

Uppbrottens och lärandets ledarskap

Hans Sarv

Svensk hälso- och sjukvård har genomgått en period av stora förändringar. Budgetnedskärningar på runt 20% är ingen ovanlighet bland landstingen. Men det är inte slut med det. Många har lika mycket framför sig.

Som logistiker arbetar man med flöden i och mellan organisationer, främst varu- och produktionsflöden inom industrin och handeln. På senare år arbetar logistiker alltmer med flöden av andra slag, t ex ärendeflöden i offentlig sektor samt det denna artikel gäller: patient- och vårdflöden inom sjukvården.

Hans Sarv är adjungerad professor i logistik vid Linköpings universitet, tekniker och ekonom, via akademiska avhandlingar och böcker, konsultverksamhet och en direktörspost på Apoteksbolaget i 15 år specialinriktad på förändringar och lärande i organisationer.

En rapport från Landstingsförbundet för ett par år sedan talade om sjukvårdskostnader på 5% av BNP år 2015 (mot ca 7% i dag och drygt 8 för några år sedan).

Nedskärningarna har varit påfrestande för personalen:

"Vi har effektiviserat och effektiviserat och effektiviserat. Det går inte att ta mer nu. Vi jobbar på gränsen till utbrändhet. Mina vänner tror mig inte, men vissa dagar har vi inte ens tid att gå på toaletten. Det finns gränser. Vi vill hålla vår standard mot patienterna!" (Sjuksköterska)

"Det är ingen glädje i att effektivisera. Det kommer hela tiden nya sparkrav. När vi har ansträngt oss och klarat det vi ska kommer nästa smäll. Visst ska vi effektivisera, men det ska ske på ett annat sätt" (Sjuksköterska)

Många hävdar att det finns "luft i systemet". De minns om att personalstyrkan inom sjukvården 5-dubblades bara på 20 år (från mitten av 60-talet till mitten av 80-talet). Men det är svårt att resonera så. Vi har andra krav i dag och andra möjligheter.

Tyvärr vet vi inte vad som har hänt med kvaliteten under de stora kostnadsneddragningarna. Även om företrädare för vården lugnar oss på den här punkten och

även om det är främmande för vårdpersonal att dra ner på kvaliteten ska vi ha klart för oss att neddragningarna har fått lov att ske snabbt och forcerat. Det är alltid svårt att under sådana förhållanden direkt se hur man kan arbeta effektivare. Följden blir lätt att man tvingas "springa fortare". Eller, kanske på ett outtalat eller omedvetet sätt, dra ner på kvaliteten

"Utrymmet att avstå från vård är stort. Man kan låta bli att ta prover även om man känner på sig att det skulle vara motiverat. Man kan låta bli att gå vidare med prover som är dåliga. Man kan skicka hem och se vad som händer.

Man kan låta bli att lägga in patienter, låta bli att operera, låta bli att informera, låta bli att titta till osv osv. Det är stor risk att nedskärningar resulterar i sämre vård. Inte så att man medvetet försämrar vården, men det är så mycket man kan avstå ifrån utan att det märks så mycket ens för en själv" (Sjuksköterska).

Vi har gått in i en ny fas i sjukvårdens förändringsarbete nu. Sjukvårdens ledare inser - liksom för övrigt personalen - att det är en ny tid och att det krävs nya angreppssätt.

Många arbetar intensivt med strukturförändringar. Samgåenden mellan sjukhus och mer strikta arbetsfördelningar har blivit politiskt möjliga.

Vi ska dock koncentrera oss på det inre arbetet i den här artikeln, på utvecklingen av vårdens flöden. Det finns "klipp" att göra på strukturplanet, men långsiktigt beror strukturerna på hur flödena utvecklas.

Vårdkedjan börjar fokuseras

"Differentiering, fragmentisering och specialisering inom vården har lett till långa ställ- och väntetider och dålig kontinuitet. Även för enkla rutinåtgärder är den infrastrukturella bördan mycket stor i förhållande till aktiv tid",

skriver Sven Erik Bergman i en PM utarbetad för Stockholms läns landsting (1).

Man tvingas "springa fortare", eller, kanske på ett outtalat eller omedvetet sätt, dra ner på kvaliteten

*Ibland är det för många länkar i en vårdkedja och
bristande kontinuitet är fortfarande ett problem*

Den s k "Granskargruppen" i samma landsting föreslog i sitt tredje utlåtande att landstinget skulle organisera en motsvarighet till ABB:s T50-projekt (reduktion av "cykeltiderna" i alla "processer" eller verksamhetskedjor med 50% på 3-4 år). Som stöd för denna idé redovisade man observationer och vinster från genomförda flödesprojekt, bl a från operationsverksamhet och stroke-vård.

Granskningsgruppens förslag mottogs i och för sig inte särskilt positivt av de ledande sjukvårdspolitikererna i Stockholm, men Kaj Essinger för i en artikel i Fakta (2) fram

"Kvalitet i vårdkedjan" som en vision att sträva mot. Detta för att "styra mot effektivitet i stället för mot produktivitet. Dvs styra mot måluppfyllelse och kvalitet i slutresultatet i stället för mot relationen kostnad/prestation på delar av behandlingen".

Landstingets revisorer tar i projektrapporten "Prissättning i Stockholmsmodellen (3) upp behovet att utveckla mer vårdkedjeorienterade ersättningssystem, dvs system som inte prioriterar enskilda vårdmoment till men för helheten.

Men Sverige är inte bara Stockholm. Ett länssjukhus gör följande problemskrivning:

- a. Det förekommer fortfarande oacceptabelt långa väntetider inom vården
 - b. Utredningstider kan säkert i många fall göras kortare
 - c. Ibland är det för många länkar i en vårdkedja och
bristande kontinuitet är fortfarande ett problem
 - d. Patienter tvingas till dåligt motiverade klinikbyten
även under en sjukhusvistelse
 - e. Vårdplatsutnyttjandet är inte optimalt, sett ur hela
sjukhusets perspektiv med tidvis mycket ojämn be-
läggning
 - f. Mottagningsenheter utnyttjas ineffektivt på grund av
ojämn belastning
 - g. Dokumentation och system för rapportering måste
förbättras
 - h. Enheter måste infogas i den nya verkställighetsplanen
så att optimala betingelser för samarbete skapas och
framtida lösningar förhindras
- Ett annat länssjukhus gör följande analys av sina svagheter:
- i. Organisationströghet, svårt hitta, otydlighet, oklar ledning

- j. Inte leva upp till idéerna med decentraliseringen
- k. Dåligt resursutnyttjande och bristande resultat
uppföljning

- l. Informationen når inte ut, bristande kommunikation
 - m. Bollande av patient, revirtänkande, dålig samordning, bristande helhetssyn
 - n. Statiska vådrutiner, brist på kontinuitet
 - o. Bristande information till patienten, dålig lyhörddhet
- Ovanstående är de styrandes planering och resone-mang, men även bland personalen finns motsvarande problemupplevelse:

"I stället för att lära känna patienten ordentligt och gå till botten med patientens problem skickar vi runt henne och alla gör det de brukar göra. Sammantaget blir det massor av arbetsinsatser för en patient utan att vi kommer någonstans egentligen. Mer och bättre vård för pengarna måste framförallt handla om att komma tillrätta med dessa problem". (Läkare)

"Vi biter oss själva i svansen när vi skickar patienter korsan och tvärsan. Det blir dyrt och sen måste vården spara. Då blir det hugg här och var och dessa hugg kan slå väldigt fel". (Sjuksköterska)

Vad vill man då göra åt problemen. Följande axplock ur ett antal klinikers (på ett stort sjukhus) utvecklingsplaner är signifikanta:

"Förbättra kvaliteten i vården genom en kontinuerlig översyn av behandlingsrutiner och arbetssätt" (kvalitetsarbete enligt TQM-konceptet).

"Förändra organisationen mot ökat ansvar och större delaktighet ... vara skickliga på att ... utnyttja medarbetarnas specialkunnande för patientens bästa. Prestigetänkande och revirbevakning skall vara glömda begrepp. 'Otraditionellt integrerat arbetssätt'"

"Patienten skall med bättre information kunna vara mera delaktig i beslut om sin egen behandling och vård"

"... kliniken arbetar konsekvent med vårdkedjeförkortning enligt flera angreppslinjer ... I klinikens plan ligger en bearbetning av samtliga vårdkedjor enligt ovanstående riktlinjer."

"Ökat engagemang från läkarnas sida i teamarbetet kommer alltmer att efterfrågas. Läkarna kommer ej längre att enbart kunna vara medicinska experter utan måste delta i såväl administrativt som personalutvecklingsarbete."

Ett annat storsjukhus använder följande termer i sin "programförklaring 1994":

"Förbättra effektiviteten i utnyttjandet av resurser samt minska de interna väntetiderna för sjukhusets patienter genom att:

- genomföra en logistisk analys av de interna vård- och behandlingskedjorna ("logistik: snabbare och effektivare

Vårdkedjeutvecklingen handlar om makt, prestige, utrymme, självkänsla

omhändertagande, diagnostik och behandling")

- studera funktionssambanden inom ett lämpligt avsnitt av de interna vårdkedjorna, t ex flödet mellan akutmottagning - vårdavdelning med avseende på lokaler, personal, diagnostisk service och IT-stöd".

En grupp chefsöverläkare på ett länssjukhus gav följande motiv till varför sjukhuset skulle engagera sig i vårdkedjeutveckling:

"- Det finns ofta många aktörer i kedjan och samverkan är svår; bristande medverkan leder till sämre vård; vårdkedjeutveckling ökar kvaliteten i vården och gör den billigare, särskilt om vi väger in effekterna. Visst kan vi effektivisera vården var för sig genom isolerade förbättringsinsatser, men den stora potentialen ligger i gemensamt förbättringsarbete.

- Det är inte det att vi inte bedrivit vårdkedjeutveckling tidigare, men vi har inte gjort det på ett systematiskt sätt; vi har brustit såväl i analysen som i genomförandet; konsekvenserna kan framstå som negativa för vissa aktörer; det handlar om makt, prestige, utrymme, självkänsla.

- I ett längre perspektiv är dock vårdkedjeutveckling positivt för alla aktörer; det motsatta perspektivet är orimligt!"

De tidiga entusiasterna är - vad annat att förvänta - entusiastiska. Låt mig citera Tommy Ekström, chefsöverläkare på lungmedicin, Linköpings Universitetssjukhus, vid en seminarierepresentation:

"Jag var som alla och menade att alla kvalitetsproblem berodde på resursbrist. I dag tänker jag annorlunda. Jag anser att man kan få ut 25% mer av en klinik om man på rätt sätt förbättrar de svagheter som analysen avslöjar."

Lägg till detta uttalanden man ofta möter att minst 25% av vården skulle kunna saneras bort av det enkla skälet att den saknar effekt. Vården skulle alltså kunna bli 50% effektivare!?

Det är bra med entusiasm. Är det något svensk sjukvård behöver i dag är det framtidstro och utvecklingskraft. Detta ska dock inte hindra oss från en kritisk analys.

Förändringsarbetets "infrastrukturella börda"

Många sjukhus gör en åtskillnad mellan vårdkedje- och kvalitetsutveckling. Förmodligen beror detta på att de båda ansatserna har vuxit fram olika vägar i organisationen. I praktiskt förändringsarbete leder denna bodelning till svårigheter.

I denna artikel är de båda ansatserna synonyma. Båda

utgår från en fokusering av det "horisontella" flödet eller "processen" och båda betonar att det är patientperspektivet som ska vägleda förbättringsarbetet.

Har vårdkedje- och kvalitetsutvecklingen inom vården förutsättningar att lyckas? Vilka är svårigheterna och hindren? Kan dessa överbryggas?

Vi ska ha klart för oss att vi har en "infrastrukturell börda" (för att citera Bergman igen) även när det gäller förändringsarbetet.

"Jag hade ett seminarium om förändringsledarskap med en grupp läkare, höga chefer och påläggskalvar omvärtannat, från primärvård till regionsjukvård inom ett av våra mera progressiva landsting, inte minst vad gäller ledarutveckling. Vi inledde med att diskutera de pågående förändringarna i sjukvården och vad som krävdes av dem som förändringsledare. "Kunna förklara orsaken till att det behövs förändring, få människor att förstå analysen" var en av utmaningarna, "få människor att tro på målen och planerna" var den andra och "få människors delaktighet" var den tredje.

Detta var alltså i rollen som förändringsledare. "Men som ledda då" frågade jag. "Som ledda har vi ingenting av detta", blev svaret. "Vi ser orsaken, om vi med detta menar den ekonomiska åtstramningen, men sen är det godnatt. Våra överordnade är otydliga, kommer med dubbla, för att inte säga falska, budskap. Vi ser inte målen, vi ser inte strategierna och vi känner oss definitivt inte delaktiga. Vi ser bara påtvingade sparbeting, påtvingade reformer och påtvingade organisationsförändringar."

Vad händer under dessa förutsättningar när en sjukhusledning initierar ett förändringsprogram under rubriken vårdkedja eller kvalitet? De flesta inleder med någon form av utbildning, vilket är både logiskt och naturligt. Men vad händer sen?

Jag hör ofta vårdpersonal säga ungefär så här: "Kvalitet har vi alltid jobbat med i vården. Nu har det plötsligt blivit högsta mode och då ska vi göra det på deras sätt." Per Rosén vid Institutet för Hälso- och sjukvårds ekonomi (IHE) redovisar en intervjuundersökning med bl a 15 chefsöverläkare och 15 sjuksköterskor (4). Undersökningen indikerar en klart ansträngd hantering av kvalitetsfrågan. Man talade om kvalitet som "modefluga, floskler, opportunism, hysteri, svammel och allmänt ifrågasättande av den medicinska verksamheten och dess företrädare".

The Economist kommenterade 18 april 1992 under

"Vi ser bara påtvingade sparbeting, påtvingade reformer och påtvingade organisationsförändringar"

"Kvalitet har vi alltid jobbat med i vården. Nu har det plötsligt blivit högsta mode och då ska vi göra det på deras sätt"

rubriken "The Cracks in Quality" två studier av konsultföretag (Arthur D. Little respektive A.T. Kearney) som visade mycket nedslående resultat av kvalitetsprogram i 500 respektive 100 företag.

Den brittiske kvalitetsforskaren George Binney har enligt Dagens Industri (juni 1993) genom intervjuer med 46 europeiska företag kommit fram till att "ca 80% av företagen hade misslyckats i sitt kvalitetsarbete, de hade inte nått sina egna mål" och att "nästan alla företagen hade en kraschad kvalitetskampanj bakom sig." Björn Jernberg projektledare på Institutet för kvalitetsutveckling (SIQ) citeras också för följande uttalande:

"Kampanjerna ersätter i många företag en långsiktig planering av kvalitetsutvecklingen, vilket ofta beror på bristande motivation och strategi hos företagsledningen. Kvalitet blir en modenyck pådyvlat uppifrån, i stället för en ständigt pågående process som vuxit inifrån företaget".

Robert Schaffer och Harvey Thomson drar parallellen med regndansen och menar att organiserade förändringsaktiviteter lätt får en ceremoniell prägel, något som görs vid sidan om och frikopplat från det ordinarie arbetet, snarare än något som verkligen förbättrar detta. Eller för att citera:

"The performance improvement efforts of many companies have as much impact on operational and financial results as a ceremonial rain dance has on the weather" (5).

Författarna vänder sig speciellt mot inne-angreppssätt som "Total Quality", "Continuous Improvement" och "Iterfunctional Collaboration", dvs begrepp som ligger nära kvalitets- och vårdkedjeutveckling i vården. De vänder sig mot vad man kallar "activity centered programs":

- som kostar en massa pengar
- som bara ökar cynismen hos personalen
- och räddhågsenheten hos ledningen att ta sig an medarbetarintensiva förändringsprogram igen.

Jag ställer ibland följande fråga till anställda inom sjukvården: "Ge exempel på fenomen inom vården som alla egentligen vill ändra på men som ändå lever vidare år efter år". Det här har man lätt för. Det kommer upp mycket och det blir livliga diskussioner. Några exempel från en sådan övning:

- "Vår syn på patienten - och på oss själva"

- "Reviren, vi har svår att både ta över och lämna ifrån oss"
- "Vi vet inte vilka effekter våra beslut får för andra"
- "Vi spelar Svarte Petter med patienten"
- "Tidsbristen, vi är så fångade av alla måsten, vi hinner inte det viktiga"
- "Vi jobbar akut mer än planerat"
- "Vi går inte till botten med problemen, det blir akut möten, men sen lever frågan vidare ändå"
- "Delegering, trots alla kurser är vi dåliga på det"
- "Ledningen jobbar för mycket med konkreta beslut som borde kunna tas över av andra"
- "Många möten som inte ger något"
- "Bokningsrutinerna"
- "Mottagningsrutinerna"
- "Det är sjukhusens spelregler som gäller, inte patientens"
- "Ronderna"
- "Jourssystemet"
- "Läkarspråket"
- "Läkarcenteringen"
- "Läkarnas avskärmning till de medicinska frågorna"
- "Alla kör sina egna race, speciellt läkarna"
- "Ingen tar ansvar för helheten"

Den fråga jag ställer lärde jag mig av Robert Cole, en amerikansk sociolog som bedriver forskning om lärande organisationer. Han menar att den lätthet med vilken frågan besvaras är kännetecknande för att organisationer inte är lärande, dvs har dålig förmåga att åstadkomma genuin och varaktig förändring.

Skilnaden mellan programansatsen och läransatsen

Michael Beer, Russel A Eisenstat och Bert Spector vid Harvard Business School har gjort en av få empiriska studier av storförändringar i organisationer. Baserat på en jämförelse av 6 företag, som fått skatta sin egen framgång parallellt med författarnas egna skattningar av hur väl förändringsarbetet har lyckats, drar författarna slutsatsen att det krävs ett annat upplägg än det som faller sig naturligt utifrån en hierarkisk struktur och ett hierarkiskt tankesätt.(6)

Det hierarkiska tankesättet kännetecknas av att högsta ledningen är pådrivande för en gemensam förändringsansats med fokus på vissa frågor, vissa synsätt och vissa metoder. Alla delar av organisationen förväntas ha samma förändringsbehov samtidigt. Vilket sällan är fallet. Följden blir att man på många håll ute i organi-

Läransatsen präglas av att de centrala aktörerna understödjer förändrings- och lärprocesser utifrån de faktiska problemupplevelser och ambitioner som präglar aktörerna i verksamheten

sationen inte ser förändringsarbetet som sitt. Man ställer upp på möten och annat som krävs; alternativet vore öppen obstruktion. Men man ställer inte upp på själva förändringsidén och tar sig framförallt inte an alla de frustrationer och konflikter som genuin förändring innebär.

Vilket alternativ ser då författarna? Jo, ett alternativ som förenar "top-down" med en "bottom-up"-ansats, ett alternativ där ledningen agerar lika mycket som svar på gjorda erfarenheter som i egenskap av pådrivare. Ledningens roll är att förtydliga gemensamma (eller icke gemensamma) utgångspunkter, t ex via omvärldsinformation. Sedan att legitimera och stödja förändringsarbete där varje enhet tar vid efter sina förutsättningar. Därefter att fortsätta förtydligandet, men nu även uti-

från gjorda erfarenheter (lärandet), osv i ett evigt kretslopp.

Programansatsen kännetecknas av en "push-idé", dvs ett fåtal centrala aktörer sätter mål, utformar strategier, initierar aktiviteter osv. Läransatsen präglas istället av att de centrala aktörerna understödjer förändrings- och lärprocesser utifrån de faktiska problemupplevelser och ambitioner som präglar aktörerna i verksamheten. De lyfter fram positiva exempel. De söker också förklaringar till svårigheter och misslyckanden och ser som sin uppgift att eliminera de hinder som då kommer i dagen, t ex strukturella hinder, resurshinder osv. De ser som sin uppgift att förstärka och underlätta för de drivkrafter som redan finns i organisationen. Läransatsen karakteriseras därför mer av en "pull-idé".

Även andra författare är skeptiska till programansatsen:

"Problemet med förändringsprogram typ kvalitetsutveckling är inte programmen som sådana eller hur de är implementerade. Problemet är att de sällan leder någonsans". (7)

Felet är, enligt författarna, en övertro på att bara man följer vissa principer, gör på ett visst sätt i förändring-

Beer, Eisenstat och Spector gör följande jämförelser mellan de båda ansatserna (termerna program- och läransatsen är mina egna).

	Programansatsen	Läransatsen
Förändringens initiering:	Exempel från andra företag, moden	Egen diagnos, egen idé till förbättring
	Central initiering, olika funktioner= olika idéer	Lokal initiering, ledningen som spridare av erfarenheter
Ansvar för förändringsarbetet:	Centrala staber, konsulter	Linjen
Förändringsmetod:	Utbildningsprogram, centrala verksamhetsanalyser och målbeskrivningar, omorganisationer, nya system	Lokala experiment med nya arbetssätt och organisationsformer, erfarenhetsspridning med centralt stöd
Förändringslogik:	Ändrade attityder leder till ändrade beteenden ("gör som vi säger-lärande")	Ändrade beteenden leder till ändrade attityder (erfarenhetsbaserat lärande)
	Individens påverkan på systemet är större än systemets påverkan på individen	Tvärtom
Systemutveckling:	"Vi behöver nya system för att kunna agera annorlunda"	"Genom att agera annorlunda lär vi oss kraven på nya system"

sarbetet så får man också de fantastiska resultat företrädarna för de olika programmen utlovar. Alla organisationer jagar sätt att överleva och griper lätt efter alla de halmstrån som finns. Det finns gott om konsulter som erbjuder förändringsprogram. "Andra köper in sig, varför inte också vi?"

Det handlar i mångt och mycket om vilka som ska vara hjältar, konceptprimadonnorna eller aktörerna i produktionen. Programansatsen är "top down", där är det vi som kommer utifrån som står på podiet. Läransatsen är lika mycket - eller mer - "bottom up". Den innebär en beredskap att förändra i stödstrukturerna, dvs i överbyggnaden, utifrån behov som föds "där ute" eller "där nere", dvs lyssnande mer än pratande från förändringsledningens sida.

Programansatsen innebär massiva utbildningsprogram. Japanska termer och "kvalitetsverktyg" stimmar i kurskatalogerna. Vill det sig illa kan det bli direkt jippobetonat. Ett företag hade hyrt in maskeraddräkter och ett antal vuxna människor sprang omkring och ropade "Quality" på den "kick-off" som hade arrangerats (jodå, det var i Sverige). Dagens Industri berättar hur alla på ett Ericsonföretag som fått ett kvalitetspris ropar "Jo-han" (ett japanskt uttryck) när man enas om en förändringsidé.

Lärande är något mycket personligt. Det är definitivt inte något som med självklarhet hjälps på traven av amerikanska eller japanska begrepp.

En läkare uttrycker sig så klokt: "Vi måste börja på ett mer grundläggande plan. Se till att människor får tillfälle att jobba med konkret verklighetsnära problemlösning och framförallt - om vi ska komma vidare - se till att de får definiera kvalitetsbegreppet på sitt sätt. Ju mindre jippo och påtvingade koncept och arbetssätt det blir över det hela desto bättre är det".

Lärande innebär successiv ismältning av nya tankar och successivt vidgade ambitioner. En uthållig förändrings- och läroprocess kan inte styras fram genom indoktrinering med vissa förbestämda tankesätt.

Programansatsen är en konsekvens av att chefer och konsulter är upp vuxna i den hierarkiska kulturen. De gör "det görbara" och då blir det konceptkampanjer, omorganisationer och utbildningsprogram, men sällan en genuin förändringsprocess.

Ett sjukhus måste etablera en lång rad programidéer om de ska täcka helheten: "kvalitet", "vårdkedja", "marknadsföring", "ledarskap", "affärsmanskap" osv. Ett program för varje tema. Bredden blir så stor att djupet blir obefintligt, dvs många fina tankar och ord, men

ingen eller obetydlig förändring. "Much ado about nothing". "Mycket väsen för ingenting".

Det är inte bara djupet som blir obefintligt utan också sammanhanget. "Vi ser paletten, men inte tavla" sa någon vid en av våra genomlysningar av en programupplagd förändringsprocess på ett storsjukhus. Om vi inte såg tavlan, vi som fick allt presenterat för oss på en gång, hur ska då vårdbiträdet se den? Eller läkaren?

Den lärande organisationen

Jag tror det var Tappas Fogelberg som i sin show "Ful, fet och fyrtio" kontrasterade två sorters lärande - eller snarare sätt att lära. Å ena sidan sitt eget bus-springande i backarna på skolutflykten, å andra sidan dagens tillrättalagda tipspromenader för ungarna. "På sista stationen står biologiläraren och förhör er på vårens växter".

Är det skillnaden mellan inläring och utläring? Å ena sidan det outtalade, inbäddade lärande som bara blir, som följer av att vi är nyfikna och reflekterande varelser. Å andra sidan det programmerade och avsiktsfulla lärandet.

Vi kan också göra en distinktion mellan det aktionsbaserade lärandet (efter engelsmannen Reginald W: Evans begrepp "action learning") och det lärande som är avsett att föregå handling, det vi vanligen möter i utbildning. Problembaserat lärande, praktiserat bl a i läkarutbildningen i Linköping, är ett annat begrepp som vänder på ordningen (börjar med problemet, sök sedan metoden). Upplevelsebaserat lärande är en term som också används.

Lärande i organisationer sker över hela spektrat. Idén om den lärande organisationen sätter fokus på alla former av lärande, men två tendenser kan ändå noteras:

1. Det outtalade lärandet, ibland benämnt "tyst" lärande, blir mer uttalat.
2. Det aktionsbaserade lärandet ökar i betydelse.

Bakgrunden till den förstnämnda tendensen är att organisationer ställs inför skärpta krav även i lite mjukare eller mindre påtagliga hänseenden, tex hur de prioriterar eller behandlar patienter - eller hur de bedriver förändringsarbete. Det räcker för sådant lärande inte att individer lär var för sig (eftersom samagerandet är så viktigt). Våra sätt att tänka och agera i sådana frågor behöver göras mer explicit så vi kan prata om det, ifrågasätta och pröva nya tankemodeller - lära.

De tre grundprinciperna i all etisk reflektion är:

1. Principen om felbarhet (det vi gör ska kunna ifrågasättas)

2. Principen om ömsesidighet (gemensamt ansvar, lära av varann)
3. Principen om öppenhet (tankemodeller som kan prövas)

Även den andra tendensen, att det aktionsbaserade lärandet ökar i betydelse, följer egentligen av detta. Vad är det vi gör egentligen? Är det rätt? Är det effektivt? Ger det kvalitet? Dessutom finns det, som en konsekvens av alla decennier under arbetsledningens och den hierarkiska styrningens villkor, en uppdämd utvecklingspotential av att börja ställa dessa frågor.

Det räcker inte med det uppstyckade och paketerade lärandet, det lärande vi i denna kunskapsexplosionens tidevarv möter allt mer av i skolor, på kurser, i datorer och böcker. Det lärande som ger oss ett diplom inom en speciell kunskapsnisch. Det finns också ett lärande som rör helheten, som gör oss kapabla att se mer komplexa fenomen: omvärldskrav, den egna verkligheten i värdetermer, patienten - inte bara magen. Det handlar inte bara om kunskaper utan lika mycket om föreställningsvärldar, våra sätt att se på frågor, våra värderingar. Lika mycket om avläring som om påläring. Om att låta etablerade föreställningsvärldar upplösas och ersättas av nya.

Karin Boye har beskrivit detta på ett oöverträffat sätt:

"Vänner vad söker ni på stranden? Kunskap kan aldrig fångas, kan aldrig ägas. Men om Du rak som en droppe faller i havet färdig att upplösas, färdig för all förvandling - då ska du vakna med pärlemorhud och gröna ögon på ångar där havets hästar betar, och vara kunskap."

Helhetsinriktat lärande har inte på samma sätt som uppstyckat lärande etablerade kanaler. "Fragmentering av stoffet, dvs att reducera informationsinnehållet i varje undervisningsdel" har enligt Forslin och Thulestedt blivit vår dominerande pedagogiska princip. "Det tysta lärandet" - det vi känner igen även i hantverkarens och yrkesskicklighetens lärande - har blivit underordnat det teoretiskt tenderbara lärandet (8).

Forslin och Thulestedt går också in på en annan av den lärande organisationens utmaningar, att inte bara *addera* kunskap - som varje organisation i ett kunskaps-samhälle klarar utan större åthävor - utan också att *kreera* egen unik kunskap. Jag brukar säga att det som framförallt kännetecknar lärande organisationer - i motsats till imiterande organisationer - är deras förmåga att utvecklas genom egna teorier, egna tankemodeller av vad som skapar effektivitet och kvalitet.

Forslin och Thulestedt ser detta kopplat till den nya organisationslogik som är på väg att ersätta den hierarki-

ska organisationslogiken, dvs nätverksorganisationens logik.

De sammanfattar detta på ungefär följande sätt (egen bearbetning):

En turbulent och komplex omvärld med stora krav på flexibilitet och effektivitet

kräver:

-Utökad samarbete och ökad självständighet med mentala mandat för alla att agera efter eget och den samlade verksamhetens bästa och ständigt utvecklade förmåga.

- Kreerande kompetensutveckling som hårbärgerar attitydförändringar, helhetssyn och erfarenhet, inte bara snävt kunskapsinhämtande.

- Ökat kunskapsutbyte och minskade klyftor mellan grupper. Kontinuerlig inläring i gemensamma tanke- och handlingsprocesser, likväl som i egna.

Detta kräver i sin tur:

Nya sätt att organisera verksamhet, inte minst nya sätt att organisera förändringsarbete och lärande.

Forsen och stranden

Även om Karin Boye uttrycker en viss skepsis mot strandens möjligheter har jag funnit anledning att arbeta med en modell som jag kallar "forsen och stranden":

Vänsterstranden	Forsen	Högerstranden
Kunskapsblock	Det dagliga arbetet	Speglar

Det finns två stränder, höger- och vänsterstranden. Vänsterstranden är det paketerade, färdigserverade lärandet, högerstranden det aktionsbaserade. Forsen är vårt agerande i det direkta värdeskapande arbetet, t ex behandlandet av patienten. Vi går upp på vänsterstranden för att hämta färdig kunskap, t ex nya behandlingsmetoder, och på högerstranden för att reflektera över hur vi egentligen gör när vi behandlar patienten och vart det leder. Hade vård av patienten bara handlat om kopierbar teknologi eller kopierbara behandlingsprogram hade det räckt med vänsterstranden, såvida vi inte själva ville vara med och utveckla nya metoder.

Ett problem med att gå upp på högerstranden är att vi känner igen oss så till den grad att vi hemfaller i gamla tankesätt och handlingsmodeller. Jag har i "lär-laboratorier" för läkare och sköterskor testat praktifallsanalysen som lärmotod, dvs grupper har fått analysera problemställningar i förändringsarbete på sjukhus och komma med förslag på hur man kan hantera dessa. Teorin om det goda förändringsarbetet hamnar så lätt i bakgrunden när man ställs inför välkända problem. Grup-

perna blir själva förvånade hur lätt de hamnar i hemvanda tankemodeller och hur svårt de har att praktisera nya.

Ett annat problem är att vi speciellt inte vill ifrågasätta oss själva. Det är alltid någon annan som ska höra: "Synd att inte cheferna är med och hör detta". Det är ungefär som när chefer beslutar om förändringsprogram. "De där nere ska höra kvalitetsbudskapet. Själv har chefen bara tid att stanna över inledningsanförandet. Tom Peters frågade en gång en hög chef i en stor organisation om han hade läst hans bok (den var på bestseller-listan och hette "In Search of Excellence)". "Ja, men inte personligen" blev svaret. Jag undrar ibland om inte den enda verkliga åtgärden min egen bok om det goda förändringsarbetet "Bakom framsteg" leder till när en läsare tar till sig boken är att han eller hon beställer den till andra.

Sättet att komma tillrätta med de här båda problemen är att förstärka alla tre leden i högerstrandens lärcirkel:



Vi observerar vad vi gör i forsen, vi reflekterar detta mot speglarna på högerstranden och vi väljer utifrån detta ny aktion (om vi vill förändra och lära). Med förstärka alla tre leden menar jag:

1. Att göra *observationen* så välunderbyggd och påtaglig att vi inte kan förneka den.

En vårdkedjeutvecklare på ett storsjukhus berättade hur han bemötte alla invändningar från aktörernas sida av typ

"detta måste vara specialfall, det beror på att den och den veckan var speciell" osv med att helt enkelt gå tillbaka till forsen och göra nya kartläggningar till dess att alla var överens att "det är nog så här trots allt".

2. Att förstärka *reflektionen* genom skicklighet att lyfta in rätt förklaringsmodell vid rätt tillfälle. Detta innebär att låta vänsterstrandens alla goda tankar underordnas högerstrandens lärande, dvs att inte predika "göra rätt från början" så där i största allmänhet utan lyfta in denna princip när en observation från forsen gör den relevant. Vi är i lärande inte kapabla att ta till oss alla tänkbara reflektioner på ett bräde; ta in dem kan vi kanske göra men inte tillämpa dem.

3. Att även möjliggöra *aktionen*, dvs att verkligen knyta observation och reflektion till ett faktiskt pågående el-

Det är farligt att gå in för sent i denna lärcirkel. Speciellt med värdeomdömen som kan uppfattas som angrepp

ler påbörjat förändringsarbete. Vi har numera detta som krav för deltagare i våra förändringsledarskolor. Reflektion utan möjlighet till aktion är meningslös.

Lärande via högerstranden handlar mer än något annat om tillit. Tillit att observera, reflektera och agera. Precis som i allt förändringsarbete. Lärande är en form av förändringsarbete.

Det är farligt att gå in för sent i denna lärcirkeln. Speciellt med värdeomdömen som kan uppfattas som angrepp. Jag sa vid ett tillfälle till en ledningsgrupp:

"Ni lyssnar dåligt på personalen". Jag hade tillsammans med en forskargrupp arbetat en längre tid med en grupp ur densamma och vi hade mängder med observationer som stödde påståendet. Inte ens när ledningsgruppen senare fick ta del av dessa var man beredd att ge sig in på reflektioner i den riktningen. Det tankespåret var blockerat av "angreppet".

En förändringsledares huvuduppgift är att lägga ut frågor eller uppdrag som nödvändiggör observationer och egna reflektioner hos förändringsarbetets aktörer. En chefsläkare uttryckte det så här:

"Vår roll är att lägga ut och samla upp, lägga ut och samla upp. Vi ska svara för processens fortskridande mer än dess innehåll. Vi kan förtydliga och förstärka, men vi kan aldrig ta över, annat än i frågor som blir *våra* av det som händer i processen - och det blir i och för sig en hel del, så vi blir inte sysslolösa. Vilka som blir våra frågor faller ut helt naturligt när förtroendet för processen är etablerat."

"Vems problem är det som löses av ordet vårdkedja?"

frågade vid ett tillfälle utvecklingschefen vid ett sjukhus. Människors villighet att förändra blir i det långa loppet aldrig starkare än de vinster man upplever med förändringsarbetet. Begreppet vårdkedja har sin begränsning. Även om de flesta är medvetna om de brister synsättet - och framförallt kartläggningsarbetet - blottlägger är man därmed inte problemägare för ett långsiktigt och uthålligt förändringsarbete med denna inriktning.

Människors vidgande av sin problemdefinition är en lärprocess. Ett förändringsarbete måste starta med problem som människor upplever som sina. Problemidentifierandet kan vidgas genom ett tillförande av observationer, argument, erfarenheter och kunskaper, men den stora rörelsen kommer av eget förändringsar-

bete - och ett välarrangerat lärande i anslutning till detta. Det är bättre att lägga på konstruktionsprinciper typ "vårdkedja" i det skedet än i starten. Dvs vänsterstranden underordnad högerstranden.

Det behövs mod

Det är inte särskilt svårt för en ledning att i tanken bekänna sig till läransatsen. Problemet är svårigheten att tvätta av sig hierarkiska beteendemönster. Gamla föreställningsvärldar är seglivade. En ledning som tar sig an läransatsen måste ta sig an sin egen förändringsprocess med samma allvar som man tar sig an förändringsprocessen för organisationen som helhet.

Orsaken till att programansatsen inte fungerar för beteendeenriktad förändringsarbete är ofta att ledningen går in i de trygga etablerade beteendena, dvs man trycker en förändringsidé neråt i organisationen. Man formulerar visionen i allmänna termer, dvs "störst är bäst och vackrast" och därefter programmerar man processen via "pekfingerutbildning". Man tillgriper de instrument man har. Vad innebär detta för de enskilda aktörerna? Jo, självklarheter som de kunde formulerat själv i kombination med detaljinstruktioner: "förändra nu ert arbetssätt på följande sätt, med hjälp av följande fiskbensdiagram", eller vilket "verktyget" nu kan vara. De svåra frågorna tenderar att undvikas. Programmet blir en självgående separat aktivitet och sådana leder sällan till förändring.

Läransatsen kräver *mod* från ledningens sida mer än någonting annat:

1. *Modet att ge* omvärldsinformation, ekonomisk information, marknadsinformation osv, dvs sätta in personalen i "the big picture". Detta är tidsödande och dyrbart. Det innebär dessutom att ledningen frånhänder sig information som tidigare varit deras övertag. Ett byggföretag jag arbetar med har uppenbara svårigheter att ta detta steg.

2. *Modet att ta* strategisk ställning och utarbeta konkreta verksamhetsvisioner som verkligen säger något. Här krävs inte bara mod utan också kreativitet och framtidsarbete, dvs återigen tidsödande och dyrbart arbete - och samtidigt osäkert arbete. Att bara formulera "vi måste överleva som sjukhus" räcker inte. Hur ska det nya sjukhus som klarar en framtida marknad och konkurrens se ut? Det är det som är huvudfrågan. Aktörerna ute i vården är kloka nog att se detta.

3. *Modet att lämna* tjänsterummen och gå ut och lyssna. Modet att ge mandat och aktörsgrupper möjlig-

het att arbeta långsiktigt med sin förändringsprocess. Modet att lära och bli överraskad över hur mycket information det finns där ute, i mötet med patienten och de faktiska problemen. Många VD:ar och sjukhuschefer jag arbetar med har svårt för detta. De vill inte lära, de vill undervisa.

4. *Modet att tro* så starkt på framtidsbilder och förnyelsekrafter och vara så insatt i produktionsförlopp och andra förlopp att man också tar de verkligt svåra ställningstagandena: strukturuppbrottens, investeringarnas och sidoprocessens ställningstaganden.

5. *Modet att bygga upp* lärsstrukturer, dialogarenor där lärandet "uppåt" och "åt sidan" är lika viktigt som lärandet "neråt". Modet att göra systemanalyser, dvs räkna "på tvären", räkna på cirkeleffekter osv. Modet att låta visioner växa i hela organisationen och göra de strategiska ställningstagandena starkare. Modet att ifrågasätta de strategiska ställningstagandena. Så här långt har inget av de företag jag arbetar med kommit.

6. Modet att "tänka bort den hierarkiska styrprincipen och agera utifrån nätverksprincipen trots att vissa hierarkiska strukturer finns kvar. Återigen har jag inget exempel. Däremot har jag många exempel på motsatsen. "Jag arbetar enbart mot mina närmaste chefer".

7. *Modet att sätta upp "speglar"* på förändrings- och lärprocessen som även ifrågasätter det egna ledarbetet. Modet att "förändra förändringsarbetet" och satsa på en bred utveckling av förändringskompetens i organisationen. Detta försöker jag bidra med och det är en smärtsam process för ledningen.

8. *Modet att förändra* sitt eget ledararbete.

REFERENSER

1. Bergman S-E: Kunskapsutvecklingar och centrumbildningar. PM utarbetad för Stockholms läns landsting december 1993.
2. Essinger K: Kvalitet i vårdkedjan. Fakta nr 4, 10 februari 1994.
3. Landstingets revisorer: Prissättning i Stockholmsmodellen. Rapport nr 9/94.
4. Rosén P: Intervjuundersökning med 15 läkare och 15 sjuksköterskor. IHE:s arbetsrapport 1993:10.
5. Schaffer R, Thomson H: Successful Change Programs Begin with Results. Harvard Business Review Jan-Feb 1992.
6. Beer M, Eisenstat R A, Spector B: The Critical Path to Corporate Renewal. Harvard Business School Press, 1990. För en sammanfattning av författarnas resonemang: se Beer M, Eisenstat R A, Spector B: Why Change Programs Don't Produce Change. Harvard Business Review Nov-Dec 1990.
7. Hayes R H, Pisano G P: Beyond World Class: The New Manufacturing Strategy. Harvard Business Review Jan-Feb 1994.
8. Forslin J, Thulestedt B-M: Lärande organisation, Publica 1993.