

Magisteruppsats vt 2015



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förändringens förutsättningar och förhinder - En undersökning inifrån Folktandvården Västra Götaland

Johan Hieronymus

Kurs: PDA U61

Nivå: Avancerad

Termin/år: vt15

Handledare: Liisa Uusimäki

Examinator: Lena Fridlund

Uppsats: 15hp

Kurs: PDA U61

Nivå: Avancerad

Termin/år: vt15

Handledare: Liisa Uusimäki

Examinator: Lena Fridlund

Rapportnummer:

Nyckelord: Ledarskap, professionella, förändring, förståelse, arbetsvillkor, chefskap, ledning.

Abstract

Organizations today face an immense pressure to change and to facilitate change. This essay revolves around one such organization. In this case the Swedish Public Dental Service in Västra Götaland and in particular their effort to implement a new and more change-oriented leadership approach at the middle manager level. To better build this understanding a case study was conducted during the fall and spring of 2014-2015 in which six middle managers were interviewed on the subject of leading change within a professional organization.

The study comes to the conclusions that in order for a change to be led in a professional organization, such as the Swedish Public Dental Service, a large focus needs to be put on the middle managers, their working conditions, their loyalties and their professional background. All factors that together can secure or hinder the prospect of a change oriented leadership approach.

Keyword: Leadership, professional, change, understanding, working conditions, middle manager, management.

Förord

Innan vi börjar läsningen vill jag först starta med att rikta ett särskilt tack till följande personer. Christian Jensen från Handelshögskolan. Min bror Fredrik Hieronymus verksam inom medicinforskningen samt min handledare Liisa Uusimäki. Stort tack för allt ert tålamod, alla era genomläsningar, alla förslag och inte minst era snabba svar. Ni har gjort en stressig tid mindre stressad och ett roligt uppdrag bättre och för detta tackar jag er. Tack går avslutningsvis naturligtvis också till min examiner Lena Fridlund som i precis allt hjälpt mig, en bättre hjälp kan jag inte tänka mig möjlig.

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND	4
1.1 Syfte	4
2. LITTERATUR- OCH FORSKNINGSGENOMGÅNG	5
2.1 Kotter och planerad förändring	5
2.2 Förståelsen roll vid ledande av förändring	9
2.3 Lärande organisationer och lärandet roll	10
2.4 Chefskap inom professionella organisationer	14
3. TEORETISK ANSATS	16
3.1 Forskningsansats	16
4. METOD	17
4.1 Val av metod	17
4.2 Urval	17
4.3 Genomförande	17
4.4 Analysmetod	18
4.5 Studiens trovärdighet	18
4.6 Etiska aspekter	19
4.7 Diskussion och begränsningar i val metod	19
5. RESULTAT OCH ANALYS	21
5.1 Ledarskap inom professionella organisationer, potentiella hinder	21
5.1.1 Chef inom professionella organisationer, lojalitet och förtroende	21
5.1.2 Intresset för ledarskap	25
5.1.3 Chefen eller/och kliniskt aktiv?	26
5.1.4 Klinikchefens bakgrund och dess påverkan	28
5.1.5 Arbetsvillkorens och dess påverkan	30
5.2 Förutsättningarna	33
5.2.1 FOKUS	33
5.2.2 Mätandet	35
5.2.3 Kliniskt aktiv	36
5.2.4 Systemförståelse, mogenhet och vikten av att bygga underifrån	38
5.2.5 Möjligheter till dialog	39
6. DISKUSSION	40
6.1 Fortsatt forskning	42
Referenslista	44
Bilaga	47

1 BAKGRUND

Samhällets syn på förändringar har skiftat över tid, från att ha inneburit ett avbrott, en diskontinuitet i en annars förutsägbar verklighet, har det kommit att betraktas som en norm. Det enda riktigt stabila i en tid präglad av snabba omställningar, teknisk utveckling och globalisering. Att detta synsätt i sin tur har lett fram till en explosionsartad tillväxt av litteratur i och kring ledande av förändringar går väl därför knappast heller att betrakta som en överraskning. För ve den organisation eller ledare som inte förändras ty den är dömd att underprestera. Ett i sig särskilt problematiskt uppdragande för just den typ av organisation som nu inte längre kan gömma sig bakom ett skyddande marknadsmonopol. Det är i dessa verksamheter som man med största sannolikhet idag särskilt hårt kommer uppleva förändringens påtryckningar i form av pådyvlade reformer och olika styrverktyg, Lean-production, vilket från början uppkom i Toyotas fabriker, men sedan dess kommit att brukas även inom den offentliga sektorn utgör här ett exempel på ett sådant omdebatterat styrverktyg där man genom ständiga förbättringar och mätningar strävar efter att förhindra resursslöseri och skapa mer från mindre.

Folktandvården i Västra Götaland utgör idag ett typexempel på en sådan organisation och som studieobjekt är den därför också intressant då de omständigheter som ovan nämnts redan här har hunnit bidra till en helt annan syn på vad som de facto måste ingå i en klinikchefs åläggande. I detta fall bland annat genom en förflyttning av de uppgifter som tidigare förlades högre upp i organisationen. Skiften som i sin tur kräver en helt annan typ av inkluderande ledarskap från klinikcheferna, inte minst när det kommer till deras nya uppdrag att som jämte sina roller som klinikchefer även parallellt kunna agera som förändringsinriktad ledare. Det vill säga att både kunna leda samt att initiera förändringar.

1.1 Syfte

Studiens syfte är att studera vilka förutsättningar och förhinder som präglar Folktandvården Västra Götaland i deras strävan att på klinikchefsnivå kunna jobba med ett förändringsinriktat ledarskap. Vad är det egentligen som krävs, sett utifrån en organisations förutsättningar, för att denna vision kring ledarskap skall kunna realiseras och vad kan de facto ligga i dess väg?

2. LITTERATUR- OCH FORSKNINGSGENOMGÅNG

Litteratur kring förändring och ledarskap i förändringar är legio och alla försök till att konstruera en sammanhängande bild är beroende av ens förmåga att kunna begränsa sitt urval. I mitt fall har en del av denna begränsning redan från början underlättats av att klinikcheferna i samverkan med externt utvecklingsstöd, i huvudsak Christian Jensen från Göteborgs handelshögskolas företagsekonomiska institution men även initialt till liten del genom konsultfirman Ekan management, initierats i ett på förhand givet litterärt underlag relaterat till förändringsledning. Detta underlag kommer även att ligga till grund för litteraturgenomgången i denna uppsats.

Innan vi dock övergår till att titta på litteraturen per se bör först nämnas att när man söker på förändring och förändringsledning inom professionella organisationer i allmänhet, och vården i synnerhet, är materialet nästan uteslutande grundat i sjukvården snarare än i tandvården. Detta kan ha flera anledningar, en är naturligtvis att sjukvården som organisation är större, men för vår del spelar egentligen anledningarna inte en avgörande roll. Vad som däremot gör det är hur vi förhåller oss till materialets överförbarhet. Går det till exempel att med hjälp av forskning bedriven i sjukhusmiljö säga något om förutsättningar till förändring på en tandvårdsklinik? Jag har valt att utgå från att en jämförelse, skillnader till trots, ändå är att framhålla som relevant. Inte minst därför att bägge yrkeskårer, läkare såväl som tandläkare, delar såväl sin professionella yrkesidentitet som sin arbetsgivare. Ett faktum som innebär bland annat att läkare och tandläkare båda har gemensamt att de bygger sin auktoritet på vad vi kallar vetenskapligt säkerställd kunskap, en hög grad av specialisering samt ett stort mått av självbestämmande. En identitet som aldrig, enligt Thomas Brante, exempelvis i lika stor utsträckning gjort sig gällande för närliggande semiprofessionella kårer likt sjuksköterskans (Brante, 2009).

2. 1 Kotter och planerad förändring

En författare som Ekan Management introducerade och som skrivit mycket kring förändringsstrategier och ledarskapets roll i planerade förändringar är Kotter (1995). Enligt Kotter så är framgång i planerade förändringar från sjuttio till nittio procent beroende av

ledarskap snarare än management. En uppdelning där ledarskap enligt Kotter rör förmågor centrala för att kunna peka ut färdriktning, till exempel genom visionsarbete, engagemang, kommunikation och motivation medan det senare, management, rör förmågor relaterat till skapelse av struktur så som till exempel kontroll, planering och budgetering. Ett konstaterande som fått Folkandvården att fokusera på just ledarskapets betydelse och potential. Varför man från Ekan management valt att försöka lansera just Kotters strategiska åttastegsmodell för ledande av förändring och inte någon annans, se nedanstående tabell, är oklart. Dock är kanske inte det viktigaste vilken specifik modell som valts, utan snarare det faktum att man gjort en aktiv satsning på att utbilda sina klinikchefer i ledarskap under förändringsprocesser. En kärnkompetens om man, likt Folkandvården, förutsätter att klinikchefernas behov att kunna leda förändringar i verksamheten fortsättningsvis bara kommer att öka.

Kotters nödvändiga åtta punkter/steg i ledande av förändring

1. Skapa en känsla av allvar och angelägenhet för det som skall genomföras

Här ligger fokus på att kunna kommunicera och motivera nödvändigheten av en omedelbar förändring. Att kunna illustrera, till exempel genom frågor och faktisk handling, kliniken och organisationens rutiner som ett icke-hållbart alternativ. Att som klinikchef kunna lyfta sina medarbetare ur sin bekvämlighet och förhindra att de klamrar sig fast vid status quo i tron att - så illa kan det väl ändå inte vara. Här menar Kotter (1995) själv att när sjuttiofem procent av en organisations ledare inser förändringens nödvändighet är en god grund lagd. Att dock detta inte är någon lätt uppgift kan illustreras med att Kotter själv poängterar att över femtio procent av alla förändringsprocesser misslyckas redan här, t ex genom att ledare inte lever som man lär.

2. Skapa en kraftfull koalition att leda förändringen

Här ligger fokus på att samla ihop övertygade med tillräcklig makt att kunna driva förändringen framåt. Att förvänta sig att en ensam klinikchef skall kunna ro i land en planerad förändring är inte realistiskt. Ej heller är det realistiskt att blunda för det faktum att det i många organisationer kan finnas ett inneboende strukturproblem i det att man inte belönar gemensamma insatser på samma sätt som individuella samt att det i en professionell organisation kan förekomma motstånd gentemot förändringar driven av personal utanför det egna näringsfånget.

3. Skapa en vision

Här ligger utmaningen i att som förändringsledare kunna skapa och etablera en kraftfull vision. En målbild genom vilken både motivation kan skapas, förändring styras och uppoffringar motiveras. Något slagkraftigt nog att både kunna förklaras och förstås på fem minuter. Till detta visionsarbete behövs sedermera också en strategi kopplas. En strategi tilltalande för dem vilka den omfattar, en strategi både fokuserad nog att kunna erbjuda vägledning samt flexibel nog att kunna överleva såväl snabba förändringar som att kunna uppmuntra ett individuellt ansvar och beslutsfattande. Två i sig nödvändiga faktorer för etablerandet av det utvecklingsinriktade lärandet.

4. Kommunicera visionen

Här ligger utmaningen i att alltid och så ofta som möjligt kommunicera sin förändring. Något som i sin tur ofta försvåras av det faktum att chefer ibland tenderar att lägga mer krut på kommunikationen snarare än förtydligandet av visionen. Detta samt att man ofta brister när det kommer till att låta de anställda vara med i själva förändringsprocessens utformning. Något som i sin tur kan riskera att generera ett motstånd ifrån de anställda vilka nu kommer uppleva förändringen som påtvingad. Detta samt, som redan i steg ett illustrerats, att man i sin vardag och i sitt arbete helt enkelt inte lever upp till de visioner man utfärdar.

5. Tilldela resurser och ta bort hinder

Här gäller det att både kunna ge resurser samt att adressera de hinder som kan ligga och spöka i strukturens bakgrund. Kan till exempel alla medarbetare som önskar delta i förändringsarbetet göra så eller finns det hinder i organisationens struktur eller karaktär som blockerar detta? Kan det till exempel finnas en rivalitet mellan yrkesgrupperna i organisation? Ett för en professionell organisation som Folk tandvården inte helt orimligt scenario.

6. Visa på vinster

Här gäller det att kunna visa på de kortsiktiga vinsterna av förändringens införande. - se vad vi har åstadkommit på denna korta tid. Detta i sin tur kan förstås ses som både ett sätt att vinna över

kritiker och som ett sätt att fortsätta behålla känslan av att förändringen fortfarande är i allra högsta grad brådskande.

7. Fira inte i förtid

Ett vanligt fel som många förändringar drabbas av är det tidiga firandet. - Hurra, vi klarade det. Ett ställningstagande som riskerar att underblåsa känslan av den omedelbara angelägenheten. Här gäller därför att inte slå sig till ro innan förändringen kan anses vara en naturlig del av kulturen och för att detta skall kunna uppnås gäller det att kunna nyttja de uppnådda delmålen mer som en startpunkt för ett fortsatt arbete än som en signal till vila. Ett värv som även innefattar ett frekvent bruk av såväl återkoppling som uppföljning.

8. Förändra kulturen

Som poängterats i tidigare steg är det viktigt att inte slå sig till ro innan en förändring blivit en del av ens kultur. Ett faktum som Kotter (1995) menar försvåras av det faktum att de flesta chefer tränats i management och inte ledarskap. Något som resulterar i att de saknar en förståelse för den osynliga styrningens betydelse, kulturer och normer. Detta samt att man också tycks hoppa över att man även i en förändrings skymning fortsätter det stödjande arbetet, till exempel genom att tydligt formulera en koppling mellan det önskade beteendet och organisationens framgång.

Vad som utifrån detta till sist är viktigt att nämna är att planerade förändringsinsatser, liksom Kotters modell föreskriver, behöver problematiseras eftersom de annars tenderar att ge en alltför linjär bild av hur en faktisk förändring kommer till stånd. En kritik som bland annat Karl Weick och Robert Quinn (1999) tryckt på när de visat att de flesta förändringar inom organisationer sker organiskt snarare än planerat samt att planerad förändring bara därför i viss utsträckning och under vissa förhållanden kan förväntas fungera, och inte ens då utan att ett stort mått av improvisation under processen gång från de ledande förändringsagenterna. En kritik gentemot den rationella bild av organisationer och förändringsprocesser som till viss del fortfarande florerar inom förändringslitteraturen.

2. 2 Förståelsen roll vid ledande av förändring

Utöver Kotters ovan berörda tankar kring ledarskap vid förändring och de åtta nödvändiga och progressiva stegen däri har även klinikcheferna genom Jensen introducerats för Jörgen Sandberg och Axel Targamas (1998) perspektiv på förståelse och dess roll vid ledande av förändring. Ett fenomenologiskt perspektiv där genomförarens val av handling och förändring ses som styrt utifrån hans eller hans förståelse av sin verklighet snarare än som tidigare förhärskande rationella ideologier stipulerat genom regler och instruktioner. Ett perspektivbrott som Sandberg och Targama (1998), likt Weick och Quinn (1999), ser som en direkt motpol till den förhärskande och rationella ledningsideologin där framgång i förändring tidigare snarare sågs som beroende av ens förmåga att effektivt kunna sprida och distribuera information, det som Kotter (1995) beskriver under sin punkt kommunicera visionen. Problemet som Sandberg och Targama ser med detta är dock att även om vi med våra läppar numera tenderar till att bekänna oss till vikten av mjuk styrning, genom bruk av frihet och förståelse, tenderar vi oftast att ändå försöka implementera förändring genom information och andra till syvende och sist rationella verktyg. Ett angreppssätt som om målet är att skapa förändring av andra ordningen, sådana förändringar som kan förstås som reella uppbrott från normalt förfarandet snarare än bara mer ytlig förändring driven utifrån samma tanke sätt som tidigare enligt Bo Ahrenfelt (2001), kommer misslyckas eftersom all information per definition alltid i en förändring av första ordningen har karaktären av att den läses och förstås utifrån vår redan etablerade förståelse snarare än utifrån en ny insikt. Vi kommer med andra ord, hävdar Sandberg och Targama (1998), att fortsätta agera efter tidigare grundad praxis även efter det att informationen om dess svagheter förkunnats för oss.

Ett konstaterande som sätter fokus på att förutsättningarna för ett lyckat förändringsarbete ökar ju mer ledare lyckas lägga fokus på kommunikation snarare än bara information (Kotter, 1995). Detta eftersom kommunikation, och då specifikt dialog, enligt Sandberg och Targama (1998) tycks generera ett socialt tryck att klargöra individuella uppfattningar och tanke sätt, underförstått dialog, kring vilken ledare och medarbetares förståelse kan skilja sig åt. Klargörande vilka i sig kan antas minska både personalens stress, såväl som öka deras känsla av delaktighet och kontroll. I sig två nödvändiga, om än inte tillräckliga, villkor för att en förståelse och en acceptans för

förändringens nödvändighet skall kunna infinna sig. Att sedan begreppet förståelse tycks ha flera beröringspunkter med Weicks (1995) begrepp sensemaking är också värt att poängtera i det att de både fokuserar på just hur vårt meningsskapande, vårt sätt att strukturera det okända så vi kan verka i det, kommer gemensamt inifrån oss snarare än ovanifrån.

Sedan kan man naturligtvis inte förutsätta att målet för en verksamhetsförändring alltid är förändring av andra ordningen. Snarare är väl sanningen som Mats Alvesson och Stefan Sveningsson (2008) stipulerar närmare det omvända: att de flesta förändringar bättre kan liknas vid små justeringar naturligt sprungna ur den rådande kulturen. Oavsett vilket kvarstår dock faktum att vid komplexa förändringsprocesser, sådana som de utav andra ordningen, skiftar i enlighet med Kotter (1995) och Per-Erik Ellströms (2003) tankar en verksamhets behov från management till ledarskap samt från ett anpassningsinriktat till ett utvecklingsinriktat lärande.

2. 3 Lärande organisationer och lärandet roll

En annan litteraturteoretisk term som också frekventerar denna uppsats och som har tydliga kopplingar till Sandberg och Targamas (1998) tankar kring förändring och förståelse är lärande och den lärande organisationen. Detta eftersom lärande enligt Ellström (2006), precis som förändring, i grunden handlar om förmågan att kunna bryta, byta och bemästra rutiner. Att sedan även förändring precis som lärande kan ske inom givna ramar, det vi benämner en förändring av första ordningen med ett medföljande anpassningsinriktat lärande som följd. Eller som en förändring av andra ordningen med ett mer utvecklingsinriktat lärande som följd är också två förgivettaganden som enligt Ellström (2006) sätter fokus på arbetsuppgifterna som antingen ett hinder eller en möjlighet inför förändring. Sett till lärande organisationer är detta en term vilken precis som förändring också finns beskriven i digra hyllmeter av teoretisk litteratur. Ett faktum som för denna uppsatsens del kommit att innebära ett visst litterärt syntetiserande kring vad som får känneteckna uppsatsens definition av en lärande organisation.

Jag har i min definition av den lärande organisationen valt att utgå från följande antagande. En lärande organisation kännetecknas av sin förmåga att ständigt, och inte enkom utifrån planerad

förändring, kunna jobba med utveckling. Den kännetecknas också av sin tilltro till att alla dess medarbetare har förmågan att både kunna lära samt att ständigt vilja utveckla den egna verksamheten, inte minst genom att sprida kunskapen. Två antaganden som i sin tur är avhängiga av ett, individernas motivation och kompetens samt två, individernas identifikation med den egna organisationen samt deras förståelse för dess uppdrag och uppgift. Sett till individens kompetens är dock detta något som i sin tur står i ett direkt beroendeförhållande till arbetsuppgifternas komplexitet, dess autonomi och huruvida det kan sägas existera en balans mellan en utveckling och produktionslogik. Ett åtskiljande som Ellström (2006) förklarar som att i en verksamhet präglad av en detaljstyrande ledning och en passiv regelstyrd personal kommer inte den kunskapsbaserade organisationen med sitt utvecklingsinriktade tänkande kunna slå rot utan här kommer istället produktionens logik, med fokus på effektivitet och stabilitet, att vara det förhärskande. Ett förhållande som i sin tur kommer leda till att den förändring som kan kopplas till ett lärande per automatik kommer ske inom de av strukturen givna ramarna. Man kommer med andra ord här knappast kunna utveckla varken det lärande eller den lärmiljö som tillåter att man går bortom de givna förutsättningar eller för den sakens skull den förnyade förståelse genom vilken Sandberg och Targama (1998) menar en människas beteendemönster kan påverkas och en förändring av andra ordningen befastas. En problematik som också Ellström (2006) indirekt berör då han reflekterar över den inneboende problematiken mellan å ena sidan ett anpassningsinriktat lärande och å andra sidan ett utvecklingsinriktat lärande där det ena, det anpassningsinriktade, klassificeras som lärande och i förlängningen således också förändring inom en given ram och förståelse. Ett i sig nödvändigt lärande, inte minst på grund av dess förmåga att genom standardisering kunna frigöra energi från rutinpräglade uppgifter, men samtidigt inte heller något som har potentialen att kunna uppmana till kreativitet och förnyad förståelse. Två i sig essentiella förutsättningar för den organisation som likt Folkvandvården önskar omvandlas till lärande och kunskapscentrerad där arbete med förändring med fördel kan läggas ut på en aktiv och problemlösande personal ledd av en utvecklingsinriktad och stödjande ledning. Men om nu detta är målet, en utvecklande lärmiljö och ett utvecklingsinriktat lärande syftandes till att skapa en lärande organisation hängiven ständig förändring och utveckling, vilka

förutsättningar kräver då ett utvecklingsinriktat lärande? Ellström (2003) menar att detta bäst kan förklaras utifrån sju olika faktorer här omarbetade till frågor.

- **Vilka är våra arbetsuppgifters karaktär?**

Besitter uppgifterna en hög potential för lärande och har personalen om så förmågan och förståelsen att rätt kunna tillvarata detta? Man kan här till exempel titta på om vardagen i sig präglas av en oförutsägbarhet, något som i sin tur i så fall skulle kräva en större dos av kreativitet och handlingsfrihet och med detta så även en potential för ett utvecklingsinriktat lärande.

- **Vilken balans finns mellan autonomi och standardisering i arbetsuppgifterna?**

Präglas man av en stor handlingsfrihet i sina uppgifters utförande eller inte? Är friheten begränsad, vilket det finns goda skäl att anta att den inte lika hårt är inom de professionella yrkeskåreerna, tenderar detta till att hämma potentialen för lärmiljön och det utvecklingsinriktade lärandet samtidigt som det gynnar bemästringslärande och standardisering. Tankar som har mycket gemensamt med Chris Argyris och Donald Schöns numera klassiska single- och double-loop lärande (Argyris & Schön, 1978). Där single-loop kan förklaras som att man blir bättre på att utföra ett visst moment, t ex genom korrigerande eller repetition, men utan att man för den sakens skull ifrågasätter momentet i sig. Double-loop lärande däremot kan inte enbart förklaras med en korrigerande utan nu handlar det om att till exempel börja ifrågasätta hela momentet i sig. Det rör sig alltså om att förtydliga om ett mer fördjupat lärande. Ett där förståelse, för att referera till Sandberg och Targamas (1998) tankar, ges en mycket större tyngd.

- **Hur är det med de anställdas delaktighet?**

Involveras de i verksamheten eller har man inom organisation skiljt på de som planerar och de som utför? Här gäller som tidigare nämnts att ju mer man på ett tidigt stadium som ledare kan involvera sin personal i dialog över förändringen, ju mer ökar man sina möjligheter att skapa acceptans för det man önskar förändra.

- **Vilken kultur präglar verksamheten?**

Kan man ifrågasätta, vågar man vara kritisk, finns det tillit, är det högt i tak? Här sätts fokus på det som Edgar Schein (1992) kallar skillnaden mellan å ena sidan en organisations stödjande värderingar och å andra sidan den hos medarbetarna underliggande tron kring de stödjande värderingarnas autenticitet. Som exempel korrelerar organisationens officiellt positiva policy gentemot personellt ifrågasättande i själva verket negativt med medarbetarnas uppfattning om densamma? En om så vore fallet avslöjande bleck om foten eftersom det skulle kunna innebära både en minskad tillit och ett minskat förtroende gentemot ledningens intentioner.

- **Präglas vår verksamhet av samförstånd eller konflikt?**

Vilken är vår uppfattning kring konflikter, kan det vara något positivt i det att de kan uppmuntra till lärande? Kan samförstånd till och med vara något negativt? Detta är i alla fall Ellströms (2003) övertygelse då han i konflikter och motsättningar ser samma potential för ifrågasättande och diskussion som Sandberg och Targama (1998) poängterar i kommunikationen.

- **Upplever vår verksamhet ett förändringstryck?**

Här menar Ellström (2003), precis som Kotter (1995), att för att en förändring framgångsrikt skall kunna implementeras måste de anställda först själva inse krisens allvar. De måste, genom hjälp ovanifrån, kunna se det ohållbara i det nuvarande. De måste fås att inse att ett återfall i gamla rutiner bara skulle innebära mer av samma reproduktiva lärande. Förhållande som i sin tur lägger ett stort fokus på vikten av att som förändringsledare skapa förändringstryck och som ledning att kunna agera underlättande åt detsamma.

- **Finns möjlighet till reflektion i arbetet?**

Finns det möjligheter till reflektion i arbetet eller upplever klinikcheferna vardagen som såpass stressad att detta inte kan uppfyllas. En, om så vore fallet, enligt Ellström (2003) försvårande faktor i det att detta skulle kunna antas leda till ökade stressnivåer och minskade möjligheter till förändring.

2. 4 Chefskap inom professionella organisationer

På vilket sätt kan då alla dessa tankar och förutsättningar kring förståelse och varianter av lärande kopplas till ledande av förändring i professionella organisationer? Är det så att vi kan förvänta oss att Ellströms (2003) ovan stipulerade förutsättningarna i en professionell organisation som Folk tandvården kan upplevas som problematiska? För att kunna besvara denna fråga behöver vi titta närmare på forskning inom vården som professionell organisation. För det första kännetecknas vården i allmänhet av att det är en hierarkisk organisation där de med högst utbildning, i detta fall tandläkarna, arbetar högst upp och då vanligtvis med arbetsuppgifter som kännetecknas av ett högt självstyre med goda möjligheter till både utveckling och lärande. Men om detta är det positiva, att arbetet åtminstone på de högre nivåerna kan sägas ha en hög potential för lärande och utveckling, vari ligger utmaningarna?

Enligt både Sveriges läkarförbund (2006) samt Westin (2002) och Öfverström (2013) som alla forskat på läkare som chefer så är en utmaning att läkare sällan tycks se på chefskapet som en lika naturlig eller attraktiv karriärväg som exempelvis ytterligare akademisk meritering. En upptäckt som Westin (2002) till viss del förklarar med att arbetet som chef är förknippat med osäkerhet och Öfverström (2013) med att arbetet som chef för de flesta innebär en brygga mellan vad de förväntade sig göra, syssla med ledarskap och vad de faktiskt upplever sig göra, syssla med management. Något som i sin tur riskerar att skada både deras motivation samt underlätta för skapelsen av en kultur som om inte aktivt kan sägas nedvärdera chefskapet åtminstone inte kan sägas bidra till dess uppvärdering. Ett uppdagande som enligt Öfverström (2013) sätter fingret på två problem, dels att yrket som klinikchef riskerar att reduceras till ett uppdrag som du av dina likar förväntas kunna sköta vid sidan av ditt kliniska arbete. Något som utifrån Bengt Christensens (2008) perspektiv också är extremt problematiskt givet att vårdens specialisering i kombination med tidsbristen hela tiden ökar pressen och försvårar för de läkare som önskar kunna jonglera specialisering med chefsposition. Det senare också specifikt ett problem som kan förväntas växa i takt med klinikens storlek och den kommande administration. Tillsist väcker också klinikchefsrollen som läkare frågor kring lojalitet utifrån chef/läkarperspektiv och hur detta i förlängningen kan komma att påverka deras motivation till att genomdriva förändring som de

utifrån sin roll som tandläkare inte anser förenligt med yrkets normer och värderingar. Vad Öfverström (2013) också lägger fokus på är att i professionella yrken upplevs legitimitet ofta som kopplat till profession. Ett i sig inte oproblematiskt fenomen eftersom det i förlängningen innebär att klinikchefer med annan bakgrund än tandläkare, till exempel sköterskor, riskerar uppleva det svårare att vinna de andra läkarnas förtroende gentemot ens ledarskap i förändring.

Ytterligare utmaningar inför ledande av förändring inom vårdapparaten är att vården inte längre kan förstås som ledd enkom utifrån de professionellas förståelse, enligt Brante (2009) främst läkare men också till viss del sjuksköterskor, utan att numera även andra aktörer som politiker och övriga stödfunktioner som ekonomer och administratörer i och med marknadens ökande betydelse kan sägas utmana kårens auktoritet och med detta även dess kontroll. Ett händelseförlopp som i sin tur bidragit till ett ökande av komplexiteten då var och en av dessa aktörsgupper ute i verksamheten, dels politikerna, cheferna och administratörer samt tandläkarna såväl som tandsköterskorna och hygienisterna inför en förändring alla kan förväntas komma beväpnade med just sin världs egna strukturer, förståelse och revir (Glouberman & Mintzberg, 2001; Levay, 2003).

Men om nu detta är vården av idag, ett komplex av konkurrerande och högt specialiserade aktörer, hur bör man i detta leda förändring? Norberg och Targama (2009) formulerar ett förslag till lösning och detta är att man från ledningens håll söker säkerställa, exempelvis genom utbildning, att jämte klinikchefernas professionella kompetens det parallellt också kan existera en systemförståelse och en öppenhet för de andra aktörernas perspektiv. Detta för att på så sätt underlätta för ett helhetsperspektiv samtidigt som man försvårar för suboptimering vid de enskilda klinikerna. Ett i sig viktigt steg på vägen gentemot att kunna skapa den tillit utan vilken en komplex förändringsprocesser lätt fallerar och en långsiktigt systemförståelse försvåras. En problematik som också beskrivits av Thomas Andersson, Nomie Eriksson och Sandor Ujvaris (2011) där just vårdens förändringsprocessers benägenhet till misslyckande till viss del kan tillskrivas aktörernas ovilja att lita på det system man upplever saknar förståelse för ens arbetsvillkor. Något som kan sammanfattas som att även om personalen uppvisar ett stort förtroende för enskilda chefer eller medlemmar ur ledningen är detta inte detsamma som att man

hyser en tilltro till ledningen eller systemet per se. Det sistnämnda även något som Niklas Källberg (2013) poängterar i sin avhandling som vikten av systemförståelse, legitimitet och tillit för ett framgångsrikt ledande av förändring i en såpass komplex organisation som Folk tandvården.

Sammantaget slutsatser som återigen för oss in på förändringsstrategier men nu till de redovisade av Dag Ingvar Jacobsen (2005) under influens av Michael Beer och Nithin Nohria (2001). Här presenterar Jacobsen författarnas olika och i sig polariserade typexempel på förändringsstrategier benämnda (E) och (O) där (E) kännetecknas av att den är ekonomiskt driven utifrån såväl sitt syfte som sin motivation, att den är planerad samt ledarstyrt ovanifrån och att dess syfte är främst att skapa mervärde åt ägarna. Strategi (O) däremot är raka motsatsen och dess syfte bör snarast förstås som försök att utveckla organisationens humana resurser. Man vill helt enkelt, genom att utveckla kulturen i företaget och skapa engagemang, lära ens anställda att själva kunna förändras. Något som sker genom en mer deltagande approach till ledarskap samt med en mindre tilltro till just det planeringsdrivna förändrande.

3. TEORETISK REFERENSRAM

Min teoretiska ansats är fenomenologisk till sin utformning. Något som används när man syftar till att synliggöra den andres upplevelse av verklighet för att kunna närma sig förståelse (Larsson, 1986). Ett val influerat av litteraturens fokus på att det är i vår upplevelse av arbetets villkor, inte nödvändigtvis villkoren i sig, som våra uppfattningar kring förändringens hinder och möjligheter grundar sig (Sandberg & Targama, 1998).

3.1 Forskningsansats

Studiens forskningsansats positioneras utefter Alvesson och Sköldbergs konkretisering som abduktiv (Alvesson & Sköldberg, 2008). Att detta valdes istället för en deduktiv eller induktiv ansats skall förstås som en medveten önskan om att kunna låta teori och empiri samverka och på så sätt tillåta nya iakttagelser att ständigt kunna påverka arbetets gång.

4. METOD

4.1 Val av metod

Datainsamling sker medelst semistrukturerade intervjuer och den data som genereras och analyseras är av kvalitativ, icke-numerisk typ. Beslutet att använda sig av kvalitativa data förstås bäst utifrån studiens mål att kunna tillgodogöra sig såväl respondenternas förståelse för verksamhetens sammanhang som deras upplevelse av förutsättningarna i vilka de förväntas leda. Detta är centralt då i enlighet med Sandberg och Targamas (1998) fenomenologiska förståelseinriktade teorier kring ledarskap individer agerar och styrs mer av sin tolkning av en situation än utifrån situationens objektiva villkor.

4.2 Urval

Studiens urval var på förhand bestämt av specialisttandvårdschef Ann-Charlotte Sundelin. Ett urval som enligt Sundelin designades med tanken att så många som möjligt av Specialisttandvårdens olika inriktningar skulle vara representerade samt att kliniker av olika storlek skulle finnas representerade. Något som resulterade i ett initialt urval på åtta personer av vilka sedan sex stycken, tre män och tre kvinnor, kunde intervjuas. En grupp med sammanlagt sjuttio års erfarenhet av rollen som klinikchef.

4.3 Genomförande

För att underlätta för deltagarna så skickades en kort inledande presentation av mig, studiens syfte samt information om konfidentialitet ut via e-post två till tre månader innan intervjuerna, se bilaga. I detta brev inkluderades även tio frågor om vilka deltagarna ombads att skriva några meningar. Detta gjordes i förhoppningen om att informationen häri skulle kunna fungera som en indikator för specialområden av intresse för uppföljning. Vad gäller själva platsen för intervjuerna bestämdes detta efter respondenternas önskemål i mail, något som oftast resulterade i ett arbetsplatsbesök där ett lugnt rum eller kontor låtit bokats. Intervjun som sådan tog i ungefärlig tid runt en timme i anspråk där allt, efter klinikchefens godkännande, spelades in. En timme som dock ibland överskreds om något på kliniken uppkom som krävde den intervjuades närvaro.

4.4 Analysmetod

Det empiriska materialet, intervjuerna, transkriberades och omvandlades till rådata i tabellform genom kodning och kategorisering. Detta genom att jag, utifrån den transkriberade texten och vägled av existerande teorier, fråga för fråga slog mig an om att försöka identifiera olika nyckelord från vilka kvintessen kunde utvinnas och tema relaterat till uppsatsens frågeställning genereras. Tema som sedan placeras i kategorier där de lättare kan utsättas för kritisk granskning, och mönstersökande genom triangulering. En arbetsmetod som Anna Hedin (1996) beskriver som väl lämpad för just kvalitativa studier med intervjuer som källmaterial.

4.5 Studiens trovärdighet

Eftersom det i strikt mening inte går att reproducera en semistrukturerad intervju lika lite som det i förväg går, givet en abduktiv ansats, att veta exakt vad som kommer att undersökas, så är de traditionella kriterierna validitet och reliabilitet komplicerade att översätta. Vid den här typen av studier är det därför enligt Johansson-Lindfors (1993) viktigt att dessa ersätts med det mer övergripande kriteriet trovärdighet. Ett kriterium som i sin tur kan delas upp ytterligare i giltighet, intersubjektivitet samt överförbarhet. Giltighet fokuserar på huruvida tillräckligt med källmaterial samlats in för att kunna generera en trovärdig bild, i mitt fall sex på förhand utvalda referensfall av totalt tjugosju, vilket avrundat blir knappt en fjärdedel av den totala populationen. Intersubjektivitet fokuserar på att möjliggöra för läsare som inte delar skribentens förförståelse att ändå kunna tillgodogöra sig de presenterade rönen. Ett generellt svårare kriterium att uppfylla eftersom det implicit kan innebära en utmaning av den egna förståelsen. Överförbarhetskriteriet i sin tur rör i vilken utsträckning teorierna kan användas även utanför studiens specifika fokusområde. Detta problem behandlas vidare i analysdelen men redan här kan nämnas att en stor del av de anspråkstagna sekundärkällorna är hämtade ifrån sjukvården snarare än tandvården per se.

4.6 Etiska aspekter

De etiska aspekterna relevanta för uppsatsen, informations-, samtyckes-, konfidentialitets- samt nyttjandekravet adresseras i min initiala kontakt via e-post och är baserade på Vetenskapsrådets antagna etiska rekommendationer (1990). Här får respondenterna reda på uppsatsens syfte och användningsområde samt att den baseras på deras frivilliga och anonyma deltagande, något de omedelbart också kan välja att ta tillbaka om de så skulle önska. Ytterligare åtgärder tagna för att säkerställa kravens uppfyllelse, och då specifikt anonymiseringen, är en avidentifikation av allt insamlat material som kan förväntas leda till omedelbar identifiering. Avslutningsvis, innan insamlingen av resultat påbörjades så togs också ett principbeslut att vid en eventuell förekomst av information som bedömts vara av en såpass känslig karaktär att den på något sätt kan förväntas leda till skada för informanten så skulle sådan information plockas bort. Ingen sådant stod dock att finna.

4.7 Diskussion och begränsningar i val metod

Jag kommer nu diskutera mina metoder och dess begränsning. Att detta sker här, och inte i anslutning till rubrikerna, görs av hänsyn till läsbarheten så att inte resultatet blir en halv metod och en halv diskussion presenterad växelvis.

Mitt val av ansats är det första jag väljer att kommentera eftersom texten presenterad under min rubrik ansats kan ge sken av att jag ser på induktiva och deduktiva ansatser som vore de i opposition. Ett förhållningssätt jag kommit att betrakta som missvisande för även om konventionen försätter dem som motpoler en viss växelverkan dem emellan snarare utgör regel än undantag. Ett resultat av att forskning fri från såväl den egna förståelsen som de tidigare vetenskapliga lärosatserna i det närmaste torde kunna betraktas som en illusion.

Jag väljer också att kommentera mitt val av data eftersom det delvis är en effekt av en ambition, att åskådliggöra förståelse, samtidigt som det är ett val framtvingat av omständigheter. Något som blir uppenbart om man väljer att syna styrkan i just numerisk data, nämligen att kunna generalisera, något för vilket det hade krävts en betydligt större population än den referensgrupp

till vilken jag hade tillgång. Sist är det också här värt att poängtera att även om det inte ligger för brukarna av kvalitativa data att försöka stadfästa tolkningar utifrån positivismens ideal så är detta inte nödvändigtvis detsamma som att ett motsatsförhållande mellan dataidealen måste existera. Realiteten är väl snarare så att både kvalitativa och kvantitativa data, precis som i fallet induktion och deduktion, ofta kombineras. Vidare bör man inför en läsning också ha i beaktande att i detta specifika fall, där mina analyser och resultat kommer skärskådas av praktiker och specialister som möjligen hade känt sig mer hemma i en rent kvantitativ och positivistiskt orienterad studie, så finns alltid risken av att intersubjektivitetskriteriet kan bli svårt att uppfylla. En oro som i enlighet med Johansson - Lindfors (1993) rekommendationer har föranlett mig att genomgående försöka sträva efter en så hög transparens i min metod och analys som möjligt.

Att mitt urval till detta också var förutbestämt och inte randomiserat går naturligtvis även detta att kritisera och en naturlig invändning är att mitt val av specialister, för att uppnå mer opartiskhet i bedömningen, istället för att väljas borde ha lottats med hänsyn till just yrkeskategori och eventuellt andra kategoriseringar (e.g., kön, ålder) som inskränkande variabler. En begränsning som jag också instämmer i även om jag denna gång inte valde att agera på den. Ett val som ger etiska konsekvenser utifrån konfidentialitet vilket naturligtvis är en olycklig bieffekt som kompliceras ytterligare av att flera respondenter redan från början också tycktes vara både införstådda och oberörda gentemot de andra kollegernas kända medverkan. Det senare i viss mån kanske en förmildrande omständighet eftersom det ger en indikation på att ingen av respondenterna ansåg studien som särskilt komprometterande.

En ytterligare begränsning häri är också att de tio frågor som bifogades via e-post med syftet att identifiera specialområde tillsist föll bort. Detta eftersom endast två av sex respondenter valde att återknyta skriftligt vilket tvingade fram en strykning av momentet. Anledningarna till detta går naturligtvis att spekulera i men tidspress och relativt ointresse är två faktorer som rimligen kan ha inverkat.

Tillsist, gällande kodning och kvantifiering är detta en metod som förutom ingående läsning av materialet, där textuellt hoppande och komparerande i jakten på mönster snabbt blir legio,

ofrånkomligen även innefattar en del reduktion. Detta eftersom inte allt som sagts kommer att vara av intresse för studiens analys. Den stora utmaningen i ett sådant arbetssätt givet studiens abduktiva ansats, och bortsett från faran av att råka förkasta viktig information eller att göra en höna av en fjäder, ligger i att man som tolkare inte kan tillåta ens kodning att hämtas uteslutande från existerande teorier. Detta eftersom ett sådant angreppssätt skulle resultera i en alltför selektiv urvalsprocess. En fara man till viss del kan skydda sig emot genom att hålla en hög transparens samt att bjuda in andra läsare i processen. Värt att notera är avslutningsvis även den inskränkning det inneburit för studien, noggrannheten i transkriberingen till trots, att all icke-verbal kommunikation samt språkliga nyanser valts bort.

5. RESULTAT OCH ANALYS

I linje med uppsatsens abduktiva ansats kommer resultat och analys att presenteras samtidigt. Något som kommer ske efter följande uppdelning.

Först kommer de avsnitt som berör potentiella hinder som utifrån forskning och empiri kan bedömas försvåra för satsningens måluppfyllelse, 4.1. Efter detta följer de avsnitt som fokuserar på förutsättningarna för satsningens måluppfyllelse, 4.2. Jag kommer därefter att fortsätta med förslag till förbättringar, 4.3 samt till sist avsluta med fortsatt forskning, 4.4. Rubrikerna har formulerats utifrån de teman de behandlar. Dessa teman är: ledarskap inom professionella organisationer, intresset för ledarskap inom professionella organisationer, kliniskt aktiv eller inte, systemförståelse samt dialog, FOKUS och mätande.

5.1 Ledarskap inom professionella organisationer, potentiella hinder

5.1.1 Chef inom professionella organisationer, lojalitet och förtroende

Enligt Öfverström (2003) gäller att vad som är signifikant för en professionell yrkeskår är att de, i större utsträckning än andra, tenderar att identifiera sig inte främst med sin arbetsgivare utan snarare till sin profession. En potentiellt försvårande omständighet eftersom det kan generera intressekonflikt mellan professionen och organisationen. Detta var uppenbart för följande personer,

Person 2: “För en specialist är det alltid den egna professionen före helheten men är du ute på en allmäntandvårdsenhet så jobbar alla för sin arbetsplats. Så detta kräver ett lite annat fokus som ledare”.

Person 6: “Ja jag tror att vi specialister vi är väldigt lojala mot vår profession. Jag är expert på detta, det är det man kan och sen så bryr man sig inte så mycket om det andra. Men det är också något som vi har jobbat med i hela organisationen. Att man ska känna lite mer lojalitet”.

Klinikchefer ser sig därmed som Kotter (1995) påpekar i sin andra punkt gärna som autonoma professionella, eller åtminstone önskar de av omvärlden att ses som sådana, och förändras således till följd av detta ogärna annat än inifrån. De är alltså yrkesgrupper med stor auktoritet och de drar sig som sådana inte från att öppet och utåt ibland kritisera sin arbetsgivare om den till exempel skulle välja att starta förändringar som man av en eller annan anledning inte kan förlika sig med.

Person 2: “... ja det ligger flera år bak i tiden och vi har redan pratat ganska mycket om detta. Att här inne får man säga vad man vill men utåt däremot, har man valt att jobba här då får man också vara lojal”.

Det rör sig dock inte här, för att förtydliga, om en här ovanifrån kommande önskan om absolut lydnad, tvärtom. Man är utifrån de personer jag intervjuat mycket väl medvetna om det som Ellström (2003) refererar till som behovet av konflikt som tankekatalysator visavi verksamhetens förgivetta. Det senare utan vilket en Ahrenfelts (2002) förändring av andra ordningen, det som också kallas för kompetensförnyelse, knappast kommer kunna uppnås.

Den frustration som klinikchefen och ledningen ger uttryck för bör istället förstås snarare som en önskan om att den lojalitet gentemot professionen och gruppen som präglar yrket skall kunna existera parallellt med en lojaliteten gentemot organisationen som helhet. Ett inte helt okomplicerat önskemål utifrån de förutsättningar, en professionell yrkeskår med önskan om

autonomi som tämligen nyligen varit i fokus för en stor organisatorisk omvandling, man har att arbeta med. Hinder som inte minst kan komma att innebära en hel del bryderier både för ledning och klinikchefer när det kommer till att som klinikchef förväntas leda och ro iland en förändring som man instinktivt känner kan hota den professionella domänen, den till vilken Öfverström (2013) menar många fortfarande tenderar att bekänna lojalitet till. En kluvenhet som nedanstående två citat kan fungera som en illustration över.

Person 2: “Ja krock och krock. Man får ju inte glömma att klinikchefen är utsedd av specialisttandvårdschefen. Jag är ju hennes företrädare så sett till var solidariteten ligger är den naturligtvis hos ledningen. Det är mitt jobb att företräda dem ...”.

Person 6: “Jag är inte så rädd, jag värnar kliniken i första hand. Det har ju liksom varit många chefer över en genom åren och det gör en ju ytterligare trygg i det att det är kliniken och medarbetarna som man skall vårda”.

Faktorer som dessa har till viss del därför lett till ett förhållningssätt inom läkarskrået att chefspositioner inte per automatik går att uppfatta som ett kliv på karriärstegen utan att detta då snarare, enligt Westin (2002) och Öfverström (2013), är något som uppfylls genom ytterligare akademisk meritering. Detta synsätt, låt oss kalla det en nedvärdering av chefskapet till förmån för en uppvärdering av professionen, kan därmed komma att utgöra ett hinder inför förändringar inom organisationen. Detta eftersom det riskerar att skapa ett läge där rollen som klinikchef, här inbegripit funktioner som förändringsinriktad ledare och förmedlare av målbilder och visioner, riskerar att förlora i attraktionskraft och legitimitet eftersom att man där riskerar att hamna i frontlinjen mellan Mintzberg och Glouberman (2001) två parallella hierarkiska system. Det medicinskt professionella, vilket utgörs av i huvudsak läkarna, och det ekonomiskt administrativa vilket består av politiker och övriga stödfunktioner. Ett scenario i vilket förutsättningarna att förändra minskar eftersom att man nu kommer löpa en risk av att ens budskap antingen kommer drunkna i misstro gentemot personen som saluförde det eller, som person 5 nedan illustrerar, genom en sammankoppling till en vad som uppfattas vara en tidigare pådyvlat förändringsinsats.

Person 5: “Många som har jobbat i många år och upplever att det har man redan provat. Det har vi sagt tidigare och det blev inget med det ... Är det inte bra som vi har det?”

Det senare också något som även person 6, se föregående sidas citat, tycks vara väl medveten om. Ett uppdagande som också tydliggörs i övriga intervjuer nedan, fast då främst utifrån perspektivet av ett bristande förtroende från medarbetarna gentemot de förändringsprocesser som förknippas länkade till ledningen, det vill säga utifrån och ovanifrån snarare än inifrån.

Person 2: “Sen kan man knyta varförsbiten till arbetsplatsen så att det inte blir att Lotta, (Sundelin), har bestämt så och så utan ta ned resonemanget så att man kan låta folk känna att detta berör deras egen arbetsplats för att för den enskilde individen är detta det viktigaste. Det är inte Västra Götaland eller att vi skall ha samverkan med någon klinik borta i ... för att det råkar gå dåligt för dem utan man ser ju gärna till det här”.

Person 4: “Jag tror att man får taggarna ut varje gång man hör att något kommer från ledningen och det innebär ju också att man inte riktigt har förtroende eller tillit till den ledningen man har. Eller att jag kanske inte riktigt kan kommunicera varför det har bestämts på detta sättet. Så det är ju väldigt viktigt att man själv förstår varför ett beslut har tagits så att man kan kommunicera ut det, så och så här har man tänkt”.

“Sen har det kommit in det här med helhetsperspektivet mer och mer. En del av mina medarbetare har ju jobbat här flera år och det är klart att då blir det lite speciellt att helt plötsligt höra om hur andra har det och hur andra gör saker men det är både och, det kan ju visa sig att det kanske är bättre på något annat ställe. Men man måste välja sina ord”.

Tre uppfattningar som också får stöd från Thomas Andersson, Nomie Eriksson och Sandor Ujvaris (2011) artikel där kontentan kan sammanfattas som att även om klinikcheferna uppvisar

ett stort förtroende för enskilda medlemmar ur ledningen, i detta fallet med fem särskilt positiva omnämnande av specialisttandvårdschefen Sundelin, är detta inte detsamma som att man på medarbetarnivå hyser en tilltro till ledningen eller systemet per se. Ett uppdrag som kan innebära problem genom att förändringen riskerar att knytas till en person snarare än till en organisation som helhet. En misstänksamhet som åtminstone två av klinikcheferna, se ovan, tycks antyda existerar på medarbetarnivå. Något som i sin tur riskerar att underbygga ett system där man skiljer mellan vad som uppfattas som riktiga och falska förändringar. Det vill säga mellan de som kommer inifrån, från Mintzberg och Gloubermans (2001) botande och lindrande, till de som kommer uppifrån, från politikerna, cheferna och administration. Något som i förlängningen också som person 5 tidigare vittnat om har lett till mer förändringströtthet, mindre systemförståelse samt ökande ovilja till förändring.

5.1.2 Intresset för ledarskap

Ett annat hinder är att det finns indikationer på att det, precis som i sjukvården i övrigt, är sällsynt med ett genuint intresse för ledarskap. Något som i intervjuerna tar sitt uttryck i att man hittar få chefer som på frågan om hur det kom sig att de blev chefer öppet kommer tillskriva detta sina ambitioner. Istället förklaras det med att det är något som man utsetts till eller något man av lojalitet gentemot kliniken valt att ta på sig. Den typ av arbetslivshistorier som Öfverström (2013) refererar till som "för klinikens bästa och tronarvingeberättelser". Två tillstånd som kan komma att negativt påverka ens vilja till att arbeta med förändringar eftersom de skapar diskrepans mellan vad man menar chefsjobbet är, administration, och vad det de facto borde vara, ledarskap. En situation som leder till förvirring, frustration samt intressant nog enligt Öfverström (2013) också till uppfattningen att man inte lär sig verka som chef på arbetet utan att detta är något som kräver särskilda studier. En uppfattning som är problematisk då den, utöver de redan nämnda problemen, även riskerar att förminska det viktiga lärande som Ellström (2007) påpekar kan ske dagligdags i anslutning till arbetet så länge som lärmiljön möjliggör det. Yttrande som nedanstående citat från tre av klinikcheferna ger ett visst belägg för.

Person 5: “det fanns liksom bara två platser på kliniken och den som blev ledig var en chefstjänst. Så det var egentligen aldrig något medvetet val”...

“...sen får man ju gå lite utbildningar och sådant där man bland annat lär sig mer om sig själv och vilka känslor som man själv går igång på. Så ju mer man lär känna sig själv ju lättare blir det att genomföra jobbet så det är en spännande resa”.

Person 1: “... så då blev jag tillfrågad om jag ville bli klinikchef även för barntandvården här och efter att ha diskuterat med personalen och andra så tackade jag ja till det”.

“Det hör ju till jobbet att finnas till hands men ibland kan det ju nästan vara så att det finns mer kvar när man går hem från jobbet än när man gick dit. Det är dock olika dagar. Jag jobbade nu i somras och då var jag ensam tandläkare under två veckor och då var det otroligt lugnt och skönt och kändes väldigt effektivt”.

“Ja, man vet ju inte så mycket innan egentligen. Man tror kanske att man kan göra mer än man kan och när man vill göra vissa förändringar kan det kännas lite trögt, som att man inte får igenom det man vill göra”.

Person 3: “Den förra chefen blev kliniktandvårdschef, ja så det var väl inte så mycket annat att göra än att ta över det hela. På något sätt menade dom väl att jag var utvald till det hela. Detta samt att alternativen som vid den tiden fanns att välja på nog gjorde mig ganska tvingad till att ta jobbet”.

5.1.3 Chefen eller/och kliniskt aktiv?

En annan potentiellt försvårande omständighet när det kommer till att jobba med förändring inom ramen för ens chefskap är huruvida man fortfarande jämte sin chefsroll bör/kan förvänta sig att vara kliniskt aktiv. En fråga som uppenbarligen delar professionen då man antingen ser på detta likt Sveriges läkarförbund, att det finns ett värde av att kunna verka på de golv över vilket man är satt att besluta och att det är en tillgång att besitta den medicinska kompetens på vilken vårdens kunskapsintensiva verksamhet vilar (Sveriges läkarförbund, 2006).

Person 3: “De vill inte ha en chef som bara chefar. De vill ha en chef som de ser är med och bidrar rent praktiskt till verksamheten. Så att även chefen kan visa att han är med och drar in pengar till verksamheten”.

Detta medan andra hävdar att det finns en fara i det att den ökade specialiseringen av vården, i kombination med den tidspress som många chefer upplever, försvårar för de läkare som önskar att vara både chef och läkare. Åtminstone torde detta resonemang gälla på större enheter menar Christensen (2008) där bördan av chefskapet av allt att döma borde vara tyngre. Ser man de bägge resonemangen utifrån intervjuerna i sin helhet framkommer följande bild. Klinikcheferna upplever genomgående sina dubbla roller, att de jobbar både i och för verksamheten, som en tillgång snarare än som en börda och de har heller inget intresse av att därför helt befrias från sina kliniska uppdrag. Ej heller bedömer klinikcheferna en sådan insats som sannolik i det att verksamheten inom Specialisttandvården i dagsläget inom flera discipliner präglas av rekryteringssvårigheter.

Person 5: “Ja jag har i princip halvtid (klinisk tid) men det är ju svårt att hitta specialister så jag har ju i princip tandläkartimmar som är vakanta. Så min förhoppning är ju att det skall lösa sig så att jag kan få mindre timmar till att jobba kliniskt”.

Person 1: “Sen har jag även en del patientbehandling men självklart inte så mycket som de andra tandläkarna. Ja och just nu i höst har vi även sett att vi behöver mer personal”.

Person 4: “... det finns inte så många specialister samtidigt som det finns en väldigt stor efterfrågan på vår kompetens och det gör ju att det haltar lite och det är därför som jag får jobba kliniskt”.

Person 6: “Så jag trivs väldigt bra här och jag har ingen ambition att bli en annan chef, jag vill gärna ha kvar patienterna så detta passar mig väldigt bra känner jag”.

Klinikcheferna upplever med andra ord att en befrielse från det kliniska arbetet, även om de i vissa fall så skulle önska, i dagsläget inte är realistiskt med tanke på att en sådan åtgärd skulle innebära både ett alltför stort tapp i produktion och lönsamhet såväl som ett visst avståndstagande gentemot den professionella kultur i vilken man fostrats. Det sistnämnda ett konstaterande som till viss del kan kopplas till en oro över att en chefsposition, till skillnad från exempelvis en specialisering eller forskarutbildning, tycks utgöra ett betydligt mer osäkert karriärskort.

Person 3: “Men sen naturligtvis, den gången som man en gång träder av det här med chefskapet då kan man kanske ångra på något sätt att man inte fortsatte med det andra för chefskapet, det kan ju försvinna ganska snabbt. Det kan ju räcka med en omorganisation så är det borta sen men en forskarkarriär, eller karriär och karriär, man ändå har man doktorerat har man ju alltid kvar det”.

5.1.4 Klinikchefens bakgrund och dess påverkan

Ser vi till frågan om läkardominansen på klinikchefsnivå är detta intressant därför att här har vi en situation som skiljer sig från den i sjukvården i övrigt där sjuksköterskor som verksamhetschefer idag snarare, enligt Öfverström (2013), utgör regel än undantag. Sett till att det därför för närvarande bland tjugosju klinikchefer inom Specialisttandvården Västra Götaland saknas klinikchefer med annan bakgrund än tandläkare, och då företrädesvis specialister eller specialister under utbildning, kan som nedan klinikchef vittnar om vara en indikation på ett kulturproblem.

Person 4: “Men att vara chef inom specialisttandvården och inte vara tandläkare, det finns inte idag. Det har funnits men där har jag bara erfarenhet av en person och hon valde att inte fortsätta. Så det är nog bara fråga om en mognadsprocess hos oss rent professionellt. Det har nog inget att göra med att hon inte är lämpad”.

Det som bland annat Kotter (1995) och Öfverström (2013) refererar till som ett begränsat perspektiv på legitimitet och i förlängningen förtroende inom organisationens kader, tandläkare, gentemot andra yrkesgruppers potential att leda verksamheten. En oro över organisationens

mognad som förtjänar att tas på allvar om man likt Källberg (2013) ser på just klinikchefens legitimitet som centralt vid ledarskap inför förändring. Detta även om man naturligtvis kan ifrågasätta rimligheten i att behandla läkarkåren som en homogen grupp då en sådan kultur implicit skulle kunna fungera hämmande på alltifrån ett inkluderande samarbete till den övergripande delaktigheten och organisationens möjligheter att låta sina medarbetare jobba på toppen av sin kompetens. Tre i sig centrala villkor för den organisation som önskar att utvecklas till just lärande.

Det faktum att det idag just nu saknas klinikchefer med annan bakgrund än tandläkare inom specialisttandvården kan därför förstås utifrån klinikchef nummer fem:s oro som en kvarleva av det faktum att tolkningsföreträdet fortfarande inom organisationen är starkt koncentrerat till just tandläkarskrået. Något som implicit också riskerar att innebära ett hinder för den enligt i litteraturen så viktiga delaktigheten och övergripande systemförståelsen som man med denna satsning önskar skapa. Ett problematiskt uppdagande eftersom det innebär att man, i enlighet med Öfverströms (2013) tankar, kan fortsätta att förvänta sig en lägre arbetstillfredsställelse från de grupper strax utanför organisations kader och detta samtidigt som man står inför problemet att man inte kan nyttja hela ens organisatoriska kompetens.

Man kan sammanfattningsvis förklara det hela som att klinikchefer, i enlighet med Källbergs (2013) tankar har potentialen att göra stor skillnad när det kommer till att leda förändring inom professionella organisationer men att denna potential i sin tur står i ett direkt beroendeförhållande till den legitimitet, auktoritet och tillit man åtnjuter. Känner ens medarbetare tillit ökar detta chefernas förtroendekapital och möjliggör i sin tur en ledning. Saknas däremot denna tillit, oberoende om den är riktad emot klinikchefen som person, profession eller ledningen som system, riskerar man att få anställda som inte låter sig ledas och med detta en bristande systemförståelse överlag. Bägge två centrala villkor för framgång i den (O) organisationsdrivna förändringsstrategi det ligger i verksamhetens intresse att så långt som möjligt, utifrån den ekonomiska verklighet man ändå verkar i, utvecklas efter. Att sedan detta ges uttryck för i intervjuer med klinikcheferna visar på en medvetenhet hos klinikcheferna om problemet av vad

ett alltför inriktat medarbetarperspektiv på behandlingseffektivitet kan medföra sett utifrån stuprörstänkande och suboptimering.

Person 1 “Medarbetarna tänker nog inte så mycket på ekonomin. Där är väl krocken och många uppfattar detta som dubbla budskap. Det här med att man dels skall ge en god vård samtidigt som det inte får kosta någonting och det måste gå fortare och fortare”.

Person 2: “Medarbetarnas fokus ligger ju mer på den egna arbetsplatsen och innan jag tillträdde var då fokus snarast på hur har jag det på min lilla klinik. Då var det de som var det viktiga men nu tycker jag att vi har ett fokus på arbetsplatsen fast med en förståelse över att det finns fler aktörer på den här storkliniken”

Person 4 “Men jag tror att medarbetarna, att även om man försöker förmedla så mycket information som man kan så har de inte intresse för all information utan de är mer i sin värld om man kan säga så. Så de har svårare att, eller vill kanske inte heller, se helheten”.

Person 6: “Men man måste kunna få dom att känna stolthet över hela organisationen, och det är ju inget som vi kan tvinga fram utan det är en känsla som måste få växa fram”.

5.1.5 Arbetsvillkorens och dess påverkan

Vad som också många klinikchefer vittnat om är tidspress och att chefsuppgifterna, det icke-kliniska och strategiska arbetet, därför måste förpassas till andra timmar än just de som förläggs till arbetsplatsen. Detta är i sig dock ingen ovanlig situation och den uppfattade bristen på tid är både universell och demokratiskt fördelad över en mängd olika chefs- och yrkeskategorier i samhället. Frågan måste därför brytas ned till hur detta kan förväntas påverka ens möjligheter till att som klinikchef förväntas jobba med ett förändringsinriktat ledarskap.

Person 1: “Det hör ju till jobbet att finnas till hands men ibland kan det ju nästan vara så att det finns mer kvar när man går hem från jobbet än när man gick dit”.

Person 3: "... fyrtio timmar räcker ju egentligen inte till. Så säg att man då har patienter fyrtio procent och sen är det patientadministration till detta då min specialitet ... kräver en väldig massa patientadministration. Så att en halvtid går ju åt till patientrelaterad tid kan man ju säga och sen kommer konsultation och sådant på detta och då blir det ju inte så mycket tid över till chefskapet så en stor del av det får ju skötas på fritiden".

Person 4: "Och bara jobba med ledarskap? Jo ibland så känner jag att det blir lite för lite av det. Att den tiden man har ibland blir så pass begränsad till att bara göra det som man absolut måste göra i sin klinikchefsroll, att planera arbetsplatsträffar, utvecklingssamtal, se till att fakturor signeras och den biten. Det är svårt att kanske ha det strategiska tänkandet. Att lägga upp en strategi för det räcker tiden inte till för".

Person 5: "Tidsbrist, när ska vi hinna med detta"?

Ser vi till både Kotter (1995) och Ellströms (1996) resonemang kring detta tar de båda specifikt upp hur bristen på tid, och i förlängningen möjligheten till reflektion, agerar som en försvarande faktor och broms gentemot chefers möjlighet att jobba med utveckling och förändring parallellt med drift och administration. Ett påpekande som trycker specifikt på det svåra i att kunna balansera produktion med innovation. Det senare också ett påstående som Jacobsen (2005) understryker då han pratar om nödvändigheten av att man i en verksamhet långsiktigt strävar efter att skapa ett överskott av tid. Det senare något som flera av klinikcheferna i dagsläget, till stor del på grund av personalbrist och rekryteringssvårigheter, upplever som svårt och som därmed riskerar att skapa en förändringsflaskhals inom organisationen där man oavsiktligt underbygger ett tillstånd där klinikcheferna primärt ser sin roll som i verksamheten snarare än för verksamheten. Något som nedanstående citat får illustrera.

Person 1: "... att tiden inte räcker till reflektion. Att man inte hinner med allting som man tänker sig, att till exempel kunna driva vissa frågor".

“Jag har ju också min koordinator som ingår i ledningen och vi jobbar ju mycket tillsammans så det kan ju vara så att vi kanske har någon halvtimme tillsammans att gå igenom olika saker som inköp och faktureringar. Så det är väldigt blandat. Det är så att det kan vara jag som har telefonen en stund för vi har liksom inga telefontider så det är egentligen allt möjligt och det kan vara att jag går och gör något med patienter. Så det är liksom väldigt sällan som jag har en helt patientfri dag”.

Person 2: “Nej, väldigt lite och det vet jag ju är en stor svaghet. Kanske just reflektionen och utvärderingen av de beslut man har tagit. För det är liksom tempo hela tiden även om jag inte har så mycket patienter”.

Person 3: “Reflektion, nej jag har ju ingen tid avsatt till reflektion det har jag inte utan reflektionen för min del kommer under min pendling till och från ... så sammanlagt sitter jag ju på tåg två timmar och tjugo minuter och då får jag reflektera, så är det helt enkelt”.

Person 5: “Jag ägnar mycket tid åt reflektion och då inte minst på pendlingen. Sen har jag också vuxna barn så jag känner personligen att jag har ganska mycket tid till reflektion”.

Person 6: “Det går väldigt fort ibland och det är inte det att man kan gå hem och fundera en dag, att ta det lugnt utan att allting går väldigt fort, men det är väl så som samhället är. Sen är det väl också så att vid större beslut så har man väl kanske hunnit bearbetat saker i huvudet mer under en längre period men ofta så händer väl saker rätt så fort”.

Till sist, när vi tittar på hur förändring kan komma till stånd utifrån ett fenomenologiskt livsvärlds perspektiv hamnar vi obönhörligen snabbt vid vikten av att som förändringsledare kunna skapa gemensam förståelse. Detta kräver dock insyn och dialog mellan de olika världar där förståelsen grundläggs. En utmaning inte minst på grund av att det mesta arbetet inom professionella organisationer präglas av en hög grad av självständighet i uppgifters lösande. Till exempel riskerar ju ett sådant målstyrningsmantra som god vård att tolkas olika även om det kan

vara vitalt för en förändring att det tolkas på samma sätt. Ett konstaterande som mynnar ut i uppmaningen att man utifrån ett chefsperspektiv därför måste kunna ha tillträde till alla de olika världarna som Glouberman och Mintzberg (2001) beskriver. Kan man inte eller nekas man detta, antingen på grund av tidsbrist eller profession, kan man få problem i att kunna överbrygga de klyftor som till exempel kan skilja de olika världarnas perspektiv åt, exempelvis i en sådan sak som vad som menas med god vård. Något som i förlängningen också direkt kommer påverka ens möjligheter att effektivt kunna leda en världsövergripande förändring.

Sammanfattningsvis, om de intervjuade klinikchefernas uppfattning om tidsbrist är gemensamt för flera i organisationen riskerar detta att minska förutsättningar för ett gränsöverskridande verksamhetsvärldarna emellan och utifrån ett sådant scenario är det absolut troligaste, givet den starka professionalism som präglar kåren, att man återgår till att se sin roll främst som i verksamheten snarare än för den. Med andra ord, man riskerar att nedprioritera sitt ledarskap till förmån för sin kliniska praktik och de rent administrativa sysslorna. Man blir som Kotter (1995) stipulerar chef men inte ledare och som sådan inte heller lika rustad till att leda en förändring.

5.2 Förutsättningarna

5.2.1 FOKUS

Sett till förutsättningar så präglas verksamheten av flera goda förutsättningar. För det första så arbetar man redan aktivt genom FOKUS på att kunna skapa forum för varje klinik att själva arbeta med ständiga förändringar¹.

Person 1: Det är det här att, ja vad står det för, att personalen skall samlas liksom och att man skall ha en stor tavla och kunna ta upp problem. Att personalen själv skall kunna ta upp problem och lösa detta. Att det inte är klinikcheferna själva som skall stå och göra allt och med det har vi inte börjat utan vi skall ha vår genomgång

¹ FOKUS är en satsning genomdriven av Folkandvården genom två logistiker med syftet att underlätta för arbetet med ständiga förbättringar. Något som förenklat sker genom en klinikgemensam anslagstavla för förslag dit alla har tillgång och uppmuntras bidra. En tavla som sedan kollas av och eventuellt resulterar i nya rutiner.

på detta nästa vecka. Så det, fokus, är ju en del i allt detta och det låter hittills väldigt bra så nu får vi väl höra hur man skall jobba med det.

Person 3: Ja jag tror att det kommer av dom här enkäterna som man gjorde hos personalen. De har ju visat vissa saker och då dels att delaktigheten på kliniken inte varit särskilt bra generellt sett i tandvården, eller ja det har nog inte varit sämre i tandvården än någon annanstans men det kan ju bli bättre och det är ju delvis därför som man har valt den här fokusmodellen där man jobbar enligt någon form av Leankoncept, ja du vet med anslagstavlor och postitlappar och så vidare.

Person 4: När folk kommer och säger att nu måste du göra detta och detta och det tror jag har mycket att göra med att vi har infört fokus, det är ett leankoncept kan man säga. Det är också ett förändringsarbete, eller hur man tar upp ett förändringsarbete på kliniken och att man är delaktig i de här förändringarna allihopa. Det är liksom inte bara jag som chef eller min klinikkoordinator som skall komma med förslag på förändringar utan det är alla som skall vara med och vara delaktiga i detta.

Detta är naturligtvis mycket positivt och genomgående har flera klinikchefer här uttalat sitt starka stöd och förtroende gentemot denna insats och jag har i princip inget att invända gentemot projektet som sådant. Det verkar, utifrån min förståelse, vara ett gott system för att i en professionell organisation systematisera och dokumentera klinikenheterna och personalens förändringsarbete. Vad som däremot kan vara intressant att titta på är i vilken mån dessa kliniks specifika förändringar kan sprida sig utanför den egna kliniken och ut i det kluster av kliniker som är Västra Götalandsregionen. I sig en tydlig indikation på att man verkligen arbetar som en lärande organisation. Jag ser för detta syfte tandsköterskorna som naturliga förmedlingsagenter. Detta eftersom de, tillskillnad från sina tyngre specialiserade kollegor tandläkarna lättare kan flyttas mellan olika kliniker i den mån behovet skulle uppstå.

5.2.2 Mätandet

Det är viktigt att de förändringar som initieras även mäts, utvärderas och belönas. Det beskrivs även av en klinikchef som att det inom Specialisttandvården Västra Götaland diskuteras om att klinikchefer inom kort kommer påläggas kravet att under ett år kunna redogöra för tio olika initierade förändringsarbeten.

Person 4: “Inte just nu men vi kommer att få det i de nya klinikkontrakten för nästa år. Då, om jag kommer ihåg rätt nu, så kommer det stå att vi skall dokumentera och genomföra tio förändringsarbeten”.

Ett naturligtvis inte helt oproblematiskt beslut eftersom en ökad administration i enlighet med Öfverströms (2013) slutsatser alltid riskerar att stegra den organisatoriska förändringströttheten och med detta också kraften i ledarskapet. Ett avvägande som dock i sin tur måste balanseras mot det faktum att de utvärderingar som mäts och belönar också tenderar att ha en styrande inverkan på organisationens individer. Det handlar därför till syvende och sist som Ellström (2009) poängterar om en möjlighet att kunna presentera en målbild ur vilken en gemensam förståelse kan byggas, uppmärksammas och därtill belöna de individer som verkar i enlighet med denna målbild. Det senare också något som en av klinikcheferna nämner som en källa till osäkerhet.

Person 5: “Alltså vi har ju väldigt tydliga mallar för hur vi skall bedöma våra medarbetare men när det kommer till hur vi själva bedöms så är det inget som jag har funderat över”.

Med andra ord, kravet att kunna redogöra för initierade förändringsarbeten bör betraktas som ett steg i rätt riktning eftersom det ovanifrån tydliggör fokus på vad man utifrån chefsrollen prioriterar och bedömer som framgångsfaktorer. Något det i vissa fall inom organisationen tycktes ha funnits både viss osäkerhet som delade meningar kring då frågan på vilka grunder man upplevde att ens framgång som klinikchef bedömdes, utifrån förmågan att nå prestationsinriktade mål eller utifrån hur man till exempel jobbat med utveckling och förändring.

Person 1: “Men i grunden så känns det ändå som att mycket handlar om att man uppfyller de målen som man satt upp i kontraktet, att patientflödet går bra och att det inte kommer in en massa klagomål från patienter eller personal, sen finns ju så klart också våra medarbetarenkäter. Men jag kan tycka att det idag pratas väldigt mycket ekonomi och att det kanske vore önskvärt med ett större fokus på just utveckling av patientverksamheten”.

Person 2: Utveckling och förändring tror jag mer.

Person 6: Ja i sådana här organisationer är det ju alltid en risk, det är väldigt lätt att man mäter pengar. Att man håller budgeten. Nu har det blivit bättre tycker jag, man vill ha kvalité och man har börjat värdera hur vi sköter patienterna, hur många infektioner och patienter har vi, vilken är vår vårdkvalité. Sådant som är väldigt svårt att mäta. Sen i chefsrollen har vi andra mått som vi mäter med medarbetarsamtal, uppföljning, kortare köer så sådana saker följer vi. Så det är lättare att mäta sådant som går att räkna, kvalité är svårare att mäta. Men det kommer nog mer och mer, att man börjar mäta vårdkvalité på olika sätt. Sen mäter man ju medarbetarenkäter och hur man mår. Så strävan är ju rätt men det fastnar av naturliga skäl ofta i pengar och budget

5.2.3 Kliniskt aktiv

Hur skall man då förhålla sig till att klinikcheferna aktivt valt att jämte sitt chefskap även praktisera sin kliniska profession? Visst finns det som tidigare av Christensen (2008) poängterats faror och av dessa utgör den svåra balansen mellan klinisk praktik och uppdraget som chef, den uppfattade tidsbristen, oviljan att låta sig styras av andra yrkeskategorier samt den städse närvarande farhågan att chefsyrket är förenat med en större karriäristisk osäkerhet kronexempel. Det sistnämnda, den karriäristiska osäkerheten, tidigare poängterad av klinikchef 3 är därför något man kan adressera genom att försöka utveckla tydliga alternativa karriärbanor åt de klinikchefer som önskar lämna sin befattning, exempelvis tjänster som projektledare, utredare,

mentor etc. Det viktiga är att tjänsterna blir utav en sådan dignitet att de inte riskerar att förknippas med en officiell degradering och på så sätt avskräcka från ett nedträde.

Ytterligare vinst är också tillfället detta innebär att nu i en positiv anda kunna påverka den nya generationens inställning till yrket som chef. En potentiellt dubbel vinst i det att det även finns indikationer som tyder på att yngre chefer med kortare chefsanställning både är mer positiva till utveckling som förändring än sina äldre kollegor (Nilsson, 2005). Frågan blir därför, hur kan vi skapa denna stämning? En fråga som baserat på organisationens professionella karaktär man lättast ordnar genom att vara lyhörda för sina klinikchefers önskemål. Det måste få vara klinikcheferna som utifrån sin medicinska kunskap, klinikens storlek och den rådande bemanningssituationen i dialog med ledningen kan få avgöra klinikens och de egna begränsningarna. Ledningens roll bör alltså i enlighet med Jacobsen (2005) och Ellströms (2009) idealbild utgöra den utav en stödfunktion. En hjälp i administration, utvärdering och ekonomisnare än ett kontrollorgan för det som vi med ett samlingsnamn brukar referera till som New Public Management. Något som det under intervjuerna också framkommit att klinikcheferna överlag verkligen känner.

Person 2: ... där tycker jag att Lotta på ett fantastiskt sätt på de här specialisttandvårdsdagarna vi haft där vi jobbade jättemånga människor i olika grupper, där vi har kunnat gå in med vad vi tyckt och sedan har man då kunnat återkoppla till detta från ledningens sida och det, de har gjort ett stort intryck på många.

Person 5: "Både klinikledningen och logistikerna är väldigt lyhörda. De är liksom duktiga på att sätta sig in i vår verksamhet tycker jag så jag känner mig både jättenöjd och stimulerad över att det är så mycket kompetenta människor runt en. Det finns verkligen att vilja att försöka förstå vår verklighet".

Person 4: "Så hon passar mig väldigt bra som chef och förebild och det gör det enklare för mig att få stöd och så".

Person 6: Ja det gör jag och det upplever jag mycket på grund av att vår chef Lotta Sundelin, man känner ett förtroende för henne.

Framgång i detta är dock som tidigare poängterats av Ellström (2003) till viss del beroende av tid och om man som klinikchef inte upplever sig ha tid till att hängivet kunna engagera sig i ledningen av kliniken, till exempel på grund av olika alla utvärderingar eller kliniskt arbete, bör detta tidigt ventileras så att man inte riskerar att hänfalla åt ett abdikerat ledarskap präglad av oklarhet, passivitet och lite utrymme för visioner och långsiktigt ledarskap.

5.2.4 Systemförståelse, mogenhet och vikten av att bygga underifrån

För det fjärde är det genomgående att klinikcheferna har en god förståelse för vikten av systemförståelse, dialog och förankring underifrån. De ser likt Sandberg och Targama (1998) poängen av att jobba med förståelse i ledarskap även om de inte uttrycker detta genom samma begrepp som författarna nyttjar. Detta samt att de tycks inse att förändringar överlag också är något som tar tid.

Person 1: “Ja det är ju väldigt viktigt att man får en förståelse från medarbetarna kring varför man skall göra den här förändringen. Det går inte liksom att bara trycka ut något och sen säga att så här är det nu för det tror jag inte blir bra. Jag tror att man måste skapa förståelsen först och sedan viljan”.

Person 2: “Så att först kunna så ett frö, sedan väcka intresse och baka in information och få med dom på tåget. Få dom att tycka att det här, det är jätteintressant. Men jag har svårt att säga exakt hur jag går tillväga. Jag har det här inne (pekar på huvudet)”.

Person 3: “Att väldigt ingående förklara det för personalen för folk är ju inte dumma utan får de en vettig förklaring så köper de det mesta. Du måste därför ge bra förklaringar om du vill förändra saker och ting. Se till att de förstår meningen och olika människor har ju olika förmåga att ta in detta. För vissa tar det helt enkelt längre tid att förstå varför en sak är nödvändig”.

Person 4: “Ja man skall vara lyhörd och man skall kunna ha en förståelse för olika verksamheter, både ledning och linjen. Att man skall förstå både hur man agerar och reagerar på de olika planen”.

Om man sedan lyckas i dessa föresatser är naturligtvis en annan sak för även om man på ett teoretiskt plan börjat introduceras i vikten av systemförståelse, dialog, ett förståelseinriktat ledarskap och behovet av tid, vilket klinikcheferna erbjudits bland annat genom boken *Ledning och förståelse*, är det naturligtvis en helt annan sak att i praktiken kunna omsätta detta. Det senare även något som en av klinikcheferna uttryckt just i mail och under intervju.

Person 5: “Funderar på det här med förståelsebaserat ledarskap och vad det innebär”.

För hur jobbar man egentligen med förståelse? Det är ju inget som kan kommenderas fram genom mer information och det är inte heller något som kan förklaras utifrån ett helt målrationellt handlande. Sett till detta kan man undra om det är så att det ligger en viss osäkerhet i frågan hur man de facto bör gå till väga för att skapa förståelse ändå inte ligger och vilar under ytan?

5.2.5 Möjligheter till dialog

För det femte kan tydligt märkas hur klinikcheferna i linje med Kotters (1995) råd förknippar framgång i ledarskap med en koppling till behovet av kommunikation och dialog. De ser precis som Sandberg, Targama (1998) och Ellström (2003) dialogen som en nyckel till ett gott ledarskap i det att man genom dialog, på ett annat sätt än genom information, kan skapa en öppen och deltagande miljö. En miljö där lärande kan frodas och där motsättningar kan adresseras snarare än gömmas undan. En miljö lämpad enligt Ellström (2006) lämpad för konstruktivt ifrågasättande och lärande bortom de givna förutsättningarna.

Person 1: “...men efter det så behöver man direkt jobba vidare med de frågorna och då gärna i små grupper så att man kan få delge varann sina erfarenheter och tankar kring det hela”.

Person 2: "... viktigt är ju att man tar sig tid att lyssna och vara öppen för dialog, möten. Att det finns tid för möten ...".

Person 3: "Ett gott ledarskap, ja det är väl framförallt det att man försöker att lyssna på personalen och att man tar personalens idéer på allvar".

Person 4: Vi har ju otroligt många mötesformer där man kan säga sin mening och jag upplever även att vi under våra medarbetarsamtal att man säger att man kan uttrycka sig och att ens åsikter tas till vara".

Person 5: "... jag gillar den känslan av att man driver en verksamhet tillsammans, att det går framåt och att man tillsammans kan hitta olika saker för att öka flytet".

Person 6: "Det är en rätt öppen atmosfär på flera sätt. Det är ju våra klinikchefsmöten som är det forumet och där känner jag nog att jag kan säga vad jag tycker".

6. DISKUSSION

Det som framträder tydligt i intervjuerna är att den utbildning som bedrivits under temat förändringsledning men som innehållit allt ifrån systemförståelse till vikten av att verka i en professionell organisation hittills bara riktats emot chefer. En förståelig prioritering utifrån ett ekonomiskt perspektiv men ändå något som kan förstås som problematiskt utifrån litteratur parametrarna delaktighet och systemförståelse. För kan verkligen en organisations förgivetta och förståelse förändras om inte lejonparten av dess medarbetares också ges en möjligheten att förändras? Detta kan svårligen uppnås och att all förändring under sådana omständigheter riskerar att begränsa sig till förändringar av första ordningen. Sådana förändringar som exempelvis Ahrenfelt (2001) menar lätt kan bockas av och dokumenteras under årets slut men samtidigt inga som kommer att leda till någon djupare, det vill säga andra ordningens förändring.

Ett förslag skulle kunna vara att man i regionen breddar och fokuserar sina satsningar och exempelvis börjar med att i kollaboration med Jensen välja ut de avsnitt som ni bedömer som särskilt centrala för just delaktighet och systemförståelse. Jag skulle spontant rekommendera vikten av nivåospel i förändring samt klinikens beroende av och förhållande till organisationen som helhet. Sätt sedan ihop detta i ett övergripande utbildningspaket till samtliga inom organisationen att driva ute på arbetsplatserna. Inkludera också ett segment kring den ekonomiska styrningen av vården för att öka den ekonomiska kunskapen och minska det avstånd och den polarisering som det idag enligt Glouberman, Mintzbergs (2001) och Levays tankar (2003) finns indikationer på kan existera mellan Specialisttandvårdens olika verksamhetsvärldar.

Ett underlåtande av detta och risken finns att man försvagar de krafter som kan skapa förståelse och acceptans för de ekonomiska förutsättningar på vilka ens verksamheten står i ett direkt beroendeförhållande. Något som i sin tur kommer kunna leda till ett fortsatt underbyggande av den inom vården och litteraturen bevittnade frikoppling som ofta uppstår mellan de professionella och ledningen. Detta vore ett sätt att öka både förståelsen för verksamhetens komplexitet samt känslan av en allmän och övergripande delaktighet. Två pelare på vilket förutsättningarna till förändring enligt litteraturen trots allt vilar.

Det empiriska materialet i form av intervjuerna visar att klinikchefernas kompetensutveckling i ledarskap uteslutande tycks ha bedrivits utifrån formella kursupplägg. Det vill säga att man skickats på en utbildning tillsammans med andra bortkopplat från arbetsplatsen. Den kritik som kan vändas mot detta är att även om denna typ av utbildning har många fördelar så finns från ett ledningsperspektiv en poäng i att försöka integrera de delar där bara individen lär och utvecklas utanför jobbet med de delar där individen lär och utvecklas på jobbet. Det senare något som förvisso till viss del redan sker genom FOKUS. Eftersom FOKUS dock främst är riktat till personalen, är därför att fler satsningar på kompetensutveckling i ledarskap kan kopplas till jobbet. Exempelvis genom utvecklingen av ett mentorsprogram i arbetet där nya klinikchefer kan erbjudas miljöanpassad och pedagogisk vägledning i den tysta kunskap som de annars helt på egen hand vore lämnade att upptäcka.

Det tredje som är av stor vikt i sammanhanget är att betona vikten av att kunna frigöra tid. Kan tid inte frigöras till innovation riskerar man att verksamheten stagnerar i rutiner. Rutiner som man sedan enligt såväl Ellström (2003) som Sandberg och Targama (1998) kommer att få svårt att frigöra sig från eftersom dessa kommer generera en etablerad praktik. En praktik utifrån vilken ett ifrågasättande, grunden i all förändring av förståelse, svårligen kommer kunna skapas och med detta så inte heller en andra ordningens förändring.

Det fjärde och sista som bör betonas är mer och annan typ av utbildning i hur man de facto kan jobba med förståelseinriktat ledarskap. Företrädesvis genom mer praktikerbaserad pedagogisk utbildning. Sådant som har potentialen att lättare än klassiska föreläsningar generera personliga, konkreta och känsloladdade upplevelser. Detta eftersom sådant i sig enligt Targama (Personlig kommunikation, Targama, 26 november 2014) är just villkor för förändring av förståelse. Dock bör här poängteras att detta inte får förväxlas med att det från klinikchefernas håll handlar om att skapa förståelse för ledningens perspektiv, som om man agerade som likt en översättare. Snarare handlar det om att tillsammans utifrån klinikchefernas ledning kunna skapa livskraft i policybeslut ovanifrån genom dialog, konflikt och kommunikation. Sådant som bidrar och genererar en kreativ lärmiljö och utveckling.

6.1 Fortsatt forskning

Till sist, av allt det som hittills berörts i denna uppsats förtjänar även dialogen ett särskilt omnämnande. Dialogen, präglad av sin öppenhet och avsaknad av hierarkier, är och förblir nämligen en central komponent när det kommer till att som klinikchef kunna identifiera förutsättning till förändring. Detta eftersom det är först genom dialog med sina medarbetare som man kan få en insikt i sin organisations faktiska förståelse och med detta faktiska förutsättningar till förändring. Det senare något som även samtliga klinikchefer, både implicit och explicit, uttryckt en god förståelse för.

Att dock fler forum för möte inte nödvändigtvis är det samma som en god dialog behöver också poängteras och även om klinikcheferna i sin vardag har tillgång till flera olika mötesplatser, som

ämnesråd, klinikledningsråd samt dagliga morgonmöten. Är dessa möten endast bottenplattan i dialogen. Ett första trappsteg från vilket man kan ta spjörn. Det innebär inte av nödvändighet en ökad dialog, detta kommer snarare an på hur dialogen förlöper under själva mötena. Vem eller vilka är det egentligen som talar? Vem eller vilka tycks äga agendan? Kan man se ett mönster utifrån kategoriseringen kön och yrke? Vilka är det egentligen som klinikchefen försöker vinna över när en förändring skall introduceras? Finns det tecken på att mötena och mötesstrukturen institutionaliserats och att denna struktur i sin tur kan ha lett till vanor och rutiner som i sin tur kan fungera som blockering för ett nytänkande och en förändring av andra ordningen. En närmare undersökning kring möten och mötesstrukturer, till exempel med hjälp av appar likt Gendertimer, skulle kunna fungera som en indikator på hur man i respektive klinik i praktiken jobbar med dialog och delaktighet samt hur man i förlängningen möjliggör för byggnation av en kollektiv kunskapskultur baserad på en gemensam systemförståelse.

6. Litteratur

Ahrenfelt, B. (2001). *Förändring som tillstånd: att leda förändrings- och utvecklingsarbete i företag och organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion – vetenskapsfilosofi och kvalitativ analys*. Lund: Studentlitteratur.

Alvesson, M. & Sveningsson, S. (2008). *Förändringsarbete i organisationer – om att utveckla företagskulturer*. Malmö: Liber.

Andersson, T. Eriksson, N. Ujvari, S. (2011). *Easier to trust managers than management? The case of improvement work in healthcare*. Tillgänglig:

<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A538266&dsid=-1608>

Beer, M. & Nohria, N. (2001). Breaking the code of change. *Harvard Business Review*.

Tillgänglig: <http://hbswk.hbs.edu/item/2166.html>

Brante, T. (2009). Vetenskap för profession. Lindh, M. (Red.) Vad är en profession? – Teoretiska ansatser och definitioner, Rapport 8, Borås: Högskolan i Borås. s.15-34. Tillgänglig:

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1496709&fileId=1496953>

Bryman, A. (2004). Qualitative research on leadership: A critical but appreciative review. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 729-769.

Christensen, B. (2008). Framtida krav gör det ohållbart att jobba som chef och läkare samtidigt. *Dagens Medicin* 2008-11-05, (46)

Ellström, P-E. (2007, 31 januari). Workshop i kompetensutveckling. Tillgänglig:

http://www.liu.se/samverkan/regionalt/samvprojekt/kommunal/kontaktkonferens/1.27602/Workshop_070131.pdf

Ellström, P-E. (2003). Utvecklingsinriktat lärande i arbetet - vilka är förutsättningarna?.

Tillgänglig: [http://www.bth.se/exr/hss03.nsf/\(WebFiles\)/115C4952EDA49047C1256D240063CEA2/\\$FILE/Ellstr%C3%B6m%20Per-Erik.pdf](http://www.bth.se/exr/hss03.nsf/(WebFiles)/115C4952EDA49047C1256D240063CEA2/$FILE/Ellstr%C3%B6m%20Per-Erik.pdf)

Ellström, P-E. (2009). Användning och nytta av utvärderingar: ett lärandeperspektiv. L. Svensson (red.), G.Brulin, S. Jansson, K. Sjöberg. *Lärande utvärdering genom följeforskning*. (103-129).

Lund: Studentlitteratur

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease-Part I: Differentiation. *Health care Management Review*, 26(1), 56-69.

Hedin, A. & Martin, C. (1996, reviderad 2001) *En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*. Tillgänglig:

file:///C:/Users/Johan/Downloads/Liten%20lathund%20om%20kvalitativ%20metod%20med%20tonvikt%20p%C3%A5%20intervju%2011-08-25%20(6).pdf

Jacobsen, D. I. (2005). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson - Lindfors, M-B. (1993) *Att utveckla kunskap – om metodologiska och andra vägval vid samhällsvetenskaplig kunskapsbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Källberg, N. (2013). *Förändringsprocesser i sjukvården: En studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Göteborg: Ineko.

Larsson, S. (2011). *Kvalitativ analys - exemplet fenomenografi*. Linköping: Studentlitteratur.

Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:253401/FULLTEXT01.pdf>

Levay, C. (2003). *Medicinsk specialisering och läkares ledarskap: en longitudinell studie i professionell kollegialitet och konkurrens*. Uppsala: Uppsala Universitet

Nilsson, P. (2005). *Vilka chefsegenskaper kan relateras till hälsofrämjande ledarskap? En enkätstudie bland chefer på sjukhus*. Kristianstad Högskola. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:229713/FULLTEXT01.pdf>

Schein, E. (1992). *Organizational Culture and Leadership: A Dynamic View*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S., & Sjöberg, K. (red.) (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Weick, K. E & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361-386.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Westin, J. (2002). *Läkaren som chef och ledare: fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef*. Lund: Studentlitteratur.

Öfverström, H. (2013). *Steg till chefskap: om läkare som verksamhetschefer*. Studentlitteratur AB.

Bilaga

Förberedande frågor via e-mail

För att vår intervju skall kunna bli så bra och innehållsrik som möjligt har jag förberedd ett antal frågor som jag först skulle vilja be dig besvara. Du kan självklart skriva så mycket eller så lite som du vill och dina svar kommer naturligtvis också att anonymiseras. Skicka dina svar eller frågor till mig på ...

1. Hur kom det sig att du blev klinikchef?
2. Vad ser du som dina viktigaste arbetsuppgifter?
3. Vilka orsaker tror du ligger bakom att man från ledningens håll valt att satsa på just förändringsledning?
4. På vilka sätt upplever du att satsningen på förändringsledning kan komma att påverka din och dina medarbetares vardag?
5. Vilka drivkrafter till att jobba med förändring kan du se i din verksamhet?
6. Vilka hinder till att jobba med förändring kan du se i din verksamhet?
7. Har du några uttalade förändringsvisioner gentemot din avdelning?
8. På vilka grunder upplever du att din framgång som klinikchef främst bedöms?
9. Finns det någonting speciellt utifrån konceptet förändringsledning som du skulle vilja diskutera när vi träffas?