



**LUNDS**  
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

## **Upplevelser av en ständig föränderlig yrkesroll**

**Exemplet med Medicinska sekreterare på Skånes universitetssjukhus.**

**Cecilia Dohns**

**Magisteruppsats VT 2012**

Handledare: Robert Ragneklint

## **Sammanfattning**

Syftet med studien är att med utgångspunkt i ett arbetspsykologiskt perspektiv beskriva och analysera de medicinska sekreterarnas upplevelser av en ständigt föränderlig yrkesroll. Uppsatsen bygger på en empirisk undersökning, med kvalitativ hermeneutik ansats samt tematisk analysmetod. Intervjuer har genomförts med åtta kvinnliga medicinska sekreterare verksamma vid två olika kliniker på Skånes universitetssjukhus. De medicinska sekreterarna är en illa beforskad grupp. Av den anledningen väcktes intresset för denna yrkeskategori och följande studie belyser de medicinska sekreterarnas upplevelse av en ständig föränderlig arbetsvärld då det i yrkesrollen ingår många olika arbetsuppgifter som i dagsläget förändras mer och mer i takt med att sjukhusvärlden utvecklas. En tematisk analys genomfördes och resultatet mynnar ut i sex huvudteman kopplade till förändring; yrkesrollen medicinsk sekreterare, inställning och syn på förändring, kommunikation, relationer, delaktighet och förtroende. I intervjuerna framkom att de medicinska sekreterare anser sig vara en mycket viktig yrkesgrupp, vårdens ”spindeln i nätet”, men som ofta glöms bort. De anser därutöver att deras delaktighet och påverkan i förändringsprocesser är svag. Därtill riktar dem en misstro till vissa organisationsförändringar, samtidigt som de ser ljus på att utvecklas. Om Skånes universitetssjukhus vill involvera även de medicinska sekreterarna under förändringar bör de belysa yrkesgruppen, samt att ledningen bör öppna upp för att få sekreterarna delaktiga i förändringsprocesser.

Nyckelord: Organisationsförändring, Medicinska sekreterare, sjukvården, förändringsteorier, ständig föränderlig yrkesroll.

## Förord

Jag vill rikta ett stort tack till mina två kontaktpersoner på avdelningen för kompetensförsörjning på Skånes universitetssjukhus, för att jag fått möjlighet att genomföra min uppsats där. Jag vill även tacka samtliga berörda enhetschefer som uppmuntrat min studie och inspirerat mig i val av ämne. Sedan vill jag rikta ett stort och varmt tack till de åtta medicinska sekreterarna för deras välvilliga medverkan i studien samt för ett trevligt och gott samarbete. Slutligen vill jag tacka min handledare Robert Ragneklint för mycket goda råd och god handledning.

Cecilia Dohns

## Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b> .....	<b>6</b>
FÖRÄNDRINGSARBETE VID SKÅNES UNIVERSITETSSJUKHUS .....	8
<i>Sammanlagningen</i> .....	8
MEDICINSKA SEKRETERARE .....	9
<i>Utbildningsbakgrund</i> .....	10
<i>Den medicinska sekreterarens framtida yrkesroll</i> .....	10
<b>TEORI</b> .....	<b>12</b>
DRIVKRAFTER TILL FÖRÄNDRING.....	12
<i>New Public Management</i> .....	13
<i>Lean production</i> .....	13
<i>Lean healthcare</i> .....	14
FÖRÄNDRINGSTEORIER .....	15
<i>Olika typer av förändringar</i> .....	15
<i>Förändringsprocessen</i> .....	16
<i>Förutsättningar för lyckade förändringar</i> .....	16
<i>Motivation till förändring</i> .....	17
<i>Motstånd mot förändring</i> .....	18
<i>Känsla av sammanhang</i> .....	18
<i>Delaktighet och engagemang</i> .....	19
<i>Stöd</i> .....	20
MAKT KRING FÖRÄNDRING .....	21
KOMMUNIKATION.....	21
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	22
<b>METOD</b> .....	<b>23</b>
FALLSTUDIE.....	24
DELTAGARE .....	24
MATERIAL.....	24
<i>Semistrukturerade intervjuer</i> .....	25
PROCEDUR.....	25
DATABEARBETNING.....	26
VALIDITET OCH RELIABILITET.....	28
<i>Tillförlitlighet</i> .....	29
<i>Äkthet</i> .....	31
<i>Reflexivitet</i> .....	31
<i>Den sociala verkligheten</i> .....	32
KÄLLKRITIK.....	32
FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN .....	33
<b>RESULTAT</b> .....	<b>34</b>
YRKESROLLEN MEDICINSK SEKRETERARE.....	34
INSTÄLLNING OCH SYN PÅ FÖRÄNDRING.....	38
KOMMUNIKATION.....	40
RELATIONER.....	42
DELAKTIGHET .....	43
FÖRTROENDE .....	44
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>45</b>
RESULTATDISKUSSION.....	45

<i>Yrkesrollen medicinsk sekreterare</i> .....	45
<i>Inställning och syn på förändringar</i> .....	48
<i>Kommunikation</i> .....	51
<i>Relationer</i> .....	52
<i>Delaktighet</i> .....	52
<i>Förtroende</i> .....	54
METODOLOGISK DISKUSSION.....	54
FRAMTIDA FORSKNING .....	57
SLUTSATSER OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER.....	58
<b>REFERENSER</b> .....	<b>59</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>64</b>
<b>BILAGA 2</b> .....	<b>65</b>
<b>BILAGA 3</b> .....	<b>66</b>

## Introduktion

Vår tillvaro kännetecknas av en fortlöpande, livslång förändringsprocess. Dock har förändringens vindar tilltagit i styrka och de sveper igenom vår vardag med all snabbare hastighet (Angelöw, 2010). Behovet av att utveckla och förbättra arbetssätt, processer och rutiner har alltid funnits i arbetslivet, och det ligger delvis i den mänskliga naturen att med tiden förbättra (Berger, 1999). Angelöw (2010) menar att människans reaktioner på förändringarna beror på i vilken omfattning de är självvalda eller påtvingande och om vi uppfattar och bedömer dem som positiva eller negativa. Därutöver så har alla människor olika sätt att förhålla sig till förändringar. Ett kinesiskt ordspråk som brukar tillskrivas Mao Zedong lyder: *"När förändringens vindar blåser bygger en del vindskydd, medan andra bygger väderkvarnar"* (Angelöw, 2010).

Organisationsförändringar eller omorganisationer är mer eller mindre vanligt inom olika företag och verksamheter, så också inom den offentliga sektorn. Inte så sällan beskrivs genom media om hur förändringar genomförs, ofta med ett uppgett syfte att förbättra organisationens effektivitet och ekonomi (Hudson, 1999). Det starka förändringstrycket är relaterat till en högre grad av komplexitet, en ökad konkurrens, förändrade behov och förändrade politiska strukturer. Den ökade globaliseringen har därtill inneburit en fri rörelse av såväl kapital som kunskap. De institutioner som tidigare ansetts hålla samman samhället kan nu upplevas vara i stark förändring (Härenstam, Marklund, Berntson, Bolin & Ylander, 2006).

Många av de senaste decenniernas förändringar tycks vara en följd av de nya styrningsideal som omsätts i nya styrformer och organisationsstrukturer. Etablerade sätt att styra och organisera den offentliga sektorn har blivit betraktade som otillräckliga eller inadekvata oavsett plus eller minus i budgeten (Hasselbladh, Bejerot & Gustavsson, 2008). New Public Management och andra managementkoncept som bland annat Lean Production, Total Quality Management (TQM) och Time Based Management (TBM) (Abrahamsson, 2004) har lett till nya sätt att organisera arbete, dock i allmänhet med en brist på djupare reflektioner över konsekvenserna för enskilda verksamheter (Björkman, 2003). Alvesson och Sveningsson (2008) menar att den här utvecklingen kan ses som ett resultat av att människor följer trender och framgångsrecept som cirkulerar i näringslivet. Organisationsförändringar blir därför till viss del ett resultat av dessa trender och framgångsrecept. Inom detta komplexa förändringsarbete skildras sällan hur individerna inom organisationen upplever förändringen. Många upplever förändringar som hotfulla och olika forskare har noterat en ökad grad av

stress och konflikter på arbetsplatsen, som kan vara en följd av de snabba och många förändringar som sker (Hudson, 1999). Vidare menar Sennett (1999) att utvecklingen till ett mer snabbväxande samhälle och idealet om den flexibla organisationen även påverkar arbetstagarnas lojalitet. Eftersom den föränderliga organisationen är i konstant "rörelse" hinner aldrig mål, kultur eller struktur rota sig hos arbetstagarna. Organisationen kan förbli otydlig och syftet med förändringarna kan framstå som odefinierat.

Även om kraven på rationalitet och flexibilitet har ökat tycks tiden för beslutsfattande ha krympt. Resultat presenteras och efterfrågas inte bara årsvis utan även månadsvis, vilket kan ha medfört negativa konsekvenser för såväl arbetsförhållanden som arbetsmiljö (Björkman, 2003).

Sjukvården är en av de organisationer som utsätts för en ständig förändring. Sjukvårdens utveckling och framsteg framkallar därmed nya utmaningar för vårdprofessioner. Det ställs bland annat allt högre krav på medarbetarnas kunskapsnivå till följd av den medicintekniska utvecklingen inom vården (Lundberg, u.å.). Under 1990-talet och framåt har sjukvården varit med om omfattande organisationsutvecklingar, som en effekt av vad som framhålls vara en försämrad samhällsekonomi. De begränsade erfarenheterna från organisatorisk förändring inom offentlig verksamhet innebär att de åtgärder och förändringar som krävs inom sjukhusvärlden i huvudsak bygger på erfarenheter från industriell produktion (Ragneklint, 2004). Som svar på problemen spred sig New Public Management (NPM) som ideologi i hälso- och sjukvården (Jonsson, Agardh, Brommels, 2006). NPM handlar bland annat om att öka den offentliga verksamhetens effektivitet och produktivitet, samt att öppna upp för konkurrens och marknadslänkande styrmekanismer (ibid). Enligt Ragneklint (2004) kännetecknas en sådan typ av verksamhet av att vinstintressena är tydliga och att måtten på effektivitet kan uttryckas i kvantitativa termer. Kopplat till detta är sjukvården enligt Ramanujam & Rousseau (2006) en komplex organisation som många gånger innefattar ett komplicerat arbete vid förändringsarbete. Inom sjukvården är det därjämte många externa parter som vill utöva sitt inflytande på hur sjukvården ska verkställa sina uppdrag. Dessa författare visar att komplexa organisationer som sjukvården i regel utgör, är svåra att förändra vad gäller organisationens struktur och kommunikation, samt att det är svårt att finna gemensamma mål och lösningar på problem (Ramanujam & Rousseau, 2006).

Det finns mycket som talar för att de strukturella förändringarna som genomförts för att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården, samtidigt har inneburit en ökad stress för medarbetarna med negativa konsekvenser för deras motivation, hälsa och arbetsprestationer.

Detta gäller såväl vid organisatoriska förändringar och sammanslagningar som vid förändrade driftsformer eller ägarförhållanden (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007).

### **Förändringsarbete vid Skånes universitetssjukhus**

Skånes universitetssjukhus är det tredje största av Sveriges sju universitetssjukhus, såväl som ett av landets största akutsjukhus. Sjukhuset har drygt 12000 anställda med 100 olika kompetenser som i huvudsak bedriver avancerad sjukvård, utbildning och forskning (SUS kommunikationsavdelning, 2011).

**Sammanslagningen.** En av de mest omfattande förändringar som har ägt rum är sammanslagningen mellan UMAS, Universitetssjukhuset MAS i Malmö och USiL, Universitetssjukhuset i Lund, den första januari 2010. Sammanslagningen startade under 2008 med projektet ”Profilering och samordning av universitetssjukhusen i Skåne” namngivet Proluma, där 15 avdelningar slogs samman i ett pilotprojekt. Därefter, cirka 18 månader senare, etablerades SUS – Skånes universitetssjukhus (Bennheden & Christensen, Appendix 2 PROLUMA). Bennheden, dåvarande sjukhuschef på UMAS och Christensen, dåvarande sjukhuschef på USiL, menade att avsikten och syftet med SUS bland annat var att se till att universitetssjukhusen behåller sin konkurrenskraft gentemot andra sjukhus, främst genom att slå samman avdelningar med högspecialiserad vård. Ytterligare faktorer som bidrog till beslutet av sammanslagningen är den stigande kostnaden för den åldrande befolkningen som kräver allt mer vård, den tekniska utvecklingen som är resurskrävande samt en ökad efterfrågan på effektiv och kvalitativ vård. Därutöver är ambitionen att kunna möta de ökande pensionsavgångar som föreligger och den kompetensförlust som följer med detta (Bennheden & Christensen, Appendix 2 PROLUMA). Debatten har dock varit stor och kritiken har i vissa fall varit hård. Media har i flera fall lyft fram sammanslagningen som en katastrof. Dessutom redovisade sjukhusledningen i slutet av 2011 ett besparingspaket för SUS på 450 miljoner kronor, vilket är nästan fem procent av omsättningen (Sydsvenskan, 15 mars 2012). Under hela fusionen har de anställda på sjukhusen riktat omfattande kritik mot processen. Samtidigt har sjukhusledning, regiondirektör och politiker kommunicerat att fusionen går relativt bra (Sydsvenskan, 2 april 2012). Bringselius (2012) har följt sammanslagningen och gjorde en enkätundersökning mellan november 2011 till januari 2012 där 355 läkare och sju klinikchefer som berörts av sammanslagningen medverkade. Läkarna arbetade vid 12 utvalda kliniker, kliniker där verksamheten flyttat från Malmö till Lund, och vice versa, samt kliniker med verksamhet på båda sjukhusen. Resultaten visar framför allt att medan alla klinikchefer utom en anser att fusionen överlag har fungerat bra, håller endast fem procent av läkarna med om detta. Hela 80 procent av läkarna tycker istället att fusionen har fungerat dåligt



(Bringselius, 2012). Dock har Bringselius (2012) enkät fått kritik från Karl Obrant, forskningschef i SUS ledning, som menar att enkäten inte är genomförd på ett korrekt sätt, eftersom den inte är neutralt hållen. Enligt Bringselius (2012) är frågorna samma som Statistiska centralbyrån använder sig av när de gör medarbetarundersökningar åt myndigheter. Avslutande menar Bringselius (2012) att skillnaden i hur man upplever, eller öppet beskriver situationen i verksamheten är stor. Samtidigt är emellertid läkare och klinikchefer överens att det närmast inte finns någon fungerande dialog mellan politiska beslutsfattare och läkare.

Inom den föränderliga och komplexa sjukhusvärlden finns flertalet yrken som påverkas på ett eller annat sätt. Efter granskning och efterforskning i hur olika yrkesgrupper har belyst inom området uppenbarade det sig att de medicinska sekreterarna var en illa beforskad grupp. Av den anledningen väcktes intresset för denna yrkeskategori och följande studie kommer belysa de medicinska sekreterarnas upplevelse av en ständig föränderlig arbetsvärld då det i den medicinska sekreterarens yrkesroll ingår många olika arbetsuppgifter som i dagsläget förändras mer och mer i takt med att sjukhusvärlden utvecklas.

### **Medicinska sekreterare**

Yrket medicinsk sekreterare har haft flera olika benämningar genom tiderna, så som läkarsekreterare eller administrativ vårdpersonal (Nilsson, 2006). I denna studie kommer de främst att benämnas som medicinska sekreterare.

De medicinska sekreterarna är historiskt sett ett relativt nytt yrke. Något av det tidigaste exemplet är från 1919 då en kvinnlig assistentbefattning inträffades på Serafimerlasarettet i Stockholm för att avlasta läkarna med skrivgöromål men det var först på 1940-talet det började bli vanligt med läkarsekreterare (Nilsson, 2006).

De medicinska sekreterarnas arbetsmarknad har gått i vågor under de senaste tio åren, då deras arbetsmarknad stärktes under slutet av 1990-talet och en bit in på 2000-talet. Därefter har yrket i likhet med andra yrken drabbats av besparingsåtgärder. Läget har dock stabiliserats under det senaste året. Den nya It-tekniken, inte minst röststyrd journalverksamhet, kan komma att förändra sekreterarnas arbetsuppgifter vilket kan innebära att antalet yrkesverksamma minskar på sikt (Israelsson, Strannefors & Tydén, 2007). Därutöver är medicinska sekreterare ett starkt kvinnodominerat yrke med under 1% män (Statistiska centralbyrån [SCB], 2011). Att jobba inom ett kvinnodominerat yrke kan enligt Alvesson och Due Billing (1999) skapa olika förväntningar på kvinnor och män då det inom samhället finns mer eller mindre djupa föreställningar om att vissa typer av utbildning, yrkesval och positioner i arbetet hör ihop med ett visst kön. En liknande föreställning har Gemzöe (2005) som anser att arbetsdelningen mellan könen handlar om olika karaktär och egenskaper, där

kvinnor antas vara känslösamma, omvårdande, mjuka och relationsinriktade, medan män i högre grad har egenskaper som självständighet, målmedvetenhet och förmåga att fatta snabba och förnuftiga beslut (Gemzöe 2005).

**Utbildningsbakgrund.** Utbildning till medicinsk sekreterare har ändrats över tid. År 2003 startade Kvalificerad yrkesutbildning som numera har blivit en yrkeshögskoleutbildning inom hälso- och sjukvårdsadministration. Det är en tvåårig eftergymnasial utbildning som bygger på verksamheternas behov av administrativ kompetens inom hälso- och sjukvård (Läkarsekreterare och sjukvårdsadministrativs förbund). Yrkesförbundet för läkarsekreterare och sjukvårdsadministratörer, LFS, rekommenderar utbildningar till medicinsk sekreterare, vårdadministratör med mera som är 2-åriga och motsvarar 400 poäng på yrkeshögskola vilket ger en kvalificerad yrkeshögskoleexamen. De utbildningar som är på 200 poäng respektive 300 poäng (1-årig respektive 1,5-årig) ger även de en yrkeshögskoleexamen med motsvarar inte LSF:s riktlinjer för utbildningar då det är många landsting som inte godtar utbildningar som är kortare än 2 år (ibid).

**Den medicinska sekreterarens framtida yrkesroll.** Det finns viss tidigare forskning kring yrkesrollen och hur dess framtid kan komma att bli. Thulin (2000) har författat *Läkarsekreterare ser på sin framtid* som är ett samarbetsprojekt gjord av Trygghetsfonden och Malmös universitetssjukhus år 2000. Syftet var att undersöka läkarsekreterarnas yrkesroll, till följd av yrkets förändringar och komplexitet. Projektet resulterade i att de fastställde en baskompetens för yrket, hur kompetensutveckling bör bedrivas samt var spetskompetensen finns. Rapporten tog upp problematiken med de medicinska sekreterarnas kompetens där Thulin (2000) menade att det var nästintill omöjligt att rekrytera till yrket då de få nyutbildande medicinska sekreterare som fanns att tillgå hade knappa kunskaper för att klara de arbetsuppgifter som fanns. Dessutom var förändringstakten så hög att de sekreterare som redan fanns ute i vården inte alltid stämde överens med de krav som ställdes. Avsikten med projektet var således att identifiera vilken kompetens som krävs samt att kartlägga den kompetens som redan finns och därefter utveckla den. De kärnkompetensområden som fastställdes utifrån studien var; service och bemötande, IT och information, ekonomi, administration och ledning samt lagar och regelverk. Dessa fyra områden mynnar ut i huvudområdet dokumentation. Dock poängteras att kompetensnivån kan variera mellan olika befattningar (Thulin, 2000).

Nilsson (2006) har bedrivit forskning om yrkesrollen där hon kommit fram till att de medicinska sekreterarnas arbetsvärld har påverkats strakt av den tekniska utvecklingen som fått en enorm genomslagskraft inom yrket. Under 1950-talet till 1990-talet var

arbetsuppgifterna relativt likartade men med en skillnad i dess utförande då den maskinella utrustningen utvecklats. Under 1980-talet datoriseras sjukvården och den medicinska dokumentationen förändrades, med följd av ett ändrat arbetsinnehåll för de medicinska sekreterarna. Under 1990-talet började allt med varierande och avancerande uppgifter att tona fram och sekreterarnas roll blev allt mer självständig (Nilsson, 2006).

Vid flera tillfällen under de senaste åren har det siats om att de medicinska sekreterarna skulle försvinna och att läkarna själva skulle ta hand om den medicinska dokumentationen, medan vårdpersonal skulle ta över andra av sekreterarnas arbetsuppgifter. Nilssons (2006) studie *En studie av den medicinska dokumentationen i läkarsekreterarnas yrkesvärld* visar dock på motsatsen. Nilsson (2006) menar att arbetet med patientdokumentation kommer att förändras och effektiviseras men att personen som utför arbetsuppgifterna kommer att vara densamma. Detta innebär att de medicinska sekreterarnas roll kommer att förändras såtillvida att i en ny och förändrad organisation följer nya arbetsuppgifter som i sin tur kräver ny eller förändrad teknik. Enligt Nilsson (2006) bör detta ses som en möjlighet snarare än ett hinder, dock med kravet att den som ska verka i en föränderlig organisation måste vara en person med bred kompetens samt någon som är villig att lära och som inte låser sig i sin expertroll. Engelbertsson och Westin (2004) menar att de medicinska sekreterarna befinner sig i en ny omvandlingsfas där allt högre krav ställs. Yrkesrollen håller på att förändras och kommer med största sannolikhet att innebära ökad självständighet och ett större ansvar över fler och utökade administrativa arbetsuppgifter. Utvecklingen inom IT-sektorn är en kraftigt bidragande orsak och digital kommunikation av patientdata, datajournaler och talstyrd digital diktering är exempel på detta.

En av de nyare förändringarna är följaktligen talstyrd digital diktering som innebär att läkare kan diktera direkt in i en befintlig journal i sin dator. En mjukvara på datorn ska känna igen läkarens unika röst. Detta innebär att de medicinska sekreterarna inte längre behöver skriva ner det som läkarna har dikterat in på ljudfil (Nilsson, 2004). Tekniken finns i dagsläget på flertalet vårdcentraler i Västra Götaland och Stockholms län som drivs av Carema Primärvård AB. Företagsledningen anser att processen går snabbare och att patientsäkerheten höjs. I dessa fall har medicinska sekreterare blivit uppsagda till följd av att de inte längre behövs. På Carema har det varit en stor oro bland sekreterarna att förlora jobbet. Öhrberg, ombudsman på SKTF (nuvarande Vision), tror inte att tekniken kommer att få ett lika stort genomslag på sjukhusen då det är fler läkare som använder samma dator. Vidare menar en annan ombudsman, Nilsson-Lång, att hon förstår att de sekreterare som

enbart skriver journaler är oroliga, samtidigt som andra ser det som en positiv utvecklingsmöjlighet (Nilsson, 2004).

En annan aktuell debatt inom sjukvården är den ökade dokumentationen som läggs på läkarna, samtidigt som den administrativa personalen bantats ner (Expressen, 2012-04-12). Artikeln *Sverige behöver ett rejält sekreterarlyft* tar upp problematiken om när landstingen ska spara pengar är uppfattningen ofta att släggan alltid riktas mot den icke-medicinska personalen. Detta innebär att läkarna måste ägna merparten av sin arbetstid åt administrativt arbete, och då försvinner i praktiken ett antal läkartjänster ändå. I debatten poängteras att sekreterare, redovisningsekonomer, och andra administratörer är oerhört viktiga för att vården ska fungera. Läkarna är vårdens dyraste resurs, och bör främst ägna sig åt sin profession. Åsikter framförs om att nedskärningarna på den administrativa personalen har försämrat välfärden och vissa menar att utvecklingen kan ha färgats av en politisk tanke kring jämlikhet. Det har ansetts likställt och fint att läkare får kopiera sina papper själva. Denna artikel menar dock att alla förlorar på en sådan jämlikhet. De menar istället att sekreterares och administratörers arbeten inte bör nedvärderas, då de behövs för att välfärden ska fungera.

## **Teori**

*Detta avsnitt börjar med en presentation av drivkrafter till organisationsförändringar kopplat till sjukvården. Sedan introduceras en teoretisk referensram kring olika typer av organisationsförändringar. Därefter kopplas det ihop med motivationsteorier och motstånd mot förändring och själva beslutsprocessen kring förändringar. Syftet med detta är att skapa en teoretisk grund för vidare analys kring de medicinska sekreterarnas upplevelser av förändringar.*

### **Drivkrafter till förändring**

Ekonomi och effektivitet är ofrånkomliga drivkrafter i utvecklingsarbete (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005). Effektivitetsbegreppet har genom åren i och med marknadsekonomins framfart blivit mer och mer betydelsefullt och bör enligt Ragneklint (2004) noga utredas, inte minst på grund av att effektivitet idag ofta sammankopplas med andra mycket viktiga begrepp i samhället. Dessa begrepp är exempelvis organisationsutveckling, produktivitet och rationalisering. Kopplat till offentlig sektor och sjukvården talas det om nyckeltal som till exempel omsättning, vinst och avkastning, som nästan uteslutande grundar sig i marknadsekonomiska föreställningar (Ragneklint, 2004).

**New Public Management.** Sjukvården har under senaste årtionde infört mer marknadsliknande former för organisation och styrning. Dessa influenser med avregleringar, privatiseringar och konkurrens härstammar från den offentliga politik som USA och Storbritannien introducerade under 1980-talet. Även Sverige kom att påverkas av denna politik och vikten av ett mer företagsekonomiskt tänkande blev påtaglig. Dessa tankar och styrningsmodeller om avregleringar och privatisering av den offentliga sektorn blev vad vi idag benämner New Public Management (NPM). NPM kan beskrivas som olika styrnings- och ledningsmetoder som sedan början av 80-talet blivit mer och mer dominerande som ett sätt att effektivisera offentlig verksamhet (Hood, 1991; Almqvist 2006). Målsättningen med att implementera en marknadsanpassad managementmodell är att organisationen snabbt ska kunna anpassa sig till en ständigt föränderlig arbetsmarknad med hjälp av självständiga, mångkunniga och engagerade medarbetare och en flexibel organisation (Abrahamsson, 2004).

Tyhlefors (2007) är av dem som talar om den press som läggs på att personalen ska producera mer, allt i NPM:s anda. Hon menar att det säkerligen går att arbeta både hårdare och snabbare, men på många håll finns en intressant iakttagelse. En tidigare studie gjordes på drygt 800 personer som var relativt jämnt fördelade över kriminalvården, poliser, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och psykiatrin. Svaren visade att andelen direkta klientkontakter hölls förhållandevis konstant då den varierade mellan 35 och 45 procent av arbetstiden. Varje klientärende genererade i sin tur arbete i form av administration, samråd och samverkan med kollegor och andra verksamheter. Bland deltagarna fanns de enskilda som kunde prestera en högre andel direkt klientarbete. Vissa läkare kunde exempelvis ta emot mängder av patienter och klarade det bra i de fall de var omgivna av perfekta stödfunktioner såsom sjuksköterskor och medicinska sekreterare. Om inte så var fallet kunde journaler bli oskrivna och remisser glömdes bort. Enligt Thylefors (2007) går det inte att effektivisera klientkontakten genom att öka hastigheten eller enbart göra de "rätta" sakerna. Vissa arbetsuppgifter tar helt enkelt tid och tiden är det som ger kvalitet åt arbetsuppgiften. Somliga tror att denna problematik kan lösas genom att höja kompetensen, men det hjälper inte om alla vårdbiträden eller undersköterskor får sjuksköterskekompetens, de kan ändå inte utföra sina arbetsuppgifter fortare. Dock är inte höjd kompetens eller försök att effektivisera vissa arbeten av ondo, bara det unika i arbetsuppgifterna behålls i sikte (Thylefors, 2007).

**Lean production.** En av många styrnings- och ledningsfilosofier som bygger upp begreppet NPM är Lean Production med sitt ursprung från Toyota Production System (Petersson, Johansson, Broman, Blucher & Alsterman, 2010). Lean Production går i stora drag ut på att organisationer försöker eliminera alla steg i produktionsprocessen som inte är

direkt värdeskapande för kunden. Det tar sig uttryck i att företagen försöker att minska allt slöseri med tid, material och arbetskraft och att fokusera på kvalitet (Womack, Byrne, Fiume, Kaplan & Toussaint, 2007). Lean Production har uppfattats som en varaktig och populär arbetsmodell inom olika produktionsföretag och har även överförts till andra områden som till exempel Lean Accounting, där finansiell kontroll bedrivs med hjälp av ett leantänkande, eller Lean Healthcare, där leanfilosofin används inom sjukvården (Petersson et al., 2010).

**Lean healthcare.** Leanfilosofin har använts internationellt i sjukvården sedan början av 2000-talet med i många fall mycket goda resultat och sprids nu allt fortare (Womack et al., 2007). Yttre krav på förändring inom vårdsektorn är långa väntetider och köer, låg effektivitet och otillräcklig kvalitet (Anhede & Lord, 2009). Företrädarna för Lean healthcare vill gärna framhålla sig som företrädare för en hållbar och human sjukvård där det gäller att utgå från människan istället för budgeten. Lean syftar till att utveckla verksamhetens förmåga att ständigt bli bättre (Lord, 2012). Lord beskriver vidare hur vi rör oss från massproduktion och stordrift mot en mer flödesfokuserad verksamhet. Stordrift var tänkt att effektivisera massproduktion av en produkt i taget i taget med till exempel bilar. Vad gäller sjukvården är det en i hög grad mer komplex verksamhet och lämpar sig illa för massproduktion. Lord menar vidare att resultatet avgörs av vilket arbetssätt verksamheten har. Arbetssättet involverar faktorer som kompetens, ledarskap, kultur, vanor och organisationsschema. Resultat kan sedan mätas i kvalitet, tillgänglighet, arbetsmiljö och produktion (ekonomi). Följaktligen är verksamhetsutveckling en angelägenhet för samtliga medarbetare. Alla kan bidra och medverka till att förbättra vården, dock måste kunskapen botten i hur verkligheten ser ut.

Införandet av Lean-filosofin i sjukvården innebär en förändring i hela sättet att tänka och arbeta med allt från synen på patienter och medarbetare till sjukhusledningens dagliga arbete. I den traditionella vårdkedjan innebär ofta ett besök på en sjukvårdsenhet att patienten får lägga mer tid på väntan och förflyttning än den faktiska vårdtiden. Det här går stick i stäv med ett av de mål som finns med Lean Healthcare som innebär att patienten ska ”flöda” genom sjukhusets processer och allt som inte skapar värde för patienten ska undvikas (Anhede, 2009). Vidare betonar Anhede (2009) att ledarna får en annan roll inom lean där de måste ha ett förändrat ledarskap, där ledaren måste vara i verksamheten, där det händer, och fånga upp avvikelser och störningar. Lord (2012) lyfter särskilt fram att chefer behöver nya typer av egenskaper. Det krävs att chefen i denna typ av verksamhet vågar ifrågasätta nuvarande arbetssätt, vara prestigelös och ha skickligheten att ge kunskap för att tillsammans med övriga medarbetare utveckla verksamheten utifrån leanprinciperna. I detta ingår att

chefen bör lära känna verksamheten på djupet, vilka brister som finns men också vilket behov för särskilda tjänster som finns och därmed lägga upp en plan för dessa behov.

Lord (2012) menar slutligen att Lean är en kulturförändring, och det gäller att hitta ett arbetssätt som lyfter fram problemen så att de kan lösas och på detta vis kan verksamheten utvecklas.

### **Förändringsteorier**

I en tid när samhället förändras snabbare än någon gång tidigare blir det allt viktigare för organisationerna att hinna med i förändringarna (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Förr sågs förändringar snarast som ett mellanspel i ett i annars relativt stabilt arbetsliv, fast de numera istället tycks vara det naturliga tillståndet som ofta avspeglas i den populära benämningen ”kontinuerlig förnyelse” (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005).

Även om förändringar kan vara både utmanande och utvecklande så innebär det också stora påfrestningar för de som berörs. På samma gång ökar utslagningen från arbetslivet i takt med kraftiga ekonomiska nedskärningar tillsammans med en hög förändringstakt och arbetsbelastning (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005).

**Olika typer av förändringar.** Det är skillnader mellan dramatiska och mindre, mer justerande förändringar. Dessutom finns det skillnader i vad som förändras, om de är mål och strategier, strukturer och maktförhållanden samt om förändringen bygger på förväntningar (proaktiv) eller på förhållanden som redan har förändrats (reaktiv) (Jacobsen och Thorsvik, 2008). En annan särskillnad kopplat till detta är om förändringarna är planerade eller oplanerade. De oplanerade, spontana förändringarna växer fram på grund av en naturlig utveckling över tid, eller som svar på anpassning som behövs. Dessa anpassningsförändringar växer ofta fram spontant i arbetsgruppers konkreta vardag och de som arbetar där för jämnar märker dem knappt (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005). Dessa anpassningsförändringar vidtas också för att motverka trötthet, monoton och slentrian. Personalen bör alltid ha ett visst förändringsutrymme då människan av naturen är nyfiken och söker och behöver omväxling och denna lust bör också få utrymme i arbetslivet (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005.) Enligt andra kapitlet i Arbetsmiljölagen ska ett arbete innehålla varierande arbetsuppgifter och personalen ska kunna pröva olika sätt att utföra arbetet på (Arbetsmiljölagen, kap 2).

Kopplat till anpassningsförändringar menar Ellström och Kock (1999) att en särskiljning görs mellan ett *anpassningsinriktat* respektive ett *utvecklingsinriktat* lärande. Enligt författarna behövs båda typerna av lärande för att säkerhetsställa en positiv utveckling hos både individer och organisationen. Det anpassningsinriktade lärandet utmärks av att individen lär utifrån givna mål, metoder, uppgifter och förutsättningar, utan någon ansenlig

möjlighet till att ifrågasätta eller påverka dessa. Inriktningen för denna typ av lärande är ”att göra *sakerna rätt*” men utan att tillfälle ges att reflektera över *varför* man gör det man gör i det dagliga arbetet. En annan inriktning är istället att lära sig ”att göra *rätt saker*”, detta kommer ur det utvecklingsinriktade lärandet. Där ses uppgiften, målen eller förutsättningarna inte som i någon menig absolut givna, tvärtom så finns ett tolkningsutrymme där individerna själva kan tolka och formulera uppgiften inom mål och resursers ramar. Denna typ av lärande innebär att individerna lär sig formulera problem och inte bara söka lösningar på problem formulerade av andra. Därutöver lär sig individerna att ifrågasätta och vid behov förändra givna uppgifts- och problemformuleringar. Båda typerna av lärande krävs och kan komplettera varandra. I de fall då organisationen kräver att individer blir bättre på att hantera återkommande, relativt välkända situationen krävs ett mer anpassningsinriktat lärande. I de situationer som medför mer okända och nya problem kan det istället fordras att individerna kan överskrida invanda gränser och rutiner, samt att ägna sig åt mer kreativ problemlösning (Ellström & Kock, 1999).

**Förändringsprocessen.** Socialpsykologens Lewins (1951) beskrivning av en organisationsförändring är fortfarande gångbar. Han beskriver tre förändringsstadier; *upptining, förändring och nedfrysning*. I upptiningsfasen, som är förändringsprocessens första skede börjar gamla attityder, värderingar och beteenden att ifrågasättas. Svagheter i organisationen ska uppmärksammas och personalen bör övertygas om att en förändring är nödvändig. I experimentfasen utreds om det finns andra alternativ att åberopa, därmed överläggs olika idéer och lösningar. I den andra fasen börjar således gamla beteenden försiktigt lösas upp. I den sista fasen, stabiliseringsfasen, genomförs själva förändringen. Lewin (1951) påpekar att en förändring måste gå igenom alla tre stadier för att bli framgångsrik. Angelöw (1991) är något kritiskt mot Lewins teori och är av meningen att Lewins teori kan appliceras på mycket omfattande organisationsförändringar, men att förändringar i stort ska ses som processer som hela tiden sker i det dagliga arbetet.

**Förutsättningar för lyckade förändringar.** Under de senaste decennierna har en omfattande empirisk forskning gjorts om vad som kännetecknar framgångsrika förändringsstrategier. Jacobsen och Thorsvik (2008) presenterar några gemensamma drag som skapar goda förändringar. För det första är en känsla av kris i organisationen bra, det skapar ett medvetande om att en förändring är nödvändig. En klar kommunicerad vision om vad förändringen ska leda till är ett annan viktig aspekt. Det betonas att kommunikationen i sig är av vikt då det ska kommuniceras ut i hela organisationen vad som ska förändras, men det är lika centralt att meddela vad som ska förbli stabilt. Det betonas också att det är viktigt att det



finns en stark sammanslutning som står bakom förändringen, som kan arbeta emot eventuellt motstånd. De poängteras att de som berörs speciellt av förändringen bör medverka i denna koalition. En annan synpunkt är att förändringen ska inledas med små steg som har hög sannolikhet att lyckas, och varje litet uppnått mål ska kommuniceras ut i organisationen. Ett sista drag för en lyckad förändring är ett ständigt undertryckande av sambanden mellan de företagna förändringarna och de positiva resultat som uppnås (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Lennér Axelsson och Thylefors (2005) tar även de upp att det allra bästa är om samtliga berörda har en självinsikt i att förändringen behövs då det är lättare att övertygas om att en förändring bör ske då individen själv ser de nackdelar och svagheter som finns med befintligt arbetssätt.

**Motstånd mot förändring.** Enligt Angelöw (1991) finns det flera skäl till varför anställda kan vara negativa eller göra motstånd mot organisationsförändringar. Att anställda ofta är negativa till organisationsförändringar är logiskt grundat med tanke på att många förändringar är toppstyrda vilket de anställda inte har någon möjlighet att påverka. Motstånd ses ofta som något negativt eller bristfälligt hos organisationen, dock är det ett snävt och begränsande begrepp då organisationsanalyser ofta utgår från att förändringar alltid är positiva och lösningen på problemen är att lära människor att bli mer förändringsbenägna eller villiga till förändring (Abrahamsson, 2004). Abrahamsson menar istället att motstånd mot förändring i viss mån är ett rationellt beteende hos människor och i organisationer.

Bennet och Durkin (2000) menar att det finns fem typiska barriärer för förändring; att relationer mellan människor slås sönder, de anställda känner hot mot sin position, personalen vill ha det som det brukar vara, ekonomiska faktorer och/eller problem associerade till organisationens utvecklingsspecialister. Abrahamsson (2004) fyller på denna lista med ovilja att förlora sin identitet, önskan att behålla kontraktet mellan individ och organisation, att den symboliska ordningen förändras, ändrade maktförhållanden och nya krav på yrkesskicklighet och kunskaper. För att komma ifrån problematiken med motstånd menar Angelöw (1991) att individer måste lära sig att se förändringar som en utmaning snarare än som ett hot. Han menar vidare att individer har ett behov av förändringar, utveckling och nya utmaningar då de är genom dessa som vi utvecklas, personligen och yrkesmässigt. Människor brukar välkomna förändringar som förbättrar deras egen situation som i de fall då förändringsarbetet bygger på delaktighet, trygghet, riklig och direkt information och ömsesidig tillit. Motstånd kan också uppstå då personalen inte kan påverka förändringstakten. I sådana fall kan en viss förändringströtthet uppstå då personalen oavbrutet är föremål eller deltar i en alltför hög takt av förändringar (Angelöw, 1991)

Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) diskuterar vidare att det är naturligt med motvilja till att engagera sig när utfallet är oklart. Detta påverkas dessutom om utfallet med förändringen inte är tillräckligt motiverande. Om det inte finns några extra belöningsfaktorer kan det vara svårt för individen att vara motiverad. I dagens otrygga arbetsliv kan dock själva anställningen ses som en bel ning och därav kämpar många människor på även i förändringar som de personligen ogillat från början, men de vill uppfattas som lojala och flexibla, i hopp om att vara kvar på arbetsplatsen.

**Motivation till förändring.** Angelöw (2010)  r en av dem som menar att motivation är en mycket central roll för att lyckas med förändring. Han har utformat en motivationsmodell med olika förutsättningar för motivation.

*Tabell 1. Tabellen vill visa på de förutsättningar individen har för motivation samt vilka vården som kan skapas därefter. Fritt efter Angelöw (2010).*

<b>Förutsättningar för motivation</b>	<b>V�rden som skapas</b>
Insikt	F�rst�r nödvändigheten eller önskvärdheten av att förändringen måste göras
Vision och mål	Motiverande visioner med tydliga, positiva och rimliga mål
Delaktighet	Möjlighet att påverka förändringen
Självförtroende	Tro på den egna förmågan att förändra
Information och kunskap	Ger en realistisk och tydlig bild av möjliga förändringar
Trygghet	En känsla av trygghet är nödvändig för att vi ska vilja förändra

Enligt Angelöw (2010) bidrar alla förutsättningar i modellen ovan; *insikt, vision och mål, delaktighet, självförtroende, information och kunskap* samt *trygghet* till en högre grad av förändringsvilja. Dock kan förutsättningarna vara mer eller mindre framställda i olika skeden i förändringsprocessen.

**Känsla av sammanhang.** En annan typ av förutsättning för att bättre hantera förändring kan vara den individuella graden av känsla för sammanhang (KASAM). I forskningen studerade sociologen Antonovsky (2005) studerade den psykiska hälsan bland ett antal personer som överlevt vistelser i koncentrationsläger och fann att en förhållandevis stor del av den grupp som undersöktes i forskningen uppgav en relativt god allmän psykisk hälsa trots de livserfarenheter de bar med sig. Ur forskningsresultaten formulerade Antonovsky sin salutogenetiska modell, som sedermera blev grunden till KASAM-begreppet och dess

innebörd. En stark KASAM är av stor vikt för hur individen hanterar livets stressorer och bevarar en god hälsa (Antonovsky, 2005).

KASAM består av tre centrala teman; *meningsfullhet*, *hanterbarhet* och *begriplighet*. Beståndsdelen *begriplighet* inbegriper en förväntning på att situationen individen kommer utsättas för går att förutsäga, alternativt går att förklara och ordna om den är oförutsägbar. Det handlar således om i vilken utsträckning personen upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, som tydlig, ordnad, strukturerad, sammanhängande information, snarare än som ”brus” – det vill säga kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad och oförklarlig. Oavsett positiv eller negativ karaktär har individer med en stark KASAM förmågan att skapa förståelse för olika stimuli. En svag KASAM kan i dessa situationer medföra att personen inte förmår hantera stressorer på ett adekvat sätt och därmed påverkas negativt av situationen i större utsträckning än vad person med en starkare KASAM gjort. Antonovsky (2005) menar vidare att beståndsdelen *hanterbarhet* innebär att individer med en hög KASAM ser utmanande händelser som hanterbara och låter inte sig själva bli offer för omständigheter. De handlar såldes om i vilken grad individen upplever sig ha resurser för sitt befogande med vilkas hjälp denne kan möta de krav som ställs av de stimuli som denne utsätts för.

*Meningsfullhet* är knuten till i vilken grad arbetstagarna är delaktiga och motiverade i sitt arbete. De som har en starkare KASAM har med större sannolikhet en upplevelse av att problemen på arbetsplatsen är värda att engagera sig i och lägga energi på, än arbetstagare med en svagare KASAM. Givetvis upplever även arbetstagare med hög KASAM situationen som påfrestande men i enlighet med Antonovsky (2005) konfronterar de problemen och försöker finna en mening med dem. KASAM kan sammanfattas på följande vis; KASAM byggs upp genom (1) upplevelser av förutsägbarhet vilka grundlägger komponenten begriplighet, (2) en bra belastningsbalans som lägger grunden för komponenten hanterbarhet och (3) delaktighet i att forma resultatet vilket grundlägger komponenten meningsfullhet

**Delaktighet och engagemang.** En av dem delar i Angelöws (2010) motivationsmodell som bör tas upp mer ingående är delaktighet i förändringsprocessen. För en lyckad organisationsförändring är det av grundläggande vikt att involvera personalen i förändringsprocessen. Ledningen bör fånga upp information och kommunicera med personalen för att få personalen att nå motivation genom delaktighet. Att värdet av organisationsförändringen förmedlas ut till medarbetarna är av stor betydelse, då framgången av förändringen styrs av medarbetarnas förtroende och stöd till implementeringsprocessen (Klarner, Probst & Soparnot, 2007). Även O’Brien (2002) menar att involvera och ha deltagande medarbetare vid förändring är det mäktigaste instrumentet en ledning kan använda

för att uppnå ett positivt och hållbart resultat. Berger (1999) betonar att skillnaden mellan en utbredd misstro mot en ”hotande förändring” och uppslutningen kring en ”utvecklande förbättring” ofta kan förklaras med graden av och kvaliteten i medarbetarnas delaktighet.

Undersökningar som studerat medarbetares upplevda delaktighet i förändringsprocessen fastslår att ledningen med fördel ska ta reda på medarbetarnas åsikter i relation till den kommande förändringen samt involvera dem i förändringsprocessen, då personalen ger bäst gensvar när deras ansvarsområden utvidgas och de uppmuntras att bidra med sina kunskaper och erfarenheter samt inte arbetar under allt för styrda ramar från ledningen (O'Brien, 2002). Utveckling och förbättring bygger på att skapa förutsättningar för personalen att lära sig nya arbetssätt, utifrån egna och andras kunskaper och erfarenheter. När personalen lär sig något nytt och delvis får ompröva gamla tillvägagångssätt samtidigt som det ger möjlighet till stimulans och variation utvecklas och förändras organisationen (Nilsson, 1999).

Engagemanget och delaktigheten inför en förändring spelar en stor roll för dess resultat. På senare tid har forskare alltmer studerat betydelsen av engagemang i sig självt. Bennet & Durkin (2000) visar att en omfattande förändring under en period resulterar i en viss minskning av engagemanget inom arbetstagarens egen verksamhet, samtidigt som individens engagemang ökar i att vara medgörlig, flexibel och tillmötesgående för själva förändringen. I många fall är organisationer duktiga på att planera och arrangera den tekniska och strukturella sidan av förändringen, men är mindre duktiga på att guida och stödja individen och dess återorientering inom förändringsprocessen (Bennet & Durkin, 2000). Enligt Bennet och Durkin (2000) måste ett medarbetarengagemang få en central roll, både för att befästa och stärka förändringen och för att skapa ett framgångsrikt förändringsprogram. Författarna uppmanar till att skapa ett kontrakt mellan ledning och medarbetare, baserat på organisationens nya värderingar och dess praktiska uttryck.

**Stöd.** Lennéer Axlesson och Thylefors (2005) resonerar kring de stöd som krävs för att personalen ska få ett underlättat förändringsarbete. Det är chefens roll att ge vägledning i fråga om vad som ska prioriteras, samt att inta en stöttande roll och ge uppmuntrande ord. I detta stöd gäller det att ledaren är medveten om att alla individer på arbetsplatsen är olika, då vissa tar mer tid än andra på att lära om eller ta in ny information. En chef bör därför ta in de anställda på enskilda samtal för att se vilket stöd den enskilda individen behöver för att slippa känna oro och stress (Lennéer, Axlesson & Thylefors, 2005).

### **Makt kring förändring**

En påverkande faktor för hur anställda berörs av förändringar är vilken hierarkisk position vederbörande har inom organisationen (Falkenberg, Näswall & Sverke, 2008). Falkenberg et al. (2008) resonerar kring två scenarier där påverkan på medarbetarna, beroende av hierarkisk position i organisationen, skiljer sig åt. Å ena sidan förs ett resonemang kring betydande påverkan på medarbetare som befinner sig högt i hierarkin och å andra sidan påverkan på medarbetare med "lägre" positioner. Trots att samtliga berörs av förändringen har de medarbetare som befinner sig högt i hierarkin, till skillnad från medarbetare på lägre positioner inom organisationen, betydligt större kontroll över, och delaktighet i förändringssituationen. Inom sjukhusvärldens hierarkiska karaktär innebär det att beslut fattas på en hög hierarkisk nivå med liten eller ingen involvering av annan personal.

Jacobsen och Thorsvik (2008) diskuterar kring de som utövar makt och menar att de måste ha en bas för att utöva den. De tar fram olika maktbaser, varav *hierarkisk position* är en av dem, där de menar att den som har formell makt får kontroll över viktiga resurser. Han eller hon får således möjlighet att delta i beslutssituationer. Jacobsen och Thorsvik (2008) menar vidare att de personer som har *kontroll över dagordningen*, och/eller *kontroll över information* också innehar en maktbas. *Kontroll över arbetsuppgifter* är en fjärde maktbas, där ju mer central en uppgift är, desto större makt får den som kontrollerar den och ju starkare monopol en grupp har över en uppgift, desto mäktigare blir gruppen. Detta kan också kallas för professionellas makt. En annan maktbas är enligt Jacobsen och Thorsvik (2008) *kontroll över socialisationsprocesser*, där det kan tänkas vara de personer i organisationen som styr introduktioner och inskolningsprogram för ny personal och därmed inpräntar nyanställda med vad som är organisationens värderingar och oskrivna regler. Dessa är ofta de främsta representanterna för organisationens kultur. *Personliga resurser* är en sjätte maktbas som handlar om de individuella drag personerna har som kan upparbeta sig ett rykte som ger makt, vilket påverkar hur personen handlar och hur andra handlar tillsammans med sig själv. En sista maktbas som nämns är *allianser och nätverk* som berör alla de ovan nämnda maktbaserna. En person kan enskilt ha ringa makt eller ingå i allianser med andra som kontrollerar någon eller flera av maktbaserna (Jacobsen och Thorsvik, 2008).

### **Kommunikation**

Forskare har på senare tid alltmer understrukit att brister i den interna kommunikationen är en av de främsta orsakerna till att planerade förändringar misslyckas. Kopplat till de som har makten över förändringar betonas många gånger att om kommunikationen från ledningen till personalen blir mer tydlig, frekvent och om en dialog med personalen initieras kommer

förändringarna också bli mer framgångsrika (Johansson & Heide, 2008). En problematik enligt Johansson och Heide (2008) är att kommunikation ofta ses som en uppifrån och ned-process. Följden av detta är att det lätt blir ett gap mellan ledningens intentioner och resultaten. Detta eftersom det är mottagarnas tolkningar som blir själva förändringen och ledningen kan därför aldrig fullständigt kontrollera utfallet. Utifrån detta innebär det alltså att kommunikationen mellan organisationens medlemmar är avgörande för resultatet av förändringen. För att lyckas med förändringen bör ledningen enligt Johansson och Heide (2008) släppa uppifrån och ned-perspektivet och istället inse vikten av kommunikation och vilken betydelse medarbetarna har i förändringen. Istället för att sprida information genom stormöten, intranät, mail, interna dokument och så vidare så bör tyngdpunkten ligga på dialog och samverkan. Inom detta är det viktigt att mellancheferna får en funktion som samtals- och mötesledare, samtidigt som ledningen måste ge sig ut i organisationen och träffa och diskutera förändringarna med övrig personal (Johansson & Heide, 2008). En annan del inom kommunikation och information är de rykten som kan uppkomma i och med förändringar. Enligt Angelöw (2010) uppkommer rykten på grund av annan bristfällig information. Rykten uppstår ofta i det gap mellan ledning och personal som Johansson och Heide (2008) benämnde, då det lätt blir en misstolkning av ledningens budskap på väg ner till personalen (Angelöw, 2010) Av den anledningen är det av stor vikt att budskap upprepas, även om de känns tröttande för de som förmedlar informationen. En annan orsak till feltolkande kan vara ett så kallat *tunnelseende* som kan uppstå då individer blir stressade under förändringar och till följd av detta får krympt uppmärksamhet (Angelöw, 2010). I organisationer där beslut fattas över huvudet på anställda, där medarbetarna inte görs delaktiga och eller involverade frodas ryktesspridning lätt. Sammanfattningsvis kan rykten minimeras genom att den interna kommunikationen fungerar, och där öppenhet och delaktighet råder (Angelöw, 2010).

### **Syfte och frågeställningar**

Förändringsupplevelser är ett personligt fenomen vilket öppnar upp för frågan hur den enskilde individen upplever förändringar och vilka faktorer som påverkar. Flera tidigare studier beskriver hur verksamhetsförändringar påverkar anställda (se Melén Fäldt, 2010) men inom sjukhusvärlden har dock de mesta studierna gjorts på sjuksköterskor eller läkare och de medicinska sekreterarna har kommit i skymundan i forskningen. Denna studie vill bidra till att få en djupare förståelse kring de medicinska sekreterarnas upplevelser av en ständigt föränderlig arbetsituation där kraven på förändring är hög.

Syftet mynnar ut i denna frågeställning:

- Hur upplever medicinska sekreterare det föränderliga arbetet?

Vilket också leder till en annan frågeställning, nämligen:

- Hur bör förändringsprocessen ske utifrån de medicinska sekreterarnas perspektiv?

## Metod

*Metodkapitlet beskriver en motivering av val av teori och metod och vad dessa val medför för uppsatsen. Därefter följer en beskrivning kring hur empirin har samlats in utifrån de grundläggande teorierna inom metodområdet. Avslutningsvis presenteras hur empirin kommer bearbetas.*

Studien har en kvalitativ och hermeneutisk forskningsansats med tematisk analys som analysmetod. Hermeneutiken är en form av tolkning som går ut på att skapa förståelse för den mening, innebörd och de värderingar som finns i en text, en handling eller i ett beslut (Egidius, 2005). Den hermeneutiska tolkningen ger oss en förklaring genom att den sätter in ett fenomen i dess mänskliga, historiska, sociala, ekonomiska eller konstnärliga sammanhang (ibid). Tolkningarna presenteras emellertid aldrig som sanningar i ett orsak-verkan tänkande, utan som nya och förhoppningsvis fruktbara sätt att förstå känsloreaktioner, tankemönster, motiv för handlingar och andra meningsskapande mänskliga aktiviteter (Nyström, 2008).

Den kunskapsteoretiska utgångspunkten för kvalitativ forskning är att sanningen om verkligheten inte är absolut utan att fakta alltid är fakta i ett specifikt meningsbestämmande sammanhang och förutsätter ett meningsgivande subjekt - en individ (Kvale, 1997). Vid kvalitativ forskning är det inte i första hand statistiska och kvantifierbara resultat som eftersöks utan istället att skapa en djupare förståelse för det område som undersöks (Kvale & Brinkmann, 2009). En kvalitativ forskningsstrategi är induktiv, det vill säga att teorin genereras på grundval av de praktiska forskningsresultaten. Den har också en tolkningsinriktad ståndpunkt vilket betyder att tyngden ligger på förståelse av den sociala verkligheten på grundval av hur deltagarna i en viss miljö tolkar denna verklighet (Bryman, 2011).

Den kvalitativa intervjun syftar till att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld och upplevelse av densamma (Kvale & Brinkman, 2009). Målet är att en nå specifik, djupgående kunskap om det studerade fenomenet. Till skillnad från kvantitativa intervjuer, vilka företrädesvis genomförs med ett representativt urval och med fasta valfrågor, genomförs kvalitativa intervjuer med öppna frågor till ett litet urval (Silverman, 2006). Metoden valdes då den gjorde det möjligt att erhålla en inblick i hur medicinska sekreterare förhåller sig till

det föränderliga arbetslivet. För studiens syfte bedöms därutav kvalitativ intervju vara den mest lämpliga metoden.

### **Fallstudie**

Denna studie är en fallstudie som enligt Stake (1995) rymmer en detaljerad och ingående undersökning av ett enda fall. Fallstudieforskning rör den komplexitet och specifika natur som det specifika fallet uppvisar. Hays (2000) menar vidare att ett fall kan vara allt från en person, en familj, en social grupp, en händelse eller en hel organisation. I denna undersökning hänvisar fallstudien till Skånes Universitetssjukhus som organisation. När det handlar om en fallstudie är det fallet i egen kraft som utgör det som är av intresse, forskarens mål blir således att belysa detta fall. Detta innebär följaktligen att denna studie inte syftar till att generera påståenden eller slutsatser som gäller oberoende av tid och rum (Bryman, 2011). I enlighet med Brymans (2011) exempel är studiens fall ett så kallat ”exemplifierande fall” där målet är att fånga och beskriva de omständigheter och villkor som en vardaglig situation uppvisar. Ett sådant fall väljs för att exemplifiera en mer generell kategori som det är en del av, samt att det är en passande kontext för de forskningsfrågor som ska besvaras.

### **Deltagare**

Inklusionskriterierna för att ingå i studien var att arbeta som medicinsk sekreterare på Skånes universitetssjukhus. Respondenterna tillfrågades av sin enhetschef om de ville medverka i studien och ställa upp på en intervju. Efter ett bekvämlighetsurval blev åtta kvinnliga medicinska sekreterare valda som deltagare. Dessa personer kom från olika avdelningar på Onkologen och Akutkliniken i Malmö, samt från olika avdelningar på Akutkliniken i Lund. Erfarenhet som medicinsk sekreterare varierade mellan ett och 32 år och anställning som medicinsk sekreterare på SUS varierade mellan ett halvår och 32 år.

Det finns en tänkbarhet att respondenterna i studien inte representerar hela avdelningarna, eller klinikerna. Detta på grund av urvalsprocessen där allt deltagande är frivilligt och risken kan då finnas att de som sökte sig till studien hade ett särskilt intresse och därför har speciella åsikter och uppfattningar som kanske inte representerar övriga anställda medicinska sekreterare (Kvale, 1997). Detta är dessvärre inget som går att hantera i fallet med ett bekvämlighetsurval.

### **Material**

Studiens utgångspunkt bestod i en kombination av induktiv och deduktiv ansats, varpå det delvis förelåg en förförståelse och områdeskunskap i ämnet samtidigt som intentionen fanns att ur intervjuerna formulera teoretiska antaganden. Studien använder en intervjuguide (se



bilaga 3), vilket är viktigt enligt Willig (2001) för att inte komma för långt ifrån det ursprungliga forskningssyftet.

**Semistrukturerade intervjuer.** Genom att använda semistrukturerade intervjuer, med ett fåtal fastställda teman relaterade till teoribildning samt tillhörande exempelfrågor, med förebild hämtad från Kvale (1997), möjliggjordes en utgångspunkt i befintlig kunskap (intervjuguiden, se bilaga 3) vilken under intervjuens gång kunde kompletteras, utvecklas och omvärderas. Intervjuguiden är uppbyggd efter en halvstrukturerad intervjumetod av den orsaken att den typen av intervju använder öppna frågor. En öppen fråga kräver att intervjupersonen förklarar eller utvecklar, medan en sluten fråga endast kräver svar som ja eller nej (Häger, 2007). Genom mer öppna frågor kunde en mer nyanserad intervju ges med ett mer omfattande resultat och lämna plats för nya infallsvinklar. Intervjuguiden (se bilaga 1) var noga utarbetad innan genomförandet av intervjuerna och innehöll övergripande frågor som var knutna till studiens centrala frågeställningar. Intervjuguiden var inspirerad av Kvales (1997) ”trattmodell”, där intervjufrågorna är öppna och ”enkla” i början för att sedan bli mer fokuserade i mitten och sedan återgå till mer öppna frågor igen.

### **Procedur**

I december 2011 kontaktades Skånes universitetssjukhus (SUS). Efter ett positivt gensvar inleddes studien med ett första möte med två HR-specialister på avdelningen för kompetensförsörjning på SUS. Därefter ägde tre möten rum som hölls tillsammans med HR-specialisterna och några av enhetscheferna för de medicinska sekreterarna. Under dessa möten belystes de medicinska sekreterarnas yrkesroll och utifrån detta formulerades fokus för studien. Senare presenterades det färdiga förslaget till studien för att se om intresse fann från enhetschefernas sida. Därpå fick de sex enhetscheferna ett informationsbrev (se bilaga 1) via e-post om studiens syfte och utformning, och fick därefter presentera intervjustudien för sina medicinska sekreterare och senare återkoppla till mig i fall intresse för medverkan fanns. Sedermera skedde ett bekvämlighetsurval med de första åtta medicinska sekreterare som visade intresse (Kvale och Brinkenmann, 2009). Dessa personer fick en inbjudan per e-post till att delta i denna studie (se bilaga 2). Inbjudan till de medicinska sekreterarna innehöll syftet med studien, att studien var på frivillig basis och rätten eller möjligheten till att avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång utan krav på förklaring. Vidare fick de information om att all data som samlades in skulle avidentifieras och genom detta kunde informationen inte härledas till personerna. Information gavs också om att intervjuerna skulle spelas in på band efter givet samtycke, allt enligt Vetenskapliga rådet (Vetenskapsrådet, 2012-

04-12). Därefter bevarades kontakt med både enhetschefer och medicinska sekreterarna för att boka in en tid för intervju som passade alla parter.

Under tiden utformades en intervjuguide kring frågeställningen. Deltagarna intervjuades på sin arbetsplats, med den bakomliggande tanken att de intervjuade ska befinna sig i en känd miljö under intervjun för att de ska känna sig så bekväma och trygga som möjligt under intervjun. Intervjun hölls i ett separat rum, antingen ett litet konferensrum, annat ledigt rum eller på en enhetschefs tomma kontor. Detta har också bidragit till att intervjuerna har kunnat genomföras under lugna förhållanden vilket bidragit till att stress och andra störande moment som kunnat påverka resultatet har kunnat undvikas under intervjun, och dessa aspekter har kunnat uteslutas som påverkade faktorer. Varje intervjutillfälle började med en presentation om mig själv och väldigt kort om studiens syfte. Efter samtycke från intervjudeltagarna spelades intervjun in på en mobiltelefon som lades på bordet. På så vis kan intervjuaren enligt Kvale (1997) koncentrera sig på ämnet och dynamiken i intervjun. Intervjupersonerna informerades likaså om att det material som de skulle bidra med skulle komma att behandlas konfidentiellt. Intervjuerna varade mellan 35- 60 minuter.

Ambitionen var att transkribera varje intervju i samband med intervjutillfället, för att förmå komma ihåg vad som sagt under intervjun, i de fall något lät oklart på inspelningen. Detta gjordes genom att lyssna på det inspelade materialet och föra ner intervjusamtalen, ord för ord, i skriftliga dokument.

När alla intervjuer var fullbordade och alla hade transkriberats, printades alla ut på lösa papper. Nästa steg var att göra en tematisk analys, vilket innebär att forskaren undersöker relationen mellan olika koder, försöker se samband, samt föra samman liknande koder för att bilda gemensamma teman (Langemar, 2005). Mer utförligt om hur denna process genomfördes beskrivs i nästa stycke ”Databearbetning”.

### **Databearbetning**

Valet att analysera materialet utifrån tematisk analys stödjer sig på Langemar (2005) som menar att semistrukturerade intervjuer tillsammans med tematisk analys utgör en god kombination av datainsamlings- och analysmetod. Därtill är tematisering som tolkning god när en hermeneutisk ansats använts (Nyström, 2008). I denna undersökning ansågs även tematisk analys lämplig då kombinationen av ett induktivt och ett deduktivt förhållningssätt i analysen var möjlig. Således kan vissa teman vara på förhand förbestämda samtidigt som de kan utformas från insamlade data (Langemar, 2005; Robson, 2011). Förkunskaper om personal inom organisationsförändringar fanns eftersom området har studerats tidigare under utbildningen och kan ha därför ha påverkat kunskapsförutsättningarna. Att förutsättningslöst

undersöka fenomenet bedömdes därmed som ogörligt och det hade kunnat innebära en risk att förförståelsen omedvetet påverkat den induktiva tematiseringen samt försämrat förmågan att upptäcka nya aspekter i data, i enlighet med Langemar (2005).

Braun och Clarke (2006) betonar de fördelar tematisk analys med sin flexibilitet har att erbjuda. Till skillnad från andra mer epistemologiskt och teoretiskt ”bundna” metoder blir tematisk analys ett mycket användbart forskningsredskap som ger en rik och detaljerad, om än komplex, samling data.

För att i största möjliga mån behålla ett induktiv explorativ angreppssätt till data, gjordes endast en översiktlig teorigenomgång om organisationsförändring kopplat till medicinska sekreterare innan intervjuerna. Dock finns en medvetenhet om att analysen inte utförs i ett epistemologiskt vakuum där teoretiska och epistemologiska ställningstagande kan förintas. De förbestämda kategorierna låg till grund för intervjufrågorna, vilket innebar att en stor del av data var indelad i kategorier redan då det samlades in. För att i analysen identifiera teman valdes en semantisk nivå till att börja med, där samtals innehåll alltså var i fokus. Det transkriberade materialet lästes i sin helhet upprepade gånger för att få en grundläggande förståelse för materialet. Genom att studera texten och markera relevanta ord och meningar och sedan gruppera dessa efter kategorierna skapades olika block med text för varje tema. All information som hade grupperats summerades sedan under respektive tema. Därefter övergick arbetet i en mer tolkande process där betydelsen av dessa teman fick träda fram, där ett försök gjordes att förstå innebörden och meningen av intervjuerna ur ett bredare perspektiv.

I detta fall valdes att ha både huvudtema och undertema för att få en bra struktur i resultatet. Ett antal citat valdes för att komplettera sammanfattningarna samt för att belysa intervjupersonernas resonemang kring temat (Hays, 2000).

Nedan presenteras några citat för att visa på hur den tematiska analysen användes i studien, enligt Hayes (2000).

[...]vi har fått så många andra arbetsuppgifter här i Malmö, att vi bildat arbetsgrupper, och vi tar med ansvar, till andra bitar än att bara sitta och skriva. Så att vi ska nog överleva, även om läkarna skulle diktera in direkt i journalen, och det är klart att det utvecklas och alla yrken förändras ju, och de är väl positivt det med tycker jag!

Kodord i föregående citat var andra *arbetsuppgifter*, *ansvar*, *överleva*, *utvecklas* och *positivt*. Som exempel valdes ovanstående citat till underkategorin ”**framtiden**” inom temat

**”yrkesrollen medicinsk sekreterare”**. Detta för att belysa intervjupersonens syn på de medicinska sekreterarnas framtid i yrket. Detta har tolkats som att denna intervjuperson ser en ljus framtid där de medicinska sekreterarna hänger med i utvecklingen.

Vissa saker har man ju fått vara med och tycka och planera, men inte så ofta faktiskt. Oftast är de andra som bestämmer och sen så får man de färdigt. Så de är lite dumt man borde ha lite mer, man borde vara mer intresserade av de som arbetar på golvet.

Kodord i föregående citat var *tycka, andra bestämmer, mer intresserade, och golvet*.

Kodorden tolkades in i temat **”delaktighet”**. Detta citat har tolkats som att denna intervjuperson ser delaktighet som något som innebär att få tycka, men att det på SUS ofta är andra som bestämmer men menar samtidigt att de borde visa mer intresse för de som arbetar på golvet och få dem delaktiga.

Rädslan innan att man skulle förlora jobbet för att läkarna skulle diktera in i journalen, det finns inte ännu, och även om man skulle minska på det så kommer det många andra arbetsuppgifter som man kan få.

Citatet ovan visar ett exempel på hur tolkningen sett ut för undertemat (kategorin) **”rädslor”** under temat **”yrkesrollen medicinsk sekreterare”**. Kodord från detta citat är: *förlora jobbet, diktera, inte ännu och arbetsuppgifter*. Tolkningen är att intervjupersonen har viss rädsla att förlora jobbet, då digital diktering är det största hotet. Dock tolkas en positiv känsla in av att andra arbetsuppgifter finns att tillgå.

### **Validitet och reliabilitet**

Validitet och reliabilitet är två viktiga begrepp när det gäller att få en bild av kvaliteten i en undersökning. Många kvalitativa forskare har dock diskuterat hur pass relevanta dessa begrepp är för kvalitativa undersökningar. När det gäller validitet verkar det nästan definitionsmässigt vara kopplat till mätning (Bryman, 2011). Då mätning inte är det främsta intresset för en kvalitativ forskare kan validitet som begrepp bli ifrågasatt. Exempelvis rör intern validitet hållbarheten eller giltigheten i de resultat som specificerar ett kausalt samband, vilket inte är fallet för en kvalitativ forskning. Extern validitet å andra sidan kan vara relevant vid kvalitativa undersökningar, men frågan om representativitet med avseende på undersökningspersoner och resultat har en mer uppenbar tillämpning inom den kvantitativa forskningen kopplat till dess urvalsmetoder (Bryman, 2011). Studiens validitet och reliabilitet

har hela tiden varit i fokus, dock har ett försök gjorts här nedan till att klargöra de mer ”passande” begreppen till en kvalitativ studie.

De som argumenterar för att använda andra begrepp grundar sitt ställningstagande på att de metoder som används för att bedöma trovärdighet i kvantitativ respektive kvalitativ forskning bygger på olika vetenskapsteoretisk grund (Börjesson & Palmblad, 2008). Lincoln och Guba (1985) var några av de första som menade att det behövs alternativa termer och andra bedömningskriterier för kvalitativa studier, detta eftersom de ansåg att det inte fanns en enda absolut sanning om den sociala verklighet som de är samhällsforskarens uppgift att avslöja. De menar istället att de kan finnas flera möjliga beskrivningar på verkligheten och ansåg att begreppen tillförlitlighet och äkthet fungerar bättre som begrepp inom kvalitativa studier.

**Tillförlitlighet.** Tillförlitligheten består av fyra delkriterier; *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att stryka och konformera*, som alla har någon typ av motsvarighet i kvantitativ forskning. *Trovärdighet* är en motsvarighet till intern validitet. Intern validitet handlar om frånvaron av systematiska fel och att en studie mäter det som det är tänkt att den ska mäta (Kvale & Brinkman, 2009). För att höja validiteten i en undersökning är det av vikt att den genomförs på ett metodiskt, genomtänkt vis. Således har en fortlöpande reflektion skett under processen gång över metodval och resultat genom att ifrågasätta slutsatser, vilket höjer validiteten på studien. Kopplat till de olika möjliga beskrivningar som kan ges av en verklighet så är det trovärdigheten i forskarens beskrivning som avgör hur pass acceptabel den är i andras ögon. Detta innebär att forskaren både måste säkerhetsställa att forskningen genomförts i linje med de regler som finns samt att resultaten rapporteras till de personer som är en del av den sociala verklighet som studerats för att bekräfta att forskaren uppfattat dem på rätt sätt. Ett tillvägagångssätt för att generera en trovärdighet i resultaten är att följa de etiska råd som rekommenderas samt att undersökningspersonerna får tillgång till det färdiga resultatet (Bryman, 2011). Detta säkerhetsställs i denna studie genom att resultatet har bekräftats av de åtta intervjupersonerna – vilket kallas respondentvalidering (Bryman, 2011). Vid en kvalitativ undersökning menar Bryman (2011) även att det kan finnas flera skilda beskrivningar av en social verklighet och således avgör forskarens beskrivning av resultaten hur pass trovärdig studien kan anses vara. Den andra delen i studiens tillförlitlighet är dess *överförbarhet*. Överförbarheten vid en kvalitativ studie motsvarar det som benämns extern validitet, eller generaliserbarhet vid en kvantitativ studie (Bryman, 2011). En studie anses vara generaliserbar om den hade gett samma resultat även vid en annan tidpunkt eller ett annat sammanhang (Bryman, 2011). Vid

en kvalitativ studie ställs däremot inte samma krav på generaliserbarhet då metoden främst syftar till att få fram djupa, detaljrika och fylliga beskrivningar (Bryman, 2011). En vanlig invändning mot huruvida det går att generalisera en intervjustudie eller inte är att intervjupersonerna brukar vara för få (Kvale & Brinkman, 2009). I denna studie studeras medicinska sekreterare vid Skånes universitetssjukhus, dock är de representerade av endast ett fåtal personer. Även om flera medicinska sekreterare intervjuats, från olika avdelningar och kliniker, är resultatet inte representativt eller överförbart för alla, vilket en kvalitativ studie inte heller strävar efter. Prediktion eller generalisering är inte syftet med denna studie utan snarare att få en djupare inblick i det fenomen som undersöks. Undersökningen kan ses som en språngbräda till vidare forskning, det vill säga att den genererar nya hypoteser och frågeställningar som i sin tur kan undersökas antingen kvantitativt eller kvalitativt (Willig, 2001). Enligt Lincon och Guba (1985) ger en fyllig redogörelse av resultaten en bred databas för andra personer att bedöma hur pass överförbara resultaten är i en annan miljö.

Ett tredje begrepp är *pålitlighet* som är jämförbart med vad som kallas reliabilitet i kvantitativ forskning. Vidare handlar reliabiliteten inom intervjustudier om att undersökningen inte har påverkats av vem som har utfört mätningen och under vilka omständigheter den har genomförts (Kvale & Brinkman, 2009; Lundahl & Skärvad, 1999). Genom att uppmärksamma risken att den egna referensramen kan påverka studien försöktes sådan skevhet att minimeras. Enligt Lincon och Guba (1985) ska forskaren inta ett granskande synsätt så att det skapas en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser i forskningsprocessen. Sedan kan utomstående personer fungera som ”granskare” och bedöma kvaliteten på de procedurer som valts, samt hur de tillämpats, därför har handledaren kontinuerligt under undersöknings gång studerat materialet vilket öppnar för andras perspektiv och granskning. Ett annat sätt att stärka pålitligheten i en undersökning är att minska på slarv- och slumpfel under datainsamlingen (Kvale & Brinkenmann, 2009). Detta säkerhetsställdes då intervjuerna transkriberades kort därefter med hjälp av inspelningarna. I alla åtta intervjuer höll inspelningarna en mycket god kvalitet vilket stärker att slump- eller slarvfel saknas i resultatet. Likväl finns det förvisso fortfarande risk att intervjupersonernas mening omedvetet kan ha uppfattats fel. Detta bör dock ha undvikits genom de muntliga sammanfattningar och upprepningar av det som sagts i intervjun, allt för att undvika missförstånd. Pålitligheten i studien innebär således att det är en frånvara av slumpmässiga fel och påverkan av yttre faktorer (Kvale & Brinkman 2009).

*Möjlighet att styrka och konfirmera* betyder att forskaren kan säkerhetsställa att ha agerat i god tro. Detta innebär att personliga värderingar eller teoretisk inriktning inte ska

påverkat utförandet av och slutsatserna från en undersökning (Bryman, 2011). Kopplat till detta innebär att det inte går att vara absolut objektiv i sin forskning. Forskningsprocessen kan störas av att forskarens personliga värderingar och åsikter är svåra att kontrollera. För att kunna visa på en konfirmerbarhet i sin studie bör forskaren därmed visa på att undersökning har genomförts med ärligt uppsåt (Bryman, 2011). I denna studie har strävan varit att inte låta personliga värderingar eller kunskaper inverka på insamlandet av empiri och studiens resultat. Objektivitet har eftersträvat genom att i möjligaste mån bortse från egna föreställningar, samt att göra ett försök att vara öppen för andra perspektiv och slutsatser. Enligt Lincon och Guba (1985) kan "granskaren", i mitt fall handledaren, understödja detta.

**Äkthet.** I enlighet med Lincon och Guba (1985) formuleras ett antal kriterier i koppling till äkthet. En *rättvis bild* innebär att undersökningen ska ge en tillfyllest rättvis bild av de skiljaktiga åsikter och uppfattningar hos samtliga människor som studerats. Utöver detta bör undersökningen bistå deltagarna att komma fram till en ökad förståelse av sin sociala situation och den sociala miljö de lever i, vilket kallas *ontologisk autenticitet*. *Pedagogisk autenticitet* är en annan del av äktheten som innebär att undersökningen ska bidra till att deltagarna får en bättre bild av hur andra personer i miljön upplever saker och ting. Dessutom bör undersökningen enligt Lincon och Guba (1985) möjliggöra att deltagarna kan förändra sin situation, detta kriterium kallas *katalytisk autenticitet*. Ett sista kriterium inom äkthet är *taktisk autenticitet* som innebär att deltagarna bör få bättre möjligheter att vidta de åtgärder som krävs. Äkthetskriteriet kan uppnås genom att deltagarna får ta del av studien.

**Reflexivitet.** Vid tolkning av en studie måste uppmärksamhet ägnas åt komplexiteten av intervjun som ett socialt fenomen. Att synliggöra olika aspekter av intervjun är därför av intresse (Alvesson & Deetz, 2000). Enligt Alvesson (2003) bör forskaren använda sig av reflexivitet, det vill säga att växla mellan att göra tolkningar och att utmana dem, vilket även innebär utforskning av mer än en mening av fenomenet. Alvesson (2003) menar vidare att det inte finns några definitiva sanningar och alla synsätt är lika värda att utveckla. Han menar således att vi ska använda olika infallsvinklar för att vi inte ska fastna i en tankebona. Willig (2008) diskuterar vidare kring reflexivitet och menar att det är forskarens medvetenhet om sin egen roll i tolkandet och konstruktionen av forskningen och det omöjliga i att försöka vara helt neutral i sitt synsätt. Hon menar vidare att reflexivitet kan delas upp i två undergrupper; personlig reflexivitet och epistemologisk reflexivitet. Personlig reflexivitet handlar om att reflektera kring sina egna värderingar, politiska ståndpunkter, intressen och så vidare och hur dessa bidrar till att forma forskningen. Den epistemologiska reflexiviteten har ett vidare perspektiv och låter forskaren reflektera över allmänna antaganden som kan ha

gjorts under forskningens gång till exempel om hur man definierat förändring i studien, och vilka konsekvenser dessa antaganden får för forskningsresultatet (Willig, 2008). I denna studie har reflexiviteten funnits närvarande som en medvetenhet hos forskaren och främst då den personliga reflexiviteten. Det reflexiva synsättet har underlättat i att inte över- eller undertolka data och information, samt till att skapa ett nyktert synsätt på sin egen roll i intervju och analys.

**Den sociala verkligheten.** Alvesson (2008) avser att hela forskningsprocessen är en rekonstruktion av den sociala verkligheten, där forskaren både interaktivt samspelar med deltagarna och hela tiden aktivt tolkar, samtidigt som denne skapar bilder för sig själv och andra och därmed negligerar alternativa tolkningar. Detta hänger ihop med att samhället som den intervjuade lever i, råder en viss kultur. Detta betyder att det på samma sätt råder en viss företagskultur på SUS. Detta i sin tur innebär att det är kulturella skript som påverkar de svar som intervjupersonerna ger. Det påverkar även tolkningen av informationen, om det inte finns en medvetenhet hos forskaren att olika kulturella skript kan användas för att uttrycka sig eller förklara ett visst fenomen. Intervjupersonerna använder samtidigt ett visst ordbruk eller lutar sig på kulturella antaganden (Alvesson, 2003). Kvale (1997) diskuterar detta vidare och menar att när forskaren befinner sig i samma kultur, samhällsmässigt, kan det vara lättare att förhålla sig till de antaganden och kulturella skript som återges av intervjupersonen. Den stora problematiken inträffar vid en helt nytt kulturellt möte, där andra oskrivna lagar, regler eller antagandet återfinns. Utifrån denna problematik har en medveten tolkning hela tiden genomsyrat processen samt ett försök att nå en samförstålighet med de medicinska sekreterarnas kultur.

### **Källkritik**

Enligt Bengtsson och Bengtsson (2003) kan en källas trovärdighet bedömas efter fyra kriterier: äkthet, beroende, tendens och tidsavstånd. Under studiens gång har den granskade informationen säkerhetsställt som vetenskaplig samt trovärdig. Utifrån beroendekriteriet framhålls vikten av hur oberoende och opåverkad en källa är. Utifrån detta är primärdata mer tillförlitligt än sekundärdata eftersom den ursprungliga informationen inte har haft några mellanhänder. Detta kriterium hör samman med tendenskriteriet som poängterar att författarens egna intressen kan påverka informationen. Därav är den valda litteraturen medveten och kritiskt granskad, med främst primärkällor använda för att ge tyngd åt studien. Vad gällande tidsaspekten håller källorna sig inom en rimlig ram utan att för den delen valt bort någon relevant teori.



### **Forskningsetiska ställningstaganden**

Vetenskapsrådets etiska regler för samhällsvetenskaplig forskning användes under studiens gång (Vetenskapsrådet, 2012-04-12). Vid all forskning måste hänsyn tas till deltagarnas integritet och värdighet så dessa inte kränks. I samband med den första kontakten via ett informationsmail till intervjupersonerna informerades de om de fyra etiska övervägandena (Kvale, 1997). För att försäkra att deltagarna förstått de etiska övervägandena förekom även muntlig information i samband med intervjutillfället då det även gavs utrymme för frågor kring dessa. *Informationsetik* innebar således att intervjupersonerna informerades om studiens syfte, vad deras medverkan innebar samt vad resultatet kan användas till. Därutöver tydliggjordes att deltagandet var helt frivilligt samt att de kunde avbryta när som helst. *Samtyckeskravet* uttrycktes genom att intervjupersonerna gav sitt samtycke till intervjun. I samband med intervjun tydliggjordes även att intervjun gärna spelas in, men endast efter deras samtycke. *Konfidentialitetskravet* innebär att skydda intervjupersonernas identitet. Detta motiverar att det skett en aidentifiering och undanhållande av särskild information kring intervjupersoner, som annars skulle kunnat härledas till dem. *Nyttjandekravet* innebär att intervjupersonerna är medvetna om att det färdiga materialet kan komma att publiceras och nyttjas av andra. Intervjupersonerna meddelades att de själva får ta del av materialet, dock i en aidentifierad form där personerna förblir anonyma. De fick även veta att ljudfilerna av intervjuerna skulle raderas efter hand (Kvale, 2007).

## Resultat

Transkribering → Kodord → Kategorisering → Tematisering

Efter identifiering av kodord utifrån insamlad data utmynnade de i 10 stycken kategorier (underteman) vilka i sin tur fördelades på sex stycken teman. Dessa syns här nedan:

*Figur 2. Denna figur beskriver de sex utvalda huvudteman med dess olika underteman.*



### Yrkesrollen medicinsk sekreterare

Samtliga intervjupersoner ser positivt på sitt yrke. De gillar att arbetet har flera sidor, med skrivande, sociala kontakter, administrativa sysslor och dokumentation av omväxlande art. Däremot finns åsikter att arbetet ibland kan vara väl stressande och tröttande då arbetsuppgifter ofta läggs på hög. Flera påpekar att arbetet är ett serviceyrke där deras roll är att serva vårdpersonalen med de flesta sysslor som inte innebär vård av patienter. Detta innebär att förutom att de medicinska sekreterarna ska sköta dokumentation och administration ser de själva att de finns där för att stötta, om till exempel en dator är sönder, eller skrivaren strejkar. Allt för att hjälpa övrig vårdpersonal och få arbetet att flyta på.

Jag trivs ju att jobba, tycker det är ett serviceyrke, vi är här för att serva doktorerna och om det innebär att jag måste springa och hjälpa doktorn med datorn eller en utskrift. Det är min yrkesroll, det är därför jag är här, jag är inte här för att sitta och prata eller... jag tycker att

mitt yrke är ett serviceyrke, jag är här för att serva doktorer och övrig vårdpersonal när de strular sig. – Intervjuperson 4

Sammanfattningsvis beskriver flera av intervjupersonerna sig som vårdens ”spindel i nätet”, med innebörden av att de knyter ihop alla vårdens delar och har en helhetssyn som läkare och sjuksköterskor kanske saknar.

**Yrkets betydelse.** Samtliga intervjupersonen anser att yrket har en avgörande betydelse för att få vården att fungera. De menar att läkarna och vårdpersonalen ska sköta patienterna och slippa göra det administrativa. Många tror att det hade blivit kaos utan de medicinska sekreterarna och att det hade blivit mer väntetider än de redan är.

Den (yrkesrollen) har ju förändrats över åren kan man säga, men ja tycker att den är viktigt att den behövs, för det var när jag började och precis blivit färdig, så var de en doktor som sa om just den här röststyrningen, att ni kommer ju inte behövas för de kommer ju bli det. Och detta var ju på 90-talet, skratt, så då tänkte jag.. nää så kommer de va. Men nä, så har det ju inte blivit och nu tror jag att vi kommer behövas i alla fall, vi är som något lim, även om vi inte skriver, för att få ihop de på något sätt.. för sköterskorna ser sin bit och läkarna ser sin bit och sen kan vi se. Vi får ihop det på något sätt tycker jag. Jag tycker mer vi har en helhetssyn.  
- Intervjuperson 1

Samtliga intervjupersoner är överens om att de behövs, med argumentationen att sjukhuset hade säckat ihop annars. Om journaler inte skrivs, eller patientetiketter inte kommer ut, så skulle resterande vård inte heller fungera.

Jätteviktiga! Varken läkare eller sjuksköterskor, här i alla fall, eller ja kan inte tänka mig någon annanstans heller, hade klarat sig utan [...] det hade blivit katastrof, det spelar ingen roll om det är en sjuksköterska, undersköterska eller läkare, är det något de inte kan eller vet, det har hänt något med datorn eller vad som helst, då är det till oss de kommer, det är vi som fixar allt, allt, allt! – Intervjuperson 3

**Framtiden.** Intervjupersonerna ser en framtid med något ändrande arbetsuppgifter, men hur det verkligen kommer yttra sig har de svårt att se. Många av intervjupersonerna tror på en framtid där de kommer behövas mer kunskap inom vissa områden. De områden som ofta nämns under intervjutillfällena är IT, ekonomi, forskning och språk.

[...] vi har fått så många andra arbetsuppgifter här i Malmö, att vi bildat arbetsgrupper, och vi tar med ansvar, till andra bitar än att bara sitta och skriva. Så att vi ska nog överleva, även om läkarna skulle diktera in direkt i journalen, och det är klart att det utvecklas och alla yrken förändras ju, och de är väl positivt det med tycker jag! – Intervjuperson 8

De nämner flera arbetsuppgifter som de anser sig ha kompetens att utföra, exempel på detta är; bokning av läkarbesök, ordna med fakturor, dokumentera vid forskning, leta statistik och avlasta mer av sjuksköterskornas dokumentation. Många tror att framtiden komma innebära en ökad digitalisering. Inom detta nämns digital diktering eller röststyrd diktering. Detta innebär att läkarna ska diktera rakt in på datorn till ett särskilt program som gör om rösten till ord direkt in i journalen. Ännu har detta inte blivit verkligheten för någon av intervjupersonerna och tron på huruvida de kommer ske eller inte skiljer sig från person till person, men samtliga är nyfikna på ifall det skulle fungera.

[...] jag skulle vara väldigt intresserad av att se om de fungerar och testa de, men det har vi ju inte haft någon möjlighet till så jag vet inte om de är... det låter ju intressant, men jag är inte helt övertygad än om de kommer fungera, för man känner ju själv när man sitter och skriver, man försöker höra vad de säger, speciellt utländska läkare, för de har ju lite annan ordvändning, så den får man ju sitta och göra om till svenska ju. – Intervjuperson 2

[...] vi har tjatat länge, att vi vill se de i verkligheten hur de funkar, för de finns ju, kan inte de komma och visa oss eller kan vi åka dit och se, för vi vill se, för vi har svårt att tänka oss att de ska kunna funka så jättebra när läkarna stänger av innan de är klara, och sätter på efter de börjat prata, och tuggar och allt vad de gör. – Intervjuperson 3

Sammanfattningsvis är de flesta öppna för hur det skulle fungera med digital diktering, men med ett visst tvivel på dess funktion. Många har svårt att se att ett datorprogram kan skriva ner diktaten i en ren och läsbar journalfil då läkares svenska kan vara dålig, eller att läkaren tuggar, ändrar sig fram och tillbaka och så vidare. Ingen verkar heller positivt inställd till att få en funktion som redigeringspersonal. Viss rädsla för att förlora skrivningen som uppgift visar sig, men de är övertygade om att andra arbetsuppgifter komma fylla deras arbete.

Att vi ska bli redigeringspersonal bara, att de roliga försvinner, det är många som tycker de är roligt att skriva, jag är en av dem. – Intervjuperson 1

Om deras nya funktion blir att redigera texten så tror de inte att digital diktering kommer spara så mycket tid egentligen, de menar att det bara blir en typ av dubbelarbete. Inget tror heller att det är läkarna som kommer korrekturläsa, i så fall anser de att det är en onödig extrautgift som inte spar några pengar. Kopplat till digital diktering nämner flera av intervjupersonerna hur viktigt de är att arbetet utvecklas, de menar att de måste få nya arbetsuppgifter för att finnas kvar i yrket. Något flera nämner som positivt är att eventuell digital diktering kommer öppna upp för mer tid över till annat, vilket kan leda till att de medicinska sekreterarna kan underlätta ännu mer för läkare och sjuksköterskor, genom att ta över i deras administrativa arbete.

Jag ser det lite så, då får vi öppna för andra arbetsmoment som vi kan klara av, jag är inte rädd för det, gör hellre det än går arbetslös. – Intervjuperson 8

**Rädslor.** Uttryckta rädslor kopplat till yrket medicinsk sekreterare är främst att arbetsuppgifter, såsom journalskrivningen, kan komma att försvinna i och med digital diktering. Ingen uttrycker vidare rädslor då de flesta ser positivt på framtiden och menar att de medicinska sekreterarna alltid kommer att behövas, förutsatt att de är öppna för nya och vidgade arbetsuppgifter.

Rädslan innan att man skulle förlora jobbet för att läkarna skulle diktera in i journalen, det finns inte ännu, och även om man skulle minska på det så kommer det många andra arbetsuppgifter som man kan få. – Intervjuperson 7

Många nämner att hot mot yrket har funnit i nästan alla år. Bland annat då datoriseringen kom in i vården, eller nu då digital diktering är på väg in. Dock beskriver flera en känsla av ovisshet då hoten egentligen inte skapar så mycket förändring, då de inte skett något innan.

Då blir man ju lite så.. man undrar ju, ska man ha nåt jobb kvar. Ett tag skulle ju inte medicinska sekreterare behövas alls i och med datoriseringen. Då skulle ju allt gå av sig självt ju, skratt, ja journalskrivningen skulle ju sköta sig självt i stort sätt men jag har ju sett att så har det ju inte blivit, och jag får ju säga, jag har nog inte trott så väldigt mycket på de spekulationerna, vänta bara till det kommer, och vänta bara! Och man har väntat, men de har aldrig hänt något, utan de har sett ut precis som innan. – Intervjuperson 2

**Utvecklingsmöjligheter.** De flesta intervjupersoner uttrycker att utvecklingsmöjligheterna inom yrket är ringa. De karriärmöjligheter som finns är specialansvar inom till exempel IT, eller att bli samordnare eller enhetschef och därmed ha ansvar över andra medicinska sekreterare.

[...] det är lite synd att vi inte kan vidareutvecklas, man kan bara bli enhetschef eller så. Men inget vi kan förkovra oss i, inga utbildningar vilket är synd. – Intervjuperson 7

Fler anser att det hade varit trevligt med fler utvecklingsmöjligheter, där medicinska sekreterare kanske kunde ha vidareutvecklats sig i ett specialområde. Flera nämner att kurser hade varit ett bra alternativ att hålla utvecklingen igång. Andra utvecklingsmöjligheter som nämns är att lära av varandra. Någon nämner att utbyte medicinska sekreterare emellan hade varit bra – då kan de hjälpa varandra med de olika problem som kan finnas på olika avdelningar och kliniker.

### **Inställning och syn på förändring**

Under intervjuerna visade det sig att de flesta har en positiv inställning till förändring. Dock påpekar flera att den positiva inställningen snarare är ett undantag från övriga anställda. Detta förklaras med att tiden i yrket har lärt personerna att se möjligheter istället för hinder, men tankar kommer också fram om att yngre personal är mer öppensinnade för förändring än de äldre.

Ju äldre man blir har man sett att alla förändringar inte är till de bättre, utan de finns de som var bättre i det gamla sättet med. – Intervjuperson 8

Intervjupersonerna har något olika syn på varför det sker förändringar. Exempel på orsaker och motiv är; effektivitet, bättre kompetenser, besparingar, pengar, politik och ett mer friktionsfritt arbete. Dessutom är de flesta överens om att förändring är mycket viktigt så att man inte står still på samma ställe utan hela tiden utvecklas. Flera tycker det är spännande med nya saker, dock finns det vissa åsikter om att vissa förändringar verkar ske ”bara för att”.

Ibland får man ju känslan av att det ska förändras bara för de ska förändras. Men de är väl att de ligger politik bakom och så.. så är det. För ibland är de sådana förändringar som man tycker är helt meningslösa, det är helt meningslöst, de gagnar ingen och framförallt inte patienterna. – Intervjuperson 2

Av de åtta medicinska sekreterarna har de flesta en positiv inställning till förändringar. Dock är deras inställning endast positiv om förändringen leder till något bra.

Att de ska bli förbättringar, det är ju faktiskt, jag tror inte att nån gör en förändring för att de ska bli sämre, men.. sen är de inte alltid att de blir bättre, då är det viktigt, som jag tycker är viktigt att man följer upp sen, blev de här bättre? – Intervjuperson 3

Därutöver är det flera som nämner att vissa förändringar sker, men sedan går de tillbaka som det var innan. Detta innebär att flera är osäkra på om förändringarna verkligen är genomtänkta innan de sker.

**Alla är olika.** Men några betonar också att alla människor är olika, så det någon tycker är en mycket bra förändring kanske någon annan tycker är helt fel. Dock är det några av intervjupersonerna som betonar det positiva med att vissa är mer drivande medan vissa gör mer motstånd.

Ofta är man ett lok och sen kommer alla vagnarna, sen kommer den sista vagnen som bromsar lite grann, så inte loket ska springa för fort.. och ibland är det ju bra att man diskuterar och tar upp både positivt och negativt, för att hitta balans i de hela. –  
Intervjuperson 8

I övrigt är det mycket ”gnäll” om förändringar på avdelningarna. Detta verkar bottna i en osäkerhet om hur framtiden kommer att bli. Flera intervjupersoner nämner att gnällande kollegor ofta klagar på att förändringarna sker snabbt, att de inte vill eller inte orkar. De som fortfarande har en ljus bild av förändringar försöker stänga öronen då de tycker är jobbigt att höra gnäll och klagomål.

**En förändring i taget.** Flera tror att de flesta personer skulle tycka förändringar var ganska kul om de kände att de hade tillräckligt med tid för att ta till sig dem. När personalen redan är stressad och har mycket att göra anser flera intervjupersoner att en ytterligare förändring bara blir som en extra betungande pålaga.

[...] de får inte bara vara förändringar hela tiden, utan man måste få vila och återhämta andan ett tag och sen påbörja ett nytt förändringsarbete. – Intervjuperson 1

Dessutom kommer de fram tankar om att det i många fall är bäst att bara vänta och se då alla förändringar inte sker på allvar.

[...] så har de vart så många år här nu att de pratas och sen blir de aldrig, så de är väldigt turbulent, så man har lärt sig det, när de första förändringarna började, 94 tror jag, och sen har de kommit olika förändringar, en del blir av, en del blir inte av, så ser man som så, man får vänta och se hur de blir helt enkelt, innan man börjar bekymra sig för det. – Intervjuperson 2

**Uppföljning.** Ingen av intervjupersonerna nämner att det finns någon typ av uppföljning på de förändringar som görs på SUS.

[...] att det går för fort helt enkelt! Man borde sakta ner och utvärdera om de ger någonting. – Intervjuperson 2

Flera menar att deras inställning till förändringar hade blivit mer positiv då ordentliga utvärderingar hade genomförts. Om de visste att flera förändringar resulterade i något bra hade de antagligen haft en bättre inställning till dem.

Att alla får vara med och tycka till och planera de här förändringarna, och sen att sätta ett slutdatum att då ska de vara klart. Och då vet man, att då kan man göra en utvärdering efter ett tag och så se vad som hänt, om de blivit något bra av den här förändringen, för de upplever jag inte att de görs... utvärderingar. – Intervjuperson 1

### **Kommunikation**

När det gäller information om kommande förändringar är nästintill alla överens om att det är den närmsta chefen, enhetschefen, som först kommer med informationen. Dock påpekar flera av intervjupersonerna att när de får reda på förändringarna så är de redan beslutade om och att om man verkligen vill veta något så gäller det att ligga på och fråga själv. Vad gäller kommunikation under förändringar säger samtliga att ledningen är dålig på att lyssna och kommunicera med personalen.

Gå ner och lyssna på personalen, gå ner på golvet och lyssna på de som går i det och ta det till er, gör en enkätundersökning eller vad som, men lyssna på personalen som går nere i det!  
– Intervjuperson 4



Vissa betonar att de har den information de behöver, medan andra vill ha mer.

[...] jag vill ha mer information än vad de kan ge mig, skratt. Till exempel när den här nya mottagningen ska vara färdig, de kan bara säga att det är under hösten, men jag vill veta när, hösten är lång, skratt. Men det vet de inte själva, så de kan ju inte ge mig svar.

– Intervjuperson 1

Flera nämner även att kommunikationen inte är tillräcklig för att veta hur saker och ting ska bli. Ofta kommer det nya rutiner och förändringar via mail, detta anses ibland vara en svårighet då mail kan vara svårtolkade och flera uttrycker att det hade varit bättre att träffas och diskutera nya saker. Mailen tar dessutom långt tid att läsa och det kan lätt misstolkas, eller att personer tolkar den olika.

[...] sen ska man läsa det och göra efter det. Det är väl lite si och så där, hade varit bättre att träffas och diskutera innan de sker något. – Intervjuperson 5

Flera anser att en ökad kommunikation hade underlättat förändringsarbetet. Dessutom hade de skapat en ökad delaktighet och känsla av sammanhang till förändringarna.

Jag tror man hade vunnit på om man hade pratat mer med varandra, och diskuterat, det tar ju i och för sig en sån jädrans tid.. och det finns ingen som har tid med det... men jag tror att man hade kommit fram till mer saker om man hade haft fler och oftare, kanske en ledd dialog.

– Intervjuperson 6

**Rykten.** Rykten om förändringar och skvaller av kollegor är något som verkar ske i relativt stor utsträckning på SUS. Flera nämner att de tidigare kunde påverkas, men att de har lärt sig att inte tro på dessa rykten förrän de har blivit verifierade av någon chef.

[...] ofta att rykten går sen när de kommer fram till en själv så vet man inte riktigt vad man ska tro. Så att det bästa är ju att vänta till man får reda på vad som egentligen ska hända ju.

- Intervjuperson 2

Ryktena skapar också en psykisk stress då mycket av arbetstiden går ut på att oroa sig för hur arbetet ska bli. Sammanfattningsvis anser intervjupersonerna att de oftast får den information

de behöver, men det är med betoningen att de får den information de behöver för att utföra sitt jobb, men kanske inte den information de egentligen vill ha.

### **Relationer**

Vad gäller relationerna mellan medicinska sekreterare så framkommer att det ibland kan vara en viss uppdelning mellan avdelningarna. I någon situation har det uppstått missnöje då några medicinska sekreterare har varit tvungna att hjälpa andra sekreterare med skrivande, och missnöjet har då legat i att de ansett sig vara mer ”duktiga” och effektiva än sina kollegor. För att öka och förbättra samarbetet mellan de medicinska sekreterarna ska en klinik åka på internat i maj, för att ”bygga broar” och skapa ett bättre samarbete. Annars är det vid arbetsplatsträffar (APT) eller andra möten som de medicinska sekreterarna får möjlighet att sitta ner tillsammans.

Jag kan tycka att relationen, den är lite hur du är själv som person, för de är många medicinska sekreterare som håller sig i sin grupp, åh.. vi ska inte. Men jag är precis tvärtom! Jag har många vänner bland sköterskor, undersköterskor och läkare liksom, jag tycker man ska umgås över. – Intervjuperson 4

Flera nämner att de känner sig som en i gruppen på avdelningen, medan andra menar att de hellre umgås med andra medicinska sekreterare då de har mer gemensamt. Vad gäller relationen med ledningen anser de flesta intervjupersoner att ledningen är väldigt långt bort. Ingen anser sig ha en direkt relation med den högre ledningen.

Men sen är det så långt ifrån sjukhuschefen, ingen jag kommer i kontakt med, det är en hon vet jag i alla fall! - Intervjuperson 2

Går man upp på kliniknivå eller divisionsnivå, där har jag i alla fall ingen kollega, vet inte ens vad de heter.. – Intervjuperson 6

Vissa uttryckte att de ibland kunde känna sig lite bortglömda bland vårdpersonalen så som läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Det känns som.. att vi i alla fall är de sista att prata med [...] då man var med på någon konferens och vi var två medicinska sekreterare med och sjuksköterskor och undersköterskor och läkare med, då sa de ”ja ni läkare, sjuksköterskor och undersköterskor!” så fick vi ropa ”och vi sekreterare!” [...] tillslut började de nämna oss på den avdelningen. Jag tror, nämns

man inte så finns man inte [...] jag tror det är en gråzon, att man inte vet vad vi gör, de gäller ledningen också. – intervjuperson 7

Andra uttryck som kom fram under intervjuerna var att de betonade att deras yrkesposition var låg i relation till övrig sjukhuspersonal. Flera nämnde att de var långt ner i hierarkin och att deras arbete egentligen skulle kunna göras av sjuksköterskor eller så, då det gick fort att lära sig.

Vi är ju om vi ska vara krass en av de absolut lägsta kategorierna i sjukhushierarkin, vi glöms ofta bort då de ska vara grupper hit och dit, men jag tycker i mångt och mycket att vi kan vara med i de flesta grupper som ska diskutera, för de mesta arbetet rör oss lite, men de har varit genom åren; ”oj vi skulle ha frågat de medicinska sekreterarna”. – Intervjuperson 6

### **Delaktighet**

Flera anser att det är ledningen som bestämmer vilka som kan vara delaktiga under beslut kring förändringar. Någon nämner också att hon försökt att lägga fram förslag på förändringar, men ingenting har hänt.

Vissa saker har man ju fått vara med och tycka och planera, men inte så ofta faktiskt. Oftast är de andra som bestämmer och sen så får man de färdigt. Så de är lite dumt man borde ha lite mer, man borde vara mer intresserade av de som arbetar på golvet. – Intervjuperson 2

Jag tror man kan säga och poängtera vad man tycker.. men att påverka, nej det vet jag inte. Tror det är så inkört med det här arbetssättet de har här. - Intervjuperson 5

Några argumenterar också för att det är svårt som medicinska sekreterarnas att bli delaktig i beslut om förändringar. Detta hänger samman med att de anser sig vara långt ner i beslutshierarkin.

För det är ju så att läkare och sjuksköterskor är dominanta och har större ansvarsbit i de här förändringarna. – Intervjuperson 8

**Ledningens roll i involveringen.** Ofta nämns hur ledningen är dålig på att involvera personalen i förändringar. Samtliga intervjupersoner anser att om personalen på golvet

fått vara mer delaktiga i förändringar så hade förändringarna blivit bättre då denna personal har mycket att komma med.

Att de hade gått ner och frågat först, är detta möjligt att göra, alltså inte bara, visst man ska spara pengar, spara hit och dit, men om man kunde fråga först de som arbetat, framförallt fråga sjukvårdspersonalen som har träffat patienterna vad dem tycker, det saknar man!

– Intervjuperson 2

I vissa fall försöker ledningen att involvera personalen i förändringsarbetet. Vid några tillfällen har en grupp startas där några sitter och jobbar med olika förslag innan ett beslut tas. Dock menar några av intervjupersonerna att dessa grupper inte är till för alla:

Nej den här förändringen har jag inte känt mig delaktig i alls, de gick ut med att alla skulle få vara med i smågrupper och jobba, de tyckte ja lät jättebra, alla skulle få känns sig delaktiga och vilja vara med, men riktigt så blev de inte, vissa har fått gå med, men då är de ofta samma.. olika grupper och så där. Tydligt så är de projektledaren som har bestämt de här grupperna, vilka som ska vara med, fick jag höra. – Intervjuperson 1

Slutligen menar flera intervjuade att de gärna hade kunnat påverka mer. De vet att det finns grupper att involvera sig i, men de anser att de måste kämpa mycket för att ta sig dit. Möjligheten till delaktighet finns, men ledningen försöker inte tillräckligt att få personalen delaktig i förändringsarbetet.

### **Förtroende**

Vad gäller förtroende så har samtliga intervjupersoner ett strakt förtroende för sina närmsta chefer. Dock ser situationen annorlunda ut om de ser på den högre ledningen.

[...] nu är väl inte det sjukhusledningen kanske som har bestämt att sjukhusen ska slås ihop, men de har ju tagit såå mycket tid, och de har kostat så mycket pengar, och kostar så mycket pengar! Och vi här nere ser ju... – Intervjuperson 3

Flera betonar att det inte finns någon personlig kontakt med högre ledning, och det är svårt att veta hur de tänker kring de beslut dem tar. När de gäller den närmsta chefen kan de ge kritik och känner sig hörda. När intervjupersonerna pratar om ledningen betonas ofta att de inte tror att ledningen är medvetna om hur de ser ut nere på golvet och därav kanske fattar fel beslut.

[...] så det inte bara blir att de sitter där uppe och tänkt, ja nu gör vi så här, det blir säker jättebra, och sen har de ingen aning om hur det ser ut nere på golvet, så de kanske gör oss mer delaktiga och kanske är mer nere och ser hur de går till. – Intervjuperson 5

## Diskussion

*I detta avsnitt förs en diskussion om resultaten i relation till teori samtidigt som nya tolkningar får komma fram. Kapitlet är utformat av de sex huvudteman som utgick i resultatdelen. Vidare förs en diskussion kring valet av metod och de förutsättningarna som funnits under studien i förhållande till metoden. Slutligen framförs förslag till framtida forskning samt en kortfattad slutsats.*

### Resultatdiskussion

**Yrkesrollen medicinsk sekreterare.** Det framgår att de medicinska sekreterarna anser sig ha en viktig yrkesroll med mycket ansvarsfulla uppgifter. De medicinska sekreterarna upplever sig vara ”spindeln i nätet” och har fått organisera det vårdadministrativa arbetet såväl som arbetet med den medicinska dokumentationen för att allt ska fungera tillfredställande på sjukhuset. Att fungera som ”spindeln i nätet” kan innebära att ibland påminna läkare om den medicinska dokumentationen och hjälpa till lite var det behövs med det administrativa. Dessa typer av kunskap kan förstås som tysta kunskaper vilket jag menar är kunskaper som kanske inte syns utåt. Rent översatt skulle dessa kunskaper kunna härledas till en typ av organisationskunskap.

Inom denna tysta kunskap kan också en viss social kompetens kopplas in. Detta då yrket kan kännetecknas av en förmåga att samordna den medicinska dokumentationen och det vårdadministrativa arbetet, samt se till att allt fungerar på avdelningen eller kliniken.

Den mångfald av arbetsuppgifter som sekreterarna utför, och den breda kompetens de besitter är sannolikt i mångt och mycket erfarenhetsbaserade kunskaper. Problemet med erfarenhetsbaserade kunskaper, samt tyst kunskap, kan vara att de är svåra att synliggöra för andra. Känslan blir som intervjupersonerna beskriver ”*de märker oss enbart om vi försvinner*”. Detta innebär att många, inklusive ledningen, många gånger inte riktigt har koll på vilket stor arbete de medicinska sekreterarna utför förrän de i värsta fall försvinner. Detta kan härledas till diskussionen om de uppsagda medicinska sekreterarna på Carema som senare fick sitt jobb tillbaka, på grund av att verksamheten inte fungerade utan dem (Nilsson, 2004).

De kunskaper som kom upp under intervjuerna är av ganska brett spektrum och kan många gånger ses som tidigare nämnda tysta kunskaper. Detta kan leda till att

yrkeskunskaperna ibland kan tolkas som ospecifika och många gånger är det enda som syns själva journalskrivningen. Intervjupersonerna berättar kopplat till detta att de har hänt att deras yrkesgrupp har glömts bort. Vad detta kan bero på kan funderas över? Jag tror att det ligger mycket i denna typ av tysta kunskap yrket förfogar över. Ofta syns inte de medicinska sekreterarnas arbete, speciellt inte till skillnad från läkare, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal. De kan verka vara en relativt anonym yrkesgrupp, som möjligen kan förklaras då deras arbete kan förefalla självklart för övrig personal, med följderna av att de inte lägger märke till det. Ytterligare aspekter kopplat till detta kan vara den historiska hierarkiska uppdelningen som ofta finns inom sjukvården (Falkenberg et al, 2008). Läkarna har den högsta makten, följt av sjuksköterskor och undersköterskor. Enligt detta mönster kommer sekreterarna utanför och nästintill längst ner i hierarkin. Detta kan också tänkas vara en orsak till deras många gånger ”glömda” eller sett som betydelselösa arbete.

En annan viktig aspekt som inte går att bortse från kopplat till hierarki och makt är att yrket medicinska sekreterare är ett kvinnodominerat yrke (SCB, 2011). Bland annat Alvesson och Due Billing (1999) och Gemzöe (2005) nämner att samhället ser olika på yrken som är kvinno- eller mansdominerade. Inom denna problematik vill jag belysa att det kan vara en av orsakerna till att yrket ”glöms” bort i förändringsprocesser. En hypotetisk fråga att ställa sig är om yrket hade haft samma status om det istället var mansdominerat? Hade det exempelvis ens kommit på tal om det gällde att byta en mans kunskaper mot en dator, som fallet är med digital diktering och sekreterarnas journalskrivning.

Studiens resultat visar att de medicinska sekreterarna själva anser sitt yrke vara av stor vikt för vården, ofta kopplat till den breda kompetens de besitter inom dokumentation. De betonar flera gånger att de tror att sjukvården inte skulle klara sig utan de medicinska sekreterarna. Thylefors (2007) belyser den administrativa problematiken, och lyfter fram sekreterarna för att skapa gynnsammare förutsättningar i vården. Detta resonemang förs vidare i artikeln *Sverige behöver ett rejält sekreterarlyft* (Expressen 2012-04-28), där sekreterarnas betydelse för välfärden lyfts fram. Artikeln betonar problematiken när administrativ personal sägs upp på grund av besparingar och inom sjukvården får läkare sköta sin administration själva. Detta spinner även intervjupersonerna vidare på och menar att sekreterarna finns där för att göra detta arbete, de vill göra det, de uppskattar att göra det och är utbildade att göra det. Dessutom frambringar detta att läkarna blir avlastade och kan ta hand om fler patienter vilket de i sin tur ofta vill göra och är utbildade att göra. Frågan både jag och sekreterarna verkar ställa sig är huruvida sjukvården spar pengar genom att säga upp medicinska sekreterare (med relativt låg lön) för att istället låta läkare (med desto högre lön)

sköta administration och således missa tid med patienter? Inom detta resonemang anser jag det vara av stor vikt att lyfta fram de medicinska sekreterarnas kompetens och dess betydelse för vården. De är trots allt experter på vad de gör och bör belysas där efter. Ett första steg i detta arbete är i linje med Jacobsen och Thorsvik (2008) att ge de medicinska sekreterarna större makt. Genom att bland annat, så som det i stor grad redan är, själva ha kontroll över sina arbetsuppgifter bör makten enligt Jacobsen och Thorsvik (2008) öka. Varför så inte är fallet för de medicinska sekreterarna kan ha att göra med att ingen riktigt har koll på vilka deras arbetsuppgifter är. Sammantaget bör de medicinska sekreterarna lyftas fram som kunniga inom deras område, med makt över deras arbetsuppgifter och således få större inflytande på arbetsplatsen kopplat till förändringar.

Kopplat till sekreterarnas framtid är Nilsson (2006), Engelbertsson och Westin (2004) och Thulin (2000) alla överens om att framtiden kommer innebära någon typ av förändring. Detta bekräftas även av intervjupersonerna då de betonar att de måste utvecklas för att hänga med. Den tekniska utrustningen inom sjukvården har utvecklats starkt de senaste åren (Lundberg, u.å.; URA 2007:1) och kunskapen om teknisk utrustning och om de regler och föreskrifter som berör de olika tekniska apparaterna kan möjligen ses som en utmaning. Det uttrycks av samtliga intervjupersoner att teknisk kompetens är av betydelse, då framförallt betydelsen av kunskap kring datorer. En viss upplevelse av självförtroende kan kopplas till denna kunskap, då sekreterarna framför att de ofta får hjälpa andra professioner med tekniken, samt att de tror att arbetet skulle stanna upp om de inte fanns där och kunde ”fixa kopian”. Flera av intervjupersonerna ser den nya tekniken som positiv, men betonar att man måste vara förändringsbenägen för att ta till sig ny teknik. Nilsson (2006) är av samma resonemang och menar att de medicinska sekreterare som är av positiv bild för förändring kommer ha större möjligheter i framtida anställningar.

Några medicinska sekreterare diskuterar hoten mot deras yrke på grund av tekniken. Främst är det digital diktering som kommer upp på agendan. Nilsson (2004) tar upp i debattartikeln *Ny teknik hotar läkarsekreterares jobb* hur Carema tidigare infört röststyrd diktering och sagt upp flera medicinska sekreterare, med sedan varit tvungna att återanställa sekreterarna då verksamheten inte fungerat. Detta går i linje med intervjupersonernas misstro kring den nya tekniken. De har svårt att tro att en dator kan ta över deras arbetsuppgifter helt och hållet. Dock påpekar dem att de är väldigt nyfikna och skulle gärna besöka en verksamhet där det fungerar. De är väl medvetna om att tekniken kommer in mer i deras arbete, men har dock en avsaknad av hotbild då inget har hänt ännu. På grund av detta är det en viktig del i

ledingen och chefernas roll för att reda ut missförstånd så att de medicinska sekreterarna i framtiden slipper känna rädsla eller hot mot sitt yrke i onödan.

Med utgångspunkt från intervjuerna framgår att det verkar vara dåligt med karriärmöjligheter för de medicinska sekreterarna. Ett resonemang några av sekreterarna återkommer till är att de måste ta åt sig, det vill säga att det är upp till var och en om man vill göra karriär och själva arbeta för detta. De nämner förutom detta att det är svårt att tänka sig vad de skulle göra karriär i, då många arbetsuppgifter redan är tagna av ekonomer, chefer eller sjuksköterskor.

Vad gäller utveckling har ett visst motsägelsefullt resonemang framträtt. Intervjupersonerna uttrycker åtskilliga gånger att de måste utvecklas för att hänga med i arbetslivet och inte förlora sina jobb. Likväl framför de på samma gång att det inte finns några övriga eller annorlunda arbetsgifter att göra, detta uttrycks speciellt i koppling till den nya utbildning som utbildar i många fler områden än journalskrivning och dokumentation, som fortfarande är de främsta arbetsuppgifterna. Frågan är om det finns någon egentlig karriärstege för de medicinska sekreterarna att klättra på? I så fall vad skulle det vara? Likväl står yrket inför framtida krav och förändringar enligt Engelbertsson och Westin (2004) och kanske kommer karriärmöjligheterna att öka i takt med den utveckling som sker. Detta skulle i så fall ses som mycket positivt kopplat till resultatet då samtliga intervjupersoner tycker det är synd att det inte finns fler utvecklingsmöjligheter i dagsläget.

**Inställning och syn på förändringar.** Utifrån intervjuerna framkom att flera av intervjupersonerna ser ljust på förändringar, däremot är de desto mer negativa till hur de utförs. Enligt Angelöw (2010) har alla individer olika sätt att förhålla sig till förändringar och han menar att en stor orsak är huruvida dem är självvalda eller inte. Resultatet pekar på att sekreterarna är mer eller mindre påtvingade att förändrats, och kopplat till Angelöws (2010) resonemang bör detta innebära att de har en negativ reaktion på förändring, vilket stämmer till viss del utifrån resultatet. Vidare diskuterat är sjukvården en komplex organisation (Ramanujam & Rousseau, 2006) vilket medför att förändringsarbete är svårt. Personalen har olika förutsättningar och jag tror att det är en stor svårighet att få alla olika individer och personalkategorier nöjda.

Antonovskys (2005) begrepp, känsla av sammanhang, så kallar KASAM kan kopplas till de medicinska sekreterarnas situation. De verkar som de flesta av de intervjuade personerna har en svag KASAM då de verkar sakna både känsla av meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet över förändringssituationerna. Detta uttrycks bland annat av de medicinska sekreterarna i och med att de inte vet varför vissa förändringar sker, eller en



känsla av att det förändras ”bara för att”. Senare i diskussionen kommer det mer ingående att återkopplas till Antonovskys begrepp.

Vidare råder det en viss osäkerhet bland sekreterarna, mycket på grund av sammanslagningen av UMAS och USiL som var en mycket omfattande förändring som fortfarande berör personalen på SUS. Det är en osäkerhet var de ska arbeta, om de ska slås ihop ytterligare och så vidare. Kännedom kring en sådan avgörande förändring kan eventuellt vara en av orsakerna till att de intervjuade upplever organisationsförändringar som något kaotiska och ostrukturerade vissa gånger. Det är mycket som ändrats samtidigt, vilket kan medföra både praktiska problem kring logistik och att vissa aspekter kan glömmas bort under förberedelsearbetet, något som kan göra sig påmint först i efterhand. En lärdom att dra från detta är vikten av eftertanke genom hela förändringsprocessen, vilket kan erhållas genom att ta tillvara på åsikter från mindre entusiastiska medarbetare redan innan förändringar drar igång.

En ytterligare diskussion kopplad till SUS och dess förändringsarbete är styrning- och ledningsfilosofin Lean Healthcare som brukas på SUS (Lord, 2012). Filosofin står bland annat för en hållbar och human sjukvård där det gäller att utgå från människan istället för budgeten. Detta resonemang verkar inte vara ense med intervjupersonernas inställning till vissa av förändringarna på SUS. Intervjupersonerna menar istället att det är budgeten och sparande som genomsyrar de flesta förändringar, samtidigt som flera nämner att exempelvis sammanslagningen blivit sämre för många patienter med tanke på bland annat resor mellan Lund och Malmö.

För övrigt verkar flera av de mindre verksamhetsförändringar som sker på SUS tyckas vara typer av anpassningsförändringar, vilket Lennéer-Axelsson och Thylefors (2005) definierar vara förändringar som växer fram på grund av naturlig utveckling över tid eller som svar på anpassning som behövs. Dessa typer av förändringar tolkas vara en del av de medicinska sekreterarnas vardag. Rutiner, arbetssätt, lokaler och så vidare är något som ständigt förändras hos intervjupersonerna. I koppling till dessa mindre drastiska förändringar uttrycker de att deras inställning är att *”det är en del av vardagen”*, alla arbetsplatser måste hela tiden utvecklas för att hinna med.

Flera intervjupersoner betonar vidare att det är viktigt att hela tiden utvecklas så personalen inte står still. Kopplat till anpassningsförändring nämner Ellström och Kock (1999) att lärande kontinuerligt bör ske i linje med förändringar. De skiljer på att lära sig ”göra sakerna rätt” eller att lära sig ”göra rätt saker”, där den förstnämnda metoden inte ges något speciellt tillfälle för personen att reflektera över varför arbetet görs medan metod två

ger individerna ett större tolkningsutrymme, där uppgiften eller målen inte är givna utan de får ett fritt utrymme att förändra. Jag anser att en viss typ av tolkningsutrymme bör finnas sig hos sekreterarna innan förändringar sker, då det är dem som vet bäst vad som fungerar i verksamheten kring dokumentation. Lennéer-Axelsson och Thylefors (2005) nämner också det typ av förändringsutrymme som alla människor bör besitta. Utifrån intervjuerna verkar dock det egna förändringsutrymmet vara förhållandevis litet, då de medicinska sekreterarna upplever att alla förändringar redan är planerade innan de blir aktualiserade för dem själva. Förstått utav detta kan deras lust och nyfikenhet till arbetslivet försvinna, då de bara tar emot ”färdiga” förändringar utan eget utrymme till ändring. Orsaker till detta kan vara flera, men jag antar att sjukhuset som sådant inte kan ge för stort utrymme till eget lärande då det kan spela in på kvaliteten av vården. Däremot tror jag att visst utrymme för eget lärande och tolkning kring förändringsprocesser hade gynnat de medicinska sekreterarnas roll i förändringsarbetet. Detta eftersom det är de medicinska sekreterarna som själva är experter på de dem gör, att då någon annan ständigt ska komma och säga hur deras arbete bör skötas menar jag vara att se ner på de medicinska sekreterarnas kompetens.

En annan del som berörs i resultatet är uppmärksamheten kring att alla individer är olika på arbetsplatsen – även vad det gäller sekreterarna. Detta innebär att ledarna bör ha i åtanke att vissa behöver mer information än andra, detta i linje Lennéer, Axelsson & Thylefors (2005) resonemang kring stöd. Detta betonas också i intervjuerna då vissa menar att informationen kan tolkas olika, vilket mynnar ut i att rykten sätter igång, medan ingen riktigt vet vad som är sant eller falskt. Där bör alltså ledningen säkerhetsställa att all personal har fått ut information och att den är införstådd innan förändringen sker.

Ytterligare något som framkommit som viktigt att beakta vid en organisationsförändring är hur tidsaspekten upplevs av de berörda. En alltför snabb process kan leda till att medarbetarna inte hinner förbereda sig medan en alltför långsam process kan leda till spekulationer och ryktesspridning. Individen behöver tid för återhämtning för att inte hamna i en förändringströtthet (Angelöw, 1999). Intervjupersonerna nämnde att deras arbete ibland läggs på hög och i många fall kan förändringar kännas väldigt stressande att hinna med. Detta är något som borde läggas mer vikt på kring det ständiga förändringsarbete som sker på SUS. När individerna inte hinner andas innan nästa förändring kan det vara svårt att uppnå balans och känna sig återhämtad. Utifrån detta perspektiv tror jag att förändringsprocesser kan erhålla vinst genom att ta en sak i taget, med uppföljning för att se att alla medarbetare är med på banan.

Motstånd till förändringar kan som tidigare nämnt uppstå från en uppsjö av olika faktorer, så som rädsla, icke delaktighet och att sociala band som bryts (Angelöw, 2010; Abrahamsson, 2004). Angelöw menar att det bästa motgiftet mot individers motstånd är att få dem att se förändringarna som en utmaning istället för hot. Detta görs bäst genom att koppla förändringen till något gott för individens situation. För att ansluta detta resonemang till intervjupersonernas situation kan ett möjligt tillstånd vara att de sällan får möjligheten att känna att förändringarna är till för deras eget bästa. När förändringarna bara kommer uppifrån och ned uteblir känslan av utmaning och det blir lätt att individerna istället intar försvarsposition och skapar ett motstånd. Dock pekar intervjuresultatet på att de flesta intervjupersoner inte har något speciellt motstånd till förändringar - så länge förändringen leder till något bra. Vidare betonar Abrahamsson (2004) att förändringsmotstånd bör ses som något naturligt och självklart i förändringsprocesser. Vikten av detta tycks konstaterats av flera intervjupersoner då de betonar att ett visst motstånd hos några av personalen emellertid är bra, då de får igång diskussioner kring kommande förändringar. En erfarenhet att ta från detta resonemang är betydelsen av eftertanke genom hela förändringsprocessen, vilket kan erhållas genom att ta fasta på åsikter från mindre entusiastiska medarbetare.

**Kommunikation.** I nästan all litteratur kring organisationsförändringar poängteras vikten av tydlig information till medarbetarna samt deras delaktighet i processen (se Johansson & Heide 2008) vilket sägs underlätta processen att nå ett lyckat resultat. Både Angelöw (2010) och Johansson och Heide (2008) framhåller att ledningen under hela processen måste föra en tydlig kommunikation med medarbetarna. Just tydlig information är också något som de intervjuade lyfter fram då de ombeds berätta vad som är viktigt att tänka på vid en organisationsförändring. Intervjupersonerna talar om vikten av genomtänkt information som tydligt beskriver syftet med förändringen och vad den ska leda till. Även Angelöw (1991) menar att förändringen lättare accepteras om medarbetarna förstår behovet av den. De medicinska sekreterarna på SUS verkar ha en relativt lika uppfattningar kring ledningens informationshantering. Det intervjupersonerna berättat kan tolkas som att det funnits mycket information att söka för den enskilde, däremot har den direkta kommunikationen mellan medarbetare och ledning varit mycket begränsad. Graden av intresse att själva söka information har sålunda medfört att vissa upplevt ett överflöd av information medan andra upplevt brister. Mot bakgrund av detta är det av vikt att tänka på i vilket forum informationen ges. Organiserade möten ger möjlighet för ledningen att lyfta fram det mest väsentliga och för medarbetarna ges det tillfälle till diskussion genom att ställa frågor och få svar på funderingar. När informationen istället ligger uppe på intranät eller skickas via

mail kan vissa förbise mer information än andra, dessutom kan informationen tolkas fel som Johansson och Heide (2008) nämner.

**Relationer.** Resultatet visar på en bristfällig relation mellan de medicinska sekreterarna och övre ledning. Detta kan kopplas till den tidigare nämnda hierarkin på sjukhus, där alla yrken har sin hierarkiska ordning, varav sekreterarna hamnar förhållande vis långt ner. För att skapa bättre relationer behövs, så som intervjupersonerna nämner, att ledningen tar sitt ansvar och kommer ner på golvet och skapar relationer till den personal som arbetar där, detta kopplat till Klarner et al, (2007) som menar att ledningen bör kommunicera direkt med personalen för bästa engagemang.

En annan del av relationerna är den mellan de medicinska sekreterarna och/eller annan vårdpersonal. Resultatet visar att dessa relationer skiljer sig mycket och verkar i stor grad bero på individens egen vilja då vissa föredrar att umgås inom yrkesgruppen och andra gärna breddar sin bekantskapskrets. Dock vill jag poängtera att goda relationer kan öka känslan av delaktighet och trygghet – vilket i sin tur ökar motivation till förändring (Angelöw, 2010).

#### **Delaktighet.**

Vår främsta resurs är våra medarbetare och deras kompetens. Det är därför nödvändigt med hänsyn till helhetsperspektivet för vår verksamhet att samtliga medarbetarkategorier engageras fullt ut i förändringsarbetet (ur ”Uppdrag SUS fusionsprocess” Bent Christensen, sjukhuschef, 2010-03-12).

Citatet ovan är taget från en rapport kring fusionsprocessen av universitetssjukhusen i Lund och Malmö. Jag vill härmed belysa en vision av ett förändringsarbete där alla yrkeskategorier engageras. Dock har resultatet i denna studie visat på motsatsen vad gäller de medicinska sekreterarna. Att involvera medarbetarna i förändringsprocessen och ta tillvara på deras erfarenhet och kompetens är något som betonas av O'Brien (2002) och Berger (1999). Många av de intervjuade menar också att de i vissa fall kan komma med idéer och förslag men att vidare hänsyn senare inte tagits till dessa. På högre nivå känner de en typ av hopplöshet att få sin röst hörd. De upplever sålunda en form av skendelaktighet och intervjupersonerna uppfattar att detta beror på att ledningen redan tidigare fattat beslut om förändringsprocessens tillvägagångssätt. Detta kan öka förändringsmotståndet enligt Angelöw (1991) då medarbetarna känner att de inte involverats i processen. Om delaktigheten istället tas tillvara kan den leda till ökad motivation hos medarbetarna (Angelöw, 2010). Delaktighet och klarhet

kan också leda till att välbefinnandet hos medarbetarna så att de inte påverkas negativt av förändringen.

Vidare gör situationen på SUS de problematiskt för de medicinska sekreterarna att begripa och förutsäga hur arbetssituationen kommer att bli. Detta på grund av att ledningen i många fall ger bristfällig information. Utöver detta så berättar intervjupersonerna att ledningen många gånger gör en förändring som sedan dras tillbaka igen. Detta kan skapa en osäkerhet i hur situationen ska hanteras av de anställda. Kopplat till delaktighet kan Antonovskys (2008) komponent *begriplighet* uppfattas som nyckeln till att åstadkomma stark KASAM. Begripligheten av en förändring gör att individen kan definiera problemets karaktär och därefter mobilisera de typer av resurser som krävs. För de medicinska sekreterarna innebär det att de ska ha en tydlig bild av arbetssituationen och sin egen plats inom den. Denna komponent verkar inte vara uppfylld då de intervjuade personerna berättar om en osäkerhet för framtiden, ovisshet i arbetsuppgifter och så vidare. Istället för att ha en klar bild av arbetssituationen runt om berättar de om oväntade och oförklarade situationer. En avsaknad av denna förutsägbarhet kan bidra till att de medicinska sekreterarna inte förmår hantera de stressorer som uppstår vid förändringar och därmed påverkas sämre av förändringarna än vad de hade gjort om själva bilden av förändringar hade varit mer begriplig. Om personen istället hade begripit förändringen mer, hade denne haft en stark KASAM och kunnat definiera problemets karaktär och därmed förutse vad som kommer ske. Ett sätt att uppnå en större begriplighet för verksamheten bland de anställda medicinska sekreterarna kan vara att göra dem delaktiga, involvera dem mer och berätta vilka problem de kommer ställas inför. Det handlar således om att öka de medicinska sekreterarnas arbetskontroll. Detta resonemang mynnar ofta ut i en ledarskapsfråga - hur villig är ledningen att involvera de medicinska sekreterarna i verksamheten och hur pass stort utrymme lämnar organisationen för medbestämmande i beslut? I nuläget verkar de medicinska sekreterarna på SUS ha lite arbetskontroll och begriplighet i somliga av förändringarna som sker. Som Antonovsky (2005) menar ser individer med en hög grad av hanterbarhet utmanande händelser som hanterbara och låter inte sig själva bli offer för omständigheter. Antonovsky (2005) menar även att motivationskomponenten meningsfullhet är avgörande för individens handlande. Han menar att de med högre KASAM med större sannolikhet upplever att problemen på arbetsplatsen är värda att engagera sig i och lägga energi på, än arbetstagare med en lägre KASAM. Detta betyder att de personer som känner att förändringarna är begripliga och kan se en mening med dem har större sannolikhet att se positivt på förändringen och engagera sig.

Hos en person med stark KASAM skapas en känsla av en motivationell bas för handlande, vilket betyder att personen kan bli motiverad till att handla förändrat. En person med svag KASAM kan istället bli paralyserad av sina känslor och följaktligen ha svårt att förändra sig.

Det är ledningen som måste skapa denna känsla av sammanhang för att de medicinska sekreterarna ska lyckas känna glädje i förändringen. För att öka de medicinska sekreterarnas känsla av sammanhang bör ledningen i linje med Antonovsky (2005) låta dem medverka i socialt värdesatt beslutsfattande, vilket inbegriper glädje, stolthet och frihet i arbetet. I dagens läge verkar detta vara långt ifrån fallet då flera intervjupersoner berättar att de inte alls känner sig delaktiga i beslut, utan ofta är de som sist blir tillfrågade om saker och ting gällande förändringar.

**Förtroende.** Utan förtroende för de som genomför förändringar skapas ingen bra känsla. Sekreterarna uttrycker att de har högt förtroende för din närmsta chef vilket jag tror ligger mycket i deras nära relation. Enhetschefen har ofta själv varit medicinsk sekreterare och kan därför ligga till grund för en mer jämställd gemenskap. Vidare uttrycker sekreterarna en viss misstro till ledningen, och förtroendet till deras handlingar kring förändringar kan svikta. Jag tror att viss orsak till icke förtroende ligger bakom att vissa förändringar inte har gått som dem ska. Intervjupersonerna tvivlar i vissa fall om sammanslagningen varit så bra. Detta förstärks också genom media som bekräftar bilden av ogynnsamma förändringar genom att publicera artiklar om kris och besparingspaket (Sydsvenskan, 15 mars 2012). Kopplat till detta uttrycker också de medicinska sekreterarna att det är synd att så få uppföljningar till förändringar sker. Det är av vikt att det sker ett ständigt undertryckande av sambanden mellan de företagna förändringarna och de positiva resultat som uppnås (Jacobsen & Thorsvik, 2008), vilket de verkar ha misslyckats med på SUS. Om ledningen la ner något mer engagemang på att visa de positiva sidor som sker av förändringarna tror jag att personalen hade fått ett ökat förtroende och vilja till fortsatt förändring.

### **Metodologisk diskussion**

**Forskningsmetod.** I linje med den kvalitativa ansatsen (Kvale, 1997) har generaliserbar information inte tagits fram, utan studien har snarare fungerat som en pilotstudie och kan ha genererat intressanta frågor för framtida forskning. Studien är en begränsad fallstudie med ambition att vara teorigenererande inför en eventuell större undersökning. Studien syftar inte till att generalisera, men som Alvesson (2003) menar kanske studien antyder på något "finns där ute". Syftet var att fånga upplevelsen kring de medicinska sekreterarnas yrkesroll kopplat till förändring.

Utifrån det primära syftet att beskriva har en kvalitativ ansats med metodologiska utgångspunkter i semistrukturerade intervjuer och tematisk analys setts som bäst passande, samtidigt som det finns vissa begränsningar och nackdelar med dessa. Begränsningar med kvalitativ forskning kan vara de Alvesson (2008) tar upp om att hela forskningsprocessen är en rekonstruktion av den sociala verkligheten, där forskaren både interaktivt samspelar med deltagarna och hela tiden aktivt tolkar, samtidigt som denne skapar bilder för sig själv och andra och därmed negligerar alternativa tolkningar. Detta innebär således att den kvalitativa metoden kan komma att öppna för egna tolkningar, vilket kan göra att alternativa tolkningar stängs ute. Dock har den kvalitativa metoden hela tiden setts som mest passande då syftet har varit att få fram sekreterarnas tankar och upplevelser, vilket jag anser är svårt med kvantitativ metod (Willig, 2008).

**Deltagare och procedur.** Det föreligger en svaghet i intervjustudien då ett bekvämlighetsurval använts. Deltagaren rekryterades i första hand från de enhetschefer som jag varit kontakt med innan. En nackdel till detta var att det inte förekom någon insyn i hur denna kommunikation skedde, samt hur de medicinska sekreterarna fick information om studien. Dock poängteras att de bör ha fått en relativt verklig bild av studien då enhetscheferna fick ett informationsbrev att tillgå innan de förfrågade sekreterarna. En annan möjlig nackdel av detta urvalssett är att enhetscheferna kan ha valt att endast informera de medicinska sekreterare som denne tror ger ”bäst” svar i studien. Detta kan naturligtvis ha färgat gruppen av de sekreterare som deltagit i studien. För att kompensera detta har intervjupersoner kommit från olika avdelningar och bör därav vara något oberoende av varandra och skildra en mer tillförlitlig bild. Å andra sidan kan det ha varit bättre om alla deltagande kom ifrån samma klinik eller avdelning, där företagskulturen och arbetsklimatet är samma för alla deltagande. På så vis hade sådan påverkan kunnat uteslutas som skillnader i svaren. Dock ser jag det som en stryka att få en mer heterogen grupp för att få utesluta att intervjupersonerna påverkats av samma förhållanden.

De personer som intervjuats kan således inte sägas vara representativa för samtliga medicinska sekreterare på SUS. Dock anses personerna som deltagit haft relativt varierande bakgrundsvariabler, så som ålder och erfarenhet av yrket och anställning på SUS. En potentiell brist i studien var att det var relativt få deltagare som medverkade, detta på grund av tidsbrist och att viljan av ett djup snarare än bredd. Däremot skulle det vara intressant att få höra fler medicinska sekreterares bild kring ämnet, då studien möjligtvis fått annorlunda resultat om fler medverkat, dock uppnåddes studiens syfte med de intervjupersoner som deltog.

Studien använde sig av en semistrukturerad intervjuguide som material.

Intervjupersonerna fick viss information om studiens syfte, dock fick de inte tillgång till intervjuguiden. Kanske hade resultatet sett annorlunda ut om varje deltagare fått en intervjuguide som förberedelse, möjligen skulle då mer genomtänkta svar ha erhållits på frågorna. Dock ansågs det ha kunnat förbereda intervjupersonerna så att de kunde ha pratat ihop sig innan och blivit påverkade av varandra, vilket skulle förhindras då en individuell upplevelse var att föredra.

**Intervjumetod.** En kvalitativ forskarintervju, en så kallad semistrukturerad intervju ger forskaren möjlighet att tömma ut alla data och gå på djupet (Kvale & Brinkmann, 2009; Willig, 2008). Att ställa frågor via intervjuguide medför en viss styrning vilket i några fall var nödvändigt med följdfrågor för att få sekreterarna att svara på det studien gällde eller få dem tillbaka till ämnet. Intervjuguiden anses ha fungerat bra, då samtliga frågor besvarades i intervjun. Intervjupersonerna beskrev sina erfarenheter av arbeta i en föränderlig miljö från områden som känslor, tankar och upplevelser av sin livssituation på olika sätt.

En medvetenhet har funnits kring de risker som kan ha förelegat på grund av mitt kroppsspråk och tal under intervjuerna, samt vilka miljöer intervjuerna bedrivits i. En möjlig lösning på detta skulle kunna vara att intervjuerna genomförts på laboratorium som var utformat på samma vis vid varje intervju och där intervjutillfället hade filmats och på så sätt studera kroppsspråk och tal skulle kunna ha påverkat intervjun. Detta ansågs dock inte relevant då studien troligtvis inte skulle få ett annat utfall på grund av miljön, detta eftersom intervjuerna bedrevs i tomma, ostörda rum i en bekant miljö. Jag tror att intervjupersonerna hade påverkats mer i fall de hade fått byta till en främmande miljö.

Ett annat alternativ för att komma ifrån forskarens påverkan är att låta intervjun genomföras av en person som inte är insatt i forskarnas arbete och frågeställningar. På detta vis skulle forskarens personliga påverkan på intervjun ha reducerats. Dock anses detta inte ha ökat studiens trovärdighet då en kvalitativ metod vinner på att ha inblick i, förutom i ord, även hur intervjupersonerna betar sig under intervjun. Detta hade missats om jag själv inte hållit i intervjuerna. Dessutom så möter en människa aldrig något eller någon förutsättningslöst som Kvale och Brinkmann (2009) menar.

Något som kan ha påverkat deltagarnas svar är social önskvärdhet som är ett potentiellt problem när man undersöker känsliga ämnen. Att medicinska sekreterare förväntas svara på ett visst sätt, som kan skona SUS och dess förändringsarbete kan antas, dock verkar detta inte vara fallet då de medicinska sekreterarna gav en komplex bild av deras upplevelser. Social önskvärdhet som påverkan kan också ha reducerats på grund av att deltagarna varit anonyma i



högsta möjliga mån.

**Databearbetning.** Arbetet med analysen handlar om att lyfta det som är meningsbärande och relevant utifrån studiens syfte ur de medicinska sekreterarnas berättelser. Det innebär alltså att en viss sortering och reduktion av intervjumaterialet sker. Det i sin tur leder till att inte alla aspekter av de medicinska sekreterarnas berättelser kommer fram och redovisas i studien. De mindre framträdande teman har valts bort då dessa inte har haft någon större betydelse när det gäller att besvara syftet och frågeställningen vidare. En adekvat fråga att ställa är huruvida min förförståelse har påverkat vilka teman som har prioriterats och så är säkert fallet. Någon annan person skulle säkert ha gjort en annan bedömning (Willig, 2008). För att läsaren ska kunna få en möjlighet att bedöma i fall tolkningar är rimliga har det i möjligaste mån använts relevanta citat från intervjupersonerna för att belysa vad som senare har tolkats. Dessutom har flera exempel givits på hur jag gått tillväga i min tolkning med tematisk analys, vilket kan ses i metodavsnittet.

### **Framtida forskning**

Resultatet av undersökningen ska ses i förhållande till studiens begränsningar. Det är baserat på ett utdrag ur verkligheten, inte hela verkligheten. Konkret innebär detta att en ögonblicksbild av upplevelser av förändringar hos medicinska sekreterare på SUS har studerats. Kontexten för studien är det föränderliga arbetsliv som utgör en vardag för de medicinska sekreterarna. Mot bakgrund av detta bör det betonas att inga slutsatser kan dras kring varaktigheten intervjupersonernas upplevelser. Deras upplevelser kan ha påverkats av dåvarande faktorer som jag inte känt till. Därför hade det varit intressant att undersöka området i en longitudinell studie där data hade samlats in vid exempelvis tre olika tillfällen, då tillfällig påverkan hade kunnat undvikas.

Studien ger heller inga svar på hur medicinska sekreteras upplevelser förhåller sig till övriga av landets sjukhus eller andra vårdinrättningar. Ett förslag till vidare forskning är därför att genomföra en motsvarande studie på ett annat sjukhus, exempelvis där det inte skett en nyligen stor förändring, så som sammanslagningen på SUS. Eller bara att göra en större studie med flera intervjupersoner från olika avdelningar och kliniker hade gett studien en större bredd.

En annan fråga som hade varit intressant att belysa är hur andra yrkeskategorier ser på de medicinska sekreterarna. Att göra en liknande undersökning, men att istället se hur läkare, sjuksköterskor, eller kanske ledning ser på de medicinska sekreterarnas yrkesroll hade gett en bredd till forskningen kring yrket och vidgat perspektiven. Frågeställningen ”Vad har de medicinska sekreterarna för betydelse för vården?” hade gett svar åt många frågor.

Framförallt hade de öppnat upp för debatten kring yrkets betydelse. Kopplat till detta hade det varit intressant att undersöka skillnader i hur olika yrkesgrupper inom vården påverkas och upplever förändringar, och försöka finna orsaker till detta

Variabler som kan vara intressanta att studera närmre i denna studies sammanhang är exempelvis deltagarnas utbildningsnivå, år inom yrket eller/och deras delaktighet i förändringsprocesser, för att se om detta är något som påverkat deras upplevelser.

Då denna studie visar att medicinska sekreterare har många tankar kring förändring och hur förändringsarbetet skulle kunna ändras för att fungera bättre hade ett alternativ varit att göra en kvantitativ studie, för att mer direkt mäta vilka typer av variabler som de anser vara av vikt för kommande förändringar.

### **Slutsatser och avslutande kommentarer**

Studien utgick från två frågeställningar; hur de medicinska sekreterarna upplever sin yrkesroll kopplat till förändringar samt hur de anser att förändringar bör ske. Sammanfattningsvis kan resultatet tolkas att gå i linje med tidigare forskning och teorin. De medicinska sekreterarna upplever sitt yrke vara i en ständig förändring där de betonar att de måste ha ett mått av förändringsbenägenhet för att få vara kvar i sitt yrke. De betonar att involveringen av deras yrkesgrupp inom förändringsprocesser är sällsynt, samt att ökad delaktighet hade skapat bättre förutsättningar för en lyckad förändringsprocess. Viktigt att lyfta fram är att de ser sitt yrke som mycket betydelsefullt, men med avsaknad av samma insikt hos andra, både övrig personal, ledning och samhället.

Kort sammanfattat gäller det för ledningen att försöka belysa de medicinska sekreterarna i högre grad för att öppna upp för deras involvering i framtida förändringar. De medicinska sekreterarna ser ljust på en framtid där de inte är främmande för annorlunda arbetsuppgifter. Av vikt är dock att ledningen lyckas visa att de förändringar som görs ger positiva resultat, vilket skulle öka de medicinska sekreterarnas engagemang i förändringar. Sekreterarna bör lyftas fram på grund av det betydelsefulla och omfattande arbetet som är avgörande för sjukvårdens verksamhet.

Författarens förhoppning är att studien har skapat och väckt intresse för ämnet, såväl hos Skånes universitetssjukhus som i ett vidare perspektiv, och att den därmed kan ligga till grund och öppna upp för åtskilliga studier för de medicinska sekreterarna och andra yrken inom ständig förändring.

## Referenser

- Abrahamsson, L. (2004). *Bilaga 1, Några exempel på moderna managementmodeller*. I Johansson, B., Frick, K. Johansson, J (red). (2004). *Framtidens arbetsmiljö- och tillsynsarbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Angelöw, B. (2010). *Framgångsrikt förändringsarbete: om individ och organisation i förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Anhede, P. (2009). Lean – för effektivare flöde. *Chefer och ledare i vården*. Nr 1.
- Anhede, P., Lord, M. (2009). Att implementera lean – en generell beskrivning och ett exempel från Universitetssjukhuset i Lund. *Chefer och ledare i vården*. Nr 2.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius, Övers.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1987).
- Almqvist, R. (2006). *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber AB.
- Alvesson, M. (2003). Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *The Academy of Management Review*, 28(1), 13-33.
- Alvesson, M., Due Billing, Y. (1999). *Kön och organisation*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvesson, M. & Sveningsson, S. (2008). *Förändringsarbete i organisationer – om att utveckla företagskulturer*. Malmö: Liber.
- Alvesson, M., Deetz, S. (2000). *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, Vol. 1, No. 3, 385-405.
- Berger, A. (1999). *Ständiga förbättringar som modell för organisationsutveckling*. Nilsson, T. (red.). *Ständig förbättring - om utveckling av arbete och kvalitet*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Bengtsson, B. A., Bengtsson, H. (2003). *Projekthandboken*. Stockholm: Liber.
- Bennett, H., Durkin, M. (2000). The effects of organisational change on employee psychological attachment. An exploratory study. *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 15 No. 2, 126 – 146.
- Bennheden, A-S., Christensen, B (2008). *Proluma- Generell uppdragsbeskrivning delprojekt av Ann-Sofi Bennheden och Bent Christensen*, Malmö och Lund, 2008-04-03.

- Björkman T. (2003) *Management – en modeindustri*. I Sandberg Å. (red) *Ledning för alla? Perspektivbrytningar i arbetsliv och företagsledning*. Stockholm: SNS förlag.
- Bringelius, L. (2012). *Resultat från forskningsenkät vid Skånes universitetssjukhus*. Lunds universitet. Institutet för ekonomisk forskning.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management Studies*, Vol. 41, No. 6, 977-1002.
- Börjesson, M., Palmblad, E. (2008). *Konstruktionism och diskursanalys*. Granskär, M., Höglund, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Christensen, B. (2010). *Uppdrag Skånes universitetssjukhus fusionsprocess*. Skånes universitetssjukhus 2010-03-12.
- Egidius, H. (2005). *Natur och Kulturs psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ellström, P-E., Kock, H. (1999). *Ständiga förbättringar och lärandeprocess*. Nilsson, T. (red). *Ständig förbättring - om utveckling av arbete och kvalitet*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Engelbertsson, B., Westin, O. (2004). *Läkarsekreteraryrket Historia, nutid och framtid*. Hämtat den 15 maj 2012: <http://www.infoom.se/mysite/index.php?sida=42592>
- Falkenberg, H., Näswall, K., Sverke, M. (2008). Personalens arbetsattityder och hälsa vid privatisering - en jämförelse mellan två svenska akutsjukhus. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, Vol. 14, No. 1, 29-49.
- Glasberg AL., Eriksson S., Norberg A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personal. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 57, No 4, 392-403.
- Gustavsson, H., Strannefors, T., Tydén, H. (2011). *Var finns jobben? - bedömning till och med första halvåret 2012*. URA 2011:6. Arbetsförmedlingen.
- Gemzöe, L. (2005). *Feminism*. Stockholm: Bilda förlag.
- Hayes, N. (2000). *Doing Psychological Research*. Great Britian: The Cromwell Press.
- Hood, C. C. (1991). A Public Management for All Seasons, *Public Administration*, Vol. 69, No. 1, 3-19.
- Hudson, P-M. (1999). Conflict and stress in times of change. *Library Management*. Vol. 20, No 1, 35-38.
- Häger, B. (2007). *Intervjuteknik*. Stockholm: Liber.
- Härenstam, A., Marklund, S., Berntson, E., Bolin, M., Ylander, J. (2006). *Understanding the organizational impact on working conditions and health*. Stockholm:

- Arbetslivsinstitutet.
- Israelsson, T., Strannefors, T., Tydén, H. (2007). *Var finns jobben 2007?*  
Arbetsmarknadsstyrelsen. URA 2007:1.
- Jacobsen, D-A., Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund:  
Studentlitteratur AB.
- Johansson, B., Frick, K. Johansson, J (red). (2004). *Framtidens arbetsmiljö- och  
tillsynsarbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansson, C. & Heide, M. (red) (2008). *Kommunikation i förändringsprocesser*. Malmö:  
Liber.
- Jonsson P., Agardh E., Bromels M. (2006). *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer*.  
Stockholm: Ansvarskommittén.
- Klarner, P., Probst, G., Soparnot, R (2007). *From change to the Management of Organization  
Change Capacity: an conceptual approach*. Hämtad den 9 maj 2012:  
<http://archive-ouverte.unige.ch/vital/access/manager/Repository/unige:5739>
- Kommunikationsavdelningen Skånes universitetssjukhus. (2011). *Skånes universitetssjukhus  
– Avancerad sjukvård, Utbildning, Framstående forskning*. [Broschyr]. Malmö: Skånes  
universitetssjukhus.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., Brinkenmman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund:  
Studentlitteratur AB.
- Langemar, P. (2005). *Att låta en värld öppna sig: Introduktion till kvalitativ metod i  
psykologi*. Stockholm: Psykologiska institutionen.
- Lennér-Axelsson, B., Thylefors, I. (1991). *Arbetsgruppens psykologi. Om den Psykosociala  
arbetsmiljön – gruppdynamik, reaktioner, arbetsroller, ledarskap, konflikter, förändring  
och personliga olikheter*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper & Brother.
- Lincon Y.S., Guba E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications  
Inc.
- Lord, M. (2012). *En hållbar och human sjukvård*. Hämtad den 20 april 2012:  
<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Lean-healthcare/Standigt-battare-varld/En-hallbar-och-human-sjukvard/forelasning>.
- Lundberg, S. (u.å.). *Medicintekniska produkter*. Hämtad den 18 maj 2012:  
<https://www.vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/Medicintekniska-produkter/>

- Läkarsekreterares och sjukvårdsadministrativas förbund. *Grundutbildning*. Hämtat den 7 maj 2012: <http://www.lsf.se/lsf/extern/grundutbildning.htm>
- Melén Fäldt, M. (2010). *Förändringskompetens: en studie av anställdas upplevelser och lärande i samband med organisationsförändring*. Lunds universitet. Institutionen för psykologi.
- Nilsson, I. (2006). Medicinsk dokumentation genom tiderna. Del 4. En studie av den medicinska dokumentationen i läkarsekreterarens yrkesvärld. Forskaravhandling, Lunds universitet, medicinska fakulteten.
- Nilsson, L. (2004). *Ny teknik hotar läkarsekreterares jobb*. Vision. Hämtad den 8 maj 2012: <http://www.tidningenvision.se/nyheter/ny-teknik-hotar-lakarsekreterares-jobb-5867>
- Nilsson, T. (1999). *Ständig förbättring - om utveckling av arbete och kvalitet*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Nyström, M. (2008). *Hermeneutik*. Granskär, M., Höglund, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Petersson, P. Johansson, O. Broman, M. Blucher, D, Alsterman, (2010). *LEAN - Turn Deviations Into Success*. Bromma: Part media.
- Ragneklint. R. (2004). *Effektivitet - vad är det?* Lövestad: Akademi och Samhälle 2000 Förlag.
- Ramanujam, R., Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*. Vol 27, No.7, 811-827.
- Robson, C. (2011). *Real world research*. Chichester: John Wileyxsons Ltd.
- Sennett, R. (1999). *När karaktären krackelerar*. Stockholm: Atlas, 2000.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage
- Stake, R.R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Statistiska Centralbyrån. (2011). *Lönestrukturstatistik, landstingskommunal sektor*. Hämtat den 1 juni: [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_\\_28318.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____28318.aspx)
- Sturdy, A. & Grey, C. (2003). Beneath and beyond organizational change management: Exploring alternatives. *Organization*. Vol. 10, No. 4, 651-662.
- Thylefors, I. (2007). *Ledarskap i human service-organisationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Thulin, M-B. (2000). *Läkarsekreterare ser på din framtid – ett samarbetsprojekt vid Universitetssjukhuset MAS*.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*. Vol. 20, No. 3, 510-540.

Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Buckingham: Open Univeristy Press.

Womack, J.P., Byrne, A.P., Fiume, O.J., Kaplan, G.S., Toussaint, J. (2005). *Going Lean in health care*. Hämtad på den 18 maj 2012:

<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/GoingLeaninHealthCare.aspx>



## Information om planerad Magisteruppsats

Hej!

Jag heter Cecilia Dohns och studerar till personalvetare med inriktning psykologi vid Lunds universitet. En del av utbildningen består av ett examensarbete på avancerad nivå då vi fördjupar oss i ett ämne inom ramen för personalvetarens arbete. Efter medverkan i möten med "arbetsgruppen för enhetschefer" har jag uppmärksammat de medicinska sekreterarnas yrkesroll. Studien kommer därmed fokusera på de medicinska sekreterarnas upplevelser av och känslor kring att arbeta i en ständigt förändrad yrkesroll.

Jag kommer att tillfråga sex till åtta medicinska sekreterare som arbetar på Skånes universitetssjukhus om deras medverkan. Intervjuerna kommer att göras av mig under början av april 2012. Deltagarna informeras både muntligt och skriftligt om examensarbetets syfte och intervjuernas genomförande. Efter deltagarnas informerade samtycke genomförs intervjuerna på respektive arbetsplats eller en plats som bestäms av den deltagande. Varje intervjutillfälle beräknas ta mellan 30-60 minuter. Intervjuerna spelas in och skrivs ut ordagrant. Studien följer Verksamhetsrådets etiska normer vilket innebär att uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material eller utskrifter. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Med varma hälsningar

Cecilia Dohns

E-post: [Cecilia.dohns@gmail.com](mailto:Cecilia.dohns@gmail.com)

Telefon: 0735 – 76 88 00

Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Robert Ragneklint, Universitetslektor, institutionen för psykologi.

E-post: [robert.ragneklint@psychology.lu.se](mailto:robert.ragneklint@psychology.lu.se)





## **Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie.**

### **Studiens bakgrund och syfte**

I den medicinska sekreterarens yrkesroll ingår många olika arbetsuppgifter som i dagsläget förändras mer och mer i takt med att sjukhusvärlden utvecklas. Den medicinska sekreteraren hamnar ofta i skym undan i forskningen, då läkare och sjuksköterskor ofta belyses mer.

Syftet med denna studie är att lyfta fram de medicinska sekreterarna och beskriva deras upplevelse av en ständigt föränderlig arbetsmiljö där kraven på förändring i arbetsituationen är hög.

Jag vänder mig nu till Dig som är medicinsk sekreterare och hoppas att Du vill delge Dina tankar och erfarenheter till mig. Förhoppningen är att detta arbete kan skapa insikt i hur de medicinska sekreterarna upplever den ständiga förändring som finns i deras yrkesroll.

Resultatet kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Lunds universitet.

### **Studiens genomförande**

För att genomföra denna studie planeras en intervjustudie med medicinska sekreterare som arbetar på olika avdelningar på Skånes universitetssjukhus. Utifrån dina önskemål kan intervjun genomföras på din arbetsplats eller en plats som bestäms av dig och kommer att ta ca 30-60 min. Studien har godkänts av verksamhetschefen på din arbetsplats.

Studien följer Verksamhetsrådets etiska normer och därmed är deltagande i undersökningen frivilligt och Din medverkan kan avbrytas när som helst utan att Du behöver lämna någon förklaring. Om du väljer att delta i denna studie kommer du att bli intervjuad. Intervjun kommer att spelas in på bandspelare. För mig är dina tankar och erfarenheter viktiga och unika i sitt sammanhang, det finns inget rätt eller fel. Hanteringen av dina uppgifter skyddas, din identitet kommer inte att registreras. Tillgång till materialet kommer endast jag och ansvariga att ha. Banden kommer att raderas när studien är slutförd sommaren 2012. Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig för den som önskar.

### **Ansvariga**

Cecilia Dohns, magisterstudent på Masterprogrammet inom Personal- och arbetslivsfrågor med inriktning psykologi på Lunds universitet.

E-post: Cecilia.dohns@gmail.com

Telefon: 0735 – 76 88 00

Handledare: Robert Ragneklint, Universitetslektor, institutionen för psykologi.

E-post: robert.ragneklint@psychology.lu.se

**BILAGA 3****Intervjuguide****Inledning**

*Presentation av mig själv och öppnande fraser.*

**Information**

*Denna studie följer Vetenskapliga rådets etiska normer. Din medverkan är frivillig och du kan när som helst avbryta intervjun. I framtida sammanställning kommer inte din identitet att kunna identifieras. Jag kommer att spela in intervjun efter ditt samtycke, men det är endast som mitt eget stöd så att jag ska komma ihåg vad som har sagts. Inspelningen kommer att behandlas konfidentiellt.*

*Denna intervju görs i syfte att få en bild hur medicinska sekreterare upplever sin yrkesroll - kopplat till kravet på förändring.*

**Bakgrund**

Vilken tjänst har du på Skånes universitetssjukhus?

Hur länge har du arbetat här?

Hur länge har du arbetat som medicinsk sekreterare?

Vad är din utbildningsbakgrund?

Vilka är dina främsta arbetsuppgifter?

**Kommunikation**

Pratas det om kommande verksamhetsförändringar på din avdelning?

Hur pratar personalen om pågående förändringar?

Hur får du först information om att en eventuell verksamhetsförändring ska äga rum?  
T.ex. från ledning/chef/medarbetare?

Upplever du någon ryktesspridning i samband med förändringar?

Hur upplever du överlag kommunikationen mellan ledning och medarbetare under förändringar?

Anser du dig få den information du behöver?

**Uppfattningar om förändring**

Hur tolkar du syftet med förändringar?

Vad är din inställning till förändringar?

Har din inställning förändrats under tiden du arbetat?  
Hur? Varför?

Hur viktigt är det med förändring för dig?  
Varför?

Hur viktigt är det med utveckling för dig?  
Varför?

Hur viktigt anser du det vara med förändring och utveckling för yrkesrollen medicinsk sekreterare?  
Varför?

Vilka förväntningar har du på kommande förändringar och vad de ska leda till?

Upplever du någon rädsla för hur utvecklingen kommer påverka dina arbetsuppgifter?

Vill du ge något exempel på din rädsla?

Anser du dig få det stöd du behöver under förändring?

### **Kompetens**

Vilka kunskaper och kompetenser anser du dig ha?

Vilka tänkbara arbetsuppgifter anser du att medicinska sekreterare kan ta ansvar för?

Vad vill du arbeta med?

Anser du att det finns krav på att utveckla sin kompetens?

Hur ser dina karriärmöjligheter ut?

Hur ser du på kompetensutveckling eller vidareutbildning?

Vilka kunskaper och kompetenser tror du att du kommer behöva i framtiden?

### **Engagemang och delaktighet**

Känner du dig delaktig i olika förändringar?

Känner du ett engagemang i förändringar?

Hur upplever du att du kan påverka arbetsförhållandena på din arbetsplats?  
Är det tillräckligt?

### **Förtroende**

Hur ser du på sjukhusledningens handlande när det gäller förändringar på de olika klinikerna?  
Hur påverkar det din inställning till utveckling?

Hur ser ditt förtroende ut vad gäller sjukhusledningen?  
Samt dina närmsta chefer?

## **Organisationskultur**

I vilka forum kan du vanligtvis framföra åsikter på verksamheten?

Upplever du att dina åsikter tas till vara på?

Har du ett exempel på det?

Hur upplever du den allmänna inställningen till förändring på sjukhuset?

Hur upplever du den allmänna inställningen till förändring på din avdelning?

Händer det att du framföra positiv och/eller negativ kritik till din chef?

Hur tycker du den tas emot?

Hur tycker du att förhållandet är mellan anställda och ledning?

Hur ser relationen ut mellan er medicinska sekreterare och undersköterskor, sköterskor, läkare och övriga anställda?

Hur ser gemenskapen ut bland er medicinska sekreterare på avdelningen? På hela sjukhuset?

Vilka känner du mest gemenskap med?

## **Avslutande frågor**

Hur ser du på din yrkesroll?

Vad har yrket för betydelse för vården?

Hur tror du yrkesrollen ser ut i framtiden?

Om du skulle ge ett gott råd till de som genomför verksamhetsförändringar - vad skulle det vara?

## **Övrigt**

Har vi glömt något som kan vara viktigt att ta upp?

*Tack för din medverkan!*