



Susanne Salmela

Leda förändring genom relationer,
processer och kultur

LEDA FÖRÄNDRING GENOM RELATIONER, PROCESSER OCH KULTUR



Leda förändring genom relationer, processer och kultur

Susanne Salmela

Enheten för vårdvetenskap
Socialvetenskapliga institutionen
Åbo Akademi
Vasa, Finland

ISBN 978-952-12-2782-0
Oy Arkmedia Ab
Vasa 2012

ABSTRAKT

Susanne Salmela

Leda förändring genom relationer, processer och kultur

Handledare

Professor, FD Katie Eriksson, Enheten för vårdvetenskap, Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi
Professor, HVD Lisbeth Fagerström, Høgskolen i Buskerud, Norge; Docent, Enheten för vårdvetenskap, Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi

Forskningens syfte var att bidra med en ny kunskapssyntes om vad det innebär att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Vårdledaren har, speciellt vid större förändringar inom organisationen, en stor betydelse för hur vårdandet förvaltas genom att hålla den vårdande traditionen levande och genom formningen av den vårdande kulturen och vårdgemenskapen. Den övergripande hermeneutiska forskningsansatsen med tillämpning av metodologisk triangulering har influerats av Gadamers, Ricoeurs och Ödmans syn på hermeneutik med förståelse och förklaring som kompletterar varandra.

Forskningens övergripande frågeställning "Vad innebär det att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv?" förankrades i de fyra underliggande frågeställningarna. Den första frågeställningen berörde meningsinnehållet i begreppet förändring samt dess gestaltning. Metoden var en hermeneutisk begreppsbestämning på en ontologisk och kontextuell nivå enligt Koorts metod för begreppsbestämning. Genom en personalenkät undersöktes personalens åsikter (totalt 597 personer) om den kommande fusionen och förändringen samt deras förväntningar på ledarna under förändringsprocessen för att få svar på vad förutsättningarna var för en förändring eller förändringsprocess med avsedda mål och effekter. Svaret på hur vårdledaren och dennes uppgifter gestaltades vid en förändring samt hur vårdledarna uppfattade förändring och den kommande förändringsprocessen erhöles genom djupintervjuer med vårdledare (17).

Av resultatet framgår att vårdledaren leder förändring genom att leda relationer, processer och kultur och genom ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap med syftet att åstadkomma en verklig och hållbar förändring. För att åstadkomma en verklig och hållbar förändring, dvs. en inre omgestaltning och omdaning som vardande, förutsätts dock att både tankemönster och handlanden förändras. Riktningen och insatserna för förändringen skall ha sin grund i en tydlig och meningsfull målsättning och vision utgående från en gemensam värdegrund. En arena för dialog borde utvecklas så att förändringens liksom även vårdandets vision och mission förankras och utvecklas till handling och förändring. Vårdledarens primära uppgift eller mission var att tillhandahålla varje individuell patient en god vård. Den primära missionen var med andra ord att med ansvarsfullhet tjäna vårdandet sak utgående från ett etiskt förhållningssätt. I tjänande av vårdandets sak fanns dock en tillit till att förändringen gagnar patienten och hans eller hennes vård, men vårdledarnas anpassning till förändringen var utan djupare engagemang. Vårdledarna kände även en oro för sitt uppdrag som vårdledare, vårdarbetets ställning och mandatet som patientens advokat. Vårdledaren är också en kulturbärare, vilket innebär att även kulturen har betydelse under en förändringsprocess. Genom att leda kulturen skapar vårdledaren en öppen, bekräftande och evidensbaserad atmosfär med centrala värderingar som ger uttryck för den rådande andan och kulturen.

Sökord: förändring, ledarskap, vårdvetenskap, hermeneutik, metodologisk triangulering

ABSTRACT

Susanne Salmela

Leading change by leading relationships, processes and cultures

Supervisors

Professor, PhD Katie Eriksson, Department of Caring Science, Åbo Akademi University

Professor, PhD Lisbeth Fagerström, Buskerud University College, Norway; Associated Professor, Department of Caring Science, Åbo Akademi University

The aim of this dissertation is to contribute a new knowledge synthesis of what it entails to lead change from a caring science perspective. The nurse leader is, especially during larger organizational changes, of great importance to how the nursing care is managed by keeping the caring tradition alive and through the shaping of the caring culture and care communion. The overall hermeneutical research approach, with an application of methodological triangulation, has been influenced by Gadamer's, Ricoeur's and Ödman's views on hermeneutics with understanding and explanation that are complimentary.

The research's central question, "What does it entail to lead change from a caring science perspective?", is anchored through four underlying questions. The first of these pertained to the meaning content of the concept "change" as well as how the concept is shaped. The method was a hermeneutical conceptual determination on the ontological and contextual levels, in accordance with Koort's method of concept determination. Using a questionnaire, care personnel's views (597 in total) on the coming merger and change as well as their expectations of leaders during a change process were sought in order to find an answer to what the conditions were for a change or a change process with intended goals and effects. The answers to how a nurse leader and her task are formed during a change as well as how nurse leaders perceived change and the coming change process were garnered from in-depth interviews of nurse leaders (17 in total).

The results show that a nurse leader leads change by leading relationships, processes and culture and through a supportive, reflective and culture-bearing leadership with the aim to realize genuine and sustainable change. In order to realize a genuine and sustainable change, i.e. an inner transformation and remodeling as becoming, both thought patterns and actions must be changed. The direction and effort towards change should be based on a clear and meaningful goal and vision that emanate from shared values. An arena for dialogue should be developed so that the change, likewise the goals and mission of care, is rooted and developed into action and change. The nurse leader's primary task or mission is to provide each individual patient with good care, in other words to serve the patient, with responsibility and emanating from an ethical attitude. In serving the patient, there is a trust that the change benefits the patient and the patient's care, but the nurse leaders' adaptation to the change occurred without any greater engagement. The nurse leaders were even worried about the task of being a nurse leader, the care situation and their mandate as patient advocates. A nurse leader is also a bearer of culture, which means that even culture is important during a change process. By leading a culture, the nurse leader creates an open, confirming and evidence based atmosphere with core values that express the prevailing spirit and culture.

Keywords: change, leadership, caring science, nursing science, hermeneutics, methodological triangulation

FÖRORD

Under ett flertal år hade jag förmånen att som laboratorieskötare arbeta inom Botniaprojektet, ett forskningsprojekt inom vuxendiabetes, under professor Leif Groop. Detta väckte ett intresse att bedriva egen forskning som blev inom vårdvetenskap och hälsovårdsadministration, eftersom jag alltid varit intresserad av ledarskap. Under mitt arbete som t.f. forskningsledare i början av 2000-talet vid FoU på Svenska Yrkeshögskolan (SYH), numera Novia, fann jag och min handledare och dåvarande prefekt en gemensam nämnare för min avhandling, dvs. att leda förändring, och som jag varit genuint intresserad av sedan dess. Detta skedde i samband med den systematiska uppföljningen av fusionsprocessen mellan två organisationer inom hälso- och specialsjukvården i Västra Finland.

Förändring är egentligen ett fascinerande ord och trots att vi ständigt är omgiven av olika förändringar under vår livscykel och även större eller mindre förändringar på våra arbetsplatser har vi ändå svårt att sätta ord på vad förändring betyder och vad förändring kan innebära. Det kan dock konstateras att förändring är ett komplext, mångfacetterat och oförutsägbart fenomen och vårdledaren ska idag ha en kompetens att leda förändring och utveckling trots att ständigt pågående förändringsarbeten hör till ledarskapet. En stor inspirationskälla för mig har varit litteraturen 'Förändring som tillstånd' av Bo Ahrenfelt, till vilken jag ofta har återvänt. I litteraturen har jag ständigt sett något nytt bakom orden och därmed förstått texten på ett nytt sätt, vilket bidragit till en ny förståelse av annan text, resultatet och forskningen som helhet under min egen hermeneutiska process som denna forskningsprocess utgjort.

Jag vill härmed rikta ett varmt och innerligt tack till professor och docent Lisbeth Fagerström som ständigt funnits närvarande och som fungerat som min pedagogiska lots, stöd och nära samarbetspartner i både vått och torrt. Ordet tack är egentligen inte tillräckligt, eftersom jag har fått handledning under såväl vardag, helg som under semestertider. Ett stort tack riktar jag också till professor Katie Eriksson för din vägledning under seglatsen i dessa djupa och ibland svårframkomliga forskarvatten.

Ett tack riktar jag även till mina interna förgranskare HVD Rika Levy-Malmberg, och HVM och doktorand Marianne Frilund för era konstruktiva kommentarer vid det interna slutseminariet. Jag riktar också ett stort tack till professor Pirkko Vartiainen vid Vasa Universitet och professor Maj-Britt Råholm vid Høgskolen i Sogn og Fjordane i Norge som fungerade som externa förgranskare och vilka gav mig värdefulla och konstruktiva kommentarer till min framställning och text.

Övriga som jag är tack skyldiga är Paula Laurila på medicinska biblioteket vid Vasa centralsjukhus, professor Sören Kock, översättare Cynthia Sandström, språkgranskare Barbro Wiik och Jukka Salminen som hjälpt till med det datatekniska. Tyvärr kan jag inte nämna alla som jag vill tacka, men speciellt vill jag ändå tacka Maria Bullarbo för din fina och djupa vänskap under alla dessa år. Greta Häggblom-Kronlöf, Annika Nystedt, Birgitta Backman och Leena Norrgård har alltid funnits tillgängliga trots att jag inte alltid varit socialt närvarande liksom även Anna-Lena Öhman, Gunvor Nygård och Helena Emaus. Jag vill också rikta ett varmt tack till personalen vid de båda organisationerna som besvarade enkäten inför sammanslagningen samt de vårdledare som deltog i intervjuerna. Utan Er och det värdefulla kunskapsstoff Ni bidrog med skulle denna avhandling inte ha varit möjlig.

Till Arvid och Greta Olins fond, Studiestödsstiftelsen för Kimo, Komossa och Kuoppa byar (Fanny Smeds stipendiefond), Stiftelsen för sjuksköterskeutbildning, Stiftelsen för Åbo Akademi och Vasa sjukvårdsdistrikt riktar jag ett varmt tack för de ekonomiska bidrag som jag tilldelats, vilka möjliggjorde att jag kunde ägna tid till att skriva artiklar eller ägna mig åt forskning på heltid.

Slutligen vill jag tacka mina föräldrar, Gunborg och Jonas Salmela, för att ni alltid funnits till hands och gett ert stöd privat och under processens gång som även min bror Dan med familj har gjort. Stort tack till min son, Fredrik, som ofta har mött en inte alltid så närvarande och kanske lite disträ mamma med massor med papper. Jag tror på dig!

Oravais, den 28 juni 2012

Susanne Salmela

FÖRTECKNING ÖVER ORIGINALARTIKLAR

Salmela Susanne, Fagerström Lisbeth, Eriksson Katie. 2007. Begreppsbestämning av förändring i relation till hälsoprocesser. *Vård i Norden* 27(4), 20-25.*

Salmela Susanne, Fagerström Lisbeth. 2008. When Two Health Care Organizations are Merged into One – Staff Attitudes in a Change Process. *International Journal of Public Administration*, 31: 1380-1402.*

Salmela Susanne, Eriksson Katie, Fagerström Lisbeth. 2012. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 423-433.*

Salmela Susanne, Eriksson Katie, Fagerström Lisbeth. 2012. Nurse Leaders' Perceptions of an Approaching Organizational Change. *Qualitative Health Research*. Accepted.

* Artiklarna har återgivits med copyright-innehavarnas tillåtelse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INTRODUKTION	1
2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	5
3 FORSKNINGSOVERSIKT	6
3.1 Förändring som fenomen och förändringsarbete.....	6
3.2 Förändringsledare och förändringsledarskap	9
3.3 Sammanfattning.....	15
4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	19
4.1 Vårdvetenskapliga utgångspunkter	20
4.2 En teoretisk syntes om att leda förändring	22
4.2.1 Att arbeta med och genom andra för att uppnå förändring	24
4.2.2 Ledning och styrning av personalens insatser.....	26
4.2.3 Kultur som sammanhållande kitt	26
4.3 Sammanfattande reflektioner	28
5 METODOLOGI OCH FORSKNINGENS GENOMFÖRANDE	31
5.1 Forskningens design - hermeneutik med tillämpning av metodologisk triangulering	31
5.2 Forskningens kontext	34
5.3 Beskrivning av avhandlingens delstudier	35
5.4 Beskrivning av delstudiernas syfte, material och metoder	35
5.4.1 Delstudie I	35
5.4.2 Delstudie II	37
5.4.3 Delstudie III	38
5.4.4 Delstudie IV	40
5.5 Forskningsetiska ställningstaganden	42
5.6 Forskningens metodologiska horisontsammanmältning.....	43
6 RESULTAT	45
6.1 Förändring som omgestaltning	45
6.2 Dialogens arena för vision och mission fram till förändring.....	47
6.3 Vårdledarens huvuduppgifter och gestaltningar under en förändringsprocess	49
6.4 Vårdledaren som åskådare med en anpassning utan djupare engagemang	51
7 NYA TOLKNINGSMÖNSTER	54
7.1 Förändring som fenomen och förändringsledarskap	57
7.2 Vårdledaren som ledare av förändring	58
7.3 Vårdpersonalens delaktighet vid en förändring.....	62
7.4 Forskningens bidrag till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen.....	64
8 KRITISK GRANSKNING	69
8.1 Kritisk granskning av forskningen som helhet.....	70
8.2 Kritisk granskning av resultatets kvalitet	74
9 DISKUSSION OCH FORTSATT FORSKNING	77
SUMMARY	85
LITTERATUR	97

FIGURER

Figur 1. Diskriminationsparadigm av begreppet förändring.	46
Figur 2. En tredimensionell modell för vårdledares huvuduppgifter och roller under en förändringsprocess.	51
Figur 3. Tolkningsmönstret - Vårdledarskapets triad vid en förändring.....	56

TABELLER

Tabell 1. Översikt över delstudierna	35
--	----

BILAGOR

Bilaga 1. Enkät	
Bilaga 2. Följebrev	
Bilaga 3. Intervjuguide	
Bilaga 4. Avtal	

En förbättring kräver alltid en förändring, men en förändring behöver inte betyda en förbättring.
(Pia Juhlin)

1 INTRODUKTION

Mitt intresse för förändring och att leda förändring väcktes år 2003 i samband med en systematisk uppföljning av en fusionsprocess mellan två organisationer inom hälso- och specialsjukvården. Trots ingen tidigare erfarenhet av eller kunskap om förändringsledarskap utgjorde denna uppföljning startskottet för att fördjupa kunskaperna om vad det innebär för vårdledaren¹ att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv som i detta fall sker under en fusionsprocess.

Ett av ledarens kompetensområden inom hälso- och sjukvården är nämligen att leda förändring och utveckling, vilket kräver andra tankemodeller än den traditionella synen på ledarskap^{2,3}. En förändring behöver dock inte alltid betyda en förbättring, vilket det inledande citatet gör gällande. Det är därför viktigt att veta varför en förändring görs så att man inte bara följer modets växlingar⁴. Drivkraften bakom förändringar kan vara förändrade behov och krav, teknologiska och informationsteknologiska förändringar, en förändrad världsbild samt kunskap som föråldras allt snabbare. Då det talas om förändring och utveckling kan man konstatera att det finns interna drivkrafter, t.ex. enskilda aktörer eller grupper inom organisationen som driver sina intressen. Externa drivkrafter inom hälso- och sjukvården kan utgöras av förändrade verksamhetsområden, nya kunskapsformer och olika teknologiska samt medicinska, medicintekniska och farmakologiska utvecklingar, men även av ändrade ekonomiska, politiska, kulturella och demografiska förhållanden. Drivkrafterna kan emellertid förändras, vilket leder till svårigheter med att genomföra en planerad förändring. Varje förbättring eller utveckling utgör med andra ord någon form av förändring, men förändring som fenomen är dock svår att klassificera eller kategorisera.⁵ Ofta är det när kontexten påverkar oss som folk till vardags talar om förändring⁶.

¹ Eftersom forskningskontexten är hälso- och sjukvård används i huvudsak vårdledare i betydelsen ledare för vårdarbetet oavsett nivå samt vårdledarskap, då vårdledare kan leda eller driva både mindre och större förändringar. Ledare, ledarskap respektive förändringsledare och förändringsledarskap i betydelsen leda förändring används också. Detta kan också avse andra, oberoende av yrkestillhörighet, som får uppdraget att leda förändring. Forskaren refererar till vårdledaren respektive ledaren som *han*.

² Jfr Brommels, 2001.

³ Dagens hälso- och sjukvård skapades på 1950-talet (Hernesniemi, 1993, 16 - 17).

⁴ Axelsson, 1998.

⁵ Norbäck & Targama, 2009; Sveningsson & Sörgärde, 2007.

⁶ Ahrenfelt, 2001, 125.

Ledarskap innefattar alltid förändringsarbete, och för vårdledarna⁷ innebär det en ständig utveckling av det dagliga vårdarbetet. I detta utvecklingsarbete är vårdledarens syn på vårdarbetets framtid och utvecklingsbehov samt kunskap om vilka faktorer som främjar eller hindrar utvecklingsarbetet en nödvändighet.⁸ Förändringsledare är dock beroende av sin personal för att lyckas⁹, och för att kunna åstadkomma en verklig och hållbar förändring bör en förändring även ske på det individuella planet. Att leda förändring inom hälso- och sjukvården är emellertid ingen lätt uppgift då den nordiska hälso- och sjukvården¹⁰ med en offentlig anpassad förvaltning är en komplex, mångprofessionell och högspecialiserad kunskapsorganisation¹¹. Hälso- och sjukvårdens struktur och ledningssystem styrs nämligen av politik, administration, medicin och vård, något som man vid en förändring bör beakta för att få till stånd en lokal samverkan. Det är politiker, administratörer eller chefer som fattar beslut om resurser, medan läkarna fattar beslut om medicinska åtgärder som andra professioner utför.¹² Vårdpersonalen inklusive vårdledare är en stor grupp som blir involverade i dessa förändringar, men deras röster hörs inte och deras uppfattningar eller erfarenheter har sällan tillfrågats. Man bör dock samtidigt notera att normen för det offentliga ledarskapet som oftast diskuteras är industri- och affärsledarskap trots att det religiösa, ideella, militära och politiska ledarskapet har en längre historia¹³.

Det egentliga uppdraget, eller missionen, för vårdledare är att möjliggöra en god vård för patienten. Vårdledaren har därmed ett speciellt ansvar för patienten och hans eller hennes vård med ett vårdande som strävar efter det bästa för patienten genom att skapa professionella, kontextuella och

⁷ Det har skett en språklig förändring då man allt mera börjat tala om ledare i stället för chef då det är en markering för att det behövs nya sätt för att leda en organisation och där mänskliga värderingar och ideal ligger till grund för synen på ledarskap. Begreppet chef har sitt ursprung i det latinska ordet *caput* som betyder huvud, medan *ledare* betyder den som får någon att gå. Skillnaden mellan chefskap och ledarskap är att en chef gärna ger order och bestämmer utifrån sin egen lösning hur man handlar, medan ledaren samarbetar med sina medarbetare och skapar möjligheter för medarbetarna, anger riktningen för verksamheten samt delegerar ansvar och befogenheter. (Bergman & Klefsjö, 2001, 372 - 378) Enligt Ahrenfelt (2001, 64) är chefen utnämnd uppifrån hierarkin och chefskapet innebär en position inom organisationen, medan ledaren är utnämnd underifrån där medarbetare väljer att slå följe med ledaren. Men en chef kan också vara ledare och utöva ledarskap.

⁸ Miettinen, 1999, 84 - 91.

⁹ Ahrenfelt, 2001.

¹⁰ Hälso- och sjukvården kan förutom att som en professionell kunskapsorganisation ses som en serviceorganisation (Axelsson, 1998). Sjukhus som en professionell organisation kan ses som en speciell form av byråkratisk organisation med vilken Axelsson (1998, 23) avser en pyramidformad organisation. Brommels (2001) talar om kunskapsorganisation och en viktig faktor för framtiden är förändring och organisationsutveckling. Men man kan liksom Ahrenfelt (2001, 12 - 13, 15, 45) se på organisationen som ett öppet levande system och som dess människor. Ahrenfelt (2001, 20, 103, 107) utgår från ett systemteoretiskt tänkande och anser att det ger ett kreativt verktyg för det dynamiska synsättet på organisation och dess verksamhet på olika nivåer, dvs. ledarnivå, organisationsnivå samt kontext och omvärld.

¹¹ Begreppet organisation har sitt ursprung i grekiskan och betyder verktyg genom vilket personalen omvandlar bl.a. mentala och fysiska resurser till mål. Organiserandet blir då en process, en dynamisk interaktion, som handlar om relationer mellan människor och mellan organisationen och dess omvärld. Det är med hjälp av medarbetarna som organisationen utvecklas och den resultatskapande processen formas av människors relationer. (Ahrenfelt, 2001, 35, 61)

¹² Brommels, 2001; Norbäck & Targama, 2009.

¹³ Holmberg, 2003; Tullberg, 2003.

kulturella förutsättningar.¹⁴ Men man kan då fråga sig hur vårdledare ser på och förhåller sig till förändring, framför allt om det är frågan om en förändring, t.ex. en organisationsförändring, som de inte själva driver. Samtidigt ska de som vårdledare sträva efter det bästa för patienten och möjliggörande av en god vård. Hur vårdledaren handlar och samordnar i gränsytan mellan organisation och kontext får därmed en avgörande betydelse vid en förändringssituation med patienten och vårdaren eller vårdpersonalen som medaktörer i "Det goda vårdandets drama"¹⁵, där alla borde utgå från patientens vårdbehov och perspektiv¹⁶ samtidigt som vårdledaren ska följa fattade beslut samt regler och direktiv. En värdegrund för helheten blir därför också mycket viktig¹⁷.

Det kan konstateras att det finns mycket litteratur om fusioner inom hälsovårdsorganisationer. Men mycket av litteraturen lyfter fram förändringsledarskap som drivs av ekonomiska orsaker som rättfärdigar förändringar på bekostnad av andra organisatoriska, personella och sociala orsaker. Många forskare och författare utgår även från att förstärka den obestridda makten hos ledaren att initiera och styra förändringar.¹⁸ Finansiella överväganden och strategier¹⁹ utgör alltså oftast drivkraften bakom fusioner, men ekonomiska utvärderingar såsom kostnadsanalyser²⁰ ligger inte inom intresseområdet för denna forskning. Det finns emellertid en brist på vetenskapliga studier av personalens attityder till kommande hälsovårdsfusioner samt fusioner som en förändringsprocess. Endast få studier finns om hur människor påverkas vid en förändring, fusion eller förvärvning, trots att dessa betraktas som emotionella händelser.²¹ Studier som lyfter fram vårdledarens betydelse²² vid en förändringsprocess, förändringar i roller²³, matchning av kompetenser till uppgifter och ledarskapsstilar förekommer däremot. Trots att t.ex. förändringsdynamik och förändringsmotstånd är det som förändrings- eller vårdledarens även bör hantera begränsas denna forskning till vårdledarens uppgifter under en förändring, dvs. hur vårdledaren bör hantera och förverkliga eller genomföra en förändring.

¹⁴ Eriksson, 2001; Eriksson & Nordman, 2004; Fagerström, 1999.

¹⁵ Enligt Ahrenfelt (2001, 72) finns patienten vid gränsytan mellan organisation och kontext och hänvisar till "Sanningens ögonblick" som i ett vårdssammanhang skulle få betydelsen "Lidandets drama" (Eriksson, 1994, 53). I en förändringssituation skulle det få betydelsen "Det goda vårdandets drama", där vårdledaren ansvarar för möjliggörande av en god vård.

¹⁶ Norbäck & Targama, 2009, 51.

¹⁷ Ahrenfelt, 2001. Ahrenfelt (2001, 15, 107) framhåller dock att de egna tankemönstren och traditioner, dvs. det linjära tänkandet, kan bli till kvarnstenar. Att se på förändring ur ett flerparadigmatiskt perspektiv har betydelse, eftersom en mångfald i tänkandet behövs för att utforska, beskriva och förstå individ, kontext och organisation på olika nivåer.

¹⁸ Shanley, 2007. Shanley har granskat litteratur om förändringsledarskap från olika discipliner inom organisationsstudier. Shanley konstaterar att den politiska aspekten är en del av förändringsarbetet som ofta inte erkänns.

¹⁹ Bazzoli, Dynan, Burns Yap, 2004.

²⁰ Fulop, Protosaltis, Hutchings, King, Allen, Normand & Walters, 2002.

²¹ Shanley, 2007; Sinkovics, Zagelmeyer & Kusstatscher, 2010.

²² Hendel, 1998; Knox & Irving, 1997; Sofarelli & Brown, 1998.

²³ King, 2002; Sorrell-Jones, 1999; Willmot, 1998.

Föreliggande avhandling har sin vetenskapliga bas i en förening av vårdvetenskap och hälsovårdsadministration, där hälsovårdsadministrationen är förankrad i vårdvetenskapens teori-kärna och ethos. Vårdvetenskapens caritasmotiv och den medmänskliga kärleken förenas med administrationens effektivitet och meningsfulla verkan. Grundmotivet för hälsovårds-administrationen är nämligen tjänande av vårdandets sak, dvs. att lindra lidande samt tjäna liv och hälsa som det meningsbärande i vårdandet.^{24,25} Det är med andra ord den lidande patienten som sammanbinder vårdandet med administrationen, där medmänsklighet och kärlek, dvs. caritas, förenas med administrationens effektivitet såsom hjälpande, tjänande och förvaltande. Genom denna förening skapar vårdledaren de bästa förutsättningarna för att möjliggöra vårdande och förena vårdpersonal i att tjäna patienten²⁶. Avhandlingen är en sammanläggningsavhandling och består av tankemodellen "Siktet", "Sökandet" och "Slutandet". "Siktet" utgörs av Forskningsöversikten (kapitel 3) och Teoretiska utgångspunkter (kapitel 4). "Sökandet" utgörs av Metodologi och forskningens genomförande (kapitel 5) samt Resultat (kapitel 6). "Slutandet" tillbaka mot teorikärnan sker i kapitlet om Nya tolkningsmönster (kapitel 7) som avslutas med Forskningens bidrag till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen (kap. 7.4).

²⁴ Bondas, 2003; Bondas, 2008; Eriksson & Lindström, 2009; Eriksson, Lindström, Lindholm, Matilainen & Kasén, 2004; Eriksson, Lindström, Kasén, Lindholm, Matilainen, 2006.

²⁵ Bondas (2008, 4, 7) och Rosengren (2008, 22) talar här om det caritativa ledarskapet som verkar för att möjliggöra vårdande och som genom administrativa processer såsom planering, organisering, koordinering, rapportering, budgetering, beslutsfattande, kommunikation, information, personalvård samt utvärdering utvecklar vården.

²⁶ Bondas, 2008; Eriksson, 2001, 19, 50; Rosengren, 2008, 21.

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med föreliggande forskning är att bidra med en ny kunskapssyntes om vad det innebär att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Detta sker utgående från de olika delstudiernas resultat och genom speglingen mot forskningsöversikten och de teoretiska utgångspunkterna. I vårdorganisationer är patientens bästa det mest värdefulla, där etik och värden har en speciell ställning²⁷. Värdegrunden för helheten är emellertid betydelsefull vid en förändring²⁸. Vårdledaren har därför en stor betydelse för hur vårdandet förvaltas vid förändringar i organisationen, och som det framgick tidigare är det den lidande patienten som sammanbinder vårdandet med ledarskapet och hälsovårdadministrationen. Genom tjänande av vårdandets sak har vårdledaren möjlighet att forma den vårdande kulturen och vårdgemenskapen.²⁹ Patientens vårdbehov och perspektiv³⁰ ska vara den centrala utgångspunkten så att inte enbart ett ekonomiskt, administrativt eller managerialistiskt³¹ synsätt råder. Därför är det viktigt att hålla den vårdande traditionen levande³² i det dagliga vårdarbetet så att patienten får en god vård trots en pågående förändringsprocess.

Den övergripande frågeställningen är:

Vad innebär det att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv?

Den övergripande frågeställningen är uppdelade i underliggande frågeställningar:

- 1) Vad är meningsinnehållet i förändring och hur gestaltas förändring (Delstudie I)?
- 2) Vad är förutsättningarna för en förändring eller förändringsprocess med avsedda mål (Delstudie II)?
- 3) Hur gestaltas³³ vårdledarens uppgifter vid en förändring (Delstudie III)?
- 4) Hur uppfattar vårdledarna förändring och den kommande förändringsprocessen (Delstudie IV)?

²⁷ Virtanen, 2010.

²⁸ Ahrenfelt, 2001.

²⁹ jfr Eriksson, 2001, 20, 25.

³⁰ jfr Norbäck & Targama, 2009.

³¹ Enligt Virtanen (2010, 211 - 212) hänvisar *managerialism* till den offentliga sektorns tillämpning av den privata sektorns ledarskapsteorier och praxis. I Virtanens forskning kommer detta fram i ledarnas/chefernas sätt att tala om resultat, budget, resultatområden och resultatenheter.

³² Eriksson & Nordman, 2004.

³³ Synonymer för gestalt är bl.a. form, roll och karaktär och synonymer för gestalta är bl.a. utforma, skapa, forma, åskådliggöra och framställa (Walter, 2000) som Malmström, Györki och Sjögren (1986) ser som att forma eller framställa (en roll på scenen). Gestaltning har betydelsen att gestalta eller forma något, eller förhållandet att något antar (en viss) gestalt eller skepnad (SAOB, 1928). Gestaltning får här betydelsen av hur vårdledaren (ut)formar, skapar eller framställer rollen, karaktären eller uppgiften som vårdledaren intar eller innehar.

3 FORSKNINGSOVERSIKT

Genomgången av tidigare forskning och litteratur gjordes med hjälp av olika databaser³⁴, men även manuellt. Totalt lästes 240 abstrakt och litteratur igenom varefter 20 artiklar eller litteratur analyserades noggrannare. Sammanfattningsvis kunde konstateras att det fanns ett antal forskningar som diskuterar betydelsen av att leda och hantera förändring generellt samt inom hälsovården. Forskningar om vad det innebär att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv när ledaren står inför en fusion mellan två organisationer verkar dock inte förekomma. Vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi har däremot kunskap utvecklats om vårdkultur och vårdrelation³⁵, den vårdande relationen³⁶, evidensbaserade vårdande kulturer³⁷, en vårdande kultur³⁸, det vårdande samtalet³⁹, den perioperativa dialogen⁴⁰ och lyssnandet⁴¹ för att nämna några forskningar och rapporter. Däremot har ingen studie gjorts om att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Forskningsöversikten beskriver förändringsarbetet och -ledarskapet ur ett bredare hälsovetenskapligt perspektiv, samt ur angränsande teoretiska perspektiv, som kan utvidga förståelsen för både förändringsarbete och -ledarskap. Senare i kapitlet om nya tolkningsmönster (se kapitel 7) sker en sammanflätning till det vårdvetenskapliga perspektivet i speglingen mot resultatet.

3.1 Förändring som fenomen och förändringsarbete

När ledaren står inför en förändring kan det vara svårt att veta hur en förändring ska ledas då det inte finns något enkelt eller enhetligt närmelsesätt⁴². Även Cutcliffe och Bassett⁴³ konstaterar att det inte finns en enda modell eller sätt för förändringsarbetet. Förändring är dessutom ett komplext och oförutsägbart fenomen som bäst förstås över tid och kan förekomma i många olika former, omfattning och nivåer av intensitet och brådska⁴⁴.

³⁴ Sökningen gjordes i databaserna CINAHL, EBSCO, ARTO, ScienceDirect/Elsevier och SpringerLink. Ytterligare sökning gjordes i CSA, IngentaConnect, Intute, Journals@Ovid, Medic, Medline, PubMed och Sage Premier för att finna tänkbara forskningar och litteratur samt få en bredd. Andra källor var referenslistan för relevanta artiklar. Sökorden var olika kombinationer av 1) change management, strategic change management, change agent 2) merger, hospital merger, health care merger, health care centre merger, change och 3) nursing leadership, nursing management, nurse manager, nurse leader, nurse, nursing, caring, leadership, management.

³⁵ se Lindström, 1995.

³⁶ se Kasén, 2002.

³⁷ se Eriksson & Nordman, 2004; Eriksson, Nordman & Myllymäki, 1999.

³⁸ se Nordman, 2006.

³⁹ se Fredriksson, 2003.

⁴⁰ se Rudolfsson, 2007.

⁴¹ se Koskinen, 2011.

⁴² Shanley, 2007.

⁴³ Cutcliffe & Bassett, 1997.

⁴⁴ Shanley, 2007.

Inför tankarna på en förändring eller utveckling ska signaler för ett potentiellt behov av förändring⁴⁵ sökas, där incitament ses som det första steget i en aktiv förändringsprocess. För en som leder förändring inom den offentliga sektorn är det med andra ord viktigt att kunna avläsa de signaler som kommer från omgivningen och leda förändringsprocessen på lång sikt även om den politiska realiteten förändras⁴⁶. Även Stenvall och Virtanen⁴⁷ lyfter fram att en identifiering av förändringsbehov förutsätts för en lyckad förändring, eftersom förändring kräver planering och identifiering av risker. Det behövs även en kritisk utvärdering av förändringskapaciteten samt hurdan förändringsberedskap och –kunskap som nyckelaktörer bör ha. Förändringens genomförande baserar sig på kunskap och för att dra nytta av kunskapen borde organisationen utveckla sin kapacitet att göra utvärderingar. Istället för kritisk utvärdering talar Young⁴⁸ om överväganden som görs tillsammans med personliga reflektioner, vilka borde ske utgående från ett brett perspektiv. Om tungt vägande incitament finns och som accepteras i tillräcklig omfattning bekräftas behovet av förändring⁴⁹.

Hendel⁵⁰ anger att planering och förberedelser av förändringsprocessen är ett av nyckelelementen för en smidig övergång, vilka Juppo⁵¹ framhåller som två av förändringsprocessens olika skeden. Enligt Bennett⁵² är användningen av en kraftfältsanalys (force field analysis) av förändringssituationen ett praktiskt närmelsesätt för att planera en förändring. Förberedelser och målsättningen med förändringen utgör en form av planering varvid åtaganden att handla startar efter att beslut om att sätta igång processen har tagits. De som driver förändringen representerar skedet av övergång från ett tillstånd till ett annat och som utgör det specifika resultatet. Den bestående nyttan framhäver den mer värdefulla nyttan som blir en bestående produkt.⁵³

Juppo⁵⁴ beskriver förändringsprocessen som en händelsekedja om hur förändringen förverkligas samt förändringsledarskap om hur förändring hanteras⁵⁵ genom att leda, styra och kontrollera förändringens händelseförlopp. Förändringsprocessens skeden består förutom av förberedelser och planering även av andra skeden såsom säkerställande och bemyndigande av resurser, åtaganden,

⁴⁵ Young (2009) presenterar en metamodell för förändring som ska fungera som en guide för en implementering av förändring, där den teoretiska metaanalysen identifierade allmänna teman från ett brett område av litteratur relaterad till förändring. I den tematiska analysen grupperades liknande teman från varje fält inom förändringslitteraturen som resulterade i nio teman med gemensamma drag.

⁴⁶ Juppo, 2007.

⁴⁷ Stenvall & Virtanen, 2007.

⁴⁸ Young, 2009.

⁴⁹ Detta kan sägas utgöra beslutstadium ett, medan beslutstadium två utgörs av åtagande att handla (Young, 2009).

⁵⁰ Hendel, 1998.

⁵¹ Juppo, 2005.

⁵² Bennett, 2003.

⁵³ Young, 2009.

⁵⁴ Juppo, 2005.

⁵⁵ Juppo, 2007.

kommunikation och motivering, uppmuntran och inspiration, förverkligande och styrning, övervakning och uppföljning, etablering och institutionalisering, förankring samt nyevaluering och feedback.⁵⁶ I förändringsprocessens olika skeden kan förändringsledaren fokusera på förändringsprocessens tekniska genomförande eller att styra insatserna i denna process⁵⁷.

Cutcliffe och Bassett⁵⁸ anser att även kulturen bör beaktas för att lyckas med en förändring och förutom kulturen ska förändringsledaren även fästa uppmärksamhet på ledarskapsstrukturer, den politiska strukturen och förfaringsätt⁵⁹. Varje större organisationsförändring för nämligen med sig en förändring i organisationskulturen som även är en tids- och situationsrelaterad händelse⁶⁰. Vid en förändring av kulturen eller värderingar, vilka är en långsiktig utvecklingsuppgift för organisationen, ska en gemensam kultur och gemensamma värderingar gynnas på initiativ av organisationsförändringen. Samtidigt ska centrala värderingar utvecklas inom organisationen.⁶¹ Enligt Hendel⁶² påverkar sammanslagningar eller fusioner traditioner och vanor, såväl på professionell som på organisatorisk nivå. En ny organisationsidentitet för framtiden bör därför utvecklas och den framväxande kulturen bör reflektera det bästa från organisationernas eller enheternas förflutna. Ett viktigt mål blir att utveckla en kultur som personalen från olika enheter eller organisationer kan identifiera sig med och stöda. Vid en organisationsförändring kan emellertid organisationskulturens grundläggande antaganden ses som försvarsmekanismer och då är det viktigt att ledaren också är synlig i organisationen⁶³.

Planerna på en förändring bör vara förankrade i den interna och externa organisationskontexten och stödas av ledningsgruppen eller av ledningen på olika nivåer i organisationen, men ändå vara tillräckligt flexibel för att kunna möta det oförutsägbara⁶⁴. I den offentliga sektorn kan ledarna stöda genom att skapa en ändamålsenlig arbetsfördelning och skapa olika lösningar beroende på omständigheterna, koordinering samt sakkunniga som stöder processen⁶⁵.

Förverkligande av en förändring hör även samman med individens, gruppens och organisationens lärande som innefattar ett reflekterande arbets- eller förhållningssätt⁶⁶. För att utveckla både

⁵⁶ Juppo, 2005; 2007.

⁵⁷ Juppo, 2005.

⁵⁸ Cutcliffe & Bassett, 1997.

⁵⁹ Hartley, Benington & Binns, 1997.

⁶⁰ Knox & Irving, 1997.

⁶¹ Hartley m.fl., 1997.

⁶² Hendel, 1998.

⁶³ Kullén Engström, 2009.

⁶⁴ Juppo 2007; Shanley, 2007.

⁶⁵ Juppo, 2007.

⁶⁶ Stenvall & Virtanen, 2007.

ledningens och personalens kompetenser skapas lärandeprocesser i en förändringssituation⁶⁷, bl.a. genom ledarskapsutbildning⁶⁸.

3.2 Förändringsledare och förändringsledarskap

Lindholm, Sivberg och Udén⁶⁹ framhåller betydelsen av kunskap om olika ledarstilar hos vårdledarna då det finns olika behov vid olika tider under en förändring. Det finns ett samband mellan vårdledarnas inställning till organisationskulturen och den ledarskapsmodell som väljs. De ser ledarskapsstilen som sättet hur ledarskapet utövas och den inställning ledarna har. Kullén Engström⁷⁰ anser däremot inte att det krävs en speciell ledarskapsstil, utan snarare ska uppmärksamhet fästas vid hur ledarskapet utövas. Enligt Shanley⁷¹ borde ledare utveckla ett medvetet eller öppet och reflekterande tänkande över hur och varför de leder förändring på sättet de gör, men ledarens underliggande världsbild och hennes explicita eller implicita teoretiska förståelse av förändring inverkar också.

Enligt Sofarelli och Brown⁷² bör dock ledarstilen vara i överensstämmelse med yrkesetiken. En tillitsfull relation byggs upp för att dela en vision, där tillit visas genom ledarens synlighet. En tillitsfull relation är i överensstämmelse med vårdprofessionens etik som bygger på värderingar och tillit tillsammans med andra drag som bl.a. ärlighet, pålitlighet och ett etiskt förhållningssätt som bör finnas mellan vårdledaren och vårdpersonal. Att ha en hög personlig självrespekt, självmedvetenhet och självaktning ligger till grund för principer och värderingar, vilka är reflektioner av personliga kärnvärderingar. Ledningens eller förändringsledarens strategiska uttalanden förutsätter också kritiska och centrala värden som ska vara klara och tydliga.⁷³

Medan Sofarelli och Brown⁷⁴ framhåller ett transformativt ledarskap för ledare av förändring förespråkar Kullén Engström, Rosengren och Hallberg⁷⁵ ett situationsanpassat ledarskap så att anställda kan balansera sitt engagemang. En transformativ ledare omfattar och uppmuntrar innovation och förändring och utmanar sig själv och andra att tänja sig utöver sina bekvämlighetsgränser i sättet att se på problem och deras lösningar samt pröva nya sätt att göra

⁶⁷ Stenvall & Virtanen, 2007.

⁶⁸ Juppo, 2007.

⁶⁹ Lindholm, Sivberg & Udén, 2000.

⁷⁰ Kullén Engström, 2009.

⁷¹ Enligt Shanley (2007) borde ledare istället för att hitta den rätta teorin utveckla ett reflektivt tänkande över sättet att leda förändring.

⁷² Sofarelli & Brown, 1998.

⁷³ Knox & Irving, 1997.

⁷⁴ Sofarelli & Brown, 1998.

⁷⁵ Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002.

gamla saker⁷⁶. Kullén Engström m.fl. konstaterade i sin studie att om ledningen använt olika strategier för att hantera dynamiken mellan uppgifter och relationer skulle det troligen ha lett till ökad tillit, respekt och åtaganden i organisationen⁷⁷.

Många författare och forskare framhåller att vårdledaren är mycket betydelsefull i sin position för att påverka framgången av en strukturförändring och som rollmodeller. De har också stor betydelse i skapande av ett kreativt arbetsklimat som har en stark koppling till arbetstillfredsställelse.⁷⁸ Genom sitt åtagande och ansvarstagande för beslut samt för organisering av det stöd som finns i bakgrunden har förändringsledaren en mycket viktig roll i organisationen⁷⁹. En förändringsledare som förbinder sig till förändring och är en modell skapar förtroende, eller tillit⁸⁰. Som förändringsledare ska vårdledaren egentligen uppträda i flera nyckelroller för att underlätta förändringen. Vårdledare är rollmodeller som stöder och utbildar kolleger under förändringsprocessen samtidigt som de delegerar ansvaret. En förändringsledares roll är att vara en objektiv observatör, utmanare, advokat, utbildare, rådgivare och coach. De förenar resurser, genererar nya idéer, underlättar, förenar dem som kan ses som "problemsökare" med dem som löser problem och integrerar data. I planeringskedet ska ledaren i rollen som problemlösare förbereda sig för möjliga hinder. Dessa kan vara brist på resurser, förändringsmotstånd, tidsbrist, brist på stöd från arbetskamrater och ledning samt brist på förtroende. En evaluering av konsekvenserna av förändringen i praktiken är också viktigt.⁸¹

Hendel⁸² konstaterar att vårdledare har en mycket viktig roll i att leda fusions- eller förändringsprocesser för att minimera de negativa effekterna av fusionen. Enligt Baulcomb⁸³ hör det till vårdledarens roll att kunna leda allt från mindre dagliga förändringar till mera invecklade förändringar över en längre tidsperiod. För att lyckas med förändring är det viktigt att lägga tonvikten på nyttan av förändring för att minska de negativa aspekterna. Användningen av Lewins modell med upptining, rörelse och nedfrysning kan användas som guide för att få en bättre bild av motståndet samt hur driv- och motståndskrafterna kan införlivas i faserna av planering och genomförande.

⁷⁶ Sofarelli & Brown, 1998.

⁷⁷ Kullén Engström m.fl., 2002.

⁷⁸ Bennett, 2003; Fransson Sellgren, Ekvall & Tomson, 2008; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁷⁹ Cutcliffe & Bassett, 1997.

⁸⁰ Stenvall & Virtanen, 2007.

⁸¹ Bennett, 2003.

⁸² Hendel, 1998.

⁸³ Baulcomb, 2003.

Enligt Shanley⁸⁴ behöver förändringsledare utbildning om olika alternativa sätt de har till förfogande för att genomdriva förändring samt uppmuntran till att göra ett val och sen ta ansvar för konsekvenserna av de val de gör. Ledare ska närma sig förändring utgående från en holistisk referensram med en realistisk inställning, tillräcklig planering och med nyckelpersoner involverade för att kunna hantera förändring.

Vårdledaren som förändringsledare behöver även kunskap om förändring som fenomen, om känslor som en sådan kan framkalla och om vilka nyckelfaktorer som påverkar framgången av eller misslyckandet med en förändringsprocess⁸⁵. De faktorer som vårdledaren med andra ord bör ta i beaktande vid en förändring är personalens inställning, beteenden och känslor⁸⁶. Trots att förändring kan påverka många involverade på olika sätt ignoreras ofta de känslomässiga aspekterna⁸⁷. En fusions- eller förändringsprocess kan ses som en sorgprocess med förnekelse, ilska, köpsläende, depression och acceptering⁸⁸. Young⁸⁹ framhåller i sin tur att personalens reaktioner på en förändring tros följa liknande mönster som vid traumatiska händelser såsom förnekelse, ilska, sorg och anpassning.

Ett kompetensområde för ledaren är att uppmärksamma omgivningen med tanke på vad som är relevant för framtiden och framför detta till andra i organisationen. Genom att uttrycka en vision ges vårdpersonalen en mening, ett syfte och en känsla av förändringens värde och därmed blir personalen motiverad att jobba både för förändringen och för visionen.⁹⁰ Förutom att ha en klar vision och vara målmedveten ska förändringsledaren ha realistiska målsättningar samt vara kritisk reflektiv⁹¹. Förändringsledaren är en ledare med ansvar som har en helhetssyn över verksamheten med dess uppgifter, personalens arbetssätt och arbetskultur, men ska även ha förmåga att leda människor⁹². Förändringsledaren ska med andra ord ha förmåga att organisera förändringsprocessens delar till en helhet samt ha förmåga att gestalta faktorer som påverkar framtiden, men för detta bör förändringsledaren mentalt ha tagit ställning för en förändring för att aktivt leda förändringsprocessen⁹³. I förändringsledarens kompetens ingår även förmågan att kommunicera, att handla rationellt samt att i en tillitsfull växelverkan med andra styra förändringsdynamiken som hör till förändringsprocessen. Men förändringsledaren bör kunna uppträda med självbehärskning för att

⁸⁴ Shanley, 2007.

⁸⁵ Shanley, 2007.

⁸⁶ McPhail, 1997.

⁸⁷ Shanley, 2007.

⁸⁸ Hendel, 1998.

⁸⁹ Young, 2009.

⁹⁰ Sofarelli & Brown, 1998.

⁹¹ Stenvall & Virtanen, 2007.

⁹² Stenvall & Virtanen, 2007.

⁹³ Juppo, 2007.

kunna hålla sig realistisk och objektiv till de fakta som framstiger under förändringsprocessen. Förändringsledaren är också en närvarande och tillgänglig ledare som hjälper personalen att snabbt lösa problem och konflikter. Förändringsledaren tar tag i problem och möjligheter genom att handla utgående från situationen, men fattar även svåra beslut.⁹⁴ Feedback på utförda handlingar är väsentliga för både den personliga utvecklingen och vårdutvecklingen på avdelningen och samtidigt är bekräftelse i det dagliga arbetet en del av det stödjande ledarskapet som skapas av en närvarande och tillgänglig ledare. Ett delat ledarskap inom större personalintensiva verksamheter möjliggör en fördelning av arbetsuppgifter och ansvar, vilka kan vara betydelsefulla vid en förändringsprocess.⁹⁵

En delad vision är mycket viktig, men en framgångsrik förändring kräver en kombination av strategier⁹⁶. Det är viktigt att vårdledaren behåller lugnet och motiverar personalen när arbetsmiljön vid organisationsförändringar blir instabil. Förutom att möta individuella behov är det också viktigt att utveckla funktionella grupper. Den goda ledaren har en omtanke om människorna i organisationen, tar hänsyn till produktiviteten och vet hur förändringar hanteras.⁹⁷

Förändringsledaren borde ha en beredskap att leda personal och kunna möta det okända, ha mod och ha tålamod att möta förändringsmotstånd på ett målinriktat sätt. I förändringsdynamiken som uppstår återspeglas den enskilda individens emotionella och kognitiva process i handlandet. Förändringsdynamiken framskrider emellertid via olika skeden. Denna startar utgående från upplevelse av oro till bemötande av förändring då man börjar godkänna förändringsbehovet. Förändringsdynamiken går vidare genom ett skede där allt klarnar och där man förbinder sig till förändringen och ett klagörande slutligen nås. En förstäelse av målsättningarna med förändringen har då nåtts och lärandet startar för att sedan avslutas med att man genom förändringen anammar nya sätt att tänka och handla.⁹⁸

Förutsättningar för förändringskompetens hos medarbetarna behöver även skapas och lärande för att de ska kunna ta på sig mer omfattande och ansvarsfulla arbetsuppgifter vid en effektivisering av verksamheten. För att få motiverade medarbetare behöver medarbetarna få hjälp med att tolka innebörden eller meningen med olika förändringar.⁹⁹ För att få personalen att lita på sin förmåga förbereder och möjliggör förändringsledaren genom att dra försorg om att personalens prestations-

⁹⁴ Stenvall & Virtanen 2007, Rosengren, 2008.

⁹⁵ Rosengren, 2008.

⁹⁶ McPhail, 1997.

⁹⁷ Fransson Sellgren m.fl., 2008.

⁹⁸ Stenvall & Virtanen, 2007.

⁹⁹ Kullén Engström, 2009.

förmåga och kunnande utvecklas i samband med förändringen. En ledare som möjliggör är kapabel att dela sin auktoritet, synlighet, makt och sitt kunnande med sin personal.¹⁰⁰

Det är viktigt att även personalen får tillräckligt med stöd för att ett positivt förändringsklimat ska kunna skapas samtidigt som det är betydelsefullt att en vi-känsla uppstår mellan teamen i de båda organisationerna¹⁰¹. Medarbetarna behöver med andra ord ett genuint stöd av ledningen under hela förändringsprocessen¹⁰². Bristen på stöd hos vårdledaren leder till en negativ cykel som resulterar i motstånd, tvekan, rädsla och utbrändhet, medan ett stort stöd i relationer hjälper människor att hantera stress¹⁰³.

Personalen i studien om sammanslagningen av två sjukhus betonade betydelsen av information och en dialog på jämlika grunder för att göra det möjligt för de anställda att förstå förändringen och därmed få kontroll¹⁰⁴. Genom dialogen skapar förändringsledaren också lärande¹⁰⁵. Enligt Kullén Engström¹⁰⁶ är en viktig nyckel i förändringsarbetet att kommunicera syfte och önskvärda effekter med förändringen, men samtidigt ska ledaren även kommunicera vision, mål och resultat samt ge ekonomisk information. Nyckeln till en lyckad förändring är med andra ord kommunikationen om hurudan förändringsprocess det är frågan om, vad den betyder och hur förändringen kommer att påverka verksamheten och andra funktioner¹⁰⁷. En mindre organisationsförändring tillåter emellertid en mera öppen dialog och personalens deltagande i beslutsfattandet än vid en större organisationsförändring vid vilken öppenhet och deltagande kan försvåras p.g.a. praktiska svårigheter. Förändringsprocessen kan genomföras snabbare ifall en genomskinlighet av organisationens verksamhet tillåts av ledarna.¹⁰⁸

Det som vårdledare ansåg som mest betydelsefullt vid en organisationsförändring var en frekvent kommunikation om mål och förändringsprocessens framåtskridande. En hög grad av synlighet och att ledningen med ord och handling visar sitt engagemang i genomförande av organisationsförändringen för att behålla en god kvalitet på patientvården rangordnades högt. Likaså rangordnades förverkligande av önskade visioner och mål, dvs. visionen och missionen hos den önskade förändringen, också högt.¹⁰⁹ Hendel¹¹⁰ konstaterar att vårdarna uttryckte missnöje och

¹⁰⁰ Stenvall & Virtanen, 2007.

¹⁰¹ Rosengren, Kullén Engström & Axelsson, 1999.

¹⁰² Kullén Engström, 2009.

¹⁰³ Knox & Irving, 1997.

¹⁰⁴ Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002.

¹⁰⁵ Stenvall & Virtanen, 2007.

¹⁰⁶ Kullén Engström, 2009.

¹⁰⁷ Cutcliffe & Bassett, 1997.

¹⁰⁸ Chenoweth & Kilstoff, 2002.

¹⁰⁹ Knox & Irving, 1997.

de som berördes av förändringen kände besvikelse, accepterade inte fusionen eller förändringen och demonstrerade med ett improduktivt handlande. Det kan konstateras att vårdpersonalen behöver vara involverade och delta i alla aspekter av en förändring som påverkar dem, därför att de i allmänhet accepterar och genomför endast sådana förändringar som passar in i den speciella kulturen på avdelningen¹¹¹. Personalen upplevde en förlust av status och identitet, vilka hör samman med avsaknaden av organisationsidentitet, samt brist på kunskap och förståelse för förändringsprocessen. Genom samtal och diskussioner om känslor, sorg och förluster kan negativa effekter av fusionen minimeras.¹¹²

En uppgjord kommunikationsplan i samband med planeringen bidrar till genomförande av ett förändringsprojekt. Förutom att upprätthålla en dialog på olika nivåer ska förändringsledaren ha en öppen kommunikation med personalen om målsättningen med förändringen. Kommunikationen, som ska vara begriplig, ska basera sig på en dialog där personalen känner delaktighet och där förtroendet eller tilliten förstärks.¹¹³ Enligt Rosengren m.fl.¹¹⁴ är en god och tydlig information ett sätt att ge personalen känslan av verkligt deltagande, men det kan konstateras att ledningen inte hade lyckats att förklara bakgrund och villkor för den strukturella förändringen till personalen. Förändringsledarens dialog med olika intressegrupper och aktörer kan också ses som ett stöd¹¹⁵. Förändringsledaren som coach ska genom sin förmåga att kommunicera motivera personalen samt ge beröm och feedback, vilka också kan ses som motivationsverktyg¹¹⁶. Det kan konstateras att behovet av arenor för kommunikation och dialog ökar i anslutning till organisatoriska förändringar¹¹⁷.

Framgångsfaktorer för en genomgripande strukturell förändring är medarbetarnas möjlighet, som Kullén Engström¹¹⁸ talar om, till delaktighet och balans samt deras tillit till både struktur och ledarskap. Personal som var engagerade i beslutsprocessen och hade någon form av kontroll upplevde mindre stress. Då personalen och ledningen strävar mot ett gemensamt mål är det viktigt att ledningen uttrycker en tydlig målsättning som är en förutsättning för känslan av deltagande i en förändringsprocess. Känslan av deltagande i den strukturella förändringen hade stor betydelse för att engagera och motivera personalen i studien. Det otillräckliga deltagandet gav däremot utrymme

¹¹⁰ Hendel, 1998.

¹¹¹ Cutcliffe & Bassett, 1997.

¹¹² Hendel, 1998.

¹¹³ Stenvall & Virtanen, 2007.

¹¹⁴ Rosengren, Kullén Engström & Axelsson, 1999.

¹¹⁵ Juppo, 2007.

¹¹⁶ Bennett, 2003.

¹¹⁷ Kullén Engström, 2009.

¹¹⁸ Kullén Engström, 2009.

för tvivel, oro och brist på förtroende.¹¹⁹ Bristande delaktighet kan försvåra förändringsarbetet då en känsla av tillförsikt inte uppnås vad gäller förändring och vårdutveckling, eftersom oro och tvivel dominerar¹²⁰.

Tilliten till ledningen och dess förmåga att hantera förändring utgör grundpelare där personalens delaktighet genom olika åtaganden bör kunna balanseras. Utgångspunkten i ledarskapet är nämligen relationen mellan ledare och vårdpersonal.¹²¹ Vårdpersonalens balanserade deltagande som anpassas behövs för att de ska kunna hantera olika åtaganden samt för att balansera olika krav och behov¹²². Tillit är en förutsättning för en lyckad förändring och möjliggör kreativitet, lärande och en helhetssyn samt hjälp att orka med osäkerheten¹²³. Personalen upplevde en brist på förtroende för ledarnas kompetens och möjlighet att leda förändringen samt för politikernas och ledares beslutsförmåga på alla nivåer i organisationen. Samtidigt som de med fusionen såg en utmaning för samarbete, utveckling och kunskap kände de ett engagemang för invånarna och sitt yrke.¹²⁴ Även Rosengren m.fl. lyfter fram att deltagarnas tvivel eller bristen på förtroende för ledningen kan relateras till ledningens beslutsförmåga, kvalitetsförbättring, ekonomiska inbesparingar och demokrati. Deltagarnas oro beskrev i termer av osäkerhet och kunde relateras till resursfördelningen, solidaritet, anställningsförhållanden, arbetsmängd och den geografiska omlokaliseringen. Förtroende eller tillit beskrev deltagarnas känslor av hopp och framtidstro och kunde relateras till utmaning, utveckling och specialisering.¹²⁵

Relationen mellan ledningen, ledare och personal utgörs av ömsesidig respekt och tillit¹²⁶. Om anställda hade fått uppmärksamhet i organisationen skulle de ha känt sig respekterade och bekräftade, men personalen upplevde en kränkt värdighet samtidigt som deras situation inte uppmärksammades vid förändringen¹²⁷.

3.3 Sammanfattning

Förändring är ett komplext fenomen och dess resultat är inte alltid möjligt att förutsäga, utan förstås bäst över tid. Det finns inte något enkelt och enhetligt närmelsesätt för att leda förändring, eftersom förändring kan förekomma i många olika former, omfång och olika nivåer av intensitet och

¹¹⁹ Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002.

¹²⁰ Rosengren, 2008.

¹²¹ Kullén Engström, 2009.

¹²² Rosengren, 2008.

¹²³ Stenvall & Virtanen, 2007.

¹²⁴ Kullén Engström m.fl., 2002.

¹²⁵ Rosengren m.fl., 1999.

¹²⁶ Knox & Irving, 1997.

¹²⁷ Kullén Engström m.fl., 2002.

brädska.¹²⁸ En framgångsrik förändring förutsätter dock engagemang, förankring och stöd av den högre ledningsnivån, andra ledare och yrkeskollegor och en kombination av strategier eller tillvägagångssätt liksom även flexibilitet¹²⁹. Inför en större organisationsförändring i en offentlig organisation ska förändringsledaren hålla sig á jour med vad som händer i samhället. Förändringsledaren ska söka och avläsa signaler om eventuella behov av förändring och fästa uppmärksamhet på ledarskapsstrukturer, den politiska viljan, kulturen och processer.¹³⁰ Förändring innebär alltid ett lärande, eftersom dessa är delar av samma process. Förändring baserar sig nämligen på kunskap och förändringens genomförande eller förverkligande hör samman med lärande som även innefattar ett reflekterande förhållningssätt varvid reflektioner och övervägande görs.¹³¹ Lärande behövs med andra ord på olika nivåer för att både hantera och driva förändring och för att utveckla vårdpersonalens olika kunskaps- och kompetensområden, där lärandet kan starta efter att en förbindelse till förändring har skett¹³².

Förändringsprocessen utgörs av en händelsekedja av förändringens förverkligande, där vårdledaren genomför förändringen samt styr och följer upp händelseförloppet. Vårdledaren organiserar och koordinerar förändringsprocessens delar till en helhet och med en ändamålsenlig arbetsfördelning på ett målmedvetet och kritiskt reflekterande sätt.¹³³ Organiseringen och koordineringen sker utgående från förberedelser, planering utifrån en helhetssyn över verksamheten, en realistisk inställning och målsättningar med en kombination av tillvägagångssätt eller strategier. Vårdledaren gör kontinuerliga uppföljningar av etableringen och förankringen samt utvärderar förverkligandet av önskade visioner och mål samt av förändringens konsekvenser.¹³⁴

Vid alla större förändringar påverkas traditioner och ritualer på såväl professionell och organisatorisk nivå varvid även kulturen ska uppmärksammas för att förändringen ska lyckas. Vårdledarens uppgift är att utveckla en gemensam kultur med centrala och gemensamma värderingar så att en ny organisationsidentitet kan skapas. Den nya organisationskulturen och -identiteten som vårdpersonalen kan stöda och identifiera sig med ska även reflektera det bästa från det gamla med beaktande av situationen trots att det är en långsiktig uppgift.¹³⁵

¹²⁸ Cutcliffe & Bassett, 1997; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹²⁹ Juppo, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; McPhail, 1997; Sofarelli & Brown, 1998; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹³⁰ Sofarelli & Brown, 1998; Juppo, 2007.

¹³¹ Hartley m.fl., 1997; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2009.

¹³² Kullén Engström, 2009; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹³³ Juppo, 2005; 2007; Young, 2009.

¹³⁴ Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; McPhail, 1997; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2009.

¹³⁵ Cutcliffe & Bassett, 1997; Hartley m.fl., 1997; Hendel, 1998; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009.

Vårdledaren har utgående från sin centrala och avgörande position en stor betydelse under förändringsprocessen. Vårdledaren medverkar nämligen genom många olika roller och uppgifter för att underlätta och påverka framgången av en strukturförändring, där förändringsdynamiken även ska styras. Hur ledarskapet utövas är av stor vikt och ska vara i överensstämmelse med yrkesetiken och vårdprofessionens etik, men även i enlighet med de olika behov som finns under olika tider.¹³⁶

Av forskningsöversikten framgår betydelsen av vårdledarens förmåga att vid en förändring leda människor och samtidigt bevara eller utveckla en tillitsfull relation. En tillitsfull relation hör samman med vårdledarens etiska förhållningssätt som baseras på ömsesidig respekt och tillit samt centrala värden och värderingar. En tillitsfull relation skapas av en gemensam vision, genom personalens delaktighet, vårdledarens synlighet och ansvarstagande för val, beslut och konsekvenser. Lika viktiga är vårdledarens åtagande, förbindelse till förändring eller engagemang som visas genom ord och handling. Det är emellertid samtidigt viktigt att uppmärksamma och värna om vårdpersonalen genom att bl.a. möta individuella behov så att de känner sig respekterade och bekräftade.¹³⁷ Tilliten ger uttryck för en framtidstro och stärks genom en gemensam och tydlig målsättning och genom dialogen. Tilliten möjliggör kreativitet och lärande, men utgör även en hjälp för att orka med osäkerheten. Tilliten och respekten till förändringsledaren stärks om dynamiken mellan uppgiften att leda förändringsprocessen och mänskliga relationer kan hanteras.¹³⁸

Vid en förändring är det viktigt att även de känslomässiga aspekterna iaktas och vid vilken vårdledaren beaktar vårdpersonalens känslor, inställning och handlanden. Vårdpersonalen genomgår nämligen en emotionell och kognitiv process som återspeglas i handlandet.¹³⁹ Vårdledaren ska genom ett stödjande ledarskap vara en närvarande och tillgänglig ledare som lotsar vårdpersonalen genom förändringen som kan förlikas med en sorgprocess. Samtidigt är ledarens stöd av stor betydelse för vårdpersonalens personliga utveckling genom vårdledarens feedback liksom även bekräftelse. Stödet är också viktigt i hanteringen av oro, osäkerhet, stress och motstånd. Stöd som omtanke visas även genom problem- och konflikthantering, kunskaps- och kompetensutveckling och i utvecklande av lagandan.¹⁴⁰

¹³⁶ Bennett, 2003; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström m.fl., 2002; Rosengren, 2008; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹³⁷ Cutcliffe & Bassett, 1997; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Sofarelli & Brown, 1998; Juppo, 2007; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹³⁸ Knox & Irving, 1997; Kullén Engström m.fl., 2002; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹³⁹ Kullén Engström, 2009; McPhail, 1997; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹⁴⁰ Bennett, 2003; Cutcliffe & Bassett, 1997; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Hende, I 1998; Juppo, 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Rosengren, 2008; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

Det som lyfts fram som en nyckel till en lyckad förändring är information, kommunikation, samtal och dialog, vilka även är betydelsefulla i samband med det som en förändring för med sig.¹⁴¹ Vid organisationsförändringar finns med andra ord behov av arenor för en öppen dialog. Dialogen inkluderar information, kommunikation och samtal genom uppvisande av genomskinlighet eller transparens ifråga om bl.a. syfte, vision, mål, bakgrund, villkor, krav, nytta och förändringens effekter.¹⁴² Dialogen utgör ett stöd, förstärker tilliten och skapar lärande samt en känsla av deltagande eller delaktighet¹⁴³.

Känsla av deltagande är en förutsättning för delaktighet som skapar engagemang, motivation och tillit. Vårdpersonalens vilja till delaktighet och engagemang i beslutsfattandet och förändringsprocessen bör med andra ord tillvaratas som dock ska balanseras i enlighet med ett situationsanpassat ledarskap samt i enlighet med de behov som finns. Kommunikation, beröm och feedback behövs för att motivera vårdpersonalen, men de behöver också hjälp med att tolka innebörden och meningen med förändringen för att bli motiverade.¹⁴⁴

¹⁴¹ Bennett, 2003; Chenoweth & Kilstoff, 2002; Cutcliffe & Bassett, 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹⁴² Bennett, 2003; Chenoweth & Kilstoff, 2002; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström, m.fl., 2002; Rosengren, 2008; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2009.

¹⁴³ Juppo, 2007; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

¹⁴⁴ Bennett, 2003; Chenoweth & Kilstoff, 2002; Cutcliffe & Bassett, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Lindholm m.fl., 2000; Rosengren, 2008; Sofarelli & Brown, 1998.

4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Förändring och förändringsledarskap kan granskas ur många olika teoretiska perspektiv. I sökandet efter nya tankemönster¹⁴⁵ är siktet för forskningen förankrat i teoretiska utgångspunkter som inkluderar vårdvetenskapliga utgångspunkter och i en för denna avhandling utvecklad teoretisk syntes som utgör en form av förförståelsen för att utveckla substansen i vårdledarskapet. Med det avses att se och förstå något nytt i vårdledarskapet, dvs. att förstå vårdledarskapet på ett annat sätt och som har betydelse vid en förändring. Siktet bestämmer nämligen sättet att betrakta verkligheten och avgränsar det som anses viktigt att utforska och få kunskap om inom ramen för det egna intresseområdet. Forskningens vårdvetenskapliga sikte har kompletterats med en teoretisk syntes om att leda förändring.

För att utveckla nya tankemönster om att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv krävs en öppen, gränsöverskridande och kreativ kunskapssyn, vilket vårdvetenskapen förutsätter¹⁴⁶. Kunskap söks därmed även från andra teoretiska perspektiv, som kan vidga förståelsen för de undersökta fenomenen, eftersom det inom det vårdvetenskapliga perspektivet inte finns forskning och litteratur specifikt om att leda förändring i en större omfattning. Kunskapen och förförståelsen av forskningens teoretiska utgångspunkter kommer att i speglingen mot resultatet och genom en hermeneutisk rörelse och förståelse att sammanflätas eller appliceras till det vårdvetenskapliga perspektivet^{147,148} i kapitlet om Nya tolkningsmönster (kapitel 7) för att berika vårdvetenskapens teorikärna.

Kapitlet inleds med de vårdvetenskapliga utgångspunkterna (4.1) som följs av en teoretisk syntes om att leda förändring (4.2) med tillhörande utgångspunkter. Till detta underkapitel hör Att arbeta med och genom andra för att uppnå förändring (4.2.1), Ledning och styrning av personalens insatser (4.2.2) samt Kultur som sammanhållande kitt (4.2.3).

¹⁴⁵ Tankemönster kan sägas vara den verklighetsbeskrivning som den enskilda personen upplever som den sanna verkligheten (Ahrenfelt, 2001, 266). Tankemönster kan appliceras på vårdvetenskapen, eftersom dess vetenskapliga verklighetsbild omfattar ontologiska utsagor eller beskrivningar av det sant varande som kan ses som tankemönster för den mångfacetterade upplevelsevärlden (Eriksson & Lindström, 1999a) och tolkandet mot ett teoretiskt perspektiv kan uttryckas i en teori, dvs. i ett tolkningsmönster (Fredriksson, 2003, 46).

¹⁴⁶ Eriksson, 1992; Eriksson & Lindström, 2000a.

¹⁴⁷ Applicera får här betydelsen av att den erhållna kunskapen fogas in (Walter, 1991) i den vårdvetenskapliga teorikärnan och revideras och omskapas genom förståelse och tolkning utgående från ett vårdvetenskapligt perspektiv (jfr. Lindholm, 2003).

¹⁴⁸ jfr Juppo, 2007; Shanley, 2007.

4.1 *Vårdvetenskapliga utgångspunkter*

En teorimodell har utvecklats inom vårdvetenskapen som är en idealmodell, en abstraktion av verkligheten som den kunde vara, som samtidigt är en vision¹⁴⁹. I teorimodellen som utvecklats av Eriksson¹⁵⁰ utgör ställningstagande i relation till människan, hälsan, lidande, vårdandet och världen vårdvetenskapens utgångsantaganden som också kan ses som ontologiska utsagor¹⁵¹.

Inom vårdvetenskapen som en humanvetenskap är det människan som kropp, själ och ande i någon form av vårdkultur samt vårdandet med dess caritasmotiv, genom ett hermeneutiskt kunskaps-sökande¹⁵², som studeras¹⁵³. Det som formar vårdvetenskapen¹⁵⁴ är bilden av människan som en enhet av kropp, själ och ande samt av vårdandet som har sin kärna i caritas, vars yttersta syfte är att lindra det mänskliga lidandet för att försvara människans värdighet¹⁵⁵.

Utgångspunkten¹⁵⁶ för att avbilda evidens på nya gestaltningar av vårdledarskapets substans¹⁵⁷ utgår från vårdledarens ansvar att skapa professionella, kontextuella och kulturella förutsättningar¹⁵⁸ för ett vårdande som strävar efter det bästa för patienten¹⁵⁹. Dessa omfattar bl.a. vårdpersonalens kompetens, kontextens struktur samt rådande kultur med dess värden och tillhörande förhållningssätt. Vid en förändring hör det med andra ord till vårdledaren att iakttä vårdpersonalens rådande kunskap och kompetens samt vårdpersonalens förmåga att bemöta förändring. Även den enskilda vårdarens välbefinnande påverkas vid en förändring och helhetssynen på människan som kropp, själ och ande är därför viktig för vårdledaren.

Den vårdande kulturen finns inom den övergripande och allmänna organisations- eller vårdkulturen¹⁶⁰, vilken skapas när det inre sammanhanget genom att vårdandets ethos förenas och invävs med det yttre sammanhanget¹⁶¹. Hur den vårdande kulturen och därmed vårdverkligheten

¹⁴⁹ Vid enheten för vårdvetenskap vid Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi har en autonom vårdvetenskaplig disciplin byggts upp, vid vilken en vårdteori genom vårdvetenskaplig grundforskning utvecklats utgående från en humanvetenskaplig grund (Eriksson 2001, 22 - 25).

¹⁵⁰ Eriksson, 2001.

¹⁵¹ Eriksson & Lindström (1999a)

¹⁵² Eriksson & Lindström, 1999a; 1999b. De ontologiska frågorna, dvs. vad-frågorna som omfattar den vårdande verklighetens innersta väsen som vårdledaren är med och formar, står i förgrunden vid kunskaps-sökandet. Ontologin baseras på en caritativ etik, där etiken föregår ontologin. (Eriksson & Lindström, 2000b, 5-18)

¹⁵³ Av avhandlingarna vid Institutionen för sociala vetenskaper är det endast Fagerström (1999) som berör den vårdadministrativa aspekten av vårdandet.

¹⁵⁴ Vårdvetenskapen som en autonom humanvetenskap innebär att den är historisk och omfattar ett bestämt värdesystem (Eriksson, 1992, 4, 35).

¹⁵⁵ Eriksson & Lindström, 2000a.

¹⁵⁶ Grundantagandena 1, 5, 6, 7 och 8 är de axiom som ligger till grund (Eriksson, 2001, 13 - 20).

¹⁵⁷ jfr Eriksson & Lindström, 1999a; Eriksson & Lindström, 2000a.

¹⁵⁸ jfr Fagerström, 1999; 2000.

¹⁵⁹ jfr Eriksson & Nordman, 2004.

¹⁶⁰ jfr Nordman, 2006, 13.

¹⁶¹ jfr Lindström & Lindholm, 2003.

formas kommer an på vårdledaren. Som kulturbärare är vårdledaren mycket betydelsefull i överföringen av dess kärna. Den vårdande kulturens och vårdandets ethos eller inre kärna utgörs av caritas. Den vårdande kulturen skapas och utvecklas i en vårdgemenskap och avspeglas i det förhållningssätt som vårdledaren och vårdaren intar i den vårdande verkligheten. Genom ett vårdande förhållningssätt iaktas människans absoluta värdighet och livets okränkbarhet med ett djupt engagemang i den andra och en villkorlös medmänsklig kärlek i lindrandet av patientens lidande, eftersom ethos och etik hör samman.¹⁶²

Det är via vårdgemenskapen som vårdledaren tjänar vårdandets sak genom att leda vårdpersonalen och vårdarbetet i en vårdkultur under en förändring. Vårdledaren gör därmed ett personligt ställningstagande som bärare av kulturen och i sin vilja att tjäna genom det ansvar¹⁶³ som vårdledaren är beredd att bära och som återspeglar etiken. Detta framträder också i vårdledarens grundhållning samt i hennes relation till patienten och vårdpersonalen.¹⁶⁴

Vårdledarens personliga inre ansvarsetik återspeglas i hennes mänskliga eller personliga förmåga i form av en etisk fordran och viljeyttring av att i frihet, skuld och kärlek handla gott. Det är frågan om vårdledarens personliga engagemang och vilja att utföra ansvarets gärningar. Planering, organisering och koordinering av vårdarbetet ska utmynna i vårdledarens och vårdarens eller vårdpersonalens handlingar vars ledstjärnor för den personliga ansvarsetiken är vårdandets ethos och caritasmotivet. Handlingarna sammanflätas av det gemensamma yttre och personliga inre ansvaret för patienters hälsa och lindrande av lidande. Detta sker utgående från ansvarsetikens ledstjärnor som därmed uttrycker ansvarets unika gärningar. Med det avses goda handlingar som utgår från ansvarets inre innebörd.¹⁶⁵ Vid en förändring eller förändringsprocess står vårdledarens ansvar emellertid i en anspänning mellan den yttre och inre etikens fält. Det personliga inre är i en ständig dialog med det gemensamma yttre, vårdarbetets och vårdandets etiska principer. Den yttre etikens fält utgörs av plikt, regler, principer, god vård och etiska beslut utgående från lagar, förordningar och direktiv. Den inre etikens fält utgörs av den caritativa vårdetiken som värdegrund och är förankrad i vårdledarens och vårdarens personliga inre och vars ansvar får sin kraft ur kärleken och medlidandet för den andra.¹⁶⁶

¹⁶² Jfr Eriksson 2001; Eriksson, 2003.

¹⁶³ Det finns ett inre och yttre ansvar, där det inre ansvaret innebär ett personligt ställningstagande som finns på djupet och det yttre ansvaret utgörs av plikten, den etiska koden samt regler och direktiv. Ansvaret som skyldighet innebär ett åliggande eller åtagande, medan ansvar som förpliktelse och förbindelse förutsätter en relation. Etik är ansvar och etiken framträder med andra ord i grundhållningen och i relationen. (Eriksson, 1995, 28 - 29)

¹⁶⁴ Jfr Eriksson, 1995.

¹⁶⁵ Wallinvirta 2011.

¹⁶⁶ Wallinvirta, 2011, 3, 144, 180. Se även footnote 163.

4.2 En teoretisk syntes om att leda förändring

Förändringsarbetet utgör ett kunskaps pussel som ska översättas och tolkas till den egna personen och verksamheten genom att skapa meningsfulla helheter. Förändringsarbetet ska med andra ord skraddarsys. Universella verktyg kan inte heller skapas, utan förändringsledaren ska lära sig följa den unika process¹⁶⁷ som förändringsarbetet utgör.¹⁶⁸ Ledarskapsstilen ska anpassas i relation till de människor som deltar och de uppgifter som ska utföras utgående från den aktuella situationen, då ledaren genom ledning av relationer och styrning av uppgifter ansvarar för hur personalen handlar¹⁶⁹. Vid förändringsarbete kan emellertid en motivationsklyfta mellan förändringsledaren och personalen uppstå då personalens förståelse och motivation är på olika nivåer. Ett tryck på förändring kan skapas inifrån eller utifrån organisationen, och ett "lidandet tryck" uppstår ofta vid ett yttre förändringstryck med upplevelser av potentiellt eller aktiverat hot som baseras på känslor av kaos och hjälplöshet. Vid en förändring av första ordningen sker endast nya kombinationer av gamla tankemönster. För att åstadkomma en verklig förändring krävs en förändring av andra ordningen så att nya tankemönster skapas så att verklighetsbild och handlanden därmed förändras.¹⁷⁰

Det ena bidraget i denna teoretiska syntes utgörs av Managerial Grid¹⁷¹ - modellen som numera benämns Leadership Grid¹⁷². I denna framhålls ledarens omsorg om både relationer och uppgifter som förutsätts för att verkställa målsättningen med fusionen eller förändringen. För att uppnå resultat med en förändring förutsätts att ledaren arbetar med och genom andra människor.^{173,174} Dagens ledarskapsstil har emellertid sina rötter i organisationens historia och kultur, som inkluderar funktionella eller operativa vanor. Gruppens sätt att handla kan ses som ett uttryck för ledarens styrning eller ledning, då ledaren är ansvarig för ledningen av prestationer, resultat och personal.¹⁷⁵ Men i ledarskapsorienteringen mot produktion, dvs. resultat och människor¹⁷⁶ kan parallell dras till uppgifter och relationer¹⁷⁷, där både uppgifts- och relationsorienteringen kan ses som lika viktiga

¹⁶⁷ Ahrenfelt (2001, 35, 277) ser process som rörelse eller förändring i sin enklaste form, vilket Ahrenfelt ytterligare utvecklar till att process är förändring och vardande, tillblivelse och skapande.

¹⁶⁸ jfr Ahrenfelt, 2001.

¹⁶⁹ jfr Blake & Mouton, 1985; Blake, Mouton & Allen, 1993; Wolvén, 2000.

¹⁷⁰ jfr Ahrenfelt, 2001.

¹⁷¹ Blake & Mouton, 1985.

¹⁷² Northouse, 2010.

¹⁷³ jfr Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Northouse, 2010.

¹⁷⁴ När omsorgen om människor kombineras med omsorgen om resultat har fem olika huvudstilar identifierats. De är *Team Management* med hög omsorg om både människor (relationer) och resultat (uppgifter). *Country Club Management*, *Middle-of-the-Road Management*, *Impoverished Management* och *Authority-Compliance Management* är de andra med olika grad av omsorg om människor och resultat. *Paternalism* och *Opportunism* är ytterligare två stilar som definierats. (Blake & Mouton, 1985, 12 - 13; Blake m.fl., 1993, 22 - 25; Northouse, 2010, 73 - 77)

¹⁷⁵ jfr Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Wolvén, 2000.

¹⁷⁶ Blake & Mouton (1985, 10) talar i Managerial Grid om produktion (för att uppnå resultat) och människor.

¹⁷⁷ Northouse (2010, 72) drar parallell till uppgifter och relationer.

trots betoning på någondera aspekten med beaktande av situation och omständighet. Den effektiva ledaren vägleder och underlättar arbetet för att verkställa målsättningarna samtidigt som relationer och lagarbete upprätthålls.¹⁷⁸ Det första utgångsantagandet blir att upprätthållandet och att leda mänskliga relationer under en förändringsprocess har stor betydelse.

Dagens hälso- och sjukvårdsorganisation utgör även en processorganisation med alla dess processer som baseras på en serie händelser och handlingar som utvecklas under en tidsrymd för att tillfredsställa patientens behov. Processer utgörs med andra ord av det som löpande sker i en organisation med aktiviteter som medverkar till att bilda ett fortlöpande sammanhang, där ledarskapet fokuserar på både människor och processer.¹⁷⁹ Förändring och framför allt en planerad förändring består också av en serie händelser och handlingar som utvecklas under en tidsrymd och kan därmed ses som en process¹⁸⁰. Serien av händelser och handlingar, dvs. processerna, samt hur de utvecklas under tidsrymden som förändringsprocessen pågår utgör en betydande del av förändringsarbetet. Att leda processer utgör en stor andel av förändringsarbetet och bildar det andra utgångsantagandet. Eftersom varje förändring är unik¹⁸¹ måste hänsyn tas till situationen och sammanhanget, vilket Leadership Grid beaktar då en specifik form av ledarskapsstil¹⁸² kan väljas som är lämplig för en speciell tid eller situation¹⁸³.

Det andra bidraget i den teoretiska syntesen utgörs av Kotter¹⁸⁴ som är en känd forskare och teoretiker vad gäller förändringsledarskap och som många¹⁸⁵ hänvisar till. Kotter¹⁸⁶ framhåller ledarens betydelse i de olika stegen av en förändringsprocess genom att förankra visionen och att kommunicera, eftersom kommunikationen utgör en stor del av ledarskapsprocessen. Enligt Kotter och Cohen¹⁸⁷ ligger förändringens hjärta i känslor. Den verkliga utmaningen innebär att få vårdpersonalen att se sanningen, dvs. realiteten, så att den påverkar deras känslor och att de därmed förändrar sina handlingar.¹⁸⁸

¹⁷⁸ Jfr Yukl, 2010.

¹⁷⁹ Jfr Ljungberg & Larsson, 2001.

¹⁸⁰ Jfr Ahrenfelt, 2001; Jacobsen, 2005; Sveningsson & Sörgårde, 2007.

¹⁸¹ Ahrenfelt, 2001.

¹⁸² Ledaren har vanligtvis en dominant ledarskapsstil som ledaren återkommer till under press, men också en eller flera s.k. reservstilar (Blake & Mouton, 1985, 15; Northouse, 2010, 73, 77).

¹⁸³ Jfr Yukl, 2010.

¹⁸⁴ Jfr Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

¹⁸⁵ bl.a. Alvesson, 2001, 156; Wolvén, 2000, 309; Yukl, 2010, 308 - 315.

¹⁸⁶ Jfr Kotter, 1996.

¹⁸⁷ Jfr Kotter & Cohen, 2002, 2.

¹⁸⁸ Kotter & Cohen (2002, 3 - 7) presenterar åtta steg inför en förändringsprocess vars innehåll framkommer under respektive rubrik (4.2.1 - 4.2.3) och som ledaren ska uppmärksamma. Dessa är 1) Höj känslan av brådska eller kris (s. 15-18, 23, 36), 2) Skapa ett team som vägleder (s. 37 - 38, 43, 53, 60), 3) Skapa rätt vision (s. 61 - 62, 68 - 69, 82), 4)

Eftersom förändring i föreliggande forskning omfattas av en fusion mellan två organisationer inom hälso- och sjukvården, där den ena organisationskulturen representeras av hälsovården och den andra representeras av specialistsjukvården utgör organisations- och vårdkulturen en teoretisk utgångspunkt. Organisationskulturen liksom även vårdkulturen kan ses som ett övergripande begrepp för hela organisationen. Organisationskulturen refererar till helheten eller till delar av organisationen.¹⁸⁹ Den vårdande kulturen utgör en specifik aspekt av vårdkulturen, eftersom jag delar Nordmans¹⁹⁰ syn på att den vårdande kulturen finns inom den allmänna och övergripande vårdkulturen. Denna innefattar hela vårdverkligheten inom en organisation som ansvarar för hälso- och sjukvården.¹⁹¹ Utgångspunkten blir därmed att kulturen utgör en viktig aspekt av förändringsarbetet som ledaren också ska beakta och leda för att åstadkomma en verklig förändring och som är speciellt viktigt vid en större organisationsförändring. Utgående från det vårdvetenskapliga perspektivet är det den lidande patienten som sammanbinder vårdandet med administrationen¹⁹². I föreningen av medmänsklighet och kärlek samt vårdledarens hjälpande, tjänande och förvaltande i administrativa processer skapar vårdledaren professionella, kontextuella och kulturella förutsättningar för att möjliggöra vårdandet och att förena vårdpersonalen i att tjäna patienten¹⁹³.

4.2.1 Att arbeta med och genom andra för att uppnå förändring

Vid förändringsarbete är det behövligt att ledaren eller förändringsledaren förstår hur vårdpersonalen tänker, känner, reagerar och handlar, eftersom ledaren är beroende av andra. Ledaren arbetar nämligen tillsammans med och genom dem för att nå resultat med förändringen. Resultatet med förändringen inte bara påverkas, utan avgörs av människans tanke och känsla då handlanden utlöses av upplevelser av verkligheten. För att åstadkomma en verklig förändring samt förståelse och motivation måste trygghet skapas så att vårdpersonalens kan bearbeta sin inre värld samtidigt som de också får tid för det.¹⁹⁴ Vårdledaren upprätthåller relationer och lagarbete genom att vägleda, motivera, ge normer och standarder samt inbjuder vårdpersonalen till en öppen dialog med ömsesidig feedback och med ett öppet och aktivt lyssnande. Det är i vårdledarens grundhållning och relation till patienter och vårdpersonal som etiken avspeglas och som visas i vårdledarens ansvar, eller det ansvar som ledaren är beredd att bära som är förenligt med viljan att tjäna vårdandets sak. Vårdledaren har genom ansvaret och den personliga inre etiken i vårdandets meningssammanhang

Kommunicera för att övertyga (s. 83 - 84, 101), 5) Ge tillåtelse till handling (s. 103 - 104, 123), 6) Skapa kortsiktiga vinster (s. 125 - 127, 141), 7) Håll ut (s. 143, 159) och 8) Låt förändringen få fäste (s. 161, 177).

¹⁸⁹ jfr Alvesson, 2007, 179.

¹⁹⁰ jfr Nordman, 2006, 13.

¹⁹¹ Enligt Nordman (2006, 13 - 14) bygger den vårdande kulturen på en gemenskap till skillnad från en kultur som odlar uppgifter.

¹⁹² jfr Eriksson, 2001, 19, 50.

¹⁹³ jfr Bondas, 2008; Fagerström, 1999; 2000; Rosengren, 2008.

¹⁹⁴ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985.

en personlig förpliktelse att göra gott och rätt i relation till någon annan, dvs. till patienten liksom även till vårdaren. Det är frågan om en skyldighet, dvs. genom att ta ansvar, som vårdledaren frivilligt åtar sig i en känsla av ansvarsfullhet och står till svars genom förbindelsen till vårdandet. Vårdledaren står till svars och blir därmed svarande för sitt handlande för vilket det finns villkor och gränser. Vårdledaren står även till svars för sitt omdöme som ger riktningen för ansvarets handlingar och som är ständigt återkommande och gränslösa. Samvetet representerar vårdledarens personliga inre etik och är hennes väg från skuld till ansvar genom medlidande att svara an på patienter, eftersom skulden väcker samvetet.^{195, 196}

Den förenande länken i relationen mellan vårdledare och vårdare är det gemensamma intresset att tjäna patienten, vilket förutsätter professionella förutsättningar samt gemensamma mål och värden. Samtidigt är en fungerande dialog med vårdpersonalen av oerhört stor betydelse i tider av förändring. Vårdpersonalens deltagande, men även bekräftande av deras kompetens att tjäna patienten, samverkan samt hjälp till personlig växt och utveckling är viktiga även vid en förändring. Genom omsorgen om vårdpersonalen vårdar eller värnar vårdledaren om dem, samtidigt som ledaren skapar engagemang, visar respekt och tillit, ger stöd, värdesätter vårdpersonalen och deras arbete, erbjuder goda arbetsförhållanden och en rättvis lönesättning, främjar goda sociala relationer samt ger frihet och ansvar.¹⁹⁷

För att skapa förståelse och för att övertyga vårdpersonalen om att se realiteten eller sanningen och förstå behovet av förändring är det viktigt att vårdledaren kommunicerar och förankrar en enkel vision upprepade gånger i många forum. Det är upp till vårdledaren att få vårdpersonalen att förändra sitt handlande och påverka deras känslor på det sätt som gör att visionen blir verklighet och fortsätta med väg efter väg av förändring tills visionen blir verklighet. Vårdledaren skapar en grupp av nyckelpersoner eller ett team med makt och befogenheter och som vägleder samt har ett tillitsfullt och hängivet förhållningssätt till uppgiften och till varandra. Vårdledaren upprätthåller drivkrafterna bakom insatserna och skapar kortsiktiga vinster som upprätthåller tilliten och ger fortsatt näring till förändringsinsatserna. Samtidigt ska ledaren försäkra sig om att vårdpersonalen fortsätter med sitt nya sätt att handla trots traditionens dragningskraft.¹⁹⁸

¹⁹⁵ Answarets betydelsefält är `Ansvar` som förbundenhet och relation, `Ansvar` som villkor och gränser, `Ansvar` som omdöme och handling och `Ansvar` som ofullständighet och oändlighet. Det personliga ansvaret och den inre etiken har sin grund i insikten om den personliga skulden som tar sig i uttryck som ett ansvar för patienters hälsa och lidande i vårdandets meningssammanhang. (Wallinvirta, 2011, 108 - 112, 176 - 179)

¹⁹⁶ Jfr. Blake & Mouton, 1985; Eriksson, 1995; 2001; Nordman, 2006; Northouse, 2010; Wallinvirta, 2011; Yukl, 2010.

¹⁹⁷ Jfr. Bondas, 2003; Fagerström, 1999; 2000.

¹⁹⁸ Jfr Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

4.2.2 Ledning och styrning av personalens insatser

Utgående från beslut om förändring och förändringens omfattning ska vårdledaren leda genom att mobilisera, koordinera och samordna mänskliga resurser¹⁹⁹. Detta sker genom att understöda och upprätthålla verkningsfulla eller effektiva handlanden samt integrera vårdpersonalens insatser och kliniska processer på ett målinriktat sätt för att verkställa målsättningen. Detta i sin tur sker med och genom andra människor för att nå resultat med förändringen.²⁰⁰ Hur angelägen vårdledaren är att åstadkomma resultat visas genom omsorgen om uppgiften. Inom hälso- och sjukvården kan det omfatta utvecklingsinitiativ om utveckling av vårdkedjor och patientflöden samt nya hälsovårds- och sjukvårdstjänster, men här ingår även ansvaret för kliniska processer och att uppmärksamma beslutslinjen och vårdpersonalens arbetsbörda.²⁰¹ Vårdledaren ska underlätta arbetet med förändringen för att verkställa målsättningarna och skapa kontextuella förutsättningar²⁰² genom att utveckla strukturer. Förutom att vara målsättare och utvecklare ska ledaren även delegera makt och befogenheter, följa, tolka och styra processer samt kontinuerligt evaluera fakta, övertygelser och inställningar. De klara och tydliga målen kommuniceras ut till personalen och bryts ner i delmål²⁰³. En övertygande och klar vision som anger riktningen och styr insatserna är viktig samtidigt som vårdledaren undanröjer hinder som blockerar önskvärda handlanden²⁰⁴.

4.2.3 Kultur som sammanhållande kitt

Kulturen finns ständigt närvarande under ytan²⁰⁵ och berättar om hur scenen ser ut samt vilka referensramar som råder²⁰⁶ utgående från gemensamma förhållningssätt, tankemönster och värderingar²⁰⁷. Dessa ligger bakom och vägleder eller lägger band på den anställdes handlanden²⁰⁸ samt påverkar hur den anställda relaterar till och tolkar sin omvärld²⁰⁹. Det är via traditioner och vanor som kulturen förmedlas²¹⁰, men verklighetens scen är komplex och nyansrik varför det är viktigt att ha ett helhetsperspektiv²¹¹. Metaforiskt kan kulturen ses som ett socialt kitt som är sammanhållande och som skapar identitet och tillhörighet, men kultur kan även ses som en kompass som anger riktningen eller som en byggsten på vilken verksamheten och vårdarbetet byggs upp²¹². Våra delade erfarenheter, samspelet med andra, ledarskapsstilen, strukturer, rutiner, regler och

¹⁹⁹ jfr ; Ahrenfelt, 2001; Blake & Mouton, 1985.

²⁰⁰ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985.

²⁰¹ jfr Blake & Mouton, 1985; Northouse, 2010.

²⁰² jfr Fagerström, 1999.

²⁰³ jfr Ahrenfelt, 2001; Blake & Mouton, 1985; Fagerström, 1999; Yukl, 2010.

²⁰⁴ jfr Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

²⁰⁵ jfr Schein, 2004.

²⁰⁶ jfr Alvesson, 1992.

²⁰⁷ jfr Norbäck & Targama, 2009.

²⁰⁸ jfr Schein, 2004.

²⁰⁹ jfr Alvesson, 2007.

²¹⁰ jfr Alvesson, 2007.

²¹¹ jfr Alvesson, 1992.

²¹² jfr Alvesson, 2001.

normer skapar och formar kulturen där kulturens andra sida utgörs av ledarskapet²¹³. Kulturen reflekterar också till anpassning och lärandet i gruppens sätt att fungera som helhet²¹⁴. Kulturens essens utgörs av djupt inbäddade och omedvetna grundantaganden som på följande nivå följs av övertygelser, normer och regler som stöder handlanden och som reflekterar hur något borde vara för att utmytna i öppna, gripbara och synliga artefakter²¹⁵. Organisationskulturen utgörs av hur livet i vårdorganisationen levs, hur vårdverkligheten upplevs, hur man förhåller sig till vårdandet²¹⁶, hur man handlar och hur man samspelar²¹⁷. Dess betydelse är egentligen tvetydig, eftersom kulturen är nödvändig för ett fungerande samarbete på alla avdelningar som vid utveckling och förändring kan bli ett hinder. Kulturen kan dock förändras genom en läroprocess. Hälso- och sjukvården har utvecklat olika subkulturer, eller professionskulturer, som kan ses som en kulturell mångfald som skiljer sig åt, speciellt vad gäller den tillämpade kunskapen i beslutsfattande, innehåll, omfång, användning samt problemlösning. Värderingar och organisationens syfte utgör däremot bron mellan subkulturer, där generella och principiella riktlinjer för handlingar förmedlas via språket.²¹⁸

En vårdledare bör ha en förståelse för kulturen för att kunna leda och värna om en kultur som reflekterar eller avspeglar hur vårdandet borde vara²¹⁹. Grundantaganden och traditioner ligger till grund för hur vårdledaren organiserar relationer och processer. Dessa härrör sig från värden, normer, regler samt övertygelser och ideal som ligger bakom, vägleder eller lägger band på både vårdledarens och vårdpersonalens handlanden samt hur de relaterar till sin omvärld.²²⁰ Detta i sin tur ligger till grund för vårdpersonalens gemensamma sätt att förstå och tolka samt förhålla sig till vårdarbetet, hur de handlar i vardagen och vad som anses viktigt i patientvården, men även hur vårdpersonalen samverkar och hur vårdledaren fördelar och samordnar arbetet²²¹. Här är det viktigt att skapa en ny stödande kultur som grund för nya sätt att handla²²².

Vid en förändring ska vårdledaren skapa kulturella förutsättningar och evidensbaserade vårdande kulturer med visioner om lindrande av lidande samt hälsa, vilka odlas i en vårdgemenskap²²³. Härigenom gör vårdledaren ett personligt ställningstagande och ger uttryck för vad som bör gälla och vad som ska bli synligt samtidigt som hon värnar om caring som vårdandets kärna och därmed

²¹³ jfr Schein, 2004.

²¹⁴ jfr Jacobsen & Thorsvik, 2002; Schein, 2004.

²¹⁵ jfr Norbäck & Targama, 2009; Schein, 2004.

²¹⁶ jfr Norbäck & Targama, 2009; Jacobsen, 2005.

²¹⁷ jfr Jacobsen & Thorsvik, 2002; Norbäck & Targama, 2009.

²¹⁸ jfr Kinnunen, 1990.

²¹⁹ jfr Schein, 2004.

²²⁰ jfr Alvesson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Schein, 2004; Wolvén, 2000.

²²¹ jfr Alvesson, 1992; 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Kotter & Cohen, 2002; Norbäck & Targama, 2009; Schein, 2004; Wolvén, 2000.

²²² jfr Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

²²³ jfr Fagerström, 1999; Nordman, 2006.

tjänar vårdandet sak, dvs. ett vårdande som strävar efter det bästa för patienten²²⁴. Genom detta anger vårdledaren referensramarna för gällande förhållningssätt, tankemonster och värderingar som förmedlas via språket²²⁵.

Vårdledaren som bärare av en vårdande kultur och som tongivare ska hon bevara traditionen och kärnan i vårdandet som består av ett caritativt ethos, där den vårdande kulturen med dess anda har som syfte att tjäna liv och hälsa samt lindra lidande²²⁶. Vårdledaren gör den goda värden möjlig och talar för vårdandets sak, då kulturen uttrycks både genom språket och genom handlingar och möjliggör på detta sätt att den vårdande substansen blir synlig. Den vårdande kulturen²²⁷ med dess grundidé att tjäna patienten samt dess bärande grundvärden, eller ethos, vördas, odlas och formas i en gemenskap. Detta synliggörs i den hållning som vårdledaren och vårdaren intar för att svara an på patientens vårdbehov och hans eller hennes budskap om lidande som en förpliktelse och skyldighet. Att garantera människans värdighet i värden och att lindra hans eller hennes lidande finns ständigt närvarande i en vårdande kultur vars motiv är medlidande och genom inbjudan av patienten.²²⁸

4.3 Sammanfattande reflektioner

De sammanfattande reflektionerna utgår från att vid en förändring skapar vårdledaren professionella, kontextuella och kulturella förutsättningar för att i tjänande av vårdandets sak och genom administrativa processer möjliggöra vårdandet och förena vårdpersonalen i att tjäna patienten²²⁹.

Vårdledarens skapande av professionella förutsättningar innebär att vid en förändring skapa omständigheter för att möjliggöra vårdpersonalens personliga växt samt kunskaps- och yrkesmässiga utveckling, där den förenande länken är det gemensamma intresset att tjäna patienten. Vårdledarens förpliktelse och skyldighet är att planera, organisera och koordinera vårdarbetet för att genom goda handlingar göra gott och rätt i relation till patienten utgående från den personliga ansvarsetikens ledstjärnor. Dessa är vårdandets ethos och caritasmotivet som uttrycker ansvarets unika gärningar, eftersom etik är ansvar. För att nå resultat och lyckas med en verklig förändring förutsätts ett lag- eller teamarbete och en andra ordningens förändring för att genom påverkan

²²⁴ Jfr Eriksson, 2001; Eriksson & Nordman, 2004; Salmela & Lindholm, 2000.

²²⁵ Jfr Eriksson, 2003; Salmela & Lindholm, 2000.

²²⁶ Jfr Eriksson, 2003; Eriksson & Lindström, 2000a; Eriksson & Nordman, 2004; Hilli, 2007; Nordman, 2006.

²²⁷ Enligt Nordman (2006, 13 - 14) bygger den vårdande kulturen på en gemenskap till skillnad från en kultur som odlar uppgifter.

²²⁸ Jfr Bondas, 2003; Eriksson, 1995; 2001; 2003; Eriksson & Nordman, 2004; Fagerström, 1999; Hilli, 2007; Nordman, 2006; Nyback, 2008.

²²⁹ Jfr Bondas, 2008; Fagerström, 1999; 2000; Rosengren, 2008.

förändra vårdpersonalens handlanden som går via deras känslor så att de ser realiteten. Eftersom förändring utgör ett kunskapspussel och vid vilken vårdledaren skapar egna verktyg behöver vårdpersonalen vägledning, motivation, normer, standarder samt kommunikation för att kunna växa och utvecklas både kunskaps- och yrkesmässigt i samband med förändringen. Detta sker genom styrning av uppgiften att åstadkomma en förändring och ledningen av relationer och lagarbetet, och en öppen dialog med ett aktivt lyssnande för att minska motivationsklyftan. Samtidigt upprätthåller vårdledaren vårdpersonalens tillit till förändring och drivkrafterna bakom insatserna, där en övertygande vision anger riktningen och styr insatserna, för att uppnå förändring under frihet och ansvar, goda arbetsförhållanden samt genom vårdpersonalens delaktighet.²³⁰

Vårdledaren möjliggör en sammansättning av insatser i ett förändringssammanhang för att skapa kontextuella förutsättningar genom att mobilisera, koordinera och samordna mänskliga resurser. Detta görs för att integrera vårdpersonalens insatser och kliniska processer på ett målinriktat sätt för att verkställa och nå resultat med förändringen genom att understöda och upprätthålla verkningsfulla och effektiva handlanden i samarbete med och genom andra människor. Det är visionen med förändringen som anger riktningen och styr insatserna. Vårdledaren uppmärksammar vårdpersonalens arbetsbörda och underlättar deras arbete samt undanröjer hinder som blockerar önskvärda handlanden. Samtidigt leder vårdledaren vårdarbetet och förändringen i enlighet med de målsättningar som kommuniceras ut till vårdpersonalen och gjorda beslut. Förutom att vårdledaren sätter mål och utvecklar nya strukturer för vårdarbetet, delegerar vårdledaren makt och befogenheter till personalen, tolkar och styr processerna följsamt och evaluerar kontinuerligt fakta, övertygelser och inställningar.²³¹

De kulturella förutsättningarna utgörs av hur vårdledaren formar och odlar den evidensbaserade och vårdande kulturen med dess vårdande kärna och visioner som ingår i den övergripande vårdkulturen. För att kunna leda och värna om den vårdande kulturen som reflekterar hur vårdandet borde vara förutsätts insikter om densamma. Den vårdande kulturen anger referensramarna och riktlinjerna för det förhållningssätt och den grundhållning som hela vårdpersonalen intar i relation till patienten, varandra och vårdandet samt tankemönster och värderingar, vilka förmedlas via traditioner, vanor och språk. Grundantaganden och traditioner som härrör sig från värden, normer, regler, övertygelser och ideal ligger även till grund för samverkan och vårdledarens fördelning och samordning av vårdarbetet. Vårdledaren tjänar vårdandets sak via vårdgemenskapen genom det

²³⁰ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Bondas, 2003; Eriksson, 1995; Fagerström, 1999; 2000; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Northouse, 2010; Rosengren, 2008; Wallinvirta, 2011; Wolvén, 2000; Yukl, 2010.

²³¹ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Fagerström, 1999; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Northouse, 2010; Yukl, 2010.

ansvar vårdledaren är beredd att bära och det personliga ställningstagandet av att vara bärare av och tongivare för den vårdande kulturen och därmed ge uttryck för vad som bör gälla och synliggörande av den vårdande substansen.²³²

²³² jfr Alvesson, 1992; 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Eriksson, 1995; 2001; 2003; Eriksson & Nordman, 2004; Fagerström, 1999; Hilli, 2007; Jacobsen, 2005; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Kinnunen, 1990; Kotter & Cohen, 2002; Nordbäck & Targama, 2009; Nordman, 2006; Salmela & Lindholm, 2000; Schein, 2004; Wolvén, 2000.

5 METODOLOGI OCH FORSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Att leda förändring är en komplicerad process, eftersom förändring är ett komplext och mångfacetterat fenomen som är beroende av förändringens omfattning. Ett hermeneutiskt övergripande närmelsesätt har valts i kombination med metodologisk triangulering för att få en fördjupad förståelse av att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. De teoretiska utgångspunkterna som bildar en teoretisk syntes samt forskningsöversikten mot vilka resultaten speglas ligger till grund för utvecklingen av kunskap, eller en ny kunskapsyntes. Förutom de enskilda delstudierna utgör det slutliga bidraget till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen av forskningens slutledningar (se kapitel 7).

Inledningsvis presenteras det hermeneutiska metodologiska närmelsesättet följt av en översikt över de olika delstudierna, dvs. artiklarna i tabell 1 med såväl material, syfte, datainsamlingsmetod och analysmetod. Därefter presenteras valet av informanter och datainsamlingsmetoder samt metoder för analys och tolkning. Kapitlet avslutas med forskningsetiska ställningsstaganden och slutligen den hermeneutiska tolkningsprocessen utgående från forskningens horisontsammansmältning.

5.1 Forskningens design - hermeneutik med tillämpning av metodologisk triangulering

Enligt hermeneutiken finns det flera sätt att förstå en företeelse, eller världen på och som sammanhänger med vår existens och vårt vara-i-världen²³³. Denna forskning om att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv utgör ett av många sätt att förstå företeelsen om att leda förändring. Tolkningen har gjorts ur ett vårdvetenskapligt perspektiv istället för ur ett traditionellt organisatoriskt perspektiv för att förstå på ett annat sätt, utan att för den skull göra anspråk på en absolut sanning. Forskningens övergripande metodologiska närmelsesätt är hermeneutiskt och har influerats av Gadamer²³⁴, Ricoeurs²³⁵ och Ödmans²³⁶ syn på hermeneutik av vilka forskaren i föreliggande forskning lyft fram det som representerar forskarens förståelse av det hermeneutiska närmelsesättet och som varit vägledande under forskningsprocessen.

Kvalitativa studier tillsammans med kvantitativa studier kan ge en bättre insikt om förändring som fenomen och förståelse av en organisationsförändring²³⁷. De kvantitativa och kvalitativa metoderna

²³³ Ödman, 2007.

²³⁴ Gadamer, 1988, 1996, 1997.

²³⁵ Ricoeur, 1993.

²³⁶ Ödman, 1992, 2004, 2007.

²³⁷ Bazzoli, Dynan, Burns & Yap, 2004.

förenas genom triangulering²³⁸ för att ge en mer fullständig bild²³⁹ av att leda förändring och därmed fördjupa kunskapen och förståelsen genom en samtidig eller stegvis triangulering. En central förutsättning för triangulering är dock forskarens medvetenhet om forskningens syfte som omfattar en medvetenhet om verklighetens och kunskapens natur samt vetenskapens och forskningens uppgift²⁴⁰. Enligt Bazeley²⁴¹ kan separata delstudier planeras genom triangulering²⁴² för att få data från minst två källor, där separat datainsamling och analys av kvantitativa och kvalitativa data sker före sammanställning och diskussion. Även Polit och Tatano Beck²⁴³ ser triangulering som användningen av flera metoder för insamling och tolkning av data om ett fenomen så att verkligheten presenteras så exakt som möjligt. De jämför triangulering med "mixed method research", dvs. forskning där både kvalitativa och kvantitativa data insamlas och analyseras med olika metoder. "Mixed methods" utgör en metodkombination i en forskning där alternativa tillvägagångssätt kombineras inom ett enskilt forskningsprojekt för att nå en ökad tillförlitlighet. Med triangulering avses med andra ord att få data som kompletterar varandra ur olika perspektiv i avsikt att få en mer fullständig bild²⁴⁴. Fagerström, Nojonen och Åkers²⁴⁵ beskriver symboliskt triangulering som att försöka finna "den okända lokaliseringen" för ett begrepp eller ett fenomen, det vill säga att få en närmare precisering av innehållet.

Metodologisk triangulering²⁴⁶ som används i denna forskning avser användningen av olika metoder för datainsamling och analys i de separata delstudierna för att undersöka ett fenomen, där metoderna kan vara kompletterande eller belysande ur helt skilda synvinklar. Sett ur forskningens helhetsperspektiv är strävan att söka olika sorts datainformation genom kombinationen av metoder för att fördjupa, bredda och berika forskningsmaterialet för att avbilda vad det innebär att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Resultaten kan med andra ord användas samtidigt och förenas i slutskedet av forskningen, men den ena metoden kan också användas för att

²³⁸ Enligt Leino-Kilpi (2006) stöder triangulering två grundantaganden. Den första betonar att vårdandet (hoitaminen) i verkligheten inte enbart består av antingen kvaliteter eller kvantiteter, utan av båda. Det andra grundantagandet betonar kvaliteters och kvantiteters likvärdighet. Olika metoder ska ses som kompletterande och inte som konkurrerande insatser (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 58).

²³⁹ Enligt Denscombe (2009, 184 - 188) härstammar triangulering ursprungligen från trigonometrin och de geometriska lagarna för trianglar. Genom trigonometrin kan en punkt exakt lokaliseras utgående från två andra kända positioner och används inom navigering och lantmäteri.

²⁴⁰ Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Leino-Kilpi, 2006.

²⁴¹ Bazeley, 2009.

²⁴² "Mixed methods" (Andrew & Halcomb, 2009, xv, xvi) avser "The use of both qualitative and quantitative methods of data collection in a single study". "Mixed methods research... as a method, it involves collecting, analysing and mixing both quantitative and qualitative data in a single study or a series of studies".

²⁴³ Polit & Tatano Beck, 2008.

²⁴⁴ Denscombe, 2009.

²⁴⁵ Fagerström, Nojonen & Åkers, 2002.

²⁴⁶ Triangulering kan klassificeras på olika sätt, nämligen datatriangulering, forskartriangulering, teoritriangulering, metodologisk triangulering, analystriangulering och tvärvetenskaplig triangulering (Leino-Kilpi, 2006). För det två sistnämnda talar Kankkunen och Vehviläinen-Julkunen (2009, 59) däremot om analysenhetstriangulering och disciplintriangulering.

komplettera resultaten av den andra metoden. Trianguleringen kan i det närmaste ses som stegvis trots att vissa delresultat från den kvantitativa metoden påverkade frågornas utformning och klargjorde vissa aspekter för de semistrukturerade djupintervjuerna.

I den hermeneutiska tolkningsprocessen är förståelse och tolkning tätt sammanbundna med varandra, och förståelse och förklaring kompletterar varandra²⁴⁷. Förståelsen utgör med andra ord grunden för vårt tolkande. Tolkning, förklaring och förståelse befinner sig i ett ständigt samspel, dvs. i en dialektisk process. För att förstå innebörden behövs en förklaring som har en klargörande funktion. Tolkning kan ha två innebörder, nämligen att tolka som att säga och att tolka som att förklara.²⁴⁸ Enligt Ricoeur²⁴⁹ kan förklaring och tolkning placeras inom samma hermeneutiska båge då tolkning baseras på erfarenheter som därmed skapar mening samt förklaringar varvid förståelse nås. Hermeneutik grundar sig på erfarenheter av världen, men hermeneutiken innesluter även den vetenskapliga kunskapen.

Förståelsen innebär att man utsätter sig för texten och tillägnar sig de möjliga världar som utvecklas av tolkningen och som baseras på förförståelsens villkor. Då man mottar och tillägnar sig meningen kan förståelsen genom betydelsen växa fram. Det behövs också en förklaring som sker genom tolkningen så att man kan förstå det texten talar om och följa med i berättelsen. En tolkning krävs för att texten ska få mening. Forskarens förståelse som tolkning och översättning uttrycks i språket. Det är primärt frågan om förståelse i sak som forskaren ska stå i förbindelse med och som kommer till uttryck i förmedlingen som språk. Det meningsinnehåll som språket förmedlar kan nås genom att gå bakom språket.²⁵⁰ Enligt Ricoeur²⁵¹ sker tolkningen genom språket, eftersom texten som skrift kallar på läsning och man tillägnar sig texten och dess intention som förmedlas genom förklaringen. Textens "sak", eller det som texten talar om, är den värld som utvecklas framför texten, vilket är en uppgift för hermeneutiken. En förutsättning för tolkningen av det sagda och det sägande är distanseringen som är en del av förmedlingen. En tolkning av texten som man själv förstår den är också en tolkning av självet med en referens till den egna världen och subjektet och får därmed en betydelse, varvid den hermeneutiska bågen förankras.

Då det finns en situation finns också en horisont mot vilken situationen kan förstås. Det är i läsningen som textens värld korsar läsarens konkreta värld och en horisontsammansmältning sker. Det sker därmed en nybeskrivning, eller nygestaltning av livsvärlden, varvid tolkningen av livets

²⁴⁷ Gadamer, 1996; Ricoeur, 1993.

²⁴⁸ Odman, 2007.

²⁴⁹ Ricoeur, 1993.

²⁵⁰ Gadamer, 1988; 1996; 1997; Ricoeur, 1993.

²⁵¹ Ricoeur, 1993.

uttryck och livserfarenheter återges genom läsningens förmedling då texten tillägnas och blir talande.²⁵² Förståelsen kan ses som en cirkelrörelse bestående av pendlingar mellan helheten och delarna och omvänt, där cirkeln ständigt vidgas. Genom en horisontsammansmältning nås en begriplighet, där begripligheten kommer ur saken då vi rör oss i en meningsbärande dimension.²⁵³ Det nuvarande kan förstås endast genom det förflutnas och framtidens horisonter²⁵⁴. I dialogen mellan forskaren och texten ska forskaren se utanför den egna horisonten med den egna förförståelsen för att se det som finns bakom textens och informanternas horisont med deras beskrivningar av verkligheten och meningsyttringar i relation till helheten. Detta görs för att få en ökad förståelse för meningsinnehållet i sitt sammanhang och genom att försätta sig i den andras situation.²⁵⁵ Innebörden påverkas av historien, kulturen och traditionen som både forskaren och informanten inklusive texten är en del av^{256,257}. Människan är en del av sin historia och bär alltid sin historia med sig²⁵⁸.

5.2 Forskningens kontext

Forskningens kontext utgörs i huvudsak (förutom delstudie I) av fusionen mellan två organisationer för primärhälsovården och specialsjukvården. Tankar om en fusion eller sammanslagning startade år 1998 genom en motion²⁵⁹ som togs upp till behandling i en stadens fullmäktige i Västra Finland. Efter att ha studerat rapporten över effekterna av en eventuell sammanslagning som en arbetsgrupp utarbetat beslöt stadsfullmäktige²⁶⁰ år 2002 om en sammanslagning av regionens hälsovårdscentral och lokala sjukhus. Syftet var att trygga verksamheten inom den framtida hälso- och sjukvårdsorganisationen. I rapporten framhölls att hälso- och sjukvårdsområdesmodellen med en stark regional specialsjukvårds- och hälsovårdsenhet, som bäst tryggar servicen i regionen, skulle ge bättre möjligheter att besluta lokalt samt koordinera verksamheten och resursfördelningen. Att få till stånd en fungerande och ändamålsenlig vårdkedja för patienten framhölls också. Enligt ett utlåtande, som ingår som bilaga till rapporten ovan, borde bedömningen av handlingsalternativen utgå från en helhetsvision för närsjukvården i regionen, och det var dessutom angeläget att förstärka och fördjupa en samverkan mellan sjukhuset och hälsocentralen. Stadsfullmäktige ålade stadsstyrelsen att tillsätta en arbetsgrupp med uppdraget att föra förhandlingar med kommunerna i regionen om att förverkliga modellen. Det planerades att sammanslagningen skulle genomföras

²⁵² Ricoeur, 1993.

²⁵³ Gadamer, 1996.

²⁵⁴ Ödman, 2007.

²⁵⁵ Gadamer, 1997; Ödman, 1992; 2007.

²⁵⁶ Gadamer, 1996; 1997.

²⁵⁷ Enligt Gadamer (1996, 11, 14) växer bildning fram ur en inre process av formation och kultivering med inverkan av språk och vanor genom vilken en person formas och växer.

²⁵⁸ Ricoeur, 1993.

²⁵⁹ stfm 3.2.1998, 9§.

²⁶⁰ stfm 11.6.2002, 68§.

1.1.2005. Invånarantalet i de tre kommunerna och staden i samkommunen för hälsovården var drygt 34 000 och antalet anställda i de båda organisationerna var ca 900.

5.3 Beskrivning av avhandlingens delstudier

Avhandlingens delstudier inklusive material, syfte, datainsamlingsmetod och analysmetod presenteras i nedanstående tabell.

Tabell 1. Översikt över delstudierna

DELSTUDIER	MATERIAL OCH INFORMANTER	SYFTE	DATAINSAMLINGSMETOD	ANALYSMETOD
Delstudie I: Begreppsbestämning av begreppet förändring i relation till hälsoprocesser	Begreppet förändring	Klargöra och tydliggöra det meningsbärande i begreppet förändring och genom detta fördjupa förståelsen för människans hälsoprocesser.	11 ordböcker 1926-2000	Begreppsbestämning
Delstudie II: When two organizations are merged into one – staff attitudes in a change process	597 informanter på en hälsovårdscentral och ett sjukhus	Undersöka personalens åsikter om den kommande hälsovårdsfusionen och organisationsutvecklingen samt förväntningarna på vårdledarna i förändringsprocessen.	Enkät	Deskriptiv statistik och t-test samt innehållsanalys
Delstudie III: Leading change: a three dimensional model of nurse leaders´ main tasks and roles during a change process	14 avdelningsskötare, 2 överskötare och 1 ledande skötare	Att upptäcka och nå en djupare förståelse för vårdledarens huvuduppgifter och roller under förändringsprocessen.	Djupintervju	Fenomenologisk-hermeneutisk metod
Delstudie IV: Nurse Leaders´ Perceptions of an Approaching Organizational Change	14 avdelningsskötare, 2 överskötare och 1 ledande skötare	Beskriva, upptäcka och nå en djupare förståelse för vårdledarens uppfattningar om fusionen mellan en hälsovårdscentral och ett sjukhus.	Djupintervju	Tredimensionell hermeneutisk metod

5.4 Beskrivning av delstudiernas syfte, material och metoder

Nedan beskrivs syfte, informanter och metoder för insamling av data och för analys av data, vilka ingår i delstudierna I, II, III och IV.

5.4.1 Delstudie I

Syftet med delstudie I var att klargöra och tydliggöra det meningsbärande i begreppet förändring och genom detta fördjupa förståelsen för människans hälsoprocesser.

Begreppsbestämningen som användes i delstudie I utgör ett metodologiskt närmelsesätt med en utredning av ett begrepps meningsinnehåll och omfång²⁶¹ för att få en fördjupad förståelse för begreppet ´förändring´ på både en ontologisk och kontextuell nivå. I den hermeneutiska begreppsbestämningen²⁶² förankrades metoden i ett vårdvetenskapligt perspektiv med ett bestämt sökande i rörelsen mellan den ontologiska och den kontextuella bestämningen. Delstudiens kunskapsbehållning har framstigit genom tolkning och förståelse i den hermeneutiska rörelsen.

Det finns många metoder för begreppsanalyser och begreppsbestämningar. Begreppsanalysen som används inom vårdvetenskaplig forskning²⁶³, liksom i denna studie, utgår från Koorts metod²⁶⁴ som vidareutvecklats av Eriksson²⁶⁵ för att utreda begreppet ´förändrings´ meningsinnehåll och omfång och därmed fånga begreppets mångfald²⁶⁶. En begreppsanalys kan utgå från studier av ordböcker och litteratur, eller som en empirisk studie för att förtydliga och öka förståelsen av begrepp för upplevelser, erfarenheter och fenomen²⁶⁷. Begreppsanalysen omfattade en etymologisk och semantisk analys samt en diskriminationsanalys²⁶⁸. Den etymologiska analysen granskade begreppets ursprung och metamorfos, medan den semantiska analysen, eller betydelseanalysen, granskade begreppets betydelse i 11 ordböcker utgivna år 1926 - 2000. Den semantiska analysen utmynnade i en synonymtablå. Den etymologiska och semantiska analysen gav en ontologisk bestämning av ´förändring´ och dess meningsbärande innehåll och väsen, medan den kontextuella bestämningen gav de drag som begreppet fick i en given kontext.²⁶⁹

De begrepp som hade samband till och innebörden i ´förändring´ tydliggjordes genom diskriminationsanalysen av de närsläktade begreppens kännetecken och diskriminerande kännetecken för att erhålla olika begreppsfamiljer till förändring²⁷⁰. Diskriminationsanalysen var en analys av närstående och besläktade ord för att få fram olika kännetecken för begreppet. Diskriminationsanalysen bestod av tre faser, där den första utgjordes av en matris där ordböckernas synonymer sammanfattades. Den andra fasen utgjordes av ett diskriminationsparadigm (se figur 2) som utvecklades genom att orden i begreppsfamiljen ställdes i relation till varandra och synonymitetsgraden beräknades. Slutligen gjordes en tolkningsfas, där både matrisen och

²⁶¹ Eriksson, 1997, 50 - 75.

²⁶² Kasén, 2002, 58.

²⁶³ se bl.a. Edlund, 2002; Kasén, 2002; Näsman, 2010; Sivonen, 2000.

²⁶⁴ Koort, 1975.

²⁶⁵ Eriksson, 1997.

²⁶⁶ Sivonen, 2000.

²⁶⁷ Koort, 1975.

²⁶⁸ Eriksson, 1997; Koort, 1975.

²⁶⁹ Eriksson, 1997; Sivonen, 2000.

²⁷⁰ Koort, 1975.

paradigmet tolkades.²⁷¹ Genom en dialektik mellan en ontologisk bestämning av idealbegrepp i betydelsen teoretiska begrepp och kontextuell bestämning av praxisbegrepp formas begrepp inom en given kontext²⁷². Den kontextuella bestämningen utgjordes av tolkningen av begreppet 'förändring' i relation till tidigare forskning om hälsoprocesser.

5.4.2 Delstudie II

Syftet med den andra studien var att undersöka personalens åsikter om den kommande fusionen och organisationsutvecklingen samt deras förväntningar på ledningen under förändringsprocessen.

Studien genomfördes vid en hälsovårdscentral och ett lokalt sjukhus i Västra Finland före sammanslagningen under tiden 13 - 24 oktober 2003. Datainsamlingen gjordes med hjälp av en för studien utvecklad enkät (Bilaga 1) med ett följebrev (se bilaga 2). Enkäten baserade sig på en EFQM-modell²⁷³ som grundar sig på nio utvärderingsområden som i denna enkät utformades som organisationens strategi, målsättning och beaktande av patientens/kundens behov; personal; dialogen i organisationen; partnerskap; resurser i den egna organisationen; dataadministrationen i den egna organisationen; utveckling av patient- och kundservice. Två öppna frågor hörde till denna del av enkäten såsom vad som borde göras för att vården/servicen skulle förbättras med beaktande av tillgängliga resurser om man själv var sjukhusets eller hälsovårdscentralens patient/kund samt hur det egna arbetet och arbetsuppgifter upplevdes vid tillfället. Forskarens egna utarbetade utvärderingsområden gällde dagens organisation, fusionen/fusionsprocessen och den nya organisationen som var under bildning, men enbart de två sistnämnda användes i denna delstudie. Hela personalen i de båda organisationerna inbjöds att delta i studien. Totalt utskickades 899 enkäter och 597 informanter besvarade enkäten. Av personalen på hälsovårdscentralen besvarade 80,0 % av de 351 anställda och 57,7 % av de 548 anställda på sjukhuset enkäten, dvs. den totala svarsprocenten blev 68,8 %.

Enkäten bestod av ett antal påståenden med en Likertskala, som personalen skulle ta ställning till. Likertskalan hade fem svarsalternativ, dvs. 1 = helt av annan åsikt, 2 = delvis av annan åsikt, 3 = kan inte säga, 4 = delvis av samma åsikt och 5 = helt av samma åsikt. Enkäten gjordes upp i samarbete med konsultfirman Efektia och pilottestades på fyra personer, vilka arbetade inom de båda organisationerna. De fyra öppna frågorna som hörde till forskarens intresseområde och denna

²⁷¹ Kasén, 2002.

²⁷² Paley, 1996.

²⁷³ Europeiska kvalitetsprismodellen (EFQM) är ursprungligen utvecklad som ett utvärderingsverktyg för Europeiska kvalitetspristävlingen med vars hjälp tävlingens deltagande organisationerna kan placeras i en rangordning. EFQM-modellen är avsedd för alla typer av organisationer inom både privata och offentliga sektorn (Keto & Malinen, 2007). (<http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/article/view/1015/864>) Se även: http://www.oph.fi/laadunhallinta/leonardo_quality_in_vet_schools/efqm_malli

delstudie berörde styrkan och svagheten med dagens organisation samt möjligheter och hotbilder med organisationen som var under bildning, dvs. frågor som möjliggjorde en SWOT - analys ("Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats"). De övriga öppna frågorna, vilka också ingick i delstudien, berörde förväntningar och krav personalen hade på den närmaste förmannen (avdelningsskötaren, överskötare osv.) samt på läkaren/överläkaren och ledningsgruppen i den nya organisationen.

Materialet analyserades med hjälp av deskriptiv statistik för att beskriva och sammanfatta informationen om den kartlagda företeelsen som erhöles²⁷⁴. Eftersom individuella och specifika frågor användes testades eventuella skillnader i svaren mellan personalen från de båda organisationerna med hjälp av t-test (p-värdet <0,05). De statistiska analyserna av data genomfördes med hjälp av SPSS 12.0.1. för Windows.

De utskrivna svaren för de öppna frågorna analyserades med hjälp av innehållsanalys för att få inblick av innehållet på en mera allmän och koncentrerad nivå²⁷⁵. Svaren lästes igenom flera gånger för att forskaren skulle få en helhetsbild av innehållet och materialet. Ord och meningar ströks under i sökandet efter mönster och meningsfulla kategorier med liknande underliggande tankar.²⁷⁶ Kategorier och övergripande teman identifierades och grupperades utifrån fraser och begrepp samtidigt som en jämförelse mellan likheter och skillnader gjordes²⁷⁷.

5.4.3 Delstudie III

Den tredje delstudien syfte var att upptäcka och öka förståelse för vårdledarnas huvuduppgifter och gestaltningar under en förändringsprocess.

Inbjudan att delta i en intervju gick till alla avdelningsskötare, överskötare och ledande skötare (n=30) i de båda berörda organisationerna (samma som i delstudie II). Datainsamlingsmetoden utgjordes av djupintervju och genomfördes med 17 vårdledare (8 från hälsovårdscentralen och 9 från sjukhuset) bestående av 14 avdelningsskötare, 2 överskötare och en ledande skötare, vilket utgjorde materialet i delstudie III. Alla informanter var kvinnor i åldern 42 - 61 år med en medelålder på 51 år för de på hälsovårdscentralen (HVC) respektive 49 år för de på sjukhuset. Utbildningen varierade mellan 3,5 och 6,5 år (HVC) och mellan 3,5 och 7,5 år (sjukhus) med en medeltid på 4 respektive 5 år. Deras arbetserfarenhet varierade också mellan 2 och 26 år (HVC) och

²⁷⁴ Körner, Ek & Berg, 1984.

²⁷⁵ Kyngäs & Vanhanen, 1999.

²⁷⁶ Catanzaro, 1988, 443.

²⁷⁷ Bryder, 1985.

mellan 2 och 17 år (sjukhus) med en medeltid på 8 respektive 6 år. Intervjuerna gjordes före sammanslagningen under tiden mars till november 2004.

Den semistrukturerade djupintervjun (se bilaga 3) som användes i delstudie III och IV avser här en öppen riktad intervju med avsikten att fånga informanternas uppfattningar om eller upplevelser av att leda förändring. Informanten kunde fritt utveckla sina tankar om sina uppfattningar eller upplevelser. Informanterna är de som ger fenomenet som är av intresse, dvs. att leda förändring, ett innehåll och omfång samt avgränsar begreppet.²⁷⁸ Temaområdena för studien utgick ifrån uppgiften att genomföra fusionen och den kultur vårdledarna vill utveckla i den nya organisationen. Intervjuerna skrevs ut ord för ord. Materialets omfattning som helhet var 203 utskrivna sidor (ca 25h).

I stället för djupintervju kan benämningar såsom kvalitativ intervju²⁷⁹ användas, dit en öppen och informell intervju, klinisk intervju eller diskussionsliknande intervju hör²⁸⁰. Med hjälp av olika huvudfrågor med underliggande frågor som användes under intervjun ville forskaren få fram nyanserade beskrivningar och belysa fenomenet från olika perspektiv. Trost är dock tveksam till att använda termen djupintervju²⁸¹ och skulle hellre använda sig av fokusintervju då fokus ligger på ett speciellt tema kring vilken intervjun struktureras. Hirsjärvi och Hurme²⁸² talar om temaintervju med ett halvstrukturerat tillvägagångssätt som baserar sig på fokusintervju, där temaområdena är desamma för alla och som inte kräver ett djup i svaren. Temaintervjun är dock närmare den ostrukturerade än den strukturerade intervjun då temaintervjun saknar de strukturella frågornas noggranna utformning och ordningsföljd, men är inte lika öppen som djupintervju.

För att nå en djupare förståelse för meningsinnehållet i hur vårdledarna beskrev och förstod sina huvuduppgifter och gestaltningar under förändringsprocessen samt hur meningsinnehållet kunde förklaras i dessa upplevelser valdes ett fenomenologisk-hermeneutiskt närmelsesätt för analys av data i delstudie III. Valet av metod för textanalysen var inspirerad av Lindseth och Norberg²⁸³ och genomfördes i tre steg: naiv läsning, strukturell analys och helhetsförståelse. Deras fenomenologisk-hermeneutiska metod utvecklades för att tolka intervjutexter för att klargöra informanternas levda upplevelser baserad på Ricoeurs hermeneutiska tolkningsteori. Genom att låta fenomen

²⁷⁸ Lantz, 2007.

²⁷⁹ Enligt Patel och Davidson (2003, 77 - 82) är kvalitativ metod riktad mot ett induktivt eller abduktivt arbetssätt i forskningen, där forskaren och informanten med sina olika roller är medskapare i ett samtal utifrån studiens aktuella teman.

²⁸⁰ Hirsjärvi & Hurme, 2008; Trost, 2005.

²⁸¹ Enligt Trost (2005, 22) kopplas termen djupintervju ofta till psykoanalytiskt tänkande.

²⁸² Hirsjärvi & Hurme, 2008.

²⁸³ Lindseth & Norberg, 2004.

framträda inför medvetandet i dess meningsstruktur framträder det fenomenologiska närmelsesättet. Den hermeneutiska spiralen uppträder i rörelsen mellan den naiva läsningen och den lärda förståelsen genom förklaringen.

Texten lästes igenom ett flertal gånger och avsikten med den naiva läsningen var att nå en förståelse av innehållet som helhet. De teman som steg fram i den naiva läsningen i de olika berättelserna var vägledande för den strukturella analysen samtidigt som en reflektion i förhållande till bakgrunden av den naiva förståelsen samt liknelser och skillnader gjordes. De teman som nu identifierades och formulerades utifrån det kondenserade meningsbärande innehållet i den strukturella analysen genom distansering, bekräftades eller kullkastades och nya varierande meningsinnehåll upptäcktes. Dessa uttryckte den essentiella meningen i vårdledarens livserfarenhet. För att nå en förståelse av helheten gjordes en djupare tolkning i olika faser där vårdledarens roller och huvuduppgifter framträdde och som ytterligare fördjupades mot den teoretiska referensramen. Detta sammanställdes slutligen till en sammanfattande bild av det resultat som framträdde.²⁸⁴ Analysen av materialet skedde genom en kontinuerlig uppföljning och samarbete med handledaren som också var tredje medförfattare till artikeln.

5.4.4 Delstudie IV

Syftet med denna studie var att beskriva vårdledarnas uppfattningar²⁸⁵ om den kommande fusionen.

Materialet för denna delstudie bestod av djupintervju liksom i delstudie tre, dvs. djupintervjuer med ovan nämnda 17 vårdledare (se delstudie III). Materialet som analyserades för delstudie fyra bestod av temaområden gällande vårdledarnas uppfattningar om den kommande fusionen och deras syn på förändring. Materialet för intervjuerna bestod av 203 utskrivna sidor (25 timmar).

En tredimensionell hermeneutisk metod för tolkning och förståelse, inspirerad av Ödman²⁸⁶ och Fagerström²⁸⁷, användes för dataanalysen i delstudie IV. Avsikten med den tredimensionella hermeneutiska metoden var att nå en djupare förståelse genom både förklaring och tolkning och där en hermeneutisk cirkel skapas mellan den första förståelsen som bildar förförståelsen och den slutliga förståelsen som bildar den slutliga hermeneutiska förståelsen. Metoden användes för att tolka och förstå det undersökta fenomenet, dvs. den förestående förändringsprocessen, på tre olika

²⁸⁴ Jfr. Lindseth & Norberg, 2004; Roxberg, 2005.

²⁸⁵ Uppfattning ses här i betydelsen åsikt och förmenande (om framtiden ur ett organisatoriskt perspektiv). Synonymer till uppfattning är iakttagelseförmåga, perception; tolkning, tänkesätt samt åsikt, mening, inställning, tyckande, förmenande, övertygelse (Walter, 2000).

²⁸⁶ Ödman, 1992.

²⁸⁷ Fagerström, 1999; 2000.

abstraktionsnivåer (rationell, kontextuell och existentiell) för att nå en helhetsförståelse av vårdledarnas personliga mening av den förstående förändringsprocessen. Syftet med metoden var att tolka och förstå fenomen på tre olika abstraktionsnivåer för att nå en existentiell personlig mening genom att tolka vårdledarnas tankar och känslor som uttrycktes i deras uppfattningar. Vi människor strävar ständigt efter att förstå våra liv och oss själva och varje förklarande tolkning kan ses som ett medel att nå förståelse vid vilken människan tolkar genom att uttrycka och tilldela mening till det som tolkas. Förklaring och förståelse är dialektiskt förenade när förståelsen fortgår, åtföljs och innehåller en förklaring och när förklaring används för att förstå meningen. dvs. när meningen är nådd. Genom en förklaring av orsak eller rimlig orsak kan "good-reason-assay" användas som ett steg på vägen mot en förklarande tolkning.²⁸⁸

I den första fasen av tolkningsprocessen, dvs. den rationella förståelsen, lästes texten igenom ett flertal gånger för att få svar på de båda forskningsfrågorna. Teman, fraser och ord noterades och strukturerades. De teman som framsteg baserades på förståelsen och den mening som tillskrevs vårdledarnas syn på förändring samt uppfattningar om den kommande fusionen på en rationell nivå för att få ett första grepp om texten som helhet. Vid tolkning av innehåll, motiv eller avsikter i relation till händelsen formas forskarens förförståelse av den första och omedelbara förståelsen som också kan beskrivas som "good-reason-assay".²⁸⁹ De många genomläsningarna som gjordes under den första fasen resulterade i en förförståelse av möjliga centrala teman som kan beskrivas som den centrala meningen av vårdledarnas uppfattningar om den förestående fusionen.

I den andra fasen eller den kontextuella tolkningen tolkades och förstods de centrala fenomen som framsteg och blottades under fas ett i relation till situationen och kontexten, eller meningen och/eller texten som en helhet. Den kontextuella meningen tolkades genom en jämförelse av texten till existerande kunskap. Ett klagörande av vårdledarnas uppfattningar och textens mening som inkluderar varierande aspekter som var relevanta för situationen samt möjliga påverkningar som förändring, den förestående fusionen och den omgivande situationen kunde därmed göras.

I den tredje fasen gjordes en existentiell tolkning av centrala teman från de båda tidigare faserna och en slutlig förståelse nåddes. Det gjordes en existentiell tolkning av texten som bärare av mening för att nå en djupare mening av vårdledarnas uppfattningar som delar av deras existentiella värld eller livsförhållande som sen hermeneutiskt tolkades och förstods. Slutligen formulerades tre huvudteman utgående från en helhetsförståelse av vårdledarnas uppfattningar av förändring samt den före-

²⁸⁸ Jfr Ricouer, 1993, Ödman, 2007.

²⁸⁹ Ödman, 2007.

stående organisationsförändringen. Den existentiella meningen uttryckte det som var meningsbärande i vårdledarnas uppfattningar om den förestående fusionen, dvs. deras personliga erfarenheter på en existentiell nivå. Analysen av materialet skedde genom en kontinuerlig uppföljning och samarbete med handledaren som också är tredje medförfattare till artikeln.

5.5 Forskningsetiska ställningstaganden

Inom vårdvetenskaplig forskning bör all forskning kännetecknas av god forskningspraxis i linje med allmänt erkända principer²⁹⁰. Ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet i forskning, dokumentering och presentation av resultaten hör till god forskningspraxis²⁹¹ förutom de verksamhetsätt som forskningssamfundet erkänt²⁹². Enligt Helsingforsdeklarationen går omsorgen om människor alltid före vetenskapens och samhällets intressen. Forskning är underställd respekten för alla människor och deras hälsa, värdighet och rättigheter ska skyddas. Deltagande i en forskning eller undersökning ska alltid vara frivilligt och helst med ett skriftligt samtycke. Deltagarna ska få information om syfte, sin rätt att avstå och att han eller hon när som helst kan avbryta sitt deltagande. All information ska behandlas konfidentiellt och deras rätt att värna om sin integritet ska respekteras. Vid publicering av forskningsresultat är forskarna skyldiga att se till att forskningsresultatens noggrannhet är bevarad. Till detta hör också att andra forskares arbete respekteras och att resultaten värderas.²⁹³

Tillstånd att genomföra delstudierna (II, III, IV) gavs genom ett avtal som undertecknades 1.9.2003 med berörda parter (Bilaga 4). I samband med den första enkätomgången gavs en skriftlig information om forskningsprojektet i det medföljande följebrevet till informanterna. Information gavs om att svaren och deltagarnas identitet behandlades konfidentiellt liksom att deltagandet var frivilligt. Detta har iakttagits genom att uttalanden och/eller citat som kunde identifiera någon person eller arbetsplats inte tagits med, justerats eller kamouflerats utan att innehållet gick förlorat. I avtalet ingick också tillstånd för intervjuer med vårdledare samt att materialet skulle användas i forskarens egen doktorsavhandling.

Namn på alla avdelningsskötare, överskötare och ledande skötaren inom de (vid den tidpunkten) båda organisationen erhöles av överskötarna och ledande överskötaren. Alla kontaktades per e-post med förfrågan om intresse att delta i intervjun (delstudie III och IV). Information om att deltagande

²⁹⁰ Milton, 2002.

²⁹¹ Forskningsetiska delegationen, 2002.

²⁹² God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den har utarbetats av Forskningsetiska delegationen (2002). Detta sakkunnigorgan har utsetts av undervisningsministeriet och grundades år 1991. Forskningsetiska delegationen behandlar etiska frågor med anknytning till vetenskaplig forskning. Deras uppgift är att främja debatt och informationsverksamhet i Finland samt ta initiativ och avge utlåtanden i forskningsetiska frågor.

²⁹³ Forskningsetiska delegationen, 2002.

var frivilligt, deras rätt att avbryta när som helst, anonymitet och syftet med studien gavs till alla berörda. Anonymiteten i en intervjusituation är omöjlig, men informanternas integritet har iakttagits på så sätt att deras identitet är okänd för andra än forskaren. Kravet på anonymitet och skyddande av deras identitet har iakttagits genom att utelämnande svar och påstående inte har tagits med i resultatredovisningen. Allt material finns endast hos forskaren.

Omsorgsfullhet, noggrannhet och ärlighet med datainsamling, dataanalys, dokumentering, sammanställning av material och presentation av resultat har iakttagits under hela forskningsprocessen och för delstudierna. Eftersom forskning eller teorier om att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv inte verkade förekomma har forskaren därmed granskat andra teoretiska perspektiv för att kunna utveckla nya tankemönster. Sammanflätningen till det vårdvetenskapliga perspektivet har skett i kapitlet om nya tolkningsmönster (kapitel 7). Under hela forskningsprocessen har forskaren samarbetat och varit i en fortlöpande samverkan med handledarna. Samtidigt har forskaren också strävat efter en noggrannhet i beskrivningen av forskningsprocessen. Andra forskares arbete och resultat har respekterats och värderats genom noggrann redovisning av källorna och av material som använts med utgångspunkt i den egna förståelsen och tolkning. Genom publicering i en skandinavisk och tre internationella tidskrifter har spridning av resultaten tillgodosetts. Forskaren har ansvarat för all datainsamling och –analys samt varit första författare för samtliga artiklar i ett nära samarbete med handledaren, andra författaren (delstudie I och II) och tredje författaren (delstudie III och IV) vad gäller dataanalys och manuskript.

5.6 Forskningens metodologiska horisontsammanmätning

I forskningens metodologiska horisontsammanmätning²⁹⁴ (kapitel 7) sker en dialog med texten utgående från sammanflätningen av de olika delstudiernas resultat till en helhet, där de olika delstudierna har analyserats med hjälp av olika metodansatser. Den hermeneutiska tolkningsprocessen²⁹⁵ kännetecknas av växlingen, eller pendlingen, mellan förförståelse och nyförståelse, förklaring och förståelse samt mellan forskningens delar (jfr delstudier) och forskningen som helhet.²⁹⁶ De enskilda delstudierna (kapitel 5 och 6) utgjorde i sig en helhet, varav den ena delstudien som skapade en nyförståelse, dvs. en annan förståelse än tidigare, utgjorde en förförståelse för den följande delstudien.

²⁹⁴ jfr Gadamer, 1996; 1997.

²⁹⁵ Gadamer (1996, 180, 184, 291, 368, 397) talar om den hermeneutiska processen med målet att nå en ömsesidig förståelse om saken genom pendlingen mellan helhet och delar, frågor och svar i vilken tolkning och förståelse är tätt sammanvävda.

²⁹⁶ jfr Gadamer, 1996; Ricoeur, 1993.

Genom resultatsammanställningen till en helhet (kapitel 7) utvidgades den egna horisonten och den hermeneutiska cirkeln²⁹⁷ utgående från förståelsen som samtidigt utgör olika tolkningshorisonter såsom forskningsöversikten och de teoretiska utgångspunkterna varvid förståelsen för helheten fördjupades. Forskningsöversikten (kapitel 3) respektive de teoretiska utgångspunkterna (kapitel 4) bildade en bas för förståelsen, dvs. förförståelse, samt en bas för tolkningen av helheten i horisontsammansmältningen för att ge svar på frågeställningarna och nå syftet (kapitel 2) med forskningen.

Forskaren strävade efter att tillägna sig det som texten talade om, dvs. textens "sak", med dess mening och intention genom läsningens förmedling, vilket skedde under upprepade omgångar av läsning. Texten blev därmed talande i en hermeneutisk bäge²⁹⁸ i den dialektiska processen²⁹⁹ mellan förklaring och förståelse, där textens värld korsade läsarens konkreta värld³⁰⁰ med en horisontsammansmältning som påföljd och en begriplighet nåddes.³⁰¹ Tillägandet skedde utgående från den egna förståelsen (kapitel 4), där förståelsen ständigt utvidgades, då förståelsen genom betydelse och mening samt förklaringen genom tolkning växte fram. Dessa förmedlades genom att gå bakom språket för att nå meningsinnehållet³⁰² under forskningsprocessens gång med beaktande av att hermeneutiken även innesluter den vetenskapliga kunskapen³⁰³.

Både situation och horisont var närvarande i texten³⁰⁴ och forskaren har strävat efter att gå utanför den egna horisonten och den egna förståelsen för att se informanternas meningsyttringar och beskrivningar. Forskaren har strävat efter att se och förstå vad det fanns bakom informanternas horisont genom att sätta sig in i deras situation som utgjordes av fusionen som förändringsprocess och därmed få en ökad förståelse för meningsinnehållet i sitt sammanhang.³⁰⁵ Både forskaren och informanterna är delar av sin egen historia, kultur och sina traditioner, vilket påverkar innebörden³⁰⁶ av den tolkning av texten som forskaren gör³⁰⁷ utgående från den egna förståelsen och tolkning som förklaring³⁰⁸.

²⁹⁷ Gadamer (1997, 128 - 129) talar om att cirkeln ständigt utvidgas genom pendlingen mellan helheten och delarna och omvänt. Men forskaren anser även att den egna horisonten utvidgas då förståelsen, dvs. förståelsehorisonten, utvidgas. I den meningen utgör (förståelse)horisonten detsamma som Gadamers cirkel.

²⁹⁸ Ricoeur, 1993.

²⁹⁹ jfr Ödman, 2007.

³⁰⁰ Ricoeur, 1993.

³⁰¹ Gadamer, 1997.

³⁰² jfr Gadamer, 1988; 1997; Ricoeur, 1993.

³⁰³ Ricoeur, 1993, 125 - 126.

³⁰⁴ Ricoeur, 1993.

³⁰⁵ Gadamer, 1997; Ödman, 1992; 2007.

³⁰⁶ jfr Gadamer, 1996.

³⁰⁷ Ricoeur, 1993.

³⁰⁸ jfr Ödman, 2007.

6 RESULTAT

Utvecklande av en kunskapssyntes om vad det innebär att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv har sin utgångspunkt i de olika delstudiernas resultat som presenteras i detta kapitel (se 6.1 - 6.4). Förändring innebär en omgestaltning som kan vara av inre och/eller yttre karaktär. En arena för dialog behövs emellertid för att förankra och utveckla vision och mission till handling och förändring. Trots att vårdledarna kände sig som åskådare och vars anpassning var utan djupare engagemang kunde de genom olika gestaltningar³⁰⁹ under en förändring ha haft sina uppgifter eller uppdrag.

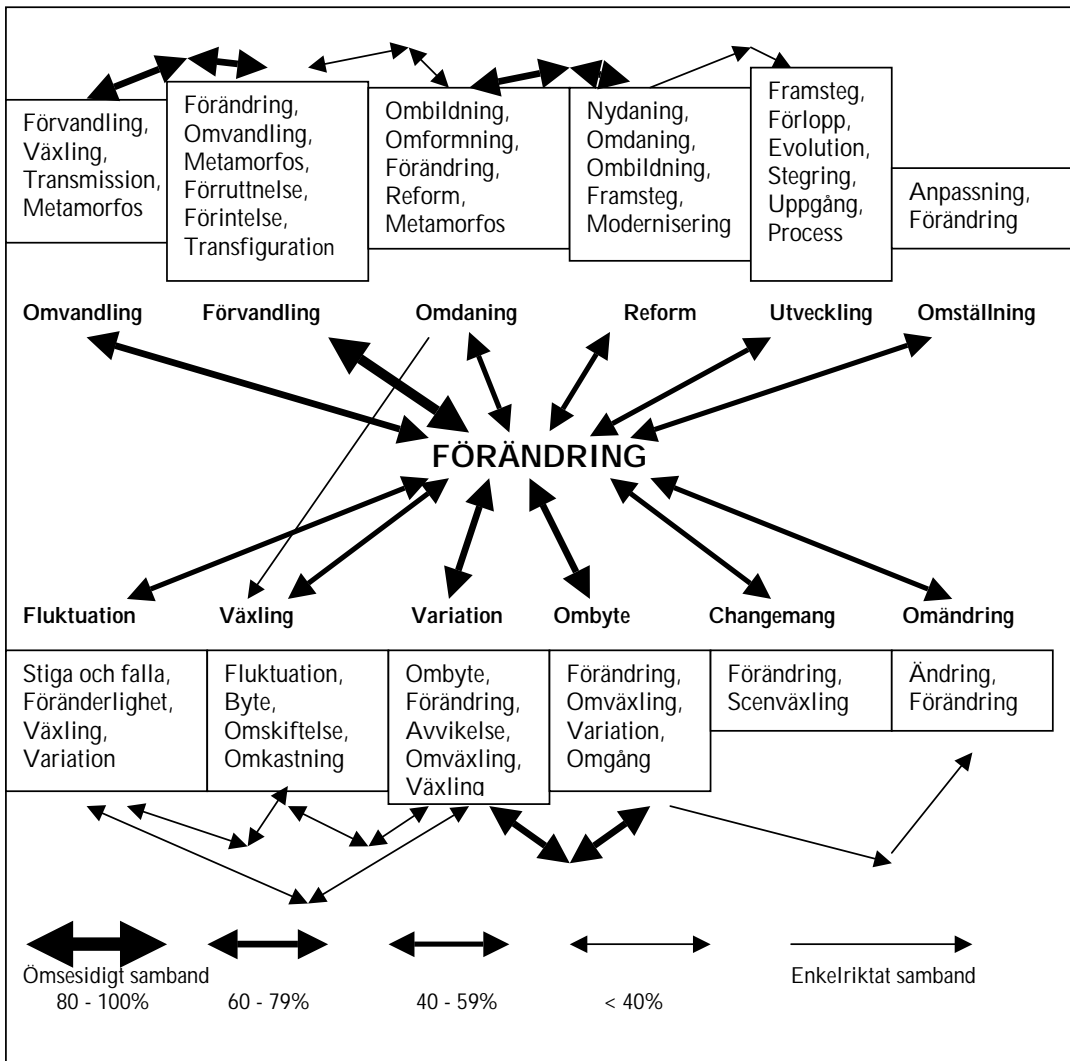
6.1 Förändring som omgestaltning

Resultatet av den semantiska analysen utmynnade i två betydelsedimensioner, nämligen förvandling och växling. Huvudbegreppen för den första betydelsedimensionen förvandling är omvandling, omdaning, reform och utveckling. Till den andra betydelsedimensionen, dvs. växling, hör fluktuation, variation, ombyte och changemang. Förändring som förvandling innebär att någon, eller något, genomgår en omvandling, eller metamorfos för att omskapa något eller ge en annan natur om inte en förintelse sker. Detta sker genom en omdaning eller omgestaltning för att omskapa något eller ge en annan betydelse. Förändring som växling liksom variation och ombyte innebär en avvikelse eller omväxling i en ombytt handling, eller ombytt förhållande, inom en given skiftningsvidd, dvs. en övergång som karaktäriseras av ostadighet. Fluktuation ger också uttryck för en ostadighet. Changemang innebär en scenväxling, vilket även kan relateras till förändring som ombyte, dvs. omväxling och variation. Omställning och omändring är fristående begrepp till förändring. Omställning ges enligt den etymologiska analysen betydelsen omge, eller beslå något med något.

Av begreppsbestämningen och diskriminationsparadigmet framgår att begreppet förändring har det starkaste ömsesidiga sambandet med förvandling, följt av variation, ombyte och omvandling (se figur 2). En svagare synonymitetsgrad har begreppen omdaning, reform, omställning, omändring, utveckling, växling och changemang med begreppet förändring. Det finns också en tydlig synonymitetsgrad mellan förvandling och omvandling, variation och ombyte samt mellan reform och omdaning. Växling har endast ett svagt enkelriktat samband till omdaning liksom ombyte har till omändring.

³⁰⁹ se footnote 33.

Förändring som begrepp är värdeneutralt, medan utveckling förutsätter ett ändamål och ofta inkluderar en värdering. Förändring är dock beroende av det aktuella sammanhanget och omständigheterna. Förändring kan alltså förstås som omgestaltning, som kan vara av yttre och/eller inre karaktär. Förändring som förvandling med omdaning eller omgestaltning samt förändring som växling med avvikelse eller omväxling utgör två tydliga betydelsedimensioner av begreppet förändring. En verklig förändring förutsätter att tankemönster förändras med en omgestaltning av tankesätt, uppfattningar, föreställningar och värderingar, för att handlingarna ska förändras. Förändring som en del av den yttre omgestaltningen och görandet kan ses som omorganisering eller omändringar i sammanhanget samt som växlingar mellan olika aktuella behov eller anpassning som varande. Vid en inre omgestaltning och vardande sker en verklig inre förändring genom omgestaltning av tänkesätt osv., som resulterar i att handlingarna förändras.



Figur 1. Diskriminationsparadigm för begreppet förändring.

Resultatet från delstudie I sammanfattas enligt följande:

- Förändring har två betydelsedimensioner, dvs. förvandling och växling.
- Förändring som omgestaltning kan vara av yttre och/eller inre karaktär.
- En inre omgestaltning, dvs. en verklig förändring eller förvandling och omdaning som vardande förutsätter en omgestaltning av tankemönster, uppfattningar, föreställningar och värderingar för att handlingarna ska förändras.
- En yttre omgestaltning omfattas av omorganiseringar, omändringar i sammanhanget och växlingar mellan olika aktuella behov som görande eller anpassning som varande.

6.2 Dialogens arena för vision och mission fram till förändring

Utgående från enkätundersökningen till personalen framgår att de flesta i personalen (64 %) i de båda organisationerna förstod betydelsen av fusionsprocessen (61 %) och såg fördelar (63 %) med att genomföra fusionen. Drygt hälften av personalen (41 %) ansåg att fusionen var nödvändig, men hälften av personalen kunde inte uttala sig om tiden för att genomföra fusionen var tillräcklig (55 %) eller om de ville ha mera tid för genomförandet av fusionen (51 %). Det kan också noteras att hälften av personalen (51 %) kände sig motiverade för fusionen av de båda organisationerna. Signifikanta skillnader kunde konstateras mellan personalens åsikter på hälsovårdscentralen respektive sjukhuset gällande fusionen, engagemang, deltagande, behov av information, oro och genomförande av fusionen. Personalen på sjukhuset (79 %) hade en mer positiv attityd till fusionen och fusionsprocessen jämfört med personalen på hälsovårdscentralen (48 %). Detta kan delvis förklaras av att sjukhuspersonalen hade tidigare erfarenhet av sammanslagningar som sjukhuset genomgått. Trots att hälften av personalen (51 %) i de båda organisationerna ville vara delaktiga i fusionen och inta en aktiv roll (44 %) i fusionsprocessen, kände de sig inte riktigt engagerade (41 %) eller delaktiga (48 %). Majoriteten av personalen i de båda organisationerna (73 %) var ändå beredda att tillsammans genomföra fusionen. Mer än hälften av personalen i de båda organisationerna (61 %) ansåg att fusionen skulle påverka arbetet och knappt tre fjärdedelar (67 %) ansåg att fusionen skulle skapa konfliktsituationer. Drygt hälften (56 %) trodde att de skulle klara av nya krav (56 %), men det fanns en relativ jämn fördelning mellan de som var oroliga (38 %) inför framtiden och de som inte var det (42 %).

Drygt hälften av personalen (62 %) i de båda organisationerna kunde inte säga om patienten skulle få en bättre vård i den nya organisationen, men knappt en tredjedel (29 %) trodde ändå det. Förutom en önskan om en aktiv roll i fusionen och fusionsprocessen (44 %) ville endast drygt en tredjedel

(39 %) av personalen i båda organisationerna delta i planeringen av den nya organisationens verksamhet. Personalen (79 %) ville också ha en kontinuerlig information om fusionen och fusionsprocessen, men de ansåg inte (53 %) att de fått tillräckligt med information. En majoritet av personalen ansåg att det var viktigt med en delad vision (91 %) och målsättning (96 %), där visionen utgående från värdegrund skulle vara meningsfull, men endast tredjedel (32 %) ansåg att visionen var klar och tydlig. Ett forum eller en arena för dialog borde med andra ord utvecklas då vårdledarens ansvar i en förändringsprocess, enligt personalen, är att engagera sig i en fortgående dialog och kommunikation med vårdpersonalen, då kommunikationen står i förbindelse med organisationens utveckling. Information och kommunikation borde med andra ord upprepas för att förankra och utveckla vision och mission till handling och förändring. Majoriteten (80 %) av personalen ansåg att det kommer att ställas nya krav på ledarna och drygt hälften (56 %) ville att förmännen skulle utveckla verksamheten mer än vad de gjorde vid undersökningstillfället. Knappt hälften (42 %) ansåg att förmännen och enheterna borde få mera makt och ansvar än nu.

Av de öppna frågorna framgick det att personalen ansåg att nya krav skulle komma att ställas på ledarskapet i den nya organisationen. Förväntningarna och kraven på förmännen och vårdledarna på olika nivåer i den nya organisationen berörde i huvudsak ett bra samarbete och en dialog, dvs. att informationen går både uppåt och nedåt samt att dialogerna ska vara konstruktiva. Svagheter som sågs med de dåvarande organisationerna (jfr SWOT - analysen) var framför allt resursbrist, men även dubbelfunktioner med överlappningar samt bindningen till centralsjukhuset nämndes. Styrkan med de dåvarande organisationerna ansågs vara tryggheten, den professionella personalen, den lämpliga storleken på organisationen, den familjära känslan och många specialiteter. De hotbilder som personalen såg med den nya organisationen var indragningar och nedskärningar, maktkamp, ojämn fördelning av resurser, konflikter och läkarbrist. Möjligheterna med den nya organisationen ansågs framför allt vara en bättre vård, bättre samarbete samt regional verkan och påverkan, men även att dubbelfunktioner avlägsnas.

Resultatet från delstudie II kan sammanfattas enligt följande:

- Många i personalen förstod betydelsen och fördelarna, men endast delvis nödvändigheten med fusionen och många kände en oro för att fusionen skulle skapa konfliktsituationer. Ganska många ville vara aktiva och delaktiga trots att endast hälften upplevde sig engagerade eller delaktiga, men majoriteten var ändå beredda att genomföra fusionen. Drygt hälften kunde inte säga om patienten kommer att få en bättre vård i den nya organisationen.
- En delad vision och målsättning utgående från en gemensam värdegrund är viktig för personalens engagemang och delaktighet.

- Vårdledarens engagemang i en fortgående dialog med vårdpersonalen är nödvändig under en förändringsprocess. Ett forum och en arena för dialog mellan vårdledare och vårdpersonal borde utvecklas för att förankra och utveckla vision och mission till handling och förändring.

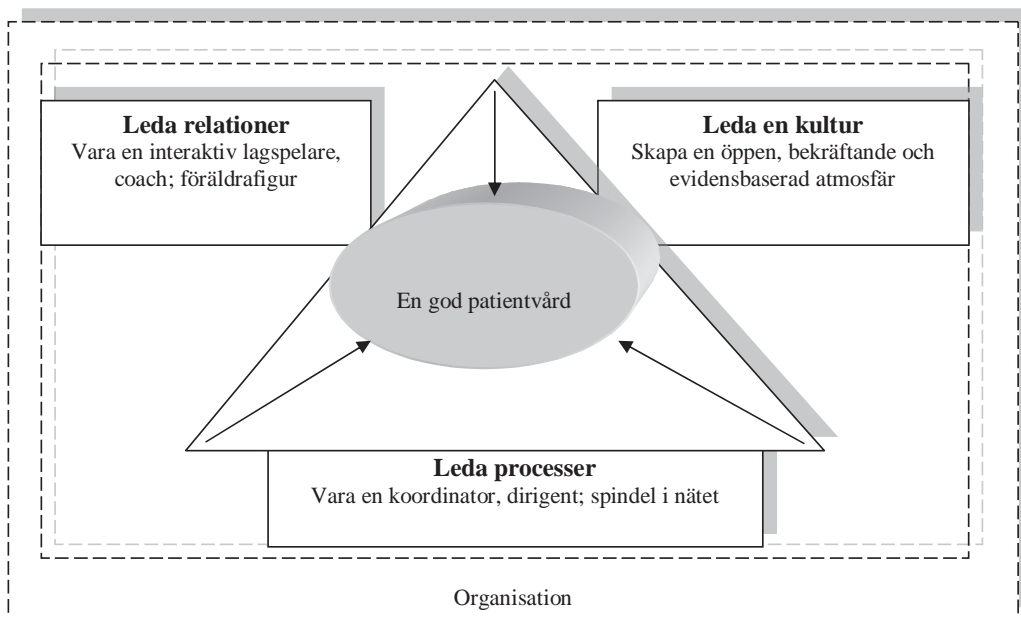
6.3 Vårdledarens huvuduppgifter och gestaltningar under en förändringsprocess

Utgående från den naiva läsningen framkommer, både explicit och implicit, att patienten och hans eller hennes vård alltid är i centrum för vårdledarens handlingar trots den påbörjade organisationsförändringen. I den första berättelsen framkommer hur vårdledaren organiserar vården, hur vårdledaren skapar en gemenskap av relationer som bildar en enhet, informerar och stöder. I den andra berättelsen framkommer att vårdledaren är ansvarig för all verksamhet, väver samman handlingar som om de var trådar i en väv och vårdledaren koordinerar också personalresurser och gör strategiska val. I den tredje berättelsen är vårdledaren fokuserad på att påverka atmosfären, dvs. att skapa en god eller gynnsam atmosfär som är evidensbaserad, men där också rättvisa råder. I en sådan atmosfär är människorna, både patienter och personal, respekterade och värdesatta och där värdesätts även vården. Den vårdkultur som vårdledaren strävar att skapa som är i förbindelse med förändringsprocessen är en kultur som är öppen för utveckling, där diskussioner förs, olika åsikter uttrycks och en helhetssyn är tydlig.

I den strukturella analysen av de tre berättelserna som framsteg av den naiva läsningen skapades nio teman av centrala meningsenheter. Dessa teman kunde tolkas och förstås som de gestaltningar som vårdledaren innehar när hon leder en förändring, som förutsätter olika ledarskapsstilar. Under en ytterligare tolkning kunde dessa teman som uppkom under den strukturella analysen sammanföras till huvudteman, som tolkades som de huvuduppgifter som vårdledaren har. Den första huvuduppgiften för vårdledaren var att leda (interpersonella) relationer genom att "*vara en interaktiv lagspelare*", "*vara en coach*" och "*vara en föräldrafigur*". Genom att leda relationer ansvarar vårdledaren att tillsammans med eller genom andra vårdare uppnå resultat i kollektiva processer, dvs. en kvalitativt god vård. En koordinering av olika vårdprocesser med en god patientvård med fokus på den individuella patienten ses som vårdledarens huvudsakliga mission. Som en interaktiv lagspelare förenar vårdledaren resurser och andras insatser samt förmedlar information. Som coach ställer vårdledaren upp normer och standarder, delegerar makt och befogenheter samt guidar, motiverar, erbjuder stöd och fungerar som en advokat för vårdledarskapet, vårdpersonalen och professionen. Som en föräldrafigur värnar vårdledaren om vårdpersonalen, går bredvid, underlättar och förvaltar det goda vårdandet och fungerar som lärare.

Den andra huvuduppgiften var att leda processer bestående av ett flöde av relationer och handlanden, dvs. "*vara en koordinator*", "*vara en spindel i nätet*" och "*vara en regissör och/eller dirigent*". Som en koordinator koordinerar och mobiliserar vårdledaren resurser. Som en dirigent och/eller regissör dirigerar/regisserar, navigerar, designar och arrangerar vårdledaren effektiva vårdinsatser och kommunicerar utan att förlora det kulturella ethoset av caring. Som spindeln i nätet har vårdledaren ansvar för och övervakar alla handlingar i de olika processerna samt fungerar som en länk mellan olika nivåer. Den tredje huvuduppgiften, att leda en kultur, innebär "*skapande av en öppen atmosfär*", "*skapande av en bekräftande atmosfär*" och "*skapande av en evidensbaserad atmosfär*". Centrala värderingar och normer som framträdde var rättvisa, respekt, gott bemötande av både patienter och personal samt en evidensbaserad praxis.

Den slutliga tolkningen av den centrala meningen med ledarens huvuduppgifter vid en förändring är att leda relationer, leda processer och leda kulturen. Den slutliga bilden har sammanfattats i en tredimensionell modell som beskriver hur vårdledare ser på sina uppgifter och gestaltningar under en förändringsprocess (se figur 3). Att tillhandahålla varje individuell patient en god vård, vilket framträdde i ett tidigt stadium av den naiva lösningen, sågs vara vårdledarens primära och mest centrala uppgift, eller med andra ord vårdledarens mission, som placerades i mitten av modellen för att symbolisera det som vårdledaren vill uppnå. Ledarskapsstilen reflekterar organisationskulturen och skapar dess klimat. Att som ledare skapa en positiv atmosfär eller ända innebär att leda kulturen. Då ledarskapet har sin grund i organisationens historia och kultur är vårdledarens handlingar, sätt att leda och att bemöta patienter och personal ett uttryck för organisationens gemensamma värderingar, normer, uppfattningar och antaganden. Vårdledaren ger uttryck för den vårdande kulturens ethos genom ett etiskt och vårdande förhållningssätt och genom sättet att visa ansvar så att människans värdighet bekräftas.



Figur 2. En tredimensionell modell för vårdledares huvuduppgifter och gestaltningar under en förändringsprocess (Svensk översättning av modellen i artikel 3).

Resultatet från delstudie III sammanfattas enligt följande:

- Vårdledarens primära mission är att utifrån ett etiskt förhållningssätt garantera att varje individuell patient får en god vård.
- Vårdledarens uppgifter är att leda relationer, processer och kulturen under en förändringsprocess och därmed intar hon olika gestaltningar genom sättet att visa ansvar.
- De gestaltningar vårdledaren intar för att leda relationer är som interaktiv lagspelare, coach och föräldrafigur.
- Vårdledaren intar gestaltningar för att leda processer som koordinator, dirigent och/eller regissör samt som spindeln i nätet.
- Genom att skapa en öppen, bekräftande och evidensbaserad atmosfär eller anda med centrala värderingar leder vårdledaren en kultur.

6.4 Vårdledaren som åskådare med en anpassning utan djupare engagemang

Den tredimensionella tolkningen utmynnade i tre huvudteman. Den rationella förståelsen av det första huvudtemat "Vårdledarens positiva och aktiva engagemang i ständiga förändringar på den egna avdelningen" gav vid handen att vårdledare hade tidigare erfarenheter av tidigare förändringar och utvecklingar på den egna avdelningen samt av tidigare fusioner mellan avdelningar och

organisationer. Genom den kontextuella tolkningen fastställdes att förändringar är en naturlig del av vårdledares dagliga arbete där de vill vara engagerade och påverka. Den existentiella meningen av vårdledares uppfattningar tolkades och förstods som ett engagemang på personlig nivå.

Den rationella förståelsen av det andra huvudtemat "*Vårdledarens tillit till att förändringen gagnar patienten och dennes vård, men anpassningen var utan djupare engagemang*" visade att vårdledare är antingen försiktigt positiva eller positiva till förändringsprocessen. Genom den kontextuella tolkningen såg vårdledarna möjligheter med tanke på patientvården att samarbetet och en ny gemensam kultur utvecklades mellan de båda gamla organisationerna. De såg också nödvändigheten av en anpassning. Den djupare meningen i vårdledarnas uppfattningar tolkades och förstods som en välvillig inställning till en anpassning, men anpassningen var utan djupare engagemang. De trodde att förändringsprocessen kunde vara till nytta för patienten och att de kunde utveckla en ny gemensam kultur med det bästa från de båda kulturerna.

I den rationella förståelsen av det sista huvudtemat "*Vårdledaren som åskådare med känslor av osäkerhet och oro*" framgick en frustration hos vårdledarna som berörde gestaltningen som vårdledare och vad som förväntades av dem. De kände en oro för vårdarbetet och dess auktoritet och vårdledarna gavs inga riktiga möjligheter att engagera sig i förändringsprocessen. Av den kontextuella tolkningen framgick att vårdledarna kände en klar osäkerhet för gestaltningen som vårdledare i förändringsprocessen och de var osäkra på hur ledarskaps- och organisationskulturerna kunde förenas med varandra. Det fanns en stor oro för vad förändringsprocessen skulle föra med sig, hur vårdarbetet skulle påverkas och vem som skulle tala för vårdarbetet och patienten och därmed vårdandets sak. Den existentiella meningen i vårdledarnas uppfattningar berörde deras identitet som vårdledare på djup personlig nivå. De kände en oro för uppdraget som vårdledare och för vårdarbetets ställning samt inför vårdledarens mandat som patientens advokat. De upplevde sig själva endast som åskådare och detta tolkades som att de inte var aktörer i förändringsprocessen, utan de var endast åskådare, eftersom de hade en stark känsla av att vara utanför processen.

Vårdledarna uppfattade sig med andra ord endast som åskådare i förändringsprocessen, trots att de var aktivt engagerade i ständiga förändringar på den egna avdelningen, där de kunde utöva sin påverkan. Vårdledarnas anpassning till förändringsprocessen var utan djupare engagemang, men deras anpassning visade på att de accepterade förändringen och att deras ledaridentitet var bibehållen. Trots det hade de tillit till att förändringen gagnar patienten och hans eller hennes vård. I förändringsprocessen tjänar vårdledarna vårdandets sak genom sitt ansvar för och önskan om det bästa för patienten och hans eller hennes vård. Som bärare av en kultur värnar vårdledaren om

vårdandets kärna och utvecklande av en evidensbaserad vårdande kultur. Vårdledarna kände en oro för uppdraget som vårdledare på grund av bristande kontroll, och de kände en oro för vårdarbetets ställning och mandatet som patientens advokat i framtiden.

Den fjärde delstudiens resultat kan sammanfattas enligt följande:

- Som kulturbärare och i tjänande av vårdandets sak upplevde vårdledaren en tillit till att förändringen gagnar patienten och hans eller hennes vård.
- Trots engagemang i ständiga förändringar på den egna avdelningen kände vårdledarna sig endast som åskådare och deras anpassning var utan djupare engagemang.
- Vårdledarna kände en oro för uppdraget som vårdledare, vårdarbetets ställning och mandatet som patientens advokat i framtiden.

Sammanfattande antaganden:

Jämte vårdledarens primära mission att med ansvarsfullhet tjäna vårdandets sak utgående från ett etiskt förhållningssätt leder vårdledaren förändring genom relationer, processer och kultur utgående från en gemensam värdegrund. En arena för dialog förutsätts i skapande av delaktighet för att förankra vårdandets och förändringens vision och mission till handling och förändring, där förändring omfattar en inre och yttre omgestaltning genom ett vardande, varande och görande.

7 NYA TOLKNINGSMÖNSTER

I den hermeneutiska tolkningsprocessens dialog med texten (jfr 5.6) sker en pendling mellan helheten och delarna, förståelse och nyförståelse samt mellan tolkning, förklaring och förståelse. Dialogen sker med andra ord i en dialektisk process³¹⁰.

Inledningsvis startar tolkningsprocessen utgående från en kort redogörelse av de enskilda delstudierna genom konstaterandet att för att åstadkomma en verklig och hållbar förändring, dvs. en inre omgestaltning och omdaning som vardande förutsätts att både tankemönster och handlanden förändras. Riktningen och insatserna för förändringen ska ha sin grund i en tydlig och meningsfull målsättning och vision utgående från en gemensam värdegrund.³¹¹ Personalen ville ha en aktiv roll under förändringsprocessen med en dialog, vilken även är en del av en öppen kultur. En arena för dialog borde utvecklas så att förändringens liksom även vårdandets vision och mission förankras och utvecklas till handling och förändring.³¹² En liten del av personalen antog att vården blir bättre i den nya organisationen och vårdledarnas anpassning till förändringen var utan djupare engagemang. Vårdledarnas primära uppgift eller mission var att tillhandahålla varje individuell patient en god vård. Den primära missionen var med andra ord att med ansvarsfullhet tjäna vårdandet sak utgående från ett etiskt förhållningssätt. I tjänande av vårdandets sak fanns dock en tillit till att förändringen gagnar patienten och hans eller hennes vård, men de kände trots det en oro för sitt uppdrag som vårdledare, vårdarbetets ställning och mandatet som patientens advokat.³¹³ Vårdledaren är också en kulturbärare, vilket innebär att även kulturen har betydelse under en förändringsprocess. Genom att leda kulturen skapar vårdledaren en öppen, bekräftande och evidensbaserad atmosfär³¹⁴ med centrala värderingar som ger uttryck för den rådande andan och kulturen. Under förändringsprocessen intar vårdledaren olika gestaltningar³¹⁵, vilka kräver olika ledarskapsstilar. Att leda förändring och att åstadkomma en verklig förändring kan sammanfattas med den tredimensionella modellen, dvs. att leda relationer, processer och kultur (se figur 3).³¹⁶

Den hermeneutiska tolkningsprocessen fortsätter med att de meningsbärande mönstren av de olika delstudiernas resultat speglas mot de teoretiska utgångspunkterna och forskningsöversikten.

³¹⁰ jfr Ödman, 2007.

³¹¹ se delstudie I och II.

³¹² se delstudie II och III.

³¹³ se delstudie II, III och IV.

³¹⁴ Synonymer till atmosfär är stämning, anda, tidsdoft, doft, miljö och klimat. Begreppet anda har synonymerna moral, stämning, atmosfär och prägel. (Walter, 1991)

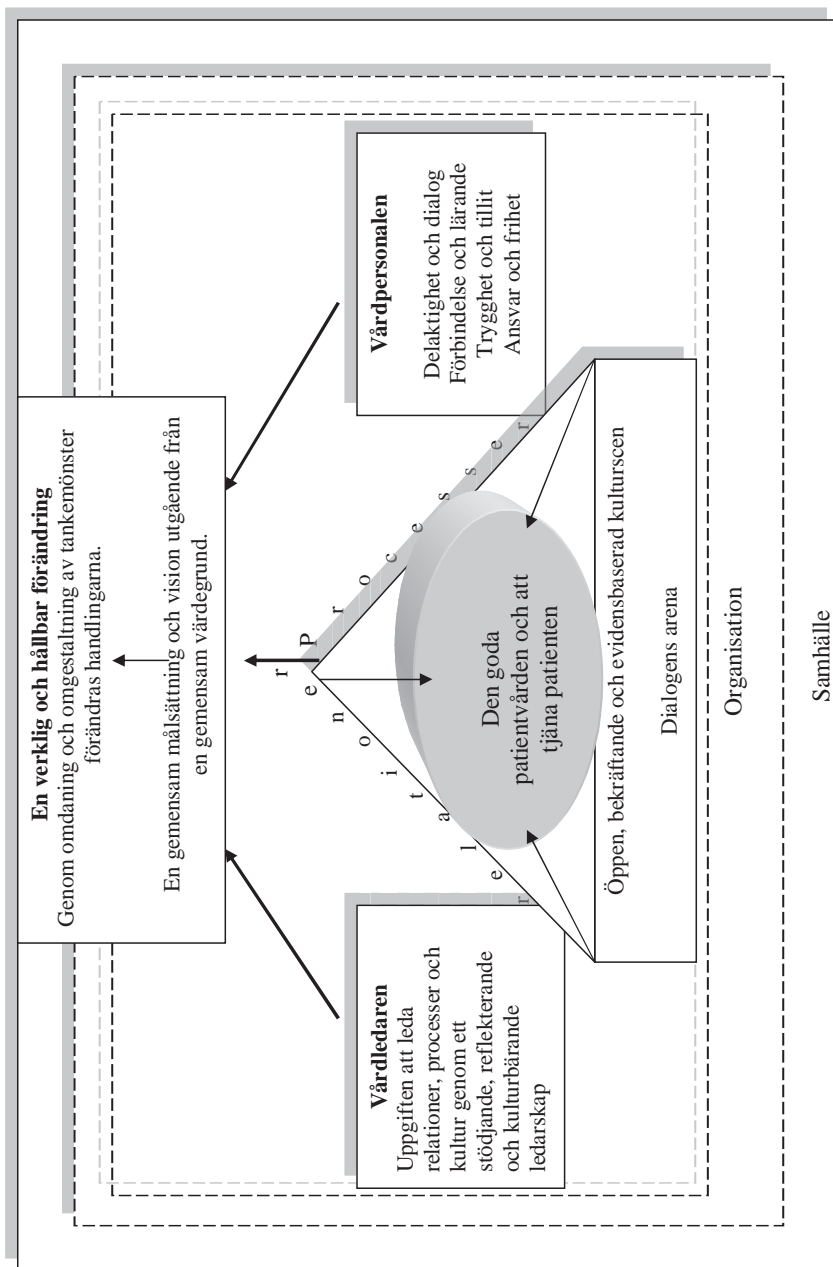
³¹⁵ se footnote 33.

³¹⁶ se delstudie I, III och IV.

Därmed sker en horisontsammansmältning och nya tolkningsmönster³¹⁷ framstiger, vilka utmynnar i bidraget till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen (7.4). Det centrala innehållet i tolkningsmönstret (se figur 3) beskrivs närmare i följande underkapitel med sammanfattande antaganden (7.1 - 7.3).

³¹⁷ Fredriksson (2003, 41, 46) konstaterar efter en genomgång av nordiska avhandlingar att det inte finns ett etablerat teoribegrepp som omfattar kunskapsbehållningen, där "teorimodell" var en benämning. Fredriksson konstaterar vidare att det istället är nödvändigt att varje forskare klargör sina epistemologiska utgångspunkter och föreslår att man förstår teori som ett "tolkningsmönster" då tolkandet uttrycks i en teori, vilket stämmer överens med mitt sätt att se på ny kunskap och teori. Nurminen (2009, 2) använder begreppet "teorigestaltning" i en hermeneutisk mening med hänvisning till Fredriksson (2003).

Figur 3. Tolkningsmönstret - Vårdledarskapets triad vid en förändring.



Figur 3. Tolkningsmönstret - Vårdledarskapets triad vid en förändring.

7.1 Förändring som fenomen och förändringsledarskap

Då vårdledaren tar ett medvetet beslut om att åstadkomma en förändring och utveckling som är verklig och hållbar, tas varje förändrings komplexitet och unikheter med avseende på aktuell situation och sammanhang i beaktande. Förändring kräver dock tid och är samtidigt ett kunskaps pussel. Accepterande av en förändring förutsätter ett känslö- och kunskapsmässigt bemötande av förändring för att förstå behovet av förändring. Genom att leda både relationer, processer och kultur kan ledare åstadkomma eller medverka till en förändring samtidigt som vårdpersonalen genomgår en lärandeprocess. Lärande av nya sätt att tänka och handla kan starta när vårdpersonalen förbinder sig till förändring. En verklig och hållbar förändring förutsätter dock att vårdpersonalen undergår en inre omgestaltning på vardandnivån. Detta sker då nya tankemönster och värderingar skapas varvid även verklighetsbilden och handlingarna förändras, dvs. en omdaning och ett vardande sker. Om en omorganisering endast sker på görandenivån eller genom en anpassning av vårdarbetet, organisation och struktur på varandenivå liksom att vårdpersonalen endast anpassar sig åstadkommer vårdledaren enbart en yttre omgestaltning och tankemönstren stannar vid de gamla. Det centrala är att åstadkomma, dvs. bidra till en andra ordningens förändring, där tankemönster och handlingar förändras.

Det förutsätts även att vårdledaren har kunskap och beredskap för att leda och möta det som följer med en förändring och det är nödvändigt att vårdledaren även lär sig att flexibelt följa förändringsprocessens unika rörelse utöver att ta ansvar för beslut och dess konsekvenser. Innan förberedelser startar ska vårdledaren fästa uppmärksamhet på organisatoriska faktorer samt avläsa och kritiskt utvärdera utvecklingssignaler, förändringsberedskap och -kapacitet. Därefter skapar vårdledaren egna redskap för att leda förändring samt skapar en mening med förändringsprocessen som helhet. Till vårdledarens ansvar hör att leda vårdpersonalen, upprätthålla relationer och lagarbete samt möta förändringsmotstånd. Inför en förändring ska vårdledaren emellertid inta ett reflekterande förhållningssätt till verksamheten och substansen i ledarskapet, eftersom både substansen och ledarens gestaltningar har betydelse i en förändringsprocess. Vårdledarens syn på vården och vårdandet och hennes förståelse för förändring och kulturens betydelse påverkar substansen och gestaltningen genom vilka förändringsdynamiken kan dirigeras och de negativa effekterna och hindren minimeras.^{318, 319, 320}

³¹⁸ se delstudie I och III.

³¹⁹ Baulcomb, 2003; Hendel, 1998; Juppö, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Lindholm m.fl., 2000; Shanley, 2007; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2009.

³²⁰ Ahrenfelt, 2001; Alvesson, 2005; 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Fagerström, 1999; 2000; Jacobsen, 2005; Kotter & Cohen, 2002; Norbäck & Targama, 2009; Northouse, 2010; Wolvén, 2000; Yukl, 2010.

Sammanfattande antaganden:

- Genom vårdledarens medvetenhet om nödvändigheten av att åstadkomma en verklig och hållbar förändring beaktar vårdledaren komplexiteten och unikheten i varje förändring samt dess pussel av kunskap.
- En verklig och hållbar förändring förutsätter en förbindelse, en inre omgestaltning och en omdaning på vardandenivån som därmed också återspeglas i den yttre omgestaltningen på varande- och görandenivån.
- Vårdledaren har kunskap och beredskap för att leda och möta det som följer med en förändring samtidigt som vårdledaren flexibelt följer förändringsprocessens unika rörelse. Även vårdpersonalen behöver genomgå en lärandeprocess för att en verklig och hållbar förändring ska kunna åstadkommas.
- Vårdledaren intar ett reflekterande förhållningssätt till verksamheten, ledarskapssubstansen och till de faktorer som påverkar förändringen, varefter vårdledaren skapar egna redskap för att leda förändringen.

7.2 Vårdledaren som ledare av förändring

Tilliten till förändringen samt delaktighet, insikter och förståelse för förändringen höjer engagemanget och ledaridentiteten hos vårdledaren, där deras vilja att tjäna och att ta ansvar ingår som delar av ledaridentiteten. Trots att vårdledarnas anpassning till förändringen var utan djupare engagemang kunde ett accepterande påvisas. Ett känslö- och kunskapsmässigt bemötande och godkännande av förändring samt en identifikation med den nya organisationen och kulturen som då skapas hade påbörjats. Ansvar för att möjliggöra och utveckla den goda vården med patienten i centrum förutsätter ett personligt engagemang och ett starkt ledarskap i skapande av kontextuella, professionella och kulturella förutsättningar. Det gäller även i bevarande av och värnande om traditionen och kärnan i vårdandet eller med andra ord i förvaltande av vårdandets kärna. Det ansvar och åtagande som vårdledaren är beredd att bära och det personliga engagemanget och vilja att handla gott och rätt i relation till patienten omfattar uppdraget som vårdledare, patientmandatet och vårdarbetets ställning. En etisk fordran eller ansvarets inre innebörd med vårdandets ethos och caritasmotivet som ansvarsetikens ledstjärnor utgör basen för vårdledarens handlingar. Vårdledarens ansvarighet eller ansvarsfullhet, förbindelse, förpliktelse och skyldighet formas av hennes personliga inre etik genom vilken vårdledaren står till svars för sitt omdöme och handlande.

Det är med andra ord genom samvetet och medlidandet som vårdledaren svarar an på patientens hälsa och lidande i vårdandets meningssammanhang.^{321, 322, 323}

Vårdledarens primära mission är att med ansvarfullhet tjäna patienten utgående från ett etiskt förhållningssätt. Utöver det leder vårdledaren förändring genom relationer, processer och kultur utgående från en gemensam värdegrund. Att leda förändring genom relationer, processer och kultur innebär att vårdledaren intar olika gestaltningar, vilka kommer till uttryck på olika sätt som har betydelse i en förändringsprocess och för dess resultat. I uppgiften att leda relationer kan ledaren beskrivas som att vara en interaktiv lagspelare, coach och föräldrafigur. Att vara en koordinator, regissör/dirigent och som en spindel mitt i nätet är vårdledarens gestaltningar när hon leder processer, medan vårdledaren som en kulturbärare leder kulturen.

Ledaren som interaktiv lagspelare är beroende av andra för att lyckas med förändringen. För att kunna förena vårdpersonalens resurser och insatser bör hon förstå hur vårdpersonalen tänker, känner, reagerar och handlar utgående från deras upplevda vårdverklighet. Deras handlanden utlöses nämligen av upplevelser av verkligheten som avgörs av deras tankar och känslor. Därför är det viktigt att som vårdledare att bevara och utveckla en tillitsfull relation genom yrkesetiken och vårdledarens etiska förhållningssätt som i tider av förändring är mycket betydelsefullt. En gemensam vision och målsättning samt vårdpersonalens delaktighet är också delar av en tillitsfull relation. Ledarskapet under en förändring balanseras dock i förhållande till relationer, processer och kultur, eftersom vårdledaren ansvarar för organiseringen och koordineringen av vårdpersonalens insatser. Tilliten byggs upp genom vårdledarens hantering av dynamiken mellan ledarskapets dimensioner.

Av resultatet framgår att en arena för dialog förutsätts i skapande av delaktighet för att förankra vårdandets och förändringens vision och mission till handling och förändring. Vårdledaren som coach lyssnar öppet och aktivt till vårdpersonalen i en öppen dialog och med en ömsesidig feedback och beröm på dialogens arena för att motivera och guida samt utmana sig själv och vårdpersonalen att pröva nya sätt att handla. Ledaren kommunicerar syfte och vision utgående från gemensamma mål och värden samt förklarar och tolkar innebörden med förändringen genom att förankra vision och mission till handling och förändring. Samtidigt ställer hon upp normer och standarder samt delegerar makt och befogenheter eller med andra ord ansvar och frihet. Dialogen som inkluderar

³²¹ se delstudie IV.

³²² Cutcliffe & Bassett, 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2007; Lindholm m.fl., 2000; Stenvall & Virtanen, 2007.

³²³ jfr Bondas, 2003; Eriksson, 2001; Eriksson, 1995; Eriksson & Lindström, 2000a; Eriksson m.fl., 2004; Eriksson & Nordman, 2004; Fagerström, 1999; 2000; Nordman, 2006; Wallinvirta, 2011.

information utgör ett stöd och som tillsammans med en tydlig målsättning stärker tilliten, vilken i sin tur möjliggör lärande och att stå ut med osäkerheten. I dialogen finns det kulturella ethoset av vårdandets kärna alltid med samtidigt som dialogen även skapar lärande och delaktighet.

Vårdledaren som föräldrafigur värnar i sin närvaro och tillgänglighet om vårdpersonalen och genom ett stödjande ledarskap visar vårdledaren vårdpersonalen respekt, tillit och omtanke eller med andra ord visar att vårdpersonalen värdesätts. Vårdledaren möter vårdpersonalens individuella behov och tillgodoser deras behov av både personlig utveckling och kompetensutveckling och ger stöd i hanteringen av stress, problem och konflikter samt motverkar motstånd, rädsla och utbrändhet. Ledaren går bredvid och fungerar som en advokat för personalen och patienten, skapar engagemang och trygghet i förändringssituationen samt skapar ett positivt arbetsklimat och motverkar samtidigt ineffektiva handlingar. Ledaren lotsar vårdpersonalen genom sorgprocessen som en förändring kan utgöra samt genom förnekelse, ilska och sorg till acceptans och anpassning och vidare fram till förbindelse varvid ett lärande kan ske.^{324, 325, 326}

Vårdledaren som koordinator koordinerar, mobiliserar och samordnar mänskliga resurser. Till detta hör realistiska förberedelser och planeringar för att organisera och koordinera förändringsprocessens delar till en helhet, men även att förena resurser, nyckelpersoner och problemlösare.

Som regissör eller dirigent leder, eller med andra ord regisserar eller dirigerar vårdledaren och följer upp händelseförloppet i förändringsprocessens händelsekedja av insatser genom en kombination av tillvägagångssätt för att nå resultat och undanröja hinder. Vårdledaren söker möjligheter, löser problem och handlar därefter, men fattar även svåra beslut. För detta ska ledaren även följa och tolka processerna samt göra kontinuerliga evalueringar där vision och målsättning anger riktningen och insatserna. Genom att guida, motivera och stöda kan ledaren upprätthålla handlanden för att verkställa målsättningarna.

Som spindeln i nätet är vårdledaren ansvarig för en helhetssyn över händelsekedjan, där ansvarigheten även inkluderar relationer och kulturen förutom processerna. Vårdledaren överblickar och ansvarar för insatserna med en balansering mellan uppgiften att genomföra förändringen och att leda relationer, samtidigt som ledaren är en länk mellan olika nivåer. Ledaren uppmärksammar

³²⁴ se delstudie II, III och sammanfattande antaganden.

³²⁵ jfr Baulcomb, 2003; Bennett, 2003; Cutcliffe & Bassett, 1997; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Hartley m.fl., 1997; Hendel, 1998; Juppö, 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; McPhail, 1997; Rosengren, 2008; Rosengren m.fl., 1999; Shanley, 2007; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2009.

³²⁶ Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Bondas, 2003; Fagerström, 1999; 2000; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Northouse, 2010; Rosengren m.fl., 1999; Wolvén, 2000;.

personalens arbetsbörda och fördelar arbete på ett ändamålsenligt sätt samt utvecklar ett reflekterande förhållnings- och arbetssätt. Ledaren gör en kontinuerlig uppföljning av förändringens etablering och förankring. Genom ett reflekterande ledarskap gör vårdledaren ständiga reflektioner över förändringsmöjligheter, påverkande och inverkan på förändring, lagarbete och ledarskapssubstansen, dvs. hur och varför hon leder som hon gör med beaktande av tid, situation, val, behov och konsekvenser. Reflektioner görs även i förhållande till mänskliga relationer, processer som inkluderar alla händelser och handlingar i det fortlöpande sammanhanget samt kulturen som ständigt finns närvarande under ytan.^{327, 328, 329}

Vårdledaren som kulturbärare eller med andra ord med ett kulturbärande ledarskap innebär att vårdledaren förstår och värnar om en kultur som omfattar det bästa av traditioner, vanor, normer och övertygelser som förmedlas via språket och handlingarna. Kulturen kan sägas utgöra grunden för all verksamhet och vårdarbete i organisationen och därmed även vid en förändring, eftersom kulturen ständigt finns närvarande. Som bärare av kulturen gör vårdledaren ett personligt ställnings-tagande för den vårdande kulturen genom att värna om och tala för vårdandets sak. På kulturscenen med en öppen, bekräftande och evidensbaserad atmosfär eller anda som ger uttryck för den rådande kulturen samt praxis anger vårdledaren tonen för den referensram eller de riktlinjer som är gällande i fråga om förhållningssätt och tankemönster både i relation till patienten och till vårdarbetet som helhet. Reflektioner av etiska värderingar synliggörs i ledarens ansvar för både patienten och hans eller hennes vård med fokus på patientens vårdbehov och för personalen samt deras önskan och behov. Den bärande värdegrunden och normerna som odlas och formas i gemenskap utgörs av rättvisa, respekt, ett gott bemötande av vårdpersonal och patient samt en evidensbaserad praxis i tjänande av livet och patienten. Lindrande av lidande och garanterande av patientens värdighet finns ständigt närvarande som vårdandets kärna i den vårdande kulturen genom inbjudan av patienten som ligger till grund för sättet att handla.^{330, 331, 332}

³²⁷ se delstudie III.

³²⁸ Baulcomb, 2003; Bennett, 2003; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; McPhail, 1997; Rosengren m.fl., 1999; Shanley, 2007; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007, Wallinvirta, 2011.

³²⁹ jfr Ahrenfelt, 2001; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Ljungberg & Larsson, 2001; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Lindholm m.fl., 2000; Northouse, 2010; Rosengren, 2008; Shanley, 2007; Stenvall & Virtanen, 2007; Wolvén, 2000; Yukl, 2010.

³³⁰ se delstudie III.

³³¹ Cutcliffe & Bassett, 1997; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Hartley m.fl., 1997; Hendel, 1998; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Rosengren m.fl., 1999; Sofarelli & Brown, 1998.

³³² Alvesson, 1992; 2001; 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Bondas, 2003; Eriksson, 2001; Eriksson & Lindström, 2000a; Hilli, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2005; Kinnunen, 1990; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Eriksson & Nordman, 2004; Norbäck & Targama, 2009; Nordman, 2006; Nyback, 2008; Schein, 2004; Wolvén, 2000.

Sammanfattande antaganden:

- Att leda förändring innebär att leda relationer, processer och kultur
- Vid en förändring är vårdledarens primära mission och ansvarighet att genom ett kulturbärande ledarskap förvalta vårdandets kärna och medverka till en god patientvård utgående från ett etiskt förhållningssätt.
- Vårdledarens ansvarighet vid en förändring omspannar även att bevara och utveckla tillitsfulla relationer med framför allt med sin personal.
- På förändringens kulturscen med en öppen, bekräftande och evidensbaserad anda som reflekterar den vårdande kulturen hör det likaså till vårdledarens ansvarighet att styra drivkrafterna bakom förändringen och förändringsinsatserna. Ansvarigheten omfattar även att förena vårdpersonalens resurser och insatser genom ett stödjande och reflekterande ledarskap.
- Dialogens arena utgör en betydelsefull del av förändringens kulturscen vid vilken dialogen utgör ett stöd och som skapar tillit, lärande och delaktighet både vad gäller förvaltande av vårdandet och förändringens vision och mission fram till handling och förändring.

7.3 Vårdpersonalens delaktighet vid en förändring

Vårdledaren ska vid genomförande av en förändring iakttä vårdpersonalens vilja till delaktighet och medverkar därigenom till engagemang och motivation som personalen hade trots att de inte kände sig delaktiga. Vårdpersonalens delaktighet samt engagemang är betydelsefulla för att motverka oro, stress och förlust av status och identitet. Det är därför betydelsefullt att utveckla en kultur som personalen kan identifiera sig och känna tillhörighet med, dvs. skapande av en ny organisationsidentitet som är sammanhållande med gemensamma förhållningssätt, tankemönster och värderingar. I detta ingår hur vårdpersonalen förstår, tolkar och förhåller sig till vårdarbetet samt vad som anses viktigt i patientvården som ger reflektioner över hur vårdandet borde vara. Vårdledarnas primära mission trots förändring är att möjliggöra ett vårdande som strävar efter det bästa för patienten. Vårdledaren anger härmed referensramarna för gällande förhållningssätt, tankemönster samt värderingar för en vårdande kultur med ett caritativt ethos som uttrycks genom språket och handlingarna och där vårdpersonalen genom medlidande tjänar patienten. Detta hör samman med vårdledarens skapande av kontextuella och kulturella förutsättningar. Vårdpersonalens känsla av delaktighet erhålls genom en dialog och tydlig målsättning, men beroende av

förändringens omfattning och brådska balanseras och anpassas omfattningen av vårdpersonalens deltagande och åtaganden i förhållande till krav och behov.^{333, 334, 335}

Utveckling och förändring hänger samman med lärande, vilket också skapas genom dialogen förutom övriga lärandeprocesser. När vårdpersonalen förbinder sig till förändring kan lärande starta och en verklig och hållbar förändring kan uppnås. Trygghet och tid behövs för att vårdpersonalen ska kunna bearbeta sin egen inre värld så att förståelse och motivation kan åstadkommas. I en förändringsprocess genomgår vårdpersonalen en personlig växt och deras kunnande och kompetens utvecklas, vilka hör samman med de professionella förutsättningarna. Lärandeprocesser skapas för att de ska kunna bemöta förändring eller för att axla mer omfattande och ansvarsfulla arbetsuppgifter på ett reflektivt och innovativt sätt i samband med en förändring. Vårdledaren kan stöda vårdpersonalen i deras sorgprocess så att lärandeprocessen kan gå från oro till förståelse. Förbindelse återspeglar deras känslomässiga och kunskapsmässiga bemötande och kan förstås som ett uttryck för att de anammat nya sätt att tänka och handla. Genom dialogen får vårdpersonalen en förståelse för förändringen och därmed kontroll över situationen, vilket leder till minskad stress och ökad acceptans. Därtill bidrar lärande till att minska motivationsklyftan mellan den som leder förändring och personalen. Vårdpersonalen ska även lära sig fungera i en ny vård- och arbetsgemenskap som reflekterar kulturen.³³⁶

Vårdpersonalen behöver dock stöd under hela förändringsprocessen genom en öppen och fortlöpande dialog, guidning och en ändamålsenlig arbetsfördelning. De behöver också stöd i att lösa svårigheter, att orka med osäkerheten, i hanteringen av stress, rädsla, oro, kaos och hjälplöshet vid ett lidandets tryck när atmosfären känns instabil samt i skapande av en positiv atmosfär och laganda. Stödet, en öppen dialog och förståelsen för förändring samt insikt skapar trygghet. Vårdpersonalen behöver förutom beröm och feedback även motivation för att fortsätta handla ändamålsenligt, vilket sker genom förklaring av bakgrund och tolkning av förändringens innebörd. Vårdpersonalen behöver också bekräftelse. Bekräftelse erhålls när vårdpersonalen känner sig respekterade, när deras kompetens att tjäna patienten värdesätts och när deras individuella behov, situation, kultur och arbetsbörda uppmärksammas. Känslan av framtidstro återspeglas i den tillitsfulla relationen och stärks genom en gemensam och tydlig målsättning och dialog samt genom

³³³ se delstudie II och III.

³³⁴ Cutcliffe & Bassett, 1997; Fagerström, 1999; 2000; Hartley m.fl., 1997; Hendel, 1998; Kullén Engström, 2009; Rosengren, 2008; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

³³⁵ Alvesson, 1992; 2001; 2007; Eriksson, 1995; 2001; 2003; Eriksson & Nordman, 2004; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Norbäck & Targama, 2009; Nordman, 2006; Salmela & Lindholm, 2000; Schein, 2004.

³³⁶ Ahrenfelt, 2011; Bondas, 2003; Cutcliffe & Bassett, 1997; Fagerström, 1999; 2000; Hendel, 1998; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

vårdledarens hantering av dynamiken i ledarskapets dimensioner av relationer, processer och kultur. Tillit möjliggör också lärande och kreativitet samt hjälp att orka med oro och osäkerhet.³³⁷

Delaktighet erhålls genom kunskap, ansvar och frihet som delges vårdpersonalen vid en förändring, vilka är andra kontextuella förutsättningar som skapas av vårdledaren när hon delar bl.a. kunskaper och ansvaret, dvs. makt och befogenheter, med sin personal genom vilka tilliten också visas. I det gemensamma arbetet för utveckling och förändring anger och styr den gemensamma visionen riktningen och insatserna. Visionen ger vårdpersonalen även en mening, syfte, nytta och värde med förändringen och därmed motiveras vårdpersonalen att arbeta både för förändringen och visionen.^{338, 339}

Sammanfattande antaganden:

- Vårdpersonalens delaktighet och därmed engagemang och motivation är betydelsefulla vid en förändringsprocess för att motverka oro och stress, men även för att skapa en ny organisationskultur och –identitet som vårdpersonalen kan känna tillhörighet med.
- Dialogen samt en gemensam målsättning och vision, som anger riktningen, bidrar till delaktighet. Dialogen skapar också ett lärande och möjliggörs via tilliten då vårdpersonalens kunskaper och kompetens utvecklas varvid en verklig förändring kan starta genom en lärandeprocess när de förbinder sig till förändring.
- Förutom den öppna dialogen skapar stödet, förståelsen och insikten en trygghet. Vårdpersonalen behöver också bekräftelse och motivation för att fortsätta med ändamålsenliga handlingar och insatser.
- Tilliten till vårdpersonalen visas genom det ansvar och den frihet som delges av vårdledaren och som stärks av en gemensam målsättning och dialog samt av vårdledarens hantering och balansering av ledarskapets dimensioner av relationer, processer och kultur.

7.4 Forskningens bidrag till den vårdvetenskapliga kunskapskroppen

Att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär att vårdledaren leder förändring i tjänande av vårdandets sak genom ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap. Oavsett bakomliggande drivkrafter till en förändring³⁴⁰ är vårdledarens primära mission och ansvar att som

³³⁷ Ahrenfelt, 2001; Bondas, 2003; Chenoweth & Kilstoff, 2002; Fagerström, 1999; 2000; Fransson m.fl., 2008; Hendel, 1998; Juppo, 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

³³⁸ Baulcomb, 2007; Bennett, 2003; Fagerström, 1999; 2000; Juppo, 2005; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

³³⁹ Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

³⁴⁰ jfr Norbäck & Targama, 2009; Sveningson & Sörgärde, 2007.

kulturbärare förvalta vårdandets kärna och medverka till en god patientvård utgående från ett etiskt förhållningssätt. Genom det kulturbärande ledarskapet bidrar vårdledaren till att utveckla den vårdande kulturen. Vårdledarens ansvarighet under en förändring eller förändringsprocess tar sig i uttryck av vårdledarens åtagande, förbindelse, förpliktelse, skyldighet och synlighet som genom ord och handling visas i en tillitsfull relation till vårdpersonalen³⁴¹. Yrkesetiken, vårdledarens etiska förhållningssätt, respekt, en gemensam vision och målsättning samt att vårdledaren värdesätter den andra är centrala ingredienser i en tillitsfull relation som medverkar till vårdpersonalens delaktighet och trygghet. Vårdledaren har alltså ett ansvar³⁴² för att förvalta den vårdande kulturen, eftersom varje större organisationsförändring påverkar kulturen med dess traditioner och vanor³⁴³.

Verklighetens och förändringens scen är emellertid komplex under vars yta kulturen ständigt finns närvarande och som berättar om hur scenen ser ut samt vilka referensramar som råder, där kulturens andra sida utgörs av ledarskapet³⁴⁴. Den atmosfär eller anda som råder reflekterar med andra ord den rådande kulturen³⁴⁵ som ska vara en öppen, bekräftande och evidensbaserad kulturscen både vad gäller förändring som vårdandet³⁴⁶. Detta understöder tanken om och betydelsen av det kulturbärande ledarskapet genom vilket vårdledaren skapar kulturella förutsättningar. På denna kulturscen skapar vårdledaren de kulturella förutsättningarna för ett vårdande i en vårdgemenskap som strävar efter det bästa för patienten. Genom att vara tongivare och värna om vårdandets kärna, dvs. göra den goda vården möjlig och tala för vårdandets sak, gör vårdledaren ett personligt ställningstagande som förmedlas via språket.³⁴⁷ På den öppna, bekräftande och evidensbaserade kulturscenen regisserar och/eller dirigerar vårdledaren även förverkligandet av förändringsprocessens händelsekedja i ett fortlöpande sammanhang. Detta sker genom styrning av vårdpersonalens insatser och uppgifter utgående från en gemensam målsättning och vision som anger riktningen för förändringen liksom även gemensamma värderingar.³⁴⁸ Hälso- och sjukvården med sina olika professionskulturer skapar emellertid en kulturell mångfald, där grundantaganden och traditioner ligger till grund för hur relationer och vårdprocesser organiseras. Dessa kan emellertid bli till försvarsmekanismer då vårdledaren vill åstadkomma en verklig och hållbar förändring, där vårdledaren fortsätter med att skapa och upprätthålla goda traditioner genom att vara

³⁴¹ Jfr Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007; Wallinvirta, 2011.

³⁴² Enligt Ahrenfelt (2001, 111) kan ansvar behöva omdefinieras till den mera aktiva verbformen av att svara an istället för substantivets passiva underton.

³⁴³ Jfr Bondas, 2003; Hendel, 1998; Knox & Irving, 1997.

³⁴⁴ Jfr Alvesson, 1992; Salmela & Lindholm, 2000; Schein, 2004.

³⁴⁵ Jfr Jacobsen, 2005; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Norbäck & Targama, 2009. Jfr även delstudie III.

³⁴⁶ Jfr delstudie III.

³⁴⁷ Jfr Hilli, 2007.

³⁴⁸ Jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Fagerström, 1999; Hartley m.fl., 1997; Juppo, 2005; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Wolvén, 2000.

synlig och som genom ord och handling visar sitt engagemang trots gamla traditioners dragningskraft.³⁴⁹ En vårdande tradition består av ett caritativt ethos med syfte att tjäna liv och hälsa samt lindra lidande³⁵⁰.

Kulturscenen kan beskrivas som dialogens arena, där vårdledaren anger tonen och referensramarna för gällande förhållningssätt, tankemönster samt värderingar. Ett aktivt lyssnande samt en ömsidig feedback är viktiga element på dialogens arena. Dialogen kan sägas utgöra en gemensam värld som enbart skapas i ett mellanmänniskt möte, vilket sker i en ömsesidighet som är beroende av vårdledarens och vårdarens/vårdpersonalens deltagande³⁵¹. Vid en förändring utgör dialogen också ett stöd samtidigt som dialogen även skapar tillit, lärande och delaktighet, vilka också skapas av en gemensam värld.

Vårdledaren är med andra ord mycket betydelsefull i sin position för att påverka framgången av en struktur- eller organisationsförändring liksom vid övriga utvecklings- och förändringsarbeten för vilka vårdledaren har kunskap och beredskap. Vårdledaren ska fungera som modell samtidigt som hon ska värna om vårdpersonalens välbefinnande och arbetstillfredsställelse, eftersom hon är beroende av sin personal för att lyckas och nå resultat med en förändring.³⁵² Upprätthållande och ledning av mänskliga relationer, dvs. leda relationer, har stor betydelse, eftersom vårdledaren ansvarar för hur vårdpersonalen handlar genom ledning av relationer och styrning av uppgifter³⁵³. Beroende på förändringens omfattning påverkas den enskilda vårdarens välbefinnande och därför är det viktigt att ha en helhetssyn på människan som kropp, själ och ande genom att också förstå hur de tänker, känner, reagerar och handlar³⁵⁴. Genom ett stödjande ledarskap är vårdledaren en närvarande och tillgänglig ledare som guidar, lotsar, motiverar, fungerar som advokat, ger stöd i olika situationer, möter individuella behov och tillgodoser deras behov av personlig och kompetenshöjande utveckling. Skapande av trygghet är här en viktig faktor. Det som har framhållits är att ingen speciell ledarskapsstil förutsätts, utan snarare är det viktigare att vårdledaren reflekterar över hur ledarskapet utövas vid en förändring och varför hon leder förändring på sättet hon gör. Vårdledaren gör med andra ord reflektioner över substansen i ledarskapet.³⁵⁵ Detta ingår i ett reflekterande ledarskap utöver att vårdledaren reflekterar över de kulturella förutsättningarna med traditioner och vanor, men även över de professionella liksom de kontextuella förutsättningarna

³⁴⁹ jfr Kinnunen, 1990; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Schein, 2004.

³⁵⁰ jfr Eriksson & Nordman, 2004.

³⁵¹ jfr Rudolfsson, 2007.

³⁵² jfr Bennett, 2003; Blake & Mouton, 1985; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Hendel, 1998; Jupp, o 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

³⁵³ jfr Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Wolvén, 2000.

³⁵⁴ jfr Eriksson, 2001; Eriksson & Lindström, 1999a.

³⁵⁵ jfr Kullén Engström, 2009; Shanley, 2007.

med bl.a. utvecklingsinitiativ och kliniska processer.³⁵⁶ De professionella, kontextuella och kulturella förutsättningar för att möjliggöra vårdandet och förena vårdpersonal i ett tjänande av patienten skapas i en förening av vårdvetenskap och hälsovårdsadministration. Det innebär en förening av medmänsklig kärlek och administrativa processer genom vilka vårdledarens hjälpande, tjänande och förvaltande kommer till uttryck. Vårdledarens omdöme och handlingar baseras nämligen på gjorda reflektioner och överväganden utifrån vårdledarens helhetssyn, vilka utgör ytterligare delar i ett reflekterande ledarskap.³⁵⁷

En verklig och hållbar förändring förutsätter en förbindelse, inre omgestaltning och omdaning på vardandenivån som återspeglas i den yttre omgestaltningen på varande- och görandenivån. Eftersom förändringens hjärta ligger i känslor och då handlingar skapas av den upplevda vårdverkligheten är det en utmaning för vårdledaren att få vårdpersonalen att se realiteten så att den påverkar deras känslor och att de förändrar sina handlingar på det sätt som gör att visionen blir verklighet. Detta förutsätter i första hand ett känslö- och kunskapsmässigt bemötande av förändring för att förstå och acceptera behovet av förändring. Vårdpersonalen behöver därmed genomgå en förbindelse- och lärandeprocess för att en verklig och hållbar förändring ska kunna åstadkommas.³⁵⁸

Vårdledarens stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap under en förändring speglar och ger uttryck för vårdledarens uppgifter av att leda relationer, processer och kulturen liksom hennes olika gestaltningar, vilka delvis överlappar varandra. En öppen dialog, en gemensam målsättning och vision bidrar till att vårdpersonalen blir delaktig. Genom vårdpersonalens delaktighet, engagemang och motivation kan oro och stress motverkas. Dialogen är betydelsefull för vårdpersonalen, eftersom den skapar lärande som möjliggörs genom tilliten varvid stödet förutom dialogen, förståelsen och insikten skapar en trygghet.³⁵⁹ En ömsesidig tillit mellan vårdledaren och vårdpersonal är nödvändig. Tilliten till vårdpersonalen visas genom det ansvar och den frihet som vårdledaren delger, medan tilliten till vårdledaren stärks av den gemensamma målsättningen och visionen samt av vårdledarens hantering och balansering av ledarskapets dimensioner av relationer, processer och kultur.³⁶⁰

³⁵⁶ jfr Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

³⁵⁷ jfr Bondas, 2008; Fagerström, 1999; 2000; Rosengren, 2008; Stenvall & Virtanen, 2007; Wallinvirta, 2011; Young, 2009.

³⁵⁸ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Svingsson, 2007; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

³⁵⁹ jfr Bennett, 2003; Bondas, 2003; Fagerström, 1999; 2000; Fransson Sellgren m.fl., 2008; Juppo, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; McPhail, 1997; Rosengren, 2008; Rosengren m.fl., 1999; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

³⁶⁰ jfr Ahrenfelt, 2001; Bennett, 2003; Blake & Mouton, 1985; Blake m.fl., 1993; Bondas, 2003; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Stenvall & Virtanen, 2007.

Avslutningsvis kan det noteras att vårdledaren befinner sig i en utsatt position, eftersom hon i samband med en förändring kommer att befinna sig ett vårdandets drama³⁶¹. Samtidigt som vårdledaren ska följa fattade beslut, regler och direktiv ska hon ansvara för möjliggörande av en god vård utgående från vårdandets kärna av att tjäna liv och hälsa samt lindra patientens lidande som kan uttryckas som tjänande av patienten³⁶². Då vårdledaren har ett ansvar att driva förändringen och förvalta vårdandet befinner hon sig med andra ord i en anspänning mellan det yttre och inre etikens fält³⁶³. Detta kan också tolkas som ett "lidandet tryck" som uppstår när vårdledaren står mellan kravet att genomföra förändringen och ansvaret att möjliggöra en god vård.³⁶⁴ Vårdledaren kände sig som åskådare och kände även en oro för uppdraget som vårdledare, för vårdarbetets ställning och för mandatet som patientens advokat, vilka också kan ge uttryck för ett "lidandets tryck". Tilliten till att förändringen gagnar patient ger emellertid uttryck för vårdledarens hopp och framtidstro.³⁶⁵

Forskningens slutledningar är:

- 1) Att leda förändring innebär att leda relationer, processer och kultur med den goda patientvården som den mest centrala målsättningen.
- 2) På en öppen, bekräftande och evidensbaserad kulturscen regisserar och/eller dirigerar vårdledaren förvaltandet av den goda patientvården liksom förverkligandet av förändringsprocessens händelsekedja i ett fortlöpande sammanhang.
- 3) På arenan och skådeplatsen för ledarskapet är vårdledaren en aktör eller scenkonstnär för att skapa en tillitsfull relation, där dialogen och lärande har stor betydelse för att forma vårdpersonalens inre omgestaltning och omdaning så att även deras handlingar förändras.
- 4) På ledarskapets arena utövas ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap för att åstadkomma en verklig och hållbar förändring.

³⁶¹ se footnote 15.

³⁶² jfr Eriksson & Nordman, 2004.

³⁶³ jfr Wallinvirta, 2011.

³⁶⁴ jfr Enligt Ahrenfelt (2001, 124, 258, 293) uppfattas den förändring som kommer utifrån, och som drivs av andra krafter än eget initiativ som något icke-eget samtidigt som förändringen också upplevs som ett hot.

³⁶⁵ se delstudie IV.

8 KRITISK GRANSKNING

Syftet med föreliggande avhandling har varit att bidra med en ny kunskapssyntes genom att synliggöra och klargöra innebörden av att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Avsikten var att få en fördjupad förståelse och skapa nya tankemönster, vilket är i enlighet med hermeneutiken³⁶⁶, för fenomenet att leda förändring. Forskningen bygger på en teoretisk begreppsbestämning samt på empiriskt material insamlat av både personal och vårdledare, som stod inför en förändringsprocess. Den aktuella förändringsprocessen i denna studie var en fusion mellan två hälsovårdsorganisationer som å ena sidan är en ofta förekommen händelse inom hälso- och sjukvården, men å andra sidan kan betraktas som en unik företeelse i sitt unika sammanhang, eftersom alla förändringar är unika³⁶⁷.

Vårdvetenskapen som en humanvetenskap studerar den levande människan och hennes möjligheter. Detta inbegriper vårdledaren som har betydelse för hur den vårdande kulturen samt vårdgemenskapen som vilar på vårdandets ethos, skapas och formas vid en organisationsförändring och upprätthålls vid fortlöpande förändring och utveckling³⁶⁸. Vårdledaren övar nämligen inflytande över hur vårdverkligheten formas i den vårdgemenskap som hon delar med vårdpersonalen³⁶⁹. Resultatet visar att ledaren leder förändring genom att leda relationer, processer och kultur och genom ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap.

Sammanhanget mellan frågeställning, metod och resultat är egentligen det som anger det viktigaste kriteriet för vetenskaplighet³⁷⁰. Det finns dock olika åsikter om tillvägagångssätt för utvärdering av kvaliteten i forskning som inkluderar kvalitetskriterier samt tillämpbarhet, innebörd och innehåll³⁷¹. Det finns med andra ord olika synvinklar på kvalitetskriterier och därmed saknas en samstämmighet om utvärderingskriterier för kvalitativ forskning³⁷². Ödman³⁷³ anser inte att det finns några problem med att använda det praktiska validitetsbegreppet då det kan ses som synonymt med giltighet och en giltig tolkning har beröring med sanningsbegreppet. Enlig Larsson³⁷⁴ omfattar dock kvalitet betydligt mer än validitet. En noggrann beskrivning av forskningens genomförande kan också tolkas som en validering, eftersom undersökningsförfarandet med en tydlig redovisning av datainsamling

³⁶⁶ jfr Ödman, 2004.

³⁶⁷ Ahrenfelt, 2001.

³⁶⁸ jfr Eriksson, 2001.

³⁶⁹ jfr Eriksson, 2003; Eriksson & Nordman, 2004; Nordman, 2006.

³⁷⁰ Sjöström, 1994, 73 - 90.

³⁷¹ Angen, 2000, 378 - 395; Holloway & Wheeler, 2010, 297 - 314; Larsson, 1993; 1994; Nieminen, 2006, 215 - 221.

³⁷² Holloway & Wheeler, 2010, 297 - 314.

³⁷³ Ödman, 2004.

³⁷⁴ Larsson, 1993, 1994.

och dataanalys samt ett objektivt förhållningssätt är avgörande för resultatets kvalitet, giltighet och trovärdighet. Detta är också beroende av forskningarnas ontologiska och epistemologiska utgångspunkter, vilka påverkar utformningen av metoden och vad som anses vara valid eller giltig kunskap. Burns³⁷⁵ framhåller fem kriterier för en kritisk granskning av kvalitativ forskning. Den ena av de fem standarderna är en omsorgsfull beskrivning, eftersom en kontextuell förståelse av helheten är viktigt och en förutsättning för att kunna utvärdera en studie. De övriga är metodologisk kongruens, detaljerad analys, teoretisk samhörighet och heuristisk relevans. I en forskning med ett övergripande hermeneutiskt närmelsesätt, med en kedja av tolkningar som ska återges, handlar det oftast om intersubjektivitet som förutsätter reflektion och ett kritiskt förhållningssätt³⁷⁶. Forskningens kritiska granskning utgår från Larssons kvalitetskriterier för kvalitativa studier, eftersom två delstudier är kvalitativa, en delstudie är teoretisk och en är semikvantitativ. Larssons kvalitetskriterier omfattar kvaliteter i framställningen (se 8.1), resultatens karaktär och validiteten hos resultaten (se 8.2) i de två följande avsnitten³⁷⁷.

8.1 Kritisk granskning av forskningen som helhet

Utvecklande av den vårdvetenskapliga kunskapskroppen har varit vägledande under hela forskningsprocessen, men inom det vårdvetenskapliga perspektivet finns det för närvarande begränsad kunskap om att leda förändring. Det finns forskning om relationer och kultur som kan tillämpas till ledarskap, men att leda processer saknas. Därför var det nödvändigt att utgå från andra teoretiska perspektiv och för forskningsområdet relevanta vetenskapsområden³⁷⁸ för att berika den vårdvetenskapliga kunskapskroppen. Detta är i enlighet med den öppna, gränsöverskridande och kreativa kunskapssynen inom vårdvetenskapen³⁷⁹. Att utveckla den vårdvetenskapliga kunskapskroppen har därför skett i kapitlet om nya tolkningsmönster (kapitel 7) och tolkningar av förförståelsen i förhållande till resultatet och det vårdvetenskapliga perspektivet har skett i samma kapitel, dvs. kapitel 7. På detta sätt har jag undvikit att göra tolkningar av redan gjorda tolkningar samtidigt som läsaren ska kunna göra jämförelser mellan mina och egna tolkningar. Genom sammanflätningen av förförståelsen till det vårdvetenskapliga perspektivet i speglingen mot resultatet har de förklaringar som fåtts genom förförståelsen bidragit med en ny förståelse. Detta har skett i den hermeneutiska tolkningsprocessen mellan helheten och delarna, förklaring och förståelse samt förståelse och ny förståelse så att en ny kunskapssyntes har kunnat skapas. Den hermeneutiska

³⁷⁵ Burns, 1989.

³⁷⁶ Angen, 2000; Dahlberg, 1997; Larsson, 1993; 1994; Ödman, 2004.

³⁷⁷ Larsson, 1993.

³⁷⁸ Enligt Larsson (1993) göms ett teoretiskt perspektiv bakom varje beskrivning av verkligheten, eftersom all kunskap är perspektivbundet. Forskningsperspektivet, eller –ansatsen måste alltså redovisas och en konsekvent tillämpning av denna utgör ett värde i sig.

³⁷⁹ jfr Eriksson, 1992; Eriksson & Lindström, 2000a, 1 - 4.

kunskapskroppen kunde eventuellt ha beskrivits mera omfattande, men med tanke på att forskningen bygger på delstudier med flera olika metoder (begreppsanalys, kartläggning med hjälp av frågeformulär, fenomenologisk-hermeneutisk metod och tredimensionella hermeneutisk metod) bedöms redogörelsen av den hermeneutiska processen som tillräcklig inom de ramar som en kapp eller sammandrag utgör. Delstudie två genomfördes som en del av en organisationsutveckling i samarbete med tredje part och därför inkluderades även ett organisationsteoretiskt perspektiv. Detta perspektiv ingick som en del av forskarens förförståelse men har inte varit styrande vid genomförande av forskningen som helhet, inte heller i resultatsammanställningen. Däremot har detta perspektiv belyst förståelsen för ledning av processer vid en förändring. Utgående från en god forskningspraxis har värdefulla inslag från forskning inom andra discipliner respekterats³⁸⁰.

För att belysa den övergripande frågeställningen har det insamlade datamaterialet varit omfattande genom den metodologiska trianguleringen som skett inom samma kontext förutom delstudie I. Den metodologiska trianguleringen³⁸¹ har omfattat olika metodansatser för att söka olika slags information från olika synvinklar om det undersökta fenomenet, vilka resulterat i avhandlingens metodkombination (jfr Mixed Methods)³⁸². Detta kan ses som en styrka och ökar tillförlitligheten, eftersom forskningsmaterialet breddades och berikades. I en kritisk granskning framhåller både Larsson³⁸³ och Dahlberg³⁸⁴ den inre logiken, men Dahlberg framhåller också den interna validitetsprövningen. Ödman³⁸⁵ nämner däremot den inre kontrollen som avser den interna logiska konsistensen. En metodologisk diskussion och prövning framgår under varje delstudie (se kapitel 5).

Forskningens delar (jfr delstudier) har belyst helheten och helheten har belyst delarna genom att den övergripande frågeställningen och helheten harmoniserar med de underliggande frågeställningarna och delstudierna. Den övergripande frågeställningen har också varit styrande genom tillämpningen av den metodologiska trianguleringen med ett övergripande hermeneutiskt närmelsesätt³⁸⁶ där hermeneutiken innesluter den vetenskapliga kunskapen³⁸⁷ och därmed inte utesluter kvantitativ forskning³⁸⁸. Den s.k. röda tråden kan följas genom hela forskningsprocessen och svar på fråge-

³⁸⁰ jfr Forskningsetiska delegationen, 2002.

³⁸¹ jfr Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Leino-Kilpi, 2006.

³⁸² jfr Bazeley, 2009; Polit & Tatano Beck, 2008.

³⁸³ Larsson, 1993; 1994.

³⁸⁴ Dahlberg, 1997, 118 - 131.

³⁸⁵ Ödman, 2004.

³⁸⁶ Det måste finnas en intern logik för att kunna följa forskarens resonemang som ska vara synlig under hela forskningsprocessen (Dahlberg, 1997).

³⁸⁷ Ricoeur, 1993, 125 - 126.

³⁸⁸ Sjöström, 1994, 77.

ställningarna har erhållits och syftet har uppnåtts genom horisontsammansmältningen så att nya tolkningsmönster framträtt.

Burns³⁸⁹ framhåller det heuristiska relevansen, dvs. metodens, eller metodernas tillämpbarhet. Valet av metoder för datainsamling och dataanalys har varit medvetna val och kan anses vara tillämpbara för denna forskning. Styrkan med den metodologiska trianguleringen är att den ökade tillförlitligheten samt att den gav en bredd och rikedom till materialet, vilka omnämndes redan tidigare. Begreppsbestämningen i delstudie I har varit betydelsefull för forskningen som helhet, eftersom begreppet förändring är vanligt förekommande i vardagligt språkbruk, men begreppet är också central för forskningen som helhet. För att undvika diffushet och otydlighet i förståelsen av begreppet förändring som fenomen i forskningen var avsikten att genom begreppets innebörd tydliggöra och få fram kunskap som öppnade upp nya vägar att se på begreppet förändring, utan att för den skull fixera begreppet³⁹⁰. Det som var meningsbärande för förändring med avseende på meningsinnehåll och omfång i dess mångfald samt kännetecken erhöles och kan anses vara giltiga.³⁹¹ Betydelsenyanserna och meningsinnehållet öppnade för och bidrog till en ny förståelse av att leda förändring. Detta skulle inte ha varit möjligt genom valet av en annan metod då intresset inte var att identifiera attribut eller att utforska begreppet filosofiskt³⁹².

Datainsamlingen i delstudie II bestående av en modifierad enkätversion baserad på en EFQM-modell med nio utvärderingsområden samt forskarens egna utvärderingsområden och öppna frågor (se delstudie II, sid. 37) som togs med i denna delstudie. Enkäten utvecklades i samarbete med en konsult för att passa de båda organisationerna samtidigt som endast en enkätundersökning skulle utföras. Detta var ett önskemål av representanter för de båda organisationerna, eftersom personalen inte skulle ha varit motiverad att svara på två olika undersökningar inför den förestående sammanslagningen. Risken skulle också ha varit att svarsprocenten skulle ha blivit låg för någondera av eller båda undersökningarna om de båda undersökningarna skulle ha utförts samtidigt. Enkäten kan anses ha varit för organisationsteoretiskt utformad, men avsikten var att alla anställda och yrkesgrupper kunde svara på den. Frågor gällande att leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kunde ha ingått mera tydligt. Resultaten från denna delstudie kunde då eventuellt ha bidragit i större utsträckning till forskningens resultat som helhet. Enkätmodell kan användas vid kvalitetsutveckling innehållande stödjande bakgrundsmaterial som utvärderingsgrund. Enkät-

³⁸⁹ Burns, 1989.

³⁹⁰ Jfr Lassenius, 2005, 59 - 62.

³⁹¹ Jfr Eriksson, 1997.

³⁹² Jfr Rodgers, 1993; Paley, 1996.

modellen brukar också ofta användas vid jämförelser³⁹³. Studiens svarsprocent bedöms som god, dvs. 68,8 procent. Enkäten var omfattande med både påståenden som analyserades kvantitativt, SWOT-analys och öppna frågor som analyserades med hjälp av innehållsanalys. Begränsningen med enkäten var att det saknades utrymme för kommentarer till påståendena samt att vissa frågor kunde ha varit mer detaljerade. Forskarna bedömde dock att enkäten inte kunde göras längre, eftersom svarsprocenten då skulle ha minskat. Enkäten pilottestades av fyra vårdutbildade personer före undersökningen.

Djupintervjuerna med vårdledarna i delstudie III och IV gav ett omfattande material med både bredd och djup. Materialet analyserades med hjälp av en fenomenologisk-hermeneutisk respektive en tredimensionell hermeneutisk metod. Det fenomenologisk-hermeneutiska närmelsesättet gav en djupare förståelse av det studerade fenomenet än vad innehållsanalys skulle ha gjort, eftersom metoden innehåller mera tolkningar för att få resultatet till en högre abstraktionsnivå. Den tredimensionella hermeneutiska metoden som användes för dataanalysen i delstudie IV var tidskrävande och mångfacetterad, men öppnade för nya nyanser av materialet. Kombinationen av en tolkning på rationell, kontextuell och existentiell nivå gav en förståelse för vårdledarnas uppfattningar på olika abstraktionsnivåer. Olikheter i vårdledarnas svar stärker dessutom resultatets trovärdighet, eftersom kvalitativ forskning ska ge en bredd av resultatet. Eftersom vårdledarna hade svårt att uttrycka sin syn på förändring och vad som avsågs med förändring (se delstudie IV) inverkade detta på resultatet. Många hade också svårt att klart uttrycka vad deras huvuduppgifter och gestaltningar³⁹⁴ skulle vara under en förändring (se delstudie III). Detta kunde ha undvikits om frågorna hade skickats på förhand eller att uppföljande intervjuer skulle ha gjorts, vilka skulle ha gett utrymme för reflektioner, förtydliganden och mera omfattande svar.

Framställningen som helhet kan ställvis ha färgats av referensernas ordval samt av svårigheter med översättning av källorna. Forskaren hade inte tidigare erfarenhet av mera omfattande organisationsförändringar, inte heller av primärvården som kontext när studien inleddes. Inför forskningsmaterialet har strävan varit att sätta de förutfattade meningarna till sidan³⁹⁵. Förståelsen har emellertid hela tiden utvidgats genom dialogen med texten och i pendlingen mellan helheten och delarna. En horisontsammansmältning har skett så att en nygestaltning av fenomenet leda förändring ur ett vårdvetenskapligt perspektiv har kunnat avbildas. Detta har skett genom att gå

³⁹³ Keto & Malinen, 2007.

³⁹⁴ se footnote 33.

³⁹⁵ jfr Ödman, 2007.

bakom informanternas horisont och upptäcka deras meningsyttringar i relation till sammanhanget, eller situationen de befann sig i, dvs. fusionen mellan två organisationer³⁹⁶.

Forskaren har strävat efter att så ärligt, omsorgsfullt och noggrant som möjligt dokumentera, återge och presentera resultat och analysgång, både i de enskilda delstudierna och i forskningen som helhet, dvs. en god forskningspraxis har eftersträvt³⁹⁷. Burns³⁹⁸ talar om metodologisk kongruens som här får betydelsen av metodologisk överensstämmelse och som omfattar noggrannhet i dokumentation, tillvägagångssätt och resultat samt forskningsetisk noggrannhet. Burns lyfter dock fram den detaljerade analysen som en specifik standard. Tillstånd att genomföra delstudierna hade också erhållits genom ett undertecknat avtal (se 5.5). Etiska aspekter har beaktats genom att informanterna har fått information om syfte, rätten att avstå samt rätten att avbryta sitt deltagande när som helst. All information har behandlats konfidentiellt och endast forskaren har tillgång till allt material.

8.2 Kritisk granskning av resultatets kvalitet

Det man genast kan konstatera är att resultatet kunde ha blivit ett annat om forskningen skulle ha gjorts efter förändringsprocessen, vilket kan ses som en begränsning då resultatet gav uttryck för uppfattningar och upplevelser, inte erfarenheter. Den ena organisationen hade tidigare genomgått relativt omfattande organisationsförändringar, vilket betyder att några av de intervjuade hade erfarenheter från tidigare organisationsförändringar som kan sägas vara jämförbara med den som de nu stod inför. Forskaren har varit instrumentet i det tolkande närmelsesättet³⁹⁹, vilket i viss mån kan påverka intersubjektiviteten negativt, eftersom forskarens förutfattade meningar inte helt kan uteslutas från dess inverkan på tolkningarna.

Strukturen för utvecklingen av slutledningarna kan följas i kapitlet om nya tolkningsmönster. Konsistenskriteriet uppfylls genom att tolkningen av de enskilda delstudierna har växt fram genom speglingen mot de teoretiska utgångspunkterna och forskningsöversikten. Tolkningen av forskningens slutresultat har också växt fram genom pendlingen mellan forskningen som helhet och delarna. Förståelsen har utvidgats och förändrats under processens gång och är underbyggd på ett sådant sätt att läsaren ska kunna bedöma resultatens tillförlitlighet.⁴⁰⁰ En giltig tolkning har beröring

³⁹⁶ Jfr Gadamer, 1997; Ricoeur, 1993; Ödman, 1992; 2007.

³⁹⁷ Jfr Forskningsetiska delegationen, 2002; Milton, 2002.

³⁹⁸ Burns, 1989.

³⁹⁹ Angen, 2000, 378 - 395.

⁴⁰⁰ Strukturkravet innebär att resultaten bör ha en enkel och klar struktur som är överskådlig. Men det finns en spänning mellan innebördsrikedom och strukturkravet. (Larsson, 1993; 1994)

med sanningsbegreppet⁴⁰¹ och kan jämföras med "det sanningslika"⁴⁰² som är i enlighet med Gadamers tanke om det sannolika⁴⁰³. Metaforerna (se kap. 7.4) belyser bilden om hur något är och om vårdledarens vara, dvs. den bildning eller kunskap vårdledaren har i en förändringsprocess⁴⁰⁴. Diskurskriteriet uppfylls också, eftersom argumenteringen och forskningens slutledningarna har byggts upp genom samma spegling som ovan, fram till slutresultatet, eller -syntesen⁴⁰⁵. Tolkningarna har så omsorgsfullt och sanningsenligt som möjligt förankrats i det empiriska underlaget⁴⁰⁶, vilket är upp till läsaren att bedöma hur detta har lyckats.

Den nya innebörden och teoritillskottet som framträtt⁴⁰⁷ avbildas i att ledaren som bärare av kulturen måste förstå den vårdande kulturen för att kunna leda den. Genom att värna och tala om vårdandets sak tar ledaren ett personligt ställningstagande. I vårdgemenskapen tjänar vårdledaren vårdandets sak och leder förändring att leda relationer, processer och kulturen och genom ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap. Genom vårdledarskapets substans regisserar ledaren insatserna samt hur vårdpersonalen handlar på den öppna, bekräftande och evidensbaserade kulturscenen. Detta sker utgående från gemensamma mål, värden och visioner, vilka anger riktningen för vårdandet, förändringen och vårdpersonalens insatser. Kulturscenen ska även vara en dialogernas arena, där vårdledaren genom sin gestaltning⁴⁰⁸ anger tonen för gällande förhållningssätt och tankemönster för att åstadkomma en förändring. Den nya innebörden och teoritillskottet har också ett heuristiskt värde⁴⁰⁹, eftersom forskningen lyfter fram ett nytt sätt att se på fenomenet leda förändring genom uppgiften att leda relationer, processer och kulturen där ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap avspeglar vårdandets kärna. Dessa är i en ständig interaktion med varandra och de överlappar delvis varandra under hela förändringsprocessen. I standarden om den teoretiska samhörigheten, dvs. sambandet eller anknytningen till teorin, lyfter Burns⁴¹⁰ fram den logiska konsistensen, teoritillskottet och reflektionerna.

⁴⁰¹ Ödman, 2004.

⁴⁰² Eriksson & Lindström, 2000b.

⁴⁰³ Det sannolika ligger till grund för den gemensamma meningen som byggs upp i en gemenskap och för det som ses som sant och rätt (Gadamer, 1997, 34 - 36).

⁴⁰⁴ jfr Alvesson, 1992, 46; Gadamer, 1997, 25 - 26; Lassenius, 2005, 47 - 48.

⁴⁰⁵ Larsson, 1993; 1994.

⁴⁰⁶ Med den empiriska förankringen menas tolkningens förankring i ett empiriskt underlag (Larsson, 1993, 1994).

⁴⁰⁷ Innebördsrikedomen utgående från hur innebörder gestaltas så att nya innebörder uppstår är att av stort värde för kvalitativa metoder, men innebördsrikedomen kan vara motstridig i förhållande till struktur. Kunskapsstillskott sker baserat på gestaltningen av resultatet. (Larsson, 1993; 1994)

⁴⁰⁸ se footnote 33.

⁴⁰⁹ Med det heuristiska värdet avses huruvida omfattningen av framställningen kan övertyga läsaren att se någon aspekt av verkligheten på ett nytt sätt (Larsson, 1993; 1994).

⁴¹⁰ Burns, 1989.

Det pragmatiska kriteriet⁴¹¹ uppfylls genom publicering av resultat både i en skandinavisk och i internationella tidskrifter. Generaliserbarheten kan diskuteras, eftersom fokus ligger på en fallstudie i en specifik kontext med relativt begränsat material, men den nya förståelsen av att leda förändring antas trots detta vara användbar, överförbar eller applicerbar i andra sammanhang av förändring.⁴¹² Överförbarheten till andra kontexter kan tillgodoses om hänsyn tas till organisationens mission, fokus och värdegrund. Detta är förutsatt att förändring som ett kunskapspussel översätts till det egna området, verksamheten eller branschen, eftersom inga universella verktyg kan skapas för att leda förändring. Människans behov av exempelvis dialog, information och trygghet vid en förändring antas vara desamma oberoende av sammanhang.

⁴¹¹ Det pragmatiska kriteriet avser hur man lyckas förmedla sina resultat samt vad den praktiska nyttan är, eller hur forskningsresultaten kan användas (Larsson, 1993).

⁴¹² jfr Odman, 2004.

"Det enda varaktiga är förändring"
(Buddha)

"Ständiga förändringar har kommit för att stanna"

(Arne Hegerfors)

9 DISKUSSION OCH FORTSATT FORSKNING

I detta kapitel diskuteras vissa temaområden av forskningens resultat i förhållande till det heuristiska och pragmatiska värdet och kunskapsbehållningens betydelse för vårdvetenskapen och hälsovårdadministrationen.

Trots att forskning saknades om vårdledarnas uppgifter eller vad som förväntades av dem vid en förändringsprocess samt hur vårdledare uppfattade en kommande organisationsförändring lyfte flera forskare fram vårdledarens⁴¹³ liksom även kulturens⁴¹⁴ betydelse vid en förändring eller förändringsprocess. Resultatet av forskningen visar att vårdledarens stödande, reflekterande och kulturbärande ledarskap under en förändring speglar och ger uttryck för vårdledarens gestaltningar och uppgifter av att leda relationer, processer och kultur. En slutsledning är att en verklig och hållbar förändring, dvs. andra ordningens förändring⁴¹⁵, kan ske om vårdledaren förmår leda förändring genom att leda relationer, processer och kultur samtidigt som patienten och hans eller hennes vård är i fokus. Slutledningen inkluderar följaktligen att alla ledare, på olika nivåer i organisationen, beaktar alla dessa olika eller samtida dimensioner när de leder förändring. Slutledningen bör naturligtvis prövas i fortsatt forskning inom olika kontexter.

Förändring och förnyelse utgör redan nu en naturlig del av det dagliga vårdarbetet för vårdledaren⁴¹⁶, och som framgår av de inledande citaten är tankar kring förändring inget nytt. Eftersom resultatet av en förändring avgörs av människans tanke och känsla då handlanden utlöses av upplevelser av verkligheten ska vårdarens inre bearbetas, men de behöver också tid för att bearbeta sin egen inre verklighet⁴¹⁷. I en förändringssituation kan liknelser dras till Eriksson och Nordmans⁴¹⁸ tanke om att vårdaren låter hjärtats röst visa vägen genom tanken till handen i ett vårdande som strävar efter patientens bästa. Enligt resultatet i forskningen förutsätter en verklig och hållbar förändring att en förändring på det individuella planet sker då vårdledaren och vårdaren

⁴¹³ Baulcomb, 2003; Bennett, 2003; Hartley m.fl., 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2007; Knox & Irving, 1997; Lindholm m.fl., 2000; Sofarelli & Brown, 1998.

⁴¹⁴ Cutcliffe & Bassett, 1997; Hartley m.fl., 1997; Knox & Irving, 1997; McPhail, 1997.

⁴¹⁵ jfr Ahrenfelt, 2001, 23, 50.

⁴¹⁶ Miettinen, 1999.

⁴¹⁷ jfr Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007.

⁴¹⁸ Eriksson & Nordman, 2004, 1.

undergår en inre omgestaltning på vardandenivån. Nya tankemönster och värderingar kan därmed skapas varvid även vårdarens verklighetsbild och handlanden förändras, och en omdaning och ett vardande sker. En inre omgestaltning och omdaning på vardandenivån återspeglas med andra ord i den yttre omgestaltningen på varande- och görandenivån. En förbindelse till förändring förutsätts emellertid innan lärande kan starta. Eftersom forskningen intresseområde var att leda förändring ingår inte åstadkommande av en förändring i patientens hälsoprocess (se delstudie I) genom att förändra hans eller hennes tankemönster och handlingar som tema. Detta skulle emellertid vara ett intressant tema för vidare forskning.

Av resultatet framgår att kulturen ska tas i beaktande vid en förändring och genom det kulturbärande ledarskapet bidrar vårdledaren till att utveckla den vårdande kulturen. Enligt Schein⁴¹⁹ är ledarskap och kultur två sidor av samma mynt, där kulturen ständigt finns närvarande under ytan. Ledaren skapar och förankrar kulturen i en ny grupp eller organisation, men samtidigt kan den etablerade kulturen bestämma kriterierna för ledarskapet. På liknande sätt framhåller Alvesson⁴²⁰ ledarskapet och kulturen som blir sammanbundna på både organisations- och samhällsnivå, eftersom ledarskapet utövas i en social och kulturell kontext. Av detta kan man dra slutsatsen att ledarskap och kultur har en ömsesidig påverkan på varandra. Vårdledaren kan emellertid förändra en kultur, vilket dock kräver tid och lärande.⁴²¹ Vårdledaren har med andra ord ett ansvar för att förvalta den vårdande kulturen, eftersom varje större organisationsförändring påverkar kulturen med dess traditioner och vanor. Den vårdande kulturen kan ses som en öppen, bekräftande och evidensbaserad kulturscen både vad gäller vårdandet som förändring och för vilken vårdledaren skapar kulturella förutsättningar⁴²². Det kan emellertid noteras att det idag finns ett stort intresse för s.k. magnetsjukhus, eftersom dessa uppvisar goda verksamhetsresultat. Man kan då fråga sig vilken betydelse har ledarskapskulturen och hurdan ledarskapskultur det råder vid s.k. magnetsjukhus? De fem delfaktorer som representerar de egenskaper som utmärker ett magnetsjukhus är förändringsledarskap, fungerande strukturer och processer, evidensbaserad praxis, professionell verksamhet och vårdresultat.⁴²³ Förutom att leda förändring utgående från dimensionerna av relationer och processer skulle kultur utgöra ett viktigt komplement till förändringsledarskap inom magnetsjukhus. Det finns forskning som berör ledarskap och arbetstillfredsställelse⁴²⁴ som berör stöd, kommunikation, ärlighet, rättvisa och respekt, men det

⁴¹⁹ Schein, 2004, 1, 8, 22.

⁴²⁰ Alvesson, 2001, 146.

⁴²¹ Jacobsen, 2005, 175.

⁴²² Jfr Fagerström, 1999.

⁴²³ Räsänen, 2009.

⁴²⁴ bl.a. Krogstad m.fl., 2010; West & Robertson, 2011.

verkar inte finnas forskning med utgångspunkter i den ledarskapskultur som råder på magnetsjukhus⁴²⁵.

Om enbart ekonomiska drivkrafter får råda kan kulturscenen som förändringen utspelar sig på mycket väl bli "Det goda vårdandets drama" som vårdledaren kan befinna sig i när hon står mellan ansvaret för att möjliggöra den goda vården och organisationens fattade beslut, regler och direktiv vad gäller förändring. Vårdledaren som regissör⁴²⁶ har därför som uppgift att driva och regissera handlingen, dvs. förändringsprocessen, framåt utgående från patientens vårdbehov och perspektiv⁴²⁷. Istället för att tala om att patienten är i fokus har det idag alltmer börjat talas om en personcentrerad vård⁴²⁸. Av resultatet framgår emellertid att vårdledare hade en stark känsla av att vara utanför förändringsprocessen då de endast upplevde sig som åskådare trots att många vårdledare hade tidigare erfarenhet av och kunskap om både mindre och större förändringsprocesser, dvs. de var inte aktörer i denna förändringsprocess. Vårdledare, eller mellanledningen, är emellertid i en nyckelposition⁴²⁹ för att genomföra och underlätta en förändringsprocess. Den högre ledningen använde emellertid inte denna resurs i tillräcklig hög grad, t.ex. genom att använda vårdledaren som stödperson och för att styra förändringsdynamiken, att uppmärksamma, lyssna, informera och motivera personalen så att personalen förstod varför förändringen gjordes och för att ge feedback till personalen. Detta skulle vara betydelsefullt för att ge både mellanledare och personal en känsla av delaktighet. Detta måste visserligen balanseras⁴³⁰, eftersom större organisationsförändringar inte ger samma möjlighet till dialog och deltagande som mindre organisationsförändringar⁴³¹. Metoder, eller lärandeprocesser⁴³², borde utvecklas för att involvera mellanledningen och personalen mera än hittills, men med klart uttryckta uppgifter och förväntningar för vårdledaren under en förändringsprocess.

De faktorer som kan inverka på förändringen som handling är det som kan tolkas som ett hot mot de olika yrkesgruppernas professionalitet eller yrkes- och gruppidentitet, med förlust av status och identitet⁴³³ då organisationskulturen som ett socialt kitt skapar en identitet och gruppbildning⁴³⁴. En

⁴²⁵ Datasökningar gjordes på sökorden leadership och/eller management & culture & magnet hospital med 2996 - 5850 resultat och 179 artiklar beroende på kombinationer av sökningar.

⁴²⁶ Enligt Ahrenfelt (2001, 25, 144) ska ledaren vara en regissör för att få aktiva och innovativa medarbetare, eftersom vi behöver en aktivering av personal inom tydliggjorda ansvarsområden.

⁴²⁷ Norbäck & Targama, 2009.

⁴²⁸ McCormack och McCance (2010) talar om personcentrerad vård (*Person-Centred Nursing*).

⁴²⁹ jfr Bennett, 2003; Cutcliffe & Bassett, 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Kullén Engström m.fl., 2002; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁴³⁰ jfr Kullén Engström, 2009, 38, 46.

⁴³¹ jfr Chenoweth & Kilstoff, 2002.

⁴³² jfr Stenvall & Virtanen, 2007, 104.

⁴³³ jfr Hendel, 1998.

⁴³⁴ jfr Alvesson, 2001, 53 - 54.

förändring påverkar nämligen traditioner och vanor⁴³⁵, vilka förmedlar kulturen⁴³⁶. Hotet mot organisationen och därmed arbetsplatsen, vid ett tryck på förändring som kommer utifrån, kan ge upphov till känslor av kaos och hjälplöshet varvid ett lidandets tryck hos personalen uppstår⁴³⁷. Av de nya tolkningsmönstren (kapitel 7) framgår att för vårdledaren kan också ett lidandets tryck uppstå när vårdledaren står mellan kravet att genomföra förändringen och ansvaret att möjliggöra en god vård. Utvecklande av en kultur som vårdpersonalen kan identifiera sig med, vilket i sin tur skapar en ny organisationsidentitet, blir därmed betydelsefull.⁴³⁸ Förutom olika paradig och subkulturer inverkar även förändringsdynamiken med försvarsmekanismer och motstånd samt personalens sorgeprocess på förändringen och förändringsprocessen.⁴³⁹ Dessa ligger emellertid utanför avhandlingens intresseområde, men kan dock utgöra temaområden för fortsatt forskning. Det som däremot inget kostar i en förändringsprocess är respekt, rättvisa, öppenhet, bekräftelse, ett gott bemötande av både patienten och vårdpersonalen samt inbjudan av patienten och garanterande av patientens värdighet. Dessa ger uttryck för en vårdande kultur som vårdledaren alltid ska värna om trots en förändring.

Utgående från de nya tolkningsmönstren kan utläsas att vårdledaren behöver kunskap och beredskap för att leda förändring, men även vårdpersonalen behöver genomgå ett lärande för att en verklig och hållbar förändring ska kunna åstadkommas. Tillit och förtroende möjliggör lärandet. Enligt forskningsöversikten betonas nämligen lärandet i en förändringsprocess och genomförande av en förändring baserar sig på kunskap. Därför borde olika former av lärandeprocesser skapas för att utveckla vårdpersonalens kompetens och kunnande som ingår i de professionella förutsättningarna. De kan då bemöta och handskas med förändringen och ta på sig mera omfattande och ansvarsfulla arbetsuppgifter.⁴⁴⁰ En form av lärande är att få hjälp med att tolka innebörden eller meningen med en förändring.⁴⁴¹ Ett utökat eller en breddning av ansvar förutsätter dock en kompetenshöjning genom vilken vårdaren kan svara an⁴⁴² på nya utmaningar inom nya arbetsuppgifter och/eller ansvarsområden.⁴⁴³ För bl.a. detta behövs vårdledarens stödjande ledarskap genom vilket vårdledaren framför allt guidar, lotsar, och motiverar, men även fungerar som en advokat. Ahrenfelt⁴⁴⁴ framhåller att förändringsledaren ska vara en pedagogisk lots, vilket också kan ses i relation till att förändringsledaren ska skapa förståelse, eftersom all kunskap och

⁴³⁵ jfr Hendel, 1998.

⁴³⁶ jfr Alvesson, 2007, 181.

⁴³⁷ jfr Ahrenfelt, 2001; Rosengren m.fl., 1999.

⁴³⁸ jfr Hendel, 1998.

⁴³⁹ jfr Hendel, 1998; Bennett, 2003; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁴⁴⁰ jfr Fagerström, 1999; Kullén Engström, 2009, 42; Stenvall & Virtanen, 2007, 79, 97, 106.

⁴⁴¹ jfr Kullén Engström, 2009, 46.

⁴⁴² jfr Ahrenfelt (2001, 111) .

⁴⁴³ Ahrenfelt, 2001, 25, 111, 122, 214.

⁴⁴⁴ Ahrenfelt, 2001, 25.

information ska översättas och tolkas i förhållande till den egna verksamheten och situationen. En metod för lärande för ledaren är handledning och coachning, men även mentorskap för att lära av andra kunniga eller erfarna i en förändringsprocess som även kan ge stöd för att ledaren ska orka med att driva förändringsprocessen, vilket Egidius⁴⁴⁵ framhåller. Mentorn kan genom mentorsamtal vara en förtrogen vän, rådgivare, vägledare och förebild som ska tillhandahålla stödjande reflektioner och erfarenheter.

Förändring förutsätter med andra ord lärande och kunnande. Vad kan då vårdledaren och organisationen lära av andra förändringar inom organisationen eller av organisationen utförda förändringar, av förändringar inom andra eller av andra hälsovårdsorganisationer? Då förändring förutsätter lärande borde detta även sammankopplas med en lärande organisation, varvid att leda förändring ur ett pedagogiskt och lärande perspektiv skulle vara ett tema för fortsatt forskning. Lärande i organisationen förutsätter att människorna i organisationen både tillägnar sig ny kunskap och förändrar sina handlanden, men det är även frågan om avläring av gamla tankemönster.⁴⁴⁶ I en lärande organisation tas lärdom av förändringar, och förutom nya tankemönster utvecklas även nya procedurer eller processer för att anställda ska kunna fungera på ett nytt sätt. Detta sker i ett integrerat samspel inom organisationen genom personalens ifrågasättande och utvecklande av gällande rutiner. Det är frågan om att utveckla kontextuell information till kunskap.⁴⁴⁷ Organisationen blir lärande genom personalens kontinuerliga yrkesmässiga utveckling, och genom en coach eller mentor kan personalen komma igång med kunskaps- och kompetensutvecklingen. Trots att fusioner, förvärvningar eller organisationsförändringar berör och påverkar vårdpersonalen känslomässigt, finns det få vetenskapliga utvärderingar eller forskningar⁴⁴⁸ som man kan ta lärdom av.

De nya tolkningsmönstren ger vid handen att vårdledaren ska lyssna aktivt till vårdpersonalen i en öppen dialog och med en ömsesidig feedback på dialogens arena. Dialogen är en av de faktorer som stärker tilliten och förtroendet samt utgör ett stöd. Samtidigt hör det till vårdledaren att kommunicera syfte och vision för att skapa förståelse och motivation. Detta sker genom att förklara och tolka innebörden i förankrande av vision och mission till handling och förändring. Att bli hörd, eller få uppmärksamhet för sin situation, upplevdes som mycket betydelsefullt av personalen.⁴⁴⁹ Ahrenfelt⁴⁵⁰ framhåller att vårdledaren även ska vara ett lyssnande bollplank som förutom lyssnar

⁴⁴⁵ Egidius, 2008, 26 - 27, 30.

⁴⁴⁶ Jacobsen & Thorsvik, 2002, 409 - 410.

⁴⁴⁷ Ahrenfelt, 2001, 110; Egidius, 2008, 27, 53 - 56.

⁴⁴⁸ Bazzoli m.fl., 2002; Shanley, 2007; Sinkovics m.fl., 2010.

⁴⁴⁹ Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002.

⁴⁵⁰ Ahrenfelt, 2001.

öppet och aktivt, motiverar, upprätthåller ett forum för diskussioner och för en öppen kommunikation. Det är med andra ord även frågan om konsten att lyssna, dvs. lyssnandets konst. I de teoretiska utgångspunkterna lyfter Kotter⁴⁵¹ fram att kommunikationen ingår som en stor del av ledarskapsprocessen. Av forskningsöversikten framgår vidare att många forskare⁴⁵² lyfter fram dialogens, kommunikationens och informationens betydelse vid en förändring. Lärande skapas genom dialogen liksom även känslan av delaktighet.⁴⁵³ Dialogen finns även till för att motivera, då kommunikation förutom beröm och feedback, kan användas som motivationsverktyg.⁴⁵⁴ Dialogen skulle också vara viktig för att minska motivationsklyftan som kan finnas mellan vårdledaren som driver förändringen och vårdpersonalen, då vårdledarens motivation för förändring oftast är på en annan nivå än vårdpersonalens.⁴⁵⁵ Dialogens arena ska med andra ord utgöra ett forum för lärande, diskussioner och lyssnande för att skapa tillit, förståelse och motivation, men även för att skapa acceptans. Dialogens utrymme i vårdledarskapet, eller vad dialogen innefattar och dess betydelse för vårdledaren och vårdpersonalen skulle vara ett ämne för fortsatt forskning.

Enligt de nya tolkningsmönstren ska vårdledaren vid en förändring inta ett reflekterande förhållningssätt till både verksamheten och substansen i ledarskapet. Detta utgår bl.a. från att vårdledaren ska reflektera över hur ledarskapet utövas⁴⁵⁶, men detta gäller även behovet av förändring eller utveckling, förändringskapaciteten och -beredskapen och den kunskap som behövs⁴⁵⁷. Ett reflekterande förhållningssätt skapar även en känsla av deltagande och delaktighet.⁴⁵⁸ I vårdledarens reflekterande ledarskap ingår även reflektioner över de kulturella förutsättningarna med traditioner och vanor samt över de professionella liksom de kontextuella förutsättningarna med bl.a. utvecklingsinitiativ och kliniska processer. Ett reflekterande ledarskap behövs med andra ord vid en förändring liksom vid utvecklande av det goda vårdandet. Det reflekterande ledarskapet vid förändring och i utvecklande av vårdandet utgör ett annat område för fortsatt forskning.

I Managerial Grid - modellen lyfts ledarskapsorienteringen mot produktion eller resultat samt människor⁴⁵⁹ fram, medan det i Leadership Grid är omsorgen om uppgifter och relationer som betonas⁴⁶⁰. I en förändringsprocess finns emellertid alltid risken för att förändringen blir alltför

⁴⁵¹ Kotter, 1996.

⁴⁵² jfr Bennett, 2003; Chenoweth & Kilstoff, 2002; Cutcliffe & Bassett, 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström m.fl., 2002; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁴⁵³ jfr Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002; Rosengren m.fl., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁴⁵⁴ jfr Bennett, 2003.

⁴⁵⁵ jfr Ahrenfelt, 2001, 289 - 290.

⁴⁵⁶ jfr Kullén Engström, 2009; Shanley, 2007.

⁴⁵⁷ jfr Juppo, 2007; Kullén Engström, 2009; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2010.

⁴⁵⁸ Stenvall & Virtanen, 2007, 147.

⁴⁵⁹ jfr Blake & Mouton, 1985.

⁴⁶⁰ Northouse, 2010.

resultat- eller uppgiftscentrerad. Därför bör förändringsledaren, förutom för relationer och kultur, även ha en omsorg om och ansvar för processer med dess händelsekedja och -förlopp⁴⁶¹, eller de serier av händelser och handlingar som utvecklas under tidsrymden som förändringen pågår och som bildar ett fortlöpande sammanhang⁴⁶². En process är nämligen i ett ständigt vardande och skapande, dvs. i en ständig rörelse.⁴⁶³ I syfte att åstadkomma en utveckling eller förändring med tanke på kvaliteten i vården med patientsäkerhet, patientflöde och alla dess vårdkedjor, deltar vårdpersonalen i ett lagarbete, eller team, som ska ledas för att resultat ska uppnås. Detta ingår i vårdledarens skapande av kontextuella förutsättningar⁴⁶⁴. Det är effektiva och goda processer som leder till goda resultat, och därför är det viktigt att leda processerna genom och i samarbete med personalen med beaktande av kulturen så att resultat nås. Hur vårdledare leder förändring genom att leda processer i relation till resultat ur patientens, personalens och organisationens perspektiv skulle vara ett annat viktigt tema för fortsatt forskning. Den som vill åstadkomma en verklig förändring, med förändringar i tankemönster, förhållningssätt, handlingar och kultur med dess värdegrund, behöver dock tid och resurser. Man får inte glömma att patienten även är en direkt eller indirekt medaktör i det som kan bli "Det goda vårdandets drama". Patientens helhetsupplevelse av vården är därför mycket betydelsefull. Vi inom vården skapar alla tillsammans, oavsett profession, det som är av värde för patienten utifrån hennes eller hans vårdbehov, vilket alla alltid borde utgå från.

Idag talas det också mycket om den transformativa ledaren som ledare av förändring, men enligt Yukl⁴⁶⁵ är personalens effektiva insatser även beroende av ledarens uppgiftsorienterade funktion. I en transformativ kultur är arbetet med förändring en norm eller ett sätt att leva och där den transformativa ledaren utvecklar ledarskapspotentialen hos andra. En förvandling kan endast ske i en kontext av interaktiva relationer med makt som delas och sker i en växelverkan mellan människor, där bemyndigande är grunden för det transformativa ledarskapet.⁴⁶⁶ Till den transformativa ledaren hör fyra ledarskapsfaktorer. Den ena är idealiserad påverkan som beskriver den transformativa ledaren som en stark, respekterad rollmodell för sina följeslagare och som har en stark etik och moral. Den andra är inspiration, eller inspirationsmotivation, som beskriver ledaren som en som kommunicerar höga förväntningar på sina följeslagare för att genom motivation inspirera dem så att de blir engagerade i ett lag eller team med hög laganda. De får därmed del av den delade visionen samt får förtroende. Genom intellektuell stimulans utvecklas följeslagarna att vara kreativa och innovativa när de handskas med ärenden som hör ihop med organisationen.

⁴⁶¹ Jfr Juppo, 2005; 2007.

⁴⁶² Jfr Jacobsen, 2005, 47, 53; Ljungberg & Larsson, 2001.

⁴⁶³ Ahrenfelt, 2001, 35, 277.

⁴⁶⁴ Jfr Fagerström, 1999.

⁴⁶⁵ Yukl, 2010, 289.

⁴⁶⁶ Jaffe-Ruiz, 2008, 335 - 336; Maraldo, 2008, 461 - 462.

Slutligen presenteras ledaren som, genom individualiserad omtanke, tillåter en stödjande atmosfär där hon eller han noggrant lyssnar till följeslagarnas individuella behov. Ledaren handlar som coach och rådgivare för att bistå individer i deras självförverkligande.⁴⁶⁷ Här kan man se den transformativa ledaren som den interna drivkraften och rollmodellen med visioner och motivation i syfte att ständigt förbättra och utveckla arbetet genom bemyndigande av följeslagare med ansvar och frihet, där ledaren bistår som coach och rådgivare. Förändringsledaren som coach skulle också vara ett intressant tema för vidare forskning. Innebörden i coaching kan enligt Egidius⁴⁶⁸ emellertid betyda olika i olika sammanhang beroende på den uppgift och gestaltning som coachen har i verksamheten. Coachen stöder och uppmuntrar till utveckling genom reflektion och lärande, men gränsdragningen mellan chefskap och coaching⁴⁶⁹ ska vara tydlig.

⁴⁶⁷ Northouse, 2010, 176 - 180.

⁴⁶⁸ Egidius, 2008, 25, 33, 42, 50.

⁴⁶⁹ Moltke och Molly (2011, 27) särskiljer mellan traditionell coachingsamtal och ledarbaserat coachingsamtal.

SUMMARY

Leading change by leading relationships, processes and cultures

Susanne Salmela

Background and aim of the study

This dissertation has its scientific basis in the union of caring science and healthcare administration, where healthcare administration is anchored in caring science's theory core and *ethos*. Caring science's *caritas* motif and human love are united with the effectiveness of administration and meaningful effect. The basic motif for healthcare administration is "serving the cause of caring", that is to say alleviating the patient's suffering as well as serving life and health as the meaning-bearing in caring.^{470,471} It is in other words the suffering patient who unites caring with administration, where human kindness and love, i.e. *caritas*, is united with the effectiveness of administration such as helping, serving and management⁴⁷². The aim of this dissertation is to contribute a new knowledge synthesis of leading change by achieving a deepened understanding and, thereby, in a new manner, understand what it means to lead change from a caring science perspective. The central starting point during a change should, nevertheless, be the patient's need for care and perspective⁴⁷³. Evidence of new forms of leadership in caring's substance⁴⁷⁴ emanates from the nurse leader's responsibility to create professional, contextual and cultural conditions⁴⁷⁵ for a caring that strives for the patient's best⁴⁷⁶. The nurse leader, thus, is of great importance to how nursing care is managed during organizational changes, and through serving the cause of caring, a nurse leader has the opportunity to shape an organization's caring culture and care communion.

Research questions and methodology

The dissertation's central research question is: what does it mean to lead change from a caring science perspective? The dissertation is a compilation dissertation and consists of four partial studies with the following underlying research questions: 1. What is the inner meaning in change and how is change shaped (partial study I)?, 2. What are the conditions for a change or change process with intended goals (partial study II)?, How are the nurse leader's tasks during a change

⁴⁷⁰ Bondas, 2003; Bondas, 2008; Eriksson & Lindström, 2009; Eriksson, Lindström, Lindholm, Matilainen & Kasén, 2004; Eriksson, Lindström, Kasén, Lindholm, Matilainen, 2006.

⁴⁷¹ Cf. Bondas, 2008; Rosengren, 2008.

⁴⁷² Bondas, 2008; Eriksson, 2001, 19, 50; Rosengren, 2008, 21.

⁴⁷³ Cf. Norbäck & Targama, 2009.

⁴⁷⁴ Cf. Eriksson & Lindström, 1999a; Eriksson & Lindström, 2000a.

⁴⁷⁵ Cf. Fagerström, 1999; 2000.

⁴⁷⁶ Cf. Eriksson & Nordman, 2004.

shaped (partial study III)?, 4. How do nurse leaders experience change and the coming change process (partial study IV)?

The dissertation has a hermeneutical design with an application of methodological triangulation. The overall methodological approach has been influenced by Gadamer's⁴⁷⁷, Ricoeur's⁴⁷⁸ and Ödman's⁴⁷⁹ views on hermeneutics, which have guided the research process. Through triangulation⁴⁸⁰, quantitative and qualitative methods are combined in order to create a more complete picture of leading change and, thereby, deepen knowledge and understanding through data that are complimentary from various perspectives and angles of approach. Triangulation can be described in terms of method combination through which qualitative and quantitative data are collected and analyzed through various methods in order to deepen, broaden and enrich the research material.⁴⁸¹

The answer to the first research question was sought through conceptual determination inspired by Koort⁴⁸² and Eriksson⁴⁸³. The investigation of the concept "change", including its meaning content and scope, occurred through the examination of 11 dictionaries in order to gain deepened understanding of the concept on both the ontological as well as contextual levels⁴⁸⁴. The answer to the second research question was obtained from data collected via a questionnaire, developed for partial study II, that included a number of statements and open-ended questions which were answered by employees (597 of 899 informants) at two organizations prior to a merger⁴⁸⁵. The responses were analyzed using descriptive statistics⁴⁸⁶ as well as content analysis⁴⁸⁷ for the research questions. Through a semi-structured in-depth interview of 17 nursing leaders, the answers to research questions three and four were sought⁴⁸⁸. A phenomenological-hermeneutic approach inspired by Lindseth and Norberg⁴⁸⁹ was used to analyze the data in order to find an answer for research question three, whereas a three-dimensional hermeneutical method of interpretation and

⁴⁷⁷ Gadamer, 1988, 1996, 1997.

⁴⁷⁸ Ricoeur, 1993.

⁴⁷⁹ Ödman, 1992, 2004, 2007.

⁴⁸⁰ Cf. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009; Leino-Kilpi, 2006.

⁴⁸¹ Cf. Bazeley, 2009; Denscombe, 2009; Polit & Tatano Beck, 2008.

⁴⁸² Koort, 1975.

⁴⁸³ Eriksson, 1997.

⁴⁸⁴ See partial study I.

⁴⁸⁵ See partial study II.

⁴⁸⁶ Körner, Ek & Berg, 1984.

⁴⁸⁷ Kyngäs & Vanhanen, 1999.

⁴⁸⁸ See partial studies I and II.

⁴⁸⁹ Lindseth & Norberg, 2004.

understanding inspired by Ödman⁴⁹⁰ and Fagerström⁴⁹¹ was used during data analysis in order to find an answer for research question four.

Theoretical points of view

The aim of the research is rooted in a synthesis of caring science⁴⁹² and various theoretical points of view from diverse fields including, amongst others, healthcare administration and leadership: Blake and Mouton's^{493,494} thoughts on the Managerial Grid, now known as the Leadership Grid⁴⁹⁵, Ahrenfelt's⁴⁹⁶, Kotter's⁴⁹⁷, and Kotter and Cohen's⁴⁹⁸ views on change and change leadership. Schein's⁴⁹⁹ cultural theory and, amongst others, Alvesson's⁵⁰⁰ views on culture provided additional contributions. In the concluding reflections on the theoretical points of view, it is seen that it is nurse leaders who create the professional, contextual and cultural conditions during a change⁵⁰¹. Nurse leaders do this in order to serve the cause of caring and, through administrative processes, enable caring and unite care personnel in serving the patient.⁵⁰²

The nurse leader's creation of professional conditions during a change entails the creation of circumstances that allow care personnel's personal growth as well as the development of knowledge and professional development. The connecting link between nurse leaders and care personnel is their common interest in serving the patient. The nurse leader's duty and obligation is to plan, organize and coordinate care in order to, through actions, do that which is good and right in relation to the patient, emanating from personal loadstars relating to the ethics of responsibility. In order to attain results and be successful in achieving genuine change, a team or teamwork and a second-order change are necessary to, through influence, change care personnel's actions, which are related to their feelings, so that they see reality. In that change constitutes a "puzzle of knowledge" with which nurse leaders create their own tools, care personnel need guidance, motivation, norms,

⁴⁹⁰ Ödman, 1992.

⁴⁹¹ Fagerström, 1999; 2000.

⁴⁹² In Eriksson's theory model, the taking of a position in relation to human beings, health, suffering, caring and the world constitute caring science's basic assumptions, which can also be seen as ontological statements. That which shapes caring science is the picture of the human being as the entity body, soul and spirit as well as a caring that derives its core from *caritas*, whose ultimate purpose is to alleviate human suffering in order to protect a human being's dignity. The patient as a human being and caring is that which is studied through a hermeneutical search for knowledge. (Eriksson, 1992; Eriksson, 2001; Eriksson & Lindström, 1999a; 1999b; 2000a; 2000b)

⁴⁹³ Blake & Mouton, 1985.

⁴⁹⁴ Blake, Mouton & Allen, 1993

⁴⁹⁵ Cf. Northouse, 2010.

⁴⁹⁶ Ahrenfelt, 2001.

⁴⁹⁷ Kotter, 1996.

⁴⁹⁸ Kotter & Cohen, 2002.

⁴⁹⁹ Schein, 2004.

⁵⁰⁰ Alvesson, 1992; 2001; 2007.

⁵⁰¹ Fagerström, 1999; 2000.

⁵⁰² Cf. Bondas, 2008; Rosengren, 2008.

standards and, most of all, communication. This occurs by steering a task to realize a change and the leading of relationships and teamwork as well as an open dialogue with active listening in order to decrease the motivation gap. At the same time, the nurse leader maintains trust in the change and maintains the driving force behind the efforts through a compelling vision that indicates direction and steers efforts. In order to achieve change, care personnel are given freedom under responsibility as well as the opportunity to participate in the change process.⁵⁰³

Nurse leaders enable efforts in a change context in order to create contextual conditions by mobilizing, coordinating and organizing human resources. This is done to integrate care personnel's efforts and clinical processes in a goal-oriented manner in order to realize and achieve results with change by supporting and maintaining effective and effectual actions in cooperation with and through other individuals. It is the vision of change that indicates the direction and steers efforts. The nurse leader recognizes the care personnel's workload and facilitates their work as well as removing barriers that block desired actions, while simultaneously leading the nursing care and the change in accordance with the goals that are communicated to the personnel and decisions that are made. In addition to the nurse leader setting goals and developing new structures for care/nursing care, she delegates power and authority, flexibly interprets and steers processes and continually evaluates facts, convictions and points of view.⁵⁰⁴

Cultural conditions are comprised of how the nurse leader shapes and cultivates the evidence based and caring culture with its caring core and visions that are part of the overall caring culture. In order to lead and defend the caring culture that reflects how care should be, insights into the matter are needed. The caring culture provides the reference framework and guidelines for the approach and basic attitude that the entire care personnel take in relation to the patient, each other and caring as well as thought patterns and values, which are mediated through traditions, customs and language. The basic assumptions and traditions that originate from these values, norms, rules, convictions and ideals also comprise the foundation for cooperation and the nurse leader's allocation and coordination of nursing care. The nurse leader serves the cause of caring via the caring communion, through the responsibility the nurse leader is prepared to take and her personal standpoint, to be a

⁵⁰³ Cf. Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake et al., 1993; Bondas, 2003; Eriksson, 1995; Fagerström, 1999; 2000; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Northouse, 2010; Rosengren, 2008; Wallinvirta, 2011; Wolvén, 2000; Yukl, 2010.

⁵⁰⁴ Cf. Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Fagerström, 1999; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Northouse, 2010; Yukl, 2010.

bearer of and a tone-setter for the caring culture and thereby give expression to what should be valid and reveal the caring substance.⁵⁰⁵

New patterns of interpretation and conclusions

Presented in the following section is a summary of the assumptions found in the research, which are derived from interpretive patterns on change as a phenomenon and change leadership, the nurse leader as leader of change and care personnel's participation in a change.

Through the nurse leader's awareness of the necessity of achieving genuine and sustainable change, the nurse leader takes into account the complexity and uniqueness in every change as well as each change's puzzle of knowledge. Genuine and sustainable change requires a commitment, an inner transformation and remodeling of the "level of becoming", which by these means is also reflected in the outer transformation on the being and doing levels. The nurse leader possesses knowledge and the readiness to lead and meet what follows a change, while simultaneously flexibly following the change processes' unique movements. Even care personnel need to experience a learning process so that genuine and sustainable change can be realized. The nurse leader takes a reflective approach to activities, the substance of leadership as well as a change's influential factors, after which the nurse leader creates her own tools for leading change.

Leading change entails leading relationships, processes and cultures. During a change, the nurse leader's primary mission and responsibility is to, through culture-bearing leadership, manage the core of caring and contribute to good patient care that emanates from an ethical attitude. The nurse leader's responsibility during a change even encompasses preserving and developing trusting relationships with, above all, her personnel. On change's cultural scene, with an open, confirming and evidence based spirit that reflects the caring culture, it is likewise part of the nurse leader's responsibility to steer the driving forces behind the change. The nurse leader's responsibility even encompasses uniting care personnel's resources and efforts through a supportive and reflective leadership. The arena of dialogue comprises a meaningful portion of a change's cultural scene, in which dialogue constitutes a support and creates trust, learning and participation both as regards the management of nursing care and the vision and mission of a change up until action and change.

Care personnel's participation and, thereby, engagement and motivation are important during a change process not only in order to counteract worry and stress, but also to create a new

⁵⁰⁵ Cf. Alvesson, 1992; 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake et al., 1993; Eriksson, 1995; 2001; 2003; Eriksson & Nordman, 2004; Fagerström, 1999; Hilli, 2007; Jacobsen, 2005; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Kinnunen, 1990; Kotter & Cohen, 2002; Nordbäck & Targama, 2009; Nordman, 2006; Salmela & Lindholm, 2000; Schein, 2004; Wolvén, 2000.

organizational culture and identity that the care personnel can feel connected to. An open dialogue and a shared goal and vision, which indicate direction, help participation. Open dialogue also creates learning and is made possible through trust when care personnel's knowledge and competency are developed, whereby genuine change can commence through a learning process when care personnel commit to change. In addition to an open dialogue, support, understanding and insight create a sense of security. Care personnel also need confirmation and motivation in order to continue with goal-oriented actions and contributions.

From the research, a three-dimensional model for leading change was developed that involves leading relationships, processes and culture. The nurse leader's supportive, reflective and culture-bearing leadership during a change reflects and expresses the nurse leader's tasks to lead relationships, processes and cultures as well as her various forms, which partly overlap. Irrespective of the underlying driving factors behind a change⁵⁰⁶, a nurse leader's primary mission and responsibility is to, as a bearer of culture and through a culture-bearing leadership, serve and manage the object of caring by emanating from an ethical attitude. By doing so, the nurse leader leads the caring culture in that every larger organizational change influences the culture of an organization and its traditions and customs⁵⁰⁷. The nurse leader's responsibility during a change process is expressed as the nurse leader's undertakings, commitment, duties, obligations and visibility, which through words and action is shown in a trusting relationship with care personnel⁵⁰⁸. In addition to trust, professional ethics, the nurse leader's ethical attitude, respect, appraisalment, the participation of care personnel, security as well as a shared vision and goal are part of a trusting relationship.

The scene upon which reality and change stand is complex: under its surface culture is continuously present and relates what the scene looks as well as which frames of reference prevail, where the culture's other side consists of leadership⁵⁰⁹. The spirit that prevails reflects the prevailing culture⁵¹⁰, which should be an open, confirming, and evidence based cultural scene as regards change and caring⁵¹¹. This supports the thought and importance of the culture-bearing leadership through which the nurse leader creates cultural conditions. On reality and change's cultural scene, the nurse leader creates the cultural conditions for a caring that strives for the best for the patient, which is cultivated in a caring communion. The tradition and core of caring are composed of a

⁵⁰⁶ Cf. Norbäck & Targama, 2009; Sveningsson & Sörgärde, 2007.

⁵⁰⁷ Cf. Bondas, 2003; Hendel, 1998; Knox & Irving, 1997.

⁵⁰⁸ Cf. Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007; Wallinvirta, 2011.

⁵⁰⁹ Cf. Alvesson, 1992; Salmela & Lindholm, 2000; Schein, 2004

⁵¹⁰ Cf. Jacobsen, 2005; Jacobsen & Thorsvik, 2002; Norbäck & Targama, 2009; cf. even partial study III.

⁵¹¹ Cf. partial study III.

caritative ethos, with the purpose of serving life and health as well as alleviating pain⁵¹². By being a tone-setter and defending caring as the core of nursing, i.e. making good care possible and speaking for the cause of caring, the nurse leader takes a personal standpoint that is mediated through language⁵¹³. On this cultural scene, the nurse leader directs and/or conducts even the realization of the change process' chain of events in a continuous context. This occurs through the steering of the care personnel's contributions and tasks emanating from a shared goal and vision as well as shared values, which indicates the direction for change.⁵¹⁴ This cultural scene is even an arena for dialogue, where the nurse leader sets the tone and reference frameworks in relation to attitude, thought patterns and values. Active listening as well as mutual feedback are important elements in the arena of dialogue. Dialogue can be said to comprise a common world that is only created in an interpersonal meeting, which occurs in a reciprocity that is dependent on the participation of the nurse leader and her care personnel⁵¹⁵. During a change, dialogue also constitutes a support at the same time that dialogue creates trust, learning and participation, which is also created by a common world.

Maintaining and leading human relationships is of great importance during a change in that the nurse leader, by leading relationships and steering tasks⁵¹⁶, is responsible for how care personnel act. The nurse leader acts as a model at the same time that she defends care personnel's well-being and work satisfaction, in that the nurse leader is dependent upon personnel in order to succeed and achieve results during a change.⁵¹⁷ Depending on the extent of a change, the individual caregiver's well-being is influenced and, therefore, it is important that nurse leaders have a holistic view of human beings as body, soul and spirit by also understanding how human beings think, feel, react and act⁵¹⁸. Through supportive leadership, the nurse leader is a present and available leader who creates security, guides, pilots, motivates, acts as an advocate, provides support in various situations, meets individual needs and meets care personnel's need for personal and competency raising development. It is important that the nurse leader reflects on how leadership should be practiced, i.e. the substance of leadership, and why she leads change in the manner she does.⁵¹⁹ This is part of a reflective leadership and includes the nurse leader reflecting on the cultural, professional as well as contextual conditions needed to enable care that are created in the union of human love

⁵¹² Cf. Eriksson & Nordman, 2004.

⁵¹³ Cf. Hilli, 2007.

⁵¹⁴ Cf. Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Sveningsson, 2007; Blake & Mouton, 1985; Blake et al., 1993; Fagerström, 1999; Hartley et al., 1997; Juppo, 2005; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Wolvén, 2000.

⁵¹⁵ Cf. Rudolfsson, 2007.

⁵¹⁶ Cf. Blake & Mouton 1985; Blake et al., 1993; Wolvén, 2000.

⁵¹⁷ Cf. Bennett, 2003; Blake & Mouton, 1985; Fransson Sellgren et al., 2008; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁵¹⁸ Cf. Eriksson, 2001; Eriksson & Lindström, 1999a.

⁵¹⁹ Cf. Shanley, 2007.

and administrative processes. Through this union, the nurse leader's helping, serving and management are expressed. The nurse leader's judgment and, thereby, responsibility as regards actions are namely based on experienced reflections and deliberation that emanate from the nurse leader's holistic approach and comprise further parts of a reflective leadership.⁵²⁰

Genuine and sustainable change requires a commitment, an inner transformation and remodeling of the level of becoming that is reflected in the outer transformation on the being and doing levels. Since the heart of change lies in feelings, it is a challenge for the nurse leader to get care personnel to see reality so that it affects their feelings and to understand that it is their change in actions that makes the vision become reality. An emotional and intellectual response to change is a prerequisite for understanding and accepting the need for change. Care personnel, therefore, need to experience a relational and learning process in order that genuine and sustainable change should occur.⁵²¹ Through care personnel's participation, engagement and motivation, worry and stress are counteracted while dialogue and a shared goal and vision contribute to participation. Dialogue creates learning that is enabled by trust whereby support, in addition to dialogue, understanding and insight, creates a sense of security.⁵²² Mutual trust is necessary, where the trusting of care personnel is shown via the responsibility and freedom that the nurse leader entrusts them with, while the trusting of the nurse leader is supported by the shared goal and vision as well as the nurse leader's management and balancing of the leadership dimensions of relationships, processes and culture.⁵²³

The nurse leader is, however, in a vulnerable position in that in conjunction with a change she will find herself in a caring drama⁵²⁴. At the same time that the nurse leader is expected to follow decisions, rules and directives, she is also responsible for the enabling of good care emanating from caring as the core: serving life and health as well as alleviating patient suffering, which can be expressed as serving the patient⁵²⁵. In other words, when the nurse leader is responsible for driving change and managing care, she finds herself in a tension between the inner and outer domains of ethics⁵²⁶. This can also be interpreted as a "suffering pressure" that comes about when the nurse leader is caught between the demand to realize change and the responsibility to make good care

⁵²⁰ Cf. Bondas, 2008; Fagerström, 1999; 2000; Rosengren, 2008; Stenvall & Virtanen, 2007; Wallinvirta, 2011; Young, 2009.

⁵²¹ Cf. Ahrenfelt, 2001; Alvesson & Svingsson, 2007; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002.

⁵²² Cf. Bennett, 2003; Bondas, 2003; Fagerström, 1999; 2000; Fransson Sellgren et al., 2008; Juppö, 2005; 2007; Knox & Irving, 1997; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström et al., 2002; McPhail, 1997; Rosengren, 2008; Rosengren et al., 1999; Sofarelli & Brown, 1998; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁵²³ Cf. Ahrenfelt, 2001; Bennett, 2003; Blake & Mouton, 1985; Blake et al., 1993; Bondas, 2003; Kotter, 1996; Kotter & Cohen, 2002; Kullén Engström, 2009; Kullén Engström et al., 2002; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁵²⁴ See footnote 15.

⁵²⁵ Cf. Eriksson & Nordman, 2004:

⁵²⁶ Cf. Wallinvirta, 2011.

possible⁵²⁷. The nurse leader feels like a spectator and is even worried about the task of being a nurse leader, the care situation and her mandate as patient advocate, which can also manifest as a “suffering pressure”. Trust that the change benefits patients, on the other hand, expresses the nurse leader’s hope and belief in the future.⁵²⁸

Conclusions from the research:

- 5) Leading change entails leading relationships, processes and culture, with good patient care as the most central aim.
- 6) On an open, confirming and evidence based cultural scene, the nurse leader directs and/or conducts the management of good patient care as well as the realization of the change processes’ chain of events in a continuous context.
- 7) In the arena of and on the scene of leadership, the nurse leader is an actor or performance artist in order to create a trusting relationship where dialogue and learning are of such great importance in forming care personnel’s inner transformation and remodeling that even care personnel’s actions change.
- 8) In the arena of leadership, a supportive, reflective and culture-bearing leadership is exercised in order to realize genuine and sustainable change.

Discussion

Analysis of the research results indicates that the nurse leader’s supportive, reflective and culture-bearing leadership during a change process reflects and expresses the nurse leader’s shaping of and task to lead relationships, processes and cultures. One conclusion is that genuine and sustainable change, i.e. a second order change⁵²⁹, can occur if a nurse leader is able to lead change through these dimensions while also focusing on the patient and patient care. The final conclusion should naturally be investigated in future research within various contexts. In accordance with the research results, genuine and sustainable change requires that a change on the individual plane occur, where both the nurse leader and care personnel undergo an inner reshaping of the level of becoming. New thought patterns and values can thus be created, where even the nurse leader’s view of reality and actions change and a remodeling and becoming occur. An inner transformation and remodeling of the level of becoming is, in other words, reflected in the outer transformation of the being and doing levels. A commitment to change is required, however, before learning can occur.

⁵²⁷ Cf. According to Ahrenfelt (2001, 124, 258, 293), change that is external, and which is driven by forces other than one’s own initiative, is perceived as something that is not one’s own at the same time that the change is perceived as a threat.

⁵²⁸ See partial study IV.

⁵²⁹ Cf. Ahrenfelt, 2001, 23, 50.

During a change a culture must, still, be taken into consideration and, through culture-bearing leadership, the nurse leader contributes to the development of the caring culture. According to Schein⁵³⁰, leadership and culture are two sides of the same coin, where culture is continuously present under the surface. In a similar manner, Alvesson⁵³¹ maintains that leadership and culture are connected on both the organizational and societal levels in that leadership is exercised in a social and cultural context. Leadership and culture, in other words, exert mutual influence on one another. The nurse leader can nonetheless change a culture, which, however, requires time and learning.⁵³² The nurse leader is responsible for managing the caring culture in that every larger organizational change influences a culture and its traditions and customs. The caring culture can be seen as an open, confirming and evidence based cultural scene both as regards caring as change and for which the nurse leader creates cultural conditions⁵³³.

The nurse leader as a director⁵³⁴ is tasked with driving and directing the action (the change process) forward, emanating from the patient's need for care and perspective⁵³⁵. The research results show, however, that nurse leaders have a strong feeling of being excluded from the change process and that they perceived themselves as mere spectators despite that many nurse leaders had previous experience and knowledge of both smaller and larger change processes; they were not actors in the change process. Nurse leaders, or middle managers, however, are in a key position⁵³⁶ to implement and facilitate a change process. Methods, or learning processes⁵³⁷, should be developed in order to involve middle management and personnel more than previously, yet with clearly expressed tasks and expectations for the nurse leaders during a change process.

A threat against various professional groups' professionalism and/or professional and group identity, with loss of status and identity⁵³⁸, can be experienced in that a change influences traditions and customs⁵³⁹ and the organizational culture as a "social adhesive" creates an identity and group formation⁵⁴⁰. Such a threat against the organization and thereby the workplace, stemming from an external pressure to change, can lead to feelings of chaos and helplessness through which a

⁵³⁰ Schein, 2004, 1, 8, 22.

⁵³¹ Alvesson, 2001, 146.

⁵³² Jacobsen, 2005, 175.

⁵³³ Cf. Fagerström, 1999.

⁵³⁴ According to Ahrenfelt (2001, 25, 144), a leader should be a director in order to "realize" active and innovative coworkers, since an activation of personnel within clear domains of responsibility is needed.

⁵³⁵ Norbäck & Targama, 2009.

⁵³⁶ Cf. Bennett, 2003; Cutcliffe & Bassett, 1997; Hendel, 1998; Juppo, 2005; 2007; Kullén Engström et al., 2002; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁵³⁷ Cf. Stenvall & Virtanen, 2007, 104.

⁵³⁸ Cf. Hendel, 1998.

⁵³⁹ Cf. Hendel, 1998.

⁵⁴⁰ Cf. Alvesson, 2001, 53-54.

suffering pressure can arise amongst personnel.⁵⁴¹ For a nurse leader, a suffering pressure can arise when she is caught between the demand to implement change and the responsibility to make good care possible. The development of a culture that care personnel can identify themselves with, which in turn creates a new organizational identity, becomes therefore important.⁵⁴²

In addition to a nurse leader needing knowledge and the readiness to lead a change, care personnel also need to undergo learning so that genuine and sustainable change can be realized. Trust and confidence enables learning. Learning processes should be created to develop care personnel's competency and knowledge, which should be part of professional conditions. Care personnel can then satisfy and cope with change as well as shoulder more comprehensive tasks and tasks that require more responsibility.⁵⁴³ An extension of or a broadening of responsibility requires the raising of competency, through which the nurse leader can respond to⁵⁴⁴ new challenges in new work tasks and/or domains of responsibility.⁵⁴⁵ The nurse leader's supportive leadership is needed, with the nurse leader guiding, piloting, and motivating and also acting as an advocate. One method through which to learn is guidance and coaching, but even mentorship or learning from other knowledge or experienced individuals during a change process can also provide support so that a nurse leader is able to cope with driving the change process, which Egidius⁵⁴⁶ maintains. Change, in other words, requires learning and knowledge. Learning in an organization presupposes that the human beings in that organization acquire both new knowledge and change their actions, but it is also a matter of "dis-learning" old thought patterns.⁵⁴⁷

During a change it is important that a nurse leader actively listen to care personnel in an open dialogue with mutual feedback in the arena of dialogue. Dialogue is one of the factors that strengthens trust and confidence as well as constitutes a support. At the same time, the nurse leader should communicate the goal and vision of the change in order to create understanding and motivation. Learning is created through dialogue as well as the feeling of participation.⁵⁴⁸ Dialogue can also motivate, while communication, in addition to praise and feedback, can be used as a motivational tool.⁵⁴⁹ The arena of dialogue should, in other words, constitute a forum not only for

⁵⁴¹ Cf. Ahrenfelt, 2001; Rosengren et al., 1999.

⁵⁴² Cf. Hendel, 1998.

⁵⁴³ Cf. Fagerström, 1999; Kullén Engström, 2009, 42; Stenvall & Virtanen, 2007, 79, 97, 106.

⁵⁴⁴ Cf. Ahrenfelt, 2001, 111.

⁵⁴⁵ Ahrenfelt, 2001, 25, 111, 122, 214.

⁵⁴⁶ Egidius, 2008, 26-27, 30.

⁵⁴⁷ Jacobsen & Thorsvik, 2002, 409-410.

⁵⁴⁸ Cf. Kullén Engström, Rosengren & Hallberg, 2002; Rosengren et al., 1999; Stenvall & Virtanen, 2007.

⁵⁴⁹ Cf. Bennett, 2003.

learning, discussion and listening in order to create trust, understanding and motivation, but even to create acceptance.

During a change, it is of great importance that a nurse leader adopts a reflective approach to both the activities and substance of leadership. This occurs by, amongst others, the nurse leader reflecting on how leadership is exercised⁵⁵⁰ and also applies to the need for change or development, the capacity and readiness for change and the knowledge needed⁵⁵¹. A reflective approach even creates a sense of participation.⁵⁵² The nurse leader's reflective leadership also includes reflections on cultural conditions, including traditions and customs, as well as professional and contextual conditions: amongst others, developmental initiative and clinical processes. A reflective leadership, in other words, is needed during a change as well as during the development of good care.

The nurse leader also needs to be conscientious about and have responsibility for processes, including the chain and course of events⁵⁵³ or the series of events and actions that occur during the time period during which a change is ongoing. A process, namely, is in a state of continuous becoming and creating, i.e. it is in a continuous movement.⁵⁵⁴ With the purpose of realizing a development or change, taking into consideration care quality, patient safety, patient flow and all associated care chains, care personnel engage in teamwork or are part of a team that must be led in order for results to be achieved. This is included in the nurse leader's creation of contextual conditions⁵⁵⁵. Effective and sound processes lead to good results, and it is therefore important to lead processes through and in cooperation with personnel, while taking into consideration an organization's culture, so that results can be realized.

⁵⁵⁰ Cf. Kullén Engström, 2009; Shanley, 2007.

⁵⁵¹ Cf. Juppo, 2007; Kullén Engström, 2009; Stenvall & Virtanen, 2007; Young, 2010.

⁵⁵² Stenvall & Virtanen, 2007, 147.

⁵⁵³ Cf. Juppo, 2005; 2007.

⁵⁵⁴ Ahrenfelt, 2001, 35, 277.

⁵⁵⁵ Cf. Fagerström, 1999.

LITTERATUR

Ahrenfelt, B. 2001. *Förändring som tillstånd*. Studentlitteratur, Lund.

Alvesson, M. 1992. *Ledning av kunskapsföretag*. 2:a upplagan. Stockholm: Norstedts Juridikförlag.

Alvesson, M. 2001. *Organisationskultur och ledning*. Liber AB, Malmö.

Alvesson, M. 2007. Företagskultur och organisationsidentitet – stödjande normsystem eller hjärntvätt? I: Alvesson, M. & Sveningsson, S. (red.). *Organisationer, ledning och processer*. Studentlitteratur, Lund, 179 - 207.

Alvesson, M. & Sveningsson S. 2007. Organisationsteori: en översikt. I: Alvesson, M. & Sveningsson, S. (red.). *Organisationer, ledning och processer*. Studentlitteratur, Lund, 11 - 44.

Andrew, S. & Halcomb, E. J. 2009. Glossary. In: Andrew, S. & Halcomb, E. J. (Ed.) *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. Wiley-Blackwell, Oxford, United Kingdom, xiv-xvii.

Angen, M. J. 2000. Pearls, Pith, and Provocation. Evaluating Interpretive Inquiry: Reviewing the Validity Debate and Opening the Dialogue. *Qualitative Health Research*, **10**(3), 378 - 395.

Axelsson, R. 1998. Hälso- och sjukvårdsadministration i organisationsteoretisk belysning. Tredje upplagan. Studentlitteratur, Lund.

Baulcomb, J. S. 2003. Management of change through force field analysis. *Journal of Nursing Management*, **11**, 275 - 280.

Bazeley, P. 2009. Analysing Mixed Methods Data. In: Andrew, S. & Halcomb, E. J. *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences*. Wiley-Blackwell, Oxford, United Kingdom, 84 - 118.

Bazzoli, G. J., Dynan, L., Burns, L. R. & Yap, C. 2004. Two decades of organizational change in health care: What have we learned? *Medical Care Research and Review*, **61**(3), 247 – 331.

- Bennett, M. 2003. Implementing new clinical guidelines: The manager as agent of change. *Nursing Management*, **10** (7), 20 - 23.
- Bergman, B. & Klefsjö, B. 2001. *Kvalitet från behov till användning*. 3 upplagan. Studentlitteratur, Lund.
- Blake, R. R. & Mouton, J. S. 1985. *The Managerial Grid III*. Gulf Publishing Company, Houston, USA.
- Blake, R. R., Mouton, J. S. & Allen R. L. 1993. *Teamwork! Utveckla ledarskap och samverkan som gör gruppen framgångsrik* (Spectacular Teamwork, 1987). Studentlitteratur, Lund.
- Brommels, M. 2001. Undvik kapitalförstöring. Hälsforum 2000 – 12.06.2000. STM.Monisteita 2001:12. (<http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/julkaisut/terfoorumi/brommels.htm>)
- Bryder, M. 1985. Innehållsidé som idé och metod. Stiftelsen för Åbo Akademis forskningsinstitut. Nr. 106.
- Bondas, T. 2003. Caritative Leadership. Ministering to the Patients. *Nursing Administration Quarterly*, **3**, 249 - 253.
- Bondas, T. 2008. Det caritative ledarskapet. *Vård i Fokus* **3**, 4 - 8.
- Burns, N. 1989. Standards for Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly*, **2**(1), 44 - 52.
- Catanzaro, M. 1988. Using Qualitative Analytical Techniques. In Woods, N.F. & Catanzaro, M. 1988. *Nursing Research. Theory and Practice*. The C.V. Mosby Company: Washington, 437 - 456.
- Chenoweth, L. & Kilstoff, K. 2002. Organizational and structural reform in aged care organizations: empowerment towards a change process. *Journal of Nursing Management*, **10**, 235 - 244.
- Cutcliffe, J.R. & Bassett, C. 1997. Introducing change in nursing: the case of research. *Journal of Nursing Management*, **5**, 241 - 247.
- Dahlberg, K. 1997. *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund.

- Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (Översättning Larson, P.). Studentlitteratur, Lund.
- Edlund, M. 2002. *Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo, Finland
- Egidius, H. 2008. *Bli en bättre coach och mentor*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Eriksson, K. 1992. *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. 1994. *Den lidande människan*. Liber, Stockholm.
- Eriksson, K. 1995. Mot en caritativ vårdetik. I: Eriksson K. (red.). *Mot en caritativ vårdetik*. Vårdforskning 5/1995. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 9 - 39.
- Eriksson, K. 1997. Perustutkimus ja käsiteanalyysi. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 50 - 75.
- Eriksson, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Vårdforskning 7/2001. 3 upplagan. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. 2003. Ethos. I: Eriksson, K. & Lindström, U. Å.(Red.). *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 21 - 33.
- Eriksson, K. & Lindström U. Å. 1999a. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede* **11**(5), 358 - 364.
- Eriksson, K. & Lindström U. Å. 1999b. Abduktion och pragmatism – två vägar till framsteg inom vårdvetenskapen. *Hoitotiede* **11** (5), 292 - 299.
- Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. 1999. *Den trojanska hästen. Evidensbaserade vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Helsingfors universitetscentralsjukhus, Vasa sjukvårdsdistrikt skn. Rapport 1:1999.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. 2000a. Siktet, Sökande, Slutande – om den vårdvetenskapliga kunskapen. I: Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 5 - 18.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. 2000b. Gryning. I: Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.). *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 1 - 4.

Eriksson, K., Lindström, U. Å., Lindholm, L., Matilainen, D. & Kasén, A. 2004. Det vårdvetenskapliga forskningsprogrammet vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. *Hoitotiede* **16**(6), 282 - 286.

Eriksson, K. & Nordman, T. 2004. *Den trojanska hästen II. Utvecklandet av evidensbaserade vårdande kulturer*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Rapport 2:2004.

Eriksson, K., Lindström, U. Å., Kasén, A., Lindholm, L. & Matilainen, D. 2006. Ethos anger siktet för vårdvetenskap vid Åbo Akademi. *Hoitotiede* **18**(6), 296 - 298.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. 2009. Vårdvetenskap som Caring Science. *Pro Terveys* **4**, 9 - 13.

Fagerström, L. 1999. The Patient's Caring Needs. To understand and Measure the Unmeasurable. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Fagerström, L. 2000. Den goda vårdandets grundplan som syntes. I: Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.) *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 117 - 139.

Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers, A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncilmenetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. *Hoitotiede*, **14**(4), 180 - 191.

Forskningsetiska delegationen. 2002. *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Forskningsetiska delegationen, Helsingfors.

Fransson Sellgren, S., Ekvall, G. & Tomson, G. 2008. Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, **16**, 578 - 587.

Fredriksson, L. 2003. *Det vårdande samtalet*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Fulop, N.; Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C. & Walters, R. 2002.

Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis.

BMJ, **325**(3), 1 – 7.

Gadamer, H-G. 1988. *Förnuftet i vetenskapens tidsålder* (Översättning: Olsson, T). Daidalos, Göteborg.

Gadamer, H-G. 1996. *Truth and Method* (Originalalets titel: Wahrheit und Methode. Translation revised by Weinsheimer, J. and Marshall, D. G.), 1989/1996. Second, Revised Edition. Sheed & Wand Ltd, London.

Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod i urval* (Originalalets titel: Wahrheit und Methode 1960/1990. Urval, inledning och översättning: Mellberg, A.). Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg.

Hartley, J., Benington, J. & Binns, P. 1997. Researching the roles of internal-change agents in the management of organizational change. *British Journal of Management*, **8**(1), 61 - 73.

Hendel, T. 1998. Merger Management: a challenge to nursing leadership. *Journal of Nursing Management* **6**, 281 - 284.

Hernesniemi, M. 1993. *Sairaalaliitto 30v*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Hilli, Y. 2007. Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press.

Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 3 edition. Wiley-Blackwell, Oxford, United Kingdom, 297 - 314.

- Holmberg, I. 2003. Var finns ledarskapet i offentlig sektor? I: Holmberg, I. & Henning, R. (red.). *Offentligt ledarskap – om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. Studentlitteratur, Lund, 7 - 20.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. 2002. *Hur moderna organisationer fungerar* (Översättning Sandin, G.). Studentlitteratur, Lund.
- Jacobsen, D. I. 2005. *Organisationsförändringar och förändringsledarskap* (Översättning Andersson, S.). Studentlitteratur, Lund.
- Jaffe-Ruiz, M. 2008. Leadership Traits. Nursing Leadership. In: Feldman, H. R. (Editor-in Chief), Jaffe-Ruiz, M., McClure, M. L., Greenberg, M. J. & Smith, T. D. (Associated Editors) *Nursing Leadership. A Concise Encyclopedia*. Springer Publishing Company, LLC.
- Juppo, V. 2005. Organisaation muutoksen johtaminen julkisella sektorilla (Management of Organizational Change in the Public Sector). *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 2, 102 - 115.
- Juppo, V. 2007. Systeemi- ja kontingenssiteorioiden anti muutoksen johtamiseen (Change Management, System Theories and Contingency Theories). *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1, 9 - 19.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Kasén, A. 2002. *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.
- Keto, U. & Malinen, H. 2007. Itsearviointi laatu järjestelmän osana. *KeVer-verkkolehti* 2, (ISSN 1796-8283). <http://ojs.seamk.fi/index.php/kever/article/view/1015/864> . Hämtad 20.01.2011
- King, D. 2002. The changing shape of leadership. *Educational Leadership*. 59(8), 61 - 64.
- Kinnunen, J. 1990. *Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri*. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, Kuopion Yliopisto. Alkuperäistutkimukset 4/1990.
- Knox, S. & Irving, J. A. 1997. Nurse Managers perceptions of healthcare executive behaviour during organizational change. *Journal of Nursing Management*, 11, 33 - 39.
- Koort, P. 1975. Semantisk analys och konfigurationsanalys. Studentlitteratur, Lund.

Koskinen, C. 2011. *Lyssnande. En vårdvetenskaplig betraktelse*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

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

Kotter, J. P. & Cohen, D. S. 2002. *The Heart of Change. Real-Life Stories of How People Change Their Organizations*. Harvard Business School Press, Boston.

Krogstad, U., Hofoss, D., Veenstra, M. & Hjortdahl, P. 2010. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*, 4(1). Hämtad 14.03.2011.

Kullén Engström, A. 2009. *Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser*. Doktorsavhandling. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg, Sverige.

Kullén Engström, A., Rosengren, K. & Hallberg, L-M. 2002. Balancing involvement: employees' experiences of merging hospitals in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 38(1), 11 - 18.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 1, 3 - 12.

Körner, S., Ek, L. & Berg, S. 1984. *Deskriptiv statistik*. 2 upplagan. Studentlitteratur: Lund.

Lantz, A. 2007. *Intervjumetodik*. Studentlitteratur, Lund.

Larsson, S. 1993. Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 4, 194 - 211.

Larsson, S. 1994. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I: Starrin B. & Svensson P-G (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund, 163 - 189.

Lassenius, E. 2005. *Rummet i vårdandets värld*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Leino-Kilpi, H. 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY (Oppmismateriaalit OY), Helsinki, 222 - 231.

Lindholm, M., Sivberg, B. & Udén, G. 2000. Leadership styles among nurse managers in changing organizations. *Journal of Nursing Management*, **8**, 327 - 335.

Lindholm, L. 2003. Klinisk applikationsforskning – en forskningsapproach för vårdvetenskapens tilläggande. I: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (red.). *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*, 47 - 61.

Lindseth, A. & Norberg, A. 2004. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **18**, 145 - 153.

Lindström, U.Å. 1995. Ensamlingskänslan sviker inte. En kvalitativ studie rörande patienters upplevelser av vårdkultur och vårdrelation på psykiatriskt sjukhus. Rapport 6/1996.

Lindström, U. Å. & Lindholm, L. 2003. Kontext och meningssammanhang. I: Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red.) *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 35 - 45.

Ljungberg, A. & Larsson, E. 2001. *Processbaserad verksamhetsutveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Malmström, S., Györki, I. & Sjögren, P. A. 1986. *Bonniers svenska ordbok*. Györki & Sjögren, Stockholm.

Maraldo, P. 2008. Power and Leadership. In: Feldman, H. R. (Editor-in Chief), Jaffe-Ruiz, M., McClure, M. L., Greenberg, M. J. & Smith, T. D. (Associated Editors) *Nursing Leadership. A Concise Encyclopedia*. Springer Publishing Company, LLC.

McCormack, B. & McCance, T. 2010. *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Wiley-Blackwell, Oxford, England.

McPhail, G. 1997. Management of change: an essential skill for nursing in the 1990s. *Journal of Nursing Management*, **5**, 199 - 205.

Miettinen, M. 1999. Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa: Simola R., Kangas R. & Ranta J. *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä Oy, Helsinki, 84 - 91.

Milton, A. 2002. Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, **11**, 99, 1214 - 1216.

Moltke, H. V. & Molly, A. (red.). 2011. *Systemisk coaching. En grundbok*. Studentlitteratur AB, Lund.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 215 - 221.

Norbäck, L. E. & Targama, A. 2009. Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet. Studentlitteratur AB, Lund.

Nordman, T. 2006. *Människan som patient i en vårdande kultur*. Doktorsavhandling. Acta Caritatis Academiae Aboensis. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Northouse, P. G. 2010. *Leadership. Theory and Practice*. 5th ed. Sage Publications Inc. California, USA/Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Nurminen, M. 2009. Tid och det tidlösa i tiden. En framflytande vårdvetenskaplig teorigestaltning. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Nyback, M-H. 2008. Generic and Professional Caring in a Chinese Setting. An Ethnographic Study. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Näsman, Y. 2010. Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning. Dygd som ett värdetiskt grundbegrepp. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Paley, J. MA. 1996. How to clarify concepts in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **24**, 605 - 612.

Patel, R. & Davidson, B. 2003. Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Studentlitteratur, Lund.

Polit, D. F. & Tatano Beck, C. 2008. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwers business.

Ricoeur, P. 1993. *Från text till handling. En antologi om hermeneutik*. Fjärde upplagan. Brutus Östlings Bokförlag Symposium AB, Stockholm.

Rodgers, B. L. 1993. Concept Analysis: An Evolutionary View. In: Rodgers, B. L. & Knafelz, K. A. *Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques and Applications*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 73 - 93.

Rosengren, K., Kullén Engström, A. & Axelsson, L. 1999. The staff's experience of structural changes in the health and medical service in western Sweden. *Journal of Nursing Management*, **7**, 289 - 298.

Rosengren, K. 2008. En hälsovårdsorganisation i förändring – från distanserat till delat ledarskap. Doktorsavhandling. Hälsohögskolan, HHJ, Avd. för beteendevetenskap och socialt arbete, Högskolan i Jönköping.

Roxberg, Å. 2005. *Vårdande och icke-vårdande tröst*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.

Rudolfsson, G. 2007. *Den perioperativa dialogen – en gemensam värld*. Doktorsavhandling. Acta Caritatis Academiae Aboensis. Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Räsänen, H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapu terveydenhuoltoon. *Sairaanhoitaja-lehti* 2/2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2009/ajankohtaiskirjoitus/magneettisairaalamallista_vetoapu/ (Hämtad 31.03.2011)

Salmela, S. & Lindholm, L. 2000. Att tjäna och att betjäna. En undersökning om vårdkultur och servicekultur. *Hoitotiede* **12**(1), 36 - 46.

Schein, E. H. 2004. *Organizational culture and leadership*. 3rd edition. Jossey-Bass cop. San Francisco, USA.

Shanley, C. 2007. Management of change for nurses: lessons from the discipline of organizational studies. *Journal of Nursing Management*, **15**, 538 - 546.

Sinkovics, R. R., Zagelmeyer, S. & Kusstatscher, V. 2010. Between merger and syndrome: The intermediary role of emotions in four cross-border M&As. *International Business Review*, **20**(1), 27 - 47.

Sivonen, K. 2000. *Vården och det andliga*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

- Sjöström, U. 1994. Hermeneutik – att tolka utsagor och handlingar. I: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund, 73 - 90.
- Sofarelli, D. & Brown, D. 1998. The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management*, **6**, 201 - 207.
- Sorrell-Jones, J. 1999. The role of chief nurse executive in the knowledge-intense organization of the future. *Nursing Administration Quarterly*. **23**(3), 17 - 25.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. *Muutosta johtamassa*. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Sullivan, E., & Phillip Decker, J. 2005. *Effective leadership & management in Nursing*. 6th edition. Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- Sveningsson, S. & Sörgärde, N. 2007. Organisationsförändring – från ingenjörskonst till tolkning. I: Alvesson, M. & Sveningsson, S. (red.). 2007. *Organisationer, ledning och processer*. Studentlitteratur, Lund, 237 - 268.
- Svenska Akademiens ordbok. 1928. A-B. PH. Lindstedts Univ.-Bokhandel, Lund.
- Trost, J. 2005. *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur, Lund.
- Tullberg, M. 2003. Tyvärr, så är det ofta fel personer som blir chef här... I: Holmerg, I. & Henning, R. (red.). *Offentligt ledarskap – om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. Studentlitteratur, Lund, 31 - 61.
- Wallinvirta, E. 2011. *Ansvar som klangbotten i vårdandets meningssammanhang*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis Förlag, Åbo.
- West, N. & Robertson, J. 2011. Magnet designation: Utilising best practice Australia survey outcomes to change the culture within ICU- Our personal experience at the Princess Alexandra Hospital, Brisbane. *Australian Critical Care*. **24**(1), 63. Available online 7 March 2011. Hämtad 16.03.2011.
- Willmot, M. 1998. The new ward manager: an evaluation of the changing role of the charge nurse. *Journal of Advanced Nursing*, **28**(2), 419 - 427.

Virtanen, J. V. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimikenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Akateeminen tutkielma. Sarja/Series A-2:2010. Turun Kauppakorkeakoulu. http://infor.tse.fi/julkaisut/vk/Ae2_2010.pdf Hämtat 18.12.2010.

Wolvén, L-E. 2000. Att utveckla mänskliga resurser i organisationer – om ledarskap, organisering, kultur och kompetens. Studentlitteratur, Lund.

Young, M. 2009. A meta model of change. *Journal of Organizational Change Management*, 22(5), 524-548.

Yukl, G. 2010. *Leadership in Organizations*. 7th ed. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey, USA.

Ödman, P-J. 1992. Interpreting the past. *Qualitative Studies in Education*. 5(2), 167 - 184.

Ödman, P-J. 2004. Den hermeneutiska cirkelns gränser. Till validitetsfrågan inom hermeneutiken. I: Selander, S. & Ödman, P-J. (red.). *Text och existens. Hermeneutik möter samhällsvetenskap*. Daidalos, Göteborg, 81 - 117.

Ödman, P-J. 2007. *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. 2:a upplagan. Norstedts Akademiska Förlag.

Protokoll

Stadsfullmäktige (stfm) 3.2.1998, 9§

Stadsfullmäktige (stfm) 11.6.2002, 68§

T6 Arbetsförhållande / Työsuhde

1. Ordinarie / vakituinen	2. Vikarie / sijainen
---------------------------	-----------------------

T7 Personalgrupp/ Henkilöstöryhmä:

1. Förman / Esimies	2. Övrig / Muu
---------------------	----------------

T8 Arbetserfarenhet i nuvarande befattning / Työkokemus nykyisellä toimialalla

1. Under 2 år / Alle 2 vuotta	2. 2 - 5 år / vuotta	3. 6 - 10 år / vuotta	4. Över 11 år / Yli 11 vuotta
-------------------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------------

Hur väl förverkligas följande i ditt eget arbete/på din arbetsenhet? Du kan svara i enlighet till enskild servicepunkt (tex. mottagning, byråttjänster) inom ditt ansvarsområde eller ur hela hälso- och sjukvårdens synvinkel.

Miten hyvin seuraavat asiat toteutuvat omassa työssäsi/ työyksikössäsi? Voit vastata vastualueesi mukaan yksittäisen palvelun (esim. vastaanotto, toimistopalvelu) tai laajemman palveluryhmän (esim. sairaanhoito) tai koko terveystai sairaalatoimen näkökulmasta.

1. Organisationens strategi, målsättning och beaktande av patientens/kundens behov / Organisaation strategia, tavoitteet ja potilas/asiakastarpeiden huomioiminen

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Målen för den enskilde beaktas i verksamheten på vår enhet. / Yksikölle asetetut tavoitteet otetaan huomioon yksikköme toiminnassa	1	2	3	4	5
2	Jag känner till organisationens strategi och mål för min enhet / Tunnen organisaation strategian ja siinä asetetut yksikköni koskevat tavoitteet.	1	2	3	4	5
3	Målen för verksamheten på vår enhet utvärderas systematiskt / Tavoitteiden toteutumista seurataan järjestelmällisesti yksikköme toiminnassa.	1	2	3	4	5
4	Patienternas/Kundernas behov beaktas i verksamheten på vår enhet / Potilaiden / asiakkaiden tarpeet huomioidaan yksikköme toiminnassa.	1	2	3	4	5
5	Hur kan de ovanstående förbättras? / Miten edellä olevia asioita tulisi parantaa					

2. Personal / Henkilöstö

Bilaga 1 (3/11)

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	På min enhet/avdelning har vi ett mångprofessionellt arbetssätt. / Työyksikössäni/osastollani hyödynnetään moniammatillista työskentelyä.	1	2	3	4	5
2	På min enhet/avdelning används olika arbetssätt flexibelt(tex. teamarbete, arbetsrotation, byte av arbetspunkt) / Työyksikössäni/osastollani käytetään joustavasti erilaisia työskentelytapoja (esim. tiimityö, tehtäväkierto, työpisteen vaihtaminen)	1	2	3	4	5
3	Personalens ork och arbetsförmåga uppmärksammas tillräckligt. / Henkilöstön jaksamiseen ja työkykyyn kiinnitetään riittävästi huomiota.	1	2	3	4	5
4	Till obesatta tjänster fås kompetent personal. / Avoimiin tehtäviin saadaan palkattua pätevää henkilöstöä.	1	2	3	4	5
5	Vikarieanskaffningen fungerar bra på min enhet/avdelning / Sijaisjärjestelyt toimivat hyvin yksikössäni/osastollani.	1	2	3	4	5
6	Ny personal introduceras bra i sitt arbete. / Uudet henkilöt perehdytetään työhönsä hyvin.	1	2	3	4	5
7	Jag kan använda mig av min kunskap i mitt arbete. / Voin hyödyntää työssäni omaa osaamistani täysimääräisesti.	1	2	3	4	5
8	Jag går regelbundet i utvecklingssamtal hos min förmän. / Käyn esimieheni kanssa säännöllisesti kehityskeskusteluja	1	2	3	4	5
9	I samband med utvecklingssamtalen har det gjorts upp en personlig skolnings- och utvecklingsplan. / Kehityskeskustelujen yhteydessä minulle on laadittu henkilökohtainen koulutus- ja kehittämissuunnitelma.	1	2	3	4	5
10	Man belönas för ett bra arbete./ Hyvistä työsuorituksista palkitaan.	1	2	3	4	5
11	Professionellt kunnande värderas/uppskattas och stöds. / Ammatillista osaamista arvostetaan ja sen kehittämiseen kannustetaan.	1	2	3	4	5
12	Jag får tillräckligt med stöd av min förmän i mitt arbete. / Saan esimieheltäni riittävästi tukea työssäni	1	2	3	4	5
13	Förmannen tar mina åsikter i beaktande i utvecklingen av verksamheten. / Esimieheni ottaa näkemykseni huomioon toimintaa kehitettäessä.	1	2	3	4	5
14	Forskning om arbetsklimat utnyttjas för ledning av personalen samt utvecklingen av samarbetet / Työilmapiiritutkimuksia hyödynnetään henkilöstöjohtamisessa ja työyhteisöjen kehittämisessä.	1	2	3	4	5
15	Hur kan verksamheten som rör personalen förbättras? / Miten henkilöstöön liittyviä toimintatapoja tulisi parantaa?					

3. Dialogen i organisationen / Organisaatiossa käytävä vuoropuhelu

Bilaga 1 (4/11)

		Täysin eri mieltä/ Helt av annan åsikt	Osittain eri mieltä/ Delvis av annan åsikt	En osaa sanoa/ Kan inte säga	Osittain samaa mieltä/ Delvis av annan åsikt	Täysin samaa mieltä/ Helt av samma åsikt
1	På vår avdelning/enhet tas det lärdom av andra enheters goda erfarenheter / Muiden yksiköiden hyvät kokemukset hyödynnetään oman osastomme/yksikkömme toimintaa kehitettäessä.	1	2	3	4	5
2	Ledningen på min avdelning delar med sig av informationen planenligt. / Yksiköni johto jakaa tietoa suunnitelmallisesti.	1	2	3	4	5
3	Informationen från personalen till ledningen löper bra. / Tieto kulkee hyvin henkilöstöltä johdolle.	1	2	3	4	5
4	Jag deltar aktivt för att utveckla en god atmosfär. / Osallistun oman työyhteisöni hengen luomiseen ja kehittämiseen aktiivisesti.	1	2	3	4	5
5	Gemensamma tillställningar och möten är i allmänhet bra ordnade. / Yhteiset tilaisuudet ja kokoukset on yleensä järjestetty hyvin.	1	2	3	4	5
6	Hur kan dialogen förbättras? / Miten vuoropuhelua voidaan parantaa?					

4. Partnerskap / Kumppanuudet

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Samarbetet mellan primärvården och specialistsjukvården fungerar bra. / Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö toimii hyvin.	1	2	3	4	5
2	Samarbetet mellan andra verksamhetsområden och primärvården och specialistsjukvården fungerar bra. / Muiden toimialojen ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö toimii hyvin.	1	2	3	4	5
3	Samarbetet mellan olika enheter i den egna organisationen fungerar bra. / Oman organisaation eri yksiköiden välinen yhteistyö sujuu hyvin.	1	2	3	4	5
4	Samarbetsmöjligheter mellan andra offentliga, privata och den tredje sektorns serviceproducenter utnyttjas bra. / Yhteistyön mahdollisuuksia muiden julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palvelutuottajien kanssa hyödynnetään hyvin.	1	2	3	4	5
5	På vår avdelning/enhet har vi ett fungerande samarbete. / Osastollamme/yksikössämme on toimiva yhteistyö.	1	2	3	4	5
6	Hur kan samarbetet förbättras? Miten yhteistyötä voidaan parantaa?					

5. Resurser i den egna organisationen / Resurssit omassa organisaatiossa Bilaga 1 (5/11)

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Förändringar i patienternas / kundernas behov beaktas/uppmärksammas vid fördelningen av ekonomiska och personresurser. / Taloudellisten ja henkilöresurssien jaossa huomioidaan potilas- ja asiakastarpeiden muutokset.	1	2	3	4	5
2	Resurserna är i balans mellan enheterna. / Resurssit ovat tasapainossa yksiköiden välillä.	1	2	3	4	5
3	Hur kan preciseringen av resurser förbättras? / Miten resurssien kohdentamista voidaan parantaa?					

6. Data-administrationen i den egna organisationen / Oman organisaation tiedon hallinta

		Täysin eri mieltä/ Helt av annan åsikt	Osittain eri mieltä/ Delvis av annan åsikt	En osaa sanoa/ kan inte säga	Osittain samaa mieltä/ Delvis av samma åsikt	Täysin samaa mieltä/ Helt av samma åsikt
1	Informationssystemet stöder patientvården/kundservicen, då alla uppgifter som berör patienten/kunden fås snabbt../ Tietojärjestelmät tukevat asiakaspalvelua niin, että kaikki potilasta/asiakasta koskeva tieto on nopeasti saatavissa.	1	2	3	4	5
2	Informationssystemets egenskaper utnyttjas effektivt i verksamheten. / Tietojärjestelmien ominaisuuksia hyödynnetään tehokkaasti toiminnassa.	1	2	3	4	5
3	På den egna enheten är det överenskommet om enhetens interna verksamhetssätt. / Omassa yksikössäni on sovittu <u>yksikön sisäisistä</u> toimintavoista	1	2	3	4	5
4	Organisationens gemensamma verksamhetssätt är överenskommet. / <u>Organisaation yhteisistä</u> toimintavoista on sovittu.	1	2	3	4	5
5	Verksamhetanvisningar är lätt tillgängligt, klara och aktuell. / Toimintaohjeet ovat nopeasti löydettävissä, selkeitä ja ajantasaisia.	1	2	3	4	5
6	Utvärderings- och rapporteringssystemet är täckande och stöder verksamhetens bedömning och utveckling tillräckligt. / Seuranta- ja raportointijärjestelmät ovat kattavia ja tukevat riittävästi toiminnan arviointia ja kehittämistä.	1	2	3	4	5
7	Hur kan data-administrationen förbättras? / Miten tiedon hallintaa voidaan parantaa?					

7. Utveckling av patient- och kundservice / Potilas- ja asiakaspalvelun kehittäminen

Bilaga 1 (6/11)

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Vi har ett fungerande patient- och kundtjänstsystem som ger information för att utveckla verksamheten./ Asiakaspalautejärjestelmä on toimiva ja tuottaa toiminnan kehittämisen kannalta tarvittavaa tietoa	1	2	3	4	5
2	Patient- och kundtjänst utnyttjas för att utveckla verksamheten. / Potilas- ja asiakaspalautetta hyödynnetään toiminnan kehittämisessä	1	2	3	4	5
3	Verksamheten utvecklas regelbundet för att nå målen./ Tavoitteiden saavuttamiseksi toimintaa kehitetään järjestelmällisesti	1	2	3	4	5
4	Jag vet hurdana resultat min enhet har i jämförelse med andra enheters resultat. / Tiedän millaisia ovat oman yksiköni työn tulokset verrattuna muiden yksiköiden tuloksiin	1	2	3	4	5
5	För att utveckla verksamheten koncentreras arbetet i allmänhet på det som är viktigt ur patient- eller kundsynvinkel. / Toimintaa kehitettäessä työskentely kohdistetaan yleensä potilas- ja asiakaspalvelun kannalta tärkeimpiin asioihin.	1	2	3	4	5
6	Målen för utvecklingsprojekt nås i allmänhet. / Kehittämishankkeiden tavoitteet saavutetaan yleensä.	1	2	3	4	5
7	Olika utvecklingsprojekt som sedd ur organisationen som helhet är vettiga koordineras så att de stöder varandra. / Eri kehittämissuunnitelmia koordinoidaan niin, että ne tukevat toisiaan ja ovat oman organisaation kokonaisuuden kannalta mielekkäitä.	1	2	3	4	5
8	Hur kan utvecklingsarbeten för patientvården/kundservice förbättras? Miten potilas- ja asiakaspalvelun kehittämistyötä voitaisiin parantaa?					

8. Tänk dig själv som sjukhusets eller hälsovårdscentralens patient/kund. / Ajattele itseäsi sairaalan tai terveyskeskuksen asiakkaana

Vad borde göras för att vården/service skulle förbättras med beaktande av tillgängliga resurser? / Mitä tulisi ensimmäiseksi tehdä, että saamasi hoito / palvelu tällöin paranisi ottaen huomioon olemassa olevat resurssit?

Bilaga 1 (7/11)

9. Av vilken åsikt är du om ovanstående frågor? Vad borde förändras av ovanstående frågor, om motsvarande utvärdering görs på nytt? / Mitä mieltä olet edellä olleista kysymyksistä? Missä kohdissa kyselyn toteutusta tulisi muuttaa, jos vastaava arviointi tehdään myöhemmin uudestaan?

10. Hur upplever Du ditt arbete och dina arbetsuppgifter idag?/Miten koet työsi ja työtehtäväsi tänään?

Ta ställning till de påståenden som finns nedan genom att ringa in det alternativ som motsvarar/överensstämmer med din åsikt/Ota kantaa väittämiin rengastamalla se vaihtoehto joka vastaa omaa mielipidettäsi

11. Dagens organisation/Nykyinen organisaatio

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Dagens organisation fungerar bra/ Nykyinen organisaatio toimii hyvin.	1	2	3	4	5
2	Vi har en bra organisationsmodell/ Meidän organisaatiomallimme on hyvä.	1	2	3	4	5
3	Ledarskapet idag är tillräcklig flexibel/Johtaminen on nykyisin riittävän joustavaa.	1	2	3	4	5
4	Ledarstrukturen borde förändras/utvecklas./Johtajarakennetta pitäisi muuttaa/kehittää.	1	2	3	4	5
5	Ledarskapet som helhet fungerar bra i min organisation/Johtajuus toimii hyvin organisaatiossani.	1	2	3	4	5
6	Min förman är en bra ledare/Esimieheni on hyvä johtaja.	1	2	3	4	5
7	Läkaren/Överläkaren är en bra ledare/Lääkäri/Yliääkäri on hyvä johtaja.	1	2	3	4	5
8	Ledningsgruppen sköter ledningsuppgifterna bra. / Johtoryhmä hoitaa johtajuutensa hyvin.	1	2	3	4	5
9	Det finns problem på vår avdelning/enhet. / Meidän osastollamme/yksikössämme on ongelmia.	1	2	3	4	5
10	Verksamheten (arbetet) fungerar bra på min avdelning/enhet./ Toiminta on hyvää osastollani/yksikössäni.	1	2	3	4	5
11	Ansvarsfördelningen är bra./Vastuunjako on hyvä.	1	2	3	4	5
12	Ansvarsfördelningen borde förändras/utvecklas./Vastuunjakoa pitäisi muuttaa/kehittää.	1	2	3	4	5
13	Jag tar mera ansvar än vad jag har makt och befogenheter./Otan enemmän vastuuta kuin mihin minulla on oikeus ja valtuudet.	1	2	3	4	5
14	Målsättningen för verksamheten på enheten är tydlig./Yksikön toiminnan päämäärä on selkeä.	1	2	3	4	5
15	Patienterna har tillgång till den vård som de behöver./Potilaille on mahdollisuus saada tarvitsemansa hoito.	1	2	3	4	5
16	Patienterna är nöjda med vården/serviceen./Potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon/palveluun.	1	2	3	4	5

12. Fusionen/Fusionsprocessen – Fuusio/Fuusioprosessi

Bilaga 1 (9/11)

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Värdfusionen (sammanslagningen mellan JS och JnHVC) är nödvändig./Hoitofuusio (PS:n ja Tk:n yhdistäminen) on välttämätön	1	2	3	4	5
2	Jag har fått tillräcklig information om den förestående värdfusionen. / Olen saanut riittävästi tietoa tulevasta hoitofuusiosta.	1	2	3	4	5
3	Tidsramen (1,5 år) för värdfusionen är tillräcklig./Hoitofuusion läpivientiin (1,5 v.) on varattu riittävästi aikaa.	1	2	3	4	5
4	Det behövs mera tid för att genomföra värdfusionen./Hoitofuusion läpivieminen vaatii enemmän aikaa.	1	2	3	4	5
5	Jag förstår varför fusionen görs./ Ymmärrän miksi hoitofuusio tehdään.	1	2	3	4	5
6	Visionen (det önskade målet) för fusionen är tydlig. / Hoitofuusion visio (toivottava päämäärä) on selkeä.	1	2	3	4	5
7	Jag samtycker till fusionen./Hyväksyn hoitofuusion.	1	2	3	4	5
8	Jag ser fördelar med fusionen./ Näen hyviä puolia hoitofuusiosta.	1	2	3	4	5
9	Jag känner mig motiverad för fusionen./ Olen motivoitunut hoitofuusioon.	1	2	3	4	5
10	Jag känner mig engagerad i fusionen/fusionsprocessen./ Tunnen itseni sitoutuneeksi hoitofuusioon/-prosessiin.	1	2	3	4	5
11	Jag känner mig delaktig i fusionen/fusionsprocessen./ Tunnen itseni osalliseksi hoitofuusiosta/-prosessissa	1	2	3	4	5
12	Jag vill vara delaktig i fusionen/fusionsprocessen. / Haluan olla osallinen hoitofuusiosta/-prosessissa.	1	2	3	4	5
13	Jag vill ha mera information om fusionen/fusionsprocessen./Haluan enemmän tietoa hoitofuusiosta/-prosessista.	1	2	3	4	5
14	Jag vill vara med och aktivt påverka fusionsprocessen./Haluan olla mukana ja aktiivisesti vaikuttaa hoitofuusioon.	1	2	3	4	5
15	Jag vill delta i planeringen av den nya organisationens verksamhet./Haluan osallistua uuden organisaation toiminnan suunnitteluun.	1	2	3	4	5
16	Jag tror att fusionen kommer att påverka mitt arbete. / Uskon, että hoitofuusio/-prosessi tulee vaikuttamaan työhöni.	1	2	3	4	5
17	Det kommer att vidtas åtgärder som påverkar mitt arbete/min verksamhet negativt. / Työhöni/toimintaani tullaan tekemään negatiivisesti vaikuttavia toimenpiteitä.	1	2	3	4	5
18	Jag tror att fusionen medför konfliktsituationer. / Luulen että hoitofuusio aiheuttaa ristiriitatilanteita.	1	2	3	4	5
19	Jag känner oro inför framtiden. / Tulevaisuus huolestuttaa minua.	1	2	3	4	5
20	Det kommer att ställas nya krav på mig som jag inte kommer att klara av./Luulen, että minulta vaaditaan uusia asioita joista en selviä.	1	2	3	4	5
21	Tillsammans kommer vi kunna genomföra fusionsprocessen./Yhdessä pystymme viemään hoitofuusion läpi.	1	2	3	4	5

13. Den nya organisationen som är under bildning/Uusi organisaatio jota muodostetaan

Bilaga 1 (10/11)

		Helt av annan åsikt / Täysin eri mieltä	Delvis av annan åsikt / Osittain eri mieltä	Kan inte säga / En osaa sanoa	Delvis av samma åsikt / Osittain samaa mieltä	Helt av samma åsikt / Täysin samaa mieltä
1	Det kommer att ställas nya krav på ledarskapet./Johtajilta vaaditaan enemmän.	1	2	3	4	5
2	Min förman/förman bör vara mera inriktade på att utveckla verksamheten än idag./Esimieheni pitäisi sitoutua kehittämään toimintaa nykyistä enemmän.	1	2	3	4	5
3	Min förman och enhet borde få mera ansvar och befogenheter./Esimieheni ja yksikköni pitäisi saada enemmän oikeuksia ja vastuuta.	1	2	3	4	5
4	Det är viktigt med en gemensam vision (önskat mål)./Yhteinen visio (toivottava päämäärä) on tärkeä.	1	2	3	4	5
5	Det är viktigt att arbeta mot samma mål./Yhteinen tavoite on tärkeä.	1	2	3	4	5
6	Patienten kommer att få en bättre vård i den nya organisationen./Potilas saa paremman hoidon uudessa organisaatiossa.	1	2	3	4	5

14. Vi ber Dig fylla i rutfältet egenskaper för dagens och organisationen som är under bildning enligt rubriken inom rutfältet. / Pyydämme Sinua täyttämään oheiseen ruudukkoon nykyisen ja suunnitellun organisaation eri ominaisuuksia ruutujen otsikoiden mukaan.

Styrkan med dagens organisation/ Nykyisen organisaation vahvuuksia	Svagheten med dagens organisation/ Nykyisen organisaation heikkouksia
Hotbilder med organisationen som är under bildning (Den nya organisationens hotbilder)/Uuden organisaation uhkia	Möjligheter med organisationen som är under bildning (Den nya organisationens möjligheter)/Uuden organisaation mahdollisuuksia

Bilaga 1 (11/11)

15. Vilka förväntningar och/eller krav har Du på dina förmän/chefer i den nya organisationen? / Minkälaisia odotuksia ja/tai vaatimuksia Sinulla on esimiehiltäsi / johtajilltasi uudessa organisaatiossa?

a) Min förmän (avdelningsskötare, överskötare osv.)/ Esimieheni (osastonhoitaja, ylihoitaja jne.)

b) Läkaren-Överläkare/Lääkäri-Ylilääkäri

c) Ledningsgruppen/Johtoryhmä

16. Vilka hälsningar vill Du ge till de som leder fusionsprocessen? / Mitä terveisiä lähetät fuusioprosessia johtaville henkilölle?

Tack för Dina svar / Kiitos vastauksistasi!

**FRÅGEFORMULÄR TILL PERSONALEN VID [REDACTED]
HÄLSOVÅRDSCENTRAL OCH [REDACTED] SJUKHUS**

Denna enkät görs i samarbete mellan Svenska yrkeshögskolan och Efectia Ab och hänför sig till såväl Efectia Ab:s utredning om sammanslagningen mellan hälsovårdscentralen och sjukhuset som Svenska yrkeshögskolans forskningsprojekt, i vilket även ingår en förnyad enkät år 2004 och 2006.

Enkäten riktar sig till hela personalen både vid sjukhuset och hälsovårdscentralen. Svaren behandlas konfidentiellt och den enskildes identitet framkommer inte i svaren, även om Du besvarar frågeformuläret via internet. De öppna frågorna besvarar Du med egna ord och om utrymme inte räcker till, använd gärna baksidan av frågeformuläret (pappersversion).

Vi ber Dig vänligen skicka det besvarade frågeformuläret i det bifogade kuvertet. Postavgiften är redan betald.

De som svarar via internet ber vi klicka på länk (syns endast i e-post) och skicka svaret direkt efter du besvarat frågeformuläret.

Sista inlämningsdagen för svaren är 17.10.2003.

Vi ger gärna ytterligare information.

Samarbetshälsningar

[REDACTED]
Efectia Ab
(09) [REDACTED]
0500 [REDACTED]

Susanne Salmela
T.f. forskningsledare
Svenska yrkeshögskolan, FoU
(06) 3285 450
050 372 7404

[REDACTED]
Projektkoordinator
(06) [REDACTED]
044 [REDACTED]

INTERVJUGUIDE

1. Vårdledarskapet

- Nyckel-, huvuduppgifter som vårdledare
- Rollen som vårdledare
- Känner du dig som ledare?
- Det som hjälpt att komma in i rollen som vårdledare
- Ledarskap (vad som ingår i ledarskapet)?
- Ledaruppgiften
- Ledstjärnan
- Ledarskapsfilosofi, (ev. verksamhetsidé och – filosofi)
- Metafor/Symbol för vårdledarskapet
- Vårdledaren som skapare av rådande referensramar

2. Den förestående vårdfusionen

- Synen på förändring
- Synen på fusionen och fusionsprocessen
- Uppgiften att leda genom fusionen
- Tidigare erfarenheter
- Möjligheter som vårdfusionen ger
- Den kultur man vill utveckla i samband med vårdfusionen

3. Ledarskapet i framtiden

- Svårigheter med ledarskapet
- Det man vill hålla på med
- Hur ledarskapet har förändrats – förändring av ledarskapet i framtiden
- Hur kraven på ledarskapet har förändrats – förändring av kraven på ledarskapet i framtiden
- Ledningsstrategi – ledningsstrategi i framtiden
- Vision för ledarskapet i framtiden

**AVTAL ÖVER PROJEKT
FUSIONSPROCESSEN MELLAN ... SJUKHUS OCH
HÄLSOVÅRDSCENTRAL**
Beställare: Ledningsgruppen för vårdfusionen/Vasa sjukvårdsdistrikt

Leverantör: Institutionen för forskning och utveckling (FoU)
Svenska yrkehögskolan, sektorn för hälsovård och det sociala området,
Seriegatan 2, 65320 Vasa

Avtalsobjekt: Uppföljning och utvärdering av fusionsprocessen mellan
sjukhus och hälsovårdscentral, omfattar
följande moment:

- systematisk uppföljning av fusionsprocessen före, under och efter fusionsprocessen
- enkäter till personalen
- intervjuer med personal på olika ledningsnivåer utgående från enkätsvaren samt med personal om behov föreligger
- patienter/klienters utvärdering av fusionsprocessen
- de sammanställda resultaten presenteras för ledningsgruppen för fusionsprocessen samt berörda personer och personal som berörs av fusionsprocessen och som slutligen sammanställs i en rapport.

Avtalsperiod: 01.09.2003 - 31.12.2006

Pris:

Avtalet avser forskningsledarens och projektsekretärens andel samt övriga kostnader. FoU innehar rätt att sälja den färdigställda rapporten. Avtalet omfattar även rätten för Susanne Salmela att utnyttja resultaten för egen forskning samt att utföra egen forskning. Betalning sker mot räkning halvårsvis.

Detta avtal har uppgjorts i två likalydande exemplar, ett för vardera parten.

 Förvaltning
PB 6, Fabriksgatan 1
65201 VASA
Tel: +358 (0)6 324 2111
Fax: +358 (0)6 324 2110

 Teknik och kommunikation
Wolffskavägen 33
65200 VASA
Tel: +358 (0)6 324 2611
Fax: +358 (0)6 324 2610

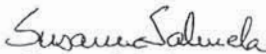
 Hälsovård och det sociala området
Seriegatan 2
65320 VASA
Tel: +358 (0)6 324 2311
Fax: +358 (0)6 324 2320

 Kultur
Jakobstadsvägen 24
66900 NYKARLEBY
Tel: +358 (0)6 781 5911
Fax: +358 (0)6 781 5910

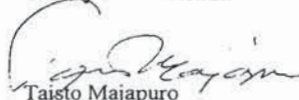
www.syh.fi

Vasa 01 / 09 2003

Svenska yrkehögskolan


Susanne Salmela
t.f. forskningsledare

Vasa sjukvårdsdistrikt


Taisto Majapuro
direktör

*" Om du vill lära känna ditt förflutna
betrakta ditt nuvarande liv*

*Vill du lära känna din framtid
se då på hur du lever idag"*

Buddha



Susanne Salmela

Leda förändring genom relationer, processer och kultur

Avhandlingens resultat har sammanfattats till en tre dimensionell teoretisk modell för att leda förändring. De mest centrala dimensionerna handlar om att leda relationer, processer och kultur och genom ett stödjande, reflekterande och kulturbärande ledarskap för att åstadkomma en verklig och hållbar förändring. För att åstadkomma en verklig och hållbar förändring, dvs. en inre omgestaltning och omdaning som vardande, förutsätts en förändring på det personliga planet så att både tanke-
mönster och handlanden förändras. Riktningen och insatserna för förändringen skall ha sin grund i en tydlig och meningsfull målsättning och vision utgående från en gemensam värdegrund. På dialogens arena förankras och utvecklas förändringens och vårdandets vision och mission till handling och förändring. Vårdledarens primära uppgift och mission under en förändring är att skapa förutsättningar för att varje patient skall få en god vård och att ansvarsfullt tjäna vårdandets sak utgående från ett etiskt förhållningssätt.

