrevolution känns realistisk och nära, nu när jag försökt att bena upp innebörden av *Skånsk Livskraft*. Jag har tagit upp att processtänkande är viktigt för att kunna utveckla struktursystemet. Strukturella dilemman har också synliggjorts där HRM har en roll som kan bidra till en gynnsam process. De fyra logikerna, triage, familjeläkarverksamhet och vårdgarantin är viktiga komponenter i den skånska sjukvården. De grundläggande rationalistiska organisationsteorierna med systemteorin som motpol, har också redovisats. Politiker och ansvariga ledningsgrupper har i media sökt redogöra för samhällsmedborgaren vad som händer inom den skånska sjukvården.

Huvudpunkterna i det som media redovisat under våren 2004 och bitvis under 2005 är att förklara vad *Skånsk Livskraft* innebär för samhällets medborgare och vad de olika logikerna står för. Media har också tagit upp intervjuer med läkare som är både för och emot vissa politikerbeslut bland annat om var olika typer av operationer ska göras, exempelvis höft- och knäledsplastiker. Fackets ståndpunkter har också lagts fram liksom vad oppositionspartier haft för synpunkter i vissa frågor gällande hur och var sjukvården ska förläggas.

Mycket diskussioner och demonstrationer har gällt vissa vårdcentralers hot om nedläggning och sommarmånadernas kraftiga belastningar på vissa vårdcentraler med stor brist på läkare. Media rapporterade väldigt intensivt under våren 2004 inför det slutgiltiga beslutet om implementeringen av *Skånsk Livskraft* utifrån vad processarbetets arbetsgrupper kommit fram till. *De politikerna tryckt på i media är att implementeringen kommer att ge kortare köer, bättre vård och billigare nota för sjukvården.*

Styrgruppen (här finns experterna) för *Skånsk Livskraft* har lagt fram olika förslag på hur man tänker sig förändringsprocessen och tidsmarginalerna för dem. Det har bland annat stått att *vinsterna* innebär färre akutsjukhus och att Region Skåne kommer att ta över ambulansverksamheten i egen regi, där akutbilstjänsterna kommer att upphandlas för sig. Omorganisation och specialisering av sjukhusen är nödvändig, menar politikerna, liksom att stimulera skaparkraft och prestationer i sjukvården.

Planeringsgruppen till förslaget består bland annat av direktör Ulf Meijer och rådgivande läkare Stefan Rydén och Ewald Ornstein. Ingrid Lennerwald (socialdemokratisk politiker och hälso- och sjukvårdsansvarigt regionråd) har bemött den kritik som inkommit mot organisationsförslaget med: *Det vi tänker göra genom Skånsk Livskraft har inte skett någonstans tidigare. Allt sker inte 'pang, bom', överallt första januari. Förändringar lappar över varandra, det blir en levande hantering.* (< www.ystadsallehanda.se > Ingels, G. 040611).

I en rapport från Landstingsförbundet (Molin och Johansson, 2004) bedöms 30 akutsjukhus behöva läggas ner i Sverige (Molin, 20040324, < www.dn.se >). I framtiden, fram till år 2010, måste kommuner och landsting ta en större roll när det gäller regional utveckling enligt en ansvarsutredning som gjorts av staten (Ingels, G. 040221, < www.kristianstadsbladet.se >). Meijer säger i samma artikel att personal ibland för över sin ångest på patienterna vid förändringar inom sjukvården. Det är oetiskt och olyckligt, menar han. (a.a.)

Enligt Regiondirektör Mats Welff och hälso- och sjukvårdsdirektören (2004) Bertil Lindström inom Region Skåne, kommer *Skånsk Livskraft*, ge skåningarna en mer och jämlik hälso- och sjukvård. *Målen måste vara tydliga och motiven för förändringarna måste lyftas fram, gång på gång för medarbetarna.* Förslaget med *Skånsk Livskraft*, kommer att ge bättre vårdkvalitet och mer effektivitet för varje skattekrona. (< www.hd.se > < www.ystadsallehanda.se > Erling, A-M, 040416) Navet i närsjukvården är familjeläkarsystemet 'som går på kryckor', framkommer också i artiklarna om *Skånsk Livskraft*.

Ambulanserna kommer också att få en viktigare roll i den skånska sjukvården, där läkare och sjuksköterskor kommer att vara uppkopplade via telefon till alla ambulanser under uttryckning. Kritiken har varit stor i media mot olika beslut. Debattsidorna här med inlägg från oroliga medborgare/patienter, men också orolig vårdpersonal, liksom synpunkter från oppositionen inom politiken, med flera, visar tydligt hur processarbetet har berört mångas känslor. Det är ju den största förändringen inom skånsk sjukvård som hittills initierats enligt Region Skånes egen definition.

Under våren 2005 presenterades också i media olika former av artiklar som till stor del handlade om ekonomi och diskussioner om den skånska sjukvården och implementeringen av *Skånsk Livskraft*. De har handlat om olika projekt som pågår runtomkring inom sjukvården på sjukhus och inom primärvården, men också sådana saker som större sjukvårdsrådgivning och bättre informationssystem för att bättre få svar på vårdfrågor statistiskt, liksom om apoteksmonopolets vara eller icke vara. Sjukvården är komplex

vilket också har synliggjorts i media i och med *Skånsk Livskraft* debatten. (På Region Skånes hemsida finns länkar till 'Pressklipp i webbmedier', där allt som skånsk media, kvällspress och andra medier berört om ämnet finns för fördjupning)

4.7. Att implementera en förändring.

Ledarskap innebär i sig att arbeta med förändring, varför chefs roll som förändringsagent uppmärksammats under det senaste decenniet (Thylefors, 2004). Det är en sak, menar Thylefors, att själv som chef initiera och åstadkomma förändringar, men en annan att förmedla och verkställa förändringar som beordrats uppifrån. Landsting och kommuner har under 80- och 90-talen initierat massiva förändringsinsatser vilket lett till personalomsättning på grund av upplevelse av ideliga förändringar och brist på arbetsro.

Thylefors tar upp att flera forskare i dag skissar upp människan som en *kameleontmänniska* där människan ska vara anpasslig, klara av att snabbt ställa om sig till nya krav men på bekostnad av förankring och förmåga till nära, långvariga relationer; en autonom människa.

Personalkonflikter bottnar i olika syn på behovet av struktur i bemärkelsen ordning, system, regler och uppbyggnad. Thylefors menar att det saknas insikt om att hela registret av struktur är nödvändigt för personalen. De vill ha klara befattningsbeskrivningar, uttalade rutiner och en tydlig chef, annars skapas systemångest hos personalen.

Strukturen utgör ett arbetsinstrument och brist på dem kan av en chef som inte vill verka för auktoritär låta enligt följande: ”visst har vi regler men så rigida är vi inte att vi inte kan diskutera dem” (a.a:169). Detta leder till att när en verksamhet saknar en tydlig ram kolliderar ofta strävanden efter struktur å ena sidan och frihet å andra sidan, med destruktiva följder.

Många arbetsplatser fastnar i en ständig dragkamp mellan dessa sidor. Det är också stöd och strukturer som är ingredienserna i personalens förhållningssätt gentemot sina patienter liksom förhållandet mellan chefen och medarbetarna. Stabilitet är en förutsättning för förändring, menar Thylefors vidare. (a.a.)

Organisationsstrukturen har betydelse för hur grupptänkanden tar sig uttryck för och vilken riktning olika tendenser utvecklar sig, menar Granström (2000). I mer uppgiftsstyrda organisationer kan kamppositionsbeteende uppstå i inbördes relationer som inbegriper makt och gränsfrågor, när gruppen utsätts för hot 'utifrån', exempelvis nya arbetsvillkor et cetera. Dessa tankegångar kommer från bland annat Janis groupthinkbegrepp. (a.a.)

Termen ”organisationsstruktur” står för hur arbetet har fördelats och arrangerats mellan de personer som arbetar i organisationen (Abrahamsson och Aarum Andersen, 2005). Att organisera handlar om att balansera behovet av stabilitet mot behovet av anpassning och god förändring, menar författarna. De menar också att *ingen organisation kan existera utan ledarskap*. Det handlar om hur organisationen hanterar sina uppgifter och hur den hanterar relationerna mellan medarbetare/anställda, för att nå bestämda mål. (a.a.)

Beteendet som en organisation har är ofta traditionsbundet, menar Corvellec och Holmberg (2004). Organisationens vardag ligger en bra bit från Webers eller Taylors ideal. Ordning och oreda förutsätter varandra och kompletterar varandra i ett dynamiskt samspel, och detta måste man lära sig att hantera, vilket chefer och ledare måste hantera med medarbetarna. Därför har synen på ledningsarbete förändrats. *För de som har lednings-*

funktioner visar forskningen att intelligens och insiktsfullhet har stor betydelse särskilt när de är kopplade till självförtroende och beslutsamhet, fortsätter författarna i sin skrivning.

Det handlar om hur chefen och ledaren beter sig och bemöter situationer som de ställs inför. I detta ingår också att ledarrollen utvecklas i samverkan med dem som låter sig ledas. Även om personal uppskattar en chef som bryr sig om sin personal och social gemenskap så uppvägs inte det av att chefen inte klarar av att skapa ordning och stadga och att kunna skapa motivation för arbetsuppgifterna, menar författarna vidare. *Ledningens beteende blir normgivande för arbetsplatsen.*

En organisation är sällan uppbyggd enligt demokratiska principer och de är arenor för intressekonflikter. En maktrelation uppstår när två parter har motsatta intressen. Den utvecklas alltid till någons nackdel. Den skapar upplevda känslor av maktlöshet hos personalen och den ökar när upplevelsen av förtryck ökar. (a.a.)

Att implementera en förändring ter sig därför komplext när dessutom organisationen är en politisk organisation och organisationen består av flera komplexa verksamheter. För att förstå bakgrunden till varför *Skånsk Livskraft* initierades, är det intressant att ta fram lite historisk fakta för den svenska sjukvården.

4.8. Svensk sjukvårdshistoria

Det första lasarettet i Sverige kom till under senare delen av 1700-talet och blev institutioner som enbart skulle vårda de sjuka och botbara, främst de fattiga (Svensson, 1993). De privilegierade i samhället fick fortfarande vård i sina hem. Utvecklingen av sjukhus gick sedan fort. År 1811 fanns det 33 sjukhus i Sverige med totalt ungefär 700 vårdplatser. Efter år 1842 tredubblades vårdplatserna på sjukhusen.

Sjukhusen fick organiseras efter stränga hierarkiska och militära mönster med ordningsregler och disciplinära straff. Efter hand kom sjukhusen att bli experimentfält för att utprova läkarvetenskapens metoder. Detta ledde till att läkarnas status i samhället snabbt ökade i takt med de vetenskapliga framstegen, liksom att synen på sjukhusen förändrades. Moderna sjukhus beskrivs ofta här som en mäktig och unik organisation i samhället. Men sjukvården beskrivs också som en komplex social organisation som kännetecknas av ständiga *målkonflikter* om hur den goda vården ska åstadkommas.

Mellan åren 1961 och 1977 tillkom 16 000 vårdplatser på sjukhus och 21 000 nya vårdplatser på långvårdssjukhus. Antalet anställda växte under denna period från 115 000 till cirka 3 000 000 (se vidare i SOU 1979:26). Under 1960-talet anställdes en stor del utbildade kvinnor (deltidsarbetande) inom sjukvården. Under 1950- och 1960-talets vårdutveckling blev stordrift och standardisering nyckelbegrepp. (a.a.)

När man läser den historik som finns bakom den svenska sjukvården, med dess hierarkiska struktur och initialt en militärisk påverkan av ordning och disciplin för att åstadkomma resultat, så förstår man den komplexitet som ska utmanas vid en större omställning, som just *Skånsk Livskraft* innebär. Det finns olika kulturella skillnader som råder inom denna organisation beroende på profession och geografisk placering.

4.9. Kultur

Kultur är ett brett begrepp som handlar om vårt sätt att tänka, vara och handla. Det råder olika kulturer inom samma sjukhus och olika verksamheter vilket också försvårar större

förändringsprocesser. Region Skåne har därför på uppdrag av sjukvårdsledningen genomfört en kulturanalys av *Skånsk Livskraft* i Nordvästra Skåne, för att få en extern, neutral belysning av processarbetet (november 2004).

Skånsk Livskraft är ett tvärpolitiskt enat beslut om hur ramarna för skånsk sjukvård ska bedrivas. Det är ett processarbete som inleddes år 2001 och som fick sitt slutliga beslut i juni 2004. Därmed startade den operativa processen i implementeringen hösten 2004 för det största förändringsarbete inom skånsk sjukvård som bedrivits hittills, enligt definition från Region Skåne.

Med denna empiriska bakgrund kan kapitel fyra sammanfattas av en förändring som kommer uppifrån ner till chefen genom politiska beslut. Den är inte initierad av chefen själv. Därför är Christiansson och Rookes (2005) rapport *Vårdens Livskraft* som utgör stödprocess för implementeringen av *Skånsk Livskraft* bra att tillgå för chefer och medarbetare ute i verksamheterna. Här beskrivs hur lärande sker och hur kunskap kan användas och utvecklas i förändringsprocesserna runt om i Skåne. I boken används ett pussel som metafor för att visa på varje pusselbits suveränitet utan samverkan med andra pusselbitar. Metaforen ska synliggöra vinsterna av samverkan mellan bland annat olika professioner. (a.a.)

Beskrivningen av människan som kameleont och autonom får också en innebörd i intentionen att implementera en förändring. Organisationsstrukturen har också betydelse för grupp tänkande som kan utveckla sig beroende på hur ”vi & dem” upplevelsen tar sig uttryck. ”Dem” kan vara kolleger och inte nödvändigtvis chefen. Att organisera handlar därmed om att balansera behov för att nå bestämda mål. Intressekonflikter och maktspel skapar maktlöshetskänsla hos personalen. Och människan söker jämvikt i en kollektiv anda som förutsätter rationella (eller irrationella) val i en social hierarki när en omstrukturering förväntas ske. Detta i relation till sjukvårdens historik och militära ordningsdisciplin, i en modern sjukvård med ständiga målkonflikter, gör att begreppet *kultur* känns angeläget att observera.

Brulin och Nilsson (2003) tar upp att *motstånd mot förändring är ett underskattat problem*. Förändringsarbete innebär ofta både verksamhetsutveckling och arbetsrationaliseringar (det vill säga att behovet av personal minskas). **I organisationsförändringar finns alltid både vinnare och förlorare. Motiven för motstånd mot förändring är högst rationella.** Problematiken i motståndet måste därför analyseras på ett djupare plan.

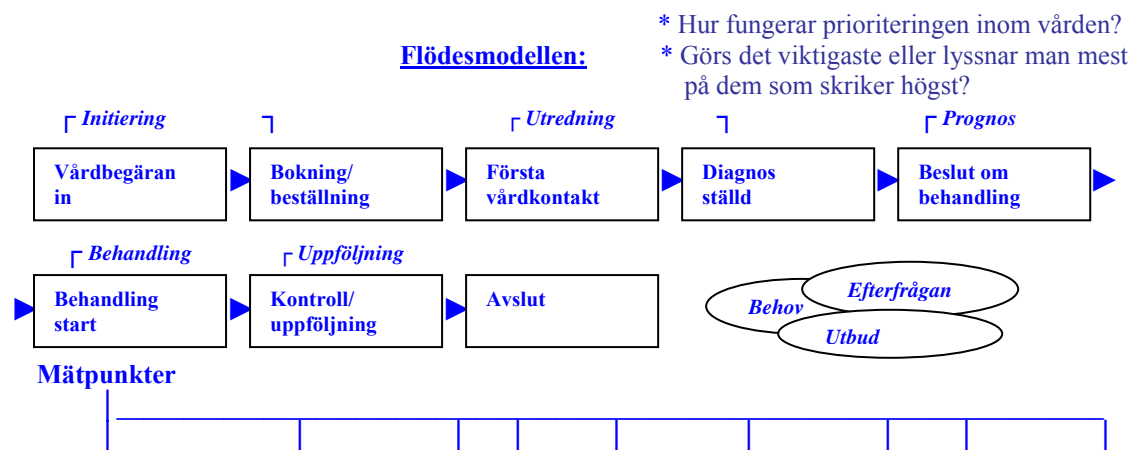
Förändringar påverkar sociala relationer och strukturer. Därav uttryck som: *man vet vad man har men inte vad man får*. Både individen som organisationen förlorar om förändringen blockerar all inläring. Graden av inflytande i en förändring har sannolikt störst betydelse för motivationen, då ’deläggande’ i förändringsarbetet möjliggörs. **Det handlar om inflytande över förändringsprocessen, känna ’makt över sin egen situation’.** Då kan situationens konsekvenser förutses. Den slutsatsen drar författarna. (a.a.)

När det gäller att implementera en förändring kommer perspektivet och begreppet benchmarking och benchmarking in (se sidan 8 ovan) och där FoU (se not 7 nedan) fyller en viktig funktion.

7. FoU (Skåne), är ett regionalt nätverk för praktikerforskning, kunskaps- och tjänsteutveckling, utvärdering, samt projekthandledning och fortbildning (< www.fou.nu/is/sverige >). Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan i en ny arbetsgivar- och intresseorganisation sedan 1 januari 2005, där medlemmarna är alla Sveriges 290 kommuner, 18 landsting och regionerna Västra Götaland och Skåne län (< www.skf.se >).

Riksdagens riktlinjer för sjukvårdens prioriteringar bygger på tre övergripande etiska principer: *människovärde*, *behov* och *solidaritet* samt *kostnadseffektivitet*. *Skånsk Livskraft* handlar just om detta.

Därför är ett exempel om benchmarking och -learning intressant att ta med här från Kronobergslänslandstings utvecklingsarbete och projekt ”Väntetider i vården”, i relationen till vårdprocessen (logistiken) som i slutändan ska ge patienterna fördelar genom bland annat kortare väntetider samtidigt som en effektivitet uppnås och ekonomin hamnar i fokus inom verksamheterna (Personaltidningen Bladet, 2003, nr 5, sidan 7, Sandberg, P-A., < www.ltkronoberg.se >). I figuren nedan synliggörs den flödesmodell som utvecklats i detta projekt där tio landsting av Sveriges totalt tjugoen ingår (åren 2003-2005):



Figur 2. Flödesmodellen analyserar patientens väg genom vården för att samla kunskap om hur organisationen fungerar. Modellen är tänkt att visa på hur behov, efterfrågan och utbud sammanfaller. (Modellbeskrivning från artikeln, se ovan, a.a.)

De olika delarna (se varje ruta i figuren ovan) inom vården ska få tillgång till instrument så att den kan styra, mäta, analysera och följa upp sin egen verksamhet. Med givna mät-punkter är tanken med flödesmodellen att kunna analysera patientens väg genom vården för att kunna skapa tillförlitligt underlag för verksamhetsutveckling bland annat i form av vårdprogram. Mätresultaten ska sedan avpersonifieras för att lagras statistiskt i klassifice-rade problemställningar.

Patienten kommer sällan till läkaren med en diagnos. Om problemet är ”ont i ryggen” vet inte patienten orsaken till det onda. Med hjälp av statistiken kan man utarbeta former för utredning, prognos och behandling (följ i figuren ovan pilarnas väg genom vårdkedjan).

Flödesmodellen har utvecklats ur projektet ”Väntetider i vården” och i samband med detta insåg man att vårdprocessen eller *flödet* var svårt att mäta då det saknades tillförlitlig data om verksamhetens innehåll. En grundbult för att flödesmodellen ska fungera är, att ha ett fungerande datasystem som utifrån den kliniska verksamheten och baserat på säkra grund-data kan hantera enskilda patienter och relevanta grupper. De ska dessutom vara special-anpassat, lättbegripligt och möjligt att integrera i de dagliga rutinerna. Driftsystemet är Cambio och de tekniska förutsättningarna finns att täcka in 75-80 procent i verksamheten.

Med hjälp av ”vårdbegäran” vill man kunna följa patientens väg från *initiering* till *upp-följning* och *avslut*. Den ligger till grund för all inmatning av genomförd utredning, vård och behandling. I samband med den inledande problembeskrivningen kom man fram till att ekonomibesluten styr verksamheten istället för att vara jämbördigt kopplat till dess inne-

håll. En annan slutsats som projektledarna Thomas Frisk och Erik Sätterström gjort var att effektiviteten, det vill säga balansen mellan behov, efterfrågan och utbud inte gick att mäta, därav behovet av detta styrinstrument. (a.a.)

Benchlearning handlar om att lära av andra, vilket jag gjorde när jag var på de sex olika seminarierna och forskningskonferenserna under år 2005, där implementeringen av *Skånsk Livskraft* synliggjordes på vissa sjukhus, vårdcentraler och inom kommunen via deras projekt och engagemang bland chefer och medarbetare. Vid dessa träffar lyftes fram att värdet för medborgaren uppstår i det direkta mötet med vårdens medarbetare och att det är här som vårt inre arbetssätt kan förbättras och resurserna optimeras. Därför ser jag benchlearning och -markering som viktiga komponenter i att implementera en förändring.

I Olssons (2005) avhandling framkommer att landstingen generellt sett arbetar alltför lite med effektivitetshöjande åtgärder utifrån ett system- och processperspektiv. Landstingen behöver satsa på styrsystem i syfte som inbegriper nyckeltal och möjligheter att till jämförelser över tid och mellan landsting kunna styra mot ökad effektivitet (a.a.).

I närsjukvårdsprojektet ”Albin” i Lund är målsättningen att skapa ett bättre samarbete med Primärvården via samordnad vårdplanering mellan kommun, primärvård och akutsjukvård i Lund och Eslöv (< Christer.Wahlfrid@skane.se > och < Marie-Louise.Olofsson@skane.se >). Målsättningen är att kunna ha en dialog `innan inläggningen på sjukhus`, det vill säga då man upptäcker att patienten börjar bli sämre (a.a.). I ”Ortopeden in i framtiden” lyftes fram hur förändringsprocesserna haft fokus på kompetensutveckling och arbetsorganisationen (< jan.carlsson@lime.se >).

Ett projekt ”Cuu, Centrum för Utbildning och Utveckling” förs i ett närsjukvårdsperspektiv där all personal agerar handledare för sjuksköterskestudenter och där studenterna tydligt ska se sin del i hela patientens vårdförlopp, vilket innebär att ha kunskap om vad andra aktörer kring patienten gör. Hälso- och sjukvårdsdirektören (sedan februari 2005) Karin Christensson föreläste med frågeställningen: *Vad är det som präglar vår arbetsplats idag?* och *Hur lär vi av varandra och andra?* (< Karin.Christensson@skane.se >).

I Herttings (2003) avhandling om effekterna av de stora nedskärningarna på sjukhuset i Örebro i mitten av 1990-talet, visar den *hur sparandet och omstruktureringen av sjukvården lett till stress och ohälsa hos personalen*.

Sammantaget ger benchlearning och benchmarking goda verktyg och goda exempel samt intressanta frågeställningar inför hur och vad landstinget Region Skåne bör ha i åtanke vid implementeringen av *Skånsk Livskraft*.

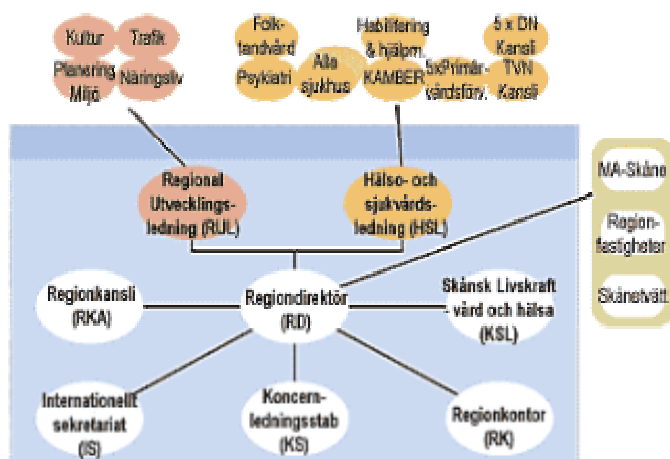
5. RESULTAT

5.1. Inledning

Som ovan nämnts ingår nio intervjuer i empirin. I figuren nedan synliggörs Region Skånes tjänstemannaorganisation (som den ser ut år 2004, från och med år 2007 finns ett nytt organisationsschema). En intervju är med en anställd på *Skånsk Livskraft* kansli i Kristianstad. Det är den vita ringen direkt ut till höger från Regiondirektören i mitten. Från kansliet intervjuades Maria Lindblad, *informationsansvarig* för utvecklingsprogrammet. En *medicinläkare* från ett sjukhus intervjuades då denne person varit delaktig i *styrgruppen* för och konstruktionen av i tre av de fyra logikerna (behandlingsnivåerna) som *Skånsk Livskraft* utgörs av (se punkt 4.6. sidan 20 ovan). En *hälso- och sjukvårdsstrateg* från ett dist-

riktsnämnds kansli (en av fem distriktsnämnder i Skåne) intervjuades också, och finns i den översta gula ringen till höger, vilka utgår från hälso- och sjukvårdsledningen. Alla sjukhus finns i en av de gula ringarna överst i figuren och utgår också från hälso- och sjukvårdsledningen. Från ett sjukhus medicinklinik intervjuades en vårdenhetschef och fem avdelningschefer.

Tjänstemannaorganisationen: Intervjuer från sjukhus, distriktsnämnd och kansliet för Skånsk Livskraft.



Figur 3. Översikt av Region Skånes tjänstemannaorganisation år 2004.

Källa: < <http://www.skane.se> > Kontakt: < webbredaktionen@skane.se >

Figuren ovan med olika cirklar visar på de olika förvaltningskonstruktioner som finns inom Region Skåne. Region Skånes regiondirektör i mitten utgör 'spindeln i nätet', som har en koncernadministration till hjälp att leda regionens tjänstemannaorganisation. Organisation, ledning och uppgifter innefattar begreppet arbetsordning (ArbO) för Region Skånes centrala tjänstemannaorganisation, benämnd Koncernadministrationen (KA), som omfattar bestämmelser för alla anställda inom KA.

Syftet med arbetsordningen är att medarbetare skall ha ett instrument där man finner grundläggande förutsättningar för att säkerställa kvalitet och effektivitet i arbetet. ArbO finns tillgängligt på intranätet och uppdateras årligen. Vidare omfattar det verksamhetsidé och övergripande mål, organisationsbeskrivning, verksamhetsstyrning, ledning och samverkan, samordning och samverkan mellan arbetsorganisationer.

Som man kan se så är varje cirkel en förvaltning, förutom sjukhus som utgör tio förvaltningar, ett för varje sjukhus, samt primärvårdsförvaltningarna som är fem, liksom distriktsnämnderna som är fem då regionen delas in i fem delar. Jag går inte närmare in på de olika förvaltningarna men överblicken visar på den komplexitet som Region Skåne omfattas av. Se mer utförligt i bilaga 3. Intervjuerna representerar därmed fyra ringar från organisationsschemat: *Skånsk Livskrafts* kansli; HSL, hälso- och sjukvårdsledningen (läkaren); distriktsnämnds kansli och ett sjukhus. (< www.skane.se > 2004)

5.2. Kapitlets upplägg

Jag har valt att strukturera upp resultaten i fyra underrubriker nedan som jag tagit från missivbrevets frågeställningar. Under varje rubrik redovisar jag de urval som jag gjort från empirin, för att besvara frågorna. Resultaten sammanfattas under följande rubriker:

- Varför en ny skånsk sjukvård?
- Hur implementeras *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*?
- Vilka förutsättningar skapas för implementeringen?
- Blir det några förändringar för personalen i och med implementeringen?

5.3. Varför en ny skånsk sjukvård?

Primärvården och sjukhusen är olika organisationer med olika förvaltningschefer, förklarar [medicinläkaren från Hälso- och sjukvårdsledningen](#) (jag kommer hädanefter att enbart benämna läkaren som *HSL-läkaren* i löpande text). Denne menar att det känns som primärvården och sjukhusen är alldeles för långt ifrån varandra. Det krävs att de närmar sig varandra i Närsjukvården. Medicinklinikernas vårdavdelningar ska ha 'samma' patienter som de har idag men det ska finnas en bättre struktur att ta hand om dem.

Närsjukvårdspatienterna behöver inte de specialiserade avdelningarna. De har många sjukdomar, vanliga sjukdomar, men det behövs ingen specialistkompetens för att ta hand om dem. De kan ligga på en så kallad 'vanlig' avdelning och vårdas av en intermedicinsk specialist. Poängen är ju bara den att vi behöver fler platser till de här 'vanliga sjukdomarna'. De är ofta äldre och har många sjukdomar samtidigt. Så förklarar HSL-läkaren den nya skånska sjukvården.

Idag ligger närsjukvårdspatienterna på sjukhus och så skickar vi hem dem, men så blir de sjuka igen, och många av dem är akuta manifestationer av bakomliggande kroniska sjukdomar. Vi botar dem akut men vi botar dem inte från deras grundläggande sjukdom, beskriver HSL-läkaren.

Vad gäller en 'en ny skånsk sjukvård' så är det många patienter som vårdas i kommunerna av distriktsläkare och sjukhus i olika faser. [När vi talar om "mobila team" är det inte sagt hur de ska se ut, men vad man vill åstadkomma är att sjukvårdskompetenserna ska komma ut till patienterna, så nära som möjligt](#), förklarar HSL-läkaren. Det kan vara en distriktsläkare och distriktssjuksköterska som åker ut till patienten. Redan i dag (2004) har vi distriktsläkarjourer som gör hembesök och vi har KVH, kvalificerad vård i hemmet.

Trenden är att patienter alltmer i framtiden kommer att efterfråga vård i hemmet och vård nära. Det är tanken med mobila team, att man ska tillgodose framtida behov av att vårdpersonal kommer ut till patienten, snarare än att man skickar in dem i ambulans. Hur det ska struktureras är långt ifrån klart ännu. [Likaså är det viktigt att en patient ska kunna komma direkt in på en närsjukvårdsavdelning utan att behöva åka via akutmottagningen](#).

I dag är det oftast så att patienten bor på ett särskilt boende eller eget boende, och så ringer man distriktssköterskan eller jouren och säger att man behöver någon som tittar till en då man känner sig dålig. Då åker distriktsläkaren i bästa fall ut till patienten och kan ge behandling i hemmet. Men [ofta faller det på att patienten behöver intravenös \(injektion i blodåder\) behandling, en nål, vätska och medicin, vilket är svårt att ge i hemmet. Det krävs sjuksköterskor och det krävs kompetens](#). Då blir det oftast så att ambulans tar in patienten till akuten.

Gamla sjuka människor som då också kanske har feber, mår inte bra av att transporteras så här. Och det blir kanske lång väntan på akuten innan jourhavande läkare hinner titta till patienten. När väl jourhavande läkare tittar till patienten så upptäcker han att det här inte var något kirurgiskt eller något för infektion, och då ska han skicka patienten till någon annan specialist. Det gör att vårdtiden och handläggningen på akuten kan bli lång. Man

skulle då önska att patienten ringer till sin distriktsläkare eller distriktssjuksköterska, och då förstår ofta den personen att den här patienten klarar vi inte i hemmet och måste in till sjukhus. Då är det ett önskemål att man ska ringa till någon på sjukhuset som har ansvar för inläggande vård, och så säger man till läkaren att 'det här låter som en hjärtsvikt eller en lunginflammation eller en blodförgiftning, eller något annat'.

Då tar man in patienten till sjukhuset direkt till en närvårdsavdelning och får där en säng. Sedan kommer läkaren och tittar till patienten så fort man hinner. Istället för att man i första hand lägger ner så mycket energi på att få in personen på rätt specialitet (på akuten).

Idag är det väldigt ofta ett trixande innan patienten hamnar på rätt specialitet. Man remitterar till ortopedin och kirurgin, men man vill här att patienten primärt ska bli väl omhändertagen oavsett vilken klinik det är, och så avlastar man akuten. Men å andra sidan får man vara försiktig med att man inte lägger in för många patienter, vi har ju i dag stora problem med överbeläggningar och så vidare, beskriver HSL-läkaren. Det får ju inte vara ett fritt flöde in av patienter, då blir det trångt. Distriktsläkaren gör bedömningen, medicinjouren och andra specialister har en nära dialog, förklarar läkaren.

Sedan Äldreformen (äldreården inom landstingsvård bland annat sjukhemmen, gick över till kommunvård) genomfördes så har det blivit fler patienter i kommunen som är väldigt sjuka, men kompetensen ute i den kommunala vården har inte ökat i samma omfattning som komplexiteten i patientens sjukdomshistoria har ökat. Vad som saknas är att det inte är så många sjuksköterskor ute i kommunerna *och* det saknas också läkartid för de här patienterna som är svårt sjuka.

Ett stort problem som HSL-läkaren upplever i dag med sjukvården är att det finns vissa patienter som har diagnoser som ingen riktigt vill ta hand om, exempelvis förstoppning. Kirurgerna tycker det är medicin som ska ta hand om dem och medicin tycker det är kirurgiskt. Och så håller man på att försöka 'bli av med patienten' i stället för att vårda dem. HSL-läkaren upplever detta som väldigt störande.

Ett annat exempel är en äldre som trillat och fått en kotfraktur som inte kan opereras, men patienten har mycket ont. Där tycker medicinarna att det här får ortopedin ta hand om medan ortopedin anser att det här ska vi inte operera så det får medicin ta hand om. Jag har hoppats, säger HSL-läkaren, att man gick till *ett synsätt* där man ser till patienten, att *nu tar vi hand om patienten*. Vi utgår inte från någon lista eller pm att nu ska patienten ligga på ortopedkliniken eller medicinkliniken, för sådana listor blir det alltid bråk om ändå, menar läkaren.

Ett annat perspektiv är att det kan vara så att en patient har trillat men också har något annat i botten. Det är många patienter som inte riktigt platsar i sådana listor eller pm, 'i fällan', 'i definitionen', därför behöver man se till patienten över gränserna, i samarbete, och inte lägga ner så mycket energi att skydda sig *mot* patienten och därmed inte lägga in den.

Man ska ha patientperspektivet för ögonen hela tiden. HSL-läkaren fortsätter i sin berättelse, att detta beteende beror på *dels* att det är hårt tryck på akuten och när man har massor med patienter som väntar så vill man få lite mindre att göra och då flyttar man patienten till andra kliniker. Men det beror *också* på att platserna kanske inte räcker till och man vill inte bidra till överbeläggningar som därmed också leder till att kolleger ifrågasätter beslutet.

Många motiv styr arbetet på akuten vilket gör att man inte alltid har patientens bästa för ögonen. *Det handlar om att släppa på gränskontrollerna och arbeta tillsammans*, det är visionen. Det ingår i arbetet att få en resursomfördelning så att organisationen kan bli stark!, avslutar HSL-läkaren här.

I intervjun med *en vårdenhetschef och fem avdelningschefer* (jag kommer fortsättningsvis löpande i texten att benämna intervjuerna sammanfattade med ordet *cheferna*) på den medicinklinik där enkätstudien gjordes (under perioden 25 mars till 15 april 2004 för vårdpersonalen och under perioden 20 april till 7 maj 2004 för läkarna) i föregående uppsats (sociologi c) ute hos vårdpersonalen, framkom att cheferna här inte var så väl insatta i detta med implementering av *Skånsk Livskraft* (intervjuerna utfördes under perioden 16 mars till 1 april 2004), men att den nya skånska sjukvården innebar att specialistverksamheten inte skulle beröras på så vis att det skulle innebära att de skulle få närvårdspatienter där.

Fokus har legat på ortopedi och kirurgi men också på diskussionen om nedläggning av vissa vårdcentraler inom det upptagningsområdet som sjukhuset har. Likaså var deras uppfattning att *Skånsk Livskraft* inte var något sparbetning *men* att sjukvårdens resurser måste utnyttjas bättre än vad de gör idag, och på så vis skapas en bättre ekonomi inom sjukvårdens budget totalt sett. Bättre resursutnyttjande leder också till en ökad säkerhet och kvalitetsutveckling som är två viktiga saker, betonade cheferna. De sa också att en chef i dag (första linjens chefer) ska hålla sin budget men det är verksamhetschefen som har yttersta ansvaret av ekonomi för själva kliniken. Begreppet ekonomi omnämndes av samtliga cheferna.

5.4. Hur implementeras Skånsk Livskraft – vård och hälsa?

HSL-läkaren som deltagit i konstruktionen i tre av de fyra logikerna sa att när det gäller att implementera detta utvecklingsprogram för den skånska sjukvården, så har protester inkommit från framförallt Trelleborgs och Ängelholms sjukhus till ledningsgruppen för *Skånsk Livskraft* och detta har då främst gällt den elektiva (planerbara) vården. Det finns fortfarande en del frågetecken kvar (040503) på grund utav att det är stora beslut som ska fattas. Man har vägt olika argument för och emot.

De beslut som fattats blev överraskande för en del sjukhus på grund utav att debatten inte varit särskilt djup och detta har då gällt elektiv vård av kirurgi (operativ läkekonst) och ortopedi (vetenskap om behandling av fel i rörelse- och hållningsorganen), förklarar HSL-läkaren.

I arbetsgruppen för logikerna har man grundlagt en saklig målbild för hur *Skånsk Livskraft* ska se ut och som nu ska stå klar att implementeras i och med politikerbeslut i juni (2004). *Skånsk Livskraft* påverkar medicinklinikerna och avdelningarna, och framförallt närsjukvården (närvårdsplatser på sjukhuset och primärvården/vårdcentralerna). Vid det sjukhus som HSL-läkaren tjänstgör har *Skånsk Livskraft* visionerna i skrift och muntligt presenterats, och det har varit dialoger och diskussioner om hur det ska genomföras och implementeras, vilket man inte gör bara genom att säga 'nu sätter vi igång och gör så'.

HSL-läkaren har tillsatt två grupper, en arbetsgrupp och en styrgrupp som ska strukturera och organisera fram närakuten. Förändringsarbetet måste göras av dem som vill göra det och som har kompetens att göra det, menar HSL-läkaren. Här har, förklarar läkaren, de varit noga med att de har fått så stor delaktighet som möjligt mellan olika yrkesgrupper och mellan olika kliniker.

Viktigt här är också att nämna att det är inte 'nya platser' som tagits fram utan det är omfördelning av befintliga platser idag. Närvårdsavdelningsbegreppet blir *ett nytt sätt att tänka för samma patienter men ett annat sätt att nalkas problemet*. Grundbulten i detta bygger på *samarbete* och *samverkan* över klinikgränserna. Man jobbar med patienten oberoende vilken specialitet man har, fortsätter HSL-läkaren i sin beskrivning.

Med denna arbetsmetod gör man det enkelt att hantera allt på en avdelning. En *kärnpunkt* är en nära kontakt med kommunen och med distriktsläkarna, det är viktigt, betonar HSL-läkaren. Med hjälp av distriktsläkare och kuratorer som kanske är på avdelningen, gör att man hela tiden har kontakt med kommunens särskilda boende och kommunens medicinkompetens och primärvården.

Tillsammans kan man göra upp planer hur den individuella patienten skall behandlas och hur vården ska planeras, och hur man ska lägga upp det. Det blir en strategi och man lär känna varandra om man på något sätt kan samarbeta. Vissa läkare ska ansvara för närvårdsavdelningarna, men HSL-läkaren hoppas på att primärvårdsläkare också ibland ska komma till avdelningen utifrån både vårdcentralerna och kommunerna.

På så sätt *bygger man nätverk, en dialog*, så att man kan lära känna varandra. För distriktsläkarna kommer att ha fortsatt ansvar för patienten när de är ute i kommunen, i särskilt boende och i hemmet. Geriatrikerna (vetenskap om ålderssjukdomar), som idag har det medicinska ansvaret över vissa boenden, kommer också att engageras i detta, avslutar HSL-läkaren.

En av *distriktsnämndernas hälso- och sjukvårdsstrateg* (jag kommer fortsättningsvis att använda begreppet *sjukvårdsstrateg* i den löpande texten) belyser den nya skånska sjukvården och implementeringen av denna ur ett lokalt detaljerat perspektiv men ändå tjänstemannanivå. Nämnderna arbetar utifrån en politisk nivå. Sjukvårdsstrategen sitter med i en styrgrupp med Närsjukvårdslogiken och implementeringen av denna.

Värdet ligger i att kunna sätta in *Skånsk Livskraft* i sitt sammanhang och sjukvårdsstrategen i denna intervju har perspektivet inom närsjukvården. *Habilitering och hjälpmedel är en stor grupp inom närsjukvården*.

Sjukhus innehåller flera logiker med bland annat närsjukvårdsmottagning på akuten liksom den vanliga akutmottagningen på akutsjukhuset. Vad *Skånsk Livskraft* konkret innebär och vad det får för konsekvenser har varit svårt för många att ta till sig och sätta in i sin egen situation. Det gäller personal liksom medborgare. *Det är viktigt att förstå närsjukvårdslogiken i ett helhetsperspektiv*.

Målbilden för *Skånsk Livskraft* var den första konkretiseringen av utvecklingsprogrammet men *nu* börjar arbetet med nästa konkretiseringsnivå, implementeringsprocessen lokalt. *Den är inte inne i ett strukturerat implementeringsförfarande lokalt ännu*. Men det har varit demokratiska processer hela tiden sedan starten och initierandet av *Skånsk Livskraft*. Man har jobbat otroligt brett med målbildsdokumentet med massor av dialogkonferenser där *alla* yrkesgrupper varit representerade, beskriver sjukvårdsstrategen.

Som sjukvårdsstrateg arbetar man med strategiska frågor i arbetsgrupper och i kommun-samverkan för att få färdiga underlag till politiska beslut, landsting och kommunerna *tillsammans* ur ett närsjukvårdsperspektiv.

Varje distriktsnämnd har bildat en styrgrupp och sjukvårdsstrategen i intervjun sitter med i en sådan styrgrupp i sitt distrikt. Ordförande är sjukvårdsdirektören för det distriktet

liksom förvaltningschefer från landsting och kommuner. *Styrgruppen innehåller enbart tjänstemän.* Här finns också en läkare med från privata vårdgivaraktörer och från kansliet en representant av hälso- och sjukvård samt en medicinsk rådgivare.

Från styrgruppen sitter en person med i den regionala utvecklingsgruppen som där ser på *Skånsk Livskraft* ur ett Skåneperspektiv. Här tittar man på bland annat medborgar- och hälsofrämjande perspektiv. Denne blir en referens tillbaka till styrgruppen. *Styrgruppen har en referensgrupp med bland annat fackliga- och olika brukarorganisationer i som erhåller minnesanteckningar från styrgruppen och på så vis utgör bollplank för styrgruppen.*

Den egna distriktsnämnden erhåller också minnesanteckningar för att de ska vara informerade i utvecklingen. När det gäller beslut av ekonomiska resurser så ska det upp till nämnden för politiskt beslut, annars så arbetar styrgruppen ganska självständigt. Kommunikationen häremellan är viktig.

Styrgruppen arbetar med enskilda projekt som ska implementeras ute i verksamheterna. Närsjukvården utgår från den ram som regionalt konkretiserats och styrgruppen skapar härifrån olika projektbeskrivningar som via olika förarbeten utgör underlag till implementering lokalt i vården. Förarbeten består i bland annat av intervjuer och enkäter där olika vårdgivare är involverade. *Regionalt finns en kommunikationsstrategi men det ska också utarbetas en lokal kommunikationsplan då den regionala mer är övergripande.*

Styrgruppen håller på att arbeta fram en intern och en extern kommunikationsplan som ska vara klar till hösten 2004. Sjukvårdsstrategen avslutar intervjun med att: *det är viktigt att välja rätt pedagogik i förändringsprocesser för att information ska nå fram och att den enskilde ska kunna sätta sig in i hur detta påverkar just denne i sin arbetsenhet och dennes arbetsuppgifter.*

Informationsansvarig på kansliet för *Skånsk Livskraft*, Maria Lindblad, tar upp att det som händer nu efter den 28-29 juni (2004) regionfullmäktigemöte, där det beslutats om implementeringsprocessen för *Skånsk Livskraft* är, att den ska startas upp under hösten 2004 och vara i gång i januari 2005. I och med detta kommer kansliet att sammanställa processarbetet och att det fortsatta processarbetet övergår till hälso- och sjukvårdsledningen med implementeringsprocessen ute i sjukvården, eftersom *Skånsk Livskraft* är ett processarbete.

Inom landstinget och den offentliga sektorn är det dock, menar informationsansvarige, *en ovana för oss att arbeta i en process.* Vi är vana att arbeta fram en utredning som sedan skickas på remiss, därefter tar man in synpunkter på remissen, jobbar fram beslutet och sedan fattar man beslut. Så arbetar man *inte* i en process, förklarar informationsansvarige. *Ett processarbete innebär att forma sig och anpassa sig.*

I ledarskapet är det därför viktigt att berätta om visionen *Skånsk Livskraft*, och berätta *varför* och *vad* och att *i det steget är det inte mer konkret än så.* Därefter tar man tag i *hur.* *Chefer är inte vana av processarbete* och rädde att gå ut och lova någonting som sedan kanske inte blir av. Man vill kunna säga *så här ska det bli.* *Att arbeta i en process är en roll som vi måste träna våra chefer och ledare i.*

Personalen måste förstå *varför* och *vad vi vill åstadkomma* inom hälso- och sjukvården i Region Skåne. De undrar också *hur det påverkar dem i sitt arbete* och vilka arbetskamrater de får, och så vidare. Som chef och ledare måste man vara modig och säga att man *inte konkret alltid vet vad det innebär, det är ett processarbete,* förklarar Maria Lindblad.

Cheferna var överens om att det var svårt att sätta sig in i effekterna av implementeringen då strukturen för den inte var given. Vissa 'sängplatser' skulle komma att försvinna till närsjukvårdens behov, det var man ense om. Implementeringen har inte känts så relevant ännu att diskutera på avdelningarna och med medarbetarna (mars 2004) menade cheferna, då dessa ansåg sig själva för dåligt insatta i det för att ha så mycket mer att säga.

En chef sa att medarbetarna ute på avdelningarna *inte* var intresserade av informationen om de inte visste vad den kom att påverka i deras vardagliga arbete och verksamheten på just *deras* avdelning. Bland cheferna hade man däremot diskuterat effekterna av om akutmottagningarna vid andra sjukhus skulle stänga hur detta skulle komma att påverka deras arbete på sjukhuset, vilket hade med närsjukvård att göra.

5.5. Vilka förutsättningar skapas för implementeringen?

Man måste vara tydlig med hur vi i regionen ser på hur vi ska arbeta med närsjukvård, säger HSL-läkaren. Definitionen närsjukvård är de vanliga sjukdomarna som har återkommande sjukvårdsbehov. Där primärvården, intermedicin och kommunerna framförallt, har ett gemensamt stort ansvar. Det som man gör på vårdcentralerna och som familjeläkarna tar hand om, det är närsjukvård. Det är den stora kärnan av närsjukvården, menar HSL-läkaren.

Primärvården och vårdcentralerna är en viktig del av närsjukvården. De måste engagera sig i det här arbetet. Det kommer olyckligt att *Skånsk Livskraft* och Närsjukvård kommer samtidigt som man måste spara pengar inom regionen. Projektet *Skånsk Livskraft* är inget besparingsprojekt, men kommer samtidigt som ekonomin är dålig.

Hela *Skånsk Livskraft* projektet är ju till för att vi ska få en effektiv sjukvård, en högkvalitativ sjukvård, men det innebär ju inte att den ska vara kostnadsdrivande, utan vi måste arbeta inom ändå begränsade resurser. Den beskrivningen gör HSL-läkaren. Denne fortsätter, att det gäller att använda de här resurserna på bästa tänkbara sätt. Det ligger ju en ekonomisk aspekt i det hela. Det är kanske inte heller så optimalt att ha så många vårdcentraler idag, men jag kan inte den frågan, säger HSL-läkaren, när vi kommer in på debatterna i media om nedläggningshotade vårdcentraler i Skåne.

Sjukvårdsstrategen tar upp hur förutsättningar skapas för implementeringen genom bland annat tre projekt som är på gång just nu, (1) en med [palliativ vård](#) (hjälp mot symtom för stunden) i livets slutskede, (2) en korttidsenhet för [rehabilitering](#) (återanpassning) och (3) att utveckla en medborgerlig [folkhälsoplan](#). Projekten ska utvecklas lokalt då våra förhållanden kanske inte liknar andras. Det politiska beslutet för projektbeskrivningen tar den egna nämnden.

Olika nivåer arbetar med varandra så att kommunikationen kommer fram i de olika besluten och i processgenomförandet. Alla blir därmed involverade i de demokratiska processerna inför besluttande i nämnden. *Samverkan & samarbete* liksom *kommunikation & dialog* är honnörsord i dessa processer. Även om man inte tycker likadant så söker man alltid konsensus. Det gäller att hela tiden arbeta utifrån *Skånsk Livskraft* och Närsjukvårdsperspektivet, avslutar sjukvårdsstrategen.

Informationsansvarige för *Skånsk Livskraft* ser ett stort pedagogiskt problem och en stor pedagogisk uppgift framöver i processarbetet och det är diskussionen om ekonomiska besparingar, där ekonomin under år 2004 innebär nedskärningar samtidigt som närsjukvården år 2005 ska byggas ut.

De fem distriktsnämndernas kanslier arbetar lokalt med att utveckla närsjukvården. Det finns en regional utvecklingsgrupp för närsjukvården som ser till att dessa fem lokala arbetsgrupper inte spretar för mycket så att vi *inte* får *fem olika närsjukvårder*. De stora övergripande frågorna inom närsjukvården måste hållas samman och anpassas lokalt.

Geografiska styrgrupper med primärvård, kommun och sjukhus arbetar i projekt och *implementering handlar mycket om personer*. En ”kulturfråga” är jourläkarcentralen som har primärvårdsförvaltningen som sin egen förvaltning, men arbetar ”sida vid sida” med akutmottagningen på sjukhusen som har sin sjukhusorganisation som förvaltning, men båda har samma huvudman, Landstinget Region Skåne.

I Lund har jourläkarcentralen flyttat in i akutmottagningen på sjukhuset. Processen tar tid, och det tar nog en fem eller sex år till, innan dessa förvaltningar tillsammans är i närheten av visionen *Skånsk Livskraft. Det handlar om att bygga processer via dialogen, då hierarkier både påverkar och förhindrar utvecklingsarbeten*. Det är viktigt att ställa sig frågan: *Hur ser jag på mig själv som chef och ledare?*

Det är stor skillnad på chefskapet inom offentlig sektor och privata näringslivet. Nu går vi över i processarbetet till genomförandet som kräver modeller, kanske varje logik för sig. Processer, flödesmodellen på patienten och patientnytta måste knytas ihop, då alla andra system, styrsystem, ändras i samband med visionens implementering. *En pedagogisk och pragmatisk uppgift!*, avslutar informationsansvarige för *Skånsk Livskraft*.

Cheferna tog upp om implementeringen att de varit på en tvådagars utbildning där de diskuterat *förändring* och *vad* de ville förändra i sin egen verksamhet. Vid samtliga intervjuer framkom att det ständigt egentligen pågick förändringsprocesser inom verksamheterna oavsett vilken avdelning det gäller. Det kunde handla om att införa bokningsschema (sjuksköterskor och undersköterskor bokar upp sig på hur de önskar förlägga sin arbetade tid) till att ändra på smårutiner på avdelningen eller att införa ett nytt sätt att utföra vissa arbetsuppgifter på grund utav att nya behandlingsmetoder kommer, och så vidare. Det positiva med ett bokningsschema var just att ”alla fick jobba med alla” och att fasta grupper splittrades. På så vis ökar förståelsen för varandras arbetsuppgifter och varandras personligheter.

När det gäller personal så hade det skett en del nyanställningar av sjuksköterskor under de senaste åren, men däremot var undersköterskekåren ganska oförändrad. Medelåldern på undersköterskor var hög och det var mycket låg omsättning på personal här. *Samtliga chefer var överens om att för hög ålder och för låg omsättning på folk gör det svårt att starta förändringsprocesser på en avdelning och inom en verksamhet*.

Nyanställningar leder till nya sätt att tänka och se på processer av olika slag. När det gäller specifik specialistkunskap var det dock inte bra med för stor omsättning av personal, framkom också. Det är i alla rekryteringsprocesser bra med en balansgång mellan ’nytt och gammalt’, det vill säga nyutbildade och de med erfarenhet samt yngre och äldre åldersgrupper. Samtliga chefer ansåg att det fanns en bra dialog och kommunikation mellan avdelningscheferna samt ledningsgruppen. Man hade bra stöd av varandra i sina beslutsprocesser i sitt chefskap.

I och med att någon varit chef i många år och någon i bara ett år så fanns det bra vidd i erfarenhet och kompetens, tog cheferna upp. Balansgången här bland chefsgruppen är lika viktigt nämndes som exemplet med personalgruppen tidigare.

5.6. Blir det några förändringar för personalen i och med implementeringen?

När det gäller hur arbetet på medicinklinikerna ska formas så menar HSL-läkaren att det ska ske utifrån närsjukvårdens tankar vilket innebär 'rätt många nya tankar'. Det ställer stora krav på samarbete med andra specialiteter, med kommunen och primärvården. Idag är detta *inte* naturliga samsarbetskanaler och därför *måste* man *tänka i nya banor och arbeta på lite annorlunda sätt*, förklarar HSL-läkaren.

Det som personalen i dag kallar medicinpatienter är närsjukvårdspatienter. Processerna blir därmed att få kolleger, sköterskor och avdelningar och annan personal, att arbeta i 'närsjukvårdstankar' vilket är en omställning. Där får man ha respekt för att det tar lite tid innan man har förstått vad närsjukvård är och hur man definierar det, för *var och en måste ju själv förstå vad det innebär*.

I denna omkonstruktion till närvårdsavdelning gäller det nu att hitta lämpliga personer, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare, *och* att hitta en organisation som gör att folk vill arbeta i den, och det tar tid. *Det krävs en viss omfördelning av resurser för att få det att fungera*. Det är ett stort flöde av patienter och de är sjuka med många sjukdomar och stort omvårdnadsbehov, vilket ställer stora krav på planering och tanke för att det ska fungera.

Detta innebär i sin tur att man får omfördela från vissa specialiteter och kliniker till den här närvårdslogiken för att det ska fungera bra. Kärnan i detta är också att *det krävs eldsjälar, personer som verkligen kan samarbeta över gränserna*. Så beskriver HSL-läkaren implementeringen av *Skånsk Livskraft*.

En annan dimension här är också att medicinläkare har ju valt specialiteten för att man vill bli dubbelspecialist och väldigt kunnig inom exempelvis kardiologi (om hjärtat och dess funktion), om lungsjukdomar, om neurologi (vetenskap om nerver och nervsjukdomar), och så vidare, och en del läkare kan se implementeringen mot närvårdsavdelningar som ett stort hinder, menar HSL-läkaren. Dessa läkare vill bli riktigt duktig inom ett relativt begränsat område, men här menar läkaren att det kan man även bli om man är involverad inom närsjukvården.

En 'rädsla' kan vara att de 'vanliga' patienterna inte är så medicinskt intressanta för dessa läkare, vilket utbildningen till läkare också påverkar genom att man talar mycket om karriärvägar för läkarna. Läkarna vill ha större spetskompetens, och detta är en svår balans här, men våra specialister tar ju också hand om dessa närsjukvårdspatienter. *Utmaningen är att hitta generalistkompetenser*, balansen mellan basen och specialistkunnandet. Det upplevs 'finare' att bli 'super-super-specialist' än att så att säga stå på 'verkstadsgolvet' och arbeta med de stora flödena av patienter, avslutar HSL-läkaren.

Informationsansvarige för *Skånsk Livskraft* tar upp att *som anställd i Region Skåne lever man med en historia om att det tar tid och att politiker aldrig är riktigt överens och ändå inte fattar beslut*. Det ligger ett stort ansvar på våra sjukhuschefer att ordentligt informera sina ledningsgrupper och att ha processen stående på agendan. *Det gäller att verkligen tala om processen och förmedla information* till ledningsgruppen, så att de i sin tur kan *vara trygga* med vad som händer och varför, när de i sin tur talar med cheferna ute i verksamheterna. *Nu ska processarbetet skjutas in på linjen vid implementeringen och detta innebär att chefskapet härute ska se sin plats i detta*.

Sjukhuscheferna ska i sitt ledarskap här liksom i sitt "vanliga ledarskap" agera stöd i detta arbete på lokalt plan. Processarbetet handlar om logistik och planering, exempelvis av

operationer år 2005. Det kan påverka rotation av personal. Facken som varit med i processarbetet, lyfter fram arbetsuppgifter och arbetskamrater som viktiga i personalarbetet.

Då det är väldigt hierarkiskt inom vården, är det viktigt att lyfta fram personer som är *förebilder* i processarbetet och implementeringen. Personal tar sig en ”prövningsrätt” av *Skånsk Livskraft*, och talar i ”vi & dem” termer, och vi kan inte ha dessa *öar av sjukhus*, utan måste arbeta över gränserna. Det är inte bara att vända 90 grader för personalen, utan man måste få tid att ta det till sig. Läkarna leder vårdprocessen och patienterna, därför måste vi ha dem ”med på tåget”, avslutar informationsansvarige för *Skånsk Livskraft*.

Tre avdelningschefer tog upp att det framkommit att en specifik avdelning för närsjukvårdspatienterna skulle bildas, eller en avdelning skulle ombildas för detta, och att det skulle tas av befintliga platser i husets verksamheter. Skillnaden, sa dessa chefer, kommer att bli för personalens del, då *vårdtyngden kommer att öka* för närsjukvårdens patienter, som i regel är äldre och har många sjukdomar med sig i sin hälsohistoria. Patienter är idag också mer vårdkrävande än de var för bara några år sedan. Närsjukvårdens patienter kommer att behöva *mycket omvårdnad* betonade de. Då antalet platser i huset ska vara densamma måste det till en omfördelning av resurser både vad det gäller sängplatser som personal.

En chef trodde att det kunde bli nödvändigt framöver, för att få ekonomi i det hela, att slå ihop verksamheter, då detta kunde leda till färre antal personal och högre tillgänglighet av personal, på en mer samordnad yta. Att slå ihop verksamheter innebär *inte* att det måste bli mindre antal chefer, *men*, chefens roll måste förändras *och* kommer också att förändras. Nytt inom organisation när det gäller förändringsprocesser är att en *ny organisation i huset lett till att vi fått patientansvariga sjuksköterskor*, sa en chef.

Den nya organisationen har medfört att det bland annat *införts nya arbetsrutiner och arbetssätt*. Denna förändringsprocess innebar i början en del *turbulens* men nu har förändringen satt sig. Det har blivit bra. Ordet ”förändring” har en negativ innebörd men jag anser, sa en chef, att man inte ska göra så stor innebörd av ordet, *utan låt en förändring ske successivt*.

Förändring för oss är också vårt EU projekt Växtkraft – mål 3, med inriktning av en *Individuell kompetensplan för varje medarbetare*, vilket är mycket bra. Delaktighet och uppföljning blir då naturligt. Det är roligt att starta upp ett förändringsarbete eller någon förändringsprocess av något slag, men vad som är viktigt här är att det sker en uppföljning. Det är viktigt i chefskapet, betonade denne chef. En chef lyfte fram sin personal extra mycket och sa att personalen var överlag mycket engagerade i olika processer på avdelningen vilket var mycket bra för verksamheten och för personalen själva.

En viktig egenskap i ett chefskap är *ärlighet*, betonades vid en intervju. Vad som är viktigt i ett chefskap och medarbetarskap är att fundera över; *Vi är till för patienterna! Vad är bäst för patienterna?* och det som var viktigt; *Vad gör resten av personalen när inte läkaren är där?* I vården är det viktigt med ’ögon och händer’ då det är detta som möter patienten, vad vi ser och hur vi bemöter det vi ser.

Det får inte bli motsättningar mellan kategorier i form av läkare vs sjuksköterskor och sjuksköterskor vs undersköterskor när förändringar införs. Teamarbetet är viktigt, poängterades här. En chef påpekade att en del *inläggningar av patienter var ”onödiga”* men på grund av att kompetensen ute i kommunen är för låg så fanns ingen annan utväg än att *lägga in*. Här har *Skånsk Livskraft* mycket att göra, menade denne. Dokumenten för

Skånsk Livskraft upplevdes som gedigna och komplexa och kanske svåra att omsätta i det vardagliga verksamhetsarbetet.

Tydlighet och struktur var ord som återkom i intervjuerna. Vårdenhetschefen betonade att det var viktigt att inte blanda ihop *Skånsk Livskrafts* utvecklingsprogram för den skånska sjukvården, med Region Skånes för tillfället dåliga ekonomi och stora sparbeting. Det olyckliga är att de kommer samtidigt.

När det gäller implementeringen av *Skånsk Livskraft* så lämnade HSL-läkaren med sig en frågeställning som denne önskade få svar på i min studie när den kom ut; *Det skulle vara intressant och en utmaning här att få veta vad det är som gör att det är så svårt att genomföra sådana här saker, vad är det folk protesterar mot, vad är det de tycker inte är bra och vad är det som gör att det är så svårt att genomföra det?! Det finns ju vissa hinder, menar HSL-läkaren.*

6. ANALYS

6.1. Inledning

De teorier som inspirerat mig inför analysproceduren är grundad teori av Glaser och Strauss (1967); Webers handlingstyper där begreppet förståelse är centralt, med motpol till Durkheim, att det är samhällets struktur som styr individens handlingar, samt Foucaults maktanalyser via sin diskusanalys (Andersen och Kaspersen, 1999; May, 2001; Giddens, 1998 samt Foucault, 2001), men också Bourdieus (Harker et al., 1990; Bourdieu 1993; 1995 a och b) handlingsteori. Fairclough (1992) är i sin tur inspirerad i sin språkanalys av både Foucault och Bourdieu, så därför har jag påverkats även av hans tankar då med tolkning av språk som maktmedel.

I mitt tillvägagångssätt i analysen så är jag också inspirerad av mitt utfall i den föregående studien (del 1, sociologi c uppsats, se abstract bilaga 1), som fick mig att ställa frågan: *Råder det någon skillnad i attityd mellan ledningsgrupp, strateg och tjänstemän, i hur man uppfattar implementeringen och vad denna eventuella skillnad i attityd i så fall beror på. Vari finns likheterna, är också intressant att veta?*

Jag kommer att försöka bena upp mina tolkningar så att läsaren finner den 'röda tråden' i skrivningen. Verkligheten för den skånska sjukvården och dess organisationsmedlemmar är, att ett politiskt beslut om strukturerna i sjukvården är fattat i april 2004, och det slutliga beslutet för utvecklingsprogrammet som helhet, kom i juni 2004. Besluten handlar om *att förändringar ska och kommer att ske* vilket kan innebära att vissa verksamheter flyttas och andra läggs ner eller integreras med andra. Den innebär också att personal kan komma att få rotera eller flytta till annan verksamhet.

Media har rapporterat om demonstrationer då vårdcentraler 'hotats' lägga ner eller slås samman med annan vårdcentral. Utredningar har visat på att vi har för många akutsjukhus i Sverige (Skåne har fyra; Helsingborg, Malmö, Lund och Kristianstad). Artiklar och insändare i media har lyft fram både läkare och vårdpersonal, liksom lokala politiker som protesterat mot vissa beslut som ligger inom ramarna för *Skånsk Livskraft*. Sjukvården är komplex och det har varit känsliga diskussioner om vad som är bäst för patienten eller inte.

Missivbrevet (bilaga 2) ligger som underlag för intervjuerna som för övrigt inte är strukturerade. Det innehåller dock både bedömnings- och värderingsuttalanden. Följande skriv-

ning görs: *En översyn av den skånska hälso- och sjukvården pågår inom ramen för projektet Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Ett helhetsperspektiv eftersträvas för patientens vårdbehov men också för samarbetet mellan olika vårdaktörer och personalgrupper. Förändringsarbeten i samhället och i arbetslivet har ökat. Verksamheter omprövas och yrkesroller förändras varför förändringar kommer vare sig vi vill det eller inte. Verksamhetschefen och enhetschefen har viktiga roller i att möta olika förändringskrav i sitt ledarskap. Medarbetare måste också kunna möta förändringsprocesserna utifrån förutsättningar och kompetensutveckling.*

Följande frågeställningar görs: (1) *Hur implementeras Skånsk Livskraft – vård och hälsa ute i medicinklinikernas verksamhet?* (2) *Vilka förutsättningar skapas för att medarbetare ska erhålla tillräcklig insikt och förståelse för denna process?* (3) *Hur stora blir förändringarna för personalen från hur det var (är) innan och hur det kommer att bli när projektet (genomförs) genomförs?*

Därmed ligger det både faktafrågor som bedömnings- och värderingsfrågor i missivbrevet när respondenterna förbereder sig inför intervjun. På detta sätt är det i egentlig mening ingen öppen intervju då strukturerade frågor ligger som underlag för intervjun. Under intervjuerna fördes dock fria samtal där avsikten var att lyssna och inte värdera efter hand vad som sades, en sensibel medvetenhet för att vid transkriberingen finna nya infallsvinklar på fenomenet 'implementering'.

Förförståelse för branschen har jag då jag är anställd inom landstinget Region Skåne och har långvarig erfarenhet som vårdpersonal och därmed kopplat till min sjukvårdsutbildning en viss människosyn. Målsättningen är att jag som forskare och akademiker ska agera 'åskådare' och inte 'deltagare' i mitt förhållningssätt till analysen, men linjerna kan vara otydliga och omedvetna, därav kritiskt omdöme av läsaren. *Varje individ har egna utvecklade tolkningar av verkligheten med sig i bagaget.* Intentionen är att inte utse varken mig själv eller respondenterna som 'kronvittnen från verkligheten', det vill säga, att resultaten ska stå för någon 'enda sanning och skildring' av processarbetet *Skånsk Livskraft* eller implementeringen av denna. Detta är viktigt.

Varje intervju bedömer jag vara kumulativ i sig själv, likt en trappa där varje intervju utgör ett trappsteg. Teorier och forskning förankras i de tolkningar och slutsatser som görs. *Förförståelse ligger inom hermeneutiska teorier* och innebär att förståelsen ligger i socialisationen av den kultur som studeras och som man fostrats i och som blir grund för ny förståelse av verkligheten när man gör en studie som jag gör nu inom min branschfår. *Kulturförståelsen* ligger som grund att bättre upptäcka och se de mest subtila och hårfina nyanserna i analysen. Därav kan förändrings- och förbättringsprocesser initieras och lyckas.

Målet är att det ska föreligga en samstämmighet mellan del och helhet i mina tolkningar. För att tolka medias rapportering krävs kommunikationsteorier och min avsikt är inte att tolka media utan mer referera en sammanfattning av vad som framkommit främst under våren 2004 inför politiskt beslut i juni om startsnöret för utvecklingsprogrammet. Jag kommer nu att dela upp analysen med målsättning att hitta mönster.

6.2. Analys av Intervjuer

6.2.1. Positionsnivåer

Intervjuerna kännetecknas av positionsnivåer. Läkaren (verksamhetschef) tillhör ledningsgruppen och har deltagit som expert i konstruktionen i tre av de fyra logikerna. Därmed råder full insikt och förståelse av att skapa en 'ny skånsk sjukvård' via *Skånsk Livskraft*. I min föregående studie (c uppsats i sociologi) framkom signifikanta värden utifrån vad man visste om utvecklingsprogrammet och variabeln befattning. Av 'naturliga skäl' var därmed läkare betydligt mer insatta i implementeringen än annan sjukvårdspersonal. Av 'samma naturliga skäl' är hälso- och sjukvårdsstrategen i denna intervjustudie, som sitter med i en av distriktsnämndens fem styrgrupper för implementeringen regionalt, också väl förtrogen med hur implementeringen är tänkt. Informationsansvarig för processarbetet *Skånsk Livskraft* har också 'nödvändig kunskap' om vad som är tänkt med förändrings- och förbättringsarbetet. [Läkarperspektiv, tjänstemannanivå och processinsikt står dessa tre intervjuer för.](#)

När vi kommer till den kliniska verksamheten där patienterna och vårdpersonalen rör sig inom, så hamnar 'perspektiv', 'nivå' och 'insikt' om implementeringen för cheferna här på en helt annan grad. Vid intervjuerna rör sig processen i övergripande arbete, där den operativa chefen ute på avdelningen *inte* är förberedd kunskapsmässigt på vad som arbetsgivaren Region Skåne förväntar att de ska göra *efter* politikerbeslutet i april och juni, nämligen 'implementera' *Skånsk Livskraft* ute på avdelningen. Studien genomfördes före dessa beslut togs. Utfallet är därmed inte så anmärkningsvärt i sig, kanske också logiskt. Processarbetet att implementera en ny grundstruktur i skånsk sjukvård började dock mentalt redan år 2000 via olika projektarbeten och dialogkonferenser runtom i Skåne.

Detta resultat kan relateras till min föregående studie (c uppsats i sociologi, se abstract bilaga 1) där vårdpersonalen upplevde att de inte visste så mycket om utvecklingsprogrammet. Chefernas uppfattning om implementeringen förs därmed över på vårdpersonalen (relaterar till utfallet i föregående studie, c uppsats i sociologi). Cheferna och vårdpersonalen tillhör samma enheter. Vad är det som gör att cheferna och vårdpersonalens attityder till *Skånsk Livskraft* och den förändringsprocess som förväntas ske uppvisar dessa värderingar? Låt oss se vad våra teoretiker säger.

Utifrån organisationsteorier och organisationsstrategier, så ska en strategi anpassas efter omgivningens krav och behov för att den ska kunna vara framgångsrik (Hatch, 2002). Implementeringen av *Skånsk Livskraft* är en sådan strategi. För att chefer ute i den kliniska verksamheten ska kunna förändra sin verksamhet, behöver målet för denna strategiprocess ha utvecklade riktlinjer till det som förväntas av dem som chefer och deras enheter. Detta tänk grundar sig i ett rationellt beslutsfattande. Därav att cheferna i denna undersökning, har fullt upp med att utöva sitt chefskap och 'lojalt inväntar direktiv uppifrån' innan de startar någon implementeringsprocess på sin egen enhet för ett *Skånsk Livskraft* arbete. Detta är det traditionella chefskapet inom offentlig verksamhet. [Mellancheferna och de som är neråt i organisationen, implementerar de strategier som de högre cheferna uppåt har utformat.](#) Utfallet i denna undersökning visar på detta. Eftersom de operativa målen är så specifika för cheferna här, så krävs det strategier för att initiera en implementeringsprocess.

Maria Lindblad, informationsansvarig på kansliet för *Skånsk Livskraft*, tar också upp i intervjun, att inom landstinget och den offentliga sektorn, finns en ovana att arbeta i en process (se sidan 35 ovan). Ett processarbete förklarar hon, innebär att forma sig och an-

passa sig. Förändringen ska vara igång från och med hösten 2004 (implementeringsprocessen startade dock redan år 2000, och min studie är gjord i marsmånad 2004). Här fortsätter också Maria Lindblad med att ta upp att, i ledarskapet är det därför viktigt att berätta (*integrerad kommunikation*) om visionen *Skånsk Livskraft*, och berätta *varför* och *vad* och att *i det steget är det inte mer konkret än så*. Därefter tar man tag i *hur*. Chefer är *inte vana* av processarbete och rädda att gå ut och lova någonting som sedan kanske inte blir av. Man vill kunna säga *så här ska det bli*. *Att arbeta i en process är en roll som vi måste träna våra chefer och ledare i*, förklarar hon vidare. Hon lyfter också fram att personalen måste förstå *varför och vad vi vill åstadkomma* inom hälso- och sjukvården i Region Skåne. De undrar också *hur det påverkar dem i sitt arbete* och vilka arbetskamrater de får, och så vidare. Här säger hon också att *som chef och ledare måste man vara modig och säga att man inte konkret alltid vet vad det innebär, det är ett processarbete*.

6.2.2. Social struktur

Denna diskussion leder oss till begreppet 'social struktur', där jag tolkar in detta begrepp som *delar av en organiserad helhet*, om relationer mellan människorna i organisationen (refererar till bland annat Hatch, a.a.). I denna sociala struktur råder positioner och organisatoriska enheter, som denna studies chefer och tjänstemän tillhör. Här passar Webers maktbegrepp in, där han lyfter fram positionsmaktens rätt att både belöna och bestraffa. Makten är fördelad via hierarkiska positioner som innehar vissa rättigheter. *Den underordning som de operativa cheferna visar mönster på, har inte med person att göra, utan med position i hierarkin*.

Mellan positionerna krävs i sin tur *kommunikation*, och det är här som strategier och tanken med processarbete har hamnat i kollision med varandra. Att arbeta i process kräver samordningsmekanismer i den *organisering* som en organisation ska utöva. I denna studie och organisation, *implementeringen av Skånsk Livskraft*. I positionsmakten ligger också att en chef har ett chefsförordnande som förnyas av chefen ovanför oftast vart tredje eller vart fjärde år, och därmed kan det i sin tur relateras till det uppdrag som man avlönas för att utföra som chef. I chefskapet ligger sedan rollen som ledare för personalen.

Hur man resonerar i frågor om organisation och chefskap, beror på vilket synsätt man ser utifrån. Fayol är inspirerad av Taylor i sina teoretiska tankar och studier (Abrahamsson och Aarum Andersen, 2005). Han betonar också stabens roll i chefskapets arbete. *Stabens funktion är att förbereda för förbättrings- och utvecklingsarbeten ute i linjeorganisationen, utifrån de riktlinjer som de ger enhetscheferna*. Sjukvårdens linjeorganisation ligger inom Fayols synsätt, att order ska tas emot av en enda chef för att målet för verksamheten ska kunna uppnås på ett optimalt sätt. För första linjens chefer innebär det att det krävs av denne en fast och bestående vilja att uppnå förbättringar, vilket då i sin tur är påverkat av hur riktlinjerna ser ut för dem uppifrån (hierarkiskt). Fayol betonar också att *en god chef innebär inte vad denne utråder utan vad dennes underordnade utråder*. (a.a.)

Foucaults (2001) straff- och maktteorier handlar om hur samhället skapar individer och hur organisationer lierar sig med andra maktapparater via sin maktfullkomlighet, som medel att få kontroll över människorna inom den. En teori om makt, ojämlikhet och kunskap, där Foucault är intresserad av *hur de som underordnas faktiskt drabbas av makten och inte vem som individuellt är makthavare*. Genom attityd och förhållningssätt så drabbas patienterna av den makt som råder, och ambitionen med implementeringen av *Skånsk Livskraft* är att utveckla och förändra denna attityd och förhållning mellan personal och patient/kund. Foucault (a.a.) gör en arkitektisk liknelse mellan fängelse och sjukhus.

Jag vill inte likna sjukhuset som ett fängelse (förutom den arkitektska indelningen via korridor och rum som sammanbinds via den och som därmed skapar en överblick över patienterna via ett kontrollrum i korridoren, läkar- och sjuksköterskeexpeditionen), men med tanke på den disciplinära historia som ligger bakom när sjukvården som organisation konstruerades, så uppträder människorna i den som uppfattar sig `underordnade` att inte ta egna initiativ med risk att få `bestraffning`. Maktförhållandena som Foucault beskriver det (a.a:35) äger ett direkt grepp om kroppen, ett `foglighetsschema`. Han talar om `själen som kroppens fängelse`, vilket jag tolkar att han menar är ett beroende av den existens som själen står för (för min studie är det de anställdas löneförhållande till arbetsgivaren), liksom en bricka av makten som råder över kroppen (arbetsgivaren ger direktiv utifrån de tjänstgöringsvillkor som ska utföras, det du är anställd att utföra). Individerna träder därmed in i organisationens ritual när det gäller underordning och maktens mekanism när ny makt erhålls genom att rituellt uppvisa sin övermakt, exempelvis via ordregivning.

6.2.3. Underordning

Kanske min ingång i tolkningen och analys, av läsaren kan uppfattas som att det är chefernas eget fel att de är underordnade, precis som Foucault gör med fångarna i ett fängelse, där disciplinen behövs för att inte kaos ska utbryta inom institutionen. Här vill jag framlägga att jag inte organisatoriskt ser cheferna som att det är deras eget fel att de är underordnade, vilket de är ur ett byråkratiskt perspektiv, utan det är organisationens krav i anställningsförhållandet som råder mellan chef och organisation som skapar detta (det vill säga arbetsgivaren är organisationen, och det ansvar och löneavtal som råder här emellan chefen och arbetsgivaren, där lön är för överenskommen utförd uppdragsbeställning). Jag anser att det handlar om *organisationskultur*, och i detta kan `aktörsberedskap` utvecklas, i ett sätt att motverka inlåsning i handling för cheferna utan att uppdraget de har gentemot arbetsgivaren/organisationen påverkas negativt, vilket jag återkommer till längre fram.

I Foucaults diskussion innebär hans teorier att `man bestraffar` för att `förebygga` (exempelvis fängelsestraff). Han tar också upp `rangen`, den plats som man intar i en klassifikation i det disciplinära systemet, i ett nät av relationer och inrutningsprinciper, där varje individ har en plats och varje plats har en individ. Denna kontroll är nödvändig, menar Foucault. Samma inrutningssystem finns inom sjukvårdens organisation/institution. Tidscheman (som specificerar den tidsperiod då olika aktiviteter ska utföras) avvägrar risken att tiden förspillas vilket är moraliskt fel och ekonomiskt ohederligt. Foucault skriver (a.a:192-193): *Den enskilda kroppen blir ett element som man kan placera, sätta i rörelse och kombinera med andra. Ett sjukhus är en organisation/institution uppbyggd på grund utav samhällsmedborgarnas behov och samhällets välfärd. Därmed intar den en annan betydelse i samhället än exempelvis ett kommersiellt producerat varumärke. Att producera sjukvård påverkar samhället och dess utveckling. Det ingår i statens övergripande ansvar att se till att samhället (nationellt, regionalt och lokalt) producerar god sjukvård.*

Individen är både föremål och verktyg där den hierarkiserade disciplinära makten befinner sig överallt och är ständigt på vakt. Ett exempel är läkarronderna på ett sjukhus. (a.a.) Doktorn har patientansvar (PAL) så makten (auktoritär ledning) finns hos denne om vad som ska göras eller planeras. Under demokratiska former tar däremot läkaren in uppgifter från vårdpersonalen (i regel patientansvarig sjuksköterska, PAS) om patienten men `auktoritärt` beslutar han om åtgärder då läkaren har yttersta ansvaret. Denne kan tänkas låta sig inta ledarstilen `laissez-faire` när övriga sjukvårdsgrupper tar över patienten som exempelvis sjukgymnast och arbetsterapeut, och så vidare. Den tolkningen gör jag från sjukvår-

den om positionsmakten och därmed om den kultur som råder ute i den kliniska verkligheten. [En kultur som påverkar både första linjens chefer som deras medarbetare.](#)

Det kan låta makabert att jämföra ett fängelse med ett sjukhus men institutionstanken har samma grund, att övervaka människor och att varje individ har sin plats i denna övervakning (patienten inordnar sig organiseringen på sjukhuset). *Skånsk Livskraft* är den största förändring som skånsk sjukvård initierat hittills och med tanke på den bakgrund som sjukhusen som organisation har, och [den maktstruktur som finns inbyggd i den och som överförs kulturellt mellan ledningsgruppen \('chefer rekryterar chefer' i ett likasinnande\)](#), så är [det nog inte så konstigt att det tar tid att förändra så stela strukturer](#). Avdelningscheferna verkar uppleva sig 'underordnade' i den hierarkiska strukturen, därav att man inväntar det politiska beslutet i april och juni (2004) och direktiv 'från hierarkin' (verksamhetschef och sjukhuschef), *innan* man tar initiativ till att informera personal eller själv sätta sig in i vad den kan innebära för den *egna* avdelningen. [Det är inte ointresse utan det är kulturellt beteende, ett inrutningssystem uppbyggt på makttänkande och underordning](#), som jag tolkar det, vilket inte behöver vara fel utifrån andra betingelser, men som blir hämmande vid förändringsarbete. I detta kulturella finns också historien med av tidigare genomgångna förändringsarbeten inom sjukvården som har utlöpt olika beroende på dess orsak.

Analysen synliggör i empirin den obalans i förhållningssättet som råder och att 'makten' finns hos HSL-läkaren, sjukvårdsstrategen och informationsansvarige. Vårdenhetschefen och avdelningscheferna (samtliga sjuksköterskor) inväntar direktiv och uppvisar därmed en underordning. Hierarkin har makten och de underordnade uppvisar en 'foglighet' och rituellt beteende. Den chef som varit kortast tid som chef (ett år) 'lär sig kulturen' och en reproduktion av maktritualen sker därmed inom förvaltningen och kliniken. Detta är ett av de största hindren som jag ser det. Läkare har högre positionsmakt och både legalitet och legitimitet, även om de inte är anställda som chefer (vilket också kan förklara resultatet i c uppsatsen i sociologi, se bilaga 1). För att här relatera resonemanget till Bourdieu (Harker et al., 1990; Bourdieu 1993 a; 1995 b och c) så är hans teoribegrepp intressanta att ta upp.

Den sociala position som man har i en organisation kan likställas med ens yrkesbeteckning. [Yrkestiteln garanterar det kulturella kapitalet](#). Men individer med exakt samma utbildning skiljer sig också åt på grund av socialt ursprung och social position i organisationen, exempelvis grad av chefsnivå. [Att vara sjukhuschef och första linjens chef är stor skillnad för det kulturella kapitalet och den sociala positionen](#). Utbildningsmässigt är oftast sjukhuschefen läkare och första linjens chef sjuksköterska. Hierarkin är klart uttalad. Varje fält man befinner sig i har dessutom också sin egen särskilda logik eftersom även professioner har olika sociala positioner. När det gäller verksamhetschefer ute på vårdcentralerna (primärvården) men även sjukhus, så är dessa ofta sjuksköterskor.

HSL- läkaren tog upp att logiken närsjukvård är i behov av generalister men läkare lär sig i sin utbildning att bli super-super-specialister inom ett smalt område och närsjukvårdspatienterna står *inte* för detta. Jag vill här relatera resonemanget till begreppet klasshabitus via dess system av klassifikationsscheman som gör att även titeln läkare delas in i olika hierarkiska sociala positioner. En enkel beskrivning kan utgöras av [skillnaden mellan att vara hjärnkirurg eller ortoped och till den position titlarna intar i det sociala rummet](#). Här kommer också genus och etnisk tillhörighet in där klassificeringen enligt Bourdieu aldrig är neutral. [Att uppnå ett förändrat hierarkiskt tänkande innebär också risken av deklassering](#), det vill säga att man bidrar till förskjutning av fältet där liknelsen kan göras till Bourdieus (Harker et al., 1990; Bourdieu, 1993; 1995 a och b) beskrivning av modet, modebranschen.

Han beskriver det som att 'ett innehav av ett kapital inte kan förvärfvas på annat sätt än i relation till de gamla modehusen', paradoxalt nog handlar det om 'kapital av auktoritet och relationer', vilket gäller för alla fält. Bourdieu gör också kopplingen till Weber och prästerskapet som innebär att antingen tillhör man dem genom födsel eller genom bildning. Detta kan också uppfattas som att 'nykomlingars strategier innebär att förpassa de äldsta till det förgångna', och därmed sker en förskjutning av fältet (deklassering). (a.a.)

Denna liknelse visar på den komplexitet som finns där strukturer är starka, precis som inom offentlig sektor och sjukvårdens organisationer. Därför är kartläggning av begrepp som social stratifikation (klass- eller gruppindelning), organisation, könsstruktur och ekonomi intressanta att lyfta fram när man gör analyser av detta slag. Bourdieus analyser utgår från social handling, social relation och social struktur, där begrepp som makt och social ordning synliggörs.

Dessa menar jag kan föras över till mina respondenter och deras organisationer som de representerar. De utgör alla en nödvändig del av sin sociala position i implementeringen. Det som saknas är den sammankoppling som skulle skett mellan de olika fälten som de representerar, för att öka förutsättningarna för första linjens chefer och medarbetare att förbereda sig mentalt och konkret inför implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Alla gör sina jobb men samförståelsen till första linjens chefer saknas och hur de ska stödjas i sitt arbete att initiera implementeringen. Förändringar är en process även mentalt. Ansvaret ligger i första hand hos stab och ledningsgrupp (verksamhetschef och sjukhuschef).

6.2.4. Aktörsberedskap

Med begreppet 'Aktörsberedskap' som jag nämnde på sidan 44 (se ovan), så avser jag flera saker. Begreppet ska härledas till alla nivåer i hierarkin, eftersom den är påverkad av den styrning som finns dels inom organisationen, dels inom kliniken och slutligen inom verksamheten/enheten på sjukhuset. Inom en *regelstyrning* ges direkta anvisningar, instruktioner och order vilket utrymme som finns för självständiga handlingar. När det gäller *resultatstyrning* kan begrepp som 'kvalitetsstyrning' och 'kvalitetssäkring' vara normgivande. Inom *ramstyrning* deklarerar vilka gränser som inte får överskridas. Vilka villkor lever enhetscheferna i denna studie? Ja, de styrs av dem alla. De har en *ram*, och de måste följa organisationens *regler* (exempelvis *policys*) och *resultatet* relateras till de chefsuppdrag de har åtagit sig att driva, som de avlönas för. Hur skapar man då aktörsberedskap?

Jag skulle vilja uttrycka det så här: Skillnaden mellan chef och ledare är att chefens makt vilar på en auktoritär grund medan ledarens makt vilar på en auktoritativ grund, grundat på det förtroendekapital hon införskaffat sig hos medarbetarna. Detta gäller också inom chefshierarkins implicita struktur, i detta fall sjukhuschef vs verksamhetschef vs enhetschef vs medarbetarna i sjukvårdsproduktionen. Fayols princip, endast en chef att rapportera till. Här vill jag också föra in Webers diskussion bakom byråkratins förträfflighet när det gäller nepotism, att den ska undvika otillbörligt gynnande av egna nära och kära vid tjänstetillsättningar inom organisationen/verksamheter/enheter. Det ska vara profession och kompetens som ska leda utvecklingen och inte hänsyn till privata relationer.

Sjukvården som organisation och verksamhet befinner sig i en relation mellan stat och samhälle och dess medborgare, till de dominerande värdebaser som finns inom sjukvårdens komplexa verksamheter. Det är utifrån denna komplexitet som implementeringen av *Skånsk Livskraft* kommer in. Politikerna, stat/landsting/kommun, har förväntningar på verkställning av politiskt fattade beslut (*Skånsk Livskraft*), ute i den komplexa verkligheten sjukvård. För sjukvårdspersonalen handlar implementeringsprocesser om att utvidga

sin profession (organisation/verksamhet/yrkesanda) med aktörsberedskap för att kunna möta ständiga förbättrings- och förändringsprocesser inom sjukvården. Aktörsberedskapen måste finnas inom alla nivåerna i hierarkin. En balans mellan *logos* (förnuft och fakta), *ethos* (trovärdighet) och *pathos* (att skapa känslor som rör berörda) är en förutsättning för detta. Alla är därmed aktörer i en organisation. Det handlar om att *samverka*.

Aktörsberedskapen rör sig därmed både i makro- som mikronivå inom organisationen. Den kan beskrivas som en ad hoc organisation, 'en anpassning till verkligheten'. Aktörsberedskap kan skapas via kulturanalyser, där samverkan, planering och förändring, kan synliggöras, och därmed skapas fenomenet aktör som en beredskap inför implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Mina tankegångar vill jag hänvisa till läsning av den kulturanalys som Olsson och Thorling (2004) gjort av nordvästra Skånes implementeringsarbete av *Skånsk Livskraft*. Jag vill också referera till Bergs (2003) kulturanalys av skolan som organisation och institution som kan liknas sjukvården, liksom till Streatfields (2001) beskrivning av komplexa organisationers paradoxer, och att *förändring måste ses i sitt rätta sammanhang, där förändringen ska ske*. Med fokus på ledningsgrupper så refererar jag också i mitt aktörstänk till Ernborg (1998); Wåglund (1998) och Lind Nilsson och Lundblad (1995), som samtliga tar upp hur man på ett bra sätt möter förändringar.

6.3. Analys av dokument

Det råder ett tolkat samband mellan språk och maktutövning och makrostrukturella fenomen, menar Fairclough (1992). Detta är ingen lingvistisk analys men *språket som ligger i dokumenten för den nya skånska sjukvården och den information som lagts ut på webben externt/internt, uppfattas av cheferna (i denna studie) som komplext och svåröversatt för konkret handling*. Han använder begreppet *ideologi* (även via begreppen klass och kön) för att synliggöra den makt som finns i tjänsteutövandet. Diskursordningar, som Fairclough använder som begrepp, kan relateras till bland annat diskussionen om de fyra logikerna och som exempel det HSL-läkaren tog upp (se punkt 5.3. sidan 31) om de klagomål som framkommit från läkare om beslutet av den elektiva (planerbara) vården, där bland annat Trelleborg och Ängelholm framfört kritiska synpunkter.

Det är de som har makten och kontrollen som bestämmer strukturen (refererar till bilaga 3) även om den inte är avgörande för hur organisationen i praktiken fungerar, tar Abrahamsson och Aarum Andersen (2005) upp. Enligt den Tayloristiska teorin ska ledningen stå för lösningarna i organisationen där Fayols teori menar att detta sker via ett förhållande genom auktoritet och ansvar, där de anställdas förmågor utifrån en underordnad roll ska tas tillvara (a.a.). För att förstå komplexiteten och maktstrukturen organisatoriskt inom Region Skånes verksamheter visas i bilaga 3 en skiss över Region Skånes ledningsstruktur och förvaltningsstruktur (år 2005, nytt organisationsschema för år 2007).

'*Makten*' bestämmer strukturen framkommer i litteraturen. I figur 3 (sidan 30) överblickas maktstrukturen via organisationsschemat för tjänstemännen. Intervjuerna finns inom hälso- och sjukvårdsledningen via intervjun med läkaren som varit expert i styrgruppen för de fyra logikerna, och inom distriktsnämnden via sjukvårdsstrategens arbete i styrgruppen för regionalt arbete, men också inom kansliet för processarbetet via informationsansvarige här. Från sjukhusen representerar då cheferna som därmed ska stå för införandet av de beslut som fattats av politikerna och styrgrupperna och den information som kansliet ger. Det är politikerna som fattar besluten över sektor vård och hälsa, där regionfullmäktige är den högsta beslutande församlingen. Det var här som regionstyrelsen (Region Skånes "regering", som också via försöksverksamhet driver regional självstyrelse för

Skåne till och med år 2010) beslutade om regionala strategier och policys för regionens hälso- och sjukvård, som blev startskottet i juni 2004 för implementeringen av styrdokumentet *Skånsk Livskraft* (Regionfullmäktige 20030610-19, §38, RS/ 030109, och, 20040628-29, §37, RS/030109).

Levin och Normann (2001) tar upp hur politikerna är den tunga vägande faktorn för hur den framtida sjukvården ska se ut, och om den kan bli en 'möjlighetsrevolution' via styrdokumentet *Skånsk Livskraft*. Att politik inte alltid är så lätt har media belyst intensivt under våren 2004 inför regionfullmäktigemötet i juni. Många kritiska vinklingar har kommit från fackliga, lokala politiker, läkare och vårdpersonal, men också oroliga medborgare i Skåne. Rubriker om att 30 akutsjukhus ska läggas ner i Sverige (se ovan, sidan 24) av ekonomiska och effektivitetsskäl har också skapat debatt inom sjukvården (bland annat har tätheten av sjukhus i Skåne jämförts med avstånden av sjukhus i Norrland). Sjukvårdsstrategen lyfter också fram de demokratiska processer som förekommit före beslut, där olika *dialogkonferenser* med representanter från alla yrkesgrupper och fackförbund deltagit för att underlätta implementeringen.

Trots detta uppfattar läkaren i intervjun att sjukhusen och primärvården är för långt ifrån varandra, och trots processen med dialogkonferenser så kommer det kritik *nu* när beslut ska fattas, som exempelvis kritik från sjukhus om placering av den elektiva (planerbara) vården. Informationsansvarige på kansliet tar också upp att sjukvårdssektorn inte är vana att arbeta i ett processtänkande, vilket jag tolkar kan vara att kritiken kommer så sent. Media har belyst problematiken från flera infallsvinklar för att alla som bor i Skåne ska uppleva sig uppdaterade om den kommande nya skånska sjukvården. Här spelar också forskningen en stor roll för att utveckla denna typ av tänkande och att få förvaltningarna sjukhus, primärvård och kommun att närma sig varandra. En internationell utvärderingsgrupp har utrett infrastrukturen relaterat till primärvård och vilka forskningsmiljöer som finns för att bygga upp närsjukvården (Rahm Hallberg och Jedlert, 2005). Det är ett bra incitament för hur man via forskningen kan skapa förutsättningar att arbeta mer i samverkan när det gäller sjukvårdens utveckling.

Varför uppstår då dessa motsättningar i uppfattning om de politiska beslut som fattats i implementeringen av *Skånsk Livskraft*? Jag tolkar det som 'social struktur'. Det har lyfts fram att det behövs ett nytänkande för implementeringsarbetet. För detta krävs dynamiska modeller av den sociala struktur som ska utvecklas (Hatch, 2002). Den ena modellen här har ett *historiskt och ofta evolutionistiskt synsätt*, vilket vi har kommit in på tidigare i texten (hur sjukvårdens byråkratiska organisation uppstod och positionsmakten som råder) medan den andra modellen syftar till *en förståelse av organisationens vardag*, där förändringen ska genomföras (refererar mitt resonemang här bland annat till Streatfield, a.a.; Ernborg, a.a; Lind Nilsson och Lundblad, a,a, samt till Wåglund, a.a.).

I den sociala strukturen finns organisationskulturen, som styrs av större kulturella processer i organisationens omgivning (Hatch, a.a.). Personalen är den tydligaste källan till extern påverkan på organisationskulturen inuti organisationen. Personalens sammanslutning av de erfarenheter de bär med sig in på arbetsplatsen formar deras attityder, beteende och identitet. Människans utveckling är evolutionär i sitt kulturella jag och i relation till den organisation de verkar i. Kultur råder mellan olika grupper av människor och mellan individerna i varje grupp. Grupperna och människorna påverkar därmed den rådande 'organisationskulturen' via den 'livsstil' som utövas här. Varje organisationsmedlem bidrar till kulturmönstren i stort, och kulturen är beroende av såväl gemenskap som mångfald. Kultur kan användas som redskap för att förklara olikheter mellan undergrupper i organisationen. (a.a.) Vad jag vill ha sagt här är, att hur man bedömt redovisning av dokument

ligger i den 'kultur' som råder hur man möter beslutsprocesserna vid förändringsarbete, och till den 'aktörsberedskap' som finns för detta (se tidigare resonemang för detta).

6.4. Analys av benchlearning/-marking

Ständigt är ekonomi och effektivitet återkommande i diskussionen och debatten om den svenska sjukvården, och detta gäller även vård internationellt. Styrdokumentet *Skånsk Livskraft* vilar också på denna grund och att det ska leda till en bättre kvalificerad vård för patienterna (via logikerna, patienternas logistik genom sjukvården). Regeringsmakten trycker också på dessa perspektiv inom sjukvården. Därför är benchlearning och benchmarking viktiga komponenter i allt utvecklingsarbete (se ovan, sidan 8) och anledningen till att jag tagit med utvecklingsarbetet från Landstinget Kronoberg (se ovan, sidan 28). I figur 2 (sidan 28) överblickas den modell som tagits fram i denna projektgrupp där tio av landets tjugo landsting ingår, för att förbättra dess komponenter ekonomi, effektivitet och kvalitet i sjukvården. Precis som *Skånsk Livskraft* föreskriver som motivering för att förändra den nuvarande skånska sjukvården.

Av samma anledning är forskningen viktig för allt utvecklingsarbete. Att lära av andra sker genom bland annat seminarier och forskningskonferenser som jag deltagit i under år 2005, men även genom de dialogkonferenser som föregått under processarbetet med *Skånsk Livskraft*. Rubriker som "Från öar till helhet"; "Från Gränsöverskridande till Gemensam Kultur" och "Varför är det så svårt att tänka annorlunda och varför är det så viktigt?" är exempel på detta.

Avsikten med trianguleringsöversikten som jag skissat upp i figur 1 (sidan 10), är det värde som jag ser att ett implementeringsförfarande drar nytta av genom att tre delar som beskriver samma sak, målet med hälso- och sjukvården synliggörs. Thylefors (2004) tar upp att det saknas insikt om att hela registret av struktur är nödvändigt för personalen. De vill ha klara befattningsbeskrivningar, uttalade rutiner och en tydlig chef, annars skapas systemångest hos personalen. Översikten ska utgöra incitament att motverka denna ångest. Genom att synliggöra de attityder som kommer fram i intervjuerna, och relatera dem till vad som politiker och tjänstemän konstruerat i styrdokument, och till vad forskning inom sjukvård visar, kan man öka förståelsen av den komplexitet som råder när ett komplext implementeringsarbete ska initieras i en komplex värld (politisk organisation) som sjukvården ingår i (se bilaga 3).

För första linjens chefer handlar det om att ha en tydlig verksamhetschef och för denne i sin tur att ha en tydlig sjukhuschef. Processarbetet som jag tolkar det, har inte nått ända ner när det gäller den informativa biten och diskussionsmöjligheter inför implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Det är anledningen till att första linjens chefer inte tagit till sig processen då de 'lojalt' inväntar på att få bli 'delaktiga i processen' och därmed i implementeringen. Strukturen och kulturen sätter här hinder för egna initiativ. 'Processen' har pågått i den högre ledningsstrukturen och inom denna tolkar jag att förståelsen för första linjens chefer inte är utvecklad vad gäller deras funktion när ett politiskt beslut väl ska förverkligas operativt i den kliniska verksamheten.

Dialogkonferenserna inom regionen är en utmärkt modell och verktyg för att skapa förståelse för förändringsprocesser och utvecklingspotentialer. Dessa behöver föras över till det egna sjukhuset, till den egna kliniken, till den egna enheten, det vill säga via sjukhuschefen och verksamhetschefen. Jag tolkar att bristen ligger i att informationen och diskussionen stannat på denna nivå, för att också här, *invänta politikerbeslutet i april och juni*

2004. Det kluriga är att implementeringen var tänkt att starta fullt ut hösten 2004. Det kräver en mental förberedelse ute i den operativa verksamheten där förändringen ska ske.

Kulturen finns i alla ledningsnivåerna, tankebanorna skiljer sig inte åt, bara kunskapen för innehållet, det vill säga implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Återigen handlar detta om att offentlig sektor inte är vana att arbeta processinriktat, som informationsansvarige sa på kansliet för *Skånsk Livskraft*. Det är här som vi måste bli bättre och där har forskningen en central roll anser jag. Det är bland annat det som också är mitt syfte med denna studie, att synliggöra hur en studie beskriver hur relationerna ser ut mellan individen och organisationen, även om individen är i ledningsnivå (arbetsgivaren), första linjens chefer.

Värdet är därmed att alla tre delarna synliggörs och att seminarier och forskningskonferenser har ett gott syfte för medlemmarna och verksamheternas utveckling. Hur många första linjens chefer har varit på dessa utvecklingstillfällen och av dem som varit, hur många har förmedlat kunskapen till sin enhet? *Processarbete handlar också om överföring*. Benchlearning och benchmarking handlar om att lära av andra och på så vis utlösa incitament på hemmaplan, i den egna kliniska verkligheten, men också i samverkan regionalt med andra inom samma profession och/eller utifrån logistiken som patienten utgör. Den handlar också om samverkan med andra landsting som i exemplet med flödesmodellen (se sidan 28).

Innehållet i denna skrivning rör sig inom det kulturella forskningsområdet, där organisationsforskningen är en del (Hatch, a.a.). I detta ligger *normer och värderingar som påverkar vad och hur processerna vid ett förändrings- och förbättringsarbete i verksamheten*. Det definierar vad personalen inom de komplexa verksamheterna som sjukvård berörs av definierar vid ett förändringsarbete såsom implementeringen av *Skånsk Livskraft*. De som ifrågasätter en organisationskultur är ofta nyanställda eller så kallade 'outsiders' i organisationen, eftersom medlemmarna i verksamheten vet vad som förväntas av dem i en mängd olika situationer. Normer är därmed nära kopplade till värderingar. Det är detta som styr hur man bemöter förändringar och politiska beslut.

Kulturen här utgör socialt konstruerade verkligheter, där personalen här skapar, använder och tolkar symboler på olika sätt i det politiska styrdokumentet avseende implementeringen av *Skånsk Livskraft*. *Symbolerna är mångtydiga och därför råder skillnader i hur de tolkas av personalen vid de olika sjukhusen, exempelvis i beslutet av de planerbara operationerna höft- och knäledsplastiker i Skåne*. Läkarnas uppfattning är starka och de aviserar tydligt sina åsikter och uppfattningar, där vårdpersonal och samhällsmedborgare backar upp deras legalitet och legitimitet. Subkulturer utmärker sig vid de olika sjukhusen, men också inom ett och samma sjukhus. Kultursociologi är ett viktigt begrepp här. Kultur utgör en fragmentering utifrån synsätt som *integration, differentiering och fragmentering*. (Refererar mina resonemang till Hatch, a.a.) Därmed fyller insatser såsom benchlearning och benchmarking bra i dessa kulturella tankegångar vid en implementering av *Skånsk Livskraft*.

7. DISKUSSION OCH SLUTSATS

Mina resultat är från våren 2004, före politikernas gemensamma överenskomna beslut i april och juni samma år, om att implementera *Skånsk Livskraft* hösten 2004, utifrån de politiska diskussioner och tidigare beslut i dessa, som rätt före marsmånad 2004, då studien genomfördes. Processarbetet startade upp redan 2000. Efter empirins utfall har jag via olika forskningsseminarier under hela året 2005, fått redovisat hur vissa verksamheter

har startat upp olika projekt i *Skånsk Livskrafts intention och vision*. Min analys tar inte hänsyn till den differens som råder i tid här från våren 2004 till november 2005 (den period som min empiri löper under), vilket jag vill att läsaren ska uppmärksamma. Examineringen görs dessutom i maj 2007, vilket också kan kritiskt ifrågasättas, då jag inte kan koppla samman detta resultat till var respondenterna vid *denna* medicinklinik befinner sig varken under 2005 eller vad som hänt under 2006 och fram till dags datum i maj 2007.

Det är en viktig aspekt, men mitt resonemang tycker jag ändå håller för att bedöma mina tolkningar för vad min empiri ändå visar, nämligen att *man upplever sig inte tillräckligt informerad om vad som ska ske hösten 2004, vid studiens genomförande i mars samma år, ute hos första linjens chefer och deras vårdpersonal (studien del 1)*. Det är anmärkningsvärt kan jag tycka och därför är resonemangen relevanta, så som jag ser det. I detta tror jag att det ligger ett historiskt perspektiv, då man som samhällsmedborgare och tillika anställd i en politisk organisation, är vana vid att politiker *inte* kommer överens, så den samstämmighet som råder vid beslutet att implementera *Skånsk Livskraft* är därmed unikt. Detta är en tungt vägande faktor i attityd och beteende, som jag ser det.

Sjukvårdens organisation är ju förlagd till flera ställen i Skåne och därmed komplext att hantera vid en implementering av ett nytt synsätt av skånsk sjukvård. *'Bristerna' har förmodligen legat i avsaknad av helhetssyn vad gäller integrering av lika information gällande den förändring som politikerna avser att genomföra inom skånsk sjukvård*. Dialogkonferenserna har därmed inte varit tillräckliga, såsom jag tolkar mitt utfall och vad media redovisat av kritiska uttalanden av läkare och vårdpersonal, men även lokala politiker, samt vad som framkommer i min sociologi uppsats del 1.

Det är en tydlig skillnad i de förväntningar som råder på implementeringens behovsvärde utifrån hur läkaren beskriver det, till hur strategen och informatören också beskriver det, och som motpol till hur cheferna i linjen uppfattar det, och om jag ska relatera det till hur vårdpersonalen, läkare vs sjuksköterskor och undersköterskor tolkar det i min studie del 1. Viktigt här är att ha med sig att det är samma verksamhet som cheferna verkar i som vårdpersonalen i föregående studie under samma tidsperiod också verkar i. Det råder en samstämmighet mellan den bristande information som första linjens chefer och vårdpersonalen i samma verksamhet upplever sig ha beträffande kommande eller rådande implementering av *Skånsk Livskraft*. Läkarna i studien del 1 var mer insatta i begreppet *Skånsk Livskraft*.

Utifrån detta utfall är det därmed viktigt att tillvarata egna och andras engagemang runt om i sjukvården för att *tillsammans* bidra till implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Hinder måste undanröjas och samförstånd skapas för detta största förändrings- och förbättringsarbete inom skånsk sjukvård som initierats. Frågan är hur man gör detta på bästa sätt. Hur fördelas ansvaret och genom vilka strategier görs detta? Hur synliggörs "vi & dem" strukturerna? Hur synliggörs 'legaliteten' och 'legitimiteten'? *Legaliteten utgör en formell makt, ett mandat från huvudmannen, medan legitimiteten handlar om de förväntningar som finns hos professionen, men även hos kunderna, i detta fall patienterna, men även andra aktörer som är en del av sjukvårdens organisationer*.

Det empiriska materialet visar tydligt på hur respondenterna ser utifrån 'sin' utgångspunkt inom implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Det är en relation mellan vad organisationens huvudman representerar (värdebasen) och vad de som arbetar inom organisationen bedriver (där värdebasen utgör grunden) och att detta förankras i samhället via media och kundmötet, det vill säga patientfokus/-relationen. *Det är därmed en relation mellan innehållet i förändringen, det som ska implementeras, och motsvarande innehåll i organisa-*

tionskulturen som är föremål för förändringen, och relationen avgör förutsättningarna för att förändringen kommer till stånd, och hur optimalt.

Empirin visar på en relation hos respondenterna som uttrycker maktförhållanden och intressen inom sjukvårdens institutioner. Huvudmannen vill implementera den största förändringen hittills inom skånsk sjukvård men där jag bedömer att maktförhållandet gör att processen *inte* får fart förrän konkreta direktiv ges till den kliniska verksamheten där patienterna finns och därmed där resultat och produktion sker, det vill säga 'sjukvård'.

Vi är alla beroende av att den offentliga verksamheten bedrivs på ett acceptabelt sätt, och därför ser jag min empiriska undersökning som en värdefull reflektion i förändrings- och förbättringsarbeten inom sjukvårdens utveckling, och i implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Därför är både min föregående uppsats del ett och denna uppsats del två, intressanta att läsa tillsammans (vilket är intentionen). De utgör verktyg för incitament som ger oss kompletterad kunskap om både sjukvården som organisation, och processarbetet som ligger bakom starten av implementeringen av *Skånsk Livskraft*, och därmed initieras förändring och utveckling.

Brulin och Nilsson (2003) tar bland annat upp om att förändringsprocesser handlar om inflytande och makt över sin egen situation, vilket jag uppfattar att cheferna i intervjun upplever att de *inte* har när det gäller implementeringen av *Skånsk Livskraft* vid intervju-tillfället. Detta kan givetvis bero på att man inväntar direktiv *hur* man ska gå till väga i implementeringen, då tiden för cheferna oftast utgörs av fulltecknad agenda. Förutom tiden som en aspekt kan också 'tröttheten' på ytterligare en förändringsprocess i verksamheten upplevas, samtidigt som Region Skåne deklarerar sparbetning under året 2004 och 2005. 1990-talets nedskärningar finns i minnet hos både chefer och personal, skulle jag också tro har en inverkan. Jag är övertygad om att cheferna gör ett tillräckligt gott arbete i sitt vardagliga chefs- och ledarskapsarbete, däremot tror jag inte att man prioriterar processarbetet med implementeringen av *Skånsk Livskraft* av olika skäl.

Frågan varför cheferna i studien *inte* engagerat sig i frågan i marsmånad 2004, när beslut i frågan ska tas kommande månad, april 2004, för att sedan tas i ett slutgiltigt beslut av politikerna i juni samma år, eftersom förändringen är tänkt att vara i gång redan under hösten samma år, det är en intressant problemfråga. De sa själva under intervjun att de inväntar verksamhetschefens kommande planering för vad *Skånsk Livskraft* kommer att innebära för dem, och detta är ett realistiskt svar.

Däremot stämmer svaret dåligt överens med forskningens utfall av *hur* man förbereder sig inför en så stor förändring som just *Skånsk Livskraft* innebär för den skånska sjukvården. Forskning generellt visar på misslyckade förändringar i praktiken på grund utav att förståelse för förändringen saknas hos dem som ska stå för själva förändringen. Diskussionen kring beslutsfattandet sker över huvudet på operativa verksamheter. Så uppfattar jag att det skett i detta fall också, därav utfallet.

Organisationsstrukturen och organisationskulturen har betydelse för "vi & dem" tänkandet. Christiansson och Rookes (2005) rapport är ett bra komplement i incitamentutvecklingen. Corvellec och Holmberg (2004) tar upp att *ledningens beteende blir normgivande för arbetsplatsen, och detta gäller i allra högsta grad första linjens chefers beteende och hur de tolkar att de ska agera eller inte agera*. Beteendet menar författarna (a.a.), är traditionsbundet via kulturen. Här har HR -avdelningen mycket att göra (refererar till Söderlund och Bredin, 2005). Det handlar om att stödja och stärka, men också att ut-

veckla cheferna i *alla nivåerna*, för att bättre kunna möta incitamenten och att utveckla samverkansformer. Det är en av HR -avdelningens funktioner, eller borde vara det.

De fem komponenterna; *mål, människor, struktur, aktivitet* och *kultur*, påverkar därmed implementeringsprocessen och de fem konkurrerande förklaringarna finns inom; *strategi, organisationens storlek, teknologi, omgivning samt makt* och *kontroll* (begreppen refererade från Abrahamsson och Aarum Andersen, 2005). En kulturanalys av *Skånsk Livskraft* i Nordvästra Skåne genomfördes och presenterades i november 2004 (Olsson och Thoring, 2004). Skälet till detta var att få en extern, neutral belysning av hur hälso- och sjukvårdsaktörerna har arbetat med planering och genomförande av förändringsprocessen. Det andra syftet är att få en bedömning av hur *samverkan* har fungerat mellan inblandade förvaltningar och verksamheter, liksom hur nödvändig samordning har lösts och hur kommunikationen upplevs och fungerar inom och mellan de olika delarna. *Analysen ska identifiera styrkor och svagheter, liksom möjligheter och hot i den fortsatta processen. Resultaten ska sedan kunna ligga till grund för överväganden och insatser i det fortsatta arbetet med implementeringen av Skånsk Livskraft – vård och hälsa i hela Region Skåne.*

Arbetet med kulturanalysen har koncentrerats till att belysa genomförandeprocessen (ett projekts faser indelas i förberedelse/planering/genomförande/avlämning/uppföljning och utvärdering), och har haft huvudfokus på de förvaltningar som fram till intervjutillfället startat genomförandeprocessen i Nordvästra Skåne. Detta innebär att bedömningarna i huvudsak gäller aktiviteter på Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus. Detta enligt uppdragsgivarens önskemål, chefen för hälso- och sjukvårdsledningen (år 2004) Bertil Lindström. I analysen ingår att revisorerna i Region Skåne har genomfört en utredning (via Ernst & Young) under perioden från augusti 2003 till och med juni 2004, i syfte att *redovisa och analysera genomförandet av fullmäktiges beslut*. Fokus har här varit kring *beslutet om vårdlogiker och strukturförändringar i vården*, att redovisa risker och föreslå förbättringar, samt att redovisa vad som kan vara en ”rimlig förväntansnivå” (det vill säga *legitimiteten*) på *Skånsk Livskraft*. Region Skåne har därmed tagit ansvar för att följa upp att det största förändringsarbetet inom skånsk sjukvård också faller väl ut.

Synpunkter som framkommit är att det finns en ”*vänta och se attityd*” och att varje medarbetare ska känna till och acceptera organisationens uppdrag, liksom på vilket sätt man som enskild förväntas bidra. Det är också viktigt att det är klart beslutat vem som skall ansvara för att olika *deluppdrag* blir lösta inom ramen för det totala uppdraget. *I analysen tas också upp att för att leda och styra en verksamhet krävs ledningsinformationssystem som används i planerings- och uppföljningsprocesserna*. En klar och tydlig informations- och beslutsstruktur är en viktig del i ett sådant system. Alla medarbetare ska arbeta med samma värderingar och att man följer de regelverk och policys som finns. Uppföljning av fattade beslut krävs i en väl fungerande ledning och styrning.

Varje medarbetare ska veta vem som har informationsansvaret på olika nivåer. De ska också veta vem som får fatta vilka beslut. Här är det inte bara *arbetsgivarens informationsansvar* utan också *de fackliga organisationernas informationsplikt* till sina medlemmar i dessa frågor. I analysen av relationer uppgavs det att i den *otydliga* beslutshierarkin finns en inbyggd maktkonflikt mellan den politiska nivån och linjefunktionen (se bilaga 3). Förhållandet mellan sjukhusens förvaltningschefer kan också utvecklas. Inom en del specialiteter är förtroendet och samtalsklimatet inte tillräckligt gott. Det finns en stor misstro hos flera ledande befattningshavare till hur genomförandet leds och styrs. *Sjukvårdsledningen har inte i tillräckligt hög grad varit synliga, ledande och styrande i det lokala förändringsarbetet.*

Det som är mycket intressant här är att denna rapport sammanfaller med min egen bedömning av implementeringen när det gäller mina två studier under våren 2004, enkätstudien och denna intervjustudie. Positionsmakten är tydlig och hierarkierna utmärker sig. Legitimiteten för första linjens chefer att leda och styra genomförandet av *Skånsk Livskraft* är inte säkerställd när det gäller implementeringen av *Skånsk Livskraft* vid intervjutillfället, därav attitydresultatet i denna studie hos cheferna. Därför måste delaktighet hos både chefer och deras medarbetare ute i den kliniska verksamheten skapas och säkerställas via information och dialog på ledningsmöten och enhetsmöten, liksom via projekt och liknande, samt att det bildas lokala ledningsgrupper som utgör stöd för implementeringen kliniskt. I denna process måste de olika kulturernas betydelse lyftas fram och uppmärksammas, då 'skottsäkra glas' kan finnas mellan enheterna inom samma organisation. Här finns en spännvidd mellan normsystemet som själva förändringen genom *Skånsk Livskraft* bottnar i, till den existerande kulturen inom den aktuella organisationen (kanske i form av en traditionell 'top-down' sjukvårdshistoria, att invänta direktiv, och/eller en intern lärandekultur, passivt mottagande av information). Jag tror det finns flera samverkande faktorer som förklarar utfallet i mina båda studier (del 1 och 2).

Det saknas en 'aktörsberedskap' ute i produktionens kliniska verksamheter. Beredskapen att implementera. Detta innebär att de som är mottagare för information om implementeringen av *Skånsk Livskraft* förändrings- och utvecklingsarbete, också har de kunskaper, färdigheter samt de förhållningssätt som detta kräver, men i detta också har den *mottaglighet* som är förutsättningen för att omsätta information och kunskap ut i vårdens praktik, den kliniska verkligheten, där förändringen i realiteten ska ske. Det som litteraturen och forskningen lyfter fram är att genomförandeprocesser måste vara strukturerade via hela den hierarkiska nivån, vilket skapar legitimitet internt som externt.

En *reaktiv* handling innebär att organisationer försöker lösa problem när de väl uppstått via sin hantering av information (Falkheimer och Heide, 2003). En *proaktiv* handling är när organisationer skapar nya möjligheter som tidigare har förbisetts, och förebygger att problem uppstår, därmed slipper organisationen att reagera ogenomtänkt. Vi lever i en tid av så kallad *hybridisering*, vilket innebär att gränserna blir allt otydligare, då innehåll och uppfattningar allt mer blandas samman i nya konstellationer. Därför är 'handlingen' viktig. (a.a.)

Förändrings- och förbättringsledarutbildningarna som initierats av Utvecklingscentrum i Kristianstad, har haft som syfte att stärka chefer och medarbetare inför implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Projekt som initierats runtom i Skåne har haft samma avsikt. Detta är dock komplement till *den egna strukturen som måste finnas vid varje förvaltning och verksamhet*. Det handlar om att se *möjligheterna av incitament ute hos medarbetarna och hos cheferna vid de olika konstellationer som de befinner sig i, när det utför sitt vardagliga arbete*. Kunskaperna från utvecklingscentrums utbildningar har inte använts tillräckligt för detta. Sjukvården rör sig med många paradoxer både från historiskt perspektiv, men också utifrån vad yrkesprofessioner tar med sig från indoktrinerings via sina utbildningar.

Den decentraliserade organisationen ställer särskilda krav på ett enhetligt ledarskapstänkande, vilket policydokument ska visa, för att förutse problem och konsekvenser av detta (Lochheim, 2005 a). Maktkonflikter mellan politisk nivå och linjefunktionen, som kulturanalysrapporten tar upp, uppmärksammas inte i min egen studie, men kan vara uttryck för att man upplever styrdokumentet komplexa och svåra att hantera konkret i den kliniska vardagen.

En viktig funktion för första linjens chefer är att uppmärksamma *eldsjälar* och *personer* som HSL-läkaren uttryckte det, som har ett engagemang och intresse för implementeringen och förbättringsprocesser. Dessa utgör därmed stöd för cheferna i deras ledningsarbete men också förebilder för medarbetarna att ryckas med i incitamentutvecklingen som ska bistå implementeringen av *Skånsk Livskraft* ute i den egna enheten och arbetsplatsen. Därför måste utrymme skapas och tid prioriteras för detta av cheferna.

Staben, ledningsgrupp och första linjens chefer behöver också utveckla insikten att deras olika enheter i förvaltningen är *en* del tillsammans, av en stor plattform som är Region Skånes sjukvårdsorganisationer. Detta innebär att också stimulera till rörlighet inom regionen för chefens medarbetare och för chefen själv. Detta innebär därmed också att undanröja hinder och stimulera till utveckling för de medarbetare som önskar delta med sitt engagemang i förbättringsprocesser både på den egna enheten som regionalt.

Region Skåne är en enda arbetsgivare även om en chef och medarbetare har sin placering vid en speciell förvaltning. Detta synsätt ökar förståelsen för varandras komplexitet och strukturer och bidrar också till att hjälpa varandra i utvecklingsarbetet, och att ändra på inrotade kulturbeteenden av 'hur man alltid har gjort'. Det stimulerar också att öka rekryteringen internt som externt och att marknadsföra sina enheter som en utvecklande och delaktig verksamhet.

Sett ur ett organisationsteoretiskt perspektiv är beslutsfattande, makt och politik i organisationen intressant här i diskussionen om implementeringen av *Skånsk Livskraft* och min tolkning av utfallen i studien jag gjort. Att se organisationen Region Skåne som en politisk arena med beslutssystem utifrån en politisk ordning och en rationell modell, kan ifrågasättas till viss del vad gäller det rationella (Hatch, 2002). Det rationella synsättet utgår från att man har kunskap om alternativ och konsekvenser till de beslut man fattar, men det är ett beslutsfattande med vissa begränsningar.

Faktorer som att informationen är ofullständig, att komplexiteten i det man ska fatta beslut om är ett hinder i att kunna vara rationell, liksom att människors förmåga att bearbeta information skiljer sig åt, men även att det behöver finnas en tidsram för när besluten ska fattas, exempelvis ute i förvaltningarna om hur riktlinjer ska se ut för implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Beslutsfattarna har också motstridiga preferenser om vilka medel som ska användas för att nå förändringsmålen, som i detta fall handlar om politik och makt. (Refererar till Hatch tolkningar, a.a.)

Eftersom makt existerar i relationen mellan sociala aktörer, är också kontroll över unik information såsom *hur* och *vad* ett politikerbeslut (i april och juni 2004) kan innebära för en förvaltning och verksamhet intressant att ta upp som eventuella motsägelser till hur den kliniska verksamheten uppfattar implementeringen av *Skånsk Livskraft*. Motsägelserna kan vara den sociala konstruktion som råder av den differentierade sjukvårdsorganisationens agerande till yttre förhållanden. Sjukvården har varit under hela 90-talet och är fortfarande, ständigt indragen i ständiga processer av förbättring och utveckling inom de olika verksamheterna, speciellt närsjukvården. Samtidigt så uppmanas personalen av ledningen, exempelvis sin närmaste chef, att reflektera över sitt arbete och sin del och varandras del i ansvaret för utförda arbetet. Statistik och andra studier utövas som kontroll över dessa prestationer. Chefernas attityd i denna studie (del 2) och vårdpersonalens attityd i föregående studie (del 1), kan ur det som sociologer intresserar sig för, förändringar i samhället som förklarar människors beteenden och handlingar, väl förstås utifrån ett samhälle som utövar disciplin för att få 'ordning' i sin organisation i relation till den allt mer komplexa omvärlden som gör sig gällande (ex vis teknisk utveckling, ekonomi, etc).

Styrning och kontroll sker från organisationens sida bland annat från intranätets olika kontrollfunktioner som ur ett modernistiskt perspektiv uppfattas som något dynamiskt för personalens tillgång, eftersom här finns allt som organisationen/arbetsgivaren vill att personalen ska känna till om syftet med de olika verksamheterna. Information från högsta chefen till närmaste chefen kan läggas ut här. En organisation kan använda sig av en mängd olika styrstrategier som i sin tur kan användas som belöningssystem i personalarbetet. Informationskravet uppfylls 100%-igt på intranätet, men när ska första linjens chefer och vårdpersonalen hinna ta till sig detta? Det är en viktig aspekt att belysa.

HR-enheten behöver också utvecklas att tänka i andra banor, eftersom de också är präglade av den hierarkiska traditionen och historien. [Rekrytering av nya chefer ska inte enbart ske av chefer, då reproduceras kulturen och därmed skapas hinder för ändrade attityder.](#) Personer som sökt chefsjobb inom Region Skåne ska utgöra en 'bank' där deras engagemang kan komma i fråga för framtida rekryteringar (interna som externa ansökningar). Kompetensbegreppet för chefskapet behöver utvecklas så att förändringsarbete och det 'tänkande som krävs för detta' involveras.

Verksamma chefer ska kunna utgöra mentorer för nya chefer för att underlätta 'hundåren' som ibland beskrivs när man är 'ny som chef'. Före detta chefer kan också vara en resurs här, som i dag kan ha andra arbetsuppgifter inom Region Skåne. Alla chefer borde gå förbättringsledarutbildningen via Utvecklingscentrum. Sjukhuschefer och verksamhetschefer behöver också denna utbildning, då dessa rent positionsmässigt och ur ett makthierarkiskt hänseende behöver vidga sina vyer och bättre skapa förståelse för första linjens chefers arbetssituation och implementeringsmöjligheter för incitament.

Ingen regel utan undantag, men rent allmänt så anser jag också att sjukhus och primärvårdsförvaltningars ledningsstrukturer behöver ses över vad gäller stagnation vid samma ledningspost och då detta medför att det är svårt att ändra på makt- och kulturella hierarkier och kulturella sociala positioner vid samma förvaltning. [Om exempelvis samma sjukhuschef eller verksamhetschef eller första linjens chef sitter vid samma post år efter år, så stagnerar förändringstänkandet och stärks tunnelseendet eller stolprörstänkandet.](#) Det vill säga att man har svårt att tänka i nya banor och känner sig 'trygg i den post man har' och därmed inte rekryterar 'oliktänkande' eller 'annan-tänkande', i rädsla av att deklasseras (Bourdieu's begrepp). Använder man i stället sin kunskap och erfarenhet från en förvaltning, verksamhet för att utvecklas i en annan förvaltning eller verksamhet, så utvecklas inte bara individen utan också organisationen optimalt och skånsk sjukvård.

Förändringstänkandet bygger inte på att man känner att inget kan rubba en från sin post (detta gäller även vårdpersonalen) utan att man är trygg i sin kunskap och yrkes- och ansvarsroll. Då ökar kompetensen att *kunna* arbeta i andra verksamheter eller enheter eller förvaltningar inom Region Skåne. Begreppet 'förändring' blir heller inte så laddat som det är nu. Det handlar om att bygga strukturer som gör det möjligt för rotation eller hospiteringar (prova arbeta på en annan enhet/förvaltning internt/externt) och möjligheten att kunna utveckla sin kompetens både medvetet som när omstruktureringar blir aktuella, vilket mycket väl kan bli mer regel än undantag i framtida sjukvården och arbetsmarknaden. HSL-läkaren tog också upp att förändringar innebär resursomfördelningar av personal och av vårdplatser, vilket kräver ett annat tänkande när det gäller begreppen förbättrings- och utvecklingsarbete. En av cheferna tog upp att det kunde bli aktuellt att slå ihop verksamheter men att detta inte innebar att det måste bli mindre antal chefer, *men*, *chefens roll måste förändras och kommer också att förändras*. Jag samtycker med denna chefs uppfattning.

HSL-läkaren lämnade med sig en problemformulering till mig att ta med mig i min studie och den var att denne undrade vad det var som gjorde att det var så svårt att genomföra förändringar och vad det var som individen protesterade emot vid dessa processer, och därmed vilka dessa hinder kunde vara. Min uppsats har rubriken: *Skånsk Livskraft – vård och hälsa – ett processarbete. Är implementeringen påbörjad?* I missivbrevet ryms en del underliggande frågeställningar som också framkommer i resultatdelen: Varför en ny skånsk sjukvård?, Hur implementeras *Skånsk Livskraft – vård och hälsa?*, Vilka förutsättningar skapas för implementeringen? och Blir det några förändringar för personalen i och med implementeringen? I analysdelen delar jag upp intervjuer, dokument och benchlearning/-marking via en trianguleringsmodell, med syfte att synliggöra sambanden dem emellan för att uppnå en implementering av *Skånsk Livskraft*. I teoridelen tar jag med empirisk bakgrund som bland annat att arbetet med *Skånsk Livskraft* inleddes med Vårdvision Skåne av Levin och Normann från våren 1999 till hösten 2000.

Sommaren 2003 beslöts politiskt om den framtida sjukvårdsstrukturen i regionen. I februari 2004 presenterades det förslag som styrgruppen kommit fram till om hur den planerade opererande verksamheten skulle struktureras i Skåne. I juni 2004 fastställdes implementeringen för *Skånsk Livskraft*. Verkställighet av besluten om de opererande verksamheterna började gälla från och med den första oktober 2004. Tidigt konstruerades delrapporter och uppdragsbeskrivningar, liksom kommunikationsstrategier och kommunikationsplan, men även handlingsplaner för hur implementeringen skulle gå till väga. Dessa processer initierades och var i gång redan år 2000.

Regiondirektören har via brev som lagts ut på hemsidan informerat om det aktuella läget. Den politiska styrgruppen har letts av regionstyrelsens ordförande Uno Aldegren (s) med representanter från Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. Sjukhuschef och verksamhetschef vid de olika förvaltningarna har skickat ut mejl till sina medarbetare eller lagt ut information på hemsidan med aktuell information om läget på förvaltningen.

Jag kan inte se att informationsinnehållet om implementeringen på något vis varit bristfällig utan tvärtom har det funnits information kontinuerligt att ta till sig när man så önskat. Detta i kombination med de dialogkonferenser som varit, med syfte att skapa kunskap för processen, och låta tankefriheten stå i centrum, och därmed en hög grad av egenaktivitet och inte passivt lyssnande, så anser jag att målsättningarna via de modeller man använt och de verktyg man tagit till varit utmärkta. Det har inte rått något 'hemlighetsmakeri' utan som jag tolkar det har informationen kontinuerligt varit öppen för de intresserade. Som komplement har *förändringsledarutbildningar* initierats i hela regionen och dessa har kompletterats nu med *förbättringsledarutbildningar* via Utvecklingscentrum.

Jag vill dock *inte* rentvå ledningen från ansvar och hoppas att mina resonemang här visar på detta. Jag 'pekar ut' närmaste chef och fackligt förtroendevalda i en del av min kritik, *därför att det är dessa personer som via sin roll har det närmaste ansvaret att se till att personalen i produktionen förstår vad som sker i omvärlden och hur detta kan komma att påverka dem i sitt vardagliga arbete*. Utfallet här visar att dem inte har förstått vad som händer runt omkring dem vad gäller en eventuell implementering av *Skånsk Livskraft* eller vad begreppet i egentlig mening står för. Här har den integrerade kommunikationen brustit fullständigt. Kommunikation är ju *inte* integrerad bara för att man lagt ut allt på intranätet.

Och för att svara på HSL-läkarens fråga: Var finns hindren? drar jag följande slutsats: Den "vänta och se attityd" som cheferna uppvisar i studien ålägger jag ansvaret hos sjukhuscheferna i första hand och verksamhetscheferna i andra hand, och till de ledningsinforma-

tionssystem (eller brist på dem) och till vilka planerings- och uppföljningsprocesser (eller brist på dem) som de använt. Detta behöver synliggöras. Det finns ett påtagligt glapp i handlingsutrymme i det system där varje nivå, från operativ nivå till övre nivå, av förväntad orientering (exempelvis från politikerna) mot implementering, där var och en hävdar sin egen integritet, därmed synliggörs de positionsgränsdragningar som jag velat lyfta fram.

Jag vill även ålägga ansvar hos de regionala och *lokala* fackliga representanterna, att de inte i tillräckligt hög utsträckning backat upp i informationsplikten till medlemmarna enligt gällande lagstiftning och föreskrifter. Kanske dem inte heller har haft bilden klart för sig, vilket då också visar på den komplexitet som råder. *Skånsk Livskraft* är det största förändringsarbete som skånsk sjukvård initierat i modern historia. Jag vill därmed trycka på politikerna som borde ha belyst dessa punkter mer vid deras olika sammankomster.

Jag finner mig övertygad om att sjukvårdsledningarna varit osynliga i processarbetet lokalt för de operativa cheferna i den kliniska verksamheten. Men jag vill med detta ålägga första linjens chefer deras egenansvar att själva följa informationsutbudet och medverka (prioritera) vid olika konstellationer i avsikt att tillgodogöra sig processarbetet med *Skånsk Livskraft*. Jag säger inte att det är ett lätt uppdrag, men det behöver utvecklas former för denna typ av hantering, då framtiden verkar utgöras av ständiga förbättrings- och förändringsarbeten för att följa utvecklingen och forskningens framsteg.

Mina slutsatser är provocativa men med avsikt att väcka till diskussion om vad detta betyder för positionsmakt och kulturell makt och uppdraget man har inom sjukvården med allt vad det innebär. Detta ska relateras till de uppdrag som styrdokumentet *Skånsk Livskraft* står för. Vi kan inte arbeta utifrån öar utan måste se oss som en plattform, en helhet, och där Region Skåne är arbetsgivaren. Detsamma gäller den skrivning jag gjort tidigare i texten om chefernas förmåga att ta tillvara incitament hos medarbetarna ute i verksamheterna, bland annat. Det finns en stark vilja hos chefer och medarbetare att utveckla sina verksamheter, vilket jag erfarit på de seminarier och forskningskonferenser som jag deltagit i under år 2005.

Det finns också mycket kompetenser ute i regionen som kunde användas bättre i dessa processer som sjukvården bedriver kontinuerligt, men det finns också kompetenser som nyttjas på ett stimulerande sätt. Jag tycker heller inte att förvaltningar, verksamheter eller enheter ska bygga upp hinder för chefer och medarbetare som uppvisar ett genuint intresse att kompetensutveckla sig i *förbättringskunskap* som kan nyttjas lokalt som regionalt, ett investeringskapital för Region Skåne.

Första linjens chefer måste också bli bättre i att förhandla för sin position och verksamhet (resurser och budget). Rekryteringsförfarandet av chefer måste aktualiseras, och inte bara gälla 'chefer rekryterar chefer', men även för undvikande av nepotism, då reproduktion av kulturella mönster och vissa 'idealtyper' inkopieras i organisationen. Chefsutbildningarna måste följas upp och stärkas så att cheferna i alla nivåer blir och är trygga i sin position och maktansvar. Detta genererar därmed önskvärt förändringsbeteende ut i den kliniska vardagen.

Sammanfattningsvis är mina slutsatser att arbetsgivaren lagt en övertro till IKT-tekniken, informations- och kommunikationstekniken och människor som aktiva mottagare av information, trots att avsikterna varit goda att ge så mycket information som möjligt här. Denna form av 'knowledge management' som informationsstyrning ut i verksamheterna, skapar ingen reflexiv kommunikation utan anställda som passiva mottagare av informa-

tion. För att människor ska kunna ta emot och använda sin information behöver dem ett helhetsperspektiv ute i deras praktik. Anställda lever i ett informationsflöde som skapar ett informationskollapstillstånd. Cheferna måste ta ut relevanta delar av det som ska informeras om. För detta krävs kommunikationskompetens. Information måste ha en mening och sammanhang (Lesley, 2004). *Information är en skillnad som gör en skillnad* (Andersson, 2005:36). Information handlar om att besvara frågor (a.a.).

Det handlar om 'budskapet' som går ut i samband med att *Skånsk Livskraft* initierades. Det blev aldrig någon integrerad kommunikation i praktiken fast avsikterna var goda. All kommunikation ska ske samtidigt i de relevanta kanalerna (medier) och det som kommuniceras ska hänga ihop (Lesley, a.a.). Problemet ligger i kommunikationens status inom organisationen och dess verksamheter (Falkheimer och Heide, 2003). Strategisk kommunikation är beroende på socialt och kulturellt sammanhang, och kan inte översättas till en teknisk-ekonomisk överföringsfråga av information (a.a.).

I boken om Region Skånes scenarioarbete "En befolkning i förändring", med boktiteln 'Hur vill vi ha framtiden då?', talas det om kartorna som beskriver omvärlden när vi ska fatta våra beslut grundade på värderingar och attityder till olika saker runt omkring oss (Svartbeck Lilja och Halvardsson, 2005). Detsamma gäller implementeringen av *Skånsk Livskraft*. I boken står att vi måste våga lyfta blicken från vardagen för att kunna satsa på bättre, långsiktiga lösningar för Region Skåne. För att kunna göra detta måste vi se över våra strukturer inom våra organisationer och vilka värderingar som råder inom dem.

Det krävs en växelverkan mellan 'top-down-styrning' och 'bottom-up-anpassning' (Andersson, 2005). Det behövs perspektivväxlingar mellan att ha fokus på det tekniska-, det hermeneutiska- och det sociala beteendeperspektivet. (a.a.) Alla chefer och medarbetare behöver gå *förbättringsledarutbildningen* som Utvecklingscentrum anordnar. *Det saknas kompetens lokalt, om hur man arbetar med implementeringar av olika slag, då godtyckliga arbetssätt florerar, även om avsikterna är goda*. Med denna skrivning anser jag att jag besvarat HSL-läkaren och missivbrevets frågeställningar. Implementeringen är påbörjad (eller avslutad 'nu jobbar man efter *Skånsk Livskrafts* intentioner', beroende på vilken fas som avses här) i regionen under år 2005 men inte hos de enheter som denna studie utgörs av, för att svara på min rubrikfråga i uppsatsen. När det gäller bedömningen av mig som forskare, om jag agerar 'åskådare' eller 'deltagare' av den verklighet som jag vill beskriva (reliabiliteten), så kan det ibland vara svårt att dra skiljelinjer.

Genom de erfarenheter som jag tillförskaffat mig under min tjänstgöring inom sjukvården i Region Skåne (sedan januari 1991), är min målsättning att använda denna som kunskap i min forskning likt en resurs som underlättar möjligheterna att se 'objektivt' på det som behöver förbättras och utvecklas i sjukvården. Genom denna *förförståelse* är mina akademiska meriter en tillgång till de värderingar som jag gör i mina slutsatser. *Man kan dock aldrig bortse ifrån att jag också är präglad av den kultur som jag kritiserar och vill förändra och utveckla*. Sjukvårdens organisationer är i sin tur påverkade av de samhälleliga och historiska sammanhangen, som jag tog upp på i tidigare text (refererar till sidan 26). Det kan liknas en form av "frusen ideologi", där gamla värdebaser fortfarande dominerar inom organisationerna, fastän de har ersatts formellt av nya och reviderade värdebaser, med stöd i forskning och vedertagna riktlinjer för 'god' organisationsutveckling och projektgenomföranden. *Därmed ...*

Det krävs ett helt nytt sätt att tänka för att lösa de problem vi skapat med det gamla sättet att tänka. / Albert Einstein

REFERENSFÖRTECKNING

Litteratur:

- Abrahamsson, B. och Aarum Andersen, J. (2005) *Organisation – att beskriva och förstå organisationer*. Fjärde upplagan. Malmö: Liber.
- Abrahamsson, B. (2000) *Organisationsteori. Moderna och klassiska perspektiv*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Abrahamsson, B. (1992) *Varför finns organisationer? Kollektiv handling, yttre krafter och inre logik*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen H. och Kaspersen, L.B. (1999) *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, T. (2005) *Andra världar. Kommunikation och omvärldsstudier*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Argyris, Ch. (1971) *Individen och organisationen*. Stockholm: Bokförlaget Aldus.
- Bakka, J.F., Fivelsdal, E. och Lindkvist, L. (2001) *Individen och organisationen*. Malmö: Liber.
- Berg, G. (2003) *Skolkultur – nyckeln till skolans utveckling. En bok för skolutvecklare om skolans styrning*. Stockholm: Gothia.
- Bolman, L.G. och Deal, T.E. (1997) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Bourdieu, P. (1993) *Kultursociologiska texter*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Bourdieu, P. (1995 a) *Praktiskt förnuft. Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos.
- Bourdieu, P. (1995 b) *Sociology in Question*. London: SAGE Publications
- Brulin, G. och Nilsson, T. (2003) *Läran om Arbetets ekonomi. Om utveckling av arbete och produktion*. Stockholm: Prisma.
- Corvellec, H. och Holmberg, L. (2004) *Organisationers vardag – sett underifrån*. Malmö: Liber.
- Dahlgren, I., Eklund, R., Froment, M., Helin Lövingsson, F., Karlöf, B., Mallander, A., Täfte, J. och Pleijel, Ch. (2004) red. *Benchlearning 2. Erfarenheter från sju förändringsarbeten*. Stockholm: Ekerlids Förlag. ISBN 91-89617-82-7.
- Ernberg, M. (1998) *Att leda ledningsgrupper*. Uppsala: IPF. Institutionen för personal & företagsutveckling. IPF Rapport nr 38, oktober 1998.
- Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Falkheimer, J. och Heide, M. (2003) *Reflexiv kommunikation. Nya tankar för strategiska kommunikatörer*. Malmö: Liber.

- Foucault, M. (2001) *Övervakning och straff*. Lund: Arkiv förlag. Moderna klassiker. Tredje upplagan.
- Giddens, A. (1998) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Glaser, B.G. och Strauss, A.L. (1967) *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter cop; Sociology Press.
- Granström, K. (2000) *Dynamik i arbetsgrupper. Om grupprocesser på arbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammarén, S. (1986) *Den moderna organisationsläran*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Harker, R., Mahar, Ch. och Wilkes, Ch. (1990) *An Introduction to the Work of Pierre Bourdieu. The Practice of Theory*. London: The Macmillan Press Ltd.
- Hatch, M.J. (2002) *Organisationsteori. Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Hertting, A. (2003) *The Health Care Sector: A challenging of Draining Work Environment. Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. The Departement of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health. Stockholm, Karolinska Institutet: ISBN 91-7349-655-0.
- Kerlinger, F.N. och Lee, H.B. (2000) *Foundations of Behavioral Research*. Fourth Edition. USA: Wadsworth Thomson Learning.
- Lesley, U. (2004) *Integrerad kommunikation - i praktiken*. Malmö: Liber.
- Levin, B. och Normann, R. (2001) *Vårdens chans, en modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Stockholm: Ekerlids Förlag.
- Lind Nilsson, I. och Lundblad, N. (1995) *Kris, kaos och omställning*. Uppsala: IPF. Institutionen för personal & företagsutveckling. IPF Rapport nr 35, november 1995.
- May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, J. (2005). *Factors for Successful Improvement of Swedish Healthcare*. Medical Management Centre. Institutionen för Lärande, Informatik och Management och Etik, LIME. Stockholm, Karolinska Institutet: 150. ISBN: 91-7140-391-4
- Sjöstrand, S-E. (1987) *Organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Streatfield, PH. (2001) *The Paradox of Control In Organizations*. London: Routledge.
- Styhre, A. (2002) *Postmodern organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg, L. (2002) *Rektorsrollen. Om skolledarskapets gestaltning. Doktorsavhandling 2000*. Lärarhögskolan Stockholm. Institutionen för samhälle, kultur och lärande. Tredje tryckningen. Stockholm: HSL Förlag.
- Svensson, R. (1993) *Samhälle, medicin, vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Söderlund, J. och Bredin, K. (2005) *Perspektiv på HRM – nya organisationsformer, nya utmaningar*. Malmö: Liber.

Thylefors, I. (2004) *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wåglund, M. (1998) *Ledarskap inom sjukvården. En litteraturoversikt*. Uppsala: IPF. Institutionen för personal & företagsutveckling. IPF Rapport nr 41, oktober 1998.

Information:

Albinprojektet Lund/Eslöv Region Skåne. (< Christer.Wahlfrid@skane.se > och < Marie-Louise.Olofsson@skane.se >) Ett närsjukvårdsprojekt 2005.

Bladet. Personaltidning Kronobergs Läns Landsting. 2003.nr 5:7. Sanberg, P-A. < www.ltkronoberg.se > sidan 28 i uppsatsen.

Erling, A-M. 040416. (< www.hd.se > och < www.ystadsallehanda.se>)

FoU, Forskning och Utveckling i Sverige. En portal för personal inom hälso- och sjukvård, individ- och familjeomsorg, äldreomsorg och handikappomsorg. (< www.fou.nu/is/sverige >) FoU enheten i Skåne (< www.skane.se/fou >).

FoU-enheter. 4:e nationella konferensen för FoU-enheter. (2005) *Från Gränsöverskridande till Gemensam Kultur*. Lund: Scandic Star Hotell. 05.11.07-08.

FoU-kommittén, Hässleholms sjukhusorganisation. (2005) *6:e FoU-kvällen i Hässleholm. Aktuella kliniska forsknings- och utvecklingsprojekt*. Hässleholm: Gåsen. 05.04.27.

HSFR, Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets riktlinjer (1990).

Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Skåne, (< Karin.Christensson@skane.se >).

Ingels, G. 040611 (< www.ystadsallehanda.se > ; 040221 < www.kristianstadsbladet.se >)

Lindblad, M. < maria.lindblad@skane.se > 2003-2004. Skånehuset Kristianstad.

Lochheim, I. (2005a) *Förändringsmöjligheter inom offentlig sektor. Sex chefers uppfattningar om chefskap, dialog och förändringsarbete*. Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap inom pedagogik. C uppsats. (< <http://eprints.bibl.hkr.se/archive/00000976/> >)

Lochheim, I. (2005b) *Hur uppfattar personalen vid en medicinklinik implementeringen av Skånsk Livskraft – vård och hälsa?* Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap inom sociologi. (< <http://eprints.bibl.hkr.se/archive/00000386/> >) C uppsats.

Molin, K. (2004) Nedläggning av många akutsjukhus oundviklig. *Dagens Nyheter*, 040324. (< www.dn.se > < karl.molin@dn.se >)

PatientForum UMAS för information och lärande. (2005) *Förstår patienterna vad du säger?* Malmö: Universitetssjukhuset MAS, Jubileumsaulan, ingång 59. 05.09.29.

Projektutvärdering *Ortopeden in i framtiden*. (< Jan.Carlsson@lime.se >) Seminarium Hässleholms sjukhusorganisation / Centralsjukhuset Kristianstad. 050103-04. Tyringe.

Sandberg, P-A. Personaltidning Bladet, 2003, nr.5:7. Kronobergsläns landsting (< www.ltkronoberg.se >) Artikel om landstingets utvecklingsarbete inom sjukvården.

Statens Offentliga Utredningar, SOU, 1979:26. (< www.sou.gov.se/ >)

Sveriges Kommuner och Landsting. (< www.skl.se >) 2005.

Utvecklingscentrum, Region Skåne. Kristianstad: Skånehuset.
(< www.skane.se/utvecklingscentrum >)

Utvecklingscentrum (2005) *Från öar till helhet*. Lund: Sparta. Seminarium. 2005.04.14.

Utvecklingscentrum (2005) *Kreativitetsseminarium: Varför är det så svårt att tänka annorlunda och varför är det så viktigt?* Lund: Regionhuset. Seminarium. 2005.10.18.

Interndokument:

Christiansson, M. och Rooke, L. (2005) *Vårdens Livskraft. Kunskap och Lärande. En stödprocess till Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. Kristianstad: Skånehuset.

Familjeläkarverksamheten Region Skåne (< www.skane.se/familjelakare>)
(HSN/030169, 050412) sidan 22-23 i uppsatsen. Vårdgaranti från och med 1 november 2005.

Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, styrkort HSN/030169, 2005. Kravspecifikation Familjeläkarverksamheten. Landstingsstyrelsen och HSN lämnar en gemensam årsredovisning till fullmäktige över landstingets samlade verksamhet.

Molin, R. och Johansson, L. (2004) *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. (< www.skl.se >) ISBN 91-7188-801-2.

Olsson, L. och Thorling, J. (2004) Ledningsbolagets kulturanalys av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. < ledningsbolaget@ledningsbolaget.se > < <http://www.ledningsbolaget.se> >
Kontaktpersoner: Lena Olsson och Jan Thorling, telefon: 08 - 411 11 62; 070-629 24 18. November -04.

Rahm Hallberg, I. och Jedlert, R. (2005) *Report into structure and organisation of Primary Health Care Research in the Faculty of Medicine Lund University and the Region Skåne*. Lund: Medicinska fakulteten. (< www.medfak.lu.se >)

Region Skåne tidningen, delas ut i samband med regionfullmäktige. April 2004. s. 10-11.
Artikel: Triage vid sjukhuset i Helsingborg. (< www.skane.se >) länk: Pressklipp i webbmedier.

Regionfullmäktigebeslut om Skånsk Livskraft – vård och hälsas implementering:
Regionfullmäktige 2003.06.10-19., §38, RS/030109, och, 2004.06.28-29., §37, RS/030109.

Skånsk Livskraft – vård och hälsa, Region Skåne.
(< www.skane.se/skansklivskraft/vardochhalsa > 2004)

Svartbeck Lilja, A. och Halvardsson, R. (2005) *Hur vill vi ha framtiden då? En bok om Region Skånes scenarioarbete "En befolkning i förändring"*. Kristianstad: Region Skåne. Skånehuset 044 – 13 31 91.

Fotnoter sammanställning:

1. Lochheim, I. (2005 a) *Förändringsmöjligheter inom offentlig sektor. Sex chefers uppfattningar om chefskap, dialog och förändringsarbete*. Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap inom pedagogik. Se sidan 7.

2. **Lochheim**, I. (2005 b) *Hur uppfattar personalen vid en medicinklinik implementeringen av Skånsk Livskraft – vård och hälsa? Del 1: En enkätstudie*. Kristianstad Högskola. Institutionen för beteendevetenskap. Se sidan 6.

3. **Benchlearning®** är ett registrerat varumärke, därav symbolen, och finns i EU, USA, Japan med flera länder och beskrivs som ett förhållningssätt, en attityd som ökar sannolikheten för att en organisation ska bli framgångsrik. Den ses som en genväg till effektivitet och lärande och har testats även inom svensk sjukvård, bland annat i Stockholm. (Dahlgren, Eklund, Froment, Helin Lövingsson, Karlöf, Mallander, Takte och Pleijel, 2004) **Benchmarking**, engelskans ”best practices”, är organisationers signaler till omgivningen om en strategi för anpassning till omgivningens krav för överlevnad och därmed att säkerställa den sociala legitimiteten som därmed drar till sig resurser av olika slag. Genom att använda sig av lyckosamma organisationers praxis som måttstock eller referenspunkt omvandlas den teoretiska kunskapen till konkurrensfördelar. I dagens knappa resurser är det viktigt att verksamheter har en bild av omvärlden genom konkreta exempel som verkar i en reell värld, det vill säga med objektivistiska ståndpunkter. (Hatch, 2002). Se sidan 8.

4. **Antonovsky's** kommunikationsteori och **KASAM** begrepp handlar om 'känsla av sammanhang'. Detta innebär *begriplighet* genom att kunna se samband och *hanterbarheten* genom att kunna förfoga över de verktyg med vars hjälp man kan förändra sin tillvaro, och så slutligen *mening* som gör att man ser den så kallade verkligheten som en helhet. Den är den viktigaste delen av **KASAM** begreppet. (Antonovsky, 1991) Se sidan 8.

5. **Utvecklingscentrum** i Kristianstad, arbetar med att utveckla den skånska hälso- och sjukvården enligt de visioner och värderingar som ryms inom den politiska fastlagda planen *Skånsk Livskraft – vård och hälsa*. De arbetar med ett antal välbeprövade, vetenskapliga metoder för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i vården samt öka personalens delaktighet. Region Skåne anses vara en framåtsträvande organisation med en vilja att öka den inre effektiviteten och att kunna tillvarata den förändringskraft som redan finns. Se sidan 8.

(< www.skane.se/utvecklingscentrum >)

6. **Hawthornestudien** utfördes vid Western Electric i USA i slutet av 1920-talet och i början av 1930-talet under ledning av Harvardprofessorn Elton Mayo. Hans avsikt var att avgöra hur förändringar i den fysiska miljön påverkade arbetarnas produktivitet (Hatch, 2002). Utfallet blev överraskande då oavsett hur forskarna gjorde med exempelvis ljuseffekterna så producerade arbetarna mycket bra, bättre ljus vs sämre ljus. Analysen ledde till att det var just *uppmärksamheten på arbetarna* som gav de positiva produktionsresultaten. Detta lade grunden till det område som kallas ”human-relations”, HR. HR – perspektivet bygger på förhållandet mellan individ och organisation (Bolman och Deal, 1997). Människor och organisationer har behov av varandra vilket kräver strategier genom hantering och investering av mänskliga resurser (a.a.). Se sidan 19.

7. **FoU (Skåne)**, är ett regionalt nätverk för praktikerforskning, kunskaps- och tjänsteutveckling, utvärdering, samt projekthandledning och fortbildning (< www.fou.nu/is/sverige >). **Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan** i en ny arbetsgivar- och intresseorganisation sedan 1 januari 2005, där medlemmarna är alla Sveriges 290 kommuner, 18 landsting och regionerna Västra Götaland och Skåne län (< www.skl.se >). Se sidan 27.

Bilaga 1. Abstract från studien Sociologi C:

Hur uppfattar personalen vid en medicinklinik implementeringen av Skånsk Livskraft – vård och hälsa? Del 1: En enkätstudie.

Utvecklingsprocesser i samhället och förändringsarbeten i arbetslivet har ökat. För att kunna leda organisationer på ett effektivt sätt, måste ledare och medarbetare veta vad de ska påverka och hur de ska påverka. Utvecklingsprogrammet Skånsk Livskraft – vård och hälsa handlar om förändring, den största förändringen hittills för den skånska sjukvården. Det handlar om samhällsekonomi och om effektivitet och kvalitet i sjukvården för patienterna/samhällsmedborgarna. Det handlar också om god arbetsmiljö för personalen i sjukvårdsorganisationerna. Studien belyser Skånsk Livskraft – vård och hälsa i syfte att skapa en kunskap för processen, vilket många anställda säger sig sakna. Men också att synliggöra hinder liksom att lyfta fram möjligheter till utveckling.

Nyckelord:

Organisational Culture, Organizational Behavior and Public Personnel Management. Hälsa- och sjukvård och arbetsmiljö.

Bilaga 2. Missivbrev inför intervjustudie

Intervjuundersökning:

Urvalsgrupp: Chefer och tjänstemän inom Region Skånes hälso- och sjukvårdssektor.

Kristianstad 04.03.04.

Tack för att Du vill vara en del av min studie och därmed underlätta genomförandet av min undersökning och fortsatta utveckling.

Jag som genomför denna undersökning studerar Sociologi vid Institutionen för beteendevetenskap Högskolan i Kristianstad. Undersökningen utgör en ¹ c-uppsats (60 poäng) inom ämnet sociologi, med vald inriktning mot organisation och ledarskap. Studien genomförs som en fristående delkurs (41-60 poäng). Min undersökningsfråga är:

HUR IMPLEMENTERAS SKÅNSK LIVSKRAFT – VÅRD OCH HÄLSA UTE I MEDICINKLINIKERNAS VERKSAMHET?

En översyn av den skånska hälso- och sjukvården pågår inom ramen för projektet Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Ett helhetsperspektiv eftersträvas för patientens vårdbehov men också för samarbetet mellan olika vård aktörer och personalgrupper. Förändringsarbeten i samhället och i arbetslivet har ökat. Verksamheter omprövas och yrkesroller förändras varför förändringar kommer vare sig vi vill det eller inte.

Verksamhetschefen och enhetschefen har viktiga roller i att möta olika förändringskrav i sitt ledarskap. Medarbetare måste också kunna möta förändringsprocesserna utifrån förutsättningar och kompetensutveckling.

- Hur implementeras Skånsk Livskraft – vård och hälsa ute i medicinklinikernas verksamheter? Vilka förutsättningar skapas för att medarbetare ska erhålla tillräcklig insikt och förståelse för denna process? Hur stora blir förändringarna för personalen från hur det var (är) innan och hur det kommer att bli när projektet (genomförs) genomförts?

Intervjuerna behandlas konfidentiellt och Du garanteras full anonymitet. Din medverkan i studien är givetvis frivillig. Ett urval av verksamhetschefer och enhetschefer har gjorts från ett sjukhus i Skåne.

Jag sätter mycket stort värde på att Du vill vara delaktig i min studie och avsätter tid för detta till mitt förfogande. Intervjun beräknar jag ta en timme, där Du får möjlighet att berätta om Din verksamhet.

Med vänlig hälsning
Ingela Bengtsson

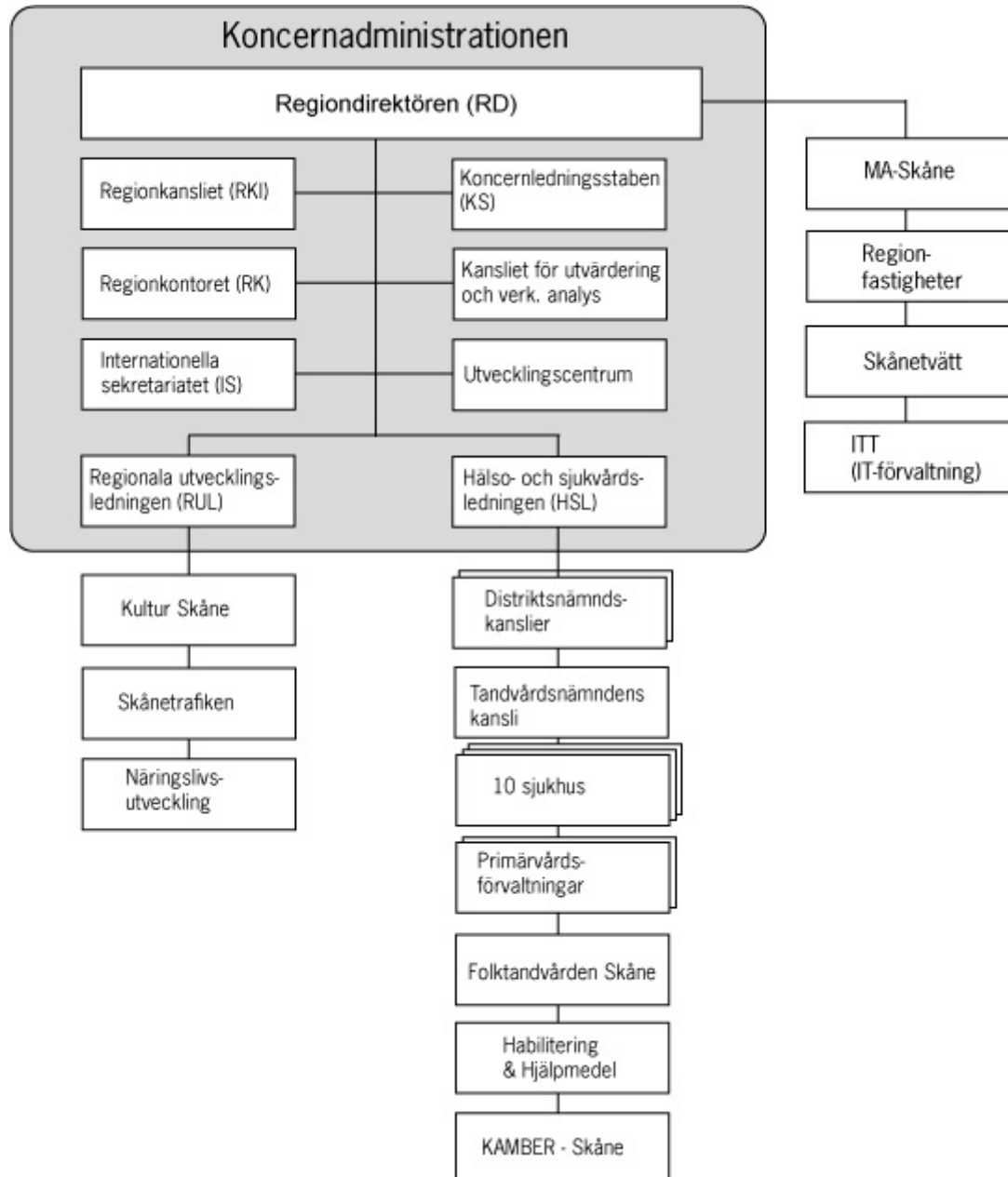
(e-mail adress: xxxxxxxxxxxxxxxx) Bostads tfn: xxxx-xxxx.
Student vid Högskolan Kristianstad Institutionen för beteendevetenskap
SOC 122. 41-60 poäng inom ämnet sociologi. Tel:044-203200 Fax 203203.

¹ Sociologi C (41-60 poäng) utgörs av under samma period (våren 2004) en enkätstudie hos vårdpersonal och läkare. Intervjuerna av chefer och tjänstemän inom Region Skåne ingår i denna uppsats för D nivå (61-80 poäng). /IL 05.06.16.

Bilaga 3. Skiss över Region Skånes ledningsstruktur och förvaltningsstruktur. 1 (2)

Källa: J A Hedlunds väg, 291 89 KRISTIANSTAD, Telefon: 044-309 30 00. Faktaägare Bengt Flemark.

1. Ledningsstruktur 2005



2. Förvaltningsstruktur 2005

2 (2)

