

LUNDS UNIVERSITET, FEKK01

Examensarbete kandidatnivå, C-nivå, 15 poäng

HT 2008

2009-01-14



LUNDS UNIVERSITET
Ekonomihögskolan

Lean Healthcare på USiL

- En förändring mot lärande

Författare:

Martin Johansson

Jonas Pålsson

André Sikland

Handledare:

Anna Jonsson

Magnus Nilsson

Examensarbetets titel: Lean Healthcare på USiL – En förändring mot lärande

Seminariedatum: 2008-01-14

Ämne/kurs: FEKK01, Examensarbete kandidatnivå, Företagsekonomi, 15 poäng

Författare: Martin Johansson, Jonas Pålsson, André Sikland

Handledare: Anna Jonsson, Magnus Nilsson

Nyckelord: Lean Healthcare, sjukvård, Universitetssjukhuset i Lund, USiL, organisatoriskt lärande, organisationsförändring, Region Skåne.

Syfte: Syftet med uppsatsen är att belysa och analysera de problem och det motstånd USiL möter när de försöker bli en lärande organisation med hjälp av Lean Healthcare.

Metod: Studien är genomförd som en kvalitativ fallstudie och en abduktiv ansats. Intervjuer av semistrukturerad karaktär har legat till grund för insamlandet av vårt empiriska material.

Teoretiska perspektiv: Studiens teoretiska avsnitt består av teorier som behandlar hur en organisatorisk förändring bör genomföras samt vad det innebär att bli en lärande organisation. För att analysera de olika typer av motstånd som kan uppstå vid en organisatorisk förändring har studien tagit stöd av teorier kring förändringsmotstånd, chefskap och ledarskap samt organisationskultur. Den sista delen av det teoretiska underlag består av hur förändringsmotstånd kan bemötas samt teorier om motivation.

Empiri: Studieobjektet är den process USiL genomgår för att bli en lärande organisation med hjälp av Lean Healthcare. Intervjuer har genomförts med anställda på olika nivåer och positioner på sjukhuset, samt med chefen på Region Skånes förnyelsekontor.

Resultat: I sin strävan att bli en lärande organisation har USiL stött på problem och motstånd. Tidigare misslyckade förändringsprojekt har bidragit till ett förändringsmotstånd bland de anställda. Motståndet stärks ytterligare av den kultur och struktur som finns på sjukhuset. Lean Healthcare innebär nya roller för de anställda. De grupper som kan anses vara förlorare med ett införande av Lean Healthcare är chefer och läkare eftersom de tappar makt och inflytande. En grundförutsättning för att utveckla ett lärande inom ramen för Lean Healthcare är att de anställda inte kopplar effektiviseringar med nedskärningar. Region Skåne förespråkar centralisering och motsätter sig därmed Lean Healthcarens decentraliseringstanke. Detta kan komma att leda till problem då Region Skåne är de som sätter spelreglerna för USiL. Trots alla problem gynnas de flesta på USiL av att arbeta med Lean Healthcare och därför finns det förutsättningar för USiL att genom Lean Healthcare bli en lärande organisation.

Title: Lean Healthcare at USiL – A change towards learning

Seminar date: 2008-01-14

Course: FEKK01, Degree Project Undergraduate level, Business administration, 15 Points

Authors: Martin Johansson, Jonas Pålsson, André Sikland

Advisors: Anna Jonsson, Magnus Nilsson

Key words: Lean Healthcare, healthcare, Universitetssjukhuset i Lund, USiL, organizational learning, organizational change, Region Skåne.

Purpose: The purpose of this thesis is to elucidate and analyze the problems and resistance USiL faces when trying to become a learning organization with the help of Lean Healthcare.

Methodology: The study is conducted through a qualitative case study with an abductive approach. Interviews of a semi-structural characteristic have been conducted in order to gather our empirical foundation.

Theoretical perspectives: The theoretical section of the study consists of theories treating how an organizational change should be conducted and what it means to become a learning organization. To be able to analyze different kinds of resistance to organizational change, the study is supported by theories concerning resistance to change, management and leadership and organizational culture. The last part of the theoretical section consists of how resistance to change should be resolved and theories about motivation.

Empirical foundation: The studied object is the process USiL goes through when trying to become a learning organization with the help of Lean Healthcare. Interviews have been conducted with employees on different levels and positions at the hospital, and the director of Region Skåne office of renewal.

Conclusions: In its ambition to become a learning organization USiL is facing problems and resistance. Due to earlier unsuccessful attempts to change, a resistance among the employees has arisen. The resistance is further enhanced by the culture and structure of the hospital. Lean Healthcare implies new roles for the employees. Managers and physicians lose authority and influence with Lean Healthcare. To develop a learning organization the employees have to understand the difference between streamlining and downsizing. Region Skåne advocates centralization and thereby opposes Lean Healthcare's theory about decentralization. Despite all problems most employees at USiL benefit from working with Lean Healthcare, hence there is a possibility for USiL to become a learning organization with the help of Lean Healthcare.

Förord

Detta examensarbete har genomförts på Ekonomihögskolan i Lund.

Härmed vill vi tacka de personer som varit till stöd och hjälp vid genomförandet av denna uppsats. Vi vill tacka alla medarbetare på Universitetssjukhuset i Lund som ställt upp på intervjuer och hjälpt oss vid insamlingen av vårt empiriska material. Ett stort tack går även ut till Lars-Åke Rudin på Region Skånes förnyelsekontor. Ett extra stort tack vill vi rikta till Eva Engvall och Åsa Hägglin i strategiska staben för deras ovärderliga hjälp.

Vi vill även rikta ett tack till våra handledare Anna Jonsson och Magnus Nilsson som varit ett stöd under hela arbetets gång.

Lund, Januari 2009

André, Jonas och Martin

1. INLEDNING	6
1.1 BAKGRUND	6
1.2 SYFTE.....	8
1.3 DISPOSITION OCH BEGREPPSFÖRKLARING	9
2. METOD	10
2.1 VAL AV STUDIEOBJEKT OCH GENERELLT TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	10
2.2 KOPPLING MELLAN TEORI OCH EMPIRI – EN ABDUKTIV ANSATS.	10
2.3 FALLSTUDIE	11
2.4 UTREDNINGSSTRATEGI – KVANTITATIV ELLER KVALITATIV DATA?	12
2.5 DATAINSAMLING.....	13
2.5.1 Intervjuer som insamlingsmetod	14
2.5.2 Observation	16
2.5.3 Föreläsning	17
2.6 UNDERSÖKNINGENS KVALITET – KAN VI LITA PÅ RESULTATET?	17
3. TEORI	19
3.1 FÖRÄNDRING.....	19
3.1.1 Lärande organisation.....	20
3.2 MOTSTÅND VID FÖRÄNDRING.....	21
3.2.1 Chefskap kontra ledarskap.....	22
3.2.2 Organisationskultur	23
3.3 BEMÖTA MOTSTÅND.....	25
3.3.1 Herzbergs tvåfaktorsteori.....	26
3.3.2 Interaktiv motivation	27
3.4 TEORETISK REFERENSRAM	28
4. LEAN HEALTHCARE	30
4.1 LEAN HEALTHCARE PÅ USiL	30
4.1.1 Leanverktyg	33
4.2 LEAN HEALTHCARE PÅ LUNDS UNIVERSITETSSJUKHUS	34
4.2.1 Implementeringsprocessen	34
4.2.2 Resultat av lean	36
5. EMPIRI OCH ANALYS	37
5.1 USiLs ORGANISATIONSSTRUKTUR	37
5.2 TIDIGARE FÖRÄNDRINGSPROJEKT.....	39
5.2.1 Vad skiljer med Lean Healthcare?.....	40
5.3 SJUKHUSKULTUR.....	42
5.3.1 Läkarkultur.....	42
5.4 CHEFS- OCH YRKESKATEGORIER PÅ USiL.....	44
5.4.1 Verksamhetschef.....	46
5.4.2 Avdelningschefer	47
5.4.3 Sektionschefer.....	48
5.4.4 Sjuksköterskor och undersköterskor.....	49
5.5 EKONOMI, SPARKRAV – MOTSÄTTNING?	50
5.6 REGION SKÅNE.....	52

5.6.1 En region – en koncern	52
5.6.2 Skånsk Livskraft.....	53
5.6.3 Tvätt och labbverksamhet.....	56
5.6.4 Politisk enighet.....	58
5.7 HUR SKA USIL ARBETA VIDARE MED LEAN HEALTHCARE?	59
6. AVSLUTANDE DISKUSSION.....	63
6.1 VIDARE FORSKNING	65
7. KÄLLFÖRTECKNING	67
7.1 ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	69
7.2 TIDSKRIFTER	70
7.3 MUNTliga KÄLLOR.....	70
8. BILAGA - INTERVJUÖVERSIKT	71

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Vi svenskar har blivit allt fler samtidigt som vi lever längre, denna kombination har lett till ett ständigt ökat tryck på sjukvården. Det ökande behovet av sjukvård har gett upphov till stora problem, bland annat de uppmärksammade vårdköerna. Sjukvårdens budget i förhållande till antalet patienter väntas inte bli större vilket gör att sjukvården måste utgå från sina befintliga resurser för att komma till rätta med problemen (Lord, 081126). Externa faktorer har förändrat förutsättningarna för sjukvården och då krävs det enligt Bakka m.fl. (2006) en förändring för att möjliggöra vidareutveckling. Det gäller alltså för sjukvården att effektivisera sitt sätt att arbeta och tänka för att på detta sätt komma till rätta med sina problem.

I Sverige är sjukvården en icke konkurrensutsatt offentlig verksamhet där man under lång tid har arbetat på samma sätt som man gör idag. Den svenska sjukvården har sitt ursprung i den tunga industrins löpandebandmodell. Fokus har legat på stordriftsfördelar och massproduktion med tanken att centralisera alla funktioner. Varje avdelning har specialiserat sig på ett område och därmed är de ofta fysiskt avskiljda från varandra. (www.skane.se, a) Specialisering har gjort att patienter slussas fram och tillbaka inom sjukhuset och att sjukvården upplevs som en byråkratisk organisation med bristande samarbete och dålig kommunikation mellan avdelningarna. (Lord, 081126) För att komma till rätta med problemen måste man genomföra en förändring. En organisatorisk förändring syftar till att ändra de anställdas struktur, kultur och beteende (Jacobsen, 2005). Sjukvården i Sverige har en lång tradition av att genomföra organisatoriska förändringar men problemet har varit att de flesta inte har gett någon bestående effekt bland de anställda. För att få ett bestående och effektivt förändringsarbete har sjukvården nu vänt blickarna mot Toyota och deras sätt driva förändringsarbeten. (www.skane.se, b)

Toyota har skapat en lärande organisation som ständigt utvecklar system och rutiner för att förstå varför problem uppstår (Womack, Jones, Roos, 2008). Genom att inte bara korrigera uppkomna fel i efterhand utan att ständigt ifrågasätta orsaken till felen har de tagit till sig av det som Argyris och Schön (1978) kallar double-loop learning. Toyota har utvecklat hela sin organisationsfilosofi utifrån detta tankesätt och är idag världens största bilproducent. Toyotas arbetssätt och

produktionsfilosofi avviker från den traditionella massproduktionens stordriftstankar. (Womack, Jones, Roos, 2008) Deras produktionsfilosofin bygger istället på inkrementella förändringar som innebär att man genom små förändringar över tid kan utveckla sina processer (Bruzelius & Skärvad, 2004). Denna produktionsfilosofi har fått namnet Lean Production. Tanken med Lean Production är att skapa ett gemensamt sätt att tänka, samordna och integrera arbetet mot uppsatta mål. (Womack, Jones, Roos, 2008) Sjukhus i Storbritannien och USA har sedan ett antal år börjat använda sig av Toyotas produktionsfilosofi och filosofin har inom sjukvården fått namnet Lean Healthcare. Filosofin har i dessa länder införts med goda resultat och som första sjukhus i Sverige började Universitetssjukhuset i Lund (USiL) år 2007 att införa Lean Healthcare på hela sjukhuset. (www.skane.se, a)

USiL vill med införandet av Lean Healthcare utveckla sin verksamhet så att man kan bli en lärande organisation (www.skane.se, a). Att som organisation besitta en förmåga att ständigt lära menar Alvesson och Sveningsson (2007) är det enda bestående sättet att utveckla verksamheten. USiL vill skapa en kultur där man ständigt ifrågasätter arbetsrutiner och utvecklar kunskap enligt principerna för double-loop learning. Vikten av detta understryks av Blackman m.fl. (2004) som i sin artikel framhåller hur viktigt det är att rutiner ifrågasätts.

Att införa ett helt nytt sätt att tänka och arbeta väcker ofta stort motstånd hos personalen inom ett företag eller en verksamhet (Bruzelius & Skärvad, 1995). Detta motstånd kan tänkas vara extra stort i en så hierarkisk och konservativ verksamhet som sjukvården. Att det finns ett motstånd illustreras av att sjukhuschefen för USiL, Bent Christensen, i september 2008 gick ut till alla chefer på USiL och sa att om man inte vill jobba med Lean Healthcare kanske man ska se sig om efter ett annat jobb. Christensen har även deklarerat att alla verksamhetschefer på USiL ska arbeta med chefskap på heltid, något som redan har fått två verksamhetschefer att hoppa av sina uppdrag. (Sydsvenskan, 081208)

När vi började kartlägga kunskapsläget inför skrivandet av den här utredningen hittade vi två uppsatser skrivna våren 2008 som behandlar implementeringen av Lean Healthcare på USiL. Det vi tycker saknas i uppsatserna och där vi vill lämna ett teoretiskt bidrag är kring de problem och det motstånd som kan förhindra USiL från att bli en lärande organisation. Vår analys kommer

utgå från teorier kring förändring och lärande, vad som skapar motstånd och hur man bemöter detta motstånd. Vi kommer i den här uppsatsen alltså inte utvärdera huruvida vi anser att Lean Healthcare är svaret på sjukvårdens problem eller om själva implementering är utförd på ett optimalt sätt.

Utifrån de områden där vi känner att vi kan bidra till ökad teoretisk kunskap har vi formulerat en problemställning. Vilka interna och externa faktorer påverkar USiLs möjlighet att bli en lärande organisation?

1.2 Syfte

Syftet med uppsatsen är att belysa och analysera de problem och det motstånd USiL möter när de försöker bli en lärande organisation med hjälp av Lean Healthcare.

1.3 Disposition och begreppsförklaring

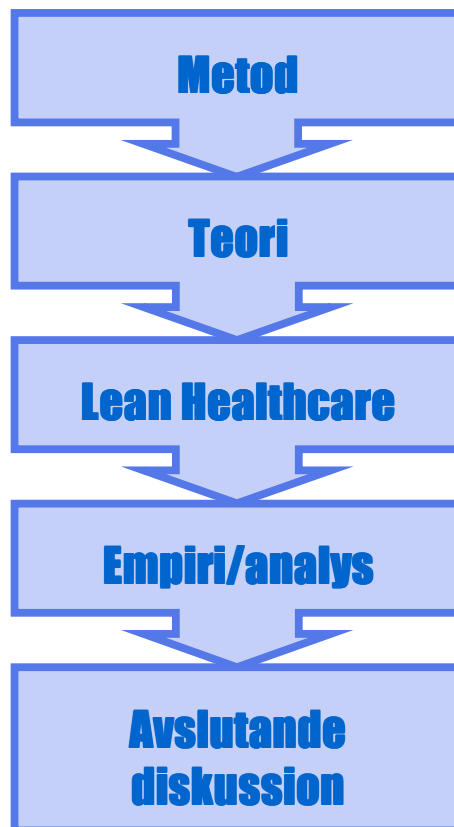


Fig. 1 Disposition

Figur 1 visar hur vi valt att disponera vårt arbete. Efter vår inledning följer en presentation av den metodologiska ansats vi använt oss av. Därefter kommer vi att presentera de teorier som vi låtit ligga till grund för vår studie. Vi har valt att lägga teorin om Lean Healthcare samt hur leanarbetet på USiL är utformat i ett avsnitt för sig. Att vi lägger Lean Healthcare i ett eget kapitel motiveras av att leanfilosofin utgör en så pass central del i vårt arbete. Efter avsnittet om Lean Healthcare följer vår empiri och analysdel. Arbetet avslutas med att vi för en diskussion kring den analys vi gjort.

I detta arbete kommer vi att låta begreppen Lean Healthcare och lean vara synonyma med varandra. Detta innebär att när vi i uppsatsen skriver, lean, leanarbete, leanfilosofi osv. så betyder detta Lean Healthcare, Lean Healthcarearbete, Lean Healthcarefilosofi osv.

2. Metod

Detta avsnitt innehåller en beskrivning av de metodologiska ansatser och tillvägagångssätt som använts för att utreda syftet med denna uppsats. Vi inleder kapitlet med att först presentera studieobjektet och därefter redovisar vi stegvis hur vi angrep problemobjektet. Det innebär att vi efter det första stycket kommer att beskriva och förklara valet av förhållningsansats och sedan resonera kring fallstudier som metod. Därefter presenterar vi vår utredningsstrategi och ger en beskrivning av hur vår datainsamling gick till. Slutligen förs en kritisk diskussion kring hur vårt metodval, vår förhållningsansats och utredningsstrategi påverkat resultatets giltighet.

2.1 Val av studieobjekt och generellt tillvägagångssätt

Vårt studieobjekt är den process USiL genomgår för att bli en lärande organisation med hjälp av Lean Healthcare. Vi har framförallt valt att fokusera på de problem och det motstånd som finns och kan uppstå under processen. För att undersöka detta har vi valt att låta intervjuer ligga till grund för vår studie. Vi har valt att intervjua två av de fyra medarbetarna i den strategiska staben på USiL. Den strategiska staben har som uppgift att arbeta med införandet av lean. Vi eftersträvade samtidigt att få underlag nog för att kunna skapa oss en egen bild, annan än den som strategiska staben förmedlar, av hur lean upplevs ute i verksamheten. Därför har även intervjuer genomförts med ett antal chefer på olika nivåer som fått delge oss sin syn. För att vi skulle få en helhetsuppfattning genomfördes även intervjuer med sjukvårdspersonal längre ner i organisationen. Som ett sista steg för att få den helhetsbild vi eftersträvade genomfördes även en intervju med chefen för Region Skånes förnyelsekontor.

2.2 Koppling mellan teori och empiri – en abduktiv ansats.

Vi samlade in vårt empiriska material huvudsakligen genom intervjuer som sedan matchades mot en teoretisk grund. Valet av förhållningssätt torde då falla på en induktiv ansats eftersom det innebär att man som utredare försöker ha ett öppet förhållningssätt där insamlandet av data sker förutsättningslöst. Vidare låter man resultatet av undersökningen utifrån den nyinsamlade empirin ligga till grund för skapandet av nya teorier om verkligheten. (Jacobsen, 2002) Samtidigt är det enkelt att inse att vi som författare präglats i vårt val av teorier från vår tidigare utbildning. Detta

innebar att vi inte mötte uppgiften helt förutsättningslöst utan att vi fick ett inslag av ett deduktivt förhållningssätt. En deduktiv ansats innebär att man utgår ifrån befintliga teorier innan data insamlas. Det betyder att de på förhand valda teorierna skapar vissa förväntningar på undersökningens resultat hos författarna. Den information som samlas in jämförs sen mot förväntningarna för att bekräfta den bild av verkligheten utredarna förväntade sig. (Jacobsen, 2002) Med detta sagt innebär det att de på förhand valda teorierna riskerat utgöra en sorts skygglappar som gjort att vi som författare, utifrån valda teorier, tenderat att enbart söka efter och uppfatta den data som stödjer de egna antagandena. Därför kan det tänkas att viktig och relevant information gått förlorad samtidigt som resultatet färgats av valet av teorier.

Sammantaget kan man alltså säga att vi varken använt oss av vare sig ett renodlat induktivt eller deduktivt förhållningssätt utan snarare ett abduktivt. Generellt kan ett abduktivt förhållningssätt sägas innebära att det sker en alternering mellan teori och empiri. Detta sker eftersom teorin och empiri tolkas och omtolkas av varandra under forskningsprocessen. (Alvesson & Sköldbberg, 2008) Utgångspunkten för vår studie var teorierna men vi lät empirin styra innehållet, det innebar att teoriavsnittet omformades och anpassades allteftersom det empiriska materialet insamlades.

2.3 Fallstudie

Vi har genomfört en studie där vi framförallt eftersträvat en helhetsbild av vårt studieobjekt. Hur lämpligt valet av angreppssätt är, avgörs till stor del av hur problemet ser ut och vilket slutresultat man vill ha (Merriam, 1998). Vi valde att genomföra en kvalitativ fallstudie eftersom detta metodval berör det praktiska problemet utifrån ett helhetsperspektiv. Att valet föll på genomförandet av en fallstudie motiveras av att fallstudier enligt Merriam (1998) ofta är att föredra då man undersöker ett aktuellt eller nutida skeende. Eftersom implementeringen av Lean Healthcare fortfarande pågår blev en fallstudie det naturliga valet. Fallstudiens styrka ligger i att många typer av empiriskt material kan utnyttjas i utredningen t.ex. dokument, artefakter, intervjuer och observationer (Merriam 1998, Yin 2003). Resultatet av en fallstudie blir därför ofta väldigt fylligt i sitt innehåll, den kan alltså sägas vara deskriptiv eftersom den innebär en uttömmande beskrivning av händelsen som studerats (Yin 2003). Resultatet av undersökningen presenteras därför snarare i ord än i siffror. Deskriptiv forskning används alltså när man strävar efter en förklaring av ett nutida skeende samtidigt som variablerna för orsak och verkan är svåra

att identifiera eller allt för komplexa. Fallstudier strävar således inte efter att hitta någon universalsanning, syftet är snarare att man utifrån de fakta man har ska kunna få fram en övertygande tolkning genom att undanröja felaktiga slutsatser. (Merriam 1998, Yin 2003)

Att fallstudier inte presenterar några direkta sanningar kan utgöra ett problem rörande tillförlitligheten i vårt arbete. För att resultaten vi kommit fram till och de slutsatser vi dragit ska vara av relevans är det viktigt att de inte bara bidrar till det befintliga kunskapsläget utan att även giltigheten kan testas. Vi kommer förvisso att diskutera arbetets validitet, reliabilitet och replikerbarhet utförligare senare i detta metodkapitel, men vi vill redan nu göra läsaren uppmärksam på att en fallstudie till stor del är en tolkning i kontext. Det innebär att variabler och faktorer som presenteras i arbetets empiridel inte kan skiljas från sammanhanget de är hämtade ur. Eftersom fallstudier behandlar pågående processer är situationen vid studietillfället unik för den tidpunkten. Det får till följd att vårt resultat och våra slutsatser i uppsatsen också blir unika. Replikerbarheten, alltså möjligheten att för en utomstående kritiker testa resultatet och giltigheten i vårt analysarbete, kan därför vara begränsad. Detta är en svaghet hos fallstudier i allmänhet men vi anser att dess fördelar som presenterats tidigare ändå motiverar vårt metodval.

2.4 Utredningsstrategi – kvantitativ eller kvalitativ data?

Vi hade tidigt bestämt oss för att genomföra en deskriptiv fallstudie av vårt studieobjekt. Därför gjorde vi bedömningen att det vore lämpligast om utredningsstrategin inte emotsatte sig vårt metodval. Kvantitativa och kvalitativa utredningsstrategier har båda olika styrkor och svagheter, men vi valde att genomföra en kvalitativ studie eftersom vi ansåg att det skulle gå bäst ihop med vår fallstudie. Vi ansåg också att en kvantitativ studie skulle kunna begränsa utredningen då många av de faktorer som studerats behöver studeras på djupet. Kulturella fenomen, olika normer och värderingar i en organisation är nämligen alla viktiga komponenter som påverkar hur större förändringsprojekt tas emot när de genomförs, de är också svåra att kvantifiera. Eftersom vårt mål hela tiden var att genomföra en djupare analys av vårt studieobjekt, ansåg vi att kvalitativ data skulle ge oss det bästa underlaget för studien. Vi lät således kvalitativ datainsamling från huvudsakligen intervjuer bli den generella utredningsstrategi som fick lägga grunden för vårt empiriska material. Ett insamlande av kvalitativ data motiveras dessutom av att studiers problemställning efterhand ibland kan komma att förändras. Tiden som fanns avsatt för

skrivandet av denna uppsats var ganska begränsad. Därmed utgjorde flexibiliteten hos en kvalitativ studie ytterligare en fördel, eftersom det då inte finns något fast frågeformulär som måste ändras. (Jacobsen, D. I. 2002)

2.5 Datainsamling

De empiriska data vi har insamlat kommer huvudsakligen från de intervjuer vi genomfört. Utöver intervjuerna består det empiriska materialet av en storföreläsning och en observation. I stycket nedan kommer vi först kort argumentera kring valet av metod för datainsamling, för att i stycket efter ganska ingående beskriva utformandet och upplägget av våra intervjuer. Vidare analyseras samspelet mellan intervjuare och respondent samt hur bedömningen av intervjuinformationen bör göras. Vi redogör även för storföreläsningen och observationen samt hur vi fick användning av dem.

Vi har i tidigare avsnitt förklarat att vi gjort en deskriptiv fallstudie där intervjuer legat till grund för vårt insamlade av kvalitativ data. För att få det nödvändiga materialet som krävdes för att kunna utreda vårt syfte och besvara vår frågeställning genomförde vi totalt 13 intervjuer varav 12 på USiL. Målet var att få en överblick och ett helhetsperspektiv över vårt studieobjekt. Intervjuerna genomfördes på flera olika nivåer inom USiL för att på så sätt kunna uppfatta och identifiera problem och motstånd som uppstått. De som intervjuades var; medarbetare i den strategiska staben, divisionschefer, verksamhetschefer, sektionschefer, avdelningschefer, en sjuksköterska och en undersköterska. Då USiL liksom många andra sjukhus i Sverige påverkas av politiker, ville vi även ta reda på hur man från regionen ser på införandet av lean. Av den anledningen genomfördes en intervju med chefen för förnyelsekontoret på Region Skåne.

Vi valde att genomföra kvalitativa semistrukturerade intervjuer eftersom de gav respondenten möjligheten att svara fritt inom ramen för den fråga eller det ämnesområde vi som intervjuare valde. Respondenten knöts på så sätt inte upp mot några fasta frågor där svarsalternativen redan var angivna. Därmed gavs respondenten större frihet att med egna ord själv beskriva sina upplevelser. Den frihet och öppenhet som en inte allt för strukturerad intervju medför, gjorde att varje respondents unika tolkning av verkligheten på sjukhuset kunde fångas. Genom att inte styra

intervjuerna för hårt var det alltså möjligt att uppfatta intressant information som ändå var direkt hänförlig till den speciella kontexten. (Bryman & Bell 2003, Yin 2003)

2.5.1 Intervjuer som insamlingsmetod

Eftersom vi fick merparten av vårt empiriska material genom intervjuer anser vi att det är viktigt att förklara hur intervjuerna gick till. Vi vill med detta avsnitt beskriva hur de genomfördes och hur vi bearbetade informationen som vi fick fram. Vi kommer även löpande att framföra kritik mot sättet som intervjuerna utförts på och hur det kan ha påverkat slutprodukten.

För att få en bild av hur ett förändringsarbete genomförts måste man antingen vara med och observera förloppet eller i efterhand intervjua någon som varit med under arbetet (Merriam, 1998). Då en observerande studie hade krävt en större tidsrymd än den som är avsatt för vårt arbete föll valet på att istället intervjua personer som varit involverade i processen. Det är inte heller möjligt att observera känslor eller tankar utan man måste prata med och låta personer ge uttryck för sina tankar och åsikter (Ibid). Mycket av det vår studie behandlar rör dessutom till viss del förändringar som redan är genomförda, vilket skulle försvåra en observerande studie.

Inför skrivandet av denna uppsats hade vi genomfört en intervju med Eva Engvall från den strategiska staben och denna intervju fungerade som en inspirationskälla. Under intervjun fick vi på ett övergripande sätt berättat för oss vad lean innebär för USiL. Utifrån denna första intervju fick vi en bättre överblick över vissa intressanta områden och dessa lyftes fram i kommande intervjuer. När uppsatsskrivandet började genomfördes en intervju med både Eva Engvall och Åsa Hägglin från den strategiska staben. Vid denna intervju var frågorna utformade och anpassade efter vår problemställning. Med undantag av intervjun med Engvall och Hägglin samt vår intervju med en sjuk- och en undersköterska genomfördes alla med en respondent åt gången. Gruppens alla tre deltagare satt med under samtliga intervjuer men de leddes av en person åt gången, övriga två satt med för att kunna inflika med följdfrågor och försöka uppfatta signaler som kan vara svåra att se. Det kan finnas en risk med att respondenten sluter sig och inte pratar lika obehindrat om maktobalansen förstärks av att personerna som intervjuar är i numerärt övertag (Christensen, m.fl., 2001). Att vi ändå valde att genomföra intervjuerna gemensamt motiveras av att vi inte är experter på att intervjua. Chansen att uppfatta små detaljer ökar således

om vi har fler ögon och öron närvarande, dessutom ville vi sitta med och delta vid varje intervju för vårt eget lärandes skull.

Samspelet mellan intervjuare och respondent är överhuvudtaget en väldigt komplex företeelse. Förutfattade meningar, fördomar, attityder och mycket mer färgar och påverkar den information som kommer fram. (Merriam, 1998) Därför är det väldigt viktigt för intervjuaren att vara medveten om att det finns ett flertal faktorer som påverkar samtalet. Det är t.ex. inte helt otänkbart att några av de respondenter som vi intervjuat känt att han eller hon behövt prestera inför oss. I så fall finns det en risk att respondenten berättat om händelser och upplevelser som den förväntade sig att vi som intervjuare ville höra. (Yin 2003)

Eftersom vi genomfört 13 intervjuer med totalt 15 personer ansåg vi oss tvungna att spela in allt material. Varje respondent gjordes medveten om att samtalet spelades in och även om vi inte upplevde det som att respondenterna blev obekväma, kan det inte uteslutas att de höll inne information som de annars kanske hade delgett oss. För vidare bearbetning transkriberades det inspelade materialet och här är det möjligt att viss information gått förlorad. Kroppsspråk, mimik och tonläge är rimligen svårare att uppfatta genom ett inspelat samtal. Intervjuerna genomfördes på platser där vardagssysslor inte skulle stressa respondenten. Trots detta hände det att telefonen ringde under intervjutiden och det kan ha påverkat respondenten.

Eva Engvall och Åsa Hägglin försåg oss med kontaktuppgifter till personer de tyckte var lämpliga att intervjua. Detta har till viss del påverkat den bild som vi återger i vår utredning. Då vi med denna utredning bland annat vill belysa de problem och det motstånd som dykt upp, kan det ha tolkats som att vi utvärderar den strategiska stabens arbete. Om det tolkats så, kan det inte uteslutas att Engvall och Hägglin tilldelade oss namn på medarbetare som förväntades återge en positiv bild av förändringsarbetet och den strategiska stabens agerande. För att kringgå denna problematik valde vi, utöver de fem namn vi fick tilldelade oss, att på egen hand kontakta och genomföra ytterligare fem intervjuer med personer på motsvarande positioner. För att få en mer övergripande bild intervjuade vi dessutom en sjuksköterska och en undersköterska på USiL.

Vi genomförde även en intervju med chefen på Region Skånes förnyelsekontor. Syftet med intervjun var att få ett regionalt perspektiv för att se hur man inom regionen förhåller sig till USiLs arbete med lean. Vi fick med denna intervju en bättre överblick för sjukvården i regionen, vilket gjorde det lättare för oss att se hur regionens beslut påverkar USiL.

Vi är medvetna om att det är en svaghet att vi endast intervjuat en person med regionalt perspektiv. Att bara intervju en från regionen innebär en risk att åsikter som kanske är helt unika för intervjupersonen tillåts representera hela regionen. Däremot kan vi se att de beslut som är tagna på regional nivå och informationen som vi hämtat från Region Skånes hemsida överensstämmer med den information som förmedlades till oss vid intervjun. Risken att det specifika intervjumaterialet skulle vara felaktigt eller missvisande ser vi därför som minimalt.

2.5.2 Observation

För att få en ökad förståelse för hur den strategiska staben arbetar för att föra ut lean på USiL var vi med och observerade när en grupp medarbetare från sjukhuset spelade ett så kallat leanspel. Leanspelet har varit en central del av arbetet med att utbilda personalen i Lean Healthcare och genom vår närvaro fick vi en ökad förståelse för hur leanarbete fungerar. Spelet har under de senaste åren använts flitigt för att förmedla budskapet med lean. Det har varit ett väldigt viktigt redskap för att öka förståelsen kring lean. Vid uppsatsskrivandet hade ungefär 2500 av alla medarbetare på sjukhuset deltagit i spelet. Spelet syftar till att på ett pedagogiskt och konkret sätt visa hur organisationer kan arbeta effektivare. Åsa Hägglin som ledde utbildningen förklarade för oss att grupperna ofta har med sig en viss skepsism innan spelet startat, men att det nästan alltid ändras när det blir tydligt för dem vilka förtjänster lean kan innebära. Under spelets gång diskuterade Hägglin med deltagarna i generella termer kring hur man skulle kunna arbeta för att bli så effektiva som möjligt. Genom att ha undervisning integrerad med spelet försökte hon öka förståelsen för lean bland deltagarna. Hägglin gjorde även kopplingar mellan Lean Healthcare och deltagarnas dagliga arbete på sjukhuset.

I samband med en intervju som genomfördes på röntgenavdelningen fick vi också observera avdelningens leantavla. Vi fick förklarat för oss tavlans upplägg och innehåll samt se exempel på hur olika leanprojekt utvecklades. Observationen tydliggjorde för oss den centrala funktion som

leantavlan utgjorde på avdelningen. Det gjorde den genom att vi konkret kunde se hur tavlan hjälpte till att visualisera de förändringsprojekt som var igång. Observationen gav oss också en förståelse för hur den utgör en naturlig mötesplats som främjar kommunikationen mellan de anställda.

Fördelen med observationer ur en utredningssynpunkt är att man faktiskt kan se vad som händer. Vad man som utredare uppfattar av en observation varierar från person till person. Detta beror på en rad olika faktorer som t.ex. tidigare erfarenhet och förkunskap. (Denscombe, 1998) Vi är alla olika perceptiva och det finns således en fara i att vi kan ha uppfattat det som skedde under observationen olika.

2.5.3 Föreläsning

Vi deltog på en föreläsning som den strategiska chefen på USiL, Magnus Lord, höll i. I stora drag berättade Lord om bakgrunden till lean inom sjukvården, vilka förbättringsområden som finns och hur de börjat arbeta med lean på USiL. Föreläsningen förstärkte den kunskapsbas vi stod på och gav även inspiration till vår problematisering av studieobjektet. Den hjälpte oss också att skapa ett bättre underlag inför våra intervjuer.

2.6 Undersökningens kvalitet – kan vi lita på resultatet?

Vi nämnde tidigare att resultatets pålitlighet kan vara svår att styrka, speciellt i en fallstudie. Detta är inte på något sätt unikt för vår studie utan all forskning brottas med en viss svårighet att argumentera för relevansen i sina resultat. Det finns tre nyckelord som kan användas för att utreda huruvida vi kan lita på ett resultat, dessa tre är; validitet, reliabilitet och replikation. (Lundequist, 1995) Vi ska först i allmänna drag förklara vad termerna innebär och sedan diskutera vårt arbete utifrån desamma.

Validitet innebär att det som mäts i undersökningen ska vara relevant medan reliabilitet betyder att utredaren mäter på ett tillförlitligt sätt. Således bör man alltid eftersträva både en hög validitet och reliabilitet. Validitet handlar om att använda och mäta rätt sak vid rätt tillfälle, samt att kunna ange i vilka situationer och för vilka populationer resultaten faktiskt är giltiga. Hur hög validiteten i en utredning är avgörs alltså till stor del av hur väl det går att dra generella slutsatser

för andra grupper utifrån de som studerats. Innebörden av begreppen reliabilitet och replikation skiljer sig åt även om de påminner mycket om varandra och är nära sammanlänkade. Ett resultat med hög reliabilitet innebär att en liknande utredning som utförs på samma sätt som den ursprungliga ger ungefär samma resultat. Utfallet för en studie kan alltså inte anses vara reliabelt om resultatet visar sig vara baserat på slumpmässiga variabelers inverkan. Replikation betyder att utredningen ska vara möjlig att återskapa t.ex. för att en utomstående betraktare ska kunna kontrollera resultatets reliabilitet. (Lundequist, 1995)

Vi har i avsnittet om intervjuer som insamlingsmetod beskrivit problematiken som uppstått av att vi inledningsvis själva inte hade någon direkt insyn eller kontakt med personer på sjukhuset annat än i den strategiska staben. Vi tycker att vi intervjuat tillräckligt många andra personer för att minska det problemet. Däremot går det inte komma ifrån att vi inte gjort ett optimalt urval av intervjupersoner. Vi har på några ställen kapitlet igenom beskrivit vissa av de problem vårt metodval, vår förhållningsansats och utredningsstrategi inneburit för uppsatsen. Det är ingenting vi kommer att återupprepa nu, däremot är ämnet extra känsligt just nu. Detta eftersom sjukhuschefen Bent Christensen förklarade att det är Lean Healthcare man ska jobba med på USiL och de chefer som motsätter sig detta bör se sig om efter ett annat jobb. Då vi inte kunnat garantera anonymitet för våra respondenter, har det antagligen påverkat respondentens beteende under våra intervjuer. Vi försökte även få kontakt med en verksamhetschef som hoppat av från sin position efter Christensens uttalande, men han valde att avstå från en intervju. Det fanns även andra vi sökt kontakt med som inte heller ville ställa upp och det är därför möjligt att de mest kritiska rösterna inte kommit fram i vår uppsats. Detta är en svaghet med uppsatsen men samtidigt svårt att komma runt eftersom vi inte har några medel för att fritt intervju de vi vill. Över lag lider uppsatsen även av brister i dess validitet, reliabilitet och replikerbarhet. Vi vill dock hävda att de flesta utav bristerna är direkt hänförliga till fallstudiens natur av att vi studerat ett samtida skeende.

3. Teori

I detta kapitel presenterar vi våra val av teorier samt för en kortare diskussion kring hur de knyter an till varandra. Våra teorier kan delas in i tre delar, den första delen består av teorier för att förstå varför en förändring krävs och vad som krävs för att bli en lärande organisation. Den andra delen beskriver olika teorier och faktorer som förklarar det motstånd som kan uppstå mot förändringen. Den tredje och sista delen av detta teorikapitel presenterar teorier kring vad man ska tänka på för att minimera motståndet mot förändringen. För att få ett helhetsperspektiv över hur de olika delarna hör samman och varför vi anser att de teorier vi valt är relevanta avslutar vi detta kapitel med en teoretisk referensram.

3.1 Förändring

Förändringsarbete startar med att någon får en idé om hur en organisation kan utvecklas och förbättras. Man vill lämna nuläget för att uppnå ett nytt läge. Grundorsaken till förändring är att det krävs utveckling på grund av att interna eller externa faktorer förändras genom t.ex. globalisering, ökad konkurrens, teknisk utveckling eller kostnadsreducering. (Bakka m.fl., 2006) Det är viktigt att ha i åtanke att personer utvecklas och förändras väldigt olika i samband med en organisationsförändring. Det därför viktigt att sätta sig in i och förstå hur individer och grupper kommer att ställa sig till en förändring. (Jacobsen, 2005) Stor uppmärksamhet bör läggas vid kulturella och politiska aspekter eftersom organisationer anses vara väldigt komplexa och dynamiska (Alvesson & Sveningsson, 2007). Huruvida en förändring anses vara av ondo eller godo är högst individuellt och därför varierar förändringsviljan från person till person. Bland dem som inte tycker förändringen är bra uppstår ofta ett motstånd mot förändringen. (Boevy & Hede, 2001)

Det finns två typer av förändringar, inkrementella och strukturella. Inkrementella förändringar bygger på att man förbättrar och utvecklar arbetssätten inom organisationen, t.ex. sina processer och rutiner. Detta sker under en längre tidsperiod och man arbetar kontinuerligt med små förändringar. Strukturella förändringar fokuserar på större förändringar så som förändring i

organisationens affärsidé eller organisationsform. Den senare typen av förändringar är ofta radikala och relaterade med hög risk. (Bruzelius & Skärvad, 2004)

Samtidigt som det lanseras fler och fler förändringsmodeller så visar studier att de flesta förändringar misslyckas (Alvesson & Sveningsson, 2007). Enligt Kotter beror misslyckanden vanligen på att man underskattar betydelsen av en tydlig vision, att man inte lyckas med att kommunicera ut visionen eller att man inte klarar av att förankra förändringar i organisationskulturen. Det är även viktigt att inte ta ut segern i förskott och att aktivt arbeta med diverse hinder och motstånd som motsätter sig förändringen. (Kotter, 1990)

3.1.1 Lärande organisation

Organisatoriskt lärande beskrivs av Chris Argyris och Donald Schön (1978) som upptäckten och korrigeringen av fel. Man kan se organisatoriskt lärande som det sätt organisationer bygger samt sprider kunskap. Genom att utveckla ett lärande inom organisationen blir den mer dynamisk och anpassningsbar för förändringar. Detta är något som eftersträvas i dagens moderna samhälle eftersom det ställs höga krav på att organisationer ska vara flexibla. Att ständigt lära är en förutsättning för såväl individers som organisationers utveckling. (Dodgson, 1993)

Argyris och Schön (1978) delar in organisatoriskt lärande i single- och double-loop learning:

Single-loop learning

Bygger på att när fel är upptäckta och korrigerade så återgår och fortsätter man med samma riktlinjer och mål som tidigare. Det kan närmast liknas vid en mekanisk form av lärande där man accepterar förändring. Detta kan mycket väl lösa de existerande problemen men man beaktar inte varför felen uppstått eller reflekterar kring skälen för förändring.

Double-loop learning

Här tas lärandet ett steg längre. Förutom att upptäcka och korrigera fel så ifrågasätter man även själva organisationen och de bakomliggande antagandena. Genom att anpassa sina procedurer, normer och målsättningar försöker man undvika liknande fel i framtiden. Man granskar och tänker kritiskt innan åtgärder vidtas. Double-loop learning anses vara en ”högre form av lärande”.

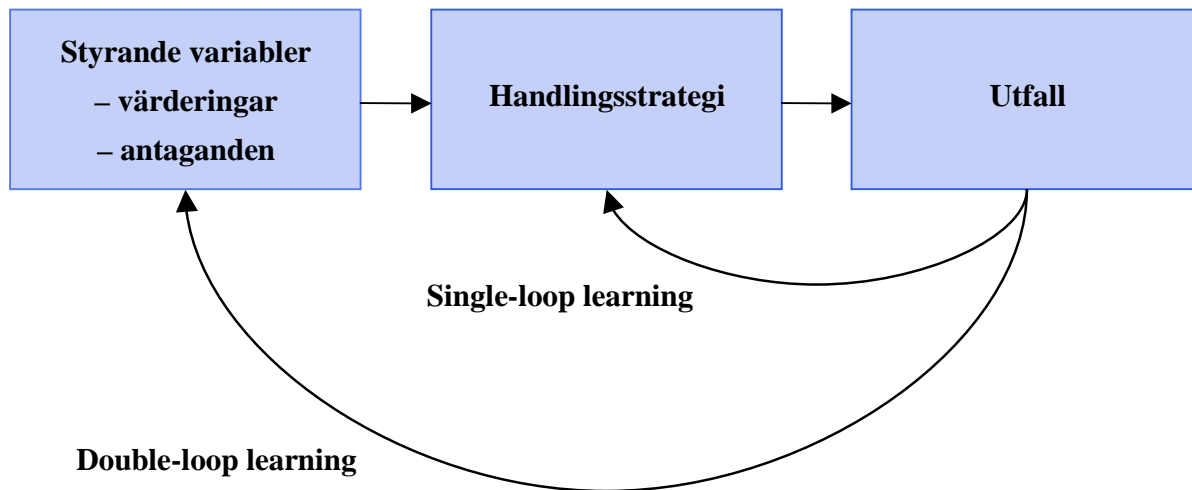


Fig. 2 Single- och Double-loop learning
Argyris & Schön (1978)

Vi kan i figur 2 se att single-loop learning bygger på att när ett visst utfall sker så går man tillbaka för att ändra handlingsstrategin för att rätta till felet. Skillnaden med double-loop learning är att man går ett steg längre och ändrar styrande variabler. Man granskar alltså de bakomliggande faktorerna för att undvika samma fel i framtiden.

3.2 Motstånd vid förändring

När en vision eller en idé om förändring förmedlas av företagsledningen accepteras den sällan av de anställda (Bruzelius & Skärvad, 1995). Individer reagerar alltid olika på förändringar men ofta upplevs de som något främmande. Med en förändring så ökar osäkerheten av att invanda rutiner frångås. (Jacobsen & Thorsvik, 2002) Ofta kan man se att det finns ett samband mellan hur mycket kunskap eller information den anställde har om förändringen och hur de förhåller sig till den. En medarbetare som inte gjorts medveten om eller förstår orsaken till förändringen är troligtvis mer benägen att väcka motstånd. (Bruzelius & Skärvad, 1995) Motstånd kan även orsakas av att medarbetaren känner att den förlorar kontroll och inflytande över sin

arbetsituation (Kotter & Schlesinger, 1979). Osäkerhet kring motiven bakom en förändring och oklara följdverkningar påverkar också, liksom tidigare erfarenheter av misslyckade förändringsprojekt. Motståndets styrka och omfattning varierar beroende på vad förändringen gäller, hur stor den är och hur förändringen genomförs. (Jacobsen, 2005) För att sammanfatta uppkomsten av motstånd använder vi oss av Kotter och Schlesingers (1979) fyra punkter om förändringsmotstånd:

- 1. Trångsynthet/egennyttia** – Individer bekymras över att följderna av förändringen kommer att påverka deras egenintressen. De oroar sig över hur förändringen kommer att påverka dem istället för att beakta vilka effekterna blir för verksamheten.
- 2. Missförstånd/kommunikationsproblem** – Om förståelsen eller kunskapen för en förändring är låg, ökar osäkerheten för den anställde.
- 3. Låg tolerans mot förändring** – Vissa personer är väldigt angelägna om att känna trygghet och stabilitet i sitt arbete.
- 4. Olika bedömningar av situationen** – Det är troligt att olika personer ser olika behov och konsekvenser av en förändring. I en organisation finns det ofta olika åsikter om skälen till en förändring och vad de kan innebära.

3.2.1 Chefskap kontra ledarskap

Det kan tänkas att det krävs en ny typ av chef-/ledarskap för att utveckla en lärande organisation. Vi har därför valt att presentera Kotters teori kring hur chefskap skiljer sig från ledarskap. I sin bok ”*A force for change - How leadership differs from management*” från 1990 listar Kotter några punkter som utmärker och skiljer chefskap och ledarskap från varandra:

Chefskap

Planering och budgetering - etablera detaljerade steg och tidsramar för att nå önskade resultat och därefter tillsätta resurser för att nå resultaten.

Organisera och schemalägga - etablera en viss struktur för att nå målen, schemalägga personalen så att de får möjligheter och ansvar att göra det som krävs för att nå målen. Skapa metoder eller system för att övervaka förändringar.

Kontrollera och lösa problem – övervaka resultat och planera i detalj, identifiera och lösa avvikelser.

Skapa stabilitet och ordning – skapa de jämna resultat som förväntas av en organisations intressenter.

Ledarskap

Staka ut en riktning – skapa en vision för framtiden och ha strategier för hur man ska nå visionen.

Bygga relationer – kommunicera den utstakade strategin/visionen i ord och handlingar för att på detta sätt få dem som ska förstå strategin/visionen att ta den till sig samt acceptera den.

Motivera och inspirera – ge medarbetarna energi att ta sig an olika problem genom att tillfredställa vanliga grundläggande mänskliga behov.

Skapa förändring – en ledare kan dra igång stora förändringsprojekt som kan skapa varaktig och välbehövlig förändring.

3.2.2 Organisationskultur

Kultur är en viktig faktor att ta hänsyn till vid förändringsarbeten och ofta kan motstånd mot en förändring härledas till den rådande organisationskulturen. Det är därför viktigt att försöka förstå den rådande kulturen för att kunna förklara varför motstånd mot förändringar uppstår. Organisationskultur är mönster av grundläggande antaganden som delas av medlemmarna i en organisation. Dessa grundläggande antaganden kan vara det man inom en organisation anser vara det riktiga sättet att tänka, uppfatta och relatera till saker som händer. Organisationskulturen för en viss specifik organisation lärs ofta ut till nyanställda av de som varit i organisationen en längre tid. (Schein, 2004)

Schein (2004) har utvecklat följande modell för organisationskultur:

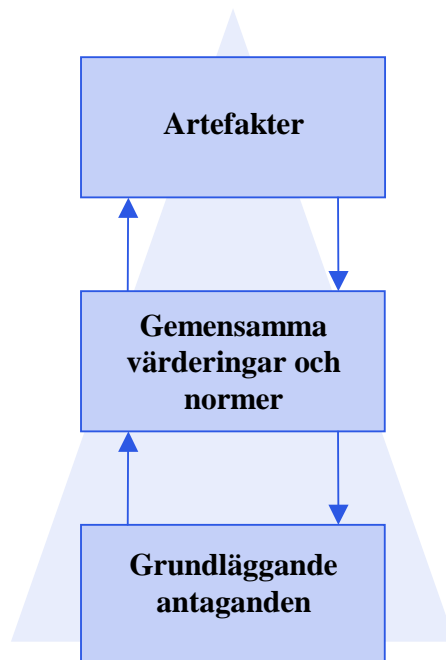


Fig. 3 Kulturnivåer och deras samverkan
(Schein, 2004)

Den översta nivån, artefakter, är den synliga kulturen man kan se med blotta ögat när man studerar ett företag. Det kan vara fysiska, beteendemässiga eller verbala kulturmönster t.ex. byggnader, klädkoder, logotyper, kommunikationsmönster, traditioner, belöningar, skämt och anekdoter. (Ibid)

Nästa nivå kan man inte se med blotta ögat när man granskar en organisation. Den innefattar nämligen de gemensamma värderingar och normer organisationen har t.ex. sociala principer, lojalitet, vad som är moraliskt rätt osv. Ofta är det nykomlingar i en organisation eller revolutionärer som ifrågasätter de gemensamma värderingar samt normer en organisation har. (Ibid)

Den understa nivån är de grundläggande antaganden en organisation har. Detta kan vara hur organisationen förhåller sig till omvärlden, hur sant eller falskt definieras osv. Det som skiljer denna nivå från tidigare nivåer är att man inom en organisation inte är medveten om sina grundläggande antaganden. (Ibid)

3.3 Bemöta motstånd

I tidigare stycke beskrev vi teorier kring vad förändringsmotstånd kan bero på. Vi kommer nu att presentera några olika teorier kring hur detta motstånd kan minimeras eller överkommas. Först återges några konkreta förslag på hur man kan övervinna motstånd, därefter förklaras vad som verkar motiverande för individen.

Tidigare återgav vi Kotter och Schlesingers (1979) fyra olika kategorier om varför motstånd uppstår, samma författare har även tagit fram sex punkter för hur man kan bemöta detta motstånd. Dessa presenteras nedan:

1. Utbildning och kommunikation – För att överkomma motstånd till förändringar är det viktigt att informera och utbilda personer om förändringen på förhand. Genom förberedande kommunikation och utbildning kan de anställda lättare se logiken bakom förändringsinsatsen. Detta reducerar ogrundade och oriktiga rykten angående orsaken till och effekterna av förändringen i organisationen.

2. Deltagande och medverkan – Ibland kan det vara så att initiativtagarna till en förändring inte har all nödvändig information inför förändringen. Det finns också tillfällen där medarbetarna sitter i en sådan position att de har ett väldigt stort inflytande över verksamheten. För att på ett smidigt sätt genomföra en förändring kan det vara bra att involvera de anställda i förändringsarbetet. Genom att låta medarbetarna medverka i förändringen är det troligt att de kommer med åsikter och förslag på alternativ snarare än att helt motsätta sig den.

3. Facilitering och support – Om det finns medarbetare som motsätter sig förändringen på grund av att de har problem att anpassa sig, kan ledningen genom att vara stödjande för de anställda förhindra motstånd. Motståndet grundar sig ofta i en föreställning om att förändringen kommer ge en skadlig effekt. Detta kan överkommas med rådgivning och utbildning, vilket gör att de anställda kan känna stöd från ledningen.

4. Förhandling och överenskommelse – I situationer där en individ eller grupp kan förlora något på grund av en förändring, kan man bemöta motståndet genom att erbjuda incitament till de anställda. Detta kan göras genom att ge personer inflytande över de delar av förändringen som de upplever som hotande. Alternativt kan motstridiga individer erbjudas att lämna företaget genom utköp.

5. Manipulering och samverkan – En manipuleringsteknik är att samverka med de personer som motsätter sig förändring. Rent konkret kan det innebära att man låter motståndare till förändringen sitta med i planeringsgruppen för sakens skull snarare än för deras egentliga bidrag. Personen ges då en symbolisk roll i beslutsfattandet, utan att hota förändringssatsningen.

6. Uttalade och underförstått tvång – Bör endast användas som en sista utväg där skyndsamhet är viktigt. Chefer kan tydligt eller underförstått tvinga anställda till att acceptera en förändring. Detta kan de göra genom att vara tydliga med att motstånd till förändring antingen kan leda till ett avskedande, omplacering eller en utebliven befordran.

3.3.1 Herzbergs tvåfaktorsteori

En välkänd motivationsteori är den tvåfaktorsteori som Herzberg utvecklade. Den bygger på att man delar in människans behov i två faktorer, hygien- och motivationsfaktorer. Herzberg var psykolog och ägnade sig mycket åt forskning kring motivation. Han menade att hygienfaktorerna måste uppfyllas för att inte skapa vantrivsel bland de anställda på arbetsplatsen. Hygienfaktorer är saker som uppfyller trygghet i arbetet, t.ex. arbetsförhållanden, ekonomisk ersättning och organisationens politik. Först när de viktigaste hygienfaktorerna är uppfyllda kan sedan motivationsfaktorerna verka motiverande. Exempel på motivationsfaktorer är större ansvarsområde, personlig utveckling eller erkännande för ett bra utfört arbete. När såväl hygien- som motivationsfaktorerna uppfylls kommer de motivera de anställda till att utföra ett bra jobb, samtidigt som de ökar trivseln på arbetsplatsen och får de anställda att stanna en längre tid i organisationen. Herzberg utförde sina studier 1964 och mycket har givetvis hänt sedan dess, men hans teori är fortfarande aktuell och ligger till grund för mycket av dagens forskning. (Abrahamsson & Andersen, 2005)

3.3.2 Interaktiv motivation

Interaktiv motivation syftar på den sociala dimensionen inom motivationsteori och fokuserar på individen och dess förhållande till standards och sociala grupper. Fokus ligger på frågor kring värderingar, ideal, moral, kultur och identitet. Dessa delas in i tre övergripande motivationsfaktorer; normer, ömsesidighet och identitet.

Normer

Normer anger riktlinjer och ideal för hur man ska bete sig inom ramen för företaget eller professionen. I vissa organisationer ses det som viktigt att man arbetar produktivt och inte slösar med tiden, medan det i andra organisationer till exempel kan ses som en norm att man är social och småpratar mycket under arbetstid. Normer följer vanligtvis av organisations-, bransch- och socialgruppskulturen. Karriärstrukturen kan vara en förklaring till varför t.ex. normer som bygger på hårt arbete får fäste i företaget. Normen sätts ofta högre och högre baserat på hur prestigefyllt och eftertraktat företaget är. Det anses vara en viktig drivkraft för individen att följa normer då man eftersträvar att känna sig "normal" och leva upp till företagets standards. (Alvesson & Sveningsson, 2007)

Ömsesidighet

Att ge ett positivt gensvar gentemot människor som har gjort någonting positivt för en person anses vara en av få universella normer. Ömsesidighet anspelar på en norm om vad man bör göra och hur man bör agera och innehåller därmed även en moralisk aspekt. Man kan t.ex. tänka sig att en hög lön leder till att man vill arbeta hårt och göra skäl för lönen. Tendensen att anstränga sig lite extra för företaget bygger på en ömsesidighet och långsiktighet i företagets relation med dess anställda. (Ibid)

Identitet

Identitet handlar om en förvärvad självuppfattning hos individer och implicerar att man bör agera på ett visst sätt baserat på hur man upplever eller skulle vilja uppleva sig som person. I identiteten finns en förståelse av vad som är passande och naturligt. Man ställer sig frågor som: Vem är jag och hur bör jag därmed bete mig? Organisationen eller företaget blir ofta en identitetskälla och individers identitet är ofta förknippad med identiteten som anställd. Ett exempel är att många

konsulter ser det som relevant att göra en extra ansträngning när det behövs och därmed jobba extra långa arbetsdagar för att på så vis bekräfta sin självbild. Detta blir ännu tydligare om yrkesgruppen har en tydlig ”vi-känsla”. Detta är dock inte specifikt för just profession utan kan likväl gälla företag, kön, nationalitet, etnicitet etc. Det är vanligt att personer upplever en ”vi-mot-dem-känsla” trots att de kulturella skillnaderna kan vara mycket små. Individer tenderar att framhålla och överdriva olikheterna för att stärka ”vi-känslan”. Det finns en idé om att organisationer har möjligheten att forma människors motiv, uppfattningar och identitet. Denna idé stärks av att individer anses vara lättpåverkade av organisationskulturen. (Alvesson & Sveningsson, 2007)

3.4 Teoretisk referensram

Vårt teorikapitel är indelat i tre delar för att få en struktur och tydlig indelning mellan de olika teorierna. I denna teoretiska referensram förklarar vi hur de tre teoridelarna hänger samman.

Införandet av Lean Healthcare på USiL kan för många anställda innebära en stor förändring mot hur de är vana att arbeta. Den första delen av vårt teorikapitel behandlar därför organisatoriska förändringar samt vad en lärande organisation innebär. Eftersom Lean Healthcare ska hjälpa USiL att bli en lärande organisation vill vi visa vad som skiljer single-loop learning från double-loop learning.

När man gör en stor organisatorisk förändring stöter man nästan alltid på olika typer av problem och motstånd. I den andra delen av teorikapitlet presenteras vilka olika typer av motstånd som kan uppstå vid en organisationsförändring samt två teorier som motståndet på USiL kan härledas till; Kotters chef- och ledarskapsteori samt Scheins teori om organisationskultur.

I den sista delen av teorikapitlet presenterar vi teorier om vad man ska tänka på för att på smidigast sätt bemöta det motstånd som uppstår vid en förändring. Detta gör vi genom att först presentera Kotters sex steg om hur man hanterar motstånd mot förändring, därefter presenteras Herzbergs tvåfaktorsteori om motivation samt teorin om interaktiv motivation. Med dessa teorier hoppas vi kunna belysa hur man kan bemöta motstånd samt vad som kan tänkas motivera de anställda på USiL att börja jobba med Lean Healthcare.

För att göra teorikapitlet mer överblickbart kan man beskriva de tre teoridelarna enligt figuren nedan:

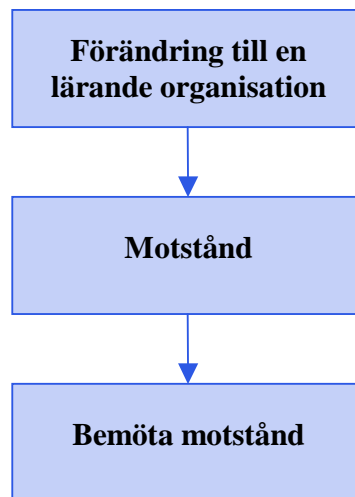


Fig. 4 Teoretiskt upplägg

Figur 4 kan förklaras på följande sätt: en förändring krävs och genomförs, detta leder till motstånd som beror på olika faktorer, detta i sin tur leder till att man försöker lösa motståndet samt motivera de anställda på olika sätt.

4. Lean Healthcare

I detta kapitel kommer vi att presentera begreppet Lean Healthcare samt hur man på USiL tagit till sig filosofin. Vi inleder kapitlet med att redogöra för grunderna i leanfilosofin och de verktyg man huvudsakligen använt sig av på USiL. Därefter kommer vi att förklara hur man började arbeta med lean och hur man har gått tillväga vid implementeringen. Vi avslutar kapitlet med några exempel på resultat som framkommit genom Lean Healthcare.

4.1 Lean Healthcare på USiL

Lean Healthcare har sitt ursprung i Toyotas produktionsfilosofi Lean Production. För att inte associeras allt för mycket med en tillverkande bilindustri behövdes ett namn som var mer tilltalande för sjukvården. Lean Healthcare som begrepp föddes när man i Storbritannien och USA började tillämpa filosofin inom sjukvården. (www.skane.se, a)

Trots att produktionsfilosofin kommer från tillverkningsindustrin kan Lean Production anpassas till i stort sett vilken organisation som helst. Detta beror på att lean till största del är ett tankesätt och en filosofi. Det är därmed inte sättet som Toyota tillverkar sina bilar på, utan filosofin som andra organisationer kan ta till sig. (Liker, 2003)

När en organisation börjar arbeta enligt Lean Production tar de till sig de delar av filosofin som passar. Filosofin anpassas sedan efter organisationens situation och dess förutsättningar. (Liker, 2003) Denna anpassning gjorde man även på USiL och det är därför inte den renodlade teorin kring Lean Production som vi kommer att redogöra för. Istället kommer vi att återge den variant av Lean Production som den strategiska staben anpassat till sjukvårdskontexten på USiL och benämner Lean Healthcare.

För att man på ett framgångsrikt sätt ska kunna arbeta med lean måste man skapa en miljö som uppmuntrar till lärande inom organisationen. Lean Healthcare bygger på att man ska tillåta de anställda att ha åsikter om sitt arbete samt ge dem befogenheter att påverka sin arbetssituation. När de anställda ges befogenhet och möjlighet att påverka sitt arbete kommer de i större

utsträckning börja ifrågasätta rutiner och invanda mönster. Ifrågasättandet av dessa rutiner och mönster gör att ett helhetsperspektiv växer fram som leder till att man upptäcker fel och brister i olika processer. Enligt ovanstående resonemang är Lean Healthcare alltså framförallt en lärandemetod. (Ballé & Régnier, 2007, Liker, 2003)

Magnus Lord, strategisk chef på USiL, menar att leanfilosofin ska förändra synen på hur man styr sjukhusets verksamhet, hur beslut fattas och vilken typ av arbete som ska prioriteras. Med införandet av lean vill man decentralisera beslutsfattandet för att få medarbetarna att ta ett större ansvar. Lord förklarar att det är medarbetarna själva som bäst förstår hur man kan förbättra sina arbetssätt. Därför lägger man stort fokus på att försöka låta medarbetarna vara drivande i olika förändringsprocesser. (Magnus Lord, 081126)

Lean Healthcare handlar om att på sikt ändra hela sjukhuskulturen. Tanken i leanfilosofin är att man genom små förändringar över tid ska förändra attityden hos medarbetarna för att få dem att tänka på hur de kan förbättra sitt arbete. Medarbetarna ska tänka att de har två jobb: dels att de ska utföra sin dagliga rutin samt att hela tiden tänka på hur deras arbete kan utvecklas. Leanfilosofin innebär i förlängningen att medarbetarna ska effektivisera verksamheten genom att med små förändringar ständigt förfinar arbetet. Detta görs bäst om man decentraliserar beslutsfattandet så att medarbetarna tillåts ta ett större ansvar. Syftet är att få medarbetarna att känna att de har kontrollen och makten att förändra sin arbetssituation till det bättre. (Engvall, 081007)

Eva Engvall på den strategiska staben förklarar att Lean Healthcare även handlar om att fokusera mer på patienten än tidigare. Hon förklarar att tanken är att hela tiden försöka se vad som är värdeskapande för patienten. Värdeskapande tid definierar hon som den tid då det verkligen sker något för patienten, tid som däremot inte är värdeskapande för patienten kan t.ex. vara transporter eller väntan på en operation. Engvall tror att om kvalitén höjs för patienten så skapar det också en bättre arbetssituation för de anställda.

Det är enligt Lean Healthcare viktigt att mäta tidsåtgången för olika processer. En process utgörs av ett antal sammanlänkande aktiviteter t.ex. från det att en patient kommer till sjukhuset tills det

att samma patient avslutat sin behandling. Med lean ska dessa processer eller så kallade flöden kortas genom att fokusera på den värdeskapande tiden för patienten. Genom att mäta tidsåtgången i en process vill man utvärdera vad som är värdeskapande för patienten. När man börjar mäta kan man enklare se om ett förändringsprojekt bidragit till en förbättring. Tanken är att man ska mäta tillståndet före och efter projektet drogs igång för att på så sätt kunna utvärdera resultatet av förändringen. (Engvall & Hägglin, 081125)

Engvall framhäver tre faktorer som hon anser vara vitala i Lean Healthcare:

1. Lean Healthcare är en filosofi.

Detta innebär att Lean Healthcare är ett nytt sätt att tänka och se på sitt arbete. Det är inte bara något litet förändringsarbete utan det handlar om att se på sin arbetsroll på ett nytt sätt.

2. Lean Healthcare utgår från medarbetarna.

Medarbetarna är de som styr förändringarna medan cheferna snarare hjälper dem att staka upp målen. Det är således alltid medarbetarna själva som bestämmer om och i så fall hur förändringarna ska genomföras. Detta innebär att chefer och anställda får helt nya roller. Chefer kan inte längre detaljstyra i samma utsträckning, utan måste lämna över en del av ansvaret till medarbetarna. Eftersom det är medarbetarna som leder förändringen måste chefen acceptera den lösning som medarbetarna kommer fram till, oavsett vad chefen egentligen hade tänkt sig.

3. Lean Healthcare innebär ständiga små förändringar.

Lean Healthcare innebär ständiga små förändringar i vardagen som på sikt ska ge ett bättre arbetsklimat. Lean handlar alltså inte om stora och ambitiösa förändringsprojekt där målet ligger långt fram i tiden. Fördelen med flera små projekt är att de inte riskerar avstanna innan någon effekt syns. Att hela tiden se resultatet av sina handlingar gör att man motiveras att fortsätta utveckla sitt arbete.

4.1.1 Leanverktyg

Eva Engvall berättar att Lean Healthcare till största delen är en filosofi men för att praktiskt kunna arbeta med Lean finns det ett antal verktyg som man kan använda sig av. Engvall presenterade några av de verktyg man huvudsakligen använder sig av på USiL:

Muda

Muda är ett japanskt ord som innebär att man ska leta tidstjuvar, dvs. saker som tar tid från det man egentligen ska göra. Exempel på tidstjuvar kan vara att vänta på saker och personer, hämta saker, göra om saker som utförts felaktigt osv. Enligt Engvall måste man fråga sig själv: ”*Vad av det vi gör är värdeskapande för patienten?*” Om man hela tiden försöker leta upp och eliminera olika tidstjuvar kan man skala bort all tid som inte är värdeskapande.

5 S

Syftet med verktyget 5 S är att skapa en bättre arbetssituation. De fem punkterna översatta till svenska är: *sortera*, *systematisera*, *städa*, *standardisera* och ”*se till*”. Första punkten, *sortera*, innebär att man ska rensa bort allt som inte behövs i t.ex. en korridor, ett väntrum, förråd osv. Andra punkten, *systematisera*, innebär att allting ska få sin egen plats och göra tydliga markeringar vart varje sak ska vara. Punkt tre, *städa*, bygger helt enkelt på att hålla rent omkring sig. Fjärde punkten, *standardisera*, går ut på att skapa en standard för alla rutiner så att alla förbättringsåtgärder efterlevs. Den femte och sista punkten, ”*se till*”, innebär att ordningen på avdelningen bibehålls och att rutinerna ständigt förbättras.

A3

Detta är ett pappersark i A3-format som man ska ha som mall för ett förändringsförslag. På A3-arket finns rutor där man i ord och bild ska illustrera hur man konkret ska genomföra en förändring. I förändringsförslaget ska man beskriva problemet, göra en analys av situationen, förklara vad man vill uppnå samt hur man ska nå dit. Arket kan användas både för stora och små förändringar. Om ett tilltänkt förändringsförslag inte får plats på arket är problemet för omfattande och bör istället delas upp i flera mindre delprojekt.

Genom ett användande av ovanstående verktyg får man oftast positiva resultat, men det finns en risk att förbättringen inte blir bestående om man inte tagit till sig filosofin ordentligt (Ballé & Régnier, 2007). Verktygen är förvisso goda hjälpmedel för att arbeta med lean men det viktigaste är att skapa rutiner för att få till en beständighet i förbättringsarbetet (Engvall, 081007).

4.2 Lean Healthcare på Lunds Universitetssjukhus

Införandet av Lean Healthcare på USiL tog sin början när sjukhuschefen Bent Christensen, funderade över hur man skulle kunna arbeta med förbättringar på sjukhuset. Han upplevde det som att det blev ett högre tempo inom vården samtidigt som sjukhuset varken fick färre patienter eller mer pengar. Något behövde göras och Christensen började fundera på hur man skulle kunna komma till rätta med problemen. Christensen anställde våren 2006 Magnus Lord som strategisk chef för USiL. Under sommaren som följde kläcktes idén om Lean Healthcare och på hösten togs ett beslut om att det är Lean Healthcare som USiL ska arbeta med. I samband med att detta beslutades tillsattes den strategiska staben. Vintern 2006 drog man igång tre pilotprojekt på tre olika avdelningar och under våren 2007 kunde man börja se de första resultaten av leaninförandet. (Engvall, 081007)

4.2.1 Implementeringsprocessen

Enligt Eva Engvall har tanken med implementeringen av Lean Healthcare inte varit att tvinga någon att börja arbeta med lean. Lean handlar om att låta förändringar komma underifrån, därför ansåg den strategiska staben det vara viktigt att man inte tryckte ner Lean Healthcare ovanifrån. Även om lean ska byggas från medarbetarna och upp så krävs det i första hand att få med sig cheferna för en lyckad implementering. Cheferna måste tillåta medarbetarna att avsätta tid för utbildning och ge dem möjlighet att arbeta med olika förändringsprojekt. Implementeringsarbetet har därför börjat längst upp i organisationsstrukturen för att förankra det på chefsnivå innan det sprids vidare i organisationen. De olika implementeringsmomenten har bestått av:

- Den strategiska chefen Magnus Lord har på ledningsmöten diskuterat Lean Healthcare med de högst uppsatta cheferna på USiL.

- Lord har haft öppna föreläsningar om Lean Healthcare i sjukhusets aula. På dessa föreläsningar har han berättat om bakgrunden till lean och beskrivit de likheter som dagens sjukvård har med den gamla bilindustrin. Under föreläsningarna förklarar han även hur han tror att man med hjälp av lean kan komma till rätta med många av de problem dagens sjukvård brottas med.
- Strategiska staben har arrangerat dagar då medarbetarna fått spela leanspel.
- Den strategiska staben har haft specialutbildningar av olika slag för chefer och anställda.

Detta är några exempel på vad den strategiska staben gjort för att inspirera de anställda på sjukhuset att börja arbeta med lean. För att underlätta implementeringsprocessen har den strategiska staben även fungerat som bollplank för de chefer som behövt stöd när problem eller funderingar uppstått.

På sjukhusets avdelningar har man kommit olika långt med implementeringen av lean. Det är upp till varje avdelningschef att bestämma på vilket sätt leanarbetet ska bedrivas. Nedan följer två exempel på avdelningar som arbetar olika med lean:

Avdelning 2 på röntgen har valt att införa en leantavla i form av en whiteboard som utgångspunkt i leanarbetet. Medarbetarna på avdelningen samlas två dagar i veckan framför tavlan för att under 15 minuter diskutera nya, pågående och avslutade projekt. Om en medarbetare har ett förbättringsförslag skriver denne ner förslaget på leantavlan och blir då ansvarig för projektet. När ett leanprojekt börjat ge resultat skriver de ansvariga för projektet ner resultatet på ett A3-ark för att på detta sätt kunna följa upp resultaten och se vad de ska jobba vidare med. (Frostgård, 081204)

På psykiatriavdelningen på St. Lars har avdelningschef Paul Dahl valt att arbeta lite annorlunda med lean. Han föredrar att endast driva ett leanprojekt åt gången för att inte riskera att tappa fokus. När ett leanprojekt dras igång börjar man med att utifrån ett A3-ark beskriva problemet.

Man låter sedan A3-arket vara utgångspunkt under hela förändringsprocessen. Eftersom avdelningen bara jobbat med ett leanprojekt åt gången har Dahl valt att inte införa en leantavla.

4.2.2 Resultat av lean

Leanarbetet på USiL har pågått i två år och man har på några avdelningar börjat se resultatet av genomförda leanprojekt. Nedan följer några konkreta exempel på vad man lyckats åstadkomma med lean på USiL:

ADHD-Utredning

Utredningstiden för genomsnittspatienten i en ADHD-utredning har kortats från fyra månader till fyra veckor och man kan nu utreda 50 % fler patienter. Det nya sättet att arbeta har gett ett förbättrat samarbete mellan olika avdelningar och en märkbart ökad trivsel bland de anställda. Trots att fler patienter behandlas så har medarbetarna kunnat frigöra tid för kompetensutveckling. (www.kommek.se)

Ortopeden 12

Avdelningen ortoped 12 var ett av pilotprojekten från 2006 och man satsade där på användandet av verktyget 5 S. Genom att med 5 S strukturera arbetet på avdelningen frigjordes tid så att en undersköterska kunde ägna sig åt administrativa uppgifter. Detta bidrog i sin tur till att övriga anställda kunde avsätta mer tid till varje patient samt få en lugnare arbetssituation. (Engvall, 081007)

Cervixcancerutredning (livmoderhalscancer)

Tiden för utredning av livmoderhalscancer har genom leanarbete kortats ned från fyra veckor till nio dagar. Samtidigt har man ökat andelen korrekt ifyllda remisser från 20 % till 60 %, vilket frigjort mycket tid för alla inblandade. (www.kommek.se)

5. Empiri och analys

I detta kapitel kommer vi att presentera vår insamlade empiri samt analysera det empiriska materialet utifrån de teorier vi har valt. Vi inleder kapitlet med att presentera USiLs organisationsstruktur för att ge en bild över hur sjukhuset är organiserat. Därefter presenterar vi de delar som vi anser vara viktiga att belysa och analysera för att avgöra om Lean Healthcare kan göra USiL till en lärande organisation.

5.1 USiLs organisationsstruktur

USiL är en väldigt stor organisation och vi vill med detta avsnitt visa hur dess organisationsstruktur är uppbyggd. Genom att ge läsaren en ökad förståelse för hur de olika nivåerna på USiL förhåller sig till varandra tror vi att det blir lättare att förstå vår empiri och analysdel. För att illustrera och begripliggöra hur organisationsstrukturen är utformad följer på nästa sida ett organisationsschema över USiL. Figuren visar USiLs organisationsschema och hur sjukhuset förhåller sig till regionen. Högst upp i organisationsschemat finns regionstyrelsen och en regiondirektör. Regionstyrelsen utgörs av politiker från Region Skåne som tillsätter regiondirektören. Regiondirektören är i sin tur den som tillsätter sjukhuschefen på USiL. Under sjukhuschefen finns en rad olika stödfunktioner i form av staber och rådgivare. Sjukhuset är i skrivandets stund uppdelat i åtta olika divisioner med varsin divisionschef som alla är direkt underställda sjukhuschefen. (Engvall & Hägglin, 081125, www.skane.se, c)

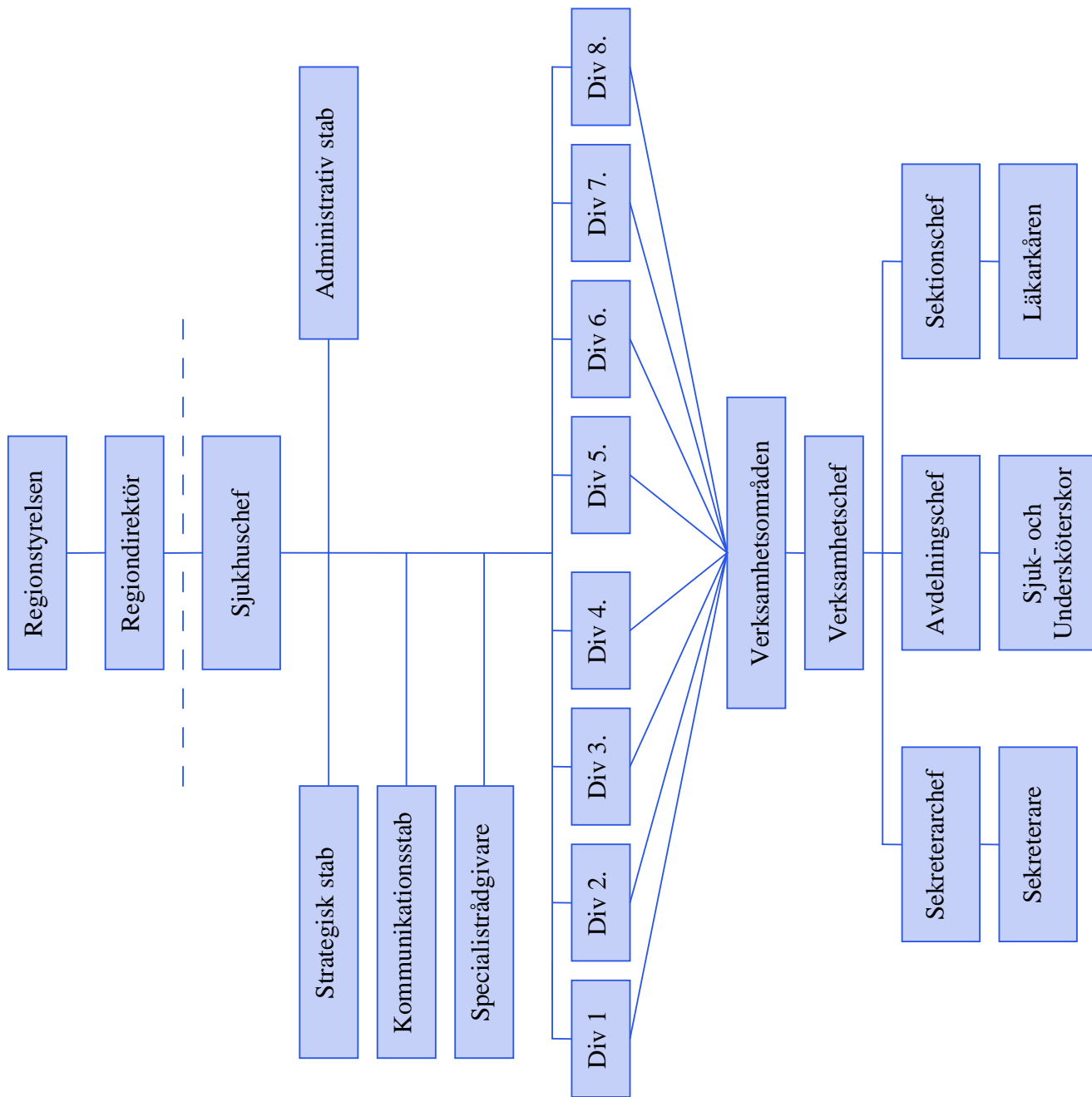


Fig. 5 USiLs Organisationsschema
www.skane.se, c

Varje division utgörs av ett antal verksamhetsområden. Varje område har en verksamhetschef som ansvarar över sina respektive anställda. Beroende på storleken på verksamheten varierar antalet anställda, men det rör sig vanligtvis om upp till 100-150 personer. Verksamhetschefen ansvarar inte bara för personalen utan har även det medicinska ansvaret för sitt område. Enligt lag krävs en läkarutbildning för den som har det medicinska ansvaret på ett verksamhetsområde eller en avdelning. Av de 44 verksamhetschefer som finns på USiL saknar två stycken läkarutbildning, vilket innebär att de måste ha ett delat chefskap med en läkare som får ansvara för det medicinska. (Engvall & Hägglin, 081125)

Under verksamhetschefen finns tre kategorier chefer; sektionschefer, avdelningschefer och sekreterarchefer. Sektionschefer ansvarar för läkarna på avdelningarna, avdelningschefer för sjuk- och undersköterskorna och sekreterarchefer för sekreterarna. Sektionscheferna utgörs av läkare och avdelningscheferna utgörs till största del av sjuksköterskor. På några avdelningar finns det varianter på hur man strukturerat sig annorlunda. En variant är att sektionschefen ansvarar för såväl läkarna som sjuk- och undersköterskorna. (Engvall & Hägglin, 081125, www.skane.se, c)

5.2 Tidigare förändringsprojekt

USiL har genom åren genomgått en rad förändringsprojekt men enligt Eva Engvall har samtliga slutat som en pärm i en bokhylla. Detta kan tyda på att tidigare förändringsförsök har misslyckats med att få till den varaktiga förändring som krävs för att USiL ska bli en lärande organisation, något som enligt Dodgson (1993) är en förutsättning för utveckling. Enligt Kotter (1990) skulle tidigare misslyckanden kunna bero på att man saknat en tydlig vision, att man misslyckats med att kommunicera ut visionen eller att man inte förankrat förändringen i organisationskulturen. Tidigare misslyckanden har enligt avdelningschefen Anette Månsson gjort sjukhuspersonalen till ett luttrat släkte, vilket har bidragit till en negativ inställning till förändringar. En negativ inställning mot förändringar menar Boevy & Hede (2001) ofta leder till att ett motstånd bildas. Månsson berättar att på ett möte angående Proluma, ett förändringsprojekt som vi kommer gå in närmare på senare, utbrast en läkare: *"Det där har vi varit med om förr, det blåser över"*. Detta uttalande pekar på att tidigare förändringsprojekt kan ha bidragit till en ökad förändringsovilja och inbyggd skepsism bland medarbetarna. Detta resonemang styrks av Jacobsen (2005) som säger att erfarenheter av tidigare misslyckade förändringsprojekt ökar motståndets styrka och

omfattning. Sektionschef Ingvar Kristiansson menar även han att ett motstånd mot förändring har bildats pga. tidigare förändringsprojekt, vilket försvårar implementeringen av lean. Enligt Kotter och Schlesinger (1979) kan det tänkas att många inte tänker på vad som är bäst för verksamheten utan på sin egen nytta. Om man tror att lean, precis som tidigare förändringsprojekt, hamnar i en bokhylla så kan det tänkas att man som medarbetare inte vill ödsla tid och energi på att arbeta utefter den nya filosofin.

5.2.1 Vad skiljer med Lean Healthcare?

Vad är då skillnaden mellan tidigare förändringsprojekt och lean? Är det ett nytt revolutionerande arbetssätt eller har tankarna funnits tidigare? Paul Dahl, avdelningschef inom psykiatrin, pekar på att den viktigaste skillnaden mellan lean och tidigare förändringar är att lean kommer från medarbetarna. Dahl menar att man vänt på ”pyramiden” och börjat bakifrån, han förklarar:

”Man började med medarbetarna. Genom att spela leanspel och sedan se resultatet av genomförda förändringar så har man ändrat de anställdas inställning. Vi kan påverka och har rätten att göra det! Vi äger ärendet. Man har delegerat ner arbetsuppgifter till oss, och det är nu vår uppgift att göra det bästa möjliga.”

-Paul Dahl, avdelningschef

Det Dahl säger ligger i linje med leanteorin som framhåller vikten av att förändringar ska komma underifrån och att det är medarbetarna som ska driva dem. Genom att flytta ner ansvaret till medarbetarna uppmuntrar lean till lärande inom hela organisationen.

Dahl menar att detta är den första förändringen som är implementerad i grunden och genomsyrar hela verksamheten. Han förklarar att man känner ett starkare stöd från alla håll jämfört med tidigare förändringsprojekt. Lena Frostgård, avdelningschef på röntgen, förklarar att hela sjukhuset nu pratar samma språk och alla vet t.ex. vad Muda är. Om leanarbetet, precis som filosofin säger, kommer underifrån kan detta ha bidragit till att förändringen nu genomsyrar hela verksamheten och att alla talar samma språk. Avdelningschef Ina Kehler menar att det inte fanns någon som höll i projekten tidigare men att det nu alltid finns någon att vända sig till. Enligt

Chris och Kerstin, undersköterska respektive sjuksköterska på röntgen, har de för första gången fått tid och möjlighet att arbeta med förändringar. Kehlers, Cris och Kerstins resonemang tyder på att lean på ett bättre sätt än tidigare förändringsprojekt förser de anställda med kanaler och möjligheter att förändra. Verksamhetschef Peter Hochbergs påpekar att den stora fördelen med lean är att man inte trycker eller tvingar ner förändringen i organisationen, utan att man coachar medarbetarna och hjälper dem att komma med nya förslag och idéer. Det handlar inte om att styra förändringen uppifrån utan förse medarbetarna med rätt kanaler för att förbättra arbetet. Hochbergs betonar att lean inte är något tillfälligt projekt, utan en filosofi, ett tankesätt och en gemensam värdegrund.

Att lean kommer från medarbetarna och upplevs som förankrat ute i organisationen tror vi är två avgörande faktorer för att lean ska kunna bli en varaktig förändring. Tidigare förändringsprojekt har antagligen inte funnit stöd hos de anställda eftersom de inte utgått från medarbetarna. Detta faktum har troligtvis gjort att de anställda inte känt sig motiverade att ta till sig tidigare förändringar. Kotter och Schlesinger (1979) pekar på att *deltagande och medverkan* i en förändringsprocess är en viktig del för att få med sig medarbetarna. Eftersom medarbetarna är de som driver och utvecklar arbetet med lean kommer förändringsmotståndet därmed troligtvis att minska. Vi tror också att stödet ovanifrån och det faktum att många har tagit till sig av leanfilosofin bidrar till en ökad förändringsvilja. Teorin kring interaktiv motivation och normer menar att individer strävar efter att leva upp till företagets standards. Genom att göra som alla andra vill man känna sig ”normal”. Eftersom lean nu sprids i hela verksamheten och att samtliga chefer ska arbeta därefter så kan lean anses vara en form av arbetsstandard. Om lean blir en standard kan det tänkas att leanarbete blir en norm inom organisationen, vilket ger ett incitament att arbeta enligt filosofin. Det kan även tänkas att anställda tack vare ökat inflytande upplever en ökad ömsesidighet gentemot sjukhuset som verkar motiverande. Ett större ansvar kan därmed innebära att man känner sig moraliskt skyldig att utföra ett bra jobb.

5.3 Sjukhuskultur

Under våra intervjuer med medarbetare på olika nivåer på USiL så växte det fram en bild av sjukvården som en traditionstyngd institution med en stark hierarkisk kultur. De olika yrkesgrupperna på sjukhuset; läkare, sjuksköterskor, undersköterskor osv. har alla sina egna roller och särpräglade kulturer. Divisionschef Bo Rosenquist beskriver sjukhuskulturen och hur den är mottaglig för förändring så här:

”Vi har ju väldigt speciell kultur på sjukhuset, den är inte lik något annat. Och det är väldigt svårt att ändra kultur, speciellt en sådan professionell kultur som vi har här.”

-Bo Rosenquist, divisionschef

Det som genomgående kom fram under intervjuerna om sjukhuskultur är att den är svår att definiera och beskriva. Detta stöds av Schein (2004) som i sin modell beskriver organisationskultur som svårdefinierad. De synliga objekten, *artefakterna*, dvs. klädkoder, logotyper osv. är lätta att uppfatta men den mer djupgående kulturen i form av *gemensamma värderingar och normer* samt *grundläggande antaganden* är svårare att se och få grepp om. Om man skulle beskriva sjukhuskulturen och de olika kulturyttringarna på USiL så hade det krävts en mer omfattande studie. Därför har vi utifrån uppsatsens syfte valt att titta lite närmre på den del av sjukhuskulturen som framstod tydligast - läkarkulturen. Det var även denna kultur som under intervjuerna beskrevs som den mest problematiska vid införandet av lean.

5.3.1 Läkarkultur

För att genomföra en framgångsrik förändring är det enligt Alvesson och Sveningsson (2007) viktigt att förstå sig på kulturen i en organisation, de menar att det är viktigt att lägga fokus på kulturella aspekter. Vid införandet av ett så stort och omfattande förändringsprojekt som lean blir det därför extra viktigt att vara medveten om den rådande läkarkulturen. Detta eftersom läkare verkar inom en stor del av sjukhusets verksamhet samt har många chefs- och nyckelpositioner på sjukhuset.

Sektionschefen och läkaren Ingvar Kristiansson beskriver läkare som ett selekterat material som är lite smartare än genomsnittet och har förmågan att ta sig an stora utmaningar. Han menar att läkare inte lyssnar uppåt utan är självständiga, egensinniga, och har egna tankar om hur saker och ting borde göras. Kristiansson upplever att läkaryrket, mer än de flesta andra yrken, inte bara är ett yrke utan en livsstil. Enligt honom medför detta att han agerar och tänker som en läkare den största delen av sin vakna tid. Att han inte bara ser läkaryrket som ett jobb utan även som en livsstil tyder på att det finns en stark kultur. Resonemanget tyder på att man som läkare identifierar sig utifrån sin profession. Detta kan tänkas leda till att läkare motsätter sig förändringar som kan leda till att deras läkaridentitet påverkas. Om lean ses som en förändring som påverkar läkarnas livsstil väcks därför troligtvis ett motstånd mot lean.

Sektionschefen Christina Clementson Kockum är även hon läkare och förklarar att det är viktigt för läkare att känna en känsla av integritet. Hon menar att detta innebär att läkare fäster stor vikt vid att få fatta sina egna beslut utan att hunsas omkring. Vidare förklarar hon att det finns en stark vilja hos många läkare att utveckla verksamheten men att de gärna vill göra det på sitt eget sätt. Kristiansson styrker denna bild genom att förklara hur det är att vara chef över läkare på följande sätt:

”Att leda läkare är som att valla en flock katter.”

-Ingvar Kristiansson, sektionschef

Clementson Kockums tidigare resonemang kring läkarnas mentalitet stärker bilden av en stark läkarkultur där det anses vara viktigt att kunna ta självständiga beslut. Den läkarkultur som beskrivits kan till viss del ses som en motsats till leanfilosofin. Läkare är vana att själva styra hur arbetet på avdelningarna organiseras men Lean Healthcare bygger på att fler grupper ska få ett större inflytande över avdelningens arbete, vilket kan skapa ett problem. När andra yrkesgrupper vill förändra arbetet på avdelningen kan detta i vissa fall leda till att läkarnas rutiner påverkas, något läkarna kan tänkas motsätta sig. Kristiansson berättar att vissa leanprojekt som uppkommer ställer personalkategorier mot varandra och därför måste man i förändringsprojekt inte bara se till sitt eget bästa. För att ett leanprojekt ska bli så bra som möjligt för alla personalkategorier och i slutändan för patienterna är det därför viktigt att alla deltar i leanarbetet. I våra intervjuer

framkom det att läkarna på vissa avdelningar inte deltog i arbetet med lean. Det kan tänkas att om övrig personal går in och ändrar på läkarnas rutiner genom ett leanprojekt, utan läkarnas deltagande, kan ett motstånd mot lean väckas.

Motståndet mot lean som kan uppstå hos läkarna kan förklaras med hjälp av två av Kotter och Schlesingers kategorier om motstånd mot förändring – *trångsynthet/egennyttia* samt *olika bedömningar av situationen*. Läkarna kan tänkas bedöma att effekterna av lean blir att de förlorar sin självbestämmanderätt och därför intar de en mer negativ inställning till lean än andra personalkategorier. Läkarna kan även anse att det inte är nödvändigt att arbeta med Lean eftersom de själva vet bäst vad som behöver göras och därmed bedömer de att leanarbete är onödigt.

För att bemöta och minimera motstånd som uppkommer beskriver Kotter och Schlesinger i sina sex punkter hur man kan gå till väga. Vi tror att en kombination av punkterna är en förutsättning för att på bästa sätt bemöta läkarnas motstånd. Det man kan tänkas göra är att utbilda läkarna i leanfilosofin så att en förståelse skapas kring varför det är nödvändigt att bli en lärande organisation. Detta i kombination med att man försöker få läkarna att känna sig delaktiga i förändringsarbetet tror vi kan minska motståndet. Ett annat problem man måste försöka lösa är att få läkarna att känna att de inte kommer att förlora sin läkartidentitet när lean införs, utan att den bara kommer att se annorlunda ut. Vi förklarade tidigare att läkaryrket inte bara är ett jobb utan även en livsstil och en identitet. Detta verkar enligt teorin om interaktiv motivation som en starkt motiverande faktor för att göra ett bra jobb. Om läkarna upplever att de förlorar sin identitet kan detta väcka ett motstånd mot lean bland läkarna.

5.4 Chefs- och yrkeskategorier på USiL

Chefskapet på USiL är starkt påverkat av gamla hierarkiska traditioner. På alla chefsnivåer inom USiL, förutom avdelningsnivå, är det läkare som av tradition är chefer. Enligt Eva Engvall på den strategiska staben finns ett antagande att om man med läkarlegitimationen automatiskt blir en bra chef. Engvall och Hägglin berättar att sjukhuschefen Bent Christensen vill ändra på den traditionella chefsrollen inom sjukhuset, detta visar han genom sitt uttalande att man på USiL ska vara chef på heltid. Engvall menar att Christensen vill att jobbet som verksamhetschef ska bli en

karriärväg där man nödvändigtvis inte behöver ha en läkarutbildning. Detta tror vi möjliggör för andra yrkeskategorier än läkare att göra karriär på USiL. Engvall menar att det kan innebära en fördel att vara läkare när man jobbar som chef men samtidigt en belastning. Fördelen menar Engvall ligger i att läkarna har stor medicinsk kunskap. Det hon menar utgör en belastning är att verksamhetscheferna ofta blir chef över de läkare de tidigare var kolleger med. Flera av de chefer som vi samtalat med hävdar att läkare lämpar sig bäst som chefer eftersom de har en djupare insyn i hur arbetet på avdelningarna fungerar. De menade att läkare är bättre lämpade som chefer än andra grupper eftersom de är vana ledare. Denna inställning kan skapa ett motstånd mot lean eftersom lean öppnar upp chefsjobbet för andra yrkesgrupper.

Lean Healthcare innebär enligt Engvall att chefskapet förändras och att detta kan verka hotfullt för vissa chefer. Hon menar att en chef enligt lean ska vara synlig, ha stor kunskap om hur man hanterar problem samt kunna coacha sina medarbetare.

”Det handlar mycket om att vara en förebild, att stötta och att lyssna och att se andra växa. Men det kräver ju att du är rätt så säker i din yrkesroll och som person om du ska våga.”

-Eva Engvall, strategiska staben

Den förändrade chefsroll som Engvall beskriver stämmer väl överens med hur Kotter (1990) redogör för vad som är utmärkande för chefskap och ledarskap. Chefen i en organisation som arbetar med lean måste gå från det Kotter beskriver som chefskap till att bli mer ledarorienterad. Chefsrollen ändras från att tidigare ha detaljstyrat till att skapa en vision och nå ut till dem som ska genomföra förändringen. Den nya chefsrollen går dessutom ifrån att tidigare ha övervakat och kontrollerat arbetet till att nu motivera och inspirera medarbetarna. Rollen som chef förändras till följd av att leanfilosofin bygger på att decentralisera beslutsfattandet och ge medarbetarna ett större ansvar. Detta kan tänkas vara svårt för de chefer som är vana vid att själva i detalj styra och kontrollera verksamheten.

Vi ska nu och i nästkommande avsnitt fokusera på några olika chefs- och yrkeskategorier som finns på USiL och förklara hur dessa påverkas av införandet av Lean Healthcare. Vi inleder med

den nivå som är under sjukhuschefen och utgörs av divisionschefer. En divisionschef utgör den strategiska länken mellan verksamhetscheferna och sjukhuschefen för att översätta generella riktlinjer till mer konkreta mål och resultat (Rosenquist, 081205). Divisionscheferna är förvisso viktiga att få med sig om man ska bli en lärande organisation, men deras nära kontakt med sjukhuschefen har gjort att de är väl införstådda med Lean Healthcare (Miörner, 081209). Vi anser därför att divisionscheferna inte borde utgöra något problem för införandet av lean och kommer således att fokusera på chefsnivåerna och yrkeskategorierna under divisionscheferna.

5.4.1 Verksamhetschef

Åsa Hägglin i den strategiska staben tycker att man skulle ha lagt extra fokus på verksamhetscheferna tidigare i implementeringsprocessen av Lean Healthcare. Hägglin menar att verksamhetscheferna har nyckelroller i implementeringen av lean eftersom de ska stödja och underlätta för avdelningscheferna att dra igång leanarbetet ute på avdelningarna.

En verksamhetschef på USiL tillsätts i normalfallet på ett 3-års-förordnande och efter 6-9 år är det vanligt att gå tillbaka till rollen som läkare på sin avdelning (Rosenquist, 081205). Enligt divisionschef Håkan Miörner är det därför viktigt för dem att behålla sin medicinska kompetens under sin tid som chef. Många verksamhetschefer är därför inte chefer på heltid utan avsätter en del av sin tid till kliniskt arbete. Detta är vad sjukhuschefen Bent Christensen vill ändra på med sitt uttalande om att man ska vara chef på heltid. Uttalandet har väckt ett motstånd och bland annat lett till att två verksamhetschefer hoppat av sina uppdrag. Motståndet förklaras av att om verksamhetscheferna ska vara chefer på heltid kommer de inte ges möjlighet att upprätthålla sin medicinska kompetens. Något som är vitalt eftersom det enligt sektionschef Ingvar Kristiansson tar lång tid att komma tillbaka till samma kliniska nivå som tidigare.

Enligt sektionschefen Christina Clementson Kockum är det av tradition ofta de bästa kliniska läkarna som blir verksamhetschefer. Hon menar att detta beror på att det inom sjukvården krävs status för att få legitimitet. Enligt henne är det nästan en förutsättning att vara en duktig läkare för att som chef få med sig sina medarbetare. Hennes resonemang bekräftar bilden av att sjukvården styrs av en stark hierarkisk kultur där man måste ha en viss status och ställning för att kunna få legitimitet som verksamhetschef.

När vi tittar på hur verksamhetschefernas situation förändras som en följd av leanimplementeringen är de en grupp som kan ses som förlorare med införandet. Med ett införande av lean kommer ett chefsarbete på heltid innebära att de inte tillåts jobba kliniskt och de tappar på så sätt sin kompetens som läkare. Jobbet som verksamhetschef kommer med lean nödvändigtvis inte tillsättas av en läkare vilket innebär att den karriärväg som tidigare mer eller mindre var vigd åt läkarna konkurrensutsätts. Det kan även tänkas att när verksamhetschefer som är läkare tvingas jobba som chefer på heltid kan de uppleva att deras läkaridentitet går förlorad. Detta skulle då innebära att den motivation som uppkommer av att identifiera sig som läkare försvinner.

Dessa faktorer kan tänkas skapa ett motstånd mot lean. Detta motstånd kan härledas till Kotter och Schlesingers första punkt i deras kategorisering av motstånd, *trångsynthet/egennyttia*. Verksamhetscheferna kan tänkas se införandet av lean som något negativt för sin egennyttia, då de tappar kompetens, tvingas konkurrera med andra yrkesgrupper och inte längre kan identifiera sig som läkare. Det man enligt Kotter och Schlesinger (1979) kan göra för att undvika motstånd bland verksamhetscheferna och få dem att jobba med lean är att göra dem delaktiga i förändringen samt utbilda dem i leanfilosofin. Detta gör att de kan känna sig involverade och bättre förstå logiken bakom förändringen samt ges möjlighet att komma med åsikter och förslag på lösningar. För att motivera verksamhetscheferna att jobba med chefskap på heltid kan man höja statusen på chefsjobbet t.ex. genom att förändra det tidsbegränsade chefskapet eller höja lönen.

5.4.2 Avdelningschefer

Avdelningschefer jobbar som chefer på heltid och har ansvaret för den dagliga driften på avdelningen. Det är upp till varje avdelningschef att avgöra hur medarbetarna på deras avdelning ska börja jobba med lean. De avdelningschefer vi intervjuade hade alla börjat arbeta med lean och tagit till sig av filosofin i varierande grad. Vi kunde se skillnader mellan den leanfilosofi som den strategiska staben presenterade för oss och hur den sedan tagits emot och praktiserades av avdelningscheferna. Detta ser vi inte som något negativt utan snarare något som ligger i linje med vad teorierna om lean säger; man tar till sig leanfilosofin, anpassar den och använder den utifrån de förutsättningar som finns.

Under våra intervjuer har det framgått att det inte varit några större problem med att få avdelningscheferna att börja jobba med lean. Eva Engvall på den strategiska staben tror detta beror på att avdelningscheferna jobbar nära patienterna och därför kan se förbättringsmöjligheter på avdelningen. Avdelningscheferna får med hjälp av lean ett större inflytande på sin avdelning då de inte behöver anpassa sig till läkarnas rutiner i samma utsträckning som tidigare. Ytterligare en anledning till att avdelningscheferna kan tänkas ta till sig lean är att rekryteringen till högre chefsposter kan komma att förändras. Därmed kommer nu även avdelningscheferna som oftast utgörs av sjuksköterskor att kunna få jobbet som verksamhetschef, ett jobb som tidigare varit ”reserverat” för läkarna. Den förändrade synen på hur chefskap bör bedrivas och vilka egenskaper man behöver för att bli en bra chef gynnar därmed avdelningscheferna. Resonemanget om vad som motiverar avdelningscheferna att jobba med lean stöds av Herzbergs tvåfaktorsteori. Teorin säger att ett större ansvarsområde och möjlighet till personlig utveckling är motiverande faktorer. Detta är precis vad avdelningscheferna får när USiL övergår till att bli en lärande organisation med hjälp av lean.

5.4.3 Sektionschefer

En sektionschef jobbar parallellt med avdelningschefen, är chef över läkarna samt har det medicinska ansvaret på avdelningen. Tillskillnad från verksamhetscheferna så berörs varken sektions- eller avdelningscheferna av sjukhuschefens Bent Christensens uttalande om chefskap på heltid (Clementson Kockum, 081210). Christina Clementson Kockum är sektionschef för tio stycken läkare och jobbar till störst del kliniskt ute i verksamheten. Hon beskriver att det är oklart definierat hur mycket tid hon ska lägga på administration kontra kliniskt arbete. Sektionschefer på heltid är något som vi tror hade behövts då flera av de avdelningschefer vi intervjuat upplever det som att de får jaga sektionscheferna när de ska samtala med dem. Några avdelningschefer påpekade att ett bra samarbete med sektionscheferna är nödvändigt eftersom de har det medicinska ansvaret.

När vi som utomstående tittar på hur USiLs organisationsstruktur är uppbyggd tycker vi det är lite märkligt att ha två ansvariga chefer på nästan varje avdelning. Dels sektionschefer som är chefer för läkarna samt har det medicinska ansvaret och dels avdelningschefer som ansvarar för övrig personal samt har det löpande ansvaret för driften. Denna uppdelning mellan två chefer kan

leda till problem med leaninförandet då t.ex. avdelningschefen inte har mandat att tvinga läkarna att avsätta tid till att börja jobba med lean. Att kunna staka ut en gemensam riktning för avdelningen kan tänkas vara viktigt för att bli en lärande organisation. Med ett delat chefskap tror vi olika beslutsprocesser försvåras eftersom beslutet då måste fattas gemensamt. Problemet hade kunnat lösas genom att genomföra det Bruzelius och Skärvad (2004) benämner som en strukturell förändring. Genom att tillsätta en chef som ansvarar för hela avdelningen tror vi att problemet skulle kunna lösas. I de fall denna chef inte är läkare kan en läkare tillsättas som medicinskt ansvarig under chefen eftersom lagen kräver detta.

5.4.4 Sjuksköterskor och undersköterskor

Sjuksköterskor och undersköterskors inblick och kunskap i hur man kan förbättra sjukhusets verksamhet är något som traditionellt inte tagits tillvara. De har tidigare inte haft kanaler och möjligheter att använda sin kunskap till att förbättra verksamheten. Med hjälp av lean får de nu möjlighet att använda sin kunskap för att förbättra sitt och därmed sjukhusets arbete. (Engvall, 081007) Detta tyder på att USiL tidigare inte tagit tillvara på personalens kunnande för att utveckla ett lärande inom organisationen. Personalen har inte tillåtits utveckla system för att åtgärda de bakomliggande faktorerna till varför ett fel uppstår, då kanalerna har saknats. Något som Argyris och Schön (1978) menar är nödvändigt för att bli en lärande organisation.

För att kunna arbeta effektivt på avdelningarna är det viktigt att olika personalgrupper har förståelse för varandras arbete, något som avdelningschef Anette Månsson menar saknas. Detta illustrerar hon med följande citat:

”Det är intressant hur lite man vet om varandras verklighet, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Undersköterskorna vet inte vad som händer på rondan, läkarna har ingen susning vad undersköterskorna gör och hur ronder påverkar deras arbete. Och det är ganska intressant. Vi ska ju jobba gemensamt mot gemensamma patienter.”

-Anette Månsson, avdelningschef

Lean Healthcare möjliggör på ett nytt sätt för alla i organisationen att ta del av och lära sig om varandras arbete. Detta är Anette Månssons avdelning ett exempel på, där de nu har börjat försöka förändra rondan för att passa alla personalkategorier. Denna förändring skulle enligt Månsson inte ha varit möjlig innan lean kom in i bilden. Detta ser vi som ett tecken på att andra yrkeskategorier än läkarna har givits möjlighet att påverka sitt arbete även om det påverkar läkarnas. Detta är något som inte varit möjligt tidigare och därför kan sjuk- och undersköterskorna ses som "vinnare" med lean. Precis som i fallet med avdelningscheferna motiveras sköterskorna till att jobba med lean eftersom de får större ansvarsområde och möjligheter till personlig utveckling, vilket enligt Herzbergs tvåfaktorsteori är starka motivationsfaktorer.

5.5 Ekonomi, sparkrav – motsättning?

Vi har tidigare nämnt att man i tidskrifter och dagstidningar den senaste tiden kunnat läsa om de sparkrav som drabbat USiL. 2008 fick USiL fyra miljarder skattekrönor, men ändå haft problem med att få pengarna att räcka till (Sydsvenskan, 081208). Lars-Åke Rudin, chef på förnyelsekontoret på Region Skåne, menar att det är viktigt att man fokuserar på de pengar man har och inte de pengar man saknar. Han berättar att det ständigt pumpas in mer pengar i vården men ändå får man ut mindre vård per krona. Sjukhuschefen Bent Christensen hävdar att man på sikt kommer att få pengarna att räcka till, mycket tack vare Lean Healthcare. Christensen menar att man med lean kommer att kunna frigöra så mycket som upp till 40 % av sjukhusets resurser. (Sydsvenskan, 081208) Lean Healthcare kan alltså bli ett sätt för att komma till rätta med budgetunderskottet och därmed en lösning på USiLs ekonomiska bekymmer.

Divisionschef Bo Rosenquist menar att en ekonomi i balans är en förutsättning för utveckling, går inte ekonomin ihop så tvingas man till ständiga nedskärningar och utvecklingen inom organisationen blir lidande. Han berättar att man därför satt ekonomin som första prioritering eftersom det måste finnas en stabilitet. En bra ekonomi anses alltså vara ett måste för utveckling, men samtidigt ses utvecklingsarbete t.ex. lean, som ett medel för att få ekonomisk balans. Att man implementerar lean på sjukhuset samtidigt som man drabbas av sparkrav, kan därmed tänkas försvåra utvecklingsarbetet. De anställda kan tänkas känna en osäkerhet kring organisationens politik och ställa sig frågande till sjukhusets prioriteringar. Denna osäkerhet kan enligt Herzbergs

tvåfaktorsteori skapa vantrivsel på grund av att nödvändiga hygienfaktorer inte är uppfyllda. När hygienfaktorerna inte är uppfyllda kan inte heller motivationsfaktorerna verka motiverande. Anställda kan på så vis inte motiveras till att arbeta med lean i den utsträckning man från ledningshåll troligtvis önskar. Att det finns en trygghet i arbetet och tydlighet i arbetsinstruktionerna tror vi därför är vitalt för att lean ska få den genomslagskraft som eftersträvas. Detta innebär att man måste ha en bra kommunikation mellan ledning och anställda för att överbygga eventuella oklarheter.

Sektionschef Ingvar Kristiansson berättar att när lean började införas på sjukhuset gick sjukhuschefen Bent Christensen ut och sa att: *"All tid och alla resurser ni tjänar in på leanprojekt ska ni få behålla."* Att få behålla resurser och tid man tjänar in anses vara en förutsättning för att lean ska fungera (Engvall, 081007). Om de anställda inte får behålla det de tjänar in genom lean försvinner incitamenten till förändring. Det är därför viktigt att nedskärningar inte förknippas med de effektiviseringar lean leder till. Åsa Hägglin i den strategiska staben instämmer med att det är viktigt att man inte blir "bestraffad" för att man jobbar bättre och effektivare. Hon menar att sjukhuset alltid kommer att drabbas av besparingar, oavsett om man jobbar med lean eller inte, men för det kan man inte sluta jobba med utveckling. Kristiansson berättar att leantankarna i förhållande till sparkraven skapat ett pedagogiskt problem för alla chefer eftersom man för ut lean i organisationen samtidigt som man har ett sparbetning. Han menar att svårigheterna består i att sjukhuset ska spara pengar samtidigt som ingen ska bli av med jobbet pga. effektiviseringar. Detta kan tänkas vara motsägelsefullt och sektionschef Christina Clementson Kockum intygar att det är svårt att driva lean under rådande förutsättningar. Hon illustrerar problematiken med följande citat:

"Det är sagt att lean inte ska vara kopplat till besparingar, men samtidigt är pengar det enda vi fokuserar på här på sjukhuset."

-Christina Clementson Kockum, sektionschef

Vi menar att det är en svårighet att motivera personalen till att effektivisera sitt arbete genom lean under rådande sparkrav. Det är viktigt att personalen inte ser eventuella nedskärningar som något som orsakats av lean. Leanimplementeringen inte bara begränsas och försvåras utav sparkraven

utan under våra intervjuer har det framkommit att ordet effektivisering tyvärr anses vara synonymt med nedskärningar. En effektivisering ska inte ses som en nedskärning utan som ett effektivare användande av nuvarande resurser. Om lean i förlängningen leder till effektiviseringar och att det frigörs resurser så får denna ”överflödighet” inte tas bort. Saknas det förståelse för detta på ledningsnivå eller i Region Skåne så kan problem uppstå. När ett leanprojekt frigör tid, så måste denna tid återinvesteras i verksamheten. Om detta inte sker och arbetsbelastningen t.ex. åter ökar på en avdelning så finns risken att denna avdelning genomfört sitt sista leanprojekt.

5.6 Region Skåne

Verksamheten på USiL är komplex i sin natur med välutbildad personal och hierarkisk kultur, bilden kompliceras ytterligare av att den till stor del styrs av politikerna i Region Skåne. Att sjukvården är politikerstyrd påverkar USiLs möjligheter att med hjälp av lean bli den lärande organisation de eftersträvar. För att lean ska kunna få fäste och bli en varaktig förändring är det därmed viktigt att det skapas en förståelse för lean även på regional nivå. Vi vill med detta avsnitt ge läsaren ökad förståelse för politikernas koppling till USiL. Därför kommer vi att beskriva i vilken riktning Region Skåne vill styra sjukvården och vad det kan innebära för USiLs leanarbete. Detta gör vi genom att först presentera Region Skånes koncerntanke och det största samordningsprojektet inom regionen: Skånsk Livskraft. Därefter presenterar och analyserar vi två centraliseringsprojekt som påverkar USiL samt hur den politiska enigheten inom Region Skåne kan inverka på USiLs möjlighet att arbeta med lean.

5.6.1 En region – en koncern

Region Skånes strategiska inriktning innebär att man i regionen har en kostnadskontroll överordnat allt annat. Hur sjukvårdsverksamheten i detalj är utformad styrs inte av regionen, de fokuserar snarare på att varje område ska hålla sig inom sin budget. En grundtanke är att man inom regionen ska jobba som en koncern, där alla dotterbolag är underordnade koncernen. Genom att inta ett koncernperspektiv vill man samordna olika funktioner inom regionen. (Rudin, 081204) Fördelarna med att samla allt under ett tak förklarar Lars-Åke Rudin, chef på Region Skånes förnyelsekontor, med ett exempel om inköpsfunktionen:

”Kan man handla upp saker gemensamt finns det mycket att vinna på en gemensam upphandling. Höftleder handlar vi för 100-125 miljoner om året. Med en gemensam upphandling skulle vi kunna spara mellan 20-25 %! Jag tror att det finns upp till en miljard att spara genom gemensamma inköp!”

-Lars-Åke Rudin, chef på förnyelsekontoret

Enligt Rudin handlar alla pågående större projekt inom regionen om att se över struktur- och styrmekanismer för att skapa en koncern. Rudin menar att man ska samla ihop och centralisera regionens olika avdelningar för att möjliggöra för stordriftsfördelar. Denna stordriftstanke verkar emot leanfilosofin som snarare förespråkar att man ska decentralisera beslut och dela ut ansvaret till anställda längre ner i organisationen. En av tankarna med lean är att ju närmare verksamheten man kommer desto bättre kan man avgöra vad som krävs eller behövs. Centraliseringstanken kan innebära att framtida beslut kommer att fattas långt ifrån verksamheten. Om avståndet växer finns det en risk att närheten till verksamheten går förlorad och det blir svårare att inse de faktiska behoven.

Inom ramen för att skapa en regional koncern finns flera förändringsprojekt och vi ska titta närmare på det mest genomgripande projektet, Skånsk Livskraft.

5.6.2 Skånsk Livskraft

Skånsk Livskraft är ett förändringsprojekt som handlar om att vården på ett bättre sätt ska kunna utgå ifrån det som av regionen definieras som kärnan i verksamheten: mötet med patienten (www.skane.se, d). Projektet är uppdelat i fyra delar och vi ska gå igenom varje del för sig. Varje del kommer vi att analysera, se hur den förhåller sig till lean samt undersöka hur den påverkar USiLs strävan att bli en lärande organisation.

All operationsverksamhet är till största del elektiv, dvs. planerad sjukvård. Den första delen i Skånsk Livskraft bygger på tanken att selektera sjukvårdsverksamheten genom att skilja den akuta sjukvården från den planerade. Man vill dela upp den totala volymen patienter över Skånes sjukhus och detta möjliggörs av att de flesta operationer går att planera. Detta innebär att några

sjukhus kan fokusera på att göra regionens alla höftledsoperationer, andra på knäled osv. (Rudin, 081204) En ledande tanke bakom detta är enligt Rudin:

”När man gör något ska man göra mycket av det och det är egentligen inget kostigt med det, inte minst ur kvalitetssynpunkt. Om jag behöver operera min höft är jag tacksam om jag blir opererad av någon som gjort det några tusen gånger innan. Sannolikheten att det ska bli bra ökar.”

-Lars-Åke Rudin, chef på förnyelsekontoret

Det är enligt Rudin ökad kvalitet som är grundtanken, men han nämner också att det finns en ekonomisk aspekt. Han menar att ett ihopsamlade av patienter och operationer till ett sjukhus möjliggör för stordriftsfördelar. Kan man göra mycket av samma sak på ett ställe hoppas man att kunna minska kostnaderna förknippade med varje operation.

Kvalitén kan säkert bli bättre av att specialisterna på varje område blir skickligare på vad de gör genom att få träna på samma procedur många gånger. Ur ett leanperspektiv betraktat kan man dock tycka att denna typ av centraliserande åtgärder inte är något eftersträvansvärt. Sektionschef Ingvar Kristiansson förklarar att det finns en risk för en icke eftertraktad dussinkirurgi om man samlar operationer till en plats. Bo Rosenquist, divisionschef, förklarar sin syn på att centralisera operationsfunktionerna:

”Jag tycker inte om det. Det offentliga ligger ju 20 år efter det privata. Man tror fortfarande på mergers och stordriftsfördelar. Att göra leder på ett ställe och något annat någon annanstans innebär ju att ortopederna får köra kors och tvärs genom Skåne för att operera på olika ställen. Det är ett väldigt slöseri! Man tror inom regionen fortfarande på stordrift, ’kan vi bara få jättesjukhus så blir det jättebra.’ Det är ju passé. Det är dött inom det privata. Men det har inte gått fram.”

-Bo Rosenquist, divisionschef

Den andra delen i Skånsk Livskraft handlar om att samordna och profilera den högspecialiserade vården i regionen. Inom ramen för detta område inbegrips projektet Proluma. Proluma är ett projekt med syftet att samordna de två universitetssjukhusen i Lund och Malmö. Bakgrunden till att man vill genomföra denna förändring är att den högspecialiserade vården kräver en kritisk mängd kompetens och ett tillräckligt stort patientunderlag. Detta för att *"...kunna upprätthålla, utveckla och dokumentera rätt kvalitet och uppnå bra medicinska resultat."* (www.skane.se, e) Rudin förklarar att det är viktigt att kunna utnyttja dyra investeringar i metoder, utrustning och lokaler på ett effektivt sätt.

Proluma blir ytterligare ett centraliserande förändringsprojekt med syfte att skapa stordrift. Även denna förändring går emot leantanken som snarare bygger på decentralisering. Vi tror dock att denna centraliserande åtgärd kan bidra till ett effektivare resursutnyttjande. Detta genom att dyr utrustning och kompetensen bland specialistläkarna kan samlas till ett av sjukhusen. Det är också viktigt att patientunderlaget är tillräckligt stort för att kompetensen i den högspecialiserade vården ska upprätthållas.

Den tredje delen innefattar den specialiserade akutsjukvården. Enligt Lars-Åke Rudin handlar det om att ha rätt kompetens, rätt bemanning och rätt öppettider på akutmottagningarna. Han förklarar:

"Det är inte smart att ha öppet akuten på små sjukhus nattetid när patienter saknas. Det är inte smart att ha öppet nattetid när man inte kan bibehålla kompetens."

-Lars-Åke Rudin, chef på förnyelsekontoret

Syftet är enligt Rudin att samla kompetensen och de akuta patientflödena till de fyra stora akutsjukhusen i Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö.

Även detta beslut emotsätter sig principerna i lean. Att samla alla akuta patienter till de stora akutsjukhusen ställer sig tvärtemot tanken om att decentralisera verksamheten för att komma närmare patienten. Det är dock en delikat balansgång och avvägning som måste göras huruvida

det är ekonomiskt försvarbart att ha akutpersonal väntandes på ett mindre sjukhus ”om i fall att...”

Den fjärde och sista delen handlar om att förbättra närsjukvården. Närsjukvården ska kunna möta befolkningens behov och krav på tillgänglighet och kvalitet. För att patienter ska kunna få vård i hemmet ska läkarstödet till hemsjukvården förstärkas. Läkarinsatser i hemmet är något som många gånger kan förhindra inläggning på sjukhus, ett alternativ som kan vara att föredra för patienten. (Rudin, 081204)

Denna typ av förändring ligger i linje med lean eftersom att flytta ut vården närmare patienten är en decentraliserande åtgärd som utgår ifrån patientens behov.

5.6.3 Tvätt och labbverksamhet

För att se hur centraliseringar från Region Skåne har påverkat och kan tänkas påverka USiL beskriver vi i detta stycke en genomförd samt en pågående centralisering. Vi vill genom att beskriva dessa förklara hur de kan påverka USiLs möjlighet att bli en lärande organisation.

Den funktion som tidigare blivit centraliserad och utflyttad från USiL är tvätten. All tvätt från hela Region Skåne skickas idag till ett centralt tvätteri i Kristianstad. (Engvall, 081007) Avdelningschefen Lena Frostgård förklarar sin syn på centraliseringen av tvätten:

”Avståndet och avsaknaden av personlig kontakt orsakar ju problem. Det fungerar inte lika smidigt längre som när man kunde gå bort till tvätteriet och hämta om något saknades.”

-Lena Frostgård, avdelningschef

Avståndet och avsaknaden av personlig kontakt har bidragit till att försvåra arbetet med att utveckla lärande inom organisationen. När avstånd mellan olika funktioner ökar blir det svårare att upptäcka fel, förstå orsaken till felen och att lösa dem. Således blir det svårare att ändra rutinen för att förhindra liknande fel i framtiden. Ovanstående resonemang stöds av Argyris och Schöns (1979) teori om double-loop learning. Den säger att ifrågasättandet av orsakerna till fel är

avgörande för att kunna finna de bakomliggande faktorerna så att man kan undvika att felen uppstår igen. Således kan det tänkas att Region Skånes centraliserande åtgärder försvårar för USiL att bli en lärande organisation.

På samma sätt som att tvätten blev centraliserad pågår en liknande förändring där man flyttar ut labbverksamheten från USiL. Beslutet om centraliseringen har tagits från regionalt håll och innebär att labbet ska bli en egen förvaltning. Strukturmässigt betyder det att hela divisionen lyfts ut ifrån USiL, vilket innebär att labbverksamheten inte längre kommer att vara underordnad sjukhuschefen. (Albér, 081203)

Enligt Rudin är syftet med att lyfta ut labbverksamheten ur USiL för att hitta stordrifts- och skalfördelar och därigenom öka kvalitén. Han förklarar att det inte bara är labbet på USiL som omfattas utan all labbverksamhet i Skåne ska centraliseras för att samla resurser och bli effektivare. Detta innebär enligt chefen för labbdivisionen, Håkan Miörner, att vissa labb kommer att läggas ned, men det är ännu inte bestämt vilka det blir. Han hoppas att labbet inte ska bli ett lika misslyckat centraliseringsprojekt som han tycker att tvätten har blivit.

Centraliseringen av tvätten och labbverksamheten följer Region Skånes tanke om att skapa en koncern för att möjliggöra stordriftsfördelar. Detta kan som vi tidigare påpekat leda till att problem uppstår i USiLs arbete med att bli en lärande organisation. Precis som i fallet med tvätten är det inte omöjligt att avståndet mellan olika funktioner ökar när labbet flyttas ut. Rimligen borde detta få samma konsekvenser för USiL som när tvätten flyttades ut.

Dessutom kan det bli ett problem för USiL att inte ha eget inflytande över labbet. Sjukhuset kan med denna förändring inte längre styra över hur labbet organiserar sitt arbete, man äger helt enkelt inte hela processen. Om labbet orsakar problem på grund av bristfälliga rutiner så kan sjukhuset inte direkt påverka hur labbet väljer att åtgärda problemet. Detta innebär att avdelningar som är beroende av labbet måste finna sig i deras rutiner, vilket leder till att avdelningarna endast kan förbättra sin del av den totala processen. Utvecklingen mot att bli en lärande organisation kommer därmed begränsas.

Centraliserande beslut som innebär att medarbetarna på en avdelning inte äger hela processen kan verka negativt för medarbetarnas motivation. För medarbetaren kan det innebära en känsla av förlorad kontroll och inflytande över sin arbetssituation, ett resonemang som stöds av Kotter och Schlesinger (1979).

Lars-Åke Rudin förklarar att allt handlar om att få till en koncernstyrning. Leanarbete inom ramen för koncernen ser han inte alls som en motsättning men om man tar lean för långt kommer koncernen att emotsätta sig detta. Han förklarar att om t.ex. de anställda på en avdelning väljer att sköta tvätten själva får de inte göra det eftersom det skulle sätta sig emot koncernen. Koncerntanken innebär i så fall att en avdelning inte får sköta centraliserade verksamheter även om den hade kunnat göra det billigare och bättre eftersom avdelningen måste underordna sig koncernen. Att alla måste underordna sig koncernen beror på att stordriftsverksamheter kräver en kritisk volym för att inte bli olönsam. Skulle flera avdelningar börja tvätta på egen hand försvinner alla stordriftsfördelar. Det är enligt ovanstående resonemang troligt att koncerntanken med att centralisera labbet innebär att man på avdelningarna inte får välja om man vill sköta någon labbverksamhet själva. Om en avdelning med hjälp av lean vill skapa ett snabbare patientflöde och därmed vill sköta en viss del av labbverksamheten själva uppstår en oenighet med koncerntanken. Detta kan leda till att man från regionalt håll börjar motsätta sig lean eftersom det går emot koncernens vision.

5.6.4 Politisk enighet

Genom åren har många beslut om förändringar för sjukvården fattats av politiker. Majoriteten av de större förändringsprojekt som är aktuella nu och som vi anser har störst påverkan för USiL verkar inte i linje med lean. Det har under våra intervjuer framkommit att det senaste beslutet om hur sjukvården i regionen ska struktureras fattades under politisk enighet. Beslutet var således blocköverskridande och Håkan Miörner är glad att de äntligen fastslagit en gemensam riktning:

”Jag tror det kan bli en räddning, tidigare har man ju haft en situation där de gjort 180 graders vändningar varje ny mandatperiod, då avstannar ju allt eftersom de tar ut varandra. Olika förslag till förändringar

nonchalerades 'vi skiter i det, det blir ändå annorlunda efter valet', men ingen kan ju vänta ut detta."

-Håkan Miörner, divisionschef

Politisk enighet kan vara bra för sjukvården i ett långsiktigt perspektiv så att man slipper byta riktning vart fjärde år. Problemet med detta i förhållande till USiLs leanarbete är att den politiska enigheten är i riktning mot centraliseringar. Framtida förändringsbeslut riskerar därmed att gå i riktning emot leans decentraliseringstanke. Den politiska enigheten kan innebära att när politikerna kommit fram till en samstämmig syn på hur sjukvården i regionen ska bedrivas, blir det svårare att byta riktning även om det visar sig att sjukvården inte fungerar tillfredställande.

5.7 Hur ska USiL arbeta vidare med Lean Healthcare?

Lean Healthcare har funnits på USiL i knappt två år och avdelningarna har kommit olika långt med leanarbetet. Vissa avdelningar har jobbat under en längre tid med blandade resultat medan andra fortfarande är i startgroparna. Sjukhusledningen har som tidigare nämnts klargjort att det är lean man ska arbeta med på USiL, men hur ska sjukhuset gå vidare med leanarbetet?

I det inledande arbetet med Lean Healthcare kunde många avdelningar relativt snabbt uppvisa mycket goda förbättringsresultat. Under våra intervjuer tydliggjordes det att rykten kring de lyckade förändringarna spreds på sjukhuset och att medarbetarna började få upp intresset för lean. Enligt Herzbergs tvåfaktorsteori torde ett ökat inflytande över sin arbetssituation, personlig utveckling och erkännande för ett bra utfört arbete verka som motivationsfaktorer. Lean Healthcares filosofi om ökat ansvar och inflytande hos medarbetarna samt de goda resultaten kan ha motiverat de anställda till att börja arbeta med lean. Allt detta förutsätter dock att hygienfaktorerna varit uppfyllda för att inte skapa vantrivsel i arbetet.

Den strategiska staben förklarade för oss att den inledande entusiasmen för lean började minska i somras. Detta får anses vara ett naturligt steg i utvecklingen och en följd utav att nyhetens behag börjat lägga sig. Paul Dahl, avdelningschef, instämmer med att entusiasmen har avtagit men påpekar samtidigt att eftersom man fortlöpande startar nya förändringsprojekt så finns lean kvar i tankarna hos de anställda. Han menar att det ska sitta i ryggmärgen och påpekar samtidigt hur

viktigt det är att det hålls vid liv inom organisationen. Det faktum att det måste bli en varaktig organisationsförändring har varit en genomgående oro hos respondenterna som bekräftat att det finns en ängslan bland de anställda om huruvida lean faktiskt är här för att stanna. Ett exempel:

”Jag hoppas att man får lov att jobba med detta framöver så att man inte om två år kommer med några nya hippare uttryck. Utan att man faktiskt ska få arbetsro. För jag tror det är vad som krävs om vi ska få en större förändring över hela sjukhuset.”

-Anette Månsson, avdelningschef

Det finns alltså en bekräftad rädsla i organisationen kring Lean Healthcares faktiska beständighet. Detta skapar en otrygg inställning till arbetet vilket innebär att hygienfaktorerna inte längre är uppfyllda. Den sviktande motivationen kan härledas till att hygienfaktorerna inte uppfylls och därmed kan inte motivationsfaktorerna längre verka motiverande för de anställda. Sjukhuschefen Bent Christensens uttalande om att det är Lean Healthcare man ska jobba med på USiL visar att ledningen tror på lean. Detta bör därmed bidra till att en känsla av trygghet infinner sig bland medarbetarna. I förlängningen kan detta innebära att man känner sig motiverad att fortsätta sitt arbete med lean. Enligt Engvall satte Christensens uttalande fart på leanarbetet. Efter uttalandet fick man på strategiska staben ett stort gensvar och många ville ha hjälp med hur de skulle jobba vidare med lean. Det kom även många avdelningschefer till strategiska staben med frågor och funderingar. Detta ökade intresse kan tänkas bero på att tron på leans varaktighet har stärkts samt att de anställda sett uttalandet som en order.

Hägglin och Engvall berättar att nästa uppgift för den strategiska staben blir att utbilda cheferna, samt att börja arbeta med större patientflöden och processer inom sjukhuset. För närvarande förbättrar man chefskapsutbildningen och tanken är att alla verksamhetschefer och avdelningschefer ska gå en obligatorisk utbildning. Syftet med utbildningen är att ge en bättre förståelse för Lean Healthcare. Tidigare så var lean frivilligt, men nu menar Hägglin och Engvall att det är skarpt läge och att alla måste börja arbeta med lean. Att lean nu kommer tvingas ner i organisationen är troligen ett sätt att bemöta det motstånd som finns mot lean. Enligt Kotter och Schlesinger bör dock tvång endast användas som en sista utväg. Att sjukhusledningen nu väljer

denna strategi kan bero på flera olika orsaker. Den troligaste orsaken tror vi är att inte tillräckligt många chefer tagit till sig av lean trots att sjukhuset arbetat med det i två år. I förhållande till leanfilosofin finns det en motsättning i att cheferna tvingas börja arbeta med lean. Detta eftersom leanfilosofin bygger på att beslut ska komma underifrån istället för att påtvingas uppifrån. Vi tror att sjukhusledningen väljer att göra såhär för att de inte har något annat val. Cheferna sitter som vi tidigare förklarat på nyckelpositioner och om cheferna inte tillåter leanarbete på sina avdelningar ges de anställda inte möjlighet att få inflytande att driva olika förändringsprojekt.

Från ledningsnivå har man alltså strategier och idéer för hur man ska fortsätta motivera de anställda att arbeta med lean. Dessa strategier och idéer är främst riktade till verksamhets- och avdelningschefer som sedan har ett ansvar att motivera övriga medarbetare. Hur detta sker är upp till respektive verksamhets- och avdelningschef. Avdelningschef Anette Månsson har själv spelat leanspelet och efteråt ville hon utbilda samtliga medarbetare på en gång, men efter att ha konsulterat med den strategiska staben kom man tillsammans fram till att det vore bättre att skicka några åt gången. Leanspelet väcker idéer till förbättringsmöjligheter i vardagen och genom att låta medarbetarna spela spelet i flera omgångar tror Månsson att man ska kunna få in ny entusiasm i leanarbetet allt eftersom.

På röntgen har avdelningschef Ina Kehler valt ett annat sätt att hålla entusiasmen och motivationen för leanarbetet uppe. När motivationen började avta på avdelningen så bjöd man in Marie, avdelningschef på ortopedi 12, som med stor framgång genomfört olika leanprojekt på sin avdelning (Kehler, 081201). Kehler berättar att Marie höll en väldigt inspirerande föreläsning och när de anställda på röntgen kom tillbaka från föreläsningen så fylldes deras leantavla med nya idéer.

”Det är sådan kraft och entusiasm i Marie att det genast inspirerar och det är sådant som behövs för att hålla lågan uppe.”

-Ina Kehler, avdelningschef

Enligt avdelningschef Lena Frostgård har inte alla på sjukhuset börjat arbeta med lean ännu, men när alla personalgrupper kommer igång tror hon att resultaten visar sig. Hon menar att när alla

arbetar efter lean så kommer processerna förbättras och detta genererar ett bättre flöde. Hon menar att när man ser vilka vinster det finns att hämta hem genom lean så kommer även detta verka motiverande för all sjukvårdspersonal. Frostgård påpekar emellertid att man måste ha tålamod eftersom lean inte är något som införs på några år.

Lean har hjälpt medarbetarna på USiL att ifrågasätta gamla rutiner och samtidigt komma med förbättringsförslag. Genom att arbeta med lean uppmuntras de anställda till ett double-loop-tänkande som i längden förhoppningsvis kommer att skapa en lärande organisation. Detta förutsätter att anställda även fortsättningsvis uppmuntras till att arbeta med förändring och att de faktiskt får utrymme till att göra det. Följande citat tyder på att den strategiska staben är väl medvetna om detta:

”Man kör inget litet leanprojekt på hösten och våren. Utan detta tar aldrig slut. Det tar aldrig slut! Så är det!”

-Åsa Hägglin, strategiska staben

6. Avslutande diskussion

Syftet med uppsatsen var att belysa och analysera de problem och det motstånd som USiL möter när de försöker bli en lärande organisation med hjälp av Lean Healthcare. För att utreda vårt syfte satte vi upp följande problemformulering: vilka interna och externa faktorer påverkar USiLs möjlighet att bli en lärande organisation?

USiL har genomgått många tidigare förändringsprojekt som av en eller annan anledning inte lyckats få fäste i organisationen. Vi tror att dessa förändringsprojekt misslyckats eftersom beslut om förändring tagits ovanifrån. Att beslut tagits ovanifrån tror vi inneburit att tidigare förändringar har varit svåra att förankra i organisationen och därmed inte kunnat ge en bestående effekt. Lean Healthcare innebär en förändrad syn på beslutsfattande jämfört med tidigare förändringar då lean utgår ifrån medarbetaren. Detta tror vi innebär att lean har en bättre chans att förankras i organisationen. Att tidigare förändringsprojekt inte tagit sin utgångspunkt i medarbetarna har inneburit att de instinktivt emotsätter sig nya förändringar. Detta eftersom förändringsprojekten inte utgått ifrån de problem medarbetarna upplever i sin vardag på sjukhuset. Förändringsprojekt ovanifrån kan i stort sett aldrig ta sin utgångspunkt i de problem som medarbetarna upplever i sin vardagssituation, eftersom man har ett annat perspektiv. På högre nivå sker förändringarna utifrån ledningens perspektiv, vilket innebär att förändringarna inte utgår ifrån de småskaliga förändringsmöjligheter som medarbetarna upplever. I och med att lean helt och hållet bygger på medarbetarnas dagliga problem tror vi det finns ett större incitament för personalen att ta till sig av filosofin.

För att en organisationsförändring ska förankras måste man förstå och ta hänsyn till den rådande organisationskulturen. Vi beskrev tidigare att det finns en starkt hierarkisk kultur på sjukhuset samt att läkare är en yrkesgrupp med stor makt och en utpräglad kultur. Den starka hierarkin samt läkarkulturen skapar problem och motstånd vid införandet av Lean Healthcare. Motståndet måste överkommas om man framgångsrikt ska införa lean. Svårigheten ligger i att få läkarna att släppa fram andra yrkesgrupper utan att läkarna känner att de förlorar makt. Detta är av stor vikt eftersom en grundtanke med Lean Healthcare är att låta alla påverka arbetet.

Vid ett införande av Lean Healthcare är det viktigt att få med cheferna på förändringen. Införandet försvåras av att man som chef inte längre får jobba kliniskt ute i verksamheten. Detta innebär att man inte nödvändigtvis behöver en läkarutbildning för att bli chef på USiL. Istället för att välja den bästa klinikern borde man se till vem som bäst lämpar sig som chef. Vi tror därför att det är viktigt att USiL ändrar sin rekryteringsprocess, något som kan väcka motstånd hos läkare och chefer. Men om USiL ska bli en lärande organisation tror vi det är viktigt att cheferna besitter goda chefsegenskaper snarare än att man är en skicklig kliniker. Att förbjuda chefer att arbeta kliniskt tror vi innebär att man från ledningshåll vill bli av med läkare från chefspositioner. Detta eftersom läkare ofta är väldigt självständiga och inte särskilt mottagliga för direktiv uppifrån. Om man genom att förbjuda kliniskt arbete kan få bort läkarna från chefsjobben så kan det tänkas att det blir enklare för ledningen att föra ut Lean Healthcare i verksamheten. Att chefer och läkare förlorar inflytande över den dagliga verksamheten och att deras karriärväg försvåras anser vi gör denna grupp till förlorare med leaninförandet. Om de ser sig själva som förlorare har de stora möjligheter att övertyga beslutsfattarna om att lean inte är något positivt för USiL. Då dessa grupper har ett stort inflytande på sjukhuset har de fler möjligheter att göra sina röster hörda. Därför kan man tänka sig att dessa hörs och syns mer än andra grupper på sjukhuset, vilket kan ge en snedvriden bild av åsikterna om lean.

Att USiL drabbas av sparkkrav samtidigt som man inför Lean Healthcare innebär ett pedagogiskt problem. När leanarbete på en avdelning leder till effektiviseringar får de resurser som frigörs inte tas bort från avdelningen. Om avdelningen inte får behålla de resurser som frigjorts så måste medarbetarna förstå att nedskärningarna beror på andra orsaker än effektiviseringar. Förstår de anställda orsakerna till nedskärningarna kommer de förhoppningsvis ändå vara motiverade att jobba med förbättringsarbeten.

Region Skåne vill samordna sina funktioner i syfte att skapa stordriftsfördelar. Koncerttanken är central för Region Skånes arbete och syftar till att slå samman och samordna sina verksamheter. Detta verkar i rak motsats till USiLs införande av Lean Healthcare eftersom lean bygger på decentralisering. Centralisering och stordrift utgår ifrån ett kostnadsfokus medan lean tar sin utgångspunkt i patienten. När man utgår från patienten ska man enligt leanfilosofin tänka på vad som är värdeskapande för patienten, detta missar man med ett kostnadsfokus. Leantanken handlar

inte om att fokusera på att producera den billigaste vården utan om att fokusera på att tillhandahålla den vård patienterna efterfrågar. Detta fundamentalt skilda synsätt leder till att Region Skånes centraliseringsåtgärder emotsätter sig USiLs lärandeprocess. Om USiL väljer att inte arbeta i linje med koncerntanken kan detta i förlängningen leda till en konflikt mellan Region Skåne och USiL. Denna konflikt kan på sikt äventyra USiLs ambitioner att bli en lärande organisation, eftersom Region Skåne tillsätter sjukhuschefen på USiL. Fortsätter Region Skåne bedriva sjukvård på den inslagna centraliseringsvägen är det troligt att den nästkommande sjukhuschefen blir någon som inte vill arbeta med lean. Skulle så ske kommer arbetet med lean förmodligen att avta. En försvårande omständighet är att regionen fattat beslutet om centralisering under politik enighet. För att USiL ska bli en lärande organisation är det av stor vikt att sjukhuschefen förstår och uppmuntrar till fortsatt leanarbete. Det är därför viktigt att man från USiLs sida försöker påverka och skapa en förståelse för leanarbetet i Region Skåne.

Trots de problem och det motstånd USiL möter när de med hjälp av lean ska bli en lärande organisation så finns det förutsättningar för att de ska lyckas. Lean Healthcare utgår nämligen från medarbetarna, något som tidigare förändringsprojekt inte har gjort. Att utgå ifrån medarbetarna innebär en helt ny möjlighet för sjuk- och undersköterskorna att påverka sin arbetssituation. Ett större inflytande över sin arbetssituation borde innebära att de flesta av medarbetarna på sjukhuset ser positivt på Lean Healthcare. Detta talar för att Lean Healthcare kan hjälpa USiL att bli en lärande organisation - förutsatt att sjukhusledningen tillåts fortsätta arbetet med lean.

6.1 Vidare forskning

Under vår utredning växte det fram flera intressanta förslag till vidare forskning som hamnade utanför ramen för vårt syfte. För att ge inspiration till vidare studier kring vårt ämne vill vi nu delge läsaren några intressanta aspekter som man kan titta närmare på.

Vi har förklarat att chefsrollen utvecklas och förändras med ett leaninförande. Det kan vara intressant att titta närmare på hur chefskapet på USiL påverkas om nya yrkesgrupper släpps fram och "tillåts" bli verksamhetschefer. Hur fungerar det att ha andra yrkeskategorier som verksamhetschefer och hur tas detta emot av läkarna och anställda i övrigt?

Kulturella aspekter och traditionella hierarkiska mönster förändras med Lean Healthcare. Ett forskningsförslag är att gå djupare in på sjukhuskulturen och se hur olika yrkesgrupper samverkar. Det hade även varit intressant att se om olika yrkeskategorier upplever en maktförskjutning av leaninförandet och hur det tar sig uttryck.

Ett förslag till vidare forskning är att se på hur Region Skånes kostnadskontroll fungerar och undersöka vilka aspekter de tittar på när de ska centralisera olika funktioner. Intar de ett helikopterperspektiv eller ser de bara till vad som finns att spara med varje centraliseringsprojekt. Om de intar ett vidare perspektiv, hur ser deras kalkyl ut för de totala kostnaderna centraliseringar kan innebära? Hur tar de hänsyn till att en centralisering i regel innebär t.ex. längre och fler transporter samt att det blir svårare att korrigera fel? Ytterligare en intressant aspekt är hur man värderar kostnadskontrollen mot patientens behov av t.ex. närhet till akutsjukhus.

7. Källförteckning

Abrahamsson, B & Andersen, J. A. (2005) *Organisation – Att beskriva och förstå organisationer*, Liber, Malmö

Alvesson, M & Sköldbberg, K. (2008) *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Studentlitteratur, Lund

Alvesson, M. & Sveningsson, S. (2007) *Organisationer, ledning och processer*, Studentlitteratur, Lund

Angelöw, B. (1991) *Goda förändringsarbetet: Om individ och organisation I förändring* Studentlitteratur, Lund

Argyris, C. & Schön, D. (1978) *Organizational Learning: A theory of Action Perspective* Addison Wesley, Reading Mass

Bakka, F. J, Fivelsdal, E. Lindkvist, L. (2006) *Organisationsteori*, Liber, Malmö

Ballé, M. & Régnier, A. (2007) *Lean as a learning system in hospital ward*, Leadership in health services, Vol. 20, No. 1, sid. 33-41.

Blackman, D., Connelly, J. & Henderson, S. (2004) *Does double loop learning create reliable knowledge*, The learning Organization, Vol. 11, No. 1, sid. 11-27

Bovey, W. H., & Hede, A. (2001). *Resistance to Organizational Change: The Role of Cognitive and Affective Processes*, Leadership & organization development journal, Vol. 22, sid. 372-382

Bruzelius, Lars. H., & Skärvad, P-H. (1995). *Integrerad organisationslära*, Studentlitteratur, Lund

- Bryman, A. & Bell, E.** (2005) *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Liber, Malmö
- Christensen, L., Engdahl, N., Grääs, C. & Haglund, L.** (2001). *Marknadsundersökning – en handbook*, Studentlitteratur, Lund
- Denscombe, M.** (1998) *The good research guide – for small-scale social research projects*, Open university press, Buckingham
- Dodgson, M.** (1993) *Technological Collaboration in Industry: Strategy, Policy, and Internationalization in Innovation*, Routledge, New York
- Jacobsen, D. I.** (2002) *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, Studentlitteratur, Lund
- Jacobsen, D-I.** (2005) *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*, Studentlitteratur, Lund
- Jacobsen, D-I. & Thorsvik, J.** (2002) *Hur moderna organisationer fungerar*, Studentlitteratur, Lund
- Kotter, J. P. & Schlesinger, L. A.** (1979) *Choosing strategies for change*, Harvard Business Review, Vol. 57, No. 2, sid. 106-114.
- Kotter, J., P.** (1990) *A Force For Change: How Leadership Differs from Management*, Free Press, New York
- Liker, J. K.** (2003) *The Toyota way*, McGraw-Hill Professional, New York
- Lundequist, J.** (1995). *Design och produktutveckling. Metoder och begrepp*. Studentlitteratur, Lund
- Merriam, S.** (1998) *Qualitative research and case study*, Jossey-Bass Inc, San Francisco

Schein, E. H. (2004) *Organizational culture and leadership*, Jossey-Bass Inc., San Francisco

Womack, J. P., Jones, D. T., Roos, D. (2007) *The machine that changed the world*, Free Press, New York

Yin, R. K. (2003) *Case study research: design and methods* – 3rd edition, SAGE publication Inc, Thousand Oaks

7.1 Elektroniska källor

http://www.kommek.se/pdf2008/dokumentationer/080822/47_Lean_Healthcare.pdf,
081208

www.skane.se

a)

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USIL/Dokument/InfoOmOss/lean_production.pdf,
081213

b)

<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USIL/Dokument/InfoOmOss/Lean/TextLeanver12.pdf>,
081120

c)

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USiL/Dokument/InfoOmOss/orgschema_070802.pdf,
081202

d)

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=80703>,
081215

e)

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=229480>,
081215

7.2 Tidskrifter

Sydsvenskan, 081208, *Upp till bevis inom ett år*, sid. C4-C5, Jens Mikkelsen

7.3 Muntliga källor

Intervjuer

Eva Engvall, organisationsstrateg, strategiska staben, USiL, 081007

Eva Engvall & Åsa Hägglin, organisationsstrateger, strategiska staben, USiL, 081125

Anette Månsson, avdelningschef, barnavdelningen, USiL, 081127

Paul Dahl, avdelningschef, psykiatrin, USiL - St.Lars, 081128

Ina Kehler, avdelningschef, röntgen 2, USiL, 081201

Mery Albér, stf. verksamhetschef, klinisk mikrobiologi och immunologi, USiL 081203

Lars-Åke Rudin, chef för förnyelsekontoret, Region Skåne, 081204

Lena Frostgård, avdelningschef, röntgen, USiL, 081204

Ingvar Kristiansson, sektionschef, röntgen, USiL, 081204

Bo Rosenquist, divisionschef, huvuddivisionen, USiL, 081205

Håkan Miörner, divisionschef, laboratedivisionen, USiL, 081209

Christina Clementson Kockum, sektionschef, barnavdelningen, USiL, 081210

Chris & Kerstin, undersköterska och sjuksköterska, röntgen, USiL, 081210

Peter Hochbergs, verksamhetschef, röntgen, USiL, 081212

Föreläsning

Magnus Lord, 081126

Observation

Leanspel, 081201

Leantavla, 081201

8. Bilaga - Intervjuöversikt

Respondent	Titel	Enhet	Datum	Tid
Eva Engvall	Organisationsstrateg	Strategiska staben	7/10	1,5 h
Eva Engvall & Åsa Hägglin	Organisationsstrateger	Strategiska staben	25/11	1,5 h
Anette Månsson	Avdelningschef	Barnavdelningen	27/11	1,5 h
Paul Dahl	Avdelningschef	Psykiatrin, St. Lars	28/11	1 h
Ina Kehler	Avdelningschef	Röntgen 2	1/12	1 h
Mery Albér	Ställföreträdande verksamhetschef	Klinisk mikrobiologi och immunologi	3/12	1 h
Lars-Åke Rudin	Chef för förnyelsekontoret	Region Skåne	4/12	2 h
Lena Frostgård	Avdelningschef	Röntgen	4/12	1 h
Ingvar Kristiansson	Sektionschef	Röntgen	4/12	1 h
Bo Rosenquist	Divisionschef	Huvuddivisionen	5/12	1,5 h
Håkan Miörner	Divisionschef	Laboratoriedivisionen	9/12	1,5 h
Christina Clementson Kockum	Sektionschef	Barnavdelningen	10/12	1 h
Chris & Kerstin	Undersköterska & sjuksköterska	Röntgen	10/12	1 h
Peter Hochbergs	Verksamhetschef	Röntgen	12/12	1.5 h